



CASO CLÍNICO

Pseudoobstrucción intestinal: una infrecuente manifestación de infección por citomegalovirus

Intestinal pseudo-obstruction: An infrequent manifestation of cytomegalovirus infection

Leire Eguzkiza-Ezponda*, María Alcantud y Fátima Brañas

Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

Mujer de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, demencia de perfil mixto estadio avanzado (Global Deterioration Scale 6, Functional Assessment Staging E), trastorno de ánimo adaptativo y osteoporosis. En tratamiento habitual con colecalciferol, denosumab, memantina y macrogol. Funcionalmente no es capaz de caminar, y es dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 0/100, Functional Assessment Category 0). Está institucionalizada.

Acude a urgencias por dolor abdominal, estable hemodinámicamente y afebril. En la exploración física destaca el abdomen levemente distendido y timpánico, con ruidos conservados, molestias a la palpación difusa, así como edemas en tercio inferior de extremidades.

En la analítica de sangre presenta acidosis metabólica moderada con hiperlactatemia severa con cifras de lactato de 9,32 mmol/l, patrón de citolisis y elevación de reactantes de fase aguda. En la radiografía de abdomen destaca una imagen sugestiva de vólvulo intestinal (figs. 1 y 2). Se realiza una TAC abdominal objetivándose engrosamiento circunferencial de las paredes de la ampolla rectal sugerente de cambios inflamatorios/isquémicos secundarios a cuadro de pseudoobstrucción. Es valorada por los servicios de cirugía general y de medicina digestiva optando por un tratamiento conservador.

Tras el diagnóstico de pseudoobstrucción intestinal aguda y probable proceso isquémico secundario se inició tratamiento con enemas 3 veces al día y cobertura antibiótica con ceftriaxona y metronidazol con mejoría clínica y analítica, pudiendo ser dada de alta a los 9 días tras no aparecer incidencias al iniciar tolerancia oral.

En la revisión de la historia clínica previa de la paciente, se objetivaron 3 episodios de pseudoobstrucción intestinal en los últimos 5 meses. Una vez descartadas las causas primarias en las pruebas de imagen, se realizó el estudio no invasivo de posibles causas secundarias. Se solicitaron las serologías de citomegalovirus (CMV), virus de Epstein-Bar (VEB) y virus herpes simple (VHS). La IgM fue



Figura 1. Radiografía de abdomen en decúbito donde se observa imagen sugestiva de vólvulo.



Figura 2. Radiografía de abdomen en decúbito lateral derecho observando dilatación colónica.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: leire.eguzkitza@salud.madrid.org (L. Eguzkiza-Ezponda).

positiva para CMV y la carga viral fue mayor a 1.000 copias, iniciándose tratamiento con valaciclovir 1.000 mg/cada 12 h/durante 15 días. Cinco meses más tarde la paciente continúa clínicamente estable y sin nuevos episodios de pseudoobstrucción.

El síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción intestinal aguda, se caracteriza por una dilatación aguda del colon en ausencia de una obstrucción mecánica asociada^{1–4}. El mecanismo fisiopatológico exacto por el que se produce continúa siendo desconocido, pero la evidencia actual sugiere una alteración en la regulación del sistema nervioso autónomo del colon^{2–6}.

Suele ocurrir en pacientes hospitalizados o institucionalizados en el contexto de un evento agudo. Entre las principales causas se encuentran las farmacológicas (opioides, anticolinérgicos, antipsicóticos...), las alteraciones hidroelectrolíticas y las cirugías abdominales, traumatológicas y ginecológicas^{2,4}. Entre las causas menos comunes destacan las enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson), las autoinmunes (esclerodermia, lupus eritematoso...), su manifestación como síndrome paraneoplásico (carcinoma microcítico de pulmón, timoma...) y las causas infecciosas (CMV, VEB, VHS, virus herpes zóster [VHZ], virus JC)^{3,5,6}.

Se han descrito pocos casos en la literatura de síndrome de Ogilvie secundarios a infección por CMV, y la mayoría en pacientes inmunodeprimidos⁴. Su relación con infecciones virales agudas fue establecida en primer lugar con el VHZ y posteriormente con el virus de la varicela^{7,8}.

El mecanismo de acción de dichos virus en la génesis de la pseudoobstrucción intestinal no está claro^{4,7–9}. Existen 2 hipótesis específicamente con la infección por VHZ: en primer lugar a través de la infección de las neuronas motoras de la región anterior de la médula espinal o del plexo celíaco afectando al sistema nervioso autónomo extrínseco^{8,9}. El segundo a través de un desequilibrio en la inervación autónoma intrínseca del colon, ya sea directamente a través de la infección del plexo mientérico o indirectamente a través de inflamación contigua, lo que podría aumentar el impulso simpático favoreciendo así el cuadro obstructivo^{8–10}.

El diagnóstico se realiza a través de la biopsia de las lesiones mediante colonoscopia. En nuestro caso no se realizó colonoscopia dada la situación basal de la paciente. Sin embargo, su diagnóstico se apoya por la presencia de IgM CMV en sangre con carga viral

elevada y por la ausencia de nuevos episodios de pseudoobstrucción tras el tratamiento con ganciclovir.

La etiología infecciosa en la pseudoobstrucción intestinal no es frecuente, pero es una causa reversible con tratamiento médico adecuado, por lo que debe plantearse en el diagnóstico diferencial ante episodios recurrentes.

Bibliografía

1. Coulie B, Camilleri M. Intestinal pseudo-obstruction. *Annu Rev Med.* 1999;50:37–55 [consultado 6 Feb 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10073262/>.
2. Durai R. Colonic pseudo-obstruction. *Singapore Med J.* 2009;50:237–44.
3. Mann SD, Debinski HS, Kamm MA. Clinical characteristics of chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction in adults. *Gut.* 1997;41:675–81 [consultado 22 Abr 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9414977/>.
4. Shapiro AMJ, Bain VG, Preiksaitis JK, Ma MM, Issa S, Kneteman NM. Ogilvie's syndrome associated with acute cytomegaloviral infection after liver transplantation. *Transpl Int.* 2000;13:41–5 [consultado 15 Mar 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10743688/>.
5. Sodhi N, Camilleri M, Camoriano JK, Low PA, Fealey RD, Perry MC. Autonomic function and motility in intestinal pseudoobstruction caused by paraneoplastic syndrome. *Dig Dis Sci.* 1989;34:1937–42 [consultado 6 Feb 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2557192/>.
6. Kidher ES, Briceno N, Taghi A, Chukwuemeka A. An interesting collection of paraneoplastic syndromes in a patient with a malignant thymoma. *BMJ case reports.* 2012;2012 [consultado 15 Mar 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22761203/>.
7. Chung JY, Park JS, Kim YS. A Rare Cause of Acute Colonic Pseudo-obstruction: Ogilvie's Syndrome Caused by Herpes Zoster. *J neurogastroenterol Motil.* 2017;23:616–7 [consultado 6 Feb 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28992679/>.
8. Pui JC, Furth EE, Minda J, Montone KT. Demonstration of varicella-zoster virus infection in the muscularis propria and myenteric plexi of the colon in an HIV-positive patient with herpes zoster and small bowel pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Am J Gastroenterol.* 2001;96:1627–30 [consultado 15 Mar 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11374712/>.
9. Charatcharoenwitthaya P, Pausawasdi N, Pongpaibul A. Education and Imaging: gastrointestinal: Ogilvie's syndrome: A rare complication of cytomegalovirus infection in an immunocompetent patient. *J Gastroenterol Hepatol.* 2014;29, 1752–752 [consultado 22 Abr 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25318381/>.
10. Tribble DR, Church P, Frame JN. Gastrointestinal visceral motor complications of dermatomal herpes zoster: Report of two cases and review. *Clin Infect Dis.* 1993;17:431–6 [consultado 6 Feb 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8218686/>.