

CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL E HIPERCOLESTEROLEMIA TRATADO CON ALIROCUMAB

Miguel Ángel Rojas Fernández,¹ Elizabeth Canllavi Fiel,¹ Beatriz Proy Vega,² Rebeca García Agudo¹

¹Servicios de Nefrología y ²Farmacia Hospitalaria, Hospital La Mancha-Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Introducción

La enfermedad renal crónica es una patología que conlleva muy alto riesgo cardiovascular, con un aumento de la mortalidad cardiovascular que progresa a medida que empeora el filtrado glomerular. Por ello, resulta fundamental controlar los factores modificables de riesgo cardiovascular, como la dislipidemia, que incrementa la aterosclerosis y sus complicaciones asociadas.

Se presenta el caso de un paciente varón de 74 años, en seguimiento nefrológico por trasplante renal de donante cadáver realizado en 1995, en tratamiento con micofenolato y everolimus. Había estado un año en diálisis peritoneal por una enfermedad renal crónica de etiología no filiada, posiblemente secundaria a nefropatía vascular. Entre sus antecedentes personales destacan: hipertensión arterial diagnosticada a los 50 años, en tratamiento con furosemida, candesartán y carvedilol; hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, en tratamiento con ezetimiba y fibrato por prurito y eosinofilia asociados a estatinas; enfermedad de triple vaso revascularizada y fibrilación auricular crónica, con anticoagulación oral, en seguimiento por Cardiología.

Tratamiento y evolución

En octubre de 2015, sufre síndrome coronario agudo sin elevación del ST que evoluciona a infarto agudo de miocardio no Q Killip I por trombosis distal de *bypass* de safena, tratado con fibrinolisis y estatina, con buena respuesta, quedando estenosis residual moderada por difícil acceso para intervencionismo. En todo momento, el paciente mantiene una función renal normal, con una creatinina sérica de 0,5-0,9 mg/dL. El control de la hipercolesterolemia es óptimo (c-LDL, 45-60 mg/dL) pero, en febrero de 2017, el paciente refiere no soportar más el prurito ocasionado por la estatina.

En la exploración se advierte sequedad cutánea generalizada con lesiones de rascado en distintas fases de

evolución y con distribución en tórax, espalda y miembros superiores e inferiores (Figura 1).

Ante el antecedente de alergia referido previamente por el paciente, se decide la sustitución de la estatina (atorvastatina 80 mg/día) por Alirocumab (75 mg quincenal), con estrecho control clínico y analítico por la falta de experiencia con iPCSK9 en pacientes trasplantados renales y, por tanto, en tratamiento inmunosupresor (Tabla 1). El prurito y las lesiones cutáneas desaparecieron con el cambio de tratamiento.

Desde 2017 a 2023, el paciente ha tenido cifras de c-LDL de 25-45 mg/dL (Figura 2), en objetivo según las guías ESC/EAS de 2019.¹ **Los niveles de everolimus se han mantenido estables durante todo el seguimiento, la función renal no se ha modificado, no ha habido ningún otro evento coronario en este tiempo y no ha aparecido ningún efecto secundario.**



Figura 1. Sequedad mucocutánea y lesiones de rascado por estatinas

Conclusiones

Alirocumab fue eficaz y bien tolerado en este paciente con trasplante renal. Podría considerarse como alternativa en este perfil de pacientes y, especialmente, en aquellos que ya han tenido un evento cardiovascular, en los que los niveles de c-LDL son esenciales en prevención secundaria.

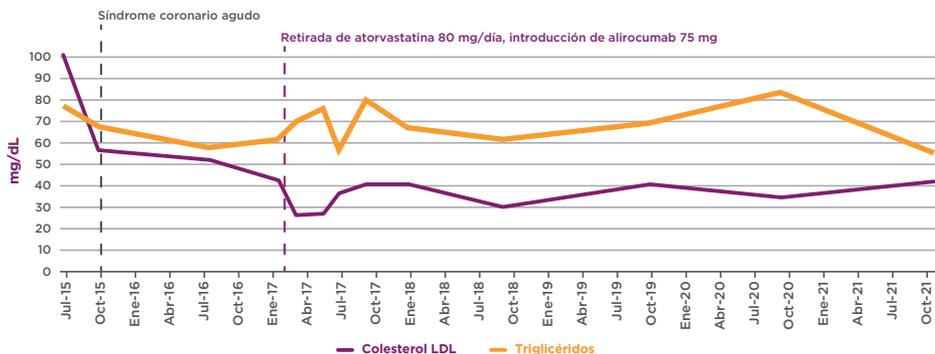


Figura 2. Evolución de la dislipidemia antes y después del tratamiento con alirocumab

Fecha de revisión	Tratamiento	Creatinina (mg/dL)	c-LDL (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)
07/15	Ezetimiba 10 mg/día	0,7	101	77
10/15	Atorvastatina 80 mg/día Ezetimiba 10 mg/día	0,8	57	68
08/16	Atorvastatina 80 mg/día Ezetimiba 10 mg/día	0,5	52	58
01/17	Atorvastatina 80 mg/día Ezetimiba 10 mg/día	0,6	43	62
02/17 Retirada atorvastatina 80 mg/día e inicio tratamiento con alirocumab				
03/17	Alirocumab 75 mg/c2s Ezetimiba 10 mg/día	0,5	26	70
05/17	Alirocumab 75 mg/c2s Ezetimiba 10 mg/día	0,7	27	76
07/17	Alirocumab 75 mg/c2s Ezetimiba 10 mg/día	0,6	37	57
09/17	Alirocumab 75 mg/c2s Ezetimiba 10 mg/día	0,6	41	80
01/18	Alirocumab 75 mg/c2s Ezetimiba 10 mg/día	0,7	41	67
09/18	Alirocumab 75 mg/c2s Ezetimiba 10 mg/día	0,7	30	62
10/19	Alirocumab 75 mg/c2s Ezetimiba 10 mg/día	0,6	41	69
09/20	Alirocumab 75 mg/c2s Ezetimiba 10 mg/día	0,6	35	84
11/21	Alirocumab 75 mg/c2s Ezetimiba 10 mg/día	0,6	42	55

Tabla 1. Evolución de la dislipidemia antes y después del tratamiento con alirocumab

c2s: cada 2 semanas; iPCSK9: inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9; SCA: síndrome coronario agudo.

Referencia: 1. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-188.