

V EDICIÓN JORNADA CIENTÍFICA

Gesitra-IC

ACTUALIZACIÓN EN LA PATOLOGÍA INFECCIOSA
DE PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID



Gesitra-IC

Grupo de Estudio de Infección en el Trasplante
y el Huésped Inmunocomprometido

seimc

Anemia y lesiones colónicas en Tx renal

Antonio Ramos Martínez
HU Puerta de Hierro
Majadahonda

Presentación clínica

- HTA. IAM. Bypass gástrico. Tx renal x Gn F y S. (> 4 años) Asintomático
- Al bajar esteroides, deterioro renal + proteinuria C3 bajo (Ac HLA y BK negativos)
- Reintroducción esteroides (+ tacrolimus y micofenolato)
- Anemia. Sangre oculta en heces + Anemia (ferritina normal) –
 - Suponemos LDH normal (hemólisis, proliferación celular), reticulocitos
- Nódulos / pólipos con ulcerados, friables, diseminados por colon
 - Suponemos: No viajes, no promiscuidad, piel normal, no adenopatías, No Ca colon familiar
 - PPD, Rx tórax N, HHV-8 ?
 - Gn membranoproliferativa o por Gn mediada por complemento
- ASINTOMÁTICO, ¿Curso silente o crónico? ←
“Mala noticia del nefrólogo”

Anemia

Anemia de enfermedad crónica/inflamación

Mala utilización del Fe, eritropoyesis suprimida por citocinas inflamatorias

Infiltración medular por tumor o infección

Ocupación del espacio medular por células linfomatosas

Supresión medular por fármacos

Mielotoxicidad

Anemia por enfermedad renal crónica

Déficit de eritropoyetina, uremia

Sangrado digestivo oculto (úlceras)

Pérdida crónica de sangre

Anemia hemolítica autoinmune

Autoanticuerpos contra eritrocitos

Microangiopatía trombótica (asociada a inhibidores de calcineurina)

Hemólisis microangiopática, daño endotelial

Diagnóstico diferencial

- S. linfoproliferativo post-trasplante (PTLD)
- Colitis por CMV
- Sarcoma de Kaposi gastrointestinal
- Tuberculosis intestinal
- Colitis por micofenolato
- Colitis luética
- ITS (LGV · VHS · Gonorrea · proctocolitis)
- Papilomavirus
- Pólipos benignos
- (Colitis isquémica, Crohn)

Colonoscopia

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID



- Lesiones rojo-vinosas de aspecto vascular
- Nódulos sin aspecto vascular



Causas infrecuentes en este caso

- Adenocarcinoma colorrectal múltiple con Lynch subyacente
- Amiloidosis colónica: fragilidad y hemorragia en paciente con ERC crónica
- Colitis isquémica
- Enfermedad inflamatoria intestinal de novo
- Infecciones fúngicas (mucormicosis) virus Epstein-Barr, *C. difficile*

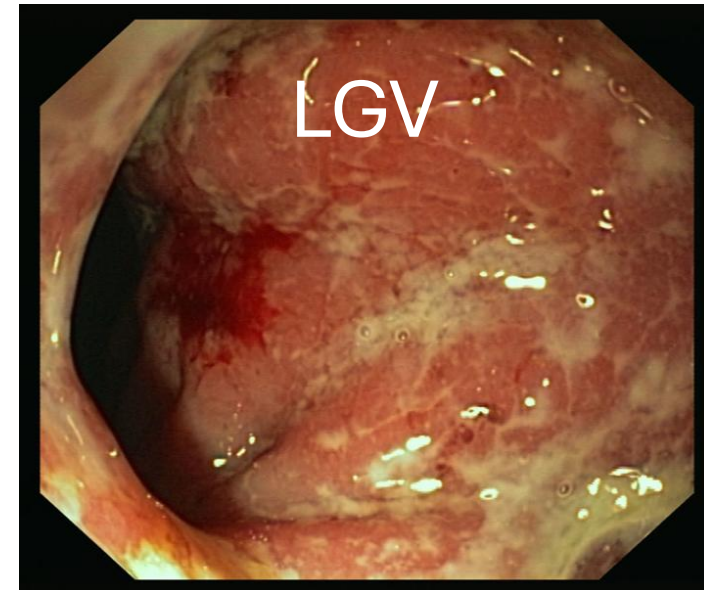
Sífilis

- En cualquier momento (adquisición o reactivación)
- Insidiosa: fiebre, diarrea crónica, dolor abdominal, pérdida de peso, hemorragia o anemia
- Colono: úlceras, nódulos, masas polipoides, lesiones ulceradas y friables, y estenosis segmentarias. Puede ser multifocal
- La sífilis secundaria puede ser asintomática (> inmunodeprimidos)
- La inmunosupresión puede acelerar la progresión a formas floridas atípicas
- En caso de lúes 2ª, infrecuente no afectación cutánea (rash palmoplantar)
- En sífilis secundaria, predominio de afectación rectal. Resto colon terciaria (gomas)
- Historia sexual no recogida en el caso — dato fundamental ausente
- RPR/VDRL puede ser falsamente negativo en inmunosupresión intensa



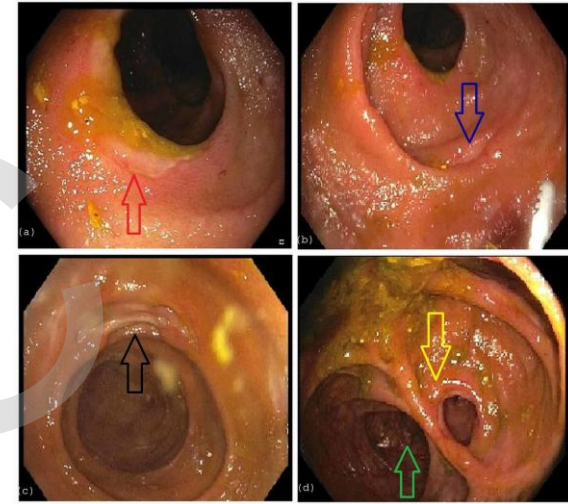
Otras ITS

- Cualquier momento, sexo anal receptivo
 - Dolor anorrectal, fiebre, diarrea, tenesmo, y, en ocasiones, hemorragia. Puede simular enfermedad inflamatoria intestinal.
 - Colono: úlceras, nódulos, masas polipoides, mucosa friable, erosiones y, en ocasiones, estenosis segmentarias
 - Afectación exclusiva rectal salvo: sífilis y LGV.
-
- El paciente está asintomático
 - Afectación diseminada es atípica para ITS



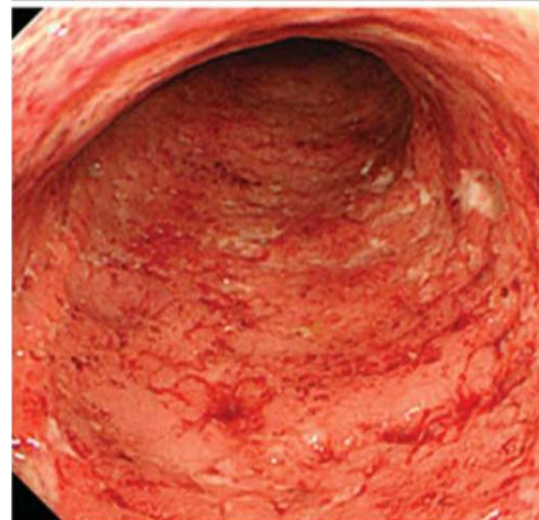
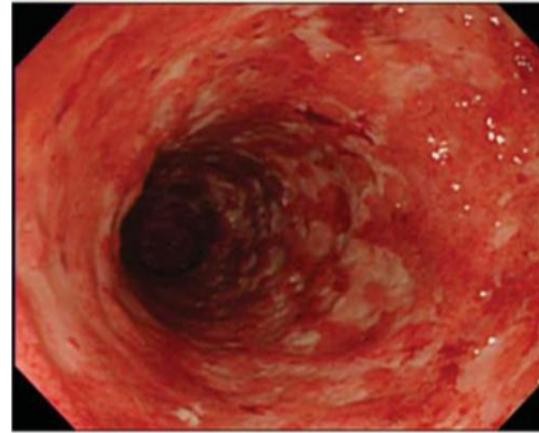
Colitis por micofenolato

- En cualquier momento desde el inicio del fármaco
- Diarrea sin fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso
- Puede asociarse a malabsorción y hemorragia digestiva baja.
- Colono: mucosa eritematosa, edematosa, friable, erosiones, úlceras. Más marcado en el colon derecho
- Dg: apoptosis criptal, distorsión arquitectural, inflamación
- También descrita colitis por tacrolimus



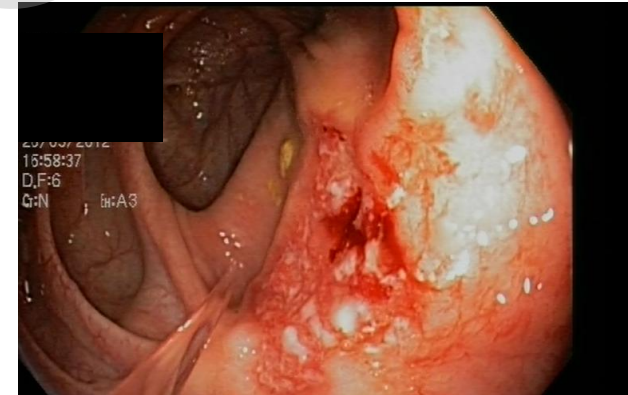
Colitis por CMV

- Primeros 6 meses o tras intensificación inmunosupresión.
- Diarrea, dolor abdominal, fiebre y hemorragia digestiva
- Colono: úlceras profundas (“punched-out”), solitarias o múltiples (Tb placas blanquecinas o pseudomembranas,
- Inmunosupresión intensa + micofenolato → riesgo muy elevado de CMV
- Puede presentarse de forma asintomática pero no es lo más común
- CMV PCR en sangre es rápida y accesible
- No suele presentar lesiones nodulares friables



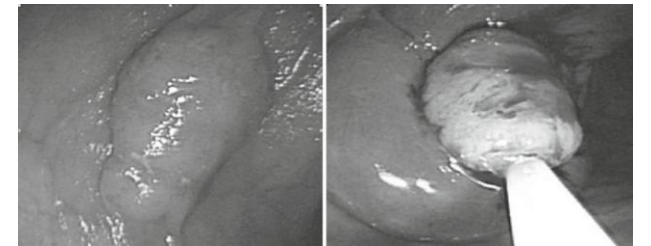
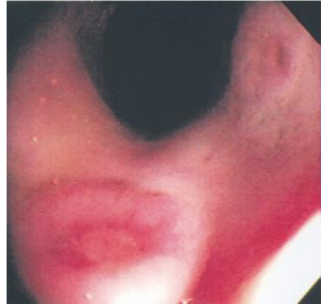
Tuberculosis

- Primeros meses - años tras Tx
 - Insidiosa: pérdida de peso, fiebre, diarrea crónica, dolor abdominal y anemia ferropénica.
 - Colono: úlceras, nódulos, masas polipoides, estenosis (ciego y colon ascendente)
 - Triple inmunosupresión (reactivación)
 - Afectación ileocecal en 80% de TB intestinal
 - Puede haber ausencia síntomas sistémicos (fiebre, sudoración)
-
- No exposición a pacientes con enfermedad tuberculosa (no mencionado)
 - No afectación pulmonar (20-50%)
 - No conocemos Quantiferon/IGRA o PPD
 - Estenosis colónica característica en TB avanzada → ausente en este caso



Kaposi

- Meses-años tras el trasplante
- Asintomático o dolor abdominal, diarrea, anemia, hemorragia
- Colono: lesiones nodulares (con afectación subcutánea), maculopapulares violáceas
- Tx renal: Incidencia > 500 veces población gral
 - 13% en receptor HHV-8 + y 5% si D+ y R-
- En Tx no suele haber lesiones cutáneas Lesiones nodulares múltiples sincrónicas (rojo vinosas también en submucosa con coloración normal)
- Suelen ser lesiones submucosas violáceas umbilicadas — no úlceras friables
- Serología HHV-8 no mencionada en el caso
- Menos frecuente que PTLD o CMV lesiones ulceradas masivas
- Raro en varones sin factores de riesgo



S. linfoproliferativo post-trasplante (PTLD)

- Patrón bimodal: el primer año postrasplante y otro pico: 5-15 años
- Asintomático — típico en estadios precoces. Tb fiebre y síntomas locales
- Colono: úlceras profundas (patrón más frecuente), mucosa nodular y ulcerada, pólipos, signos de EII (relación con deterioro renal?)
- PTLD, suele tener forma extranodal (GI es la localización más frecuente)
- Triple inmunosupresión prolongada (tacrolimus + MMF + prednisona)
- Requiere confirmación histológica con IHQ (CD20, CD3, EBER)
- Diagnóstico diferencial con otras lesiones nodulares requiere biopsia
- Puede coexistir con infección por CMV o TB



Podríamos solicitar

- Revisar factores de riesgo (HSH)
- Revisar PPD / IGRA / Rx de tórax
- Carga viral en sangre de virus de Epstein-Barr (no específico de PTLD)
- Biopsia
 - Cultivo para virus, bacterias, micobacterias, Hematoxilina eosina
 - EBER- hibridación *in situ*: evaluación de EBV (presente en >90% de PTLD)
 - HHV-8/KSHV (LANA-1): marcador diagnóstico definitivo
 - Búsqueda de efecto citopático. Inmunohistoquímica y PCR para CMV
 - Tinción de Ziehl y PCR de tuberculosis (+ cultivo micobacterias)
 - PCR tinción de plata e inmunohistoquímica para *T. pallidum*



Diagnóstico final

- S. linfoproliferativo post-trasplante
- Menos probable Kaposi, tuberculosis



antonio.ramos@uam.es

J. L. Cármona

Gesitra-1C

Gesitra-1C

“LO QUE LA SANGRE OCULTA EN HECES ESCONDE”

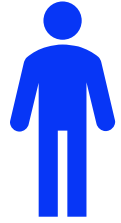
PRESENTA:

Dra. María Dolores Corbacho-Loarte.

Servicio de Enfermedades Infecciosas

Hospital Ramón y Cajal (Madrid)



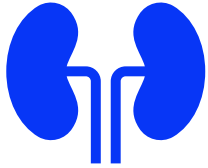


Varón, 58 años

- Hipertensión arterial
- Cardiopatía isquémica, IAM 2000. Colocación de 2 stents
- Obesidad, bypass gástrico (2015)
- 2019 colecistectomía



Vive en Morzarzal (Comunidad de Madrid)
Casado, con hijos. Trabaja como empresario



- ERC secundaria a glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Estudio genético compatible con enfermedad de Alport (variante patogénica del COL4A4 compatible con formas recesivas)
- Inicio de hemodiálisis en noviembre/2019.
- **Trasplante renal en septiembre de 2021**, Cr basales en torno 1.3 mg/dl y proteinuria de 200 mg/g
- Suspensión de esteroides en marzo de 2023 (clínica ansiosa)
- A partir de entonces, deterioro de función renal y aumento de proteinuria hasta 0.5-1 g, sin microhematuria
- Anticuerpos anti-HLA negativos, virus BK negativo → Se decide reintroducir corticoides
- **Estudio inmunológico:** ligero descenso de C3, resto normal. Inmunofijación negativa

Tratamiento inmunosupresor con :

- ADVAGRAF (TACROLIMUS) dosis total 4.5 mg a las 6 horas
- MYFORTIC (MICOFENOLATO DE MOFETILO) 360 mg, 1 comprimido en desayuno y en cena
- PREDNISONA 5 mg, 1 comprimido con el desayuno



El paciente recibe una invitación del programa Prevecolon ...



Servicio Madrileño de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD



HOJA INFORMATIVA DEL PROGRAMA PREVECOLON

Muchas gracias por participar en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon y Recto de la Comunidad de Madrid, PREVECOLON.

CIPA

NOMBRE
DIRECCIÓN POSTAL

Estimado/a Sr./Sra.:

Me pongo en contacto con usted para invitarle a participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto, "PREVECOLON", cuyo objetivo es el diagnóstico y tratamiento precoz de esta enfermedad. Este programa está dirigido a hombres y mujeres de 50 a 69 años, asintomáticos y sin antecedentes personales de cáncer colon y recto.

Le proponemos realizar una prueba sencilla, pero importante para su salud, que consiste en analizar si existen pequeñas cantidades de sangre en las heces. Si la prueba de sangre en heces es negativa, lo que ocurre en la mayoría de los casos, recibirá notificación por escrito del resultado y la siguiente invitación a participar en el programa que se realizará a los dos años (hasta los 70 años). En el caso de que la prueba sea positiva será preciso continuar el estudio, por lo que se le gestionará una cita con su médico de familia.

Tras haber recibido esta carta, y si acepta participar en el Programa, puede acudir a su Centro de Salud para retirar el envase de recogida de la muestra de heces.

Desde la Consejería de Sanidad le recomendamos que acepte nuestra invitación, ya que el cáncer de colon y recto es un tumor frecuente y su prevención o detección precoz mediante este programa puede ser determinante para su salud.

SU PARTICIPACIÓN ES MUY IMPORTANTE

Si desea más información sobre el programa PREVECOLON, puede llamar al teléfono gratuito 900 102 112 o consultar la página web madrid.org. Si ha cambiado recientemente de teléfono o de domicilio, le rogamos que facilite sus nuevos datos en su Centro de Salud para poder comunicar con usted.

Atentamente



asociación
española
contra el cáncer



Hacer un test SOH a tiempo puede prevenir el 90% de casos de cáncer de colon.



Si tienes entre 50 y 69 años solicítalo para hacerlo en tu casa.



Indoloro, fácil de hacer y puede salvarte la vida.

y decide participar ...

Realizado estudio de muestra de heces dentro del programa de prevención del cáncer de colon (PREVECOLON) con **resultado de sangre oculta en heces POSITIVA**-- >

Asintomático.

No fiebre ni clínica digestiva. NO signos externos de sangrado digestivo.

- Bioquímica: Creatinina 1.87 mg/dL (0.6 - 1.3), Urea 61 mg/dL (15 - 45), bilirrubina Total 1.37 mg/dL (0.2 - 1.2) con perfil hepático normal.
- Hemograma. Hb 12.00 g/dL (13.3 - 16.7), hematocrito 36.30% (39 - 50), plaquetas $151.00 \times 10^3/\mu\text{l}$ (140 - 440), leucocitos $3.79 \times 10^3/\mu\text{l}$ (3.7 - 9.5), neutrófilos $2.33 \times 10^3/\mu\text{l}$ (1.5 - 6.5), y linfocitos $1.05 \times 10^3/\mu\text{l}$ (1.1 - 3.5)
- Perfil ferrocínético: Ferropenia y saturación de transferrina baja, con ferritina y transferrina normal

En 48 horas: realización de colonoscopia

Indicación: SOH +

Procedencia:
Atención Primaria

Sedación:
pautada por anestesista

Descripción Exploración:

INSPECCIÓN ANAL: normal. TACTO RECTAL: normal.

PREPARACIÓN: BBPS 3-3-3 excelente.

COLONOSCOPIA: se introduce el endoscopio hasta el ciego visualizando válvula cecal y orificio apendicular sin alteraciones. A lo largo del colon se objetivan 5 lesiones redondeadas algunas de ellas más grandes, todas ulceradas y friables a la toma de biopsias. Ninguna produce estenosis.

Biopsiamos las siguientes:

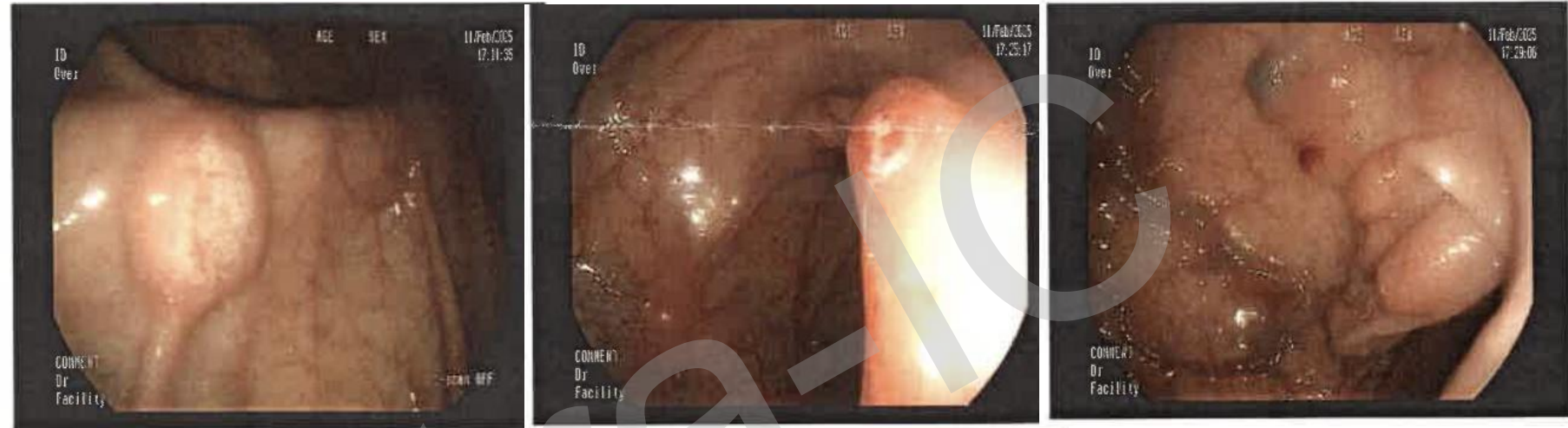
A: lesión neoformativa en ciego.

B: lesión neoformativa en ángulo hepático.

C: lesión neoformativa a 45 cm de margen.

En recto presenta lesiones nodulares de menor tamaño, múltiples, se biopsia las de recto proximal (D) y recto distal (E).

En colon descendente algunos orificios diverticulares sin signos inflamatorios estando el resto con mucosa, morfología y patrón vascular normales.



DIAGNÓSTICO:

NEOFORMACIONES MÚLTIPLES DE COLON (X5). LESIONES POLIPOIDEAS RECTALES.

Nuestro amigo nefrólogo nos enseña las imágenes...
Ojalá no fuera lo que parece...

Gesitra-1C

Gesitra-1C