

Insuficiencia cardíaca

24 UTILIZACIÓN DEL ANTICUERPO MONOCLONAL RITUXIMAB COMO TRATAMIENTO DEL RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS EN TRASPLANTE CARDÍACO

Florencia Maglione¹, Daniela Barranco¹, Silvia Pérez¹, Carmen Gutiérrez²

1. Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco. Sanatorio Americano.

2. Laboratorio de Anatomía Patológica.

Introducción: el trasplante cardíaco está indicado en los pacientes con IC avanzada refractaria al tratamiento médico, otorgando supervivencia y calidad de vida. Sin embargo, no se trata de un tratamiento inocuo, ya que los receptores están expuestos a desarrollar complicaciones tanto a corto como a largo plazo. El éxito en la sobrevida depende de lograr una supresión de la respuesta inmune del receptor para impedir el rechazo del injerto, siendo esta la principal causa de mortalidad.

Caso clínico: mujer, 38 años. Displasia arritmogénica del VD con episodios de TV y CDAI en prevención secundaria, evoluciona a la IC avanzada. Trasplante cardíaco en enero de 2020. Recibió inmunosupresión habitual, inducción con basiliximab, seguida de tacrolimus, micofenolato y corticoides. ETT al alta normal (FEVI 60%). En la evolución infección a citomegalovirus, realizando tratamiento completo. A los 6 meses disnea, astenia y febrícula. Se realiza ETT que muestra engrosamiento de la pared del VI con deterioro de la FEVI 42%, caída del *strain* global longitudinal a -9,8% (figura 1). Pro-BNP mayor a 9.000 pg/ml. CACG normal.

Diagnóstico: biopsia miocárdica: rechazo celular severo. Grado 3B (1990), 3R (2004). Rechazo humoral grado 2 (pAMR2). Tratamiento con bolos de metilprednisolona, ajuste de inmunosupresión y 6 series de plasmaféresis e inmunoglobulinas, mantiene deterioro de la FEVI en ETT y rechazo celular grado 2 con rechazo humoral en biopsia de control. Completa 10 series de plasmaféresis y se indica rituximab 300 mg/m² semanal por 4 semanas. Muy buena evolución con normalización de parámetros ecocardiográficos (figura 2) y de la biopsia cardíaca. A los 2 años se encuentra asintomática, con ecocardiografía y biopsia normales.

Pruebas complementarias

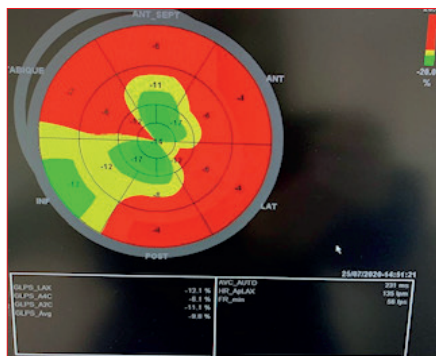


Figura 1



Figura 2

Discusión: se presenta el caso de una paciente trasplantada cardíaca complicada con rechazo severo del injerto, no respondiendo al tratamiento habitual, por lo que se indica el anticuerpo monoclonal rituximab con excelente respuesta. El rechazo del injerto es la complicación más temida en el trasplante cardíaco. El rechazo celular es el tipo más frecuente, produciendo una respuesta inmunológica mediada por células T. El rechazo humoral (de nuestra paciente) es una forma más agresiva, pero menos común, más frecuente en el sexo femenino, con antecedentes de transfusiones, asistencia ventricular, embarazo o infección por citomegalovirus. En el rechazo humoral se produce activación de células B produciendo anticuerpos contra el endotelio vascular del injerto. Las estrategias terapéuticas son: modular el daño inducido por los anticuerpos, regular, bloquear y eliminar aloanticuerpos, reducir niveles de células B y bloquear la cascada del complemento. El tratamiento inicial es la combinación de corticoides intravenosos, plasmaféresis e inmunoglobulinas. Frente a la falta de respuesta al tratamiento convencional se planteó el uso de rituximab, anticuerpo monoclonal contra el receptor CD20 de las células B que restablece la inmunidad al favorecer su eliminación. Existen pocos reportes de su uso en el rechazo del trasplante cardíaco, pero con buenos resultados. Se administra en forma intravenosa semanal por 4 semanas, reportándose mejoras a partir de la segunda semana, como ocurrió en nuestra paciente. Esta estrategia era la última opción terapéutica de la que disponíamos, ya que de mantenerse la disfunción del injerto la paciente tenía alta mortalidad inmediata.