

XXXII REUNIÓ
ANUAL DE LA
SOCIETAT CATALANA
DE NEFROLOGIA

2 i 3 de Juny de 2016
Gran Hotel Rey Don Jaime
(Castelldefels)

IV TROBADA DE
RESIDENTS DE
NEFROLOGIA DE
CATALUNYA

1 de Juny de 2016
Hospital Universitari de Bellvitge
(L' Hospitalet de Llobregat)

www.socane.cat

SCN
SOCIETAT CATALANA DE NEFROLOGIA

Bellvitge
Hospital Universitari



PTLD e imTOR: cuando mirar atrás puede cambiar la perspectiva

Lorena Castillo Eraso, Edoardo Melilli, Carmen Cabré Méndez, Julieta Landeyro, Alberto Martínez Veá, Oriol Bestard
Departamento de Nefrología, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona

Ante el desarrollo de un trastorno linfoproliferativo postransplante (PTLD); en la literatura, se recomienda como primera línea de tratamiento la reducción de la inmunosupresión, incluyendo en esta estrategia la conversión a imTOR, sin embargo los efectos secundarios de estos fármacos pueden comprometer la supervivencia del injerto y/o del paciente. Presentamos el caso de un varón de 63 años diagnosticado de PTLD tras 3 años del transplante renal. Recibió quimioterapia con Rituximab y como reducción de la inmunosupresión se optó por conversión a imTOR (Everolimus). Cuatro meses después ingresa por fiebre y disnea severa con empeoramiento progresivo hasta requerir intubación orotraqueal que no mejoró con tratamiento broncodilatador y antibioterapia. El estudio microbiológico completo fue negativo. El Tac de tórax mostró aéreas en vidrio deslustrado bilateral y el lavado broncoaveolar solamente evidenció positividad del virus sincitial respiratorio que se trató con Rivabirina. Dado la mala evolución finalmente se realizó biopsia pulmonar compatible con Neumonitis intersticial difusa. Se descartó proliferación neoplásica, tuberculosis o recidiva del PTLD. Ante la sospecha de Neumonitis por imTOR se cambió el tratamiento inmunosupresor a Tacrolimus con dosis reducida y se incrementó el corticoide, observando mejoría progresiva de los síntomas. Un Tac de control tras dos meses mostró resolución de la afectación pulmonar y tras cuatro meses de vuelta al anticalcineurínico, el paciente persiste en remisión completa del PTLD, con excelente función del injerto. Nuestro caso sugiere que la conversión a imTOR como manejo del PTLD no siempre es la mejor estrategia. En la literatura no hay ningún trial que valore la superioridad de la conversión versus la sola reducción del anticalcineurínico. En ausencia de datos objetivos que justifiquen la conversión a imTOR a nuestro aviso, se debe valorar de forma individualizada la conveniencia de esta estrategia y estar atentos a las posibles complicaciones con el uso de imTOR.