

## CARTAS

*Neoplasias cutáneas en el trasplante renal*

C. Díaz Gallo, D. Serón, O. Servitje \* y J. M. Griñó

Servicios de Nefrología y \*Dermatología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Señor director:

La incidencia de neoplasias cutáneas (NC) en los pacientes portadores de un trasplante renal y sometidos a tratamiento inmunosupresor (TIS) es más elevada que en la población general<sup>1</sup>. Su frecuencia de aparición varía según las series estudiadas y el tiempo de seguimiento, oscilando entre un 20% para las series australianas<sup>2</sup> y un 4% para algunas europeas<sup>3</sup>. Además del TIS, la exposición a los rayos ultravioleta y las características cutáneas del paciente parecen tener gran influencia en el desarrollo de estas lesiones<sup>4</sup>, sin demostrarse que la incidencia de NC dependa del tipo de TIS empleado.

Hemos estudiado 337 pacientes trasplantados renales en nuestro hospital entre 1980 y 1988, todos ellos de raza caucásica. El tratamiento IS administrado a estos pacientes varió según la época del trasplante; 140 pacientes recibieron azatioprina a dosis de 2 mg/kg/d y prednisona (PDN) a dosis iniciales de 0,3 mg/kg/d, con posterior pauta decreciente; 197 pacientes fueron tratados con ciclosporina (CyA), manteniendo los niveles plasmáticos entre 100-250 µg/ml (anticuerpo monoclonal específico) y PDN a las mismas dosis descritas anteriormente; de los pacientes tratados con CyA, 94 fueron tratados asimismo con suero antilinfocitario (SAL) y 10 con OKT3 en el postrasplante inmediato. Ninguno de los pacientes tenía antecedentes de NC previa. El diagnóstico de NC se realizó en base a una exploración física rutinaria y a la biopsia de cualquier lesión sospechosa. Las lesiones fueron catalogadas como malignas (carcinoma [Ca] espinocelular, Ca basocelular, melanoma) y premalignas (queratosis actínica, E. de Bowen).

En 10 de los 337 pacientes (2,9%) fue diagnosticada una lesión cutánea neoplásica o preneoplásica. Las características de los mismos están reflejadas en la tabla I.

La aparición de neoplasias en la población trasplantada es un hecho frecuente, hablándose incluso de una incidencia de hasta cuatro veces más respecto a la población general. Dentro de las neoplasias que pueden presentar estos enfermos, las cutáneas supo-

nen un porcentaje de hasta un 40%<sup>5, 6</sup>. Respecto a la población general, las lesiones cutáneas malignas de los trasplantes renales son un 20% más frecuentes y tienen un peor pronóstico, con un 10% más de mortalidad; su incidencia, según algunas series estudiadas, aumentan un 5% anualmente, con un índice acumulado de un 44% a los nueve años<sup>7</sup>.

La relación de las neoplasias cutáneas con la exposición a los rayos ultravioleta es un hecho bien conocido, siendo su incidencia mayor en países con un elevado grado de exposición solar. El tipo de piel es también un factor a tener en cuenta, habiéndose observado que los individuos de piel más blanca son más susceptibles<sup>4</sup>. En nuestro caso, tal vez el tipo de piel más pigmentada ayude a contrarrestar los efectos de las radiaciones solares de nuestra zona, ya que la incidencia de NC es incluso algo inferior a otras series europeas.

Dentro de los diferentes tipos de lesiones cutáneas neoplásicas, el Ca epidermoide o escamoso es el más común en la población trasplantada, mientras que en la población general lo es el Ca vasocelular. La proporción Ca epidermoide/Ca vasocelular en los trasplantados renales es de 4:1, mientras que en el resto de la población es de 1:1,7<sup>4</sup>, no estando aún aclarada la explicación a este fenómeno. Nuestro estudio no confirma esta tendencia, encontrando una proporción similar entre ambas neoplasias.

La evolución de las NC en los individuos portadores de un trasplante suele ser más tórpida, presentando mayor número de recidivas y tendiendo a la multiplicidad de las lesiones. Nuestros pacientes han presentado dos recidivas (20%) y en dos casos coexistían dos tipos de lesión.

La influencia del tratamiento inmunosupresor en el desarrollo de neoplasias en los trasplantados renales ha sido ampliamente estudiada<sup>8</sup>. La aparición de linfomas no hodgkinianos tras el tratamiento con CyA está bien documentada<sup>9</sup>, así como respecto al tratamiento con Aza<sup>6, 10</sup>. El tratamiento recortado con SAL y OKT3 no ha sido motivo aún de ninguna revisión al respecto, tal vez por la variedad de factores a tener en cuenta, y en el caso de OKT3, a la poca experiencia en su utilización a largo plazo. En nuestros pacientes no existe una relación significativa entre el tipo de inmunosupresión y la neoplasia cutánea. Hay que señalar que el tiempo de inmunosupresión de los enfermos tratados con Aza es superior al de los tratados con CyA; sin embargo, dado que a

Correspondencia: Dr. D. C. Díaz Gallo.  
Servicio de Nefrología. Hospital de Bellvitge.  
Feixa Llarga, s/n.  
08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

**Tabla I.** Características de los pacientes trasplantados renales con neoplasia cutánea

Paciente	Sexo	Edad al TR (años)	Tipo IS	Tiempo IS (meses)	Lesión cutánea	Evolución
TMA .....	H	39	Aza	48	Ca Merkel con metástasis	Exitus por neo de colon
JSR .....	V	31	CyA	48	Ca vasocelular	Resección total
MMP .....	V	31	Aza	29	Ca escamoso	Recidiva local en dos ocasiones
FMA .....	V	43	Aza/Cya	36	Ca escamoso	Recidiva local en una ocasión
LEM .....	V	35	Aza	84	Ca vasocelular E. Bowen	Resección total
JHM .....	V	46	Aza	42	Ca escamoso	Resección total
SPA .....	V	40	Cya	30	Ca vasocelular. Querat. actínica	Resección total
ZHM .....	H	55	Cya	30	Ca vasocelular	Resección total
FVC .....	V	57	Aza	36	Querat. actínica	Resección total
FBB .....	V	40	Cya	43	Ca escamoso	Resección total
8 V/2 H    40 ± 9    6 Aza/5 Cya    43 ± 15					Ca escamoso 4 Ca vasocelular 4 Queratosis A 2 E. Bowen 1 Ca Merkel 1	

pesar de esta diferencia no existen diferencias significativas, podemos suponer que la aparición de neoplasias no es tanto un problema de tipo de inmunosupresión como de duración de la misma.

En resumen, la incidencia de NC en nuestros trasplantados renales es algo inferior a la de otros grupos europeos, sin observar una inversión del cociente Ca epidermoide/vasocelular como describen otros autores. La mayor incidencia de recidivas y la coexistencia de varios tipos de lesiones también se aprecia en nuestro estudio, no encontrando diferencias en el tipo de tratamiento inmunosupresor empleado.

### Bibliografía

- Penn I: The incidence of malignancies in transplant recipients. *Transplant Proc* VII:323-326, 1975.
- Marshall V: Premalignant and malignant skin tumours in immunosuppressed patients. *Transplantation* 17:272-275, 1974.
- Brown JH, Hutchinson T, Kelly AMT y McGeown MG: Dermatologic lesions in a transplant population. *Transplantation* 46:530-532, 1989.
- Hardie IR, Strong RW, Hartley LCS, Woodruff PWH y Clunie GJA: Skin cancer in caucasian renal allograft recipients living in a subtropical climate. *Surgery* 87:177-182, 1980.
- Maize JC: Skin cancer in immunosuppressed patients. *JAMA* 237:1857-1858, 1977.
- Kinlen LJ, Sheil AGR, Peto J y Doll R: Collaborative United Kingdom-Australian study of cancer in patients treated with immunosuppressive drugs. *Br Med J* 2:1461-1466, 1979.
- Hoxtell EO, Mandel JS, Murray SS, Schuman M y Golts RW: Incidence of skin carcinoma after renal transplantation. *Arch Derm* 113:436-438, 1977.
- McLelland J, Rees A, Williams G y Chu T: The incidence of immunosuppression-related skin disease in long-term transplant patients. *Transplantation* 46:871-874, 1988.
- Calne RY, Roller K, White DJG, Thiru S, Evans DB, McMaster P, Dunn DC, Craddock GN, Henderson RG, Aziz S y Lewis P: Cyclosporin A initially as the only immunosuppressant in 34 recipients of cadaveric organs. *Lancet* II:1033-1039, 1979.
- Blohme I y Larsko O: Premalignant and malignant skin lesions in renal transplant patients. *Transplantation* 37:165-167, 1984.