

Begoña González Sierra*, Roberto de la Plaza Llamas
y José Manuel Ramia Ángel

Servicio de Cirugía General, H.U Guadalajara,
Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: begoglezsierra@gmail.com
(B. González Sierra).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.03.004>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hemorragia digestiva grave secundaria a esofagitis por virus del herpes simple y citomegalovirus



Severe gastrointestinal bleeding due to synchronous herpes simplex virus and cytomegalovirus esophagitis

La esofagitis infecciosa es la tercera causa más frecuente de esofagitis tras el reflujo gastroesofágico y la esofagitis eosinofílica¹. El microorganismo más comúnmente implicado es *Candida*, seguida del virus del Herpes Simple (VHS) y del citomegalovirus¹. Aunque la coinfección del VHS y el citomegalovirus es muy infrecuente, aumenta el riesgo de hemorragia digestiva y perforación^{2,3}.

Presentamos el caso de una mujer de 65 años con antecedentes de etilismo crónico (más de 80 gramos de alcohol diarios), diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca secundaria a insuficiencia tricuspídea grave y fibrilación auricular persistente (en tratamiento con apixaban). Ingresó en el hospital por sepsis respiratoria e insuficiencia cardíaca descompensada siendo tratada con piperacilina-tazobactam, corticoides intravenosos y diuréticos. Se sustituyó el apixaban por heparina de bajo peso molecular.

Durante el ingreso la paciente presentó anemia progresiva (hemoglobina 12 mg/dl a 7 mg/dl, plaquetas $120 \times 10^9/L$, INR 1,2), melenas y un episodio de hematemesis sin inestabilidad hemodinámica. Se realizó una gastroscopia donde se visualizaron a lo largo del esófago múltiples vesículas de entre 10 y 20 mm (Figura 1). Además, el tercio inferior esofágico presentaba una mucosa ulcerada y friable con vesículas y restos hemáticos frescos (Imagen 1 B). En las biopsias esofágicas se informó de material necrótico, calcificaciones y material fibrinoleucocitario. Ante la presencia simultánea de lesiones ulceradas en la cavidad oral, se inició tratamiento empírico con aciclovir intravenoso. Siete días después se repitió la gastroscopia donde se objetivó la resolución completa de las lesiones y una variz esofágica pequeña en tercio distal. Posteriormente se conocieron los resultados de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) realizada en sangre al inicio del cuadro clínico, que fue positiva para citomegalovirus. En las muestras esofágicas la PCR resultó positiva para citomegalovirus y Herpes Virus-1. En un TAC abdominal realizado durante el ingreso se visualizó

un parénquima hepático irregular de contornos lobulados y ascitis.

La paciente fue dada de alta tras 69 días de ingreso sin presentar ninguna nueva complicación secundaria a la esofagitis infecciosa y permanece en seguimiento por su hepatopatía crónica.

Los principales factores de riesgo para la esofagitis infecciosa son el VIH, el trasplante de órgano y el uso de quimioterápicos, inmunosupresores y corticoides^{1,4}.

El síntoma más frecuente es la odinofagia, siendo muy infrecuente la hemorragia digestiva^{1,5}. Sin embargo, la coinfección del VHS y el citomegalovirus aumenta el riesgo de hemorragia digestiva y de perforación^{2,3}. Esto puede ser debido a que la infección herpética se localiza en el epitelio de la pared esofágica mientras que el citomegalovirus afecta a las células mesenquimales, incluyendo las células endoteliales de los pequeños vasos sanguíneos, en la parte más profunda de la pared esofágica³.

En la esofagitis por VHS, dependiendo de la duración y gravedad de la infección, se pueden observar desde pequeñas vesículas de base eritematosa hasta múltiples úlceras superficiales o profundas coalescentes y recubiertas de un exudado amarillento. Las lesiones se localizan fundamentalmente en esófago medio y distal, y en pacientes inmunodeprimidos pueden llegar a producirse perforaciones secundarias a una esofagitis necrótica^{1,2,4}.

Las úlceras esofágicas por citomegalovirus se localizan también en el esófago medio o inferior y suelen ser grandes y poco profundas (aunque a veces pueden tener los bordes sobreelevados), solitarias o múltiples^{1,4}.

El diagnóstico se realiza a partir de las biopsias de las úlceras esofágicas y el método más sensible es la PCR³.

Para el tratamiento de la esofagitis por VHS en pacientes inmunocomprometidos se utiliza aciclovir, famciclovir o valaciclovir, mientras que para el citomegalovirus se puede emplear ganciclovir, valganciclovir o foscarnet¹. En nuestro caso, la paciente no requirió tratamiento adicional para el citomegalovirus dada la rápida desaparición de las lesiones con aciclovir.

En conclusión, aunque la esofagitis infecciosa es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva, siempre tenemos que sospecharla en los pacientes inmunocomprometidos dada la heterogeneidad en su presentación clínica y endoscópica y la posibilidad de resolución con tratamiento empírico.

Financiación

No hay ninguna financiación.

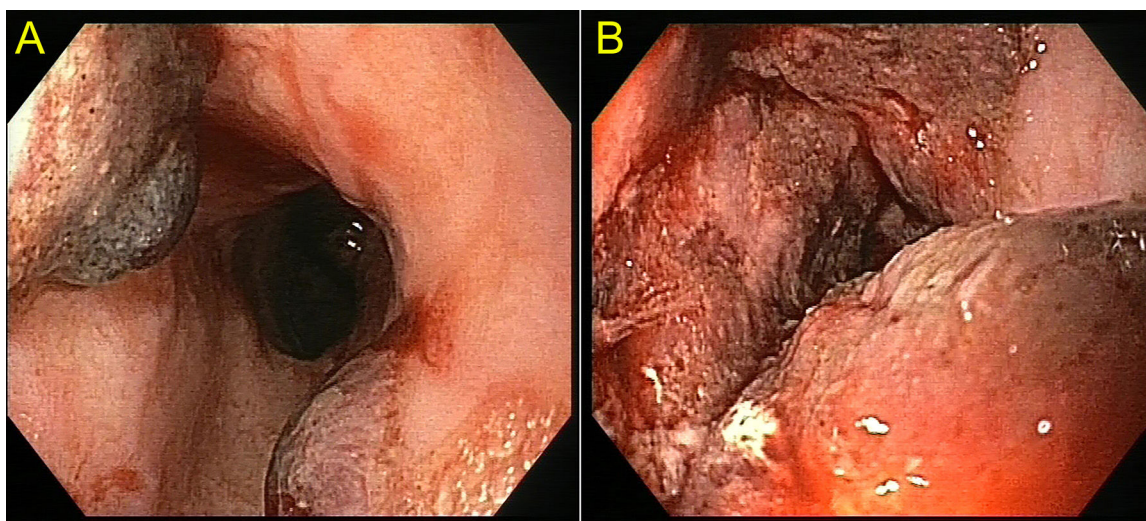


Figura 1 Gastroscoopia en la que se identifican múltiples vesículas (A) con una mucosa ulcerada en el tercio inferior esofágico (B).

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hoversten P, Kamboj AK, Katzka DA. Infections of the esophagus: an update on risk factors, diagnosis, and management. *Dis Esophagus*. 2018 Dec;1:31, <http://dx.doi.org/10.1093/dote/doy094>.
2. Smith LA, Gangopadhyay M, Gaya DR. Catastrophic gastrointestinal complication of systemic immunosuppression. *World J Gastroenterol*. 2015 Feb 28;21:2542–5, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v21.i8.2542>.
3. Vodovnik A, Cerar A. Synchronous herpes simplex virus and cytomegalovirus esophagitis. *Z Gastroenterol*. 2000 Jun;38:491–4.
4. Albuquerque A, Cardoso H, Ribeiro A, Rios E, Silva R, Magalhães J, et al. Herpes and cytomegalovirus esophagitis. *Endoscopy*. 2012;44 Suppl 2. UCTN:E242-3. DOI: 10.1055/s-0032-1309385.
5. Canalejo Castrillero E, García Durán F, Cabello N, García Martínez J. Herpes esophagitis in healthy adults and adolescents:

report of 3 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2010 Jul;89:204–10, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0b013e3181e949ed>.

Raquel Ríos León^{a,b,*}, Rosa María Martín Mateos^a,
Beatriz Mateos Muñoz^a
y Agustín Albillos Martínez^a

^a *Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*

^b *Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital General de Villalba, Collado Villalba, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquelriosleon@gmail.com
(R. Ríos León).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.02.014>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.