

PROBLEMAS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA INCOMPATIBILIDAD MENOR EN TRANSPLANTES ALOGÉNICOS DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Carrillo Cruz E, Rodríguez Recio MC, Noguerol P, Vaquero A, Jiménez JM, De Blas JM.

Servicio de Hematología y Hemoterapia. HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La incompatibilidad menor (im) ABO en alotransplantes de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH) puede producir hemólisis pasajera, a veces grave, en las primeras semanas de la infusión, debido a la aparición de anti A/anti B inmunes producidos por linfocitos residuales del donante O. La aparición de anticuerpos de otros sistemas es rara y puede complicar la pauta transfusional.

Objetivos: Hemos estudiado prospectivamente todos los alo-TPH con objeto de adecuar la pauta transfusional en cada caso, recoger los problemas inmunes derivados de la formación de autoanticuerpos en la im y detectar los retrasos de implante de serie roja en la incompatibilidad mayor (IM).

Material, método y resultados: De 271 alo-TPH realizados, se han recogido 56 casos de incompatibilidad ABO, 32 con im, 24 con IM y 5 de incompatibilidad bidireccional. A todos se les realizó grupo ABO, fenotipo extendido pretransplante y título de aglutininas anti-A/anti B, Coombs directo (CD) e indirecto. Aunque los problemas encontrados van a ser objeto de próxima comunicación, describimos por su rareza, la aparición reciente de un anti-Jka en paciente Jka positivo el día +26 post-transplante. Mujer de 36 años, grupo hemático AD, diagnosticada de linfoma T citotóxico con afectación hepatoesplénica y con respuesta parcial a la quimioterapia administrada. Se realizó alo-TPH de su hermana HLA idéntica e isogrupo ABO, con la única im en el antígeno Jka. El día +15 post-transplante alcanzó recuperación de leucocitos ($1.01 \times 10^9/L$) y neutrófilos ($0.3 \times 10^9/L$), con incremento de reticulocitos ($202.50 \times 10^9/L$), pero no de las cifras de hemoglobina (Hb 80g/L) que permanecieron bajas hasta el día +25 que precisó 3 concentrados de hematíes (CH). Previo a la transfusión el CD fue positivo a IgG+C3d y se identificó un anticuerpo anti-Jka muy débil a Liss/Coombs, confirmado en enzimas. La Haptoglobina fue de 50 mg/dl con $67.1 \times 10^9/L$ reticulocitos. Se transfundieron 2 CH carentes de Jka, remontando la Hb a 130 g/L. El día +39 a pesar de reticulocitos de $106.10 \times 10^9/L$, con fracción de inmaduros del 20%, la Hb bajó a 110 g/L con discreto aumento de bilirrubina indirecta. Alcanzó quimerismo completo pero progresó su enfermedad.

Conclusiones: Se conoce la anemia hemolítica en receptores de alo-TPH por la aparición de anti A/anti B inmunes, pero hay pocos casos descritos de anticuerpos frente a otros sistemas eritrocitarios. Determinar el fenotipo eritrocitario pretrasplante permite adecuar la estrategia transfusional, poniendo grupo O desde que se conoce la im para disminuir la gravedad del cuadro hemolítico. Conviene estudio protocolizado el primer mes post-transplante para detectar precozmente autoanticuerpos capaces de destruir los hematíes del receptor.