

## ESOFAGITIS INFECCIOSA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Clara López Mas<sup>1</sup> / Dra. Carla Iannuzzelli Barroso<sup>2</sup> / Dra. Beatriz Sanchis Yago<sup>2</sup> / Dra. Carmen María Ros Tristán<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Teruel

<sup>2</sup> FEA del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco. Teruel

### RESUMEN

Las esofagitis infecciosas son una causa poco frecuente de patología esofágica, relacionadas en general con estados de inmunosupresión y otros factores predisponentes. La incidencia de este tipo de patología en individuos inmunocompetentes es muy baja, siendo la causa más frecuente en estos casos la infección por Virus del Herpes Simple (VHS).

Se presenta el caso de un paciente joven, sin factores predisponentes e inmunocompetente, que fue diagnosticado de esofagitis vírica.

### PALABRAS CLAVE

Esofagitis infecciosa. Paciente inmunocompetente. Disfagia.

### INFECTIOUS ESOPHAGITIS IN IMMUNOCOMPETENT PATIENT: A CASE REPORT

### ABSTRACT

Infectious esophagitis are a rare cause of esophageal pathology, related in general with states of immunosuppression and other predisposing factors. The incidence of this type of pathology in immunocompetent individuals is very low, being the most frequent in these cases of the Herpes Simplex Virus (HSV) infection. Presented the case of a young immunocompetent patient without predisposing factors, who was diagnosed with viral esophagitis.

### KEY WORDS

Infectious esophagitis. Immunocompetent patient. Dysphagia.

### INTRODUCCIÓN

Las esofagitis infecciosas son una causa infrecuente de patología esofágica, que se relaciona principalmente con estados de inmunosupresión, generalmente en pacientes VIH positivo<sup>1</sup>. Las causas más frecuentes son, en orden de frecuencia, la infección por *Candida albicans*, el *Virus del Herpes Simple 1 y 2* y el *Citomegalovirus*. Otros agentes infecciosos causantes son las micobacterias (*Mycobacterium tuberculosis* y *Mycobacterium avium* complex), las bacterias y los protozoos<sup>2</sup>. La aparición de este tipo de patología puede verse favorecida por la presencia de otras enfermedades o factores predisponentes.

Así, la infección por *Candida* puede ser inducida por el uso de antibióticos o corticoides, el tra-

tamiento antisecretor o estados de hipocloremia, alcoholismo, malnutrición, edad avanzada, la radioterapia de cuello y cabeza y alteraciones en la motilidad esofágica como la acalasia, además de la infección por VIH y la toma de inmunosupresores en el contexto de un trasplante. La infección por VHS se verá favorecida en pacientes trasplantados, VIH positivo, afectados de neoplasias o en tratamiento con corticoides, radioterapia o quimioterapia. La infección por CMV la encontramos esencialmente en pacientes VIH positivo y trasplantados, siendo muy rara su aparición en otros casos. En cuanto a la infección por micobacterias, es más frecuente encontrarla en países subdesarrollados, donde las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis son más prevalentes. Por último, las infecciones bacterianas también son muy raras, y se describen

preferentemente en pacientes con neutropenia importante en el contexto de una neoplasia hematológica<sup>1</sup>.

Por otra parte, los pacientes inmunocompetentes también pueden presentar infecciones esofágicas, aunque en mucho menor grado de frecuencia. En estos casos, el principal agente etiológico es el VHS, siendo más frecuente la infección por VHS-1<sup>3</sup>. La aparición de la esofagitis herpética se debe principalmente a la reactivación de una infección viral previa o, con menor frecuencia, a una primoinfección como tal por VHS-1<sup>2,4</sup>. En este caso, también existen factores favorecedores a la aparición de esofagitis infecciosa, como serían el uso de corticoides inhalados, la diabetes mellitus, la edad avanzada, el alcoholismo, la insuficiencia renal o la malnutrición<sup>3</sup>. Estos factores, aunque predisponen a la infección por cualquier agente etiológico, se hacen más importantes en el caso de la infección por *Candida*. Asimismo, influyen en la infección en estos pacientes con inmunidad normal determinadas condiciones que debiliten las barreras de defensa del organismo o alteren la flora comensal normal. También facilitan la infección la presencia de alteraciones esofágicas que favorezcan una estasis de residuos alimenticios, creando condiciones para la formación de un medio de cultivo propicio para el sobrecrecimiento de agentes infecciosos. La peristalsis se verá afectada en las neoplasias de esófago, la enfermedad de Chagas, la esclerosis sistémica progresiva y la acalasia<sup>5</sup>.

En cualquier caso, cuando nos encontremos ante una infección que afecta a un paciente inmunocompetente sin ningún tipo de factor predisponente, debe descartarse siempre la existencia de algún trastorno inmunológico subyacente, que incluye la infección por VIH.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 45 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por presentar dolor centrotorácico de tres días de evolución, que se inicia tras la ingesta. No otra sintomatología acompañante. Refiere no haber comido ni bebido nada debido al dolor en las últimas 24h. Exploración física anodina. Rx tórax y cuello partes blandas/cávim sin hallazgos

patológicos. Bioquímica y hemograma normales. Se inicia tratamiento analgésico en urgencias, y se intenta tolerancia oral, presentando el paciente la misma sintomatología, sin mejoría.

Se comenta el caso con el servicio de Digestivo, quienes realizan endoscopia, encontrando en tercio medio del esófago escasas erosiones ulcerosas superficiales fibrinadas, compatibles con esofagitis viral (herpética, CMV...), que se biopsian. Estómago sin alteraciones mucosas destacables. Distensión normal. Píloro sin alteraciones, así como la segunda porción duodenal.

Se decide entonces ingreso en Medicina Interna con tratamiento con Aciclovir iv. y dieta absoluta para completar estudio inmunológico y ver evolución. Serología: Toxoplasmosis IgG positivo, CMV IgG positivo, Virus de Epstein Barr VCA IgG positivo, EBNA positivo, Ag nuclear positivo. Anatomía patológica: mucosa escamosa sin displasia, con signos inflamatorios agudos predominantes. No evidencia de candidiasis. Estudio inmunológico: normal. Durante el ingreso el paciente muestra lenta pero progresiva mejoría, con desaparición de la disfagia. Alta con tolerancia oral sin dolor.

## DISCUSIÓN

La presentación clínica de la esofagitis infecciosa es similar en pacientes sanos e inmunocomprometidos<sup>2</sup>. Asimismo, los síntomas predominantes son similares para todos los agentes infecciosos, y además es posible que en un mismo paciente coexistan varias infecciones<sup>1</sup>. En general, la odinofagia es un síntoma común en todos los tipos de esofagitis infecciosa, y será la presencia de otros síntomas la que nos ayude a orientar el diagnóstico etiológico<sup>1</sup>.

En el caso de las esofagitis herpéticas, nos encontramos ante el inicio agudo y sin causa aparente de una triada sintomática consistente en odinofagia, pirosis y fiebre<sup>4</sup>. El paciente presentará además dolor retroesternal y puede existir disfagia, así como herpes labial o coexistir afectación orofaríngea por VHS. La esofagitis candidiásica se manifiesta como odinofagia que suele localizarse a nivel retroesternal, a menudo coincidente con afectación de la orofaringe. En el caso de la infección por CMV, pueden presentarse cuadros muy diversos, que dependerán

del estado inmunológico del paciente. En los pacientes inmunodeprimidos, esta infección asocia una elevada morbimortalidad, mientras que en los pacientes inmunocompetentes suele cursar de forma asintomática o manifestarse como un síndrome mononucleósico<sup>3</sup>. La aparición de dolor torácico y hemorragia digestiva alta es más frecuente en las infecciones esofágicas virales, ya que éstas pueden asociar la presencia de úlceras. Finalmente, la fiebre es más frecuente en las infecciones bacterianas y por micobacterias<sup>1</sup>. En la esofagitis tuberculosa será raro además encontrar afectación esofágica primaria, ya que suele deberse a una extensión desde un foco pulmonar o ganglionar, o a partir de enfermedad laríngea o faríngea<sup>6</sup>. Las esofagitis bacterianas serán normalmente secundarias a la extensión local a partir de la laringe<sup>3</sup>.

Para el diagnóstico de estas entidades es esencial realizar una correcta anamnesis que defina la clínica y la presencia de enfermedades o factores predisponentes. Aunque en la gran mayoría de los casos la exploración física es anodina, una exhaustiva exploración nos permitirá descubrir signos que orienten al diagnóstico etiológico, como otras lesiones causadas por el mismo agente en distintos órganos. El diagnóstico final se realizará mediante la endoscopia, que permite la visualización de las lesiones y la toma de muestras para estudio histológico o microbiológico<sup>1</sup>. Será útil para el diagnóstico el detectar, en el caso de primoinfección, una clara seroconversión<sup>4</sup>.

Endoscópicamente, la infección por *Candida* se caracteriza por la presencia de placas blanquecinas aisladas o confluentes, inicialmente en esófago distal y que progresivamente se extienden de forma distal. El VHS suele producir una lesión mucosa superficial, con vesículas como lesiones más precoces, aunque es raro encontrarlas en la endoscopia, siendo más habitual encontrar pequeñas úlceras superficiales (<2 cm) con apariencia de volcán. La infección por CMV presenta un aspecto endoscópico variable, encontrándose úlceras múltiples, úlceras solitarias gigantes o una esofagitis difusa superficial. Por último, en las esofagitis bacterianas encontraremos generalmente úlceras esofágicas superficiales con placas asociadas, y en las causadas por micobacterias el segmento esofágico afectado será el tercio medio a nivel de carina, pudiendo-

se encontrar úlceras, fístulas del árbol bronquial o del mediastino y estenosis<sup>1</sup>.

Al encontrarnos ante un paciente con esta sintomatología, aunque las lesiones endoscópicas tienen un aspecto característico sobre el papel, en la práctica a veces puede ser difícil diferenciarlas. Además, debemos tener en cuenta la posibilidad de que nos encontremos ante una coinfección entre varios agentes etiológicos. También debemos diferenciar estas lesiones de otras causas de esofagitis, como la esofagitis química, las inducidas por radiación y quimioterapia, la esofagitis eosinofílica, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la mucositis<sup>1,3</sup>.

Las posibles complicaciones que pueden presentar las esofagitis infecciosas son escasas pero severas. Se han descrito dos complicaciones fundamentales, la hemorragia digestiva alta y la perforación esofágica, con frecuencias en torno al 5,2% y 1,8% de los casos, respectivamente<sup>4</sup>. Existe además documentado en la literatura el carcinoma esofágico como complicación extremadamente rara, con una incidencia en torno al 0,01 y 0,04% de los casos<sup>7,8</sup>.

En cuanto al tratamiento, la esofagitis infecciosa puede ser tratada con éxito en la mayoría de los casos, incluso si el paciente está inmunocomprometido<sup>5</sup>. En la infección por *Candida*, debemos tratar siempre con antifúngicos sistémicos, como son los azoles, las equinocandinas y amfotericina B. El fármaco de elección es el fluconazol, que deberá administrarse durante 2 a 3 semanas desde su mejoría clínica. Para la esofagitis por VHS los fármacos de elección son el aciclovir y el ganciclovir. En pacientes inmunocompetentes el cuadro podrá resolverse de forma espontánea en 1-2 semanas, pero la administración de aciclovir oral durante 7-10 días acortará el proceso., debiendo administrarse este fármaco de forma intravenosa durante 14-21 días en los pacientes inmunodeprimidos. El ganciclovir intravenoso de 2 a 4 semanas es el tratamiento de elección en la infección por CMV en pacientes VHI positivo. La esofagitis tuberculosa debe tratarse con una combinación de fármacos que incluya la rifampicina e isoniazida durante 9 meses<sup>6</sup>. Por último, en las infecciones bacterianas, emplearemos de forma intravenosa antibióticos de amplio espectro que cubran los gérmenes grampositivos y gramnegativos propios de la cavidad oral.

En conclusión, remarcar que las esofagitis infecciosas son un cuadro muy poco frecuente en pacientes inmunocompetentes, por lo que su diagnóstico se verá infravalorado en muchas ocasiones. Debemos basarnos para su diagnóstico en la triada clínica de disfagia, dolor torácico o retroesternal y pirosis, y en la visualización de lesiones y biopsia de las mismas para estudio histológico y microbiológico mediante la endoscopia, ya que la exploración física es anodina en la gran mayoría de los casos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bustamante, M., Pertejo, V. Capítulo 5: Esofagitis infecciosa. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 3ª edición. Madrid: Elsevier España; 2011. p49-58.
2. Parra, V., Huertas, M., Montoya, R., Aponte, D., Sabbagh, L. C. Presentación atípica de esofagitis herpética. Rev. colomb. gastroenterol, 2015; 30(2), 216-218.
3. Casalilla, M. S., Lucendo, A. J. Otras esofagitis. Etiología infecciosa y tóxica/cáustica. Esofagitis eosinofílica. Medicine- Programa de Formación Médica Continuada acreditado, 2012; 11(1), 13-25.
4. De la Riva, S., Muñoz-Navas, M., Rodríguez-Lago, I., Carrascosa, J., Idoate, M. A., Carías, R. Esofagitis herpética: presentación en adolescente inmunocompetente. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 2012; 104(4), 214-217.
5. Calanca, R., Gabas, F.C., Anuar, R., Figueira C. Esofagitis infecciosa. p95-98. [http://media.axon.es/pdf/93830\\_2.pdf](http://media.axon.es/pdf/93830_2.pdf) (última visita 22 de octubre de 2015).
6. Salinas, D. C., Moreno, D. C., Dennis, R. J. Tuberculosis pulmonar, esofágica y laríngea. ActA Médica colombiana, 2014; 39(1), 85-89.
7. Serra, M. A., Fojo, A. W., González, N., Cardoso, M., García, M., Aleaga, Y. Y. Infección por papilomavirus humano y cáncer esofágico: reporte de caso. Medwave, 2012; 12(09).
8. Díaz Fondén, J., Hechavarría Masabeau, X., Matos Lobaina, E., Pereira Despaigne, O. L. Carcinoma de esófago asociado a papilomavirus humano en una paciente de mediana edad. Medisan, 2015; 19(6), 783-787.



A.M.A COMPAÑÍA  
LÍDER EN SEGUROS DE  
COCHE POR CALIDAD  
PERCIBIDA, FIDELIDAD Y  
PRESCRIPCIÓN

Fuente: Informe anual ISSCE  
(dic 2014)

Hasta un  
**60%\*** bonificación  
**en su seguro de Automóvil**

- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



**www.amaseguros.com**  
**902 30 30 10**

**A.M.A. TERUEL**  
Joaquín Arnau, 2; 1º Tel. 978 61 72 10 [teruel@amaseguros.com](mailto:teruel@amaseguros.com)



[\*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 16 de octubre y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.