

**LEUCEMIA PROLINFOCÍTICA B Y LINFOMA T CUTÁNEO, COINCIDENTES EN EL MISMO PACIENTE, COMO SEGUNDAS NEOPLASIAS**

M.A. Fuertes, L. Palomera, M.V. Dourdil, I. Izquierdo, E. Bonafonte, M. Malo, S. Valle, C. González, M. Paricio, F. Gómez Casal

*Servicio de Hematología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza*

**Objetivo:** Se pretende comunicar la desfavorable evolución y la respuesta a algunos tratamientos de un paciente con estos dos diagnósticos e importantes anomalías cromosómicas, derivadas de un proceso anterior tratado con quimioterapia y altas dosis de radioterapia.

**Caso clínico:** Varón de 65 años que en 1990 padece un Linfoma B difuso de célula grande, estadio IIIB, que obtiene una larga remisión completa después de ser tratado con el protocolo MACOP-B y radioterapia en masa residual inguinal con el agravante de recibir un exceso de dosis radioterápica por fallo del acelerador. Las secuelas postrádicas locales son corregidas por cirugía plástica. En septiembre/2008 se diagnostica de LLC-B, estadio 0 de Rai y A de Binet y en abstención terapéutica se transforma, 8 meses después, en L. Prolinfocítica B. El estudio destaca una intensa linfocitosis ( $250 \times 10^9/L$ ), una esplenomegalia gigante, en ausencia de adenopatías y un cariotipo complejo: 46,XY, add(2)(p<sup>2</sup>), -4,-5, add(8)(q34), -11, -13, add(14)(q32), del(17)(p13), +19, +4mar(100%). Considerando el mal pronóstico, se inicia búsqueda de donante de médula ósea y en mayo/2009 se programa tratamiento con Alemtuzumab con aceptable respuesta, remitiendo la linfocitosis ( $4 \times 10^9/L$ ) y disfrutando de un estado general ECOG=1. En septiembre/2009 aparecen lesiones dérmicas con diagnóstico anatomo-patológico de Linfoma T cutáneo que responde bien a terapia con Bexaroteno consiguiendo la remisión clínica de las lesiones. A pesar de mantener el tratamiento con Alemtuzumab, simultáneamente con Bexaroteno, la gigante esplenomegalia no remite y se practica esplenectomía, sin complicaciones. Localizado un donante medular emparentado se extraen los progenitores para practicar alotrasplante con acondicionamiento reducido y en febrero/2010 se inicia una citorreducción con quimioterapia R-GEMOX, que resulta ineficaz, además de observar una progresión de la linfocitosis y pérdida de visión y hemorragia vítrea en un ojo con diagnóstico de infiltración ocular por el proceso linfoproliferativo. Se reinstaura el Alemtuzumab pero en agosto/2010 aparecen por primera vez crecimientos ganglionares gigantes con PAAF de linfocitos B blásticos, refractarios a MEGA-CHOP. El paciente fallece 2 meses después con fallo multiorgánico y progresión del linfoma B de alto grado.

**Conclusión:** Se destaca en este caso la aparición de segundas neoplasias a los 18 años de remisión de la primera, la agresividad y mal pronóstico de los 2 procesos linfoproliferativos (B y T) derivados de un cariotipo tan complejo y la imposibilidad en el tiempo para la práctica de un aloTPH con dosis reducidas, al no poder obtener una adecuada citorreducción.