

Perforación ileal por citomegalovirus en paciente trasplantado renal

María Arana de la Torre, Miguel Calle Baraja, Jesús M. Oleagoitia Cilaurre y Miguel Ángel Ulacia Beristain
Servicio de Cirugía General A. Hospital de Cruces. Baracaldo Vizcaya. España.

Se presenta el caso de una mujer de 54 años, con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial de larga evolución y trasplantada renal hacía 8 meses. Ingresó en el servicio de nefrología a consecuencia de un deterioro de su función renal. Tras el trasplante renal, tratada con triple terapia inmunosupresora (tacrolimus, micofenolato mofetilo y corticoides), desarrolló un rechazo agudo tardío a los 6 meses, que respondió adecuadamente a bolos de corticoides, y mantuvo concentraciones elevadas de calcio y paratirina.

El motivo de este episodio fue un cuadro de astenia, dolor epigástrico tras ingesta, creatinina de 2,6 mg/dl, leve leucocitopenia, sin alteraciones ecográficas. Ante la sospecha inicial de infección por citomegalovirus (CMV) se solicitó antigenemia, que resultó positiva, y se instauró tratamiento con ganciclovir. Su evolución posterior fue de empeoramiento clínico, con una exploración física característica de abdomen agudo, que requirió la realización de una tomografía computarizada (TC) urgente, que informó de lengüetas de líquido libre y desestructuración de la pared cólica en la región ileocecal. La gravedad clínica de la paciente junto con los hallazgos de la TC determinaron la indicación de una laparotomía urgente, cuyos hallazgos resultaron múltiples perforaciones ileales y una colecistitis aguda alitiásica. Se realizó una resección segmentaria ileal y una colecistectomía. La anatomía patológica informó de enteritis aguda con ulceración y perforación de la pared ileal. A su vez, el estudio con inmunoperoxidasas confirmó el diagnóstico de enteritis aguda por CMV. Fue dada de alta asintomática, tras superar un posible cuadro de microangiopatía trombótica secundaria, posiblemente por el uso de tacrolimus intravenoso.

La infección por CMV es común en los humanos, que afecta al 40% de los adultos⁵. En personas sanas, suele cursar de forma asintomática o clínica leve; sin embargo, en pacientes con déficit inmunitario, es conocido como un patógeno muy letal, que puede afectar a cualquier órgano^{1,2,5}. La afectación gastrointestinal es muy frecuente (sola o en el contexto de una infección generalizada). Suele afectar a una región del intestino, y es habitual la cólica ($\approx 47\%$). La afectación del intestino delgado es más rara ($\approx 4,3\%$) y muy infrecuente la perforación ileal¹.

Correspondencia: Dra. M. Arana de la Torre.
Hospital de Cruces. Servicio de Cirugía General A.
Pl. de Cruces, s/n. 48903. Baracaldo. Vizcaya. España.

Manuscrito recibido el 22-5-2007 y aceptado el 11-6-2007.

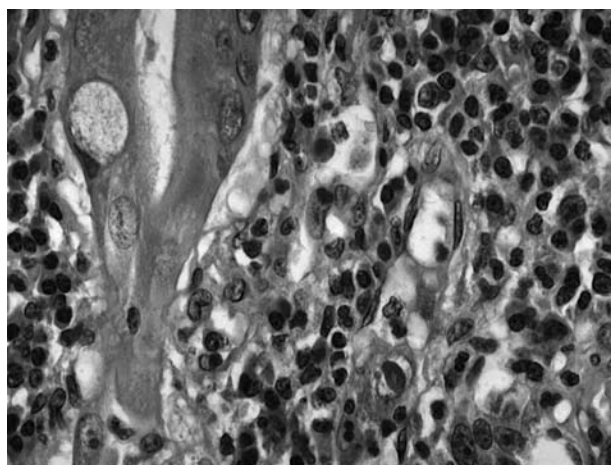


Fig. 1. Inmunoperoxidasas: cuerpos de inclusión del citomegalovirus, tinción específica para el diagnóstico.

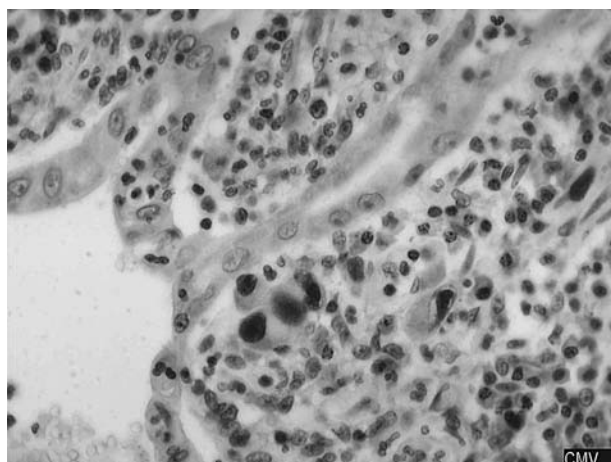


Fig. 2. Tinción de hematoxilina-eosina.

Su presentación clínica característica sería en forma de hemorragia gastrointestinal, fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso y diarrea acuosa¹. Debido a la alta incidencia de enteritis por CMV en pacientes inmunodeficientes, ante la mínima sospecha hay que realizar una endoscopia y una serología. Los hallazgos endoscópicos varían desde cambios inflamatorios mínimos hasta ulceración con vasculitis o hemorragia masiva y perforación. La TC

Cartas científicas

muestra lesiones mucosas con ulceración, formación de fístulas, estenosis de la luz, rigidez y engrosamiento de la pared intestinal. El diagnóstico puede ser establecido demostrando cuerpos de inclusión del CMV en la biopsia (tinción específica con inmunoperoxidasas) (figs. 1 y 2) y se confirma con un test serológico positivo para CMV o bien demostrando el ADN del CMV cuando el resto de los hallazgos no sean concluyentes^{1,3,5}. Si se confirma la infección por CMV, debe iniciarse tratamiento con ganciclovir^{1,5}, y ante la perforación intestinal, se requiere tratamiento quirúrgico precoz. Resaltar siempre la importancia de la alta sospecha clínica.

Bibliografía

1. Chamberlain RS, Atkins S, Saini N, White JC. Ileal perforation caused by cytomegalovirus infection in a critically ill adult. *J Clin Gastroenterol*. 2000;30:432-5.
2. Ponticelli C, Passerini P. Gastrointestinal complications in renal transplant recipients. *Transplant International*. 2005;18: 643-50.
3. Sarkio S, Halme L. Gastroduodenal cytomegalovirus infection is common in Kidney transplantation patients. *Scand J Gastroenterol*. 2005;40:508-14.
4. Netto C, Vergara M. Infección cecal por citomegalovirus en paciente apendicetomizado con colitis ulcerosa. *Gastroenterol Hepatol*. 2005;28:285-8.
5. Goodgame R. Gastrointestinal cytomegalovirus disease. *Ann Intern Med*. 1993;119:924-35.