



Clínica cotidiana

Diagnóstico diferencial de una faringitis y adenopatía cervical

Adrián Rondón López*, Daniel Rodríguez Castro, Diana Almodóvar Pizarro, Inés Rodrigo Fernández De Heredia, Carmen Luna Hernández, Belén Tortajada Hernández

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Mononucleosis

Linfadenopatía

Esplenomegalia

Fiebre

Epstein-Barr

Keywords:

Mononucleosis

Lymphadenopathy

Splenomegaly

Fever

Epstein-Barr virus

R E S U M E N

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad viral causada principalmente por el virus de Epstein-Barr (VEB). A nivel global, más del 90 % de los adultos tienen anticuerpos contra el VEB. La infección suele ocurrir en la infancia, generalmente asintomática, con un periodo de incubación de 4 a 8 semanas. En países en desarrollo es más frecuente antes de los 6 años, mientras que, en áreas urbanas y países desarrollados, la primoinfección ocurre a edades más avanzadas y con una mayor probabilidad de manifestaciones clínicas.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Differential diagnosis of pharyngitis and cervical adenopathy

A B S T R A C T

Infectious mononucleosis is a viral disease caused primarily by the Epstein-Barr virus (EBV). Globally, more than 90 % of adults have antibodies against EBV. Infection usually occurs in childhood, where it is generally asymptomatic, with an incubation period of 4 to 8 weeks. In developing countries, infection is more common before the age of 6, whereas in urban areas and developed countries, primary infection occurs at older ages and is more likely to present with clinical manifestations.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adri.rondonlopez@gmail.com (A. Rondón López).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.085>

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

Descripción del caso clínico

Varón de 18 años, sin antecedentes personales patológicos de relevancia, que acude al servicio de urgencias por fiebre de hasta 39 °C, odinofagia intensa y adenopatía cervical derecha dolorosa con una evolución de cinco días. Refiere astenia y cefalea, sin presencia de tos, rinorrea ni exantema cutáneo. Niega antecedentes de contactos sexuales de riesgo o viajes recientes.

Exploración física: paciente febril (38,8 °C), hemodinámicamente estable y sin signos de distrés respiratorio. La auscultación cardiopulmonar es normal. No se observan exantemas ni signos de ictericia. Se palpa adenopatía laterocervical derecha de gran tamaño, móvil y dolorosa a la palpación (figura 1) La faringe presenta hiperemia difusa, hipertrofia amigdalilar bilateral y presencia de exudados blanquecinos en ambas amígdalas (figura 2). Se evidencia hepatomegalia leve, con borde hepático palpable a 1-2 cm por debajo del reborde costal derecho.

Pruebas complementarias. Análítica sanguínea: linfopenia (800/ μ L), elevación de transaminasas (AST: 110 U/L; ALT: 130 U/L) y proteína C reactiva (PCR: 35 mg/L). Test rápido para *Streptococcus pyogenes*: resultado negativo. Ecografía cervical: sin signos de sobreinfección bacteriana ni evidencia de absceso (figura 3). Serología viral: positiva para anticuerpos VCA IgM y negativa para EBNA IgG, CMV IgM y CMV IgG, hallazgos compatibles con infección aguda por virus de Epstein-Barr (VEB).

Se decide alta domiciliaria con tratamiento sintomático antipirético y antiinflamatorio, recomendándose reposo y abstención de actividad física intensa. Se programa revisión ambulatoria en tres días para control evolutivo y confirmación de los resultados serológicos.

Comentario

Resulta fundamental realizar una anamnesis exhaustiva y establecer un diagnóstico diferencial sistemático, conside-



Figura 1 - Adenopatía laterocervical derecha.



Figura 2 - Faringe hiperémica con hipertrofia amigdalilar y exudados blanquecinos en ambas amígdalas.

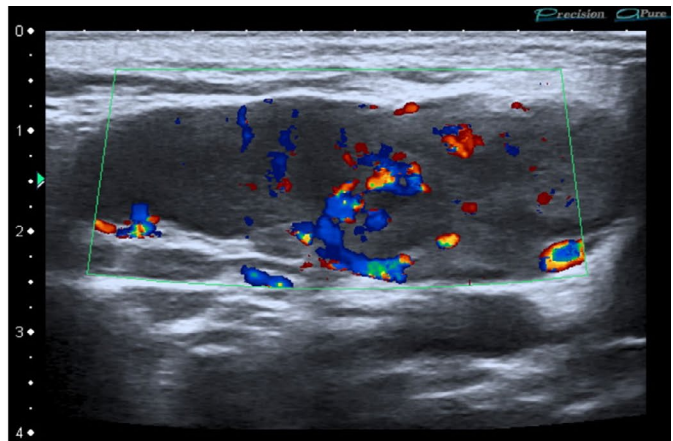
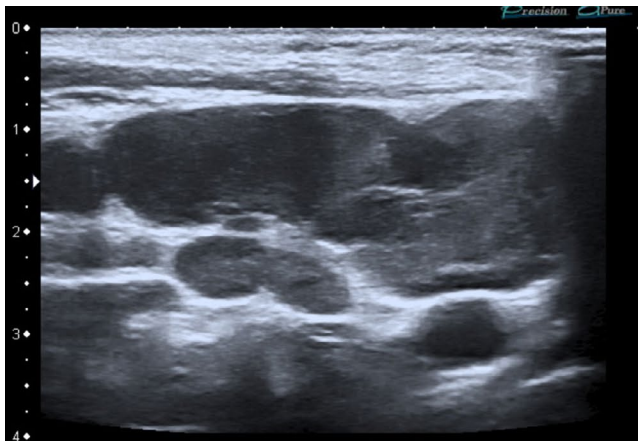


Figura 3 - Ecografía de cuello: adenopatía con contenido con ecogenicidad heterogénea y vascularización hilar normal en doppler, sin signos ecográficos de sobreinfección ni necrosis.

rando las principales entidades clínicas que cursan con cuadro similar:

- Faringoamigdalitis estreptocócica: descartada mediante test rápido negativo y ausencia de exantema escarlatiniforme.
- Infección por citomegalovirus (CMV): proceso clínicamente similar a la infección por virus de Epstein-Barr (VEB), diferenciable mediante pruebas serológicas específicas.
- Toxoplasmosis: caracterizada por linfadenopatías habitualmente sin fiebre elevada.
- Leucemia o linfoma: a descartar en caso de persistencia sintomática o alteraciones hematológicas significativas.
- Tuberculosis ganglionar: sospechable ante adenopatías persistentes; confirmación diagnóstica mediante detección de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en aspirado ganglionar.

En la mayoría de los casos, la infección por VEB tiene una evolución autolimitada, resolviéndose sin complicaciones y confiriendo inmunidad duradera.

El tratamiento es sintomático, dado que en la actualidad no existe vacuna disponible. Además de las medidas generales, hidratación adecuada, reposo físico y administración de analgésicos o antipiréticos (paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos), se debe evitar el uso de antibióticos

betalactámicos, especialmente amoxicilina, debido al riesgo elevado de exantema cutáneo en el contexto de mononucleosis infecciosa.

Se aconseja restricción de la actividad física y deportiva durante un periodo mínimo de 3 a 4 semanas, por el riesgo de rotura esplénica asociado a la esplenomegalia transitoria.

Es esencial reevaluar al paciente en consulta tras la disponibilidad de los resultados serológicos y valorar criterios de ingreso hospitalario en presencia de compromiso respiratorio, disfagia severa o afectación sistémica significativa¹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fistera. Mononucleosis infecciosa [Internet]. [citado 2025 mar 02]. Disponible en: <https://www.fistera-com.bvscsm.a17.csinet.es/guiasclinicas/mononucleosis-infecciosa>. European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) Guidelines on EBV Infections (2023).