

## I. NOCIONES BÁSICAS A TENER EN CUENTA. Entidades Clínicas.

La flora endógena constituye la principal fuente de infección en relación con la traslocación bacteriana, traumatismos, proceso isquémico o intervenciones, la infiltración tumoral, la mucosis post-quimio o radioterapia, la hipoproteïnemia, la neutropenia o el déficit de función linfocitaria, son los factores agravantes para una infección IIA. Las formas clínicas de estas infecciones son muy variadas.

Desde el punto de vista práctico la IIA en estos pacientes se pueden clasificar en 4 grandes grupos:

- **INFECCIONES EN TRASPLANTES DE ÓRGANO SÓLIDO:** Las infecciones constituyen, con excepción del rechazo, la principal complicación. La IIA son importante en injertos abdominales como hepático, páncreas e intestino, pero no en el renal.
- **INFECCIONES EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICOS:** Existen diferencias con los pacientes de tumores sólidos en los que incluye sobre todo la severidad y duración de la neutropenia, el uso prolongado de dispositivos intravenosos, el uso frecuente de antimicrobianos que altera la flora intestinal. Todo ello conlleva mayor riesgo de sobreinfección bacteriana resistente e infección fúngica, mucositis clínica significativa, inmunodeficiencia células T por enfermedad, o una complicación del tratamiento o de la esplenectomía. En pacientes con tumores sólidos los factores de riesgos son obstrucción (intestinal urológica etc) por el tumor, necrosis tisular local del tumor, fibrosis postradioterapia, y uso prolongado dispositivos intravenosos.
  - La **enterocolitis neutropénica** o *is* es una complicación observada en paciente tratados con quimioterapia intensiva de los tumores sólidos, leucemias agudas y trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).
  - La **diarrea** es una manifestación frecuente en estos pacientes y suele ser en el 85% debido a causas no infecciosas (mucositis, enfermedad injerto contra huésped -EICH).
  - Existen **síndromes clínicos abdominales específicos** de trasplantados de progenitores hematopoyéticos que son: candidiasis hepatoesplénica o candidiasis crónica diseminada; cistitis hemorrágicas; EICH que incrementa el riesgo de infecciones oportunistas; enfermedad venoclusiva; y pancreatitis agudas tras el TPH.
- **INFECCIONES EN EL PACIENTE VIH:** Ha cambiado de forma considerable tras la introducción de los tratamientos antirretrovirales (TARGA). Los pacientes que preservan el sistema inmune rara vez presentan infecciones oportunistas y las infecciones IIA suelen ser las presentadas en la población general.
- **INFECCIONES EN PACIENTES CON OTRO TIPO DE INMUNOSUPRESIÓN:** Suelen desarrollar abscesos viscerales tras embolizaciones esplénicas en pacientes cirróticos o con hepatocarcinomas. También son frecuentes complicaciones intrabdominales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) o tromboflebitis de la porta (pileflebitis). Hay que reseñar que la participación abdominal en las vasculitis es frecuente; se han descrito pileflebitis y absceso con enfermedad de Behçet.