

Linfoma plasmablástico en pacientes inmunosuprimidos post-trasplante. Reporte de 2 casos

Valladares X*, Ebensperger A, Cancino JM, Cabrera ME

Hematología Hospital de Salvador. Servicio Medicina Interna Hospital del Salvador.
Servicio de Medicina Interna Hospital del Salvador. Hematología Hospital del Salvador

Introducción: el linfoma plasmablástico es un subtipo de linfoma difuso de células grandes B CD20(-) infrecuente y muy agresivo, asociado principalmente a infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) e infección latente por virus Ebstein Barr (EBV). También se ha reportado secundario a trasplante de órganos, uso crónico de corticoides y enfermedades autoinmunes, en cuyo caso, se ha descrito menor respuesta a quimioterapia y menor sobrevida en comparación con pacientes VIH(+). Metodología: Se revisan dos casos del Servicio de Medicina del Hospital del Salvador, evaluando datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Resultados: pacientes sexo masculino, 40 y 59 años respectivamente, en tratamiento inmunosupresor secundario a trasplante de hígado y riñón. Desarrollaron linfoma plasmablástico 8 y 13 años posterior al trasplante. Los dos de presentación extranodal (intestino y laringe) (Tabla 1). Ambos están en tratamiento, con buena respuesta, con 3 y 2 meses de ! seguimiento respectivamente. Discusión: la inmunosupresión en los pacientes trasplantados trae una serie de complicaciones a corto y largo plazo, observándose un aumento de neoplasias hematológicas. Alrededor de un 30% de los linfomas plasmablásticos en VIH (-) se desarrolla en trasplantados. En VIH (-) se describe presentación principalmente ganglionar, al contrario de lo observado en los pacientes analizados. Existen reportes de casos de presentación en ciego y yeyuno, pero en inmunocompetentes. No existen datos en pacientes trasplantados que identifiquen el tiempo de aparición de la enfermedad ni el tipo de inmunosupresión. En nuestro caso, los pacientes presentaron la enfermedad años después del trasplante y ambos estaban tratados con tacrolimus. Los esquemas de tratamiento CHOP e HiperCVAD son los más comúnmente utilizados, con tasas de respuesta variable y sobrevida global de 9 meses, siendo menor en pacientes en tratamiento inmunosupresor. En el caso de nuestros paci! entes, ambos fueron tratados con esquema CHOP con buena respue! sta clínica. Sin embargo el tiempo de seguimiento es escaso.

	Paciente 1	Paciente 2
Edad	40 años	59 años
Órgano trasplantado	Hígado	Riñón
Año trasplante	2004	1999
Inmunosupresión	Tacrolimus	Tacrolimus/micofenolato
Sitio primario	Intestino delgado	Laringe
Estadío al diagnóstico	IEA	IVEB
Compromiso MO	-	+
Tratamiento	CHOP	CHOP