

Daratumumab como tratamiento del rechazo mediado por anticuerpos refractario en trasplante cardiaco: una serie de casos

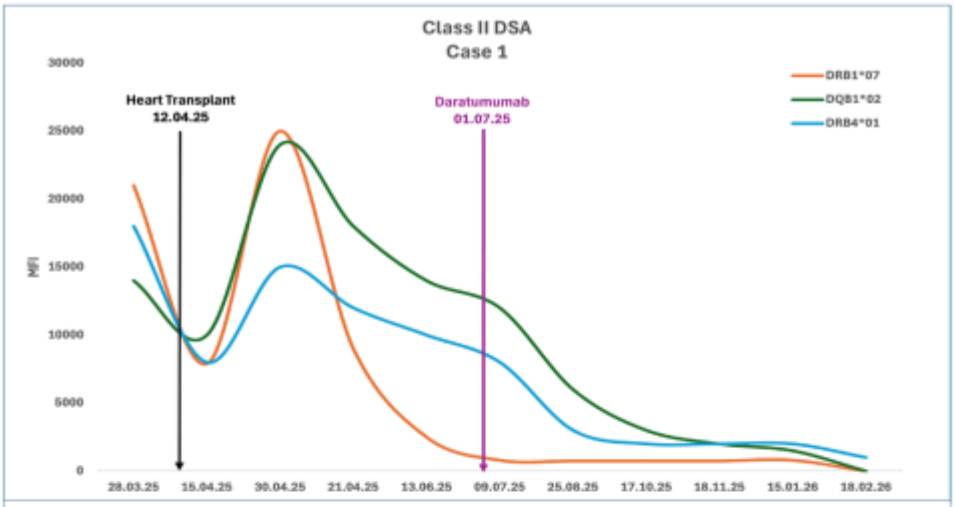
Consuelo Fernández-Avilés Irache(1), María Álvarez Bello(1), Jorge Martínez Solano(1), Zorba Blázquez Bermejo(1), Javier Castrodeza Calvo(1), María Jesús Valero Masa(1), Adolfo Villa Arranz(1), Manuel Martínez-Sellés(1), Iago Sousa Casasnovas(1), Miriam Juárez Fernández(1), Carlos Ortiz Bautista(1) y Javier Bermejo Thomas(1) de (1)Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid - España

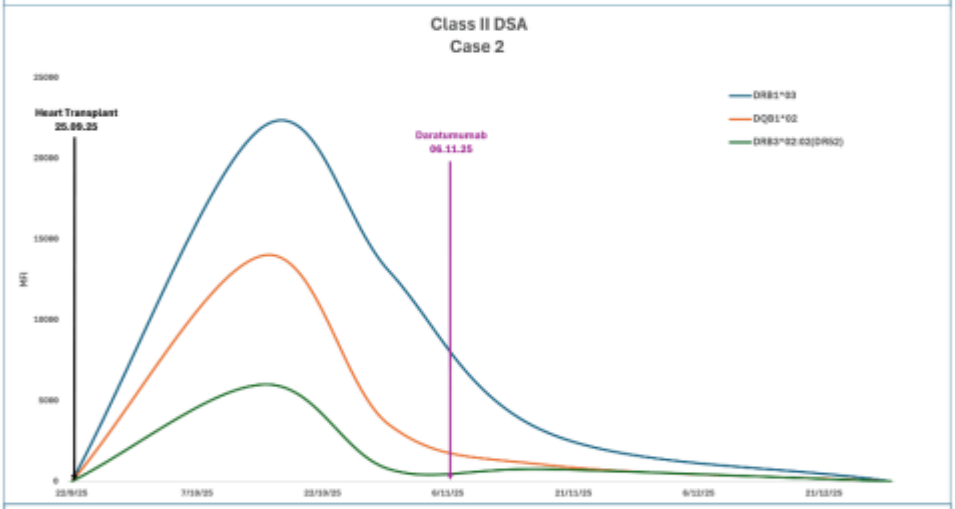
Introducción: El rechazo mediado por anticuerpos (RMA) constituye una de las principales causas de disfunción del injerto, vasculopatía acelerada y mortalidad tras el trasplante cardiaco (TC). Hasta un tercio de los pacientes desarrolla formas persistentes o refractarias, asociadas a peor pronóstico. Daratumumab, un anticuerpo monoclonal anti-CD38 dirigido contra células plasmáticas maduras, ha emergido como una alternativa terapéutica prometedora en este contexto.

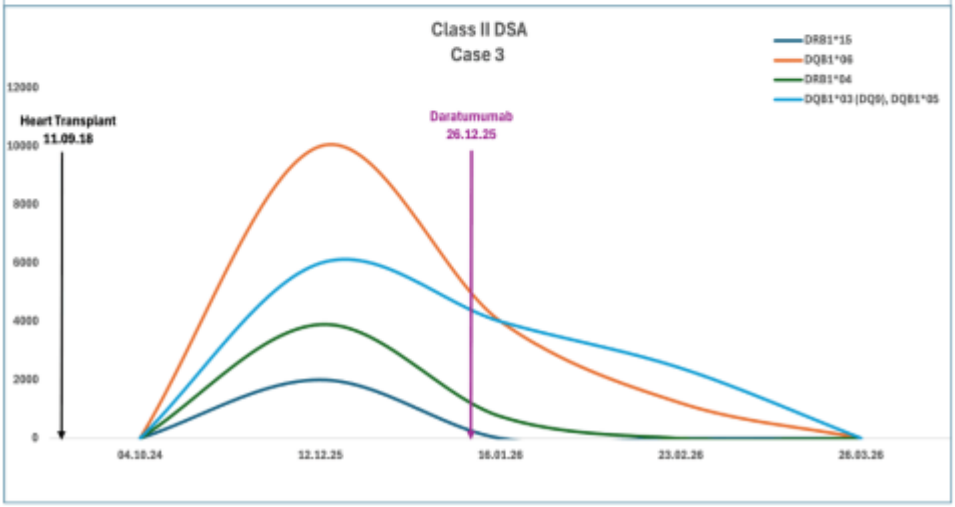
Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo tipo serie de casos que incluyó a tres pacientes adultos sometidas a TC ortotópico y tratados con daratumumab por RMA persistente en un centro terciario. El diagnóstico de RMA se estableció según los criterios de la ISHLT, combinando biopsias endomiocárdicas (BEM) seriadas, detección de anticuerpos donante-específicos (DSA) y evaluación clínica y funcional del injerto. Daratumumab se administró tras fracaso de terapias convencionales. Se analizaron la evolución clínica, histológica, serológica y la aparición de eventos adversos.

Resultados: Todos los pacientes presentaron RMA persistente con DSA de clase II y hallazgos inmunopatológicos compatibles, pese a tratamiento intensivo previo con corticoides, inmunoglobulinas intravenosas, plasmaféresis y rituximab. Tras la introducción de daratumumab, se observó una evolución clínica favorable en todos los casos, con preservación o mejoría de la función biventricular y normalización progresiva de biomarcadores cardiacos. En el primer caso, se evidenció un descenso sostenido de la intensidad de DSA y ausencia de fijación de complemento, con resolución del RMA en BEM de control, permitiendo la suspensión del tratamiento. En el segundo y tercer caso, se logró la negativización completa de DSA y la resolución del RMA en BEM de control, permitiendo la suspensión del tratamiento. Los principales efectos adversos fueron hematológicos (principalmente leucopenia) e intolerancia gastrointestinal, manejables con ajuste terapéutico y medidas de soporte, sin infecciones graves asociadas.

Conclusiones: Daratumumab podría representar una opción terapéutica eficaz en el RMA refractario tras TC, mostrando una respuesta concordante a nivel serológico e histológico. No obstante, estos resultados deben interpretarse con cautela dada la limitada muestra, siendo necesarios estudios prospectivos que definan su papel en el manejo del rechazo humoral.


Class II DSA
Case 1
Heart Transplant
12.04.25
Daratumumab
01.07.25
DRB1*07
DQB1*02
DRB4*01
MFI
30000
25000
20000
15000
10000
5000
0
28.03.25
15.04.25
30.04.25
21.04.25
13.06.25
09.07.25
25.08.25
17.10.25
18.11.25
15.01.26
18.02.26


Class II DSA
Case 2
Heart Transplant
25.09.25
Daratumumab
06.11.25
DRB1*03
DQB1*02
DRB3*02:02(DR52)
MFI


Class II DSA
Case 3
Heart Transplant
11.09.18
Daratumumab
26.12.25
DRB1*15
DQB1*06
DRB1*04
DQB1*03 (DQ9), DQB1*05
12000
10000
8000
6000
4000
2000
0
04.10.24
12.12.25
16.01.26
23.02.26
26.03.26