

LEUCEMIAS AGUDAS POSTRASPLANTE HEPÁTICO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Blanchard M.J., Bombín C., Perez-Oteyza J., Barcena R^a, Garcia M^a, Herrera P., Calbacho M., Iglesias Pérez A., Iglesias del Barrio A., Garcia Laraña J..

Servicio de Hematología. Servicio de Gastroenterología^a. Hospital Ramón y Cajal.

Introducción: Los pacientes sometidos a trasplante de órganos sólidos son considerados por tener mayor riesgo de desarrollar enfermedades malignas debido en parte principalmente a la administración de inmunosupresión durante largo tiempo. Las leucemias agudas (LA) son una rara complicación tras el trasplante hepático que se presentan con una incidencia variable según las series en torno al 0.2%. Describimos 3 casos de LA post-trasplante hepático en nuestro centro en un total de 502 pacientes trasplantados.

Caso clínico 1: Mujer de 52 años sometida a trasplante a consecuencia de una colangitis esclerosante. Recibió tratamiento inmunosupresor con ciclosporina (100mgr/día). 9 años después se diagnosticó de LLA T. Se disminuyó dosis de inmunosupresión a 50 mgr/día y se inició tratamiento quimioterápico según protocolo PETHEMA para LAL de alto riesgo alcanzando remisión completa que mantiene 2 años después del diagnóstico. No presentó signos de rechazo del trasplante hepático.

Caso clínico 2: Mujer de 59 años con necrosis hepática masiva de etiología desconocida por lo que fue sometida a trasplante hepático. Recibió como tratamiento inmunosupresor tacrolimus (10mgr/día). 16 meses después del trasplante fue diagnosticada de una LLA pro-B con expresión aberrante de CD13 y CD56 y reordenamiento bcr/abl negativo. Se disminuyó dosis de inmunosupresión a 2mgr/día y se inició quimioterapia según protocolo PETHEMA para LAL de riesgo intermedio alcanzando remisión completa. Un año después presenta una 1^a recaída iniciándose tratamiento con HiperCVAD con nueva remisión completa. 6 meses después 2^a recaída con transformación a LMA M0-M1. Se inició entonces tratamiento con Mitroxantrone, Citarabina y VP16 con persistencia importante de la blastosis falleciendo por fracaso multiorgánico. No presentó rechazo del trasplante hepático en ningún momento de su evolución.

Caso clínico 3: Varón de 55 años trasplantado hepático por hepatopatía por VHC. En tratamiento inmunosupresor con tacrolimus (7 mgr/día) y micofenolato (500mgr/12h). Fue diagnosticado 15 meses después del trasplante de LMA M1-M2. Se suspendió inmunosupresión y se inició tratamiento con Daunorrubicina (15mgr/m²) y Citarabina (200mgr/m²). Presentó como complicación insuficiencia hepática severa por reactivación del VHC (RNA VHC 10469366 copias) que no se controló a pesar del tratamiento con Interferón y Rivabirina falleciendo el paciente a los pocos días a consecuencia de fracaso multiorgánico.

Conclusiones: De nuestros datos se desprende que la incidencia de leucemia aguda postrasplante hepático puede alcanzar el 0.6%, cifra muy superior a la esperada en la población normal, sin bien estos datos deben refendarse en series más amplias.