



Universitas Médica

ISSN: 0041-9095

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Mosquera Klinger, Gabriel Alonso; Guevara Pulido, Fredy Orlando; Álvarez Moreno, Carlos
Citomegalovirus diseminado: a propósito de un caso
Universitas Médica, vol. 55, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 71-75
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231031749006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REPORTES DE CASO

Citomegalovirus diseminado: a propósito de un caso

GABRIEL ALONSO MOSQUERA KLINGER¹, FREDY ORLANDO GUEVARA PULIDO²,
CARLOS ÁLVAREZ MORENO³

Resumen

El artículo presenta el caso de un hombre sin antecedentes previos de enfermedad, que consultó inicialmente por dolor abdominal. Se documentó colecistitis aguda, en la patología con hallazgos de citomegalovirus; adicionalmente, presentaba múltiples manifestaciones: síntomas respiratorios, sangrado gastrointestinal y pancitopenia. Se documentó infección por VIH y muestras serológicas e histológicas de citomegalovirus. Se hace diagnóstico de citomegalovirus diseminado en el contexto de infección por VIH.

Palabras clave: infecciones por citomegalovirus, VIH, sida, colecistitis aguda, colitis.

Title: Disseminated Cytomegalovirus: Report of a Case

Abstract

This article presents a case of a man without previous history of disease, which initially consulted for abdominal pain. Acute cholecystitis is documented in findings of cytomegalovirus disease. In addition, it has many manifestations, including respiratory symptoms, gastrointestinal bleeding, pancytopenia. Was documented HIV infection, and serological and histological signs of cytomegalovirus, cytomegalovirus diagnosis is made in the context of widespread HIV infection.

Key words: Cytomegalovirus infections, HIV, AIDS, acute cholecystitis, colitis.

1 Médico especialista en Medicina Interna, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

2 Médico internista-infectólogo, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

3 Médico infectólogo. Director de la Unidad de Infectología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Recibido: 09/09/2013

Revisado: 03/12/2013

Aceptado: 14/12/2013

Introducción

La infección por citomegalovirus en personas inmunocompetentes suele pasar inadvertida y asintomática; pero, en ocasiones, puede causar síndrome mononucleósico. Su curso depende del estado general previo y de comorbilidades, aunque suelen responder muy bien al tratamiento [1,2]. En cambio, en pacientes inmunodeprimidos, la infección por citomegalovirus cuando se presenta es más grave y, ocasionalmente, se presenta como citomegalovirus diseminado. Los sistemas frecuentemente más afectados son: el tubo digestivo, que es el más frecuente (colon, estómago y esófago) [3]; el respiratorio; el hematológico; el cerebro (encefalitis), y la retina [1].

La infección diseminada por citomegalovirus se presenta más frecuentemente en estados de inmunosupresión, y aun cuando la infección por VIH es una de las causas principales, también aparece en pacientes con conteo de CD4 por debajo de $100/\text{mm}^3$ [4]. Otras condiciones asociadas pueden ser: posttransplante de órganos sólidos y de médula ósea, y también se han descrito en estados de desnutrición crónica, alcoholismo o uso crónico de medicamentos inmunosupresores.

Presentación de caso clínico

El caso corresponde a un hombre de 41 años de edad, natural y procedente de Bogotá. Conocido en el Hospital

Universitario San Ignacio, porque ingresó por un cuadro clínico de malestar general, dolor abdominal de moderada intensidad en el hipocondrio derecho, náuseas, vómitos abundantes de contenido alimentario y biliar y fiebre elevada. Fue evaluado inicialmente por cirugía general, que encontró dolor en el hipocondrio derecho, con defensa muscular local, sin claros signos de irritación peritoneal, así como febril y taquicárdico.

El diagnóstico inicial fue de colecistitis aguda, y se considera candidato a colecistectomía. Lo llevan para realizarle una laparoscopia, pero deben optar por una laparotomía abierta, debido a la presencia de adherencias y síndrome de Mirizzi en el intraoperatorio. En el procedimiento no hay complicaciones aparentes. Tuvo una buena evolución clínica y le dan egreso al tercer día.

Cuatro días después el paciente volvió a consulta, por tos húmeda, expectoración purulenta, dolor pleurítico, fiebre elevada e inestabilidad hemodinámica, sin marcado deterioro de la oxigenación. En el examen físico, evidencia un regular estado general, se encuentra polipneico (26/min), febril (39°), con exantema cutáneo generalizado; además, palidez cutaneomucosa leve, hipotensio, taquicárdico (con disminución de ruidos respiratorios en el hemitórax derecho) y estertores inspiratorios en base derecha. La herida quirúrgica estaba en buenas condiciones generales.

Entre las impresiones diagnósticas, se sospecha neumonía nosocomial. Y entre los estudios iniciales le toman: hemograma (con leucocitos normales de 4400), con neutros al 92%, linfos al 6,2%, Hb de 9,8%. Se detecta anemia normocítica normocrómica, con trombocitopenia por plaquetas en 98 000, azoados con elevación de creatinina de 1,96 y nitrógeno ureico en la sangre (BUN) de 23. La radiografía de tórax y los gases arteriales muestran acidosis metabólica, sin hipoxemia (figura 1).



Figura 1. Radiografía de tórax AP: opacidades de ocupación alveolar multilobar en el campo pulmonar derecho.

Dos días después de este reingreso presenta abundante rectorrágia, por lo cual se estudia mediante colonoscopia. En el parte derecha del colon se observan úlceras pequeñas dispersas (de 5 a 8 mm), profundas, de bordes circinados y fondo irregular. Adicionalmente, llega reporte de patología de la vesícula (figura 2).

Con estos hallazgos, a este paciente se le solicita la realización del examen Elisa VIH, que da positivo; así mismo, el Western Blot da positivo. El conteo de CD4 es de 15/mm³, con una carga viral de VIH de 33 000 copias/ml. La carga viral de citomegalovirus es mayor de 100 000 copias/ml.

De acuerdo con lo anterior, se hacen diagnósticos finales de infección por VIH, sida estadio 3, infección por citomegalovirus diseminada (carga viral de citomegalovirus > 100 000), colecistitis por citomegalovirus (patología compatible con citomegalovirus), colitis por citomegalovirus (patología compatible con citomegalovirus) y neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (con aislamiento de *P. jirovecii* por plata metenamina).

Se le ofreció tratamiento empírico inicial con piperacilina + tazobatam, ajustado a la función renal durante siete días. Posteriormente, con los hallazgos anotados, sulfametoxazol con trimetoprima (TMP SMX), por 21 días; valganciclovir (900 mg/día) durante 21 días. Con ello tuvo una evolución adecuada y se logró destete temprano del soporte vasopresor. No hubo requerimientos de ventilación mecánica o modulación de la respuesta inflamatoria sistémica. Se controlaron de manera importante los síntomas, con lo que se le pudo dar egreso hospitalario. Posterior a este, se le inició terapia antirretroviral de alta eficiencia.

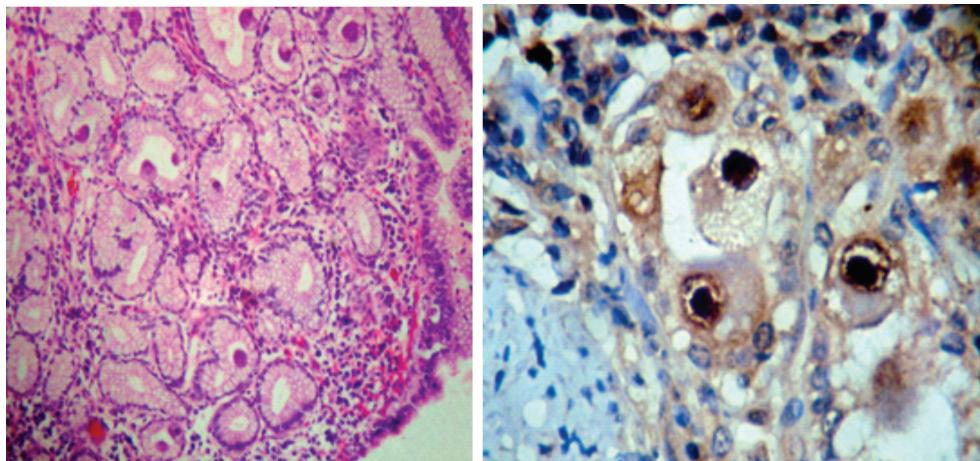


Figura 2. Espécimen vesícula biliar: glándulas mucosas (hematoxilina-eosina x10), marcador de inmunohistoquímica (40X): con cambio megálico de las células epiteliales

Discusión

El paciente que presentamos era previamente sano, asintomático, que consultó por dolor abdominal y clínica de abdomen agudo. Se le encontró colecistitis aguda, por lo que fue llevado a manejo quirúrgico, y en hallazgos patológicos se halló presencia de patología compatible con citomegalovirus en la vesícula. Es llamativo que fue la presentación inicial del citomegalovirus diseminado. En la revisión de la literatura universal, no encontramos datos acerca de colecistitis aguda por citomegalovirus, como presentación inicial de infección por VIH y sida.

Adicionalmente, tuvo múltiples manifestaciones en diferentes sistemas, entre ellos el digestivo (con sangrado digestivo) y el hematológico (con pancitopenia). Ante esas graves mani-

festaciones en diversos sistemas, se le indicaron estudios de inmunodepresión secundaria, y allí es donde se documenta infección por VIH, con serio inmunocompromiso por conteo de CD4 de $15/\text{mm}^3$.

En la etapa del tratamiento con terapia antirretroviral altamente efectiva se ha disminuido de forma importante la incidencia de manifestaciones digestivas en el contexto de infección por VIH [5]. Además, los pacientes tienen un mejor curso las infecciones digestivas por citomegalovirus, cuando se logra normalización de la inmunidad celular.

En el contexto de infección por VIH, el recuento de CD4 es actualmente el estándar utilizado como marcador de inmunidad, y junto con la carga viral, es el marcador que sirve para monitorizar el tratamiento antirretroviral.

Nuestro paciente tuvo una excelente respuesta al tratamiento médico, dado con valganciclovir y con la terapia antirretroviral altamente efectiva, como lo reportado en diferentes publicaciones [5,6]. Sin embargo, en la literatura hay pocos casos reportados en los que se presentan colitis por citomegalovirus e infección por VIH, con conteo de CD4 normales [4,7]. Por esta razón, en los pacientes con infección por VIH en quienes documentemos colitis por citomegalovirus, como en nuestro caso, debemos presumir que su conteo celular es muy bajo, y ver la necesidad de inicio temprano del tratamiento antirretroviral.

Agradecimientos

A la doctora Maddy Mejía, del Servicio de Patología del Hospital Universitario San Ignacio, que nos colaboró con el estudio histológico.

Referencias

1. Crumpacker CS. Cytomegalovirus. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. p. 1351-64.
2. Eddleston M, Peacock S, Juniper M, Warrell DA. Severe cytomegalovirus infection in immunocompetent patients. *Clin Infect Dis*. 1997;24:52-6.
3. Barberá JR, Capdevila JA, García-Quintana AM, et al. Digestive cytomegalovirus disease in AIDS patients. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 1996;14(7):411-5.
4. Monkemuller KE, Wilcox CM. Diagnosis and treatment of colonic disease in AIDS. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 1998;8:889-911.
5. Monkemuller KE, Call SA, Lazenby AJ, Wilcox CM. Declining prevalence of opportunistic gastrointestinal disease in the era of combination antiretroviral therapy. *AM J Gastroenterol*. 2000;95:457-62.
6. Ghandi MK, Khanna R. Human cytomegalovirus: clinical aspects, immune regulation, and emerging treatments. *Lancet Infect Dis*. 2004;4:725-35.
7. Sanders CV. The 2011 Southern Society of Clinical Investigation President's Symposium: sexually transmitted infections-evolving concepts. *Am J Med Sci*. 2012; 343(1): 1-3.

Correspondencia

Gabriel Alonso Mosquera Klinger
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia
gami8203@yahoo.com