

Trasplante Autólogo de Médula Ósea como consolidación en paciente con Linfoma SNC post Trasplante Alogénico

Miguel López-Cáceres¹, maria carolina guerra-camus², natalia aránguiz², marcela vargas², katherine rojo²

1. Clínica Alemana de Santiago, 2. clínica alemana de santiago

Trasplante Autólogo de Médula Ósea como consolidación en paciente con Linfoma SNC post Trasplante Alogénico M López, C Guerra, N Aránguiz, M Vargas, K Rojo Unidad de Trasplante Médula Ósea Clínica Alemana de Santiago Introducción: El Trasplante Autólogo de Médula Ósea forma parte de la terapéutica de consolidación en los tratamientos de Linfoma Primario del SNC y Linfomas Difuso de Células Grandes B Recaído/Refractario. Los Linfomas post Trasplante se asocian a inmunosupresión importante lo cual lleva a que el Virus del Epstein Barr (VEB) active mecanismos oncogénicos en Linfocitos B llevando al desarrollo tumoral.

HISTORIA CLÍNICA:

Paciente de 53 años sin antecedentes mórbidos. Debut año 2020 de Leucemia Linfoblástica Aguda Philadelphia Negativo CD 20(+). Recibe esquema de inspiración pediátrica + rituximab. Logra una enfermedad mínima residual (EMR) negativa posterior a la inducción. Completa consolidación e inicia mantención. A los 8 meses de mantención presenta recaída. Recibe miniHyperCVAD + Inotuzumab logrando la EMR negativa post 2 ciclos. Se consolida en Diciembre 2022 con Trasplante Alogénico Emparentado Full Match. EMR a los 100 días post AloTPH negativa y quimerismo 100%. Suspende inmunosupresión 3 meses post AloTPH. 15 meses post AloTPH desarrolla adenopatías cervicales que se biopsian identificando un Linfoma Difuso de Células Grandes B Activado. VEB en LCR y sangre negativos (se descarta un Linfoma Post TPH). PET/CT adenopatías a nivel cervical Etapa II. Se trata con 4 ciclos de Pola-R-CHP logrando la remisión completa al PET/CT. A los 6 meses evoluciona con mareos, náuseas y nistagmo. Resonancia Magnética Cerebral muestra 3 tumores pequeños en ambos hemisferios cerebelosos. Se revisa PET/CT del debut de Linfoma a nivel cervical y se identifican mismos tumores más pequeños que desaparecen posterior a 4 ciclos de Pola-R-CHP. Se asume como recaída a nivel del SNC del linfoma cervical dado sitio muy riesgoso de biopsiar. Recibe 2 ciclos de MATRIX y luego se consolida con Trasplante Autólogo de Médula Ósea con acondicionamiento Thiotepa-Carmustina previo movilización con pegfilgrastim logrando recolectar 2.1 mill CD34xkg. PET/CT y RM cerebral confirman una remisión completa de enfermedad post AutoTPH. A la fecha 7 meses post Trasplante en remisión completa.

CONCLUSIÓN:

Este caso ilustra la complejidad del ejercicio de la hematología actualmente. No hay casos publicados de un auto trasplante de médula ósea en pacientes que hayan recibido un aloTPH previamente. En teoría los progenitores recolectados para el AutoTPH eran los del donante del aloTPH. No se utilizó inmunosupresión post AutoTPH lo que ilustra una inmunotolerancia previa de los progenitores y linfocitos T alogénicos en el post AloTPH. No hubo desarrollo de Enfermedad Injerto contra Huésped en el AutoTPH.