

## Cartas al Director

### Perforación ileal secundaria a infección por citomegalovirus

---

*Palabras clave:* Citomegalovirus. Perforación intestinal.

*Key words:* Cytomegalovirus. Intestinal perforation.

---

*Sr. Director:*

La afectación del tracto gastrointestinal en pacientes inmunodeprimidos es habitual en la infección diseminada por citomegalovirus (CMV). Una complicación posible pero excepcional en esta entidad es la peritonitis aguda secundaria a perforación de intestino delgado. Presentamos el caso de una paciente anciana que tras ingreso por síndrome febril desarrolló cuadro de abdomen agudo que requirió laparotomía urgente, constatándose en el estudio anatomopatológico perforación ileal múltiple por CMV. De forma simultánea se detectó serología positiva para infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La paciente presentó tras la intervención inestabilidad hemodinámica refractaria a tratamiento y síndrome de fracaso multiorgánico, falleciendo en el postoperatorio inmediato.

#### Caso clínico

Paciente de 68 años que ingresa por síndrome febril de larga evolución, anorexia y dolor rectovaginal. Como antecedentes personales, constaba la existencia úlceras anales y vaginales recidivantes, trastorno bipolar de larga evolución y no se referían hábitos tóxicos ni factores de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. En la exploración física inicial se apreciaban ligeros signos de deshidratación y la existencia de una fístula rectovaginal. En la analítica general destacaban como datos re-

levantes anemia normocítica severa (hemoglobina 6,3 g/L), leucocitosis con desviación izquierda (leucocitos 23.200/ $\mu$ L, neutrófilos 21.600/ $\mu$ L, linfocitos 430/ $\mu$ L), trombopenia (110.000/ $\mu$ L), trastorno de coagulación (actividad protrombina 21%, TPTA 30") e insuficiencia renal (urea 94 mg/dL, creatinina 1,6 mg/dL). Las radiografías de tórax y de abdomen fueron normales. Durante las primeras 24 horas de ingreso, desarrolla hipotensión, oliguria con fracaso renal agudo y dolor abdominal difuso con signos de irritación peritoneal. Los hemocultivos fueron positivos para *Escherichia coli*. Se realizó ecografía abdominal que reveló la existencia de abundante líquido libre intraperitoneal, con signos indirectos de perforación intestinal. A la paciente se le realizó una laparotomía urgente, apreciándose perforación múltiple a nivel ileal y signos de peritonitis fibrinopurulenta, por lo que se le realizó resección ileocecal y colostomía. Tras la intervención, la paciente pasó a UCI donde recibió cobertura antibiótica de amplio espectro con piperacilina-tazobactam, soporte hemodinámico con inotropos y precisó ventilación mecánica permanente. Presentó evolución desfavorable con distrés respiratorio, hipotensión refractaria y fracaso multiorgánico, falleciendo al segundo día de ingreso. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, reveló la existencia a nivel de íleon de múltiples úlceras de aspecto aftoide así como tres úlceras profundas con solución de continuidad, observándose mediante microscopía típicas inclusiones intranucleares citomegálicas (Fig. 1). Se realizaron serologías que fueron positivas para CMV (IgM) y VIH-1 (ELISA y Western Blott), sin que la rápida evolución de la paciente permitiera estudio complementario de recuento CD4 y carga viral.

#### Discusión

La infección por CMV tiene una alta prevalencia en la población general llegando al 92-100% en determinadas áreas geográficas (1,2), si bien en la mayoría de los casos se trata de procesos oligosintomáticos. Esta entidad adquiere mayor significación clínica en pacientes trasplantados, oncológicos sujetos a quimioterapia, con infección VIH o con otros estados de inmunodepresión (1). La afectación digestiva, la segunda en fre-

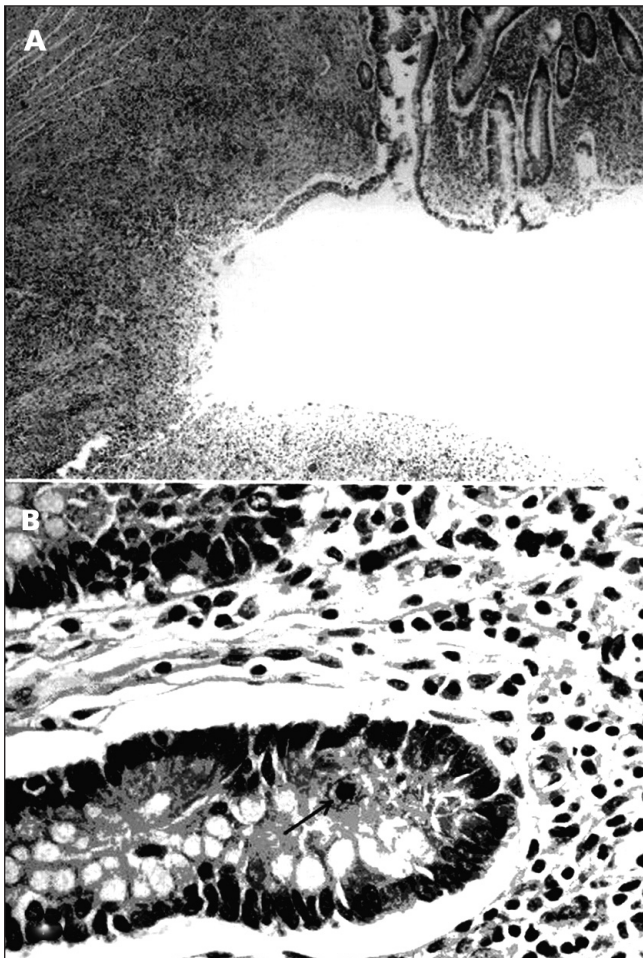


Fig. 1.- A: Biopsia intestinal, mostrando ulceración en mucosa ileal, con zonas de extravasación hemática e intensa respuesta inflamatoria (hematoxilina-eosina, original x 100). B: Detalle a mayor aumento de área de ileítis erosiva donde se aprecia a nivel de célula glandular inclusión intranuclear citomegálica típica (hematoxilina eosina, x 250).

cuencia después de la retinitis, es un proceso erosivo o ulcerativo que cursa con una presentación clínica que guarda relación con la zona afectada, pudiendo ello ocurrir en cualquier tramo del tracto gastrointestinal. La afectación colónica es la más frecuente, aconteciendo aproximadamente en la mitad de los casos de infección gastrointestinal por CMV (47%) (3). Estómago (17,4%), esófago (8,7%), duodeno (21,7%) y resto de intestino delgado (4,3%) son tramos afectados en menor grado. Las lesiones producidas por el CMV son en forma de ulceraciones de la mucosa habitualmente superficiales, siendo estas consecuencia de la isquemia local que provoca la propia infección viral mediada por fenómenos vasculíticos y trombóticos a nivel de la submucosa (3).

La afectación de intestino delgado por CMV es una complicación infrecuente. En cuatro recientes revisiones se recopilaban sólo 36 casos de enteritis por CMV de intestino delgado, diez de los cuales ocurrieron en pacientes con infección VIH (4). Excepcionalmente, y a diferencia de nuestro caso, intestino delgado era el único tramo afecto y en la mayoría de los casos se trataba de una afectación panentérica. Independientemente

de la zona afecta, hemorragia gastrointestinal, fiebre, dolor abdominal, síndrome constitucional y diarrea, constituyen las presentaciones clínicas más frecuentes.

La perforación intestinal debida a enteritis por CMV es una rara complicación. En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal o colitis inespecífica, CMV ha sido implicado como un agente etiológico de megacolon tóxico y subsiguiente perforación colónica (5). Meza y cols. (6) revisaron 10 casos de la literatura de perforación intestinal por CMV, todos los casos asociados a infección VIH. Posteriormente se han comunicado casos aislados, de los cuales sólo uno se trataba de un paciente no HIV (4). La mayoría de los pacientes de la serie de Meza se presentaron como casos de abdomen agudo y todos requirieron cirugía y resección ileal. Independientemente de la cirugía, el pronóstico fue infausto con una alta mortalidad (9 de 10 pacientes). El único caso superviviente, fue igualmente el único paciente que recibió tratamiento estándar con ganciclovir. La baja proporción de pacientes con tratamiento antivírico, como ocurrió en nuestro caso, guarda relación con la rápida evolución fulminante de estos casos en el postoperatorio inmediato dependiente del severo grado de inmunodepresión de los pacientes, la cual se antepone al propio diagnóstico microbiológico. Un segundo factor que podría influir en el mal pronóstico puede guardar relación con que los pacientes con sida de todas las series publicadas pertenecen a la era previa a la terapia antirretroviral amplificada. Independientemente de la excepcionalidad de este tipo de presentación, la infección por CMV es siempre una enfermedad diseminada y el principal factor que puede modificar el mal pronóstico de esta entidad en pacientes inmunodeprimidos es un amplio abordaje diagnóstico basado en un rastreo que permita identificar la infección a otros niveles más habituales (retinitis y esofagitis) y, en caso negativo, un rápido diagnóstico histopatológico postquirúrgico que conduzca a una terapia precoz.

R. Ribera Irigoín, R. Funes Liébana<sup>1</sup>, F. Poveda Gómez<sup>2</sup>,  
F. Medina Cano<sup>3</sup> y J. Prieto de Paula<sup>4</sup>

Unidades de Digestivo, <sup>1</sup>Anatomía Patológica, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Cirugía y <sup>4</sup>Cuidados Críticos. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

## Bibliografía

1. Patra S, Samal SC, Chacko A, Mathan VI, Mathan MM. Cytomegalovirus infection of the human gastrointestinal tract. *Gastroenterol Hepatol* 1999; 10: 973-6.
2. Krech U. Complement-fixing antibodies CMV in different parts of the world. *Bull WHO* 1973; 49: 103-6.
3. Ferre C, Mascaro J, Benasco C, Ramos E, Pérez JL, Podzamcer D. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 219-21.
4. 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.
5. Machens A, Bloechle C, Achilles EG. Toxic megacolon caused by cytomegalovirus colitis in a multiply injured patient. *J Trauma Inj Crit Care* 1996; 40: 644-6.
6. Meza AD, Bin-Saagheer, Zuckerman MJ. Ileal perforation due to cytomegalovirus infection. *J Nat Med Assoc* 1994; 88: 145-8.