

NOTA SOBRE LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

DR. SANCHEZ DELGADO
ANDUJAR (JAEN)

Un síntoma o síndrome tan común como la amigdalitis puede ser, al mismo tiempo, manifestación objetiva de un número de afecciones, infectivas unas (amigdalitis banal, escarlatina, diftérica, fusoespirilar), hematológicas otras (agranulocitosis, leucemias agudas), tumorales finalmente (linfosarcoma).

Compréndese lo fácilmente que, ante un caso de amigdalitis, puede pasar desapercibida una enfermedad más profunda, si, el médico poco atento, al invitar a abrir la boca al paciente y encontrar una angina, cree resuelto el problema diagnóstico, e incluso terapéutico con la prescripción de modernos antibióticos. Es más adelante, si aquéllo no cede, cuando nos decidimos a practicar exámenes hematológicos, etc. que nos ponen en la pista del verdadero diagnóstico. Pero si la afección es benigna o cede fácilmente a las modernas panaceas, entonces sí que nos quedamos muchas veces con el interrogante de qué proceso ha pasado nuestro enfermo.

Nos viene esto a la mente al recordar con qué poca frecuencia se cita esa afección, la mononucleosis infecciosa, que conocemos desde EVANS (1919) designada también angina monocítica por SCHULTZ.

La enfermedad cursa con amigdalitis como síntoma primordial y el pronóstico es completamente benigno, razón por la

que no es aventurado decir que muchas de las tituladas anginas catarrales, no sean sino verdaderas mononucleosis infecciosas que hayan pasado desapercibidas. La linfadenitis mesentérica, de la que recientemente ha publicado unos casos F. PALMA, y para la que no faltan autores que la consideren muy próxima a la enfermedad que nos ocupa, se diagnostica también poco, porque se confunde fácilmente con otro proceso más común, la apendicitis aguda.

La *angina* de la mononucleosis no tiene nada de característica; puede ser folicular, eritematosa, incluso difteróide. No tiene nada de extraño se catalogue éste como un caso más de amigdalitis común.

La *fiebre*, alta a veces, es fiel acompañante de muchas hipertrofias de amígdalas y no llama la atención del médico para rectificar su diagnóstico.

Incluso las *adenopatías* cervicales son consideradas como las adenitis que acompañan fielmente a todo proceso supurado local. Bien es verdad que las adenopatías de la mononucleosis infecciosa, si bien más patentes en el cuello, son generalizadas, pero su menor tamaño en otras regiones (axilas, ingles, cadenas suboccipitales) hacen que pasen fácilmente desapercibidas, no solo al médico, sino incluso al propio enfermo.

Lo dicho a propósito de las adenopatías podríamos transcribirlo al hablar de la *esplenomegalia*. Esta es muy discreta, como incluso la hepatomegalia que pueda coexistir, razón por la que fácilmente pasa desapercibida, no sólo al médico que no la busca, sino incluso al que va tras este síntoma para completar su diagnóstico.

Finalmente el *hemograma* se prodiga poco ante una clara amigdalitis aguda y es lástima, porque solo de este modo podemos diagnosticar algunos síndromes en los que de primera intención no pensábamos y entre ellos la mononucleosis infecciosa con su típica leucocitosis moderada con linfomonocitosis, sin detenernos por ahora en considerar si estas células mononucleares son linfocitos, linfoblastos, monocitos o células plasmáticas, pues por su atipia ponen a veces en verdadero apuro a los hematólogos más expertos. Lo interesante es que el médico piense en

esta enfermedad cuando del laboratorio le remitan un informe en el que, junto a la leucocitosis, exista un predominio de las células mononucleares y no la leucocitosis con neutrofilia que él esperaba.

RESUMEN

Comenta el autor, esquemáticamente, el cuadro clínico de la mononucleosis infecciosa y llama la atención sobre su confusión con procesos más frecuentes y banales. Afirma que lo interesante es que el clínico piense en esta afección cuando el laboratorio le remita un resultado en el que junto a la leucocitosis se encuentre un predominio de células mononucleares.