REVISTA VIRTUAL
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

REPORTE DE CASO

Estenosis esofágica severa secundaria a infección por citomegalovirus en una paciente oncológica

Severe esophageal stenosis secondary to cytomegalovirus infection in a female oncology patient

Gabriel Isaac Méndez Garay [1], **Evelyn Raquel Giménez Duarte** [1], **Náyive Marzén Millán Irala** [1]

[1] *Instituto de Previsión Social, Hospital Central. Asunción, Paraguay*

Editor responsable: *Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.*

Revisor:
Enrique Basili Feliu. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Nacional. Itauguá, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Méndez Garay GI, Giménez Duarte ER, Millán Irala NM. Estenosis esofágica severa secundaria a infección por citomegalovirus en una paciente oncológica. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2027; 14 (1): e14142706

RESUMEN

La esofagitis por citomegalovirus es una complicación oportunista grave en pacientes con inmunodeficiencia o estancia prolongada en cuidados intensivos.

Se presenta el caso de una paciente de 50 años con antecedente de cáncer de cuello uterino en remisión que, tras una internación por choque séptico de origen urinario en la unidad de cuidados intensivos, desarrolló disfagia progresiva y epigastralgia. La endoscopía digestiva alta reveló úlceras extensas y estenosis en el tercio inferior del esófago, y el estudio histopatológico confirmó inclusiones virales compatibles con citomegalovirus. Pese a recibir tratamiento completo con ganciclovir, la paciente desarrolló una estenosis esofágica cicatrizal severa e irreversible que

Artículo recibido: *20 septiembre 2026*
Artículo aceptado: *22 octubre 2026*

Autor correspondiente:
Gabriel Isaac Méndez Garay
Correo electrónico: gabriel095yo@gmail.com

Dictamen del artículo:
https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2027/15226_dictamen.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

impidió la dilatación endoscópica por alto riesgo de perforación, requiriendo una gastrostomía quirúrgica para soporte nutricional.

La reactivación de infecciones virales latentes debe ser considerada tempranamente en pacientes oncológicos o poscríticos con síntomas digestivos persistentes para prevenir secuelas estructurales irreversibles.

Palabras claves: infecciones por citomegalovirus, esofagitis, huésped inmunocomprometido, ganciclovir, estenosis esofágica

ABSTRACT

Cytomegalovirus esophagitis is a severe opportunistic complication in patients with immunodeficiency or prolonged stay in the intensive care unit.

We present the case of a 50-year-old female patient with a history of cervical cancer in remission who, after being hospitalized for septic shock of urinary origin in the intensive care unit, developed progressive dysphagia and epigastralgia. Upper gastrointestinal endoscopy revealed extensive ulcers and stenosis in the lower third of the esophagus, and histopathological examination confirmed viral inclusions compatible with cytomegalovirus. Despite receiving a full course of treatment with ganciclovir, the patient developed severe and irreversible cicatricial esophageal stenosis that precluded endoscopic dilation due to high risk of perforation, requiring surgical gastrostomy for nutritional support.

Reactivation of latent viral infections should be considered early in oncology or post-critical care patients with persistent gastrointestinal symptoms to prevent irreversible structural sequelae.

Keywords: cytomegalovirus infections, esophagitis, immunocompromised host, ganciclovir, esophageal stenosis

INTRODUCCIÓN

La esofagitis es la inflamación de la mucosa del esófago, que puede deberse a múltiples causas tales como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica y a causas infecciosas. A su vez, esta última puede deberse en orden de frecuencia a infección por *Candida albicans*, virus del herpes simple y el citomegalovirus [1-3].

El citomegalovirus es un herpesvirus B de ADN bicatenario, cuya transmisión ocurre por el contacto con fluidos de personas infectadas, las relaciones sexuales y por trasplante de órganos sólidos [1, 4]. La infección por este virus en el adulto suele ser asintomática, permaneciendo el mismo en estado latente en el organismo, siendo detectable en pruebas serológicas en más del 80 % de la población general sin repercusión clínica. La reactivación del virus ocurre cuando existe deterioro de la inmunidad mediada por células, como por ejemplo en pacientes receptores de trasplantes, portadores de neoplasias hematológicas, o en estados de inmunosupresión como la provocada por el VIH, o en pacientes graves en la unidad de cuidados intensivos. La colitis y la esofagitis son las manifestaciones más comunes de infección por citomegalovirus en el aparato digestivo [2, 3].

El diagnóstico de la esofagitis por citomegalovirus requiere la exploración endoscópica con toma de biopsia para la detección de las inclusiones intranucleares e intracitoplasmáticas producidas por el virus, pudiéndose detectar además marcadores específicos del mismo por técnica de inmunohistoquímica [3]. La detección precoz y la instauración del tratamiento adecuado son cruciales, ya que la mortalidad asociada a esta entidad es significativa [4]. Esta esofagitis se presenta típicamente como una

úlcera única, grande y aislada en el esófago distal, pero también puede manifestarse como una esofagitis difusa [2, 5, 6].

Una vez establecido el diagnóstico de infección grave por citomegalovirus en pacientes inmunocomprometidos, el inicio del tratamiento debe ser instaurado de inmediato para minimizar la posibilidad de secuelas irreversibles, una de las cuales es la estenosis esofágica debido a la intensa reacción inflamatoria y formación de tejido fibroso que reemplaza a la mucosa sana [1]. La terapia de elección es el ganciclovir endovenoso por un periodo estimado de 3 a 6 semanas, la cual se deberá considerar de acuerdo con el cuadro y la evolución clínica del paciente [7].

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 50 años, con antecedente de cáncer de cuello uterino estadio II diagnosticado en 2023 para el cual recibió tratamiento quimioterápico con cisplatino (ciclo 6/6) y radioterapia concomitante hasta abril del 2025, se encontraba en remisión clínica. Era, además, portadora de litiasis renal derecha por lo cual portaba catéter JJ desde el año 2024 con recambio semestral del mismo. En este contexto, fue internada para recambio del catéter mencionado en septiembre del 2025, durante el cual presentó, como complicación, la formación de un absceso renal que requirió nefrectomía derecha. Por el estado crítico de la paciente en el posquirúrgico inmediato requirió monitorización en la unidad de cuidados intensivos durante 5 días, inicialmente en estado de choque séptico, y requirió tratamiento con antibióticos de amplio espectro.

La paciente presentó evolución clínica favorable posterior al cuadro infeccioso. Sin embargo, durante su internación en el servicio de clínica médica, manifestó síntomas como disfagia a alimentos sólidos y dolor en epigastrio de manera ocasional relacionado con la ingesta de cantidades moderadas de alimentos sólidos. Recibió tratamiento sintomático con procinéticos mostrando mejoría parcial, por lo que fue dada de alta para seguimiento de manera ambulatoria.

Ante la persistencia de la sintomatología previamente descrita, y la progresión de la disfagia incluso a líquidos y marcada pérdida de peso, un mes posterior al alta la paciente consultó con facultativo que lo remitió al especialista en gastroenterología. Este le practicó una endoscopía digestiva alta en la que se observó múltiples erosiones y ulceraciones superficiales, cubiertas por fibrina, friable, que ocasionaba estenosis severa en el tercio inferior del esófago (figura 1). Se tomó biopsias de las lesiones descritas y se remitió al laboratorio de anatomía patológica.

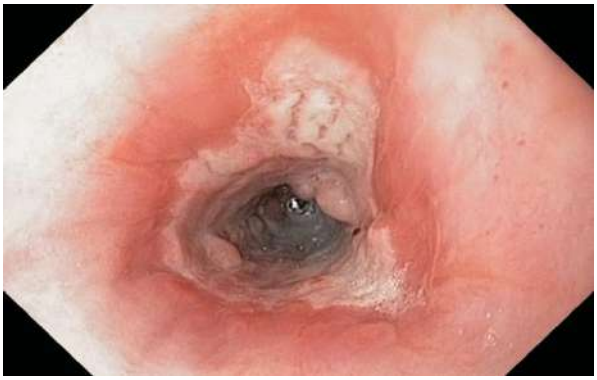


Figura 1. Endoscopia digestiva alta que muestra, en la mucosa del esófago, una úlcera grande, extensa y de contornos bien definidos, con fondo cubierto de fibrina/exudado blanquecino y halo eritematoso adyacente, hallazgo compatible con esofagitis severa de etiología probablemente infecciosa.

Con dicho resultado y ante la persistencia de la disfagia que limitaba la ingesta de alimentos a líquidos espesos en muy escasa cantidad, la paciente fue internada en el servicio de clínica médica. A la ectoscopía llamaba la atención relieves óseos marcados con pérdida de la masa muscular, el resto del examen físico no arrojó datos de mayor importancia.

Se solicitó analítica completa en la que llamaba la atención una anemia normocítica, normocrómica, con un valor de hemoglobina de 9,8 g/dl, los demás parámetros se encontraban en rango normal. En el contexto de inmunosupresión se solicitó además serología viral completa cuyos resultados resultaron negativos en su totalidad.

El informe histopatológico de la biopsia de esófago informó la presencia de inclusiones intranucleares grandes y citoplasmáticas más pequeñas, sugerentes de esofagitis viral (figura 2).

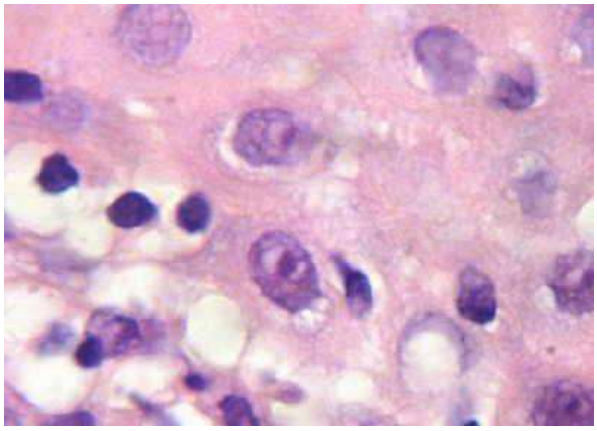


Figura 2. Biopsia esofágica (H&E) en la que se observa célula citomegálica con una inclusión intranuclear basófila prominente rodeada por un halo claro perinuclear (aspecto clásico en "ojo de búho") e inclusiones citoplasmáticas, compatibles con citomegalovirus.

Ante los hallazgos histopatológicos compatibles con esofagitis por citomegalovirus se decidió, en conjunto con el servicio de gastroenterología, iniciar tratamiento con ganciclovir por vía parenteral en una dosis de 10 mg/kg/día durante 4 semanas, con buena tolerancia.

Se realizó una endoscopía de control a las 3 semanas del inicio del tratamiento, que informó persistencia de la úlcera que abarcaba toda la circunferencia del esófago con formación de tejido fibrótico que condicionaba estenosis severa desde el tercio medio, por lo que no fue posible avanzar con el endoscopio. Ante esta limitación se sugirió realizar un esofagograma con contraste iodado para determinar con exactitud la longitud y la severidad del esófago que se encontraba estenosado (figura 3). El plan era plantear, de ser posible, una dilatación endoscópica posterior a la finalización del tratamiento antiviral.

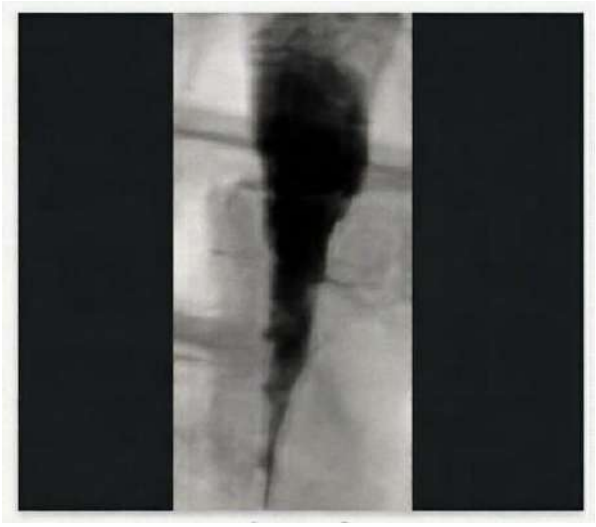


Figura 3. Esofagograma baritado que muestra un estrechamiento tubular severo y prolongado que involucra un segmento extenso de la luz esofágica, con paso filiforme del contraste en su porción distal y dilatación prestenótica compensatoria.

A pesar del tratamiento farmacológico instaurado, las lesiones esofágicas consecuentes a la infección viral condicionaron una estenosis permanente en la luz del órgano, sin mejoría de la disfagia presentada al inicio, por lo cual se realizó una gastrostomía quirúrgica para garantizar el aporte nutricional de la paciente. La dilatación endoscópica se descartó como posibilidad terapéutica ante la gran extensión de mucosa afectada y el alto riesgo de perforación esofágica que implicaría la realización de dicho procedimiento.

La paciente fue dada de alta y recibe seguimiento ambulatorio por el servicio de gastroenterología e infectología clínica.

DISCUSIÓN

La reactivación de patógenos latentes se ve propiciada en pacientes con compromiso del sistema inmunológico. Si bien el cáncer de cuello uterino en estadios tempranos no provoca por sí mismo alteración significativa en la respuesta inmunitaria, los tratamientos dirigidos, sobre todo la quimioterapia con radioterapia concomitante condiciona inmunosupresión, como es el caso de la paciente que se presenta [1]. Como factor que contribuye a la susceptibilidad inmunitaria en el caso presentado, se destaca el antecedente de hospitalización en unidad de cuidados intensivos, que se considera factor de riesgo independiente a la patología de base mencionada [2].

La presentación clínica con disfagia progresiva y epigastralgia coincide con la mayoría de los casos expuestos y publicados de otros centros [2, 5]. En cuanto al método diagnóstico, se realizó el estudio histopatológico de la biopsia esofágica, la misma fue confirmatoria en este caso. Si bien en el contexto clínico de alta sospecha infecciosa, el hallazgo de lesiones típicas en la histopatología fue suficiente para iniciar tratamiento antiviral dirigido, cabe destacar que, en casos de duda diagnóstica, informe de anatomía patológica no concluyente o recidivas del cuadro, la recomendación es llevar a cabo estudio de inmunohistoquímica para la detección del citomegalovirus [8].

En el caso presentado se realizó una endoscopía digestiva alta de seguimiento a las 3 semanas de haber iniciado tratamiento por sugerencia del servicio de gastroenterología. La evidencia sobre la necesidad de realizar dicho estudio de control de manera rutinaria es escasa. En una investigación retrospectiva se analizó los resultados de endoscopias de seguimiento de un grupo de pacientes con infección del tracto gastrointestinal superior por citomegalovirus y se encontró que los hallazgos no guardan relación con la eliminación del virus de los tejidos ni predice la recaída de la enfermedad [9].

Parte del tratamiento integral de la estenosis esofágica de cualquier causa es la dilatación endoscópica progresiva cuanto antes sea posible. En el caso presentado, la limitación para la realización de dicho procedimiento fue la extensión y la severidad de la estenosis, ya que la misma abarcaba más de 5 centímetros de longitud desde el tercio medio del esófago. Con estas características, aumentaría potencialmente el riesgo de perforación esofágica durante la dilatación y la experiencia consultada en artículos publicados solo incluye casos de menor extensión de la estenosis y afectación del esófago distal [10, 11].

Otras alternativas de tratamiento para la estenosis esofágica benigna con las características complejas del caso presentado incluyen la colocación de *stents*. Esta consiste en una técnica endoscópica útil para evitar las dilataciones frecuentes en casos de estenosis complicadas que abarca más de 5 cm de longitud, pero no está exenta de riesgo y brinda mejoría temporal por unas pocas semanas. Las opciones de tratamiento quirúrgico se reservan para los casos refractarios que no responden a las técnicas endoscópicas convencionales, e incluyen técnicas como la estenoplastia, resección esofágica con reconstrucción y procedimientos de derivación [12,13].

Las principales limitantes fueron la falta de disponibilidad de estas técnicas en nuestro centro y la experiencia limitada en cuanto a la resolución quirúrgica de casos de estenosis esofágica compleja, por lo cual se decidió la realización de gastrostomía como vía alternativa de alimentación en la paciente del caso presentado.

En conclusión, dado que la prevalencia de infección latente por virus como el del herpes simple y el citomegalovirus es alta en la población general, se debe considerar la posibilidad de reactivación de estos como causantes de enfermedad en contextos de

inmunosupresión profunda, como los pacientes oncológicos bajo tratamiento antitumoral, trasplantados y aquellos con enfermedades graves condicionados por disfunción multiorgánica de distintas etiologías. Las manifestaciones iniciales de la esofagitis viral pueden ser inespecíficas y atribuibles a múltiples causas. Sin embargo, la persistencia de los síntomas en el tiempo debe motivar el estudio etiológico temprano, que en muchos casos son noxas comunes que, en el contexto de inmuno-supresión resultan en cuadros graves con secuelas irreversibles como es el caso de la paciente cuyo fue expuesto.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés comercial.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido para la recolección y análisis de datos, redacción y aprobación final del manuscrito.

Financiamiento

Autofinanciado.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente:
Gabriel Isaac Méndez Garay, correo electrónico: gabriel095yo@gmail.com

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modi-ficaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2027/152_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AlQahtani HY, Aleanizy FS, Alqahtani FY. Human cytomegalovirus genetic diversity, clinical relevance, and emerging insights. Rev Med Virol [Internet]. 2026 [cited 2026 May 20];36(5):e70197. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42664505/
2. Nguyen AD, Shorman M. Cytomegalovirus infections. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2026 Sept 20]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459185/
3. Marques S, Carmo J, Pinto D, Bispo M, Ramos S, Chagas C. Cytomegalovirus disease of the upper gastrointestinal tract: A 10-year retrospective study. GE Port J Gastroenterol [Internet]. 2017 [cited 2026 Sept 20];24(6):262–8. Available from: https://karger.com/pjg/article/24/6/262/274706/Cytomegalovirus-Disease-of-the-Upper
4. Ali AA, Anasseri S, Abou-Ghaida J, Walker L, Barber T. Cytomegalovirus esophagitis in an immunocompromised patient. Cureus [Internet]. 2023 [cited 2026 Sept 20]; 15(9): e45634. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37868477/
5. Wang HW, Kuo CJ, Lin WR, Hsu CM, Ho YP, Lin CJ, et al. The clinical characteristics and manifestations of cytomegalovirus esophagitis. Dis Esophagus [Internet]. 2016 [cited 2026 Sept 20];29(4):392–9. Available from: https://academic.oup.com/dote/article-abstract/29/4/392/2328760 Subscription required
6. Kim Y, Kim DH, Seo M, Na HK, Jung KW, Ahn JY, et al. Endoscopic features of cytomegalovirus disease of the upper gastrointestinal tract between transplant and non-transplant patients. Korean J Intern Med [Internet]. 2025 [cited 2026 Sept 20]; 40(3): 394–403. Available from:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40129191/
7. Li L, Chakinala RCh. Cytomegalovirus esophagitis (Archived). StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. [cited 2026 Sept 20]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556110/
8. Juric-Sekhar G, Upton MP, Swanson PE, Westerhoff M. Cytomegalovirus (CMV) in gastrointestinal mucosal biopsies: should a pathologist perform CMV immuno-histochemistry if the clinician requests it? Hum Pathol [Internet]. 2017 [cited 2026 Sept 20];60:11–5. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0046817716302180 Subscription required
9. Seo M, Kim DH, Gong EJ, Ahn JY, Lee JH, Jung KW, et al. Is follow-up endoscopy necessary in upper gastrointestinal cytomegalovirus disease? Medicine (Baltimore) [Internet]. 2016 [cited 2026 Sept 20]; 95(19):e3389. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27175637/
10. Sotolongo JF, Rodríguez GA, Castro Álvarez L, Suárez Romero M, Ortiz Montero YJ, Rodríguez LS. Dilatación endoscópica en pacientes con estenosis esofágica. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2019 [citado 20 Sep 2026];7(2):234–46. Disponible en: https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/375
11. Villar-Tapia JA, Alzúa-Pichardo E, Torreblanca-Sierra LF, Oregel-Aguilar V, Gutiérrez-Banda CA, Santos-Grapain S, et al. Dilatación endoscópica de estenosis esofágicas benignas: reporte prospectivo de 41 sesiones realizadas en el Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga. Endoscopia [Internet]. 2019 [citado 20 Sep 2026]; 31(Supl 2): 370. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-64832019000600370
12. Chen ChX, Jin ZA, Yang M, Tang FT, Tang SH. Endoscopic treatment of benign esophageal strictures: Advances and challenges. World J Gastrointest Surg [Internet]. 2025 [cited 2026 Sept 20];17(6): 105963. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12188552/
13. Singh AK, Singh A, Kochhar R, Manrai M. Esophageal strictures: Management beyond dilation. World J Gastrointest Endosc [Internet]. 2025 [cited 2026 Sept 20];17(11). Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12620873/#sec4