

SINDROME LINFOPROLIFERATIVO POST-TRANSPLANTE DE ÓRGANO SOLIDO. ¿CAUSALIDAD Ó CASUALIDAD? SD. HEMOFAGOCÍTICO COMO PRESENTACIÓN DE UN LINFOMA DE HODGKIN EN UN TRANSPLANTADO RENAL

Dra. De Miguel D, Dr. Escalante F, Dra. Alonso I, Dr. Casado F, Dra. Toledo MC, Dra. Mollejo M*, Dra. Roca A^.

*Hospital Vigen de la Salud. Toledo. * Servicio de Anatomía Patológica. ^Servicio de Nefrología.*

Introducción: Los Síndromes linfoproliferativos post-transplante de organo solido (SLP-PTOS) son la complicación tumoral mas grave en este grupo de pacientes (1-5%). Generalmente son LNH de células B, asociados en el 80% de los casos a la infección por el VEB, su aparición depende de la severidad de la inmunosupresión, el estado inmune del receptor y del huesped al VEB, y de la cantidad de tj. linfoide en el injerto. Los VEB+, pueden regresar, si responden a la retirada de la inmunosupresión.

Caso clinico: Varón de 27 años, transplantado renal hace 15, en tratamiento con CyA, micofenolato de mofetilo y prednisona. Ingresa por un cuadro febril de un mes de evolución y pancitopenia progresiva. Sin documentación microbiológicas ni clínicas de la fiebre. El Aspirado de MO es compatible con un Sd. hemofagocítico. Durante el ingreso fracasa el injerto y reinicia Hemodialisis. En 7 dias comienza con cuadro poliadenopático. La biopsia ganglionar es compatible con SLP-PTOS, tipo Linfoma de Hodgkin (LH) (células de RS CD20-CD3-CD30+CD15-p53+BCL6-EBV+ (LPM) y alto indice proliferativo). Se suspendió la inmunosupresión, salvo los esteroides, se inició Qt tipo CHOP, hasta el diagnostico definitivo en que se completó con ABVD. El paciente fallece a las 48 horas por una sepsis, coagulopatía y distress respiratorio.

Conclusiones: 1.-Los SLP-PTOS en pacientes renales representan el 1-3% de las neoplasias que sufren estos pacientes. Los más frecuentes son LNH-CBGD. Sólo hay descritos 14 casos de LH.

2.-Excepcionalmente se han registrado casos tardíos, mas allá de los 10 años post-transplante.

3.-Aparecen en localizaciones extranodales, y hasta en el 25% de los casos en el organo transplantado.

4.-La retirada de la inmunosupresión, en caso de auténticos SLP, no sirve, y se debe optar por poliQT+-Rituximab.