

MIELOMA MÚLTIPLE QUIESCENTE EN REMISIÓN COMPLETA EN PACIENTE VIH DESPUÉS DE TRIPLE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

L Sorli^a, E Gimeno^b, E Abella^b, M Cervera^b, MT Jimenez^b, H Knobel^a, C Besses^b

^aServicio de Medicina Interna- Infecciosas. ^bServicio Hematología clínica. Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: En algunos pacientes la infección VIH puede observarse asociada a mieloma múltiple (MM), amiloidosis u otros síndromes linfoproliferativos B, por lo que la detección de una banda monoclonal debe ser objeto de estudio. Se describe el caso de un paciente con VIH con criterios diagnósticos de MM quiescente que alcanzó la remisión completa (RC) tras el inicio de terapia antirretroviral triple (TARGA).

Caso 1: Mujer de 27 años que ingresa por astenia y artralgias. Un mes antes fue diagnosticada de infección VIH, con CD4:215 cel/ml y carga viral:7100 copias/ml. Presentaba: proteínas totales en suero 10 g/dL(6,4-8,3), albúmina 3,4 g/dL(3,8-5,1), hemoglobina 96 g/L, leucocitos 1,9x10⁹/L, plaquetas 228x10⁹/L, 2-microglobulina 3,1 mg/L(0-2,). La inmunoelectroforesis e inmunofijación en suero detectó un componente monoclonal de 45 g/L con dosificación IgG-Kappa de 66 g/L. El aspirado de médula ósea observó 14% de células plasmáticas atípicas con inmunofenotipo patológico. El estudio de orina de 24 horas mostró proteinuria de Bence-Jones de 126 mg/dL. Fue diagnosticada de MM quiescente e inició TARGA. Un año y medio después presentaba CD4:342 cel/ml y carga viral indetectable. Desde el inicio del TARGA el componente monoclonal y la dosificación de IgG fue descendiendo de forma progresiva. Un año después, la electroforesis en suero demostró hipergammaglobulinemia policlonal con inmunofijación en sangre y orina negativas. El aspirado de médula ósea observó 5% de células plasmáticas confirmando la RC.

Conclusiones: Las discrasias de células plasmáticas son frecuentes en pacientes jóvenes con VIH(7%). Tras la introducción del TARGA se desconoce la incidencia y la evolución natural de esta patología en pacientes VIH-positivos. Últimos estudios proponen que el estímulo antigénico crónico de la infección VIH o el sinergismo con otras infecciones puede provocar una hiperplasia de células B. La disregulación de células B asociado a una alteración en la respuesta de células T, pueden desencadenar una respuesta de citocinas que podrían contribuir a la aparición de una clona maligna. Aunque existe poca experiencia, algunos autores han descrito que la introducción del TARGA puede disminuir el componente monoclonal en estos pacientes. El caso descrito es el primero con MM quiescente que consigue RC tras TARGA. Por tanto ante cualquier paciente con infección VIH que presente discrasia de células plasmáticas deberíamos considerar la posible acción beneficiosa del TARGA sobre la clona monoclonal, reevaluando la patología una vez restaurada la inmunidad y conseguido el control de la carga viral.