



## 6003-16. MIOCARDITIS POR IMMUNE *CHECKPOINT* INHIBITORS: CASO CLÍNICO

Miren Vicente Elcano<sup>1</sup>, Marc Llagostera Martín<sup>1</sup>, Alex Corbera Lloret<sup>2</sup>, Mireia Blé Gimeno<sup>3</sup>, Clara Rodríguez González<sup>1</sup>, Alicia Calvo Fernández<sup>1</sup>, José María Moreno Coca<sup>1</sup>, Alejo Martín Rodríguez-Vida Rodríguez<sup>2</sup>, Tamara Martos Cardenas<sup>4</sup>, Miguel Ángel Rubio Pérez<sup>5</sup>, Bernat Bertran Recasens<sup>5</sup>, Beatriz Vaquerizo Montilla<sup>1</sup> y Laia Carla Belarte-Tornero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Cardiología, <sup>2</sup>Departamento de Oncología, <sup>3</sup>Unidad de Cardio-Onco-Hematología. Servicio de Cardiología, <sup>4</sup>Unidad de Cardio-Onco-Hematología. Servicio de Oncología y <sup>5</sup>Departamento de Neurología. Hospital del Mar, Barcelona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Paciente de 78 años con hipertensión y dislipidemia. Sin antecedentes cardiológicos. En seguimiento por Oncología por un carcinoma urotelial de alto grado de vejiga metastásico (T2N0M1) por lo que inicia tratamiento con inmunoterapia (IT) combinada con durvalumab (antiPDL1) y tremelimumab (antiCTLA4).

**Métodos:** Tras la segunda dosis de IT consulta por inestabilidad, diplopia, astenia y fiebre. En Urgencias se objetiva marcha inestable, oftalmoplejía completa (“mirada fija”) y ptosis palpebral bilateral por lo que se realiza TC craneal que es normal. La analítica muestra elevación de creatinina (15,000 UI/l), troponina T (cinética 500-700 ng/l) y transaminasas (AST 770 U/l, ALT 300 U/l). En ECG seriados se objetiva bloqueo de rama derecha de nueva aparición y posteriormente bloqueo auriculoventricular completo que requiere implante de electrocatéter urgente. La ecocardiografía muestra hipertrofia ventricular moderada con función sistólica ventricular conservada y reducción del *strain* longitudinal en segmentos laterales (-8%). Con el diagnóstico de miositis asociada a miocarditis grave por IT, se suspende el tratamiento con IT y se inicia corticoterapia a dosis de 1 g al día de metilprednisolona durante 3 días y posteriormente 2 mg/kg al día de metilprednisolona asociado a micofenolato de mofetilo 500 mg/12h por ausencia de mejoría clínica. De forma paralela se realiza plasmaféresis a días alternos. Por mala evolución se realiza biopsia endomiocárdica que confirma endomiocarditis linfocitaria con inmunohistoquímica que revela predominio de CD8+. Presenta mejoría clínica progresiva, descartándose así terapias adicionales. Se implanta marcapasos definitivo por necesidad de estimulación tras tres semanas del inicio del tratamiento. Presenta buena evolución clínica y analítica que permite paso de corticoterapia a vía oral. El paciente fallece por Sars-CoV-2 nosocomial.

**Resultados:** Se trata de un síndrome inmunomediado secundario a *immune checkpoint inhibitors* (ICI) por IT combinada con durvalumab y tremelimumab que cursa con miocarditis grave (G4), miositis y síndrome miasteniforme.



**Conclusiones:** La miocarditis inmunomediada por ICIs es una entidad grave aunque poco frecuente con una elevada tasa de mortalidad. Aparece tras los primeros ciclos de IT y más frecuentemente tras IT combinada con curso variable desde formas asintomáticas, alteraciones de la conducción o *shock* cardiogénico.