CÓDIGO: 9/140 COMUNICACIÓN ORAL

TÍTULO

POLINEUROPATÍA AXONAL SENSITIVO-MOTORA TRAS INFECCIÓN POR MONONUCLEOSIS. IMPORTANCIA DE UNA ANAMNESIS ADECUADAMENTE ENFOCADA

AMBITO DEL CASO

Consulta de Centro de Salud de Medicina Familiar y Comunitaria

MOTIVO DE CONSULTA

Estudio de fiebre de origen desconocido.

ENFOQUE INDIVIDUAL (Anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Enfoque individual (anamnesis, exploración, pruebas complementarias): Anamnesis: hombre de 59 años de edad, que comienza, hace un mes, con fiebre de predominancia nocturna. Ha sido valorado en urgencias en dos ocasiones con pruebas complementarias anodinas (salvo elevación proteína C reactiva, valor: 38). También presenta odinofagia. Se ha pautado tratamiento con amoxicilina y azitromicina, sin alivio. Como sintomatología de interés, refiere sudoración nocturna y pérdida de peso no cuantificada pero sí subjetiva, sin disnea, coluria o acolia. El paciente no asocia el cuadro al consumo de ningún alimento o de productos no pasteurizados. Niega igualmente viajes al extranjero. Antecedentes personales: no fumador, bebedor de 4-5 cervezas diarias, no alergias medicamentosas, hipertensión arterial, carcinoma de laringe en 2002 (intervenido de cordectomía láser) con disfonía residual, perforación timpánica, hiperuricemia, artritis gotosa rodilla derecha, cirrosis de etiología enólica en seguimiento por Aparato Digestivo (con serologías virales negativas). En tratamiento con calcio carbonato/calcifediol, ácido alendrónico, duloxetina, omeprazol, condroitín sulfato, carvedilol, alopurinol, enalapril, paracetamol, metamizol. Exploración: en la auscultación cardiorrespiratoria se objetivan tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin roncus ni sibilancias. El abdomen presenta timpanismo normal, siendo blando y depresible, sin masas ni megalias, dolor a la palpación o signos de irritación peritoneal. En ambos miembros inferiores se visualiza edema con fóvea pretibial sin adenopatías. La orofaringe se encuentra hiperémica y con exudados ausentes.

Analítica: hemograma normal, bioquímica con BNP de 500 (en relación con insuficiencia cardíaca crónica), elevación de reactantes de la fase aguda, parámetros correspondientes a hepatitis de origen enólico, positivo en sida pero con recuento leucocitario normal, pendiente de los resultados de citomegalovirus y virus de Epstein Barr.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Padre de familia, trabajador por cuenta ajena desde hace años. Vive con su mujer e hijos, buen apoyo familiar y ambiente favorable en casa. Relación adecuada con sus hermanos, padres y demás familiares.

JUICIO CLÍNICO (Lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido sin clínica de descompensación cirrótica. Descartar origen infeccioso (sobre todo mononucleosis). Juicio clínico: fiebre de origen desconocido desde hace un mes; insuficiencia cardíaca crónica descompensada con BNP de 500.

PLAN DE ACCIÓN

Furosemida 40mg 1,50 comprimidos/24 horas y paracetamol 1g 1 comprimido/8 horas. Pendiente completar analítica y realizar electrocardiogramas como parte del proceso de derivación a cardiología y medicina interna (problemas actuales con las citas, por lo que se indica acudir a Urgencias si empeoramiento o aparición de nuevos síntomas y/o signos de alarma). Baja laboral.

EVOLUCIÓN

El paciente ingresa en medicina interna en agosto de 2025 por polineuropatía axonal sensitivo-motora en posible relación con vasculitis (P-ANCA+) y/o carencial (déficit complejo vitamínico B, B6 disminuida) y miopatía en

estudio (teniendo resultados analíticos previos de Virus de Epstein Barr positivo). En este ingreso el paciente presentaba debilidad progresiva de dos meses, pérdida de 17 Kg (marcadores tumorales negativos), parestesias en guante-calcetín y limitación funcional grave. Se le prescribió prednisona, cotrimoxazol, complejo hidroxil B1-B6-B12, espironolactona 100 mg, furosemida 40mg y gabapentina 300mg. Al alta, el paciente mejora la fuerza y es capaz de deambular con andador. En la revisión en Medicina Interna en diciembre está yendo a un fisioterapeuta privado, no presenta disfagia, siendo autónomo pero precisando ayuda para algunas cosas, y manteniendo sensación de acorchamiento en manos pies, junto con frialdad y cambio de coloración distal de dedos de los pies que duran varias horas o días.

Sigue con hepatopatía crónica, gastritis crónica atrófica, proctitis leve inespecífica y divertículos colónicos. Se pauta tratamiento (además del suyo de base) inmunosupresor para la vasculitis, manteniendo prednisona en pauta descendente lenta y añadiendo micofenolato de mofetilo. En la siguiente revisión en marzo, mejora los valores analíticos, el electroneurograma y electromiograma. Se continúa con el descenso de prednisona, micofenolato de mofetilo (2-0-2) y se va aumentado la gabapentina hasta conseguir una pauta de 600 mg/8 horas 1 vez a la semana.

CONCLUSIONES

El paciente ha presentado una evolución anómala en el desarrollo de una infección por mononucleosis. Hemos considerado desde un principio distintas posibilidades diagnósticas, teniendo en cuenta un abanico amplio de etiologías y centrando nuestro estudio en ellas. Es muy importante, por lo tanto, no sesgar nuestra orientación diagnóstica a la evolución patológica más frecuente, individualizando cada caso y teniendo en cuenta las distintas variabilidades orgánicas y psicosociales de cada paciente. Finalmente, recalcar la importancia del trabajo coordinado del ámbito familiar y comunitario junto a las especialidades hospitalarias. En este aspecto, la limitación que hemos tenido es la demora en la citación en Medicina Interna, siendo necesario optimizar los recursos y adaptar la organización.

PALABRAS CLAVE

Variabilidad diagnóstica, mononucleosis, polineuropatía axonal sensitivo-motora