

TRATAMIENTO DE RESCATE CON RITUXIMAB (ANTICUERPO MONOCLONAL ANTI CD20) EN UN NIÑO CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE DE EXPRESIÓN MÚLTIPLE

Pérez Hurtado JM^a, Pérez de Soto C, Gil Esparraga E, Martín Aguilera C, Cerezuela Martínez P.

Unidad de Hematología Pediátrica. Servicio de Hematología. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El Rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD20. Tras su administración se produce una rápida destrucción selectiva de los linfocitos B con el consiguiente defecto en la producción de Inmunoglobulinas. Uno de sus usos potenciales es el tratamiento de las enfermedades autoinmunes resistentes a tratamientos inmunosupresores o inmunomoduladores convencionales. Presentamos nuestra experiencia con este tratamiento en un niño afecto de una enfermedad autoinmune de expresión múltiple (MEAD) de difícil control con el tratamiento habitual.

Caso clínico: Varón de 11 años. Anemia Hemolítica Autoinmune (AHA) por anticuerpos calientes en 1994. Púrpura Trombopenica Crónica autoinmune desde 1994 y Hepatitis Crónica Autoinmune (HCA) desde 1997. Entre 1994 y 1997 recibió tratamientos (4-6 veces por año) con esteroides y GGIV durante los episodios agudos de citopenias inmunes con buena respuesta de las cifras de plaquetas y moderada respuesta de su AHA. Alcanzó estabilidad de sus citopenias y normalización de las cifras de transaminasas tras tratamiento con azatioprina desde 1997 a consecuencia del diagnóstico de HCA. Desde 2001 y a pesar de continuar con tratamiento con azatioprina vuelve a presentar frecuentes crisis hemolíticas (4-5 veces al año) que responden parcialmente a tratamiento esteroideo. En enero de 2004 se comienza tratamiento con Rituximab que anteriormente había sido denegado por sus padres en 2002. Esquema de tratamiento:

Se suspenden esteroides y azatioprina previamente al inicio del Rituximab. Dosis de Rituximab: 375 mgr/m²/semana x 4 semanas consecutivas.. Profilaxis antifecciosa con GGIV 0.2 gr/Kg cada 15 días, trimetopim/sulfametoxazol y fluconazol. Situación del paciente previa al tratamiento: Hb 69 gr/ L, Leucocitos 6.97 x 10E9/L, plaquetas 246 x 10E9/L, reticulocitos 13%, BI 8.5, AST 254. TCD positivo. Subpoblaciones linfocitarias en SP realizadas a los 5 días de la primera dosis: Poblaciones T y NK en distribución normal. La única población B encontrada era CD20 negativa. Las cifras de Hb iniciaron ascenso a los 10 días de iniciar el tratamiento. Situación analítica tras concluir el tratamiento: Hb 98 gr/L, reticulocitos 6%, TCD negativo. AST 50, BI 3.4, Leucocitos 5.9 x 10E9/L. Plaquetas 287 x10E9/L. No presentó toxicidad durante las infusiones de Rituximab. Durante el tratamiento sufrió una neumonía de LSI que evolucionó satisfactoriamente con tratamiento con Piperacilina/Tazobactam.

Comentario: En nuestra experiencia el Rituximab es una opción terapéutica poco tóxica que se puede aplicar para el tratamiento de las MEAD resistentes a los tratamientos convencionales. Se precisarían más estudios encaminados a definir su utilidad concreta en estas patologías así como sus efectos secundarios inmediatos y a largo plazo en los niños.