



CASO CLÍNICO

Colitis por citomegalovirus en paciente anciano inmunocompetente

Elisa García-Tercero*, María Alonso-Seco, Clara Pedro-Monfort, Patricia Fernández-Sotos, Beatriz Cobos-Antoranz, Cristina Rosado-Artalejo y Esperanza Martín-Correa

Servicio de Geriatria, Hospital Virgen del Valle, Toledo, España

RESUMEN

Palabras clave:

Infecciones por citomegalovirus
Colitis
Inmunocompetencia
Hemorragia gastrointestinal

La afectación del tracto gastrointestinal por citomegalovirus es una entidad que se suele dar en pacientes inmunocomprometidos, no obstante es más raro verlo en pacientes inmunocompetentes. La edad media recogida en una serie de casos es de 68 años y los síntomas acompañantes son diarrea (76%), dolor abdominal (52%) y hematoquecia o melena (27%).

A continuación describimos el caso de un paciente de 85 años sin ningún estado inmunocomprometido que se identificase que desarrolló una colitis por CMV.

© 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cytomegalovirus colitis in an immunocompetent elderly patient

ABSTRACT

Keywords:

Cytomegalovirus infections
Colitis
Immunocompetence
Gastrointestinal haemorrhage

Gastrointestinal tract involvement due to cytomegalovirus infection is a condition that usually occurs in immunocompromised patients, but is uncommon in immunocompetent patients. In a review of 33 cases, the median age was 68 years, and the accompanying symptoms were diarrhoea (76%), abdominal pain (52%), and haematochezia, or melena (27%).

The case is presented of cytomegalovirus colitis in an 85 year-old man with no previously identified immunocompromised states.

© 2019 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Caso clínico

Varón de 85 años con antecedentes de diabetes bien controlada, dislipidemia, hipertrofia benigna de próstata y colocación de endoprótesis por aneurisma iliaco izquierdo hace 2 años. En tratamiento con metformina, atorvastatina, ácido acetil salicílico, tamsulosina y omeprazol. Funcionalmente el paciente es dependiente para la ducha y presenta incontinencia urinaria ocasional (Barthel de 90/100).

Acude a urgencias por un cuadro de menos de 24 horas de evolución, consistente en dolor abdominal difuso de tipo cólico sin irradiación, acompañado de náuseas con vómitos biliosos. No refiere deposición desde hace 72 horas y no presenta fiebre ni otros síntomas. En urgencias realizan analítica de sangre con bioquímica y hemograma, donde se ve una mínima leucocitosis con neutrofilia, sin otros datos relevantes. Se amplía el estudio con radiografía de

tórax, que es normal, y radiografía de abdomen, donde se visualiza dilatación de asas de yeyuno y de colon de predominio en marco cólico, junto con ampolla rectal vacía. Con los datos sugerentes de obstrucción intestinal se realiza TC abdominopélvica para filiar la causa. En dicha prueba se objetiva una importante dilatación de asas de yeyuno distal e íleon de hasta de 30 mm máximo, con punto de cambio de calibre al nivel del yeyuno medio-proximal, sin evidencia de masas a dicho nivel, ni de otra causa obstructiva.

Se decide ingreso a cargo de geriatría por obstrucción intestinal sin causa mecánica. Presenta unas constantes vitales de PA: 108/59 mm Hg, FC: 90 lpm, T_{ax}: 36,7 °C. A la exploración se encuentra consciente y orientado, regular estado general, ligera deshidratación de mucosas y buena perfusión. A la palpación abdominal presenta distensión abdominal, dolor a la palpación superficial de manera difusa y RHA disminuidos. Tacto rectal con algún resto de heces, sin palpar masas. Auscultación cardiopulmonar normal.

Se inicia dieta absoluta, se coloca SNG con ausencia de débito y enemas que son efectivos, presentando a las 24 horas del ingreso abundantes deposiciones blandas sin productos patológicos. No

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egtercero@sescam.jccm.es (E. García-Tercero).

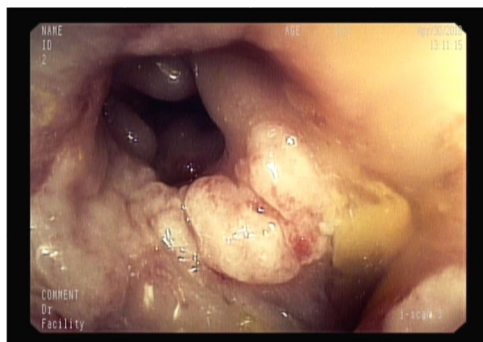


Figura 1. Imagen de colonoscopia. Equimosis, edema y ulceraciones extensas localizadas en el borde antimesentérico.

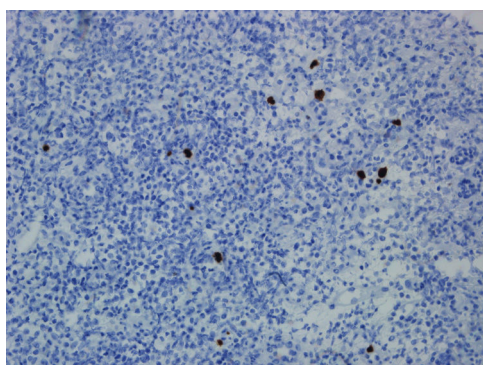


Figura 2. Tinción de inmunohistoquímica. Inclusiones virales de CMV.

hay fiebre. Se solicitó coprocultivo y estudio de *Clostridium* siendo las toxinas en heces negativas. Se solicitó bioquímica, gasometría venosa y coagulación sin alteraciones significativas. En el hemograma persistían leucocitos 12.100 (Neu 11.000, Lin 400, Mon 700, Eos 0, Bas 0).

Al tercer día de ingreso el paciente presentó deposiciones sanguinolentas con anemia secundaria, dolor abdominal y fiebre de 38 °C. Se inició antibioterapia empírica con ciprofloxacino iv a la espera del resultado de los cultivos. No obstante, el paciente continuó con mala evolución, pues persistió la rectorragia de modo intermitente durante una semana, precisando transfusión de hemáties. Los hemocultivos y coprocultivos fueron negativos, suspendiéndose la antibioterapia. Se realizó una nueva TC abdominal donde se objetivó resolución del cuadro obstructivo y engrosamiento parietal segmentario en marco cólico, e intestino delgado con afectación de la grasa adyacente de probable carácter inflamatorio. Se realizó también colonoscopia, visualizándose a partir de 20 cm de margen anal un segmento de colon con equimosis, edema y ulceraciones extensas localizadas en el borde antimesentérico. A 25 cm los cambios se hacen circunferenciales y la luz estáestenótica, impidiendo el paso del endoscopio. La imagen endoscópica es compatible con colitis isquémica severa (fig. 1). Se recogieron biopsias de la mucosa de intestino grueso, que presentaron signos reparativos del epitelio, ulceración, tejido de granulación y presencia de inclusiones virales que con técnicas de inmunohistoquímica muestran positividad para citomegalovirus (fig. 2).

Se amplió el estudio con serología, que fue positiva para Ac IgG anti citomegalovirus positivo, Ac IgM anti citomegalovirus indeterminado, ADN cuantitativo citomegalovirus 1.220 copias/ml. Dados los hallazgos de colitis por citomegalovirus, y puesto que esta enfermedad es más habitual en pacientes inmunocomprometidos, se amplió el estudio con serología para VIH, siendo negativo.

Con el diagnóstico de colitis por CMV se administró tratamiento con ganciclovir durante 3 semanas. Se realizó un seguimiento analítico estrecho, vigilando la toxicidad en la médula ósea.

Fue necesario comenzar rehabilitación, dado el síndrome de inmovilidad que presentó. Actualmente, 10 meses después de completar el tratamiento, el paciente se encuentra estable, Barthel de 70/100 (dependiente en baño, incontinencia urinaria, camina con andador, dependiente parcial para las transferencias y no es capaz de subir escaleras).

Discusión

La afectación gastrointestinal es la más frecuente dentro de las infecciones graves por CMV, siendo el colon la localización predominante^{1,2}. Requiere una alta sospecha clínica y suele observarse cuando el paciente presenta algún tipo de inmunodeficiencia asociada (VIH, trasplantados, con fármacos inmunosupresores, biológicos o esteroides, etc.). Cuando esta afectación se presenta en un paciente inmunocompetente suele ser más anciano y con comorbilidades como diabetes mellitus, hepatopatías crónicas, enfermedad renal o neoplasias malignas. Este proceso patológico afecta con mayor frecuencia a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal^{2,3}. El espectro de manifestaciones clínicas va desde dolor abdominal, hemorragia digestiva baja, diarrea, cuadro obstructivo hasta una infección grave con megacolon tóxico y muerte⁴. A pesar de estas manifestaciones clínicas agresivas, si se diagnostica y se trata a tiempo el pronóstico es favorable³.

Para hacer el diagnóstico es necesario la presencia de síntomas o signos, así como la confirmación histológica visualizando las inclusiones virales o la utilización de técnicas de inmunohistoquímica³. La carga viral en sangre presenta una baja sensibilidad. Las lesiones endoscópicas a veces son inespecíficas y pueden confundirse con una colitis isquémica grave como en nuestro caso.

El tratamiento de elección en pacientes con afectación intestinal por CMV es la terapia antiviral con valganciclovir o ganciclovir^{5,6}. En pacientes inmunocompetentes seleccionados podría obviarse el tratamiento⁷.

En los últimos años se está observando un mayor diagnóstico de afectación intestinal por citomegalovirus en pacientes inmunocompetentes. Esto no es debido al aumento de su incidencia, sino a una mayor sospecha clínica. Es importante estar alerta ante una clínica de colitis, hemorragia digestiva baja y con mala evolución para poder iniciar un tratamiento antiviral lo más precozmente posible, disminuyendo con ello la morbimortalidad.

Bibliografía

1. Karigane D, Takaya S, Seki Y, Mastumoto Y, Onose A, Kosakai A, et al. Cytomegalovirus enteritis in immunocompetent subjects: A case report and review of the literature. *J Infect Chemother*. 2014;20:325–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiac.2013.12.004>.
2. Inayat F, Hussain Q, Shafique K, Tasleem SH, Hurairah A. Cytomegalovirus colitis in immunocompetent patients. *Cureus*. 2016;8:e869, <https://doi.org/10.7759%2Fcureus.869>.
3. Seo TH, Kim JH, Ko SY, Hong SN, Lee SY, Sung IK, et al. Cytomegalovirus colitis in immunocompetent patients: A clinical and endoscopic study. *Hepatogastroenterology*. 2012;59:2137–41, <http://dx.doi.org/10.5754/hge10825>.
4. Lancini D, Faddy HM, Flower R, Hogan C. Cytomegalovirus disease in immunocompetent adults. *Med J Aust*. 2014;201:578–80, <http://dx.doi.org/10.5694/mja14.00183>.
5. Galiatsatos P, Shrier I, Lamoureux E, Szilagyi A. Meta-analysis of outcome of cytomegalovirus colitis in immunocompetent hosts. *Dig Dis Sci*. 2005;50:609–16.
6. Friel TJ. Epidemiology, clinical manifestations, and treatment of cytomegalovirus infection in immunocompetent adults. This topic last updated: Aug 25, 2017. In: Basow DS, ed. UpToDate. 2017.
7. Limaye AP, Stapleton RD, Peng L, et al. Effect of ganciclovir on IL-6 levels among cytomegalovirus-seropositive adults with critical illness: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2017;318:731, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.10569>.