

Dolor abdominal

Teresa Chapela Castaño R4 MFyC
C.S.Elviña

- Mujer de 49 años que acude a Urgencias por: **DOLOR ABDOMINAL** localizado en epigastrio e hipocondrio derecho
- Antecedentes personales: no AMC, apendicectomizada



Enfermedad actual

- Inicio hace una semana de **FIEBRE**, máxima de 39° C acomp. de **TOS+ EXPECTORACION** que atribuyó a síndrome gripal.
- Desde hace 3 días **DOLOR ABDOMINAL** localizado en **epigastrio e hipocondrio derecho** de caract. intensas, previamente molestia.
- Desde hace un día, además, **VÓMITOS**. Niega diarrea.

Exploración física

- TA: 130/70 Frec: 97 T^a 37,8 ° C

- EF:

- DESTACA:

- Ictericia de piel y mucosas



- Dolor abdominal a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy positivo

- Resto de la exploración normal

Pruebas complementarias

ANALÍTICA:

Bioquímica:

GOT 530 UI/L, GPT 763 UI/L, Bi total: 7,8 mg/dL

Hematimetría y Coagulación: plaquetas 94.000, normal

Rx tórax y abdomen: sin hallazgos significativos

Eco abdominal: el cuadro descrito no requiere la realización de una ecografía de urgencia, que se podrá realizar de forma programada durante su ingreso.

Hipótesis diagnóstica

Probable Colecistitis Aguda

Se habla con Cirujano de guardia.

Exploración y pruebas complementarias compatibles con Colecistitis aguda.

Comentan que sin Ecografía abdominal no se puede confirmar y no puede realizar ingreso.

Se le realiza **Ecografía abdominal** en urgencias : **sin alteraciones**

Por lo que ingresa en Medicina Interna para estudio.

Enfermedad actual

- Reinterrogando dirigidamente a la paciente aparte de los síntomas que refería desde hace una semana...
- Hacía un mes:
 - Cuadro de una semana de evolución con **fiebre hasta 38° C , artromialgias, hiporexia y astenia.... IVRA.**
Tratada con AZT y CIPRO.

- Posteriormente.... Una marcada **astenia**



Pruebas complementarias

ANALÍTICA: Bioquímica:

GOT 530 UI/L, GPT 763 UI/L, Bi total: 7,8 mg/dL FA: 1713, LDH 1402

Hematimetría y Coagulación: plaquetas 94.000, resto normal

Orina: bilirrubina (++++) hemo/mioglobina (++++)

PCR 3,25, ANAS negativo, ANCA negativo

Test mononucleosis (Paul Bunnel) negativo (hasta 3 veces)

Hemocultivos: negativos

Serología:

IgM VCA EBV positivo > 160

IgG VCA EBV positivo

IgG EBNA negativo

IgG CMV positivo

IgM CMV negativo

Anti- HAV IgM positivo (valorar posible reacción cruzada de IgM)

IgG toxoplasma gondi positivo, IgM negativo Resto negativos.

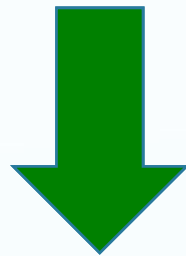
- Durante su ingreso la paciente desarrolla cuadro de faringoamigdalitis y rash cutáneo de predominio en tórax, zona posterior, con extensión progresiva al resto del cuerpo, respetando manos y pies. Discretamente pruriginoso.

JC: Exantema vírico por VEB

- Se realizó toma de exudado amigdalár
- Nuevo cultivo
- Se trata con clindamicina

Evolución

- Paciente ingresada por hepatitis de perfil viral. Aunque el test de mononucleosis fue repetidamente negativo, dados los *resultados serológicos y el cuadro clínico*



Etiología más probable Virus Epstein- Barr

Diagnóstico

- Hepatitis aguda en probable relación con el virus de Epstein- Barr

Mononucleosis infecciosa

- 90% producido por el **VIRUS** de **EPSTEIN-BARR** (familia herpesviridae)

Tabla 1. Agentes o condiciones asociadas al síndrome de mononucleosis infecciosa

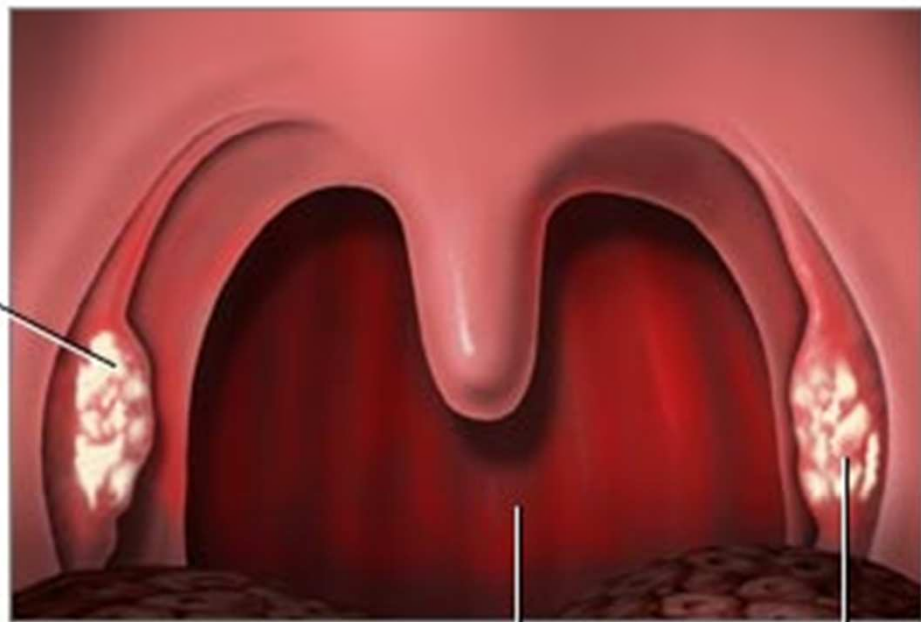
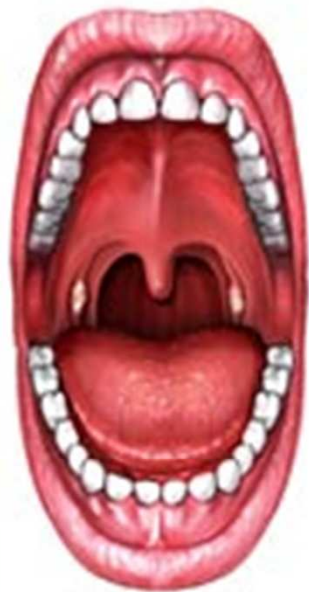
Agente específico	Proporción de los casos
• Virus Epstein-Barr (VEB)	80-90%
• Citomegalovirus (CMV)	5-7%
• Primoinfección VIH	Infrecuente
• <i>Toxoplasma gondii</i>	Infrecuente
• Virus herpes humano 6 (VHH-6)	Infrecuente

- Adultos jóvenes

CLÍNICA:

- Per. incubación 4-6 semanas
- Per. Prodrómico: 7-14 días con astenia, mialgias y cefalea.
- Per. de estado: Fiebre, adenopatías, mialgias, astenia y malestar general, seguido más adelante de una faringitis con petequias entre el paladar duro y el blando (muy frec en pacintes jóvenes)

Parche de drenaje blanco



Garganta inflamada e irritada

Amígdala

ADAM.

- Puede haber:

- **Esplenomegalia, hepatomegalia, ictericia**

y exantema maculopapular rosado en los brazos y el tronco (aumenta en frec si tratado con ampicilina)

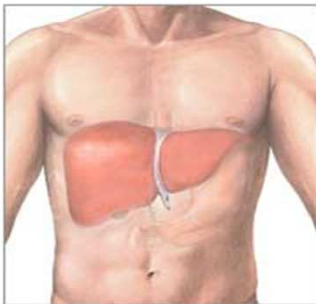


Bazo normal

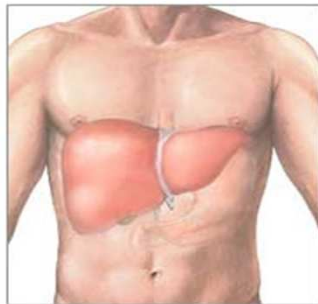


Esplenomegalia

Hígado normal



Hígado agrandado a hepatomegalia



- Curso suele ser benigno.
- Síntomas **remiten** entre **2-4 semanas**, aunque el malestar general y la astenia pueden durar meses.
- A veces:

COMPLICACIONES:

Rotura esplénica

Hepatitis (1-2%)

Vasculitis

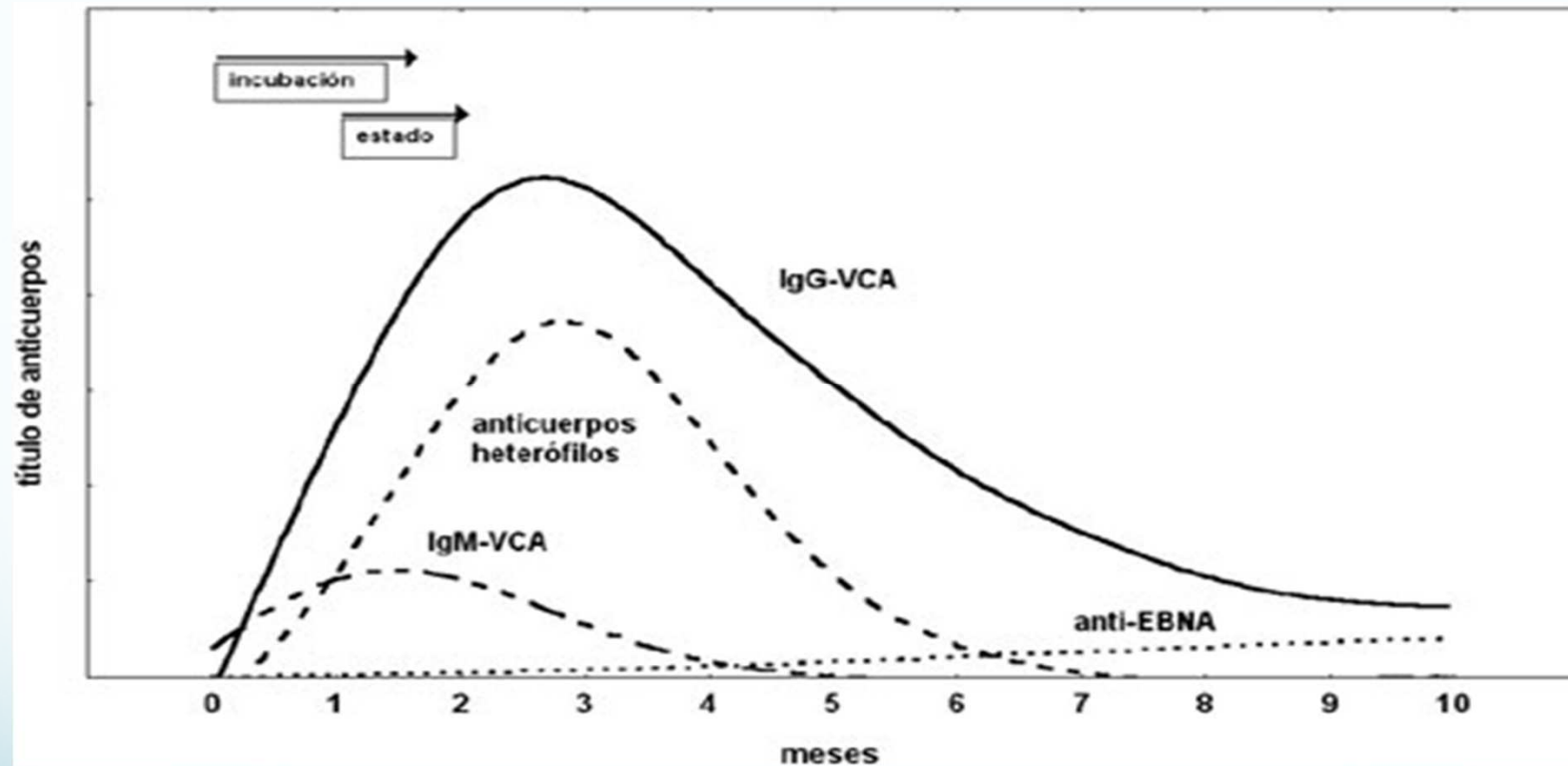
Obstrucción vía aérea superior...

Miocarditis

Anemia hemolítica

- Mayoría es banal--- seguido por A. Primaria
- Cuando complicaciones:
 - Estudio especializado
 - Ingreso hospitalario
- Se transmite por **secreciones salivales**. (Enf del beso)
- **DG en Urgencias**: clínica+ leucocitosis con linfocitosis (+ 10% linfocitos atípicos) + test mononucleosis (Paul Bunnell)

- Ingreso: DG: clínica compatible + prueba serológica



- EXAMENES DE LABORATORIO:

Acs HETERÓFILOS: (90%)

anticuerpos IgM que no se unen a las proteínas del virus Epstein-Barr (Paul bunnell)

Acs ESPECÍFICOS PARA VEB:

a) Acs anti-VCA --- IgM (pocos meses)-asegura el dg

--- IgG (toda la vida)-desde etapas tempranas

los títulos son elevados →no permite

confirmar infección activa

b) Acs anti-EA--- acs contra antígenos tempranos

c) Acs anti-EBNA---aparición tardía (1 a 2 meses)

- Se ha visto que puede haber reactividad cruzada con probable falso positivo para IgM VCA VEB en pacientes con hepatitis A, linfoma de burkit y carcinoma nasofaríngeo...

	EA IgG	VCA IgM	VCA IgG	EBNA
No Infección	-	-	-	-
Infección Aguda	+/-	+	+	-
Infección Pasada	-	-	+	+

- Desde punto de vista analítico...

Linfocitosis 2-3 sems (atípicos 10%)

Leucocitosis moderada

Neutropenia relativa y absoluta

Frec. Trombocitopenia

Suele cursar con una alteración leve de las transaminasas(ALT y AST), que en la mayoría de los casos se normaliza de forma espontánea en 2 ó 3 semanas.

Diagnóstico diferencial

- Cuando Paul Bunnell negativo → CMV
- Hepatitis A: linfocitosis atípica poco intensa, aumento de transaminasas ↑↑↑ que MI
- Toxoplasmosis aguda y rubéola: ↑ enz hepáticas, linfocitosis menos intensa.
- HV-6- cuadro indistinguible (exantema súbito)(serología)

Tratamiento

- Sintomático:
- Reposo durante la fase aguda
- Hidratación oral
- Analgésicos y antipiréticos
- CTs casos de :
 - obstruc. vía aérea
 - trombocitopenia grave
 - anemia hemolítica

Gracias