

LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÓNICA SECUNDARIA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE LINFOMA NO-HODGKIN

Ulibarrena Redondo C ^a. Sastre Moral JL ^a. García Torremocha MS ^a. Hernández Sánchez MC ^a. Del Río Garma J ^a

^a Servicio de Hematología. Complejo Hospitalario de Ourense

Descripción: Aportamos 2 casos de esta inusual asociación.

CASO 1. Mujer de 77 a. Diagnosticada en junio-05 de linfoma no Hodgkin, difuso de célula grande B, gástrico primario. Tratamiento: quimioterapia tipo R-CNOP x 6 ciclos, con mielotoxicidad Grado >2 para neutrófilos y uso profiláctico de G-CSF. En el estudio citológico inicial había 1-2% monolitos en SP y MO y mínimos rasgos diseritropoyéticos en MO. En Feb.-07, discreta anemia (11 gr/dL) y monocitosis en SP (44%; >1000/mm³), a expensas de elementos maduros. Ingreso en Mayo-07 por anemia sintomática. En el hemograma: 5400 leuc./mm³ (55% monocitos y promonocitos); Hgb 5,3 g/dL; 52000 plaq./mm³. Médula ósea: 18% blastos de aspecto monocitoide + 38% monolitos y promonocitos (80% de células butirato-esterasa +). Citometría: población mayoritaria CD34-/CD33+/CD4+ débil/HLA-DR++/ CD15-CD13±/CD11c++/CD14± /CD66+. Genética: 46·XX. En un TAC torácico-abdominal no se detectaron anomalías. El tratamiento propuesto ha sido, por el momento, de soporte transfusional.

CASO 2. Mujer de 71 a. Diagnosticada en Feb.-06 de linfoma no-Hodgkin difuso de célula grande B, Burkitt-like, estadio IV-B, con afectación hepatoesplénica, mediastínica, retroperitoneal extensa y pleural. Tratamiento con R-CNOP x 8. Hemograma inicial: 6400 leuc./mm³ (61% neutr., 10% monocitos); Hgb., 6,5 g/dL; 80000 plaq./mm³. Médula ósea: rasgos diseritropoyéticos significativos; mínima displasia en las otras series, <5% monocitos. En enero-07, evidencia de recaída como masa mediastínica; inicio de quimioterapia tipo IMVP16 + rituximab, suspendida por hematuria y mielotoxicidad prolongada. Ingreso por síndrome febril. Hemograma: 36200 leuc./mm³ (27 N; 40% monocitos y promonocitos); Hgb. 9 g/dL; 33000 plaq./mm³; 1% blastos. Estudio de médula ósea: 4% blastos, 5% sideroblastos en anillo; hipoplasia megacariocítica; 4-5% células de aspecto monocitario. Citometría en SP: población mayoritaria CD34- / CD14+ / CD11c+ / CD13+ / CD15- / HLA-DR+ / CD66+ débil. Tratamiento propuesto: dexametasona a altas dosis periódica; soporte transfusional.

Comentarios: El desarrollo de SMD secundarios a terapéutica es un fenómeno progresivamente más frecuente, no así el de las entidades definidas como sd. mieloproliferativo/mielodisplásico (incluida LMMC): »20 casos bien descritos (MedLine), en su mayoría tras neoplasia de órgano sólido, mieloma o trat. alquilante prolongado por enfermedad autoinmune. Los rasgos comunes de nuestros casos son la edad avanzada y el uso del esquema tipo CNOP (el 2º caso recibió sólo escasas dosis de etopósido y ya con el cuadro presente). El periodo de transición entre entidades ha sido variable. En el primer caso no había evidencia de SMD previo, no así en el 2º en el que parecía existir un SMD tipo anemia refractaria al diagnóstico del LNH.