

SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO POSTRANSPLANTE ALOGÉNICO (SLPT) EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA Y CUYO FACTOR DE RIESGO ES EL EMPLEO DE ANTICD52

O. López Villar, J. Mateos, E. Pérez, C. Castilla, I. de la Fuente, C. Rodríguez, M.J. Arcos, M.V. Mateos, D. Caballero, J.A. Pérez Simón y J. San Miguel

Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Salamanca.

Antecedentes sobre el tema: Los síndromes linfoproliferativos postransplante, tienen una incidencia entorno al 1% que aumenta al 20-30% cuando se asocia al uso de depleción T, ATG, mismatch o inmunodeficiencia primaria. Se asocian al VEB, tienen un amplio espectro formas clínicas, tienen hasta un 80% de mortalidad y el 35% se diagnostican en el estudio postmortem.

Caso clínico: Paciente varón de 64 años. Diagnosticado de Leucemia Linfática Crónica (LLC) recibió 2 líneas de tratamiento hasta que progresó a estadio C y recibió Alemtuzumab y alcanzó Remisión completa. Asoció anemia hemolítica autoinmune e inició esteroides. Se intentó realizar trasplante autólogo, no siendo posible puesto que la aféresis estaba contaminada. Dado que se trataba de un paciente con alto riesgo de recaída y que presentaba un hermano HLA idéntico se programa para trasplante alogénico. Se incluyó en el protocolo de mínalo +/-Alemtuzumab, correspondiéndole la rama con antiCD52. Como profilaxis de EICH recibió ciclosporina y alemtuzumab. Presentó buena evolución en el postransplante inmediato. En el día +21 presentaba quimerismo de 10% del receptor. En el día +90 ingresa por síndrome anémico e ictericia. Presentaba hepatomegalia con deterioro analítico: Hemograma: Hb 7,7, Leucocitos 3,1 (S-1,8, L-1,1, M-0,2), Plaquetas 38. Urea 71, Creatinina 1,3. Na 125. BiT 3,6, BiD 2,2, GOT 125, GPT 130, FA 331, GGT 123, LDH1626. Presentaba Coombs directo positivo por lo que ante la sospecha de recaída se inició descenso de ciclosporina sin embargo la EMR fue negativa. Como diagnósticos diferenciales posibles de la lesión hepática se planteó: cuadro tóxico por lo que se le suspendieron los fármacos hepatotóxicos, hepatitis vírica aguda pero las serologías resultaron negativas, EICH pero en ese momento no había otros signos, para descartar EVOH se realizó eco que evidenció múltiples nódulos por lo que otra posibilidad era candidiasis hepatoesplénica que se trató con Caspofungina Al 4º día de ingreso presentó cuadro de shock, se le trasladó a UVI, se realizó tratamiento invasivo a pesar de lo que el paciente fue éxitus por fallo multiorgánico. Se le realizó necropsia que demostró la presencia de un linfoma B de célula grande (SLPT).

Comentarios: En la literatura el uso de Campath se asocia a la aparición de SLPT con un riesgo relativo similar a los casos en los que no se ha empleado. Sin embargo este paciente ya lo había recibido previamente lo que plantea la cuestión de si en estos casos en realidad el riesgo es mayor.