



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

Miren Vicente Elcano¹, Marc Llagostera Martín¹, Alex Corbera Lloret², Mireia Blé Gimeno³, Clara Rodríguez González¹, Alicia Calvo Fernández¹, José María Moreno Coca¹, Alejo Martín Rodríguez-Vida Rodríguez², Tamara Martos Cardenas⁴, Miguel Ángel Rubio Pérez⁵, Bernat Bertran Recasens⁵, Beatriz Vaquerizo Montilla¹ y Laia Carla Belarte-Tornero³

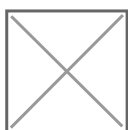
¹Departamento de Cardiología, ²Departamento de Oncología, ³Unidad de Cardio-Onco-Hematología. Servicio de Cardiología, ⁴Unidad de Cardio-Onco-Hematología. Servicio de Oncología y ⁵Departamento de Neurología. Hospital del Mar, Barcelona.

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, diplopía, 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.