

## LEUCEMIA NK BLASTOIDE CON INFILTRACIÓN CUTÁNEA, MEDULAR Y MENÍNGEA. REMISIÓN TRAS DOS CICLOS DE HyperCVAD

V. Mykytiv, F. Campoy García, A.M. Dios Loureiro, M.L. Amador Barciela, M.J. Allegue Vilaso  
CHOP (Complejo Hospitalario de Pontevedra)

**Fundamentos:** El Linfoma/leucemia NK blastoide es un trastorno hematológico raro, que suele cursar con afectación cutánea, visceral, de nódulos linfáticos, MO, SP y LCR. Normalmente es de curso rápido, agresivo y con pobre respuesta al tratamiento.

**Caso clínico:** Varón de 70 años con antecedentes de psoriasis estudiado por Dermatología en abril de 2004 que presenta clínica de aparición paulatina de lesiones cutáneas tumorales eritemato-violáceas que infiltran espalda y tórax anterior y placas eritematosas descamativas en codos. La biopsia cutánea (CNIO) es compatible con Linfoma NK blastoide, con inmunohistoquímica CD56+, CD4+, CD68+, CD20-, CD3-, CD43+, CD15-, MPO-, TdT- y EBER-. El estudio molecular realizado muestra un reordenamiento policlonal del gen TCR. El primer aspirado de MO es normal. A lo largo del ingreso el paciente presenta progresión de la enfermedad con aumento de lesiones cutáneas, duplicación de los niveles de beta-2 microglobulina y anemia progresiva. En el examen ORL no se detectan alteraciones orofaríngeas ni en fosas nasales. La serología VEB es negativa. El TAC corporal total no muestra adenopatías, ni afectación visceral. Ante esta evolución se repite el aspirado de MO, que revela infiltración por linfoma (90% células de aspecto blástico). El estudio de LCR muestra pleocitosis compatible con infiltración linfomatosa. Se decide tratamiento quimioterápico agresivo tipo HyperCVAD/MTX con ARA-C a altas dosis y TIT.

Durante el primer ciclo, se resuelven las lesiones cutáneas pero surgen varias complicaciones: infección de la herida de biopsia por *E. Coli* BLEA; sepsis por *Enterobacter cloacae*, infección de reservorio subcutáneo por *E. Coli*, *S. epidermidis* y *S*  $\beta$ -hemolítico, que exigió su retirada.

En septiembre de 2004 se inicia un segundo ciclo, durante el cual el enfermo presenta complicaciones que precisan su ingreso en UCI: infección respiratoria por *P. aurescens*, *Stenotrophomonas maltophilia* y *Candida krusei*; infección de reservorio subcutáneo por *S. hominis* metilicilina resistente y *Klebsiella oxytoca*; shock séptico por *Klebsiella oxytoca* y *S. epidermidis* metilicilina resistente. Posteriormente presenta un nuevo episodio de sepsis con espondilodiscitis, absceso epidural de D12-L1, y polineuropatía del paciente crítico asociada, por lo que fue trasladado a Neurocirugía. En PAFF se aísla *S. epidermidis*. Dadas las complicaciones el enfermo no llegó a completar el segundo ciclo de quimioterapia, recibiendo desde entonces tratamiento conservador antibiótico y antifúngico. Las biopsias de MO realizadas en julio 2004, marzo y abril de 2005 no revelaron malignidad.

**Conclusiones:** Presentamos aquí un caso de Linfoma/leucemia NK Agresivo CD3-, CD56+, CD4+ no asociado a VEB en persona mayor, resuelto con menos de dos ciclos de quimioterapia, manteniéndose el enfermo en remisión durante los últimos 7 años. Además creemos importante destacar la alta tasa de complicaciones relacionadas con su enfermedad y/o quimioterapia administrada, sugiriendo una marcada inmunosupresión del paciente.