



**Enfermedad injerto contra huésped postransfusional.
Reporte de un caso.** Levergne M. y col. - Hematología
vol 17 n° 2 -2013; 137-141.

PRIMERA CARTA

Sr. Director

Tengo el agrado de dirigirme Ud. luego de haber leído la última edición de la prestigiosa revista de la SAH, y en relación con el artículo “Enfermedad Injerto contra Huésped Postransfusional (EiChP). Reporte de un caso” escrito por Levergne M. y col.

En las conclusiones del mismo, los autores manifiestan que si bien es reconocida la estrategia de prevención de esta reacción postransfusional, no se cuentan con consensos internacionales para determinar el riesgo de ocurrencia de la misma, asimismo en países en desarrollo como el nuestro, es difícil la situación en cuanto a la disponibilidad de hemocomponentes y los recursos para su condicionamiento pretransfusional.

Sobre estas conclusiones debo expedirme con el propósito de que los colegas que accedieron a este artículo conozcan otra fuente de información al respecto.

Por un lado, la existencia de esta complicación postransfusional es conocida desde hace mucho tiempo atrás, los primeros casos fueron identificados en Japón en la década del '70 y fueron denominados como “eritrodermia postransfusional” hasta que finalmente se conoció su fisiopatología definitiva. En la actualidad, la población en riesgo está muy bien identificada, e inclusive figura dentro de los Estándares para Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión de la Asociación Americana de Bancos de Sangre. Estos estándares, junto con las Guías para Preparación, Utilización y Aseguramiento de la Calidad de los Componentes Sanguíneos del Consejo de Europa, son sólo apenas 2 ejemplos de publicaciones internacionales que se ocupan de cómo puede disminuirse el riesgo de ocurrencia de la EiChP. En cuanto a la literatura nacional sobre el tema, sólo hay que referirse a las Guías Nacionales para el uso apropiado de la sangre y sus componentes, publicadas en la Revista Argentina de Transfusión – Vol XXXIII, N° 3-4, 269-275. 2007, bajo el título “Recomendaciones para el uso de componentes irradiados”.

Por otra parte, no es difícil acceder a componentes irradiados dentro del ámbito de la CABA, para ello sólo es necesario adecuarse al procedimiento instalado desde hace tiempo y muy eficaz por cierto. Esto se lleva cabo, a través de los Servicios de Hemoterapia, los cuales cuentan con la posibilidad de que las unidades

de hemocomponentes a irradiar se transporten por el SAME hasta el Hospital Garrahan donde se lleva a cabo el procedimiento de irradiación. También dentro del ámbito de la CABA existen otras 2 instituciones privadas que disponen de irradiadores de Cs137, cubriendo así, las necesidades de irradiación de productos sanguíneos.

Como dije anteriormente, espero que con la información brindada en párrafo anteriores, nuestros colegas puedan acceder al conocimiento que afortunadamente, la Medicina Transfusional de nuestro país, y a pesar de la crisis en el sector salud, disponemos de herramientas terapéuticas y preventivas para una complicación tan grave como lo es la EICHHP.

Sin otro motivo en particular, lo saludo con mi mayor estima.

Dr. Oscar Walter Torres
MÉDICO ESPECIALISTA EN HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGÍA
DOCENTE ADSCRIPTO. DEP. DE MICROBIOLOGÍA, PARASITOLOGÍA E INMUNOLOGÍA.
FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
owtorres@gmail.com

SEGUNDA CARTA

Comité de redacción Revista Hematología
Sección correspondencia

En el artículo titulado “Enfermedad injerto contra huésped postransfusional. Reporte de un caso”¹ de Lavergne M. y colaboradores, el autor describe el caso de un paciente que desarrolló un cuadro compatible con una reacción de injerto contra huésped postransfusional que le produjo una serie de complicaciones que motivaron el óbito del enfermo.

Al describir la fisiopatología de esta infrecuente pero grave complicación, en este caso posiblemente secundaria a una transfusión de concentrado de plaquetas, el autor hace referencia correctamente a que el desarrollo de la enfermedad se produce por la proliferación de linfocitos viables del donante (del hemoderivado) en un huésped sin capacidad para neutralizarlos y eliminarlos como ocurre en individuos inmunocompetentes. Sin embargo explica el efecto como una activación de linfocitos CD4 y CD8 del receptor, situación que sería paradójica, ya que el desarrollo de la enfermedad de injerto contra huésped implica la desaparición de los linfocitos originados en el receptor y la proliferación de aquellos presentes en el inóculo, en este caso una transfusión de hemocomponentes.

La enfermedad de injerto contra huésped postransfusional se caracteriza por una inexorable proliferación de linfocitos T del donante y una rápida eliminación de todas las células hemopoyéticas circulantes del huésped o receptor².

Si hubiera proliferación de los linfocitos CD4 y CD8 del receptor no habría enfermedad de injerto contra huésped.

Bibliografía

(1) Lavergne M., Bacigalupo G., Camerano M. et al. Enfermedad injerto contra huésped postransfusional. Reporte de un caso. Hematología. Vol 17, N° 2: 137-141, 2013

(2) Shivdasani R., Anderson K. Graft-Versus-Host Disease. Clinical practice of transfusion medicine. Petz L., Swisher S., Kleinman S., Spence R., Strauss R. 1996. p 931-946. Tercera edición. Churchill Livingstone. New York

Jaimovich G.,
Servicio de trasplante de células progenitoras hemopoyéticas
Fundación Favaloro
Sanatorio Anchorena
gregjaim@gmail.com

Respuesta a los doctores Oscar Walter Torres y Jaimovich G.

Sr. Director

En respuesta a los comentarios respecto a nuestro artículo publicado en el último número de la revista, desde ya que las reacciones postransfusionales son muy bien conocidas como dice el Dr. Torres, pero esta complicación fatal con compromiso sistémico que llevo a nuestro paciente a la muerte no es frecuente de ver, debido justamente al reconocimiento de la patología y a las medidas tomadas para prevenirlos, en eso estamos **totalmente de acuerdo**, lo que queremos los autores aclarar es que **no** es siempre viable y rápidamente posible de realizar, las 24 horas y los 365 días del año, ya que los pacientes oncohematológicos presentan, como todos sabemos, episodios de neutropenia febril o sangrados en cualquier momento, solo la práctica cotidiana y permanente con este tipo de pacientes certifican lo vertido más arriba en cuanto a que **no siempre es viable** esperar la irradiación de los hemocomponentes.

En cuanto a no tener consensos es en referencia a **determinación de riesgo**, no de medidas preventivas que obviamente contamos tanto en consensos nacionales como internacionales que conocemos y aplicamos como buenos hematólogos y pediatras que tratamos a estos niños.

En cuanto al comentario del Dr. Jaimovich, agradecemos la corrección del error involuntario, el comentario fue por la citación que hace un artículo (Biology of Blood and Marrow Transplantation 10:215-223) en cuanto a la incompatibilidad de Antígenos menores pero en modelos animales.

Atentamente.

Dra. Marta Lavergne
HOSPITAL PEDRO ELIZALDE. CABA
mlavergneste@gmail.com