

Infección digestiva por citomegalovirus en un paciente inmunocompetente. Reporte de caso

Gastrointestinal cytomegalovirus infection in an immunocompetent patient. Case report

Alejandra Bendezú Chacaltana^{1,a}

RESUMEN

Las infecciones activas por Citomegalovirus son raras en pacientes inmunocompetentes. Estudios muestran que el 50 - 80% de la población mundial es seropositiva para Citomegalovirus⁽¹⁾ incluso en adultos mayores alcanza el 91%⁽²⁾. Se presenta el caso de un paciente varón, adulto mayor, con esofagitis y colitis ulcerativa debido a Citomegalovirus, lo que fue confirmado por Biopsia de colon. Se concluye que Citomegalovirus debe ser considerado en la etiología de éstos procesos cuando son persistentes y se presentan en adultos mayores.

Palabras clave: Citomegalovirus, inmunocompetente, esofagitis, colitis. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Active Cytomegalovirus infections are rare in immunocompetent patients. Studies show that 50-80% of the world population is seropositive for cytomegalovirus⁽¹⁾ even in older adults is 91%⁽²⁾. The case of a male patient, older adult, with esophagitis and ulcerative colitis due to cytomegalovirus, which was confirmed by biopsy of the colon, is presented. We conclude that Cytomegalovirus should be considered in the etiology of these processes when they are persistent and occur in older adults.

Keywords: Cytomegalovirus, immunocompetent, esophagitis, colitis. (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

El citomegalovirus (CMV) es un miembro de la familia Herpesviridae que evade con maestría todos los niveles de la respuesta del huésped a la infección, incluidas las respuestas intrínsecas, innata y adaptativa. Además, CMV manipula hábilmente los controles celulares incluyendo la regulación del ciclo celular y el silenciamiento de genes. La superación de las defensas y el control de la proliferación celular y la expresión génica es esencial para la replicación y persistencia viral exitosa⁽³⁾.

La mayoría de infecciones primarias por

citomegalovirus en personas inmunocompetentes no causan síntomas o se presentan como un síndrome mononucleósico que generalmente es leve y autolimitado, sin embargo hay reportes de pacientes adultos mayores con compromiso digestivo por citomegalovirus^(1,2,5,6,13) incluso existen series de casos con compromiso severo^(14,15) donde el tracto gastrointestinal es el más frecuentemente afectado⁽¹⁶⁾, en orden de frecuencia colon, duodeno, estomago, esófago e intestino delgado.

El tracto gastrointestinal puede ser afectado desde la boca hasta el ano, siendo el esófago y el colon los más frecuentes y el intestino delgado el menos frecuente⁽²⁾. En general, la esofagitis infecciosa se produce en pacientes con alteraciones de la inmunidad, pero ha habido reporte de casos en pacientes inmunocompetentes, pacientes desnutridos, pacientes de cuidados críticos en unidades de cuidados intensivos y pacientes con quemaduras extensas o traumatismo grave que también se consideran pacientes no inmunocomprometidos⁽⁵⁾.

Los síntomas de esofagitis por citomegalovirus son disfagia y odinofagia. El sangrado es raro en esofagitis, sin embargo hay reportes donde la manifestación predominante fue el sangrado⁽⁵⁾, al igual que en éste caso. La fiebre acompaña esofagitis en 20% de pacientes con CMV, y 42% de los pacientes presenta náuseas y vómitos⁽⁶⁾.

El aspecto endoscópico es variable encontrándose úlceras múltiples, úlceras solitarias gigantes o una esofagitis difusa superficial. El mejor método

1. Servicio de Medicina Interna N° 2 del Instituto de Salud Especializado Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

a. Médico Internista.

diagnóstico es la biopsia del fondo de la úlcera, ya que el CMV no infecta el epitelio escamoso sino las células endoteliales de la lámina propia. La sensibilidad aumenta a casi el 100% cuando se toma un mínimo de 10 muestras del fondo de la úlcera. Las células endoteliales infectadas son de un tamaño mayor de lo normal, con inclusiones nucleares grandes o inclusiones citoplásmicas granulares basófilas. Ni el cepillado de las lesiones ni la obtención de una serología son útiles para el diagnóstico.

Las manifestaciones clínicas del compromiso colónico incluyen hemorragia, dolor abdominal, tenesmo y diarrea. La enfermedad es usualmente limitada al colon izquierdo⁽¹⁾. Los hallazgos endoscópicos de enfermedad gastrointestinal por citomegalovirus incluyen erosiones, ulceración y hemorragia de la mucosa y son indistinguibles de la Colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn⁽¹⁾. Hay un reporte^(10,11) de compromiso severo por citomegalovirus en 34 pacientes inmunocompetentes, donde la afectación de colon solo se presentaba en uno de ellos. No se reporta compromiso esofágico. El compromiso de colon puede imitar muchas enfermedades como colitis pseudomembranosa, isquemia, neoplasias malignas y enfermedad inflamatoria intestinal. El diagnóstico es hecho por la presencia del virus en el examen anatomopatológico o cultivo.

REPORTE DE CASO

Varón de 72 años, natural y procedente de Junín con antecedente de Hipertensión Arterial diagnosticada hace 12 años en tratamiento regular con Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs), Diabetes Mellitus 2 en tratamiento con Glibenclamida y Enfermedad de Parkinson tratada con Biperideno y Levodopa. Además antecedente de Hiperplasia benigna de próstata diagnosticada dos años antes y operado de Divertículos en el colon 40 años antes.

El paciente ingresa por emergencia de nuestro hospital por presentar hemorragia digestiva alta, sin descompensación hemodinámica. El informe de la endoscopia alta reportó lo siguiente: desde tercio superior se aprecia múltiples erosiones fusiformes de entre 5 a 15 mm, la mayoría cubierta con fibrina, confluentes, que ocupan casi toda la circunferencia a lo largo del lumen hasta la línea Z. En antro se observa eritema parcelar leve. De éste modo el diagnóstico endoscópico digestivo alto es Esofagitis erosiva Los Angeles C y gastritis eritematosa leve.

Por evolucionar favorablemente fue trasladado a una clínica geriátrica para continuar observación y posteriormente continuar estudios y controles ambulatorios. En ésta clínica presenta deposiciones diarreicas mezcladas con sangre, 4 a 5 veces al día, asociado a fiebre y decaimiento, por lo que el paciente

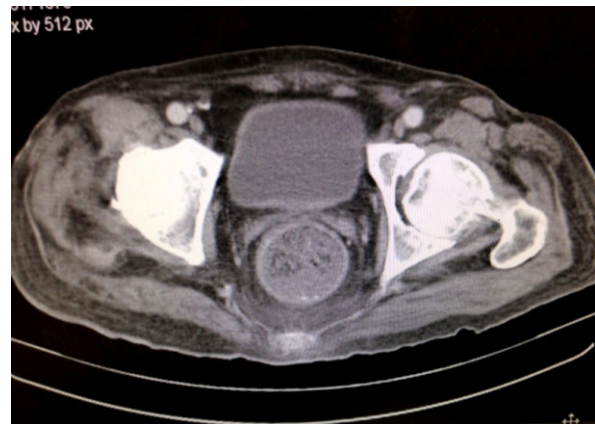
retorna al Hospital para evaluación.

Al examen físico presentaba presión arterial: 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto y temperatura de 37°C. Se halló al paciente pálido, mucosa oral seca, no presentaba edemas, no adenomegalias palpables. El murmullo vesicular se escuchaba bien en ambos hemitórax y la amplexación pulmonar estaba conservada. Los ruidos cardíacos eran rítmicos, no había presencia de soplos, ni choque de punta. El abdomen tenía ruidos hidroaéreos normales, blando, depresible, doloroso en forma difusa, sin signos peritoneales, no se palpaba masas. A nivel del examen peritoneológico el paciente estaba despierto, lúcido y orientado, no había déficit motor ni sensitivo.

Los exámenes auxiliares mostraron a un hemograma: Leucocitos: 2870 mil/mm³ con Eosinófilos 1%, Linfocitos 20%, Segmentados 70%, Monocitos 9%, Hemoglobina: 9.1 g/dl con constantes corpusculares normales. El examen de orina presentó Leucocitos: más de 100 por campo, aglutinados y degenerados; Células epiteliales escasas y bacterias 3+. Transaminasas y Bilirrubina séricas normales, Albúmina sérica: 1.1 g/dl. Creatinina: 2 mg/dl. HIV - ELISA: Negativo.

La tomografía axial computarizada de abdomen con contraste se informó como: Engrosamiento de las paredes del recto y ampolla rectal sin definirse masas ni captación anómala del contraste (Imagen N°01). Se observa colon derecho por delante del hígado.

Imágen N°01. Tomografía pélvica donde se observa engrosamiento de las paredes del recto.



Con éstos hallazgos el primer diagnóstico diferencial que se planteó fue Neoplasia de colon. Además se inició tratamiento para la infección del tracto urinario. Posteriormente la Colonoscopia reportó: desde los 10 cm. de margen anal hasta los 45 cm. se aprecia mucosa edematosa, ampliamente erosionada con fibrina y con pseudopólipos (de donde se toman múltiples biopsias), con poca distensibilidad y frialdad. Conclusión: Colitis ulcerativa.

El resultado de la biopsia de colon fue: inclusiones citoplasmáticas compatibles con Citomegalovirus (Imagen N°02 y 03).

Imagen N°02. Biopsia de colon mostrando inclusión citoplasmática (40x).

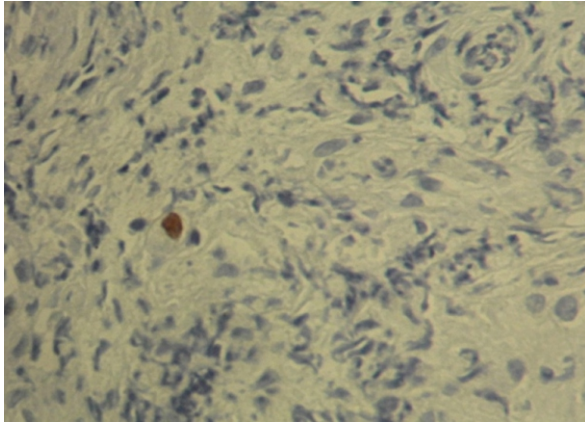
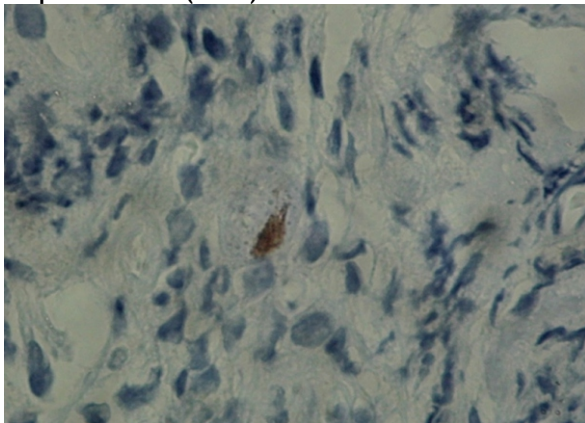


Imagen N°03. Inclusión citoplasmática mostrada en biopsia de colon (100x).



Con éste diagnóstico definitivo se inició tratamiento con Valganciclovir, las deposiciones con sangre cedieron, la evolución del paciente fue favorable, siendo dado de alta.

DISCUSIÓN

Citomegalovirus es un patógeno común en el mundo, 40 a 100% de la población del mundo es seropositiva y suele afectar a pacientes con sistema inmune debilitado, aunque otros reportes señalan una frecuencia menor⁽⁷⁾. Se reporta hasta el 10% de infecciones por citomegalovirus en pacientes inmunocompetentes, en quienes se puede presentar desde forma asintomática hasta afección de diversos sistemas u órganos incluido el tracto gastrointestinal^(1,10).

El compromiso gastrointestinal es frecuente en

pacientes con inmunodeficiencia adquirida que tienen recuento de linfocitos CD4 menor de 50 células/mm³ y entre receptores de trasplante. Cuando se presenta en inmunocompetentes son pacientes de edad avanzada² como en el caso reportado. En contraste, el año 2012, un estudio italiano⁽⁸⁾, presentó que la mayoría de pacientes con infecciones por CMV era jóvenes inmunocompetentes entre 25 y 35 años y ninguno de los casos reportados se manifestó con Colitis.

Según un estudio hecho en Polonia⁽⁴⁾, refiere que no ha habido reporte de casos de esofagitis por citomegalovirus en pacientes inmunocompetentes, ya que se presenta especialmente en aquellos que han sido transplantados, reciben corticoterapia, tienen infección por HIV o reciben diálisis. Sin embargo en nuestro paciente se demuestra que no hay condición alguna de inmunodepresión.

Otro reporte de caso⁽⁵⁾ presenta infección esofágica y candidiásica concomitante, en un paciente alcohólico, que remitió sin tratamiento. El paciente no tenía otra condición de inmunodepresión y era más joven en relación con el nuestro. Nuestro paciente en cambio, mostró mejoría después de recibir tratamiento antiviral.

Hallazgos de una investigación⁹ reportan que es el género masculino donde hay mayor casos de reactivación de CMV, especialmente en aquellos con estancia hospitalaria prolongada. En nuestro caso, el paciente adquirió la infección en la comunidad.

De una revisión de 34 casos de pacientes inmunocompetentes con CMV, la mayoría varones, solo 3 tenían compromiso de intestino grueso, de los cuales 2 eran menores de 35 años⁽¹⁰⁾. Otro estudio de reporte de caso, al igual que el nuestro, presenta un adulto mayor con síntomas digestivos, que finalmente fueron producidos por infección al colon por CMV.

Los diversos estudios presentados como antecedentes, reportan mayoritariamente, pacientes adultos mayores. Aunque CMV afecta preferentemente otros órganos diferentes al aparato digestivo, debe sospecharse ésta infección dentro del estudio de pacientes con manifestaciones digestivas como sangrado, dolor o diarrea.

Conflictos de interés: La autora niega conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carter D, Olchovsky D, Pokroy R, Ezra D. Citomegalovirus-associated colitis causing diarrhea in an immunocompetent patient. World Journal of

- Gastroenterology 2006. November 14; 12(42): 6898-6899. Israel.
2. Hei K, Young S. Cytomegalovirus ileitis in an immunocompetent elderly adult. World Journal of Gastroenterology 2006. August 21; 12(31): 5084-5086
 3. Goodrum F, Caviness K, Zagallo P. Human Cytomegalovirus Persistence. Cell Microbiol. 2012 May; 14(5): 644-655
 4. Rosolowski M, Kierzkiwicz M. Etiology, diagnosis and treatment of infectious esophagitis. Przegląd Gastroenterologiczny 2013; 8 (6): 333-337. Polonia.
 5. Yagain K, Lakshmi R, Pai K, Pai G. Cytomegalovirus esophagitis in nonimmunocompromised patient - Presenting as an acute necrotic (black) esophagitis. Indian Journal of Pathology and Microbiology. 2011. Vol 54 (4): 853-854. India.
 6. Weile J, Streeck B, Muck J, Krebs G, Jacobus K, Knabbe C y col. Severe Cytomegalovirus-associated Esophagitis in an Immunocompetent Patient After Short-Term steroid therapy. Journal of Clinical Microbiology. 2009 Sep Vol 47 (9): 3031-3033. Alemania.
 7. Shahani L. CMV infection complicating the diagnosis of Crohn's disease in an immunocompetent patient. BMJ Case Reports 2012. USA.
 8. Colomba C, Lalicata F, Siracusa L, Saporito L, Di Bona D, Giammanco G y col. Malattia da Citomegalovirus nell'ospite immunocompetente. Considerazioni clinico-immunologiche. Le Infezioni in Medicina, n. 1, 12-15, 2012. Italia.
 9. Limaye A, Kirby K, Rubinfeld G, Leisenring W, Bulger E, Neff M y col. Cytomegalovirus Reactivation in Critically-Ill Immunocompetent Patients. JAMA. 2008 July 23; 300(4): 413-422. USA
 10. Eddleston M, Peacock S, Juniper M, Warrell D. Severe Cytomegalovirus Infection in Immunocompetent patient. Clinical Infectious Diseases 1997. 24: 52-6. Reino Unido.
 11. Tirumala S, Behera B, Lingala S, Vijay B, Kumar P, Gurunath J y col. Severe cytomegalovirus infections in immunocompetent patients at admission as dengue mimic: Successful treatment with intravenous ganciclovir. Asian Pacific Journal of tropical medicine. 2011: 920-22. India
 12. Cook Ch. Cytomegalovirus Reactivation in "Immunocompetent" Patients: A Call for Scientific Prophylaxis. The Journal of Infectious Diseases 2007;196:1273-5. USA.
 13. Tárraga I, Ferreras P, Vicente M, De Arriba J, García M. Colitis ulcerosa e infección por Citomegalovirus. Anales de Medicina Interna. Madrid. Vol 20 N2. Febrero 2003.
 14. Rafailidis P, Mourtzoukou E, Varbobitis L. Severe cytomegalovirus infection in apparently immunocompetent patients: a systematic review, Virology Journal 2008, 5:47
 15. Faucher JF, Abraham B, Segondy M, Jonquet O, Reynes J, Janbon F: Acquired cytomegalovirus infections in immunocompetent adults: 116 cases. Presse Med 1998, 27:1774-9.

Correspondencia

Alejandra Bendezú Chacaltana

Correo: abendezuch@hotmail.com**Revisión de pares**

Recibido: 06/08/2015

Aceptado: 20/09/2015