



# medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



## Clínica cotidiana

# Signo de Hoagland: un hallazgo clínico para el diagnóstico precoz de mononucleosis infecciosa

Silvia Arroyo Romero<sup>a,\*</sup>, Rafael Tello Torres<sup>b</sup>, Ana Cerrato Casado<sup>c</sup>, Vega Blanco Rollán<sup>d</sup>, Isabel Arroyo Romero<sup>e</sup>, Alejandro Domínguez Bejarano<sup>f</sup>.

<sup>a</sup>Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. <sup>b</sup>Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca. <sup>c</sup>Centro de Salud San Juan. Salamanca.

<sup>d</sup>Centro de Salud Universidad Centro. Salamanca. <sup>e</sup>Fisioterapeuta. <sup>f</sup>Centro de Salud de Linares. Salamanca.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 9 de julio de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

#### Palabras clave:

Signo de Hoagland

Mononucleosis infecciosa

Virus de Epstein Barr.

#### Keywords:

Hoagland sign

Infectious mononucleosis

Epstein Barr virus

### R E S U M E N

Presentamos un caso de debut de mononucleosis infecciosa con un signo precoz: el signo de Hoagland.

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad que comúnmente plantea dudas diagnósticas con la amigdalitis estreptocócica. El reconocimiento precoz del signo de Hoagland puede facilitar el diagnóstico clínico de la mononucleosis infecciosa, especialmente en contextos donde no se dispone de pruebas diagnósticas inmediatas. Este signo se incluye dentro de la triada clásica de la mononucleosis, junto con la existencia de amigdalitis pultácea y adenopatías cervicales posteriores. El conocimiento de estos hallazgos permite evitar errores diagnósticos, tratamientos inadecuados (como el uso de antibióticos) y sus potenciales complicaciones.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

### Hoagland sign: a clinical finding for early diagnosis of infectious mononucleosis

#### A B S T R A C T

We report a case of infectious mononucleosis presenting with an early clinical sign: Hoagland's sign.

Infectious mononucleosis is a condition that frequently poses diagnostic challenges, particularly in differentiating it from streptococcal pharyngotonsillitis. Early recognition of Hoagland's sign may facilitate the clinical diagnosis of infectious mononucleosis, especially in settings where immediate laboratory testing is not available. This sign is included within the classic triad of mononucleosis, together with exudative tonsillitis and posterior cervical lymphadenopathy. Awareness of these characteristic findings can help prevent diagnostic errors, inappropriate treatments such as unwarranted antibiotic use, and their potential complications.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sarroyor@saludcastillayleon.es](mailto:sarroyor@saludcastillayleon.es) (S. Arroyo Romero).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.008>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

## Descripción del caso clínico

Adolescente varón de 15 años, sin antecedentes médicos relevantes ni alergias conocidas. Como antecedentes familiares destaca madre con alergia al polen, epitelio de animales y marisco. El paciente acude a consulta de atención primaria por aparición de edema palpebral bilateral de un día de evolución, sin otros síntomas acompañantes. Refiere haber estado en el campo unos días antes, donde sufrió varias picaduras de insecto.

A la exploración física inicial destaca edema palpebral bilateral, blando, no eritematoso ni caliente, sin dolor a la palpación (figura 1). No presenta lesiones cutáneas en región facial, ni hiperemia conjuntival. Sin otros hallazgos relevantes a la exploración física: afebril, con una saturación periférica de oxígeno del 99%, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones y sin hallazgos orofaríngeos significativos. Ante la sospecha de una reacción alérgica leve, se administra una dosis de metilprednisolona intramuscular y se pauta cetirizina oral.

Cuatro días después, consulta de nuevo por comenzar con fiebre de hasta 38 °C, astenia intensa y odinofagia. En la exploración física se evidencia faringe hiperémica y amígdalas hipertróficas con exudado purulento bilateral (faringoamigdalitis exudativa). Además, presenta adenopatías cervicales laterales y posteriores bilaterales, subcentimétricas, dolorosas a la palpación y móviles. En la exploración abdominal, destaca hepatomegalia no dolorosa de aproximadamente 2cm, sin esplenomegalia palpable ni ictericia.

El paciente cumple 3 criterios de Centor, por lo que se realiza un test de detección rápida del estreptococo, que es negativo. Se solicita analítica sanguínea y prueba de detección rápida de mononucleosis infecciosa.

La analítica evidencia elevación de reactantes de fase aguda, pruebas de función hepática dentro del rango normal, y resultado positivo en la prueba de detección rápida de mononucleosis infecciosa (tabla 1). Por tanto, se diagnostica de mononucleosis infecciosa, con una presentación inicial compatible con el signo de Hoagland. Se suspende el trata-

**Tabla 1 – Parámetros analíticos del hemograma, perfil hepático y prueba diagnóstica de mononucleosis.**

Hemograma	
Hemoglobina	13,5 g/dl
Hematocrito	40 %
Leucocitos totales	12.800/ $\mu$ l
Linfocitos	55 %
Neutrófilos	30 %
Plaquetas	210.000/ $\mu$ l
Perfil hepático	
AST (GOT)	32 U/L
ALT (GPT)	28 U/L
GGT	18 U/L
Bilirrubina total	0,6 mg/dl
Bilirrubina directa	0,1 mg/dl
Reactantes de fase aguda (RFA)	
PCR	22 mg/L
Procalcitonina	Negativa
Test rápido	
Anticuerpos heterófilos	Positivo

miento antihistamínico y se inicia tratamiento sintomático con analgésicos y antipiréticos.

Se reevalúa una semana después, con resolución progresiva de los síntomas, persistiendo únicamente discreta astenia.

## Comentario

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad autolimitada y con una alta prevalencia (sobre todo en la población



**Figura 1 – Signo de Hoagland: edema palpebral bilateral..**

infanto-juvenil)<sup>1</sup>. A menudo plantea dudas diagnósticas con la amigdalitis estreptocócica. En este sentido, en ausencia de pruebas inmediatas, es fundamental identificar signos clínicos específicos para orientar el diagnóstico. El signo de Hoagland sigue siendo poco conocido en la práctica clínica habitual, a pesar de haberse descrito hace más de 70 años<sup>2</sup>. Su presencia puede pasar desapercibida si no se considera dentro del contexto evolutivo del cuadro.

Este signo representa una oportunidad diagnóstica precoz para los médicos de familia, permitiendo anticipar el diagnóstico definitivo y evitar tratamientos innecesarios, como el uso creciente de antibióticos. La administración de aminopenicilinas (amoxicilina, ampicilina) a pacientes con mononucleosis puede inducir exantema en hasta el 70-90% de los casos, lo cual puede generar confusión diagnóstica o preocupación por reacciones alérgicas<sup>3</sup>. El reconocimiento precoz del cuadro y de signos como el edema palpebral puede prevenir estos errores.

Aunque en la literatura médica se ha descrito una prevalencia variable del signo de Hoagland (oscilando entre el 15% y el 50% de los casos según la serie consultada)<sup>4</sup>, continúa siendo infradiagnosticado y poco conocido en la práctica clínica. Al igual que en el presente caso, diversos artículos han documentado su aparición en fases iniciales de la mononucleosis infecciosa, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes<sup>5,6</sup>. El hecho de que se manifieste precozmente, incluso antes de la aparición de faringitis, lo convierte en un marcador clínico de gran interés.

Este caso también resalta la importancia de una segunda valoración clínica, especialmente en pediatría y adolescencia, cuando un cuadro inicial inespecífico puede evolucionar hacia una presentación más definida. La evolución temporal del cuadro, junto con una actitud expectante y sintomática,

permite en muchas ocasiones evitar pruebas innecesarias y garantizar un buen resultado clínico.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Naughton P, Healy M, Enright F, Lucey B. Infectious mononucleosis: Diagnosis and clinical interpretation. *Br J Biomed Sci.* 2021;78(3):107-16.
2. Hoagland RJ. Infectious mononucleosis. *Am J Med.* 1952;13(2):158-71. Disponible en: [https://www.amjmed.com/article/0002-9343\(52\)90154-X/fulltext](https://www.amjmed.com/article/0002-9343(52)90154-X/fulltext)
3. Zhang R, Mao Z, Xu C, Wang W, Kwong JSW, Xu M, et al. Association between antibiotic exposure and the risk of rash in children with infectious mononucleosis: A multicenter, retrospective cohort study. *Antimicrob Agents Chemother.* 2023;67(6):e0024923.
4. Decker GR, Berberian BJ, Sulica VI. Periorbital and eyelid edema: The initial manifestation of acute infectious mononucleosis. *Cutis.* 1991;47(5):323-4.
5. Louppides S, Kakoullis L, Parpas G, Panos G. Upper eyelid oedema in a patient with pharyngitis/exudative tonsillitis and malaise: Hoagland sign in infectious mononucleosis. *BMJ Case Rep.* 2019;12(12):e233719. <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-233719>
6. Een 17-jarig meisje met oedeem van de bovenoogleden | NTVG [Internet]. 2023 [citado 5 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ntvg.nl/artikelen/een-17-jarig-meisje-met-oedeem-van-de-bovenoogleden>