

ENFERMEDAD INERTO CONTRA EL
RECEPTOR AGUDA. HALLAZGOS
RADIOLÓGICOS Y DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL.

Alba Toro López¹, Marta Bravo Martinez Del
valle¹ Alejandra Martín Cerezo¹,
Felix Serrano Puche¹,
¹Hospital Regional universitario de Málaga

OBJETIVO DOCENTE

- Revisar las principales indicaciones del trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH), los distintos tipos y sus etapas/periodos.
- Describir los hallazgos radiológicos e ilustrar con ejemplos las diferentes complicaciones abdominales agudas que se presentan en pacientes con enfermedad hematológica sometidos a TPH prestando especial atención a la Enfermedad Injerto contra receptor aguda (EICRa).

REVISION DEL TEMA

EICRa una complicación común en pacientes sometidos a **TPH** que se presenta en los primeros 100 días del trasplante alogénico de médula ósea, consiste en una reacción resultante del reconocimiento como extraños de **antígenos del receptor** por parte de los **linfocitos + del donante**.

- Incidencia: 30-50%
- Se presenta a partir de la 2ª semana.
- Es la 2ª causa de muerte en paciente sometidos a TPH tras la propia enfermedad.
- La **TC** y la **ecografía** son las técnicas de imagen primarias utilizadas, ayudan a hacer un diagnóstico temprano, valorar la gravedad y recomendar más pruebas para confirmar el diagnóstico, si es necesario.
- El **pronóstico** de los pacientes con EICRa **depende** de si reciben **tratamiento temprano**; por lo tanto, **es esencial** un **diagnóstico rápido y preciso**.

TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS. GENERALIDADES.

Terapia celular que consiste en la infusión de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) con el objetivo de restablecer la función medular

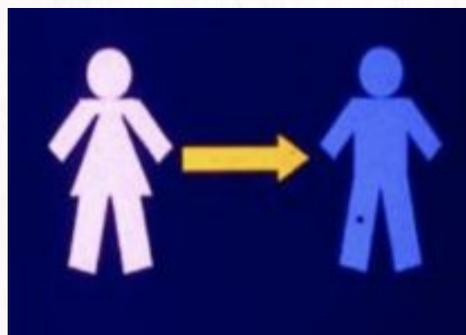
TIPOS

Auto-TPH

ALO-TPH

CPH

Medula osea
Sangre periférica
Sangre de cordón umbilical



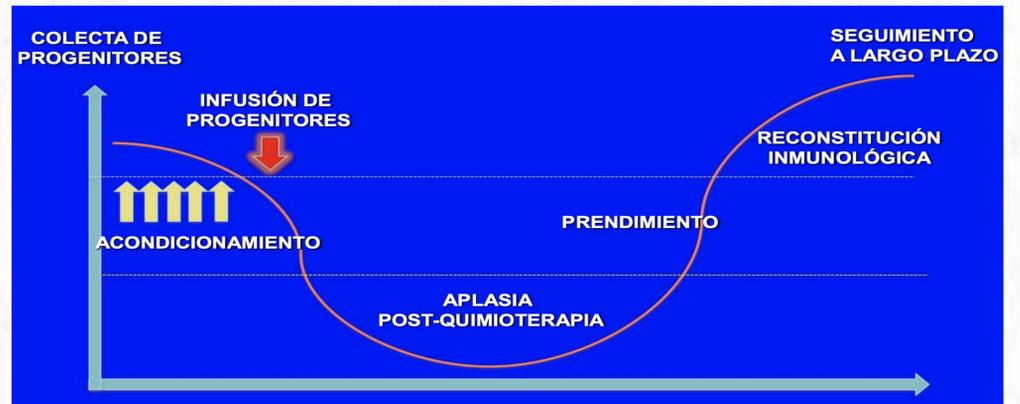
- Sinérgico (gemelos)
- Familiar. Hla idéntico / haplo
- Dne Hla no idéntico

INDICACIONES DE TPH

- Neoplasias hematológicas:
 - leucemias, linfomas, SMD, mielomas...
- * Tumores sólidos:
 - carcinomas, sarcomas, neuroblastomas...
- * Aplasias medulares severas:
 - adquiridas, congénitas, fanconi...
- * Enfermedades genéticas graves:
 - inmunodeficiencias, hemoglobinopatías...

ETAPAS DEL TPH

- Acondicionamiento: 1 - 9 días
- Infusión □ día 0
- Aplasia postratamiento
- Implante: +7 a +25

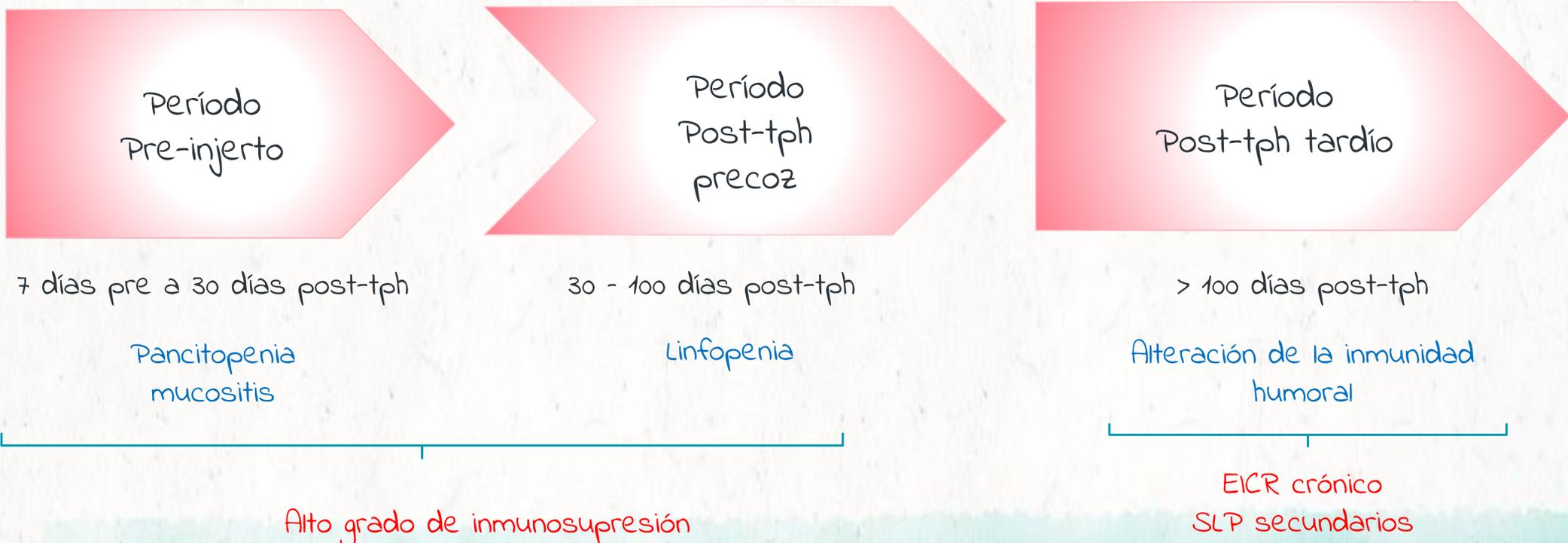


Acondicionamiento:

Mieloablativo

Intensidad reducida (AIR)

No ablativos



DIAGNÓSTICO

CLINICO:

- Piel

Exantema

- Hígado

Hiperbilirrubinemia

Patrón colestásico

- Diarrea

Naúseas, vómitos

Anorexia

Dolor abdominal

PRUEBA DE IMAGEN: TC y ecografía fundamentalmente que ayudan al diagnóstico.

ENDOSCOPIA: biopsia rectal diagnóstico de confirmación

PRUEBA DE IMAGEN

HALLAZGOS EN TC:

Intestinales

- *Engrosamiento mural de las paredes intestinales (afectación extensa y discontinua). Edema submucoso.

- *hipercaptación e hiperemia de la mucosa (signo de la diana ó del halo, por hipercaptación de mucosa y serosa).

- *dilatación de asas intestinales.

- *Trabeculación de la grasa mesentérica.

Extra-Intestinales

- *ingurgitación de vasos mesentéricos (signo del peine).

- *Afectación hepatobiliar.

HALLAZGOS INTESTINALES



Engrosamiento mural de las paredes intestinales (afectación extensa y discontinua). Edema submucoso. Trabeculación de la grasa mesentérica

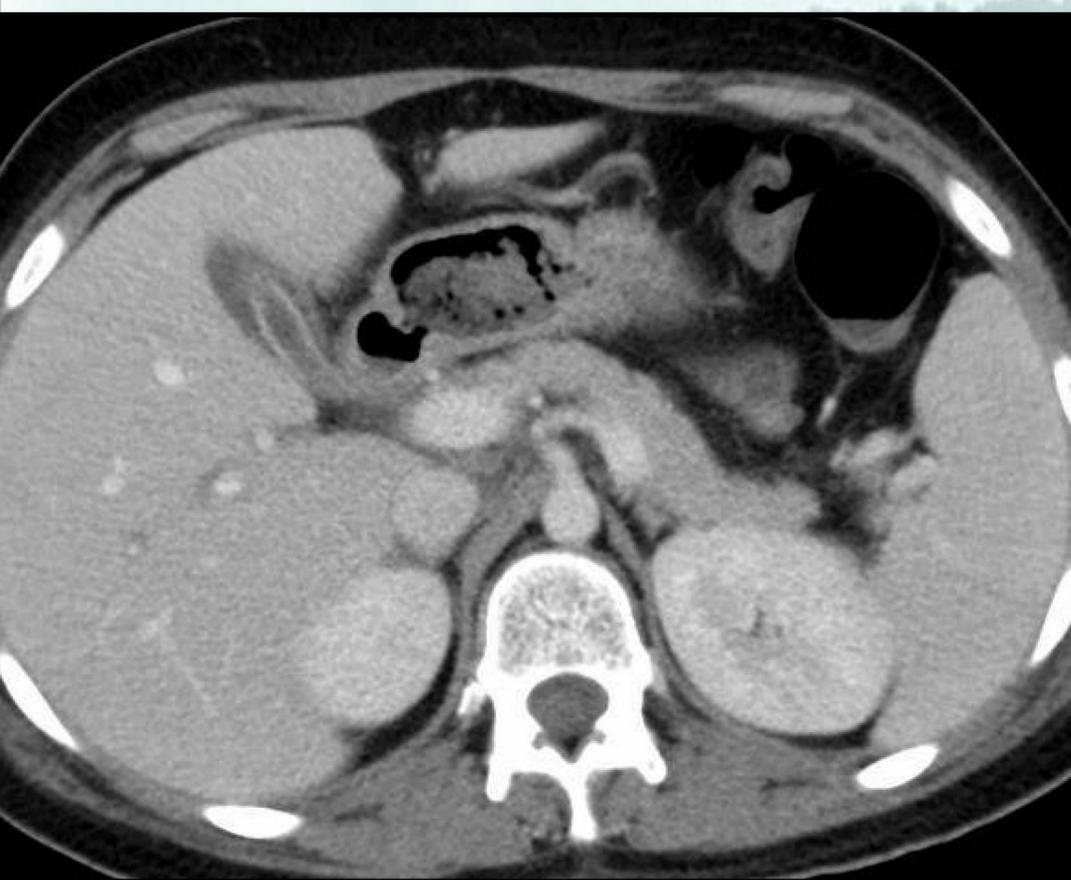


Hipercaptación e hiperemia de la mucosa (signo de la diana o del halo por hipercaptación de la serosa).

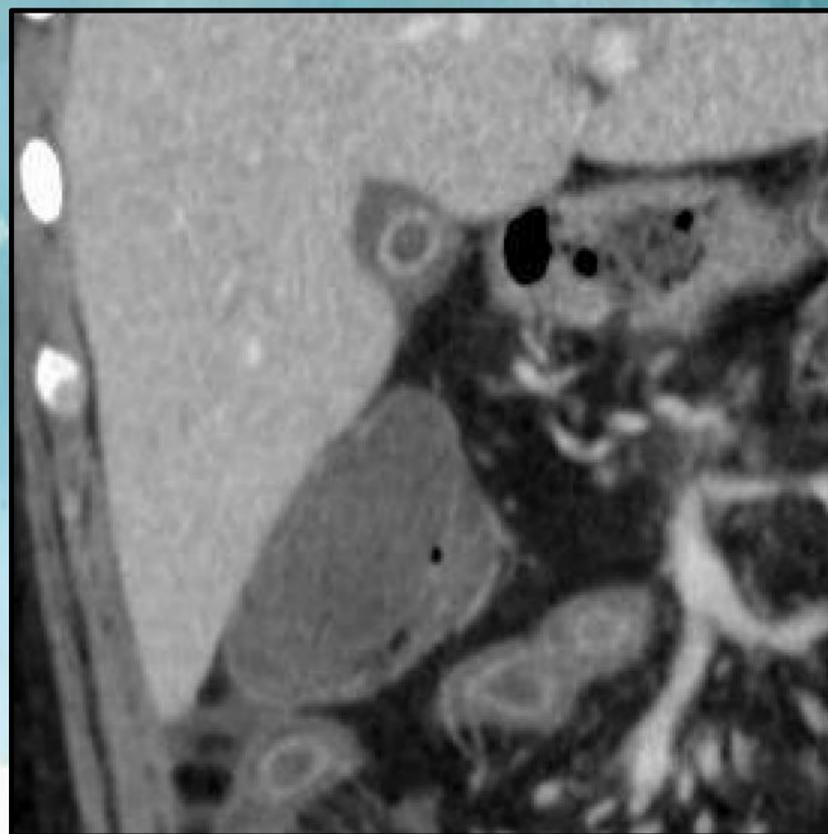


Incurgitación de los vasos mesentéricos (signo del peine)

HALLAZGOS EXTRAINTESTINALES



Engrosamiento de la pared de la vesícula (edema)



Edema periportal

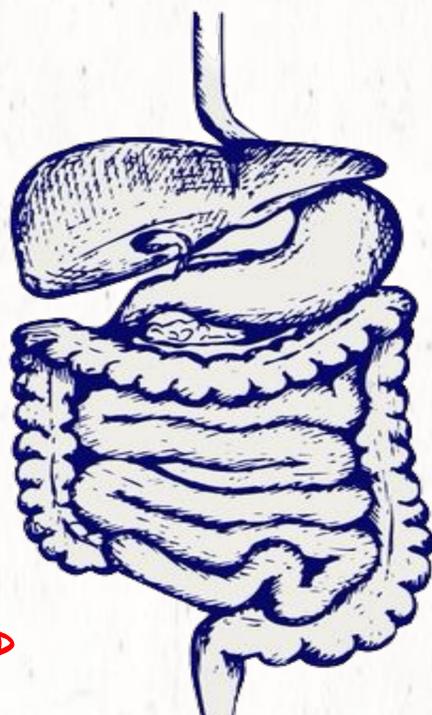
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

MUCOSITIS
ASOCIADA A
QT/RT

ENTERITIS
NEUTROPÉNICA
(TIFLITIS)

COLITIS
PSEUDOMEMBRANOSA

ENTEROCOLITIS
INFECCIOSA
: BACTERIANAS, VIRICAS



CIEGO/COLON D
TIFLITIS
CMV

PANCOLITIS
COLITIS
PSEUDOMEMBRANOSA

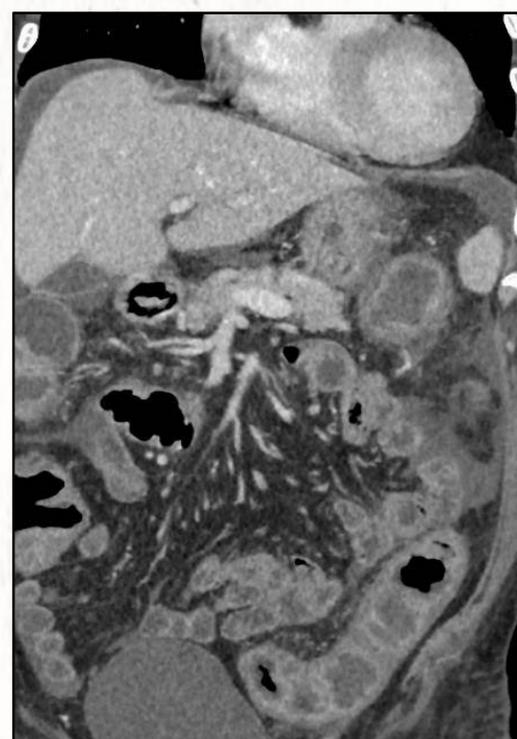
DIFUSA
EICRA
MUCOSITIS
VIRUS

COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA



Toxina clostridium difficile.
* Tto atb ae □ destruyen flora intestinal □ sobrecrecimiento bacteriano.
* Mas frecuente días 0 - 30 postrasplante.
* Afectación difusa ó focal.
* Diarrea intensa (+/- rectorragia) + dolor abdominal.

Engrosamiento mural
Edema submucoso
Reake intenso de mucosa

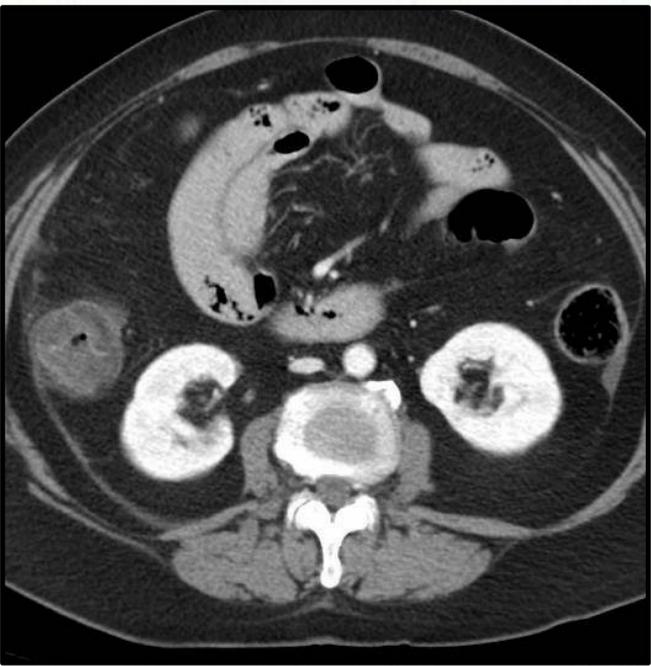


Severo (hasta 30 mm)
Leve afectación de la grasa
Signo del acordeón (patognomónico)
Signo del doble halo

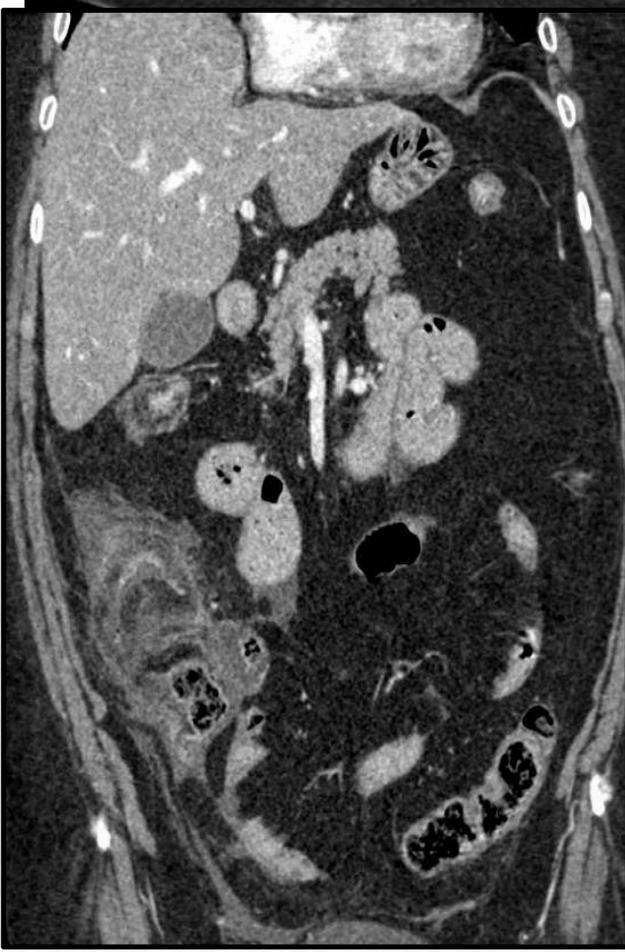
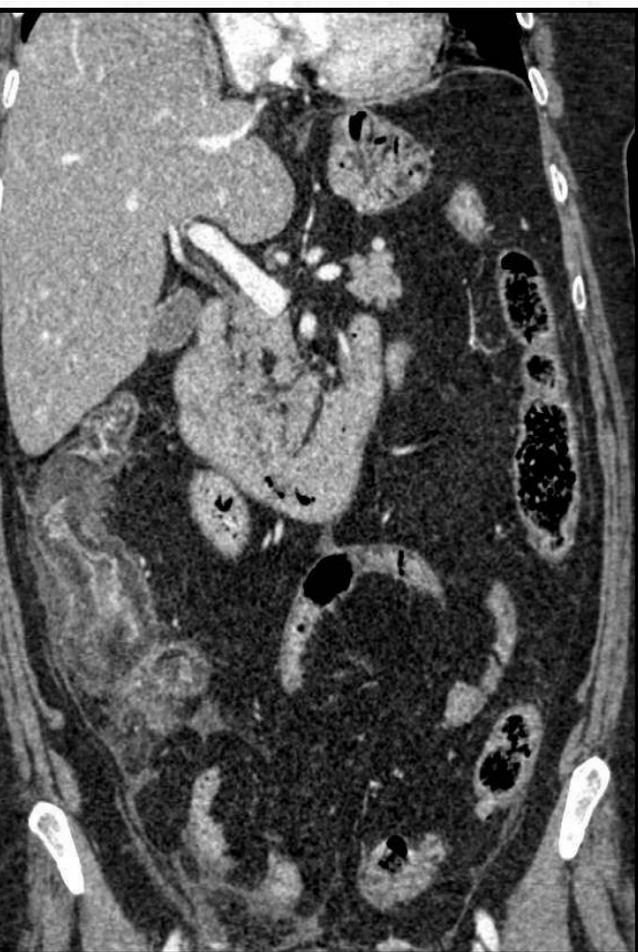


Rectorragia masiva:
Sangrado activo

E. neutropénica / Sd. ileocecal / E. Necrotizante / Tiflitis

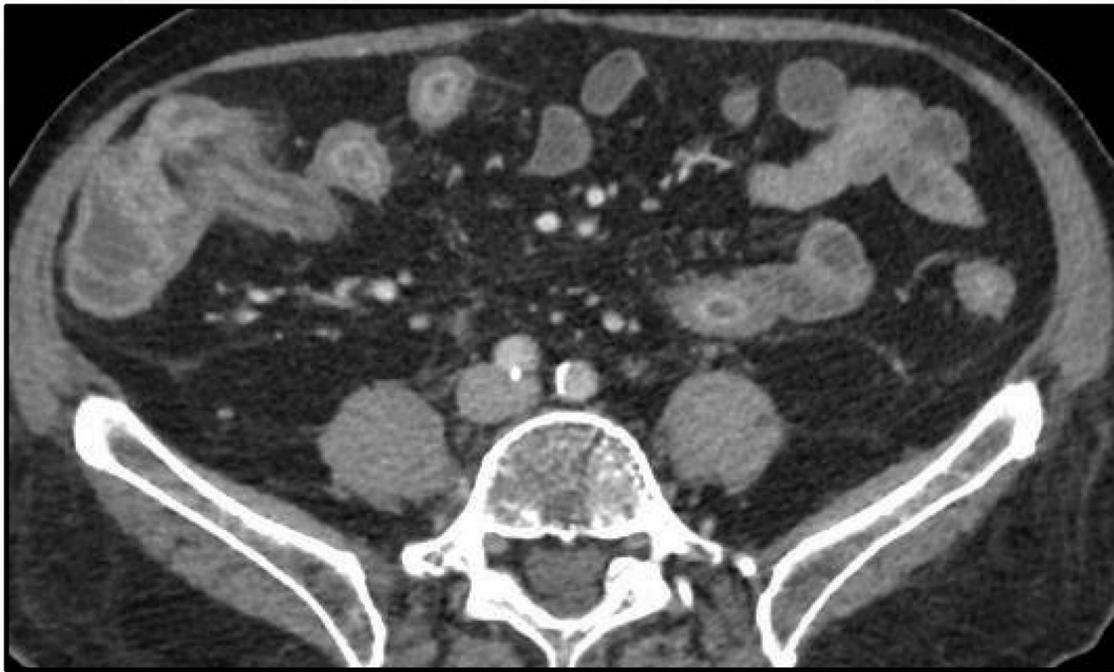


- * Poco frecuente. Etiopatogenia desconocida
- * Habitualmente del día 0 al + 30 (período de aplasia del acondicionamiento)
- * triada: f + dolor abd + diarrea (+/- sangre).
- * Abscesos / Peritonitis / Neumatosis intestinal.
- * Más frecuente en FID (íleon terminal, Ciego y CA).
- * Dx TC



- Engrosamiento mural
- Edema submucoso
- Hiperrealce de mucosa
- Trabeculación de la grasa
- Neumatosis

ENTEROCOLITIS INFECCIOSA POR CMV



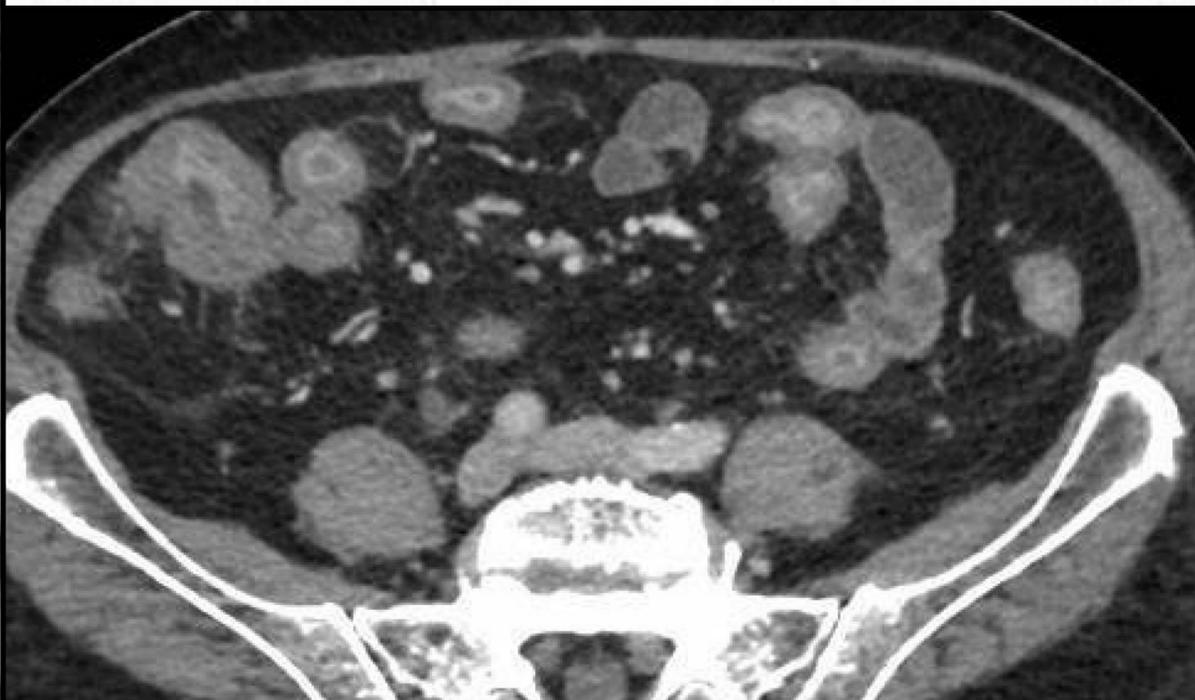
Enterocolitis infecciosa más frecuente en la fase postrasplante precoz (días 30-100).

* Más frecuente Colon derecho: afectación de ciego, íleon terminal y colon ascendente.

* Muy similar a e. neutropénica □ cronología !!

Rotavirus/adenovirus....

Pueden tener también hallazgos indistinguibles a la EICR. Imposible dx por imagen.



Engrosamiento mural
Edema submucoso
Hiperrealce de mucosa
Trabeculación de la grasa

CONCLUSIONES

- La **EICRa** es una entidad potencialmente grave que se produce hasta en la mitad de los de los pacientes que son sometidos a un ALO-TPH.
- Requiere un **rápido diagnóstico** así como un **tratamiento precoz**.
- Dentro del diagnóstico, la **imagen** supone un complemento esencial que **ayuda a tomar decisiones clínicas** sin demora de tiempo.
- Existen una serie de **hallazgos radiológicos** claves aunque **inespecíficos**, para poder precisar con fiabilidad el diagnóstico de presunción de EICRa.
- Se deben conocer los **datos clínicos y cronológicos** para establecer un **correcto diagnóstico diferencial**.

BIBLIOGRAFÍA

- * Imaging of abdominal and pelvic manifestations of graft-versus-host disease after hematopoietic stem cell transplantation. AJR:209, July 2017.
- * Abdominal complications following hematopoietic stem cell transplantation. Radiographics. 2014. Mar-Apr; 34(2):396-412.
- * CT Features with pathologic correlation of acute gastrointestinal Graft-versus-host disease after bone marrow transplantation in adults. AJR: 181, December 2003.
- * Pregrado de Hematología. J.M. Moraleda Jiménez. 4a Edición. 2017.
- * Manual de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular 2022. Enric Carreras, Montserrat Rovira y David Valcárcel.