

INFUSIÓN DE LINFOCITOS T DEL DONANTE EN UN NIÑO AFECTO DE LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÓNICA JUVENIL CON PÉRDIDA DE QUIMERISMO POST TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Pérez Hurtado JM, Carmona González M, Martín Aguilera C, Pérez de Soto C, Gil Esparraga E, Cerezuela Martínez P, Álvarez Marín R.

Introducción: La leucemia mielomonocítica crónica juvenil (LMMCj) es una entidad muy infrecuente. Su etiopatogenia, biología y curso evolutivo no son bien conocidos. El mejor tratamiento es el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TPH). Si se produce una recidiva post TPH las opciones terapéuticas son muy limitadas. Presentamos nuestra experiencia utilizando infusiones secuenciales de linfocitos T (LT) del donante para tratamiento de un niño afecto de una LMMCj con pérdida de quimerismo y recidiva biológica con cultivo de CFU-GM patológico a los 5 meses de un TPH

Caso clínico: Varón de 8 meses y 10 kg. LMMCj en octubre de 2004. 46XY. Cultivo de CFU-GM con crecimiento de colonias en ausencia de citoquinas y abundantes macronidos. Grupo sanguíneo AD. No donante familiar idéntico. En junio de 2005 se realizó TPH de donante no relacionado de células progenitoras de sangre periférica estando su enfermedad en actividad. Se acondicionó con busulfán, ciclofosfamida y melfalán. Profilaxis de EICH con ciclosporina y metotrexato. Tras el TPH alcanzó su primera remisión completa citológica y cultivo de CFU-GM normal. El día +35 se objetivó un quimerismo completo, 100%, por PCR "en tiempo real" de la serie leucocitaria y el día +65 presentaba el grupo sanguíneo del donante (0cde). El día +152 se aprecia pérdida de quimerismo en serie leucocitaria y serie roja. Persistía en remisión citológica pero el cultivo de CFU-GM volvía a ser patológico. Se realizaron dos infusiones de LT del donante separadas por dos meses. Tras la primera ($CD3\ 1.2 \times 10^7/kg$) se obtuvo el día +174 un quimerismo mixto (QM) de 2% en serie leucocitaria sin EICH aguda. Segunda infusión de LT el día +222 por persistir idénticos resultados en sucesivos controles. La dosis de CD3 infundida fue de $4.8 \times 10^7/Kg$. El día +237 sufre EICH aguda en piel grado II/III que se trató con tacrólimus tópico con buena respuesta. Se alcanzó un QM del 62% leucocitario. Adicionalmente el cultivo de CFU-GM en MO volvía a ser normal y de nuevo el grupo sanguíneo era el del donante. En la actualidad (mayo de 2007) persiste en remisión con QM estable de 90% sin signos de EICH crónica.

Conclusiones: La hasta ahora evolución favorable de nuestro paciente sugiere que esta enfermedad puede ser subsidiaria de tratamiento con infusiones de LT del donante para el control de la pérdida de quimera post TPH. El hecho de que en este caso el cultivo de CFU-GM fuera patológico previamente a dichas infusiones no impidió que se restableciera la quimera tras las mismas. No ha sido necesario por tanto administrar quimioterapia antes de las infusiones y la recuperación se ha obtenido en este caso con un procedimiento poco tóxica y bien tolerada por nuestro paciente.