https://doi.org/10.22516/25007440.1533

Reporte de caso

Ileítis por citomegalovirus: reporte de un caso con presentación inusual en un paciente con leucemia mieloide aguda

Cytomegalovirus ileitis: A case report of an unusual presentation in a patient with acute myeloid leukemia

Linda Atencio-Ibarra,[1] Laura Omaña-Álvarez,[2*] Paula Andrea Ruiz-Talero,[3] Alberto Rodríguez-Varón.[4]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Atencio-Ibarra L, Omaña-Álvarez L, Ruiz-Talero PA, Rodríguez-Varón A. Ileítis por citomegalovirus: reporte de un caso con presentación inusual en un paciente con leucemia mieloide aguda. Rev. colomb. Gastroenterol. 2026;41(4):527-533. https://doi.org/10.22516/25007440.1533

[1] Médica especialista en Medicina Interna, residente de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Javeriana. Servicio de Medicina Interna y Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.
[2] Médica General, residente de Medicina Interna, servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.
[3] Médica especialista en Medicina Interna, Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Javeriana. Servicio de Medicina Interna y Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.
[4] Médico especialista en Medicina Interna y Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Javeriana. Servicio de Medicina Interna y Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

***Correspondencia:**
Laura Valentina Omaña-Álvarez.
laura-omanaa@javeriana.edu.co

Fecha recibido: 05/02/2026
Fecha aceptado: 27/07/2026

Resumen

Introducción: la hemorragia del tracto gastrointestinal, especialmente de intestino delgado, es un reto diagnóstico, ante su baja frecuencia y la amplia variabilidad de etiologías que comprende, de acuerdo con los antecedentes del paciente. Un ejemplo de lo anterior son las causas infecciosas que se pueden identificar en el paciente hematooncológico, en las que, ante la evidencia imagenológica de úlceras, deben contemplarse agentes oportunistas como el citomegalovirus, dada su importante carga de morbimortalidad en el paciente.

Caso clínico: se presenta el caso de un hombre de 72 años con leucemia mieloide aguda de diferenciación monocítica, en manejo con venetoclax más azacitidina, quien debutó con hemorragia del tracto gastrointestinal y cuyos estudios endocolonoscópicos resultaron sin evidencia de sangrado, por lo que se procedió a practicarle la cápsula endoscópica de intestino delgado, en la que se hallaron úlceras ileales, de las cuales se tomó biopsia mediante enteroscopia retrógrada, y se identificó histopatológicamente infección por citomegalovirus. De acuerdo con lo anterior se indicó un ciclo de 21 días de ganciclovir, con el que hubo resolución del sangrado gastrointestinal y un posterior reinicio del manejo quimioterapéutico.

Conclusión: la ileítis por citomegalovirus es una condición infrecuente, a la que pueden ser susceptibles los pacientes con patología hematooncológica. Este caso ilustra manifestaciones atípicas como el debut de hemorragia del tracto gastrointestinal secundaria a ileítis por citomegalovirus. El manejo multidisciplinario y una alta sospecha diagnóstica favorecen desenlaces adecuados, dada la alta carga de morbimortalidad asociada.

Palabras clave: citomegalovirus, hemorragia gastrointestinal, leucemia mieloide aguda, ileítis, cápsulas endoscópicas.

Abstract

Introduction: Gastrointestinal tract bleeding, particularly from the small intestine, represents a diagnostic challenge because of its low frequency and the broad range of possible etiologies, which vary according to the patient's clinical history. Infectious causes that may occur in patients with hematologic malignancies exemplify this complexity. When imaging demonstrates ulcerative lesions, opportunistic pathogens such as cytomegalovirus should be considered given the substantial morbidity and mortality associated with cytomegalovirus infection in this population.

Case Report: A 72-year-old man with acute myeloid leukemia with monocytic differentiation who was receiving venetoclax plus azacitidine presented with gastrointestinal tract bleeding. Colonoscopic and upper endoscopic evaluations revealed no evidence of bleeding; therefore, small-bowel capsule endoscopy was performed and revealed ileal ulcers. Biopsy specimens were subsequently obtained by retrograde enteroscopy, and histopathologic examination identified cytomegalovirus infection. Accordingly, a 21-day course of ganciclovir was initiated, resulting in resolution of the gastrointestinal bleeding and subsequent resumption of chemotherapy.

Conclusion: Cytomegalovirus ileitis is an uncommon condition to which patients with hematologic malignancies may be susceptible. This case illustrates an atypical presentation consisting of gastrointestinal tract bleeding secondary to cytomegalovirus ileitis. A multidisciplinary approach and a high index of diagnostic suspicion may promote favorable outcomes given the substantial morbidity and mortality associated with this condition.

Keywords: Cytomegalovirus, gastrointestinal bleeding, acute myeloid leukemia, ileitis, endoscopic capsules.

CC BY NC ND

INTRODUCCIÓN

La infección por citomegalovirus (CMV) está estrechamente asociada a estados de inmunosupresión, y afecta principalmente a fetos, pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y receptores de trasplantes de órganos sólidos o de médula ósea[1]. En pacientes oncológicos, esta infección representa una causa significativa de morbilidad y mortalidad, esta última estimada en 61,3% en tumores sólidos y 56,1% en tumores hematológicos[2]. Se manifiesta comúnmente con fiebre, leucopenia, hepatitis, colitis, neumonitis, esofagitis, retinitis y gastritis[1]. En el sistema gastrointestinal, los síntomas predominantes son diarrea (76%), dolor abdominal (52%) y hemorragia del tracto gastrointestinal (HGI) (27%)[3]. El colon es la localización más frecuente, con una prevalencia del 57,3%, mientras que, en pacientes inmunocomprometidos, el compromiso del esófago y del intestino delgado es más común[4], y es mortal tanto en inmunocompetentes como en inmunosuprimidos (23,3%)[4].

La hemorragia del intestino delgado representa un desafío clínico, particularmente en casos donde hay anemización y signos de HGI sin un foco claro, pese a estudios como la endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) y la ileocolonoscopia[5,6]. Este tipo de hemorragia constituye entre el 5% y el 10% de las HGI, afectando el segmento entre la ampolla de Vater y la válvula ileocecal[5,6]. En pacientes mayores de 40 años, las angiectasias y las lesiones relacionadas con el uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos son las causas más frecuentes[6]; sin embargo, dependiendo de los factores de riesgo y antecedentes, deben considerarse otras etiologías autoinmunes, infecciosas o efectos secundarios de fármacos. En pacientes con leucemia mieloide aguda (LMA), se ha descrito que entre el 20% y el 30% pueden experimentar complicaciones hemorrágicas durante el tratamiento[7], lo que aumenta el riesgo de neutropenia e infecciones oportunistas como el CMV[8].

Se presenta el reporte de caso de un hombre de 72 años con LMA en tratamiento quimioterapéutico, quien desarrolló una HGI del intestino delgado como manifestación clínica de una enfermedad en órgano blanco (ileítis) por CMV. Este caso ilustra una presentación y localización atípica del compromiso gastrointestinal por CMV en un huésped, sin los factores de riesgo clásicos.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 72 años con LMA de diferenciación monocítica, en el tercer ciclo de quimioterapia con protocolo venetoclax más azacitidina, consultó por 3 días de evolución de melenas, astenia, adinamia, sin otros síntomas asociados. Adicionalmente con antecedentes de falla cardiaca, hipertensión arterial, hipotiroidismo y múltiples complicaciones infecciosas relacionadas con la quimioterapia. Al ingreso, el paciente se encontraba clínicamente estable, pero presentaba palidez mucocutánea, sin otros hallazgos positivos en el examen físico. Se diagnosticó hemorragia de vías digestivas altas, con un puntaje de 8 en la escala de Glasgow-Blatchford. Se inició el manejo con omeprazol 40 mg cada 12 horas y se le practicó una endoscopia de vías digestivas altas (EVDA), que evidenció una gastropatía corporal erosiva sin focos de sangrado activo o reciente.

Durante el seguimiento hospitalario, el paciente persistió con la HGI, que condicionó una anemización persistente sintomática, con requerimiento transfusional en 2 ocasiones. Dado lo anterior, se realizó una colonoscopia total, que reveló hemorroides internas de grado I, sin otros hallazgos. Ante la persistencia de la anemización, trombocitopenia y la clínica de HGI con melenas y hematoquecia simultáneas, dada la estabilidad clínica, se decidió realizar una videocápsula endoscópica del intestino delgado. Los hallazgos incluyeron linfangiectasia de 2 mm en el yeyuno y dos úlceras: la primera de 2 mm al 85% del avance de la cápsula (íleon distal) y la segunda, una úlcera excavada de 8 mm al 91% del avance (íleon distal) sin sangrado activo (**Figura 1**).

Posteriormente, se realizó una enteroscopia retrógrada, en la que se identificaron úlceras de 10 y 6 mm en el íleon distal, de probable etiología infecciosa (**Figura 2**), y se tomaron biopsias de las lesiones para el estudio histopatológico. Por su localización y comorbilidades del paciente, sin poder descartar etiología infecciosa de las úlceras, se enviaron muestras para cultivo de gérmenes comunes, con identificación de microorganismos bacterianos gastrointestinales. También se realizaron cultivos y pruebas por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para micobacterias tuberculosas y no tuberculosas, los cuales resultaron negativos. En la biopsia se documentó positividad de los estudios histopatológicos para CMV (**Figura 3**) y carga viral para CMV en sangre negativa.

En respuesta a los hallazgos microbiológicos referidos, se inició el tratamiento con ganciclovir intravenoso en dosis de 5 mg/kg cada 12 horas, y se descartó el compromiso ocular en consulta con oftalmología, completándose 14 días de manejo. Durante el tiempo de tratamiento y en los días de vigilancia posteriores, el paciente no presentó nuevos episodios de HGI ni otras manifestaciones gastrointestinales. Sin embargo, se realizó un control de la función renal debido al desarrollo de lesión renal aguda KDIGO 1 (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) y adicionalmente se efectuó seguimiento a las citopenias, con estabilización de los recuentos de líneas celulares. A los 19 días de manejo antimicrobiano, se reinició el protocolo quimioterapéutico, que tuvo una adecuada evolución. Se le dio egreso de la institución con una hemoglobina de 7,6 g/dL y sin nuevos episodios de sangrado (**Tabla 1**).

Tabla 1. Evolución hematológica, soporte transfusional y tratamiento durante la hospitalización

Número de día	Hito clínico/intervención	Hemoglobina (g/dL)	Leucocitos (×10³/µL)	Plaquetas (×10³/µL)	Manifestación de sangrado digestivo
Día 1	Previos al ingreso Suspensión de venetoclax/azacitidina 3 días antes	7,5	3,0	63	No
Día 3	Realización de esofagogastroduodenoscopia	7,2	2,9	58	Sí
Día 4	Transfusión 1 UGRE	6,2	2,2	46	Sí
Día 5	Hemograma postransfusional	7,5	1,9	38	Sí
Día 9	Transfusión de 1 CUP Realización de colonoscopia	8,0	2,1	33	No
Día 11	Persistencia de melenas	7,6	2,7	57	Sí
Día 13	Realización de videocápsula	7,3	2,0	55	No
Día 15	Seguimiento paraclínico asintomático	7,7	1,7	23	No
Día 31	Inicio de ganciclovir	7,5	1,2	19	No
Día 33	Transfusión de 1 UGRE + 1 CUP	6,4	1,9	10	No
Día 39	Transfusión de 1 UGRE	6,4	0,9	8	No
Día 41	Reinicio de azacitidina 145 mg/d + venetoclax 100 mg/d	6,8	1,9	33	No
Día 43	Transfusión de 1 UGRE + 1 CUP	6,4	0,9	3	No
Día 45	Transfusión de 1 UGRE Fin del ganciclovir	6,2	0,9	9	No
Día 48	Transfusión de 1 CUP	8,2	0,7	4	No
Día 50	Transfusión de 1 CUP	6,7	0,7	2	No
Día 51	Transfusión de 1 UGRE	6,1	0,4	18	No
Día 52	Transfusión de 1 CUP	8,4	0,5	8	No
Día 53	Transfusión de 1 UGRE + 1 CUP	6,8	0,3	3	No
Día 55	Transfusión de 1 UGRE + 1 CUP	6,6	0,2	13	No
Día 57	Transfusión de 1 UGRE	6,8	0,5	24	No
Día 60	Transfusión de 1 UGRE + 1 CUP	6,6	0,3	7	No
Día 61	Aplasia medular refractaria a manejo quimioterapéutico Orientación paliativa	7,6	0,4	10	No

CUP: concentrado de unidades plaquetarias; UGRE: unidad de glóbulos rojos empaquetados.
Tabla elaborada por los autores.

DISCUSIÓN

Se presenta el caso de un hombre con LMA, en manejo con azacitidina y venetoclax, sin antecedente de trasplante, quien cursó con un cuadro prolongado de HGI del intestino delgado, como manifestación clave de ileítis por CMV.

La ileítis por CMV es una condición poco frecuente, caracterizada por una inflamación crónica y ulceración del íleon terminal, secundaria a la infección por CMV[9]. Aunque dentro de los huéspedes típicos, descritos en la literatura, se encuentran los pacientes receptores de trasplante de médula ósea o de órganos sólidos, este caso presenta a

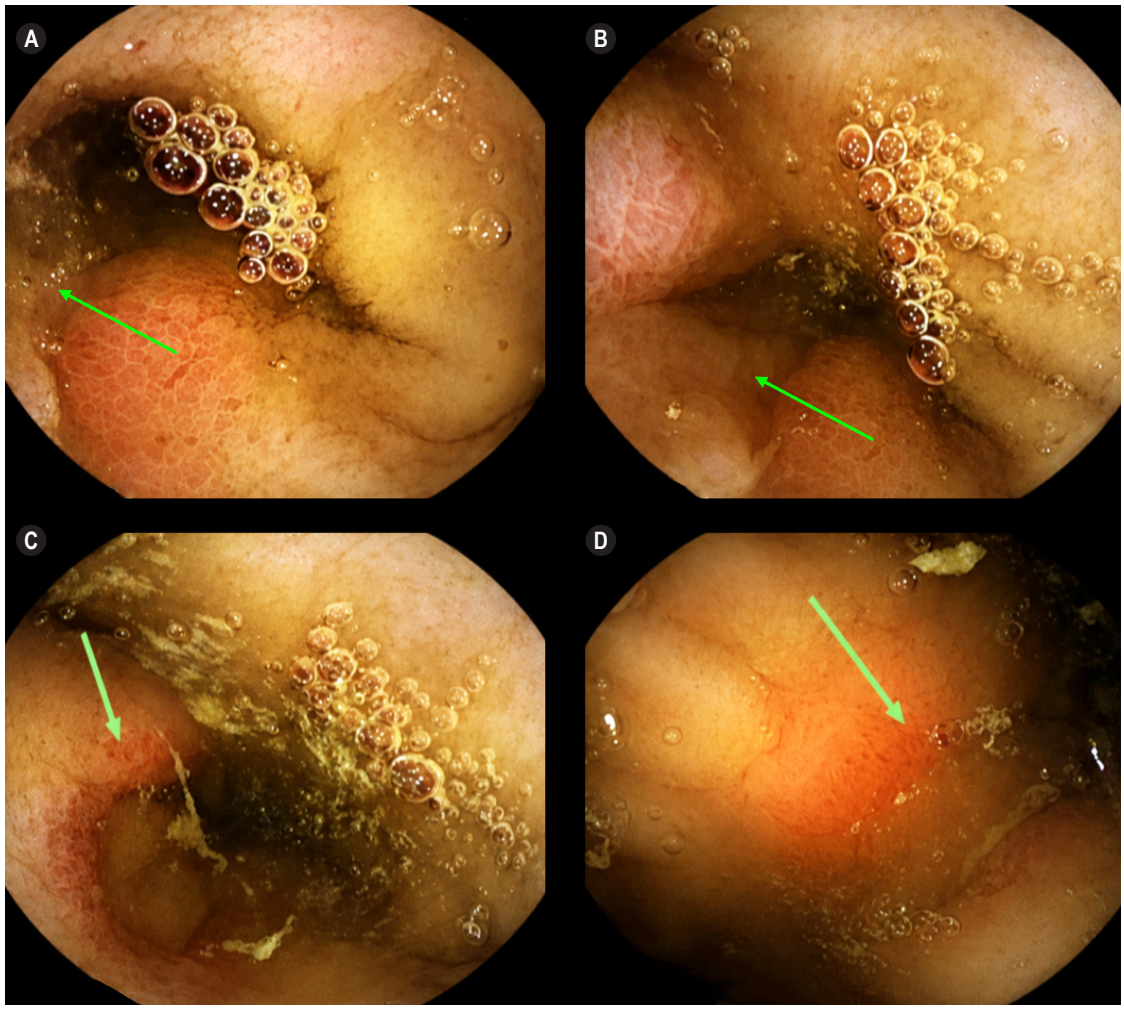


Figura 1. Úlceras en el íleon por videocápsula endoscópica del intestino delgado. **A** y **B.** Úlcera de 2 mm al 85% del avance de la cápsula (íleon distal). **C** y **D.** Úlcera excavada de 8 mm al 91% del avance de la cápsula.
Imágenes propiedad de los autores.

un paciente con condiciones no clásicas de inmunosupresión asociada a la LMA con requerimientos transfusionales múltiples y los efectos adversos asociados al régimen quimioterapéutico administrado, del cual se ha descrito la presencia de neutropenia en el 45% de los pacientes, en el 6% sepsis y en el 45% trombocitopenia, lo que promueve una mayor susceptibilidad a infecciones por microorganismos oportunistas y HGI de difícil control[10]. En consecuencia, se resalta la necesidad de contemplarse como una de las posibles etiologías de HGI a la enfermedad de órgano blanco por CMV, especialmente en el paciente con malignidad hematológica, adulto con cáncer, edad y uso de quimioterapia, que se han identificado como predictores negativos de mortalidad intrahospitalaria, sumados a la importancia del diagnóstico temprano (dentro de los primeros 18,5 días) que pueden afectar la supervivencia[4].

Aunque la hemorragia del intestino delgado es un desafío para el médico tratante por su frecuencia, el abordaje diagnóstico endoscópico inicial en el paciente hematooncológico puede llegar a ser limitado dadas las complicaciones infecciosas y la trombocitopenia asociada. Por tanto, es clave distinguir que, ante la estabilidad clínica y los estudios endocolonoscópicos negativos, se sugiere realizar la videocápsula endoscópica dado su valor predictivo positivo del 94%-97% y valor predictivo negativo del 83%-100%, especialmente en las primeras 48 horas debido a su rendimiento operativo, como en el caso presente[6]. Adicionalmente, es importante tener en mente que la presentación endoscópica de tipo úlcera es la más frecuente (69,7%), seguida de masas polipoides[4].

Para determinar la presencia de enfermedad gastrointestinal por CMV se requieren síntomas gastrointestinales

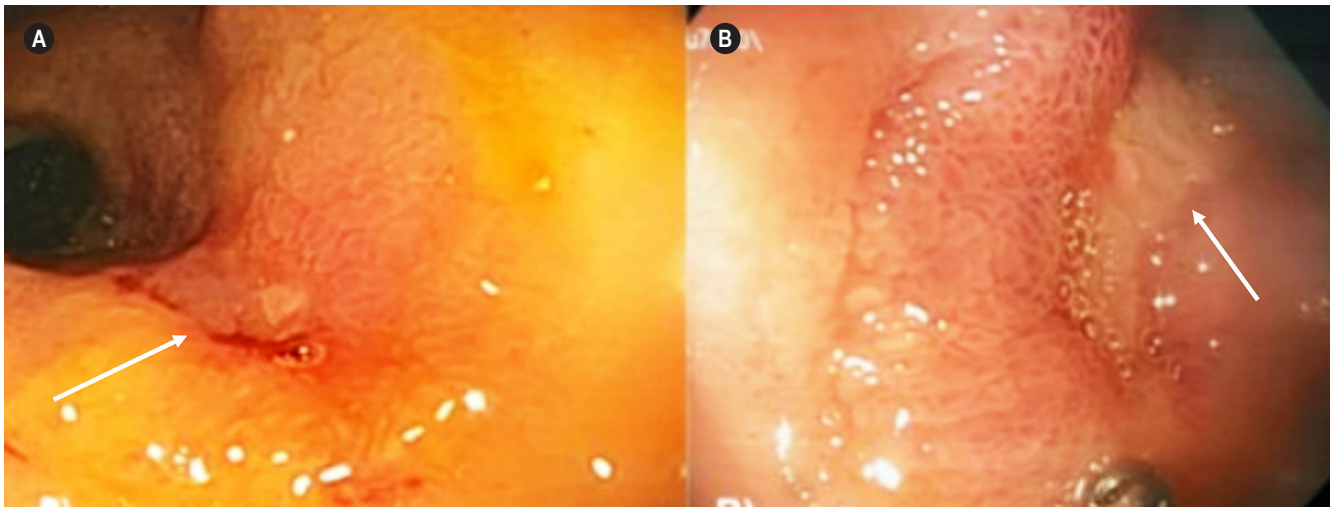


Figura 2. Úlceras en el íleon por enteroscopia. **A** y **B.** Úlcera de 10 y 6 mm a nivel del íleon distal de probable etiología infecciosa.
Imágenes propiedad de los autores.

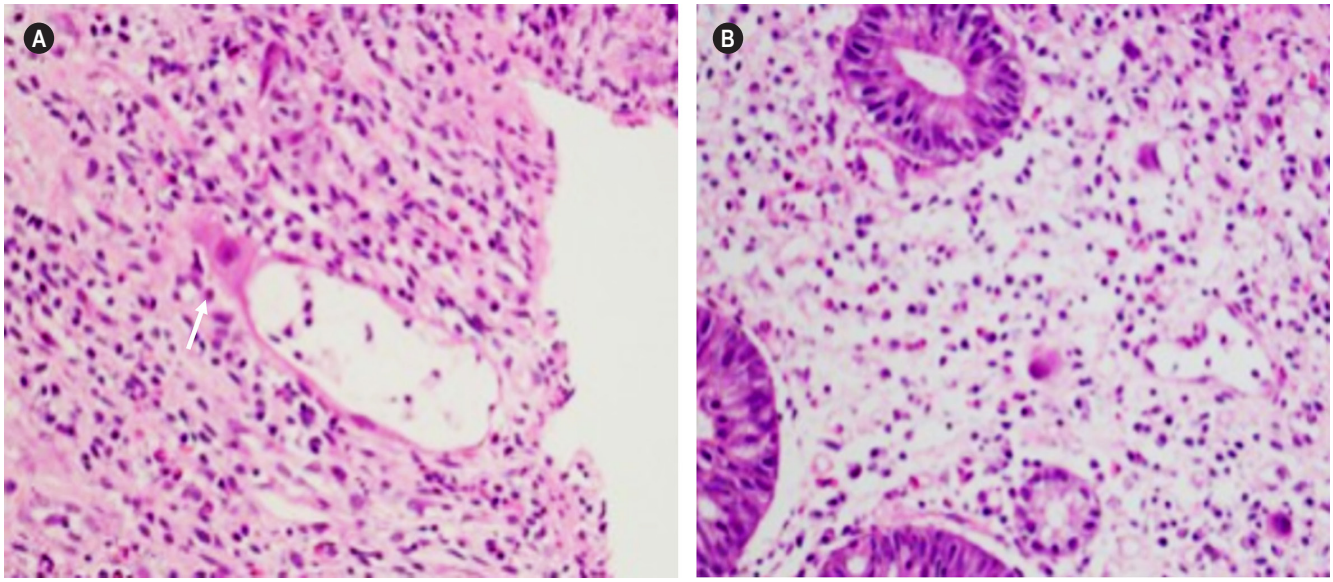


Figura 3. Tinción de hematoxilina y eosina para CMV en una biopsia de úlcera en el íleon distal. **A.** Biopsia de úlcera de íleon distal teñida con hematoxilina-eosina. La flecha señala una célula citomegálica con inclusión intranuclear característica (ojo de búho). **B.** Biopsia de úlcera de íleon distal con tinción de hematoxilina-eosina. Se observan criptas intestinales rodeadas de lámina propia con infiltrado inflamatorio mixto y una célula citomegálica con inclusión intranuclear.
Imagen propiedad de los autores.

altos o bajos, cambios macroscópicos en la mucosa junto con observación en el tejido por histopatología, detección viral, cultivo rápido, inmunohistoquímica o ADN mediante técnicas de hibridación, teniendo en cuenta que el examen de sangre PCR, antigenemia o PCR tisular no son suficientes para el diagnóstico de enfermedad gastrointestinal por CMV[11]. En el presente caso, el diagnóstico se efectuó mediante histopatología. Después de la confirmación de la infección y de haberse descartado el compromiso por otros patógenos asociados a ileítis, como tuberculosis extrapulmonar mediante PCR para *Mycobacterium tuberculosis*, micobacterias no tuberculosas y cultivo para bacterias, se indicó un tratamiento antiviral dirigido con ganciclovir, con lo que el paciente presentó una mejoría importante, compatible con lo descrito en la literatura[12,13]. Una limitación para la interpretación del caso fue el reinicio temprano de la quimioterapia, lo que limitó evaluar la recuperación de la hemoglobina después del control del sangrado.

No obstante, no se visualizó nuevamente HGI durante el tiempo inicial del seguimiento. Dentro de las fortalezas de este reporte, se encuentra que este es, según nuestro conocimiento, el primer caso descrito con las características clínicas y atípicas del huésped, por lo cual presenta un precedente para el abordaje imagenológico, de pruebas diagnósticas e histopatológicas y manejo en casos futuros de presentación inusual.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso de un paciente con LMA y HGI de intestino medio como manifestación de ileítis por CMV, para el cual, ante la estabilidad clínica y estudios endocolonoscópicos negativos, fueron claves la realización de la videocápsula endoscópica, con la que se hallaron las úlceras ileales, y las biopsias por enteroscopia retrógrada. Además, se resalta la selección de pruebas microbiológicas e histopatológicas de acuerdo con los factores de riesgo inmunosupresores del paciente a infecciones oportunistas, mediante un abordaje integral a través de gastroenterología, hematología, medicina interna e infectología. Lo anterior se hizo en pro de generar un diagnóstico oportuno, el control sintomático del paciente en cuanto a la HGI y la selección de un antimicrobiano adecuado, con la intervención de factores que pueden impactar en el pronóstico del paciente y generar la oportunidad de continuar el manejo quimioterapéutico de su enfermedad de base lo más temprano posible.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado por escrito del paciente y de sus familiares para la publicación de este caso y de las imágenes que lo acompañan.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la elaboración de este manuscrito.

Agradecimientos

A la doctora Cándida Rosa Díaz Brochero, por su colaboración con la redacción técnica y lingüística del manuscrito.

Fuentes de financiación

Los autores declaran que no se recibió ninguna financiación, subsidio ni apoyo económico de organizaciones públicas o privadas para la elaboración de este reporte de caso.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Linda Atencio-Ibarra, Laura Omaña-Álvarez, Paula Andrea Ruiz-Talero, Alberto Rodríguez-Varón.
- Adquisición de datos: Laura Omaña-Álvarez.
- Análisis e interpretación de datos: Laura Omaña-Álvarez.
- Redacción del manuscrito: Laura Omaña-Álvarez y Linda Atencio-Ibarra.
- Revisión crítica del manuscrito: Linda Atencio-Ibarra, Paula Andrea Ruiz-Talero y Alberto Rodríguez-Varón.

REFERENCIAS

1. Ong DS, Chong GL, Chemaly RF, Cremer OL. Comparative clinical manifestations and immune effects of cytomegalovirus infections following distinct types of immunosuppression. Clin Microbiol Infect. 2022;28(10):1335-44. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.05.034
2. García V, Salavert M, Blanes R, Cabañero D, Blanes M. Current management of CMV infection in cancer patients (solid tumors). Epidemiology and therapeutic strategies. Rev Esp Quimioter. 2022;35(Suppl 3):74-9. https://doi.org/10.37201/req/s03.16.2022
3. Ameneiros L, Fernández F. Ileítis por CMV en un paciente inmunocompetente. Gastroenterol Hepatol. 2017;40(5):294-95. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.01.009
4. Yeh PJ, Wu RC, Chiu CT, Lai MW, Chen CM, Pan YB, et al. Cytomegalovirus diseases of the gastrointestinal tract. Viruses. 2022;14(2):352. https://doi.org/10.3390/v14020352
5. Giraudo F, Garbi ML. Conceptos actuales y abordaje de la hemorragia digestiva de intestino medio. Acta Gastroenterol Latinoam. 2024;54(1):31-9. https://doi.org/10.52787/agl.v54i1.396

6. Cañadas RA. Rendimiento de las pruebas diagnósticas del sangrado del intestino delgado. Rev Colomb Gastroenterol. 2020;35(2):154-58. https://doi.org/10.22516/25007440.583
7. Alahmari B, Alzahrani M, Al Shehry N, Tawfiq O, Alwasaidi T, Alhejazi A, et al. Management approach to acute myeloid leukemia leveraging the available resources in view of the latest evidence: consensus of the Saudi Society of Blood and Marrow Transplantation. JCO Glob Oncol. 2021;7:1220-32. https://doi.org/10.1200/GO.20.00660
8. Crawford J, Herndon D, Gmitter K, Weiss J. The impact of myelosuppression on quality of life of patients treated with chemotherapy. Future Oncol. 2024;20(21):1515-30. https://doi.org/10.2217/fon-2023-0513
9. Tsai YY, Lu JW, Wang CC. Cytomegalovirus ileitis in a patient with post-severe trauma: a case report. In Vivo. 2024;38(5):2562-64. https://doi.org/10.21873/invivo.13731
10. Medina M, Llinás N, Bravo A, Hernández JC. Nuevos registros sanitarios en oncología en Colombia durante la pandemia COVID-19. Parte 1: antineoplásicos orales, agentes citotóxicos y anticuerpos monoclonales excluyendo inhibidores de punto de control inmunológico. Rev Colomb Cancerol. 2023;10(1):61-84. https://doi.org/10.51643/22562915.407
11. Fakhreddine AY, Gress FG, Mehta P. A practical review of cytomegalovirus in gastroenterology and hepatology. Gastroenterol Res Pract. 2019;2019:6156581. https://doi.org/10.1155/2019/6156581
12. Ljungman P, Beckh M, Hirsch H, Josephson F, Lundgren J, Nichols G, et al. Definitions of cytomegalovirus infection and disease in transplant patients for use in clinical trials. Clin Infect Dis. 2017;64(1):87-91. https://doi.org/10.1093/cid/ciw668
13. Dilauro S, Crum-Cianflone NF. Ileitis: when it is not Crohn's disease. Curr Gastroenterol Rep. 2010;12(4):249-58. https://doi.org/10.1007/s11894-010-0112-5