



■ REPORTE DE CASO

Primoinfección por citomegalovirus en paciente inmunocompetente con fiebre prolongada

Primary cytomegalovirus infection in an immunocompetent patient with prolonged fever

Erika Ayelen Adorno Villalba¹ , Santiago Adolfo Castillo¹ ,
Ana Mariel Portillo Bogado¹ , Gabriela Belem Oviedo¹ ,
Gricelda Prieto Fariña¹

¹ Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud, Hospital Central de IPS, Servicio de Clínica Médica I. Asunción, Paraguay

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

Revisor:

Hernán Diosnel Rodríguez Enciso. Sociedad Paraguaya de Infectología. Asunción, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Adorno Villalba EA, Castillo SA, Portillo Bogado AM, Oviedo GB, Prieto Fariña G. Primoinfección por citomegalovirus en paciente inmunocompetente con fiebre prolongada. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142603

RESUMEN

El citomegalovirus (CMV) es un virus de la familia *Herpesviridae* cuya primoinfección en pacientes inmunocompetentes suele cursar de forma asintomática o con síntomas leves similares a una mononucleosis infecciosa. Sin embargo, ante un síndrome febril prolongado, sin foco claro, y con alteración de enzimas hepáticas, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial.

Presentamos el caso de un paciente inmunocompetente de 50 años, sin antecedentes de relevancia, que consultó por cuadro febril prolongado, sin otros síntomas asociados. Los estudios revelaron hepatomegalia leve, adenitis mesentérica y elevación de transaminasas. Inicialmente la

Artículo recibido: 14 mayo 2025
Artículo aceptado: 24 septiembre 2025

Autor correspondiente:
Dra. Erika Ayelen Adorno Villalba
Correo electrónico: eri.adorno@gmail.com

Dictamen del artículo:
https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/DIC2025/86_dictamen.pdf

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

serología viral fue negativa, pero a las cuatro semanas se observó seroconversión con IgM e IgG positivas para CMV. El cuadro tuvo resolución espontánea, confirmando el diagnóstico de primoinfección por CMV.

Palabras claves: infecciones por citomegalovirus, fiebre de origen desconocido, inmunocompetencia

ABSTRACT

Cytomegalovirus (CMV) is a virus of the *Herpesviridae* family whose primary infection in immunocompetent patients is usually asymptomatic or presents with mild symptoms similar to infectious mononucleosis. However, in cases of prolonged fever without a clear cause and with abnormal liver enzymes, it should be considered in the differential diagnosis.

We present the case of a 50-year-old immunocompetent patient with no relevant medical history who consulted for prolonged fever without other associated symptoms. Tests showed mild hepatomegaly, mesenteric adenitis, and elevated transaminases. Initially, viral serology was negative, but after four weeks, seroconversion was observed with positive IgM and IgG for CMV. The condition resolved spontaneously, confirming the diagnosis of CMV primary infection.

Keywords: cytomegalovirus infections, fever of unknown origin, immunocompetence.

INTRODUCCIÓN

El citomegalovirus (CMV), perteneciente a la familia *Herpesviridae*, es un virus de transmisión hematógena, sexual, perinatal, transplacentaria y por contacto con fluidos corporales o tejidos infectados. Su periodo de incubación varía entre 3 y 12 semanas. En la mayoría de los casos, la infección primaria en personas inmunocompetentes es asintomática. Sin embargo, puede manifestarse como un síndrome mononu-

cleósico con fiebre y adenopatías dolorosas, resolviéndose espontáneamente en un plazo máximo de cuatro semanas. En pacientes inmunocomprometidos, la infección puede presentar formas graves con compromiso sistémico y multiorgánico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 50 años, de nacionalidad argentina, técnico informático, sin antecedentes clínicos relevantes ni patologías crónicas conocidas. Consultó por fiebre persistente de 10 días de evolución, de predominio nocturno y con respuesta parcial a antipiréticos, con astenia, sin otros síntomas acompañantes. Al ingreso, los signos vitales eran: presión arterial 130/70 mmHg, frecuencia cardíaca 102 /min, frecuencia respiratoria 16 /min y temperatura axilar 38 °C. Se palpó una adenopatía axilar derecha levemente dolorosa. El resto del examen físico fue normal.

En los estudios iniciales se evidenció una leve leucocitosis (11.000 leucocitos/mm³) con inversión de fórmula (neutrófilos 29%, linfocitos 70%) y linfocitos reactivos (14%). Hemoglobina 13 g/dL, hematocrito 40%, plaquetas 220.000/mm³, coagulograma dentro de parámetros normales. La eritrosedimentación fue de 20 mm en la primera hora y la proteína C reactiva de 12 mg/dL.

El perfil hepático mostró elevación de transaminasas: AST/GOT 111 U/L, ALT/GPT 133 U/L, LDH 518 U/L y bilirrubina total 1,0 mg/dL. La serología viral inicial fue negativa para CMV (IgG e IgM), virus de Epstein-Barr, hepatitis A, B y C, VIH, *Toxoplasma gondii* (IgG positiva e IgM negativa), *Trypanosoma cruzi* y *Treponema pallidum* (VDRL). Se solicitó además una reacción en cadena de la polimerasa para CMV que resultó positivo, lo que orientó al diagnóstico de

primoinfección. Los cultivos en sangre y orina fueron negativos.

La tomografía contrastada reveló adenitis mesentérica y diverticulosis colónica (gráfico 1). La ecografía abdominal mostró hepatomegalia con esteatosis hepática leve. Como parte del abordaje diagnóstico se realizó aspirado y biopsia de médula ósea, con lo que se descartó enfermedad linfoproliferativa, sin evidencias de infiltración, granulomas ni procesos neoplásicos. Así también, los marcadores tumorales y el perfil colagénico ampliado fueron negativos.

Tras cuatro semanas de evolución y con resolución espontánea del cuadro febril, se realizó una nueva serología que confirmó la seroconversión para CMV (IgG e IgM positivas). En los últimos controles, las enzimas hepáticas y el hemograma se normalizaron.

En las tablas 1 y 2 se muestran la evolución analítica del paciente durante su internación.

El paciente fue dado de alta en condiciones clínicas estables, asintomático y con seguimiento ambulatorio por infectología.

DISCUSIÓN

La infección primaria por CMV en individuos inmunocompetentes suele ser asintomática; no obstante, en aproximadamente el 10–20% de los casos puede presentarse como un síndrome mononucleósico ⁽¹⁾. Los síntomas más frecuentes incluyen fiebre y astenia, y entre los hallazgos de laboratorio destacan la linfocitosis (presente en el 72% de los casos) y la elevación moderada de transaminasas (menor a cinco veces el valor normal en el 90% de los casos). Aunque infrecuente, se han reportado casos de hepatitis asociada a CMV, así como colitis, siendo esta última la forma de presentación

grave más frecuente en el paciente inmunocompetente ^(2,3).

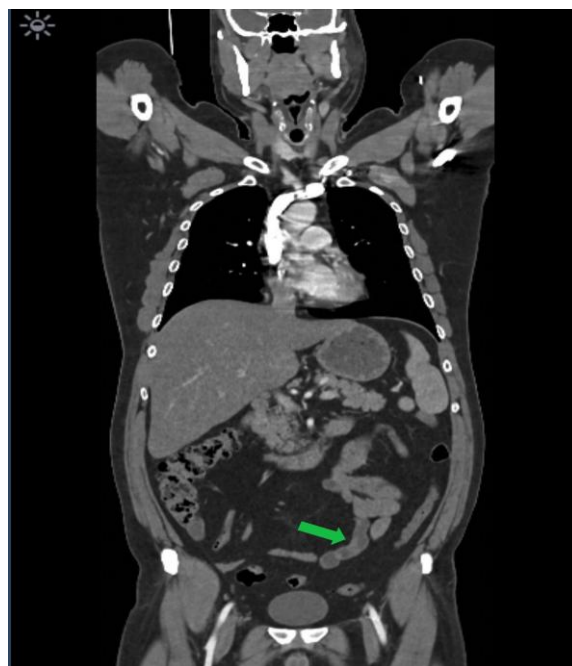


Gráfico 1. Corte coronal de tomografía contrastada de abdomen. Se visualiza la linfadenitis mesentérica en el cuadrante inferior izquierdo, así como un hígado aumentado de tamaño.

En el contexto de un síndrome febril prolongado sin foco claro y con serologías virales negativas, es fundamental considerar diagnósticos diferenciales como procesos infecciosos atípicos, enfermedades autoinmunes y síndromes linfoproliferativos. En este sentido, las pruebas complementarias, incluida la reacción en cadena de la polimerasa, resultan esenciales para orientar el diagnóstico ⁽³⁾.

La técnica más sensible para la detección del CMV es la amplificación de ADN mediante reacción en cadena de la polimerasa. El diagnóstico serológico se basa en la detección de IgM específica, indicativa de infección reciente, o en la seroconversión con un aumento de los títulos de IgG. La IgM puede detectarse aproximadamente una semana después del inicio de los síntomas y permanecer positiva

por varios meses⁽⁴⁾. En general, la infección se resuelve de forma espontánea en pacientes inmunocompetentes. El tratamiento antiviral se reserva para casos graves, pacientes inmunodeprimidos o receptores de trasplantes, aunque la evidencia sobre su eficacia sigue siendo limitada.

Se han reportado muy pocos casos con manifestaciones clínicas severas de CMV en pacientes inmunocompetentes en las últimas décadas^(5,6).

Tabla 1. Evolución analítica laboratorial durante las 3 semanas de internación.

Análisis	Semana 1	Semana 2	Semana 3
ASAT/GOT	111 U/L	78 U/L	44 U/L
ALAT/GPT	132 U/L	51 U/L	38 U/L
GGT	80 U/L	50 U/L	60 U/L
FA	190 U/L	100 U/L	72 U/L
Bilirrubina total	1,2 mg/dL	0,5 mg/dL	0,6 mg/dL
Leucocitos	11.000 mm ³	10.000 mm ³	7.355 mm ³
Neutrófilos	29%	35%	55%
Linfocitos	70%	64%	41%

En conclusión, en los últimos años se ha observado un incremento en los casos sintomáticos de infección por CMV en pacientes inmunocompetentes. Ante un síndrome febril prolongado en adultos jóvenes, sin antecedentes de enfermedades infecciosas o comorbilidades, resulta fundamental una correcta anamnesis, exploración física detallada y un enfoque diagnóstico sistemático.

Tabla 2. Serología viral: seropositividad confirmada para citomegalovirus a la cuarta semana del cuadro.

Serología viral	Semana 1	Semana 4
CMV IgM	Negativo	Positivo
CMV IgG	Negativo	Positivo

En este caso, la fiebre sin foco de más de tres semanas, el buen estado general y la ausencia de factores de riesgo permitieron un abordaje conservador, guiado por hallazgos clínico-laboratoriales, confirmando la primoinfección por CMV y alcanzando la resolución sin complicaciones.

Conflicto de intereses

No existen conflicto de intereses referentes a la publicación de esta investigación

Contribución de los autores

Todos los autores han colaborado en el diseño, redacción del trabajo, revisión crítica y aprobación del contenido del artículo.

Financiación

Autofinanciado

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente: Dra. Erika Ayelen Adorno Villalba, Correo electrónico: eri.adorno@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 modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/DIC2025/86_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivas-Otero D, Carmona-González J, Suárez-Huelga C, Pablo-Casas M de. Infección sistémica por citomegalovirus en adolescente inmunocompetente. *Rev Esp Casos Clin Med Intern* [Internet]. 2023 [citado 14 May 2025];8(1):6-9. Disponible en: <https://www.reccmi.com/RECCMI/article/view/735/529>
2. Ramírez-Quintero JD. Colitis por citomegalovirus en paciente inmunocompetente. *Iatreia* [Internet]. 2018 [citado 14 May 2025];31(2):202-6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932018000200202&script=sci_arttext
3. Bendezú-Chacaltana A. Infección digestiva por citomegalovirus en un paciente inmunocompetente. Reporte de caso. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* [Internet]. 2015 [citado 14 May 2025]; 8(3):177-80. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/3908>
4. Portillo C, González D, Núñez D, Benítez G. Citomegalovirus en pacientes inmunocomprometidos detectados por PCR en Paraguay del 2008 a 2015. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int* [Internet]. 2016 [citado 14 May 2025];3(2):77-84. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932016000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Martino Chávez LE. Infección por citomegalovirus en paciente inmunocompetente como causa de fiebre de origen desconocido. Reporte de caso. [Tesis] [Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2020. [citado 14 May 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/def5416a-9edf-41b4-b44b-57735564e89c/content>
6. Pérez-Díaz P, Moreno-Reig Á, Frías-García R, Maseda-Uriza R, Piqueras Flores J. Afectación cardiopulmonar por citomegalovirus en individuos inmunocompetentes. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 14 May 2025];26(2):112.e1-112.e4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331830072X>