

## TRATAMIENTO CON ROMIPLOSTIM EN TROMBOCITOPENIA INMUNE SECUNDARIA A HEPATOPATÍA TÓXICA CON HIPERESPLENISMO EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE LINFOMA DE HODGKIN Y ANTECEDENTE DE LINFOMA NO HODGKIN B RICO EN CÉLULAS T

P. de la Fuente

*Servicio de Hematología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Hospital General Yagüe. Burgos*

**Caso clínico:** Se trata de un paciente varón de 57 años, diagnosticado en mayo-06 de un Linfoma no Hodgkin B rico en células T, estadio IV-B IPI 4, el cual fue tratado con 3 líneas de quimioterapia (QT) (1 ciclo de MEGA-CHOP sin respuesta, 5 ciclos de R-ESHAP con respuesta parcial y 1 ciclo de R-Hyper-CVAD con respuesta completa). En todos los tratamientos (ttos) requirió soporte con factores estimuladores de colonias de granulocitos (G-CSF) y hemoterapia, debido a toxicidad hematológica (aplasia tras el 1er ciclo de QT y complicaciones infecciosas). En mayo-07 se desestimó la realización de trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, teniendo 3 hermanos HLA idénticos, por hepatopatía de origen tóxico e hiperesplenismo con hipertensión portal moderada, pancitopenia y hemosiderosis, y se llevó a cabo tto de quelación con deferasirox, 1,5 g/día. Tras 2 años de revisiones periódicas sin tto, se detectó incremento de la hepatoesplenomegalia y aparición de conglomerado adenopático latero-cervical izquierdo con diagnóstico anatomopatológico de Linfoma de Hodgkin, celularidad mixta en estadio III-As. Se inició QT con 3 ciclos de ABVD (hasta nov-09), durante los cuales tuvieron lugar retrasos de dosis por citopenias severas que fueron tratadas con G-CSF y soporte hemoterápico. En mayo-10 ingresó con diátesis hemorrágica (epistaxis y petequias diseminadas) y trombocitopenia severa (recuento plaquetario (RP) de  $1 \times 10^9/L$ ), diagnosticándose una trombocitopenia inmune secundaria. Se administró tto de rescate con gammaglobulina endovenosa (1 g/kg/día x 2 días), seguido de diversas líneas de tto (corticoides, 1,5 mg/kg; rituximab, 375 mg/m<sup>2</sup>/sem x 3 semanas (sem); romiplostim, 3 µg/kg/sem x 3 sem; ciclofosfamida endovenosa, 1 g; radioterapia esplénica, 6 Gys 3 días por sem x 4 sem). Se descartó esplenectomía por alto riesgo de morbimortalidad (eventración post-laparotomía y dehiscencia de rectos abdominales). El RP tras la irradiación esplénica (jul-10) ascendió a  $26 \times 10^9/L$ , pero se mantuvo bajo (entre  $13$  y  $20 \times 10^9/L$ ) hasta mar-11, a pesar de ttos intermitentes con danazol, corticoides e inmunoglobulinas. El 17 de marzo reinició romiplostim a dosis de 300 µg/sem. El RP ascendió a  $40 \times 10^9/L$  a las 2 sem,  $93 \times 10^9/L$  a las 4 sem, y  $188 \times 10^9/L$  a las 8 sem (última analítica disponible). Hasta la fecha no se ha observado ningún efecto adverso. El paciente se encuentra libre de progresión y tto para los dos linfomas.

**Conclusión:** Romiplostim presentó eficacia y seguridad en el tratamiento de una trombocitopenia inmune severa secundaria a hepatopatía con hipertensión portal de origen tóxico, en un paciente oncohematológico y refractario a numerosas líneas de tratamiento previo.