

La olvidada Ig A

Sonia Blanco Sío, Xavier Canseco Suárez, Lourdes Vérez Vivero

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Matamá Vigo

Cad Aten Primaria
Año 2010
Volume 17
Páx. 214-214

Varón de 80 años, alérgico a penicilina. HTA, insuficiencia mitral, adenocarcinoma de próstata, bursitis olecraniana derecha recidivante, síndrome depresivo y artrosis.

Realiza tratamiento con IECA, diurético, escitalopram, benzodiazepinas, glucosamina, lactulosa, omeprazol, alfa-bloqueante, AINES, tramadol y buprenorfina.

Actualmente y desde hace seis meses refiere lumbalgia que no mejora con AINES ni opioides menores. Se demuestra patología degenerativa confirmada por estudios de imagen. El estudio analítico completo resultó dentro de la normalidad, salvo el proteinograma, que mostró un nivel de IgA de 50mg/dl (70-400mg/dl).

PREGUNTAS

¿Qué significado clínico tiene este resultado?

Correspondencia

Sonia Blanco Sío
C/ Donantes de Sangre, portal 2, nº2, 4º.
O Porriño. 36400. Pontevedra.
email: soniablancosio@hotmail.com

RESPUESTA A CASO CLÍNICO LA OLVIDADA IGA A

DIAGNÓSTICO

Se estableció el diagnóstico de déficit selectivo de Ig A. Este resultado se asocia con mayor susceptibilidad a infecciones. En nuestro paciente resulta un hallazgo analítico, que no cambia el diagnóstico de su patología osteoarticular ni implica modificaciones en la actitud terapéutica.

EXPLICACIÓN FINAL

La Ig A o anticuerpo secretor es la principal inmunoglobulina encargada de la defensa de mucosas. Su deficiencia, la cual suele ser familiar, afecta a 1 de cada 500-600 individuos de origen europeo. Se desconocen las causas de este déficit, pero en sujetos de raza blanca el trastorno suele asociarse a determinados haplotipos del complejo de histocompatibilidad mayor, y diferentes estudios sugieren que algunos pacientes pueden desarrollar déficit de otra inmunoglobulina, la Ig G (subclases IgG2 y/o Ig G4).

La mayoría de los individuos están asintomáticos o presentan sintomatología leve, que no les lleva a consultar al médico, por lo que hay una importante proporción de pacientes sin diagnosticar. Otros, sin embargo, presentan enfermedad significativa, desconociéndose la causa de esta variación. Entre la clínica más destacada está la susceptibilidad a infecciones de repetición, sobre todo óticas, bronquitis y neumonía. También puede encontrarse diarrea crónica, en el contexto o no de una alergia alimentaria, asma y enfermedades atópicas. Existe una asociación significativa con enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide, lupus eritematoso generalizado, púrpura trombocitopénica autoinmune, vitíligo, tiroiditis autoinmunitaria, hepatitis crónica autoinmune, celiaquía y Sjögren. Existen publicados casos de pacientes con mayor incidencia de litiasis biliar, sarcoidosis, síndrome del túnel carpiano y déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.

Los pacientes con deficiencia de Ig A con frecuencia producen autoanticuerpos de tipo Ig G (o posiblemente IgE) antiA de forma que al recibir transfusiones de sangre o hemoderivados pueden sufrir reacciones anafilácticas.

Se debe sospechar esta patología en pacientes con infecciones recurrentes o crónicas, alergias, enfermedades autoinmunes o combinación de estos problemas, ante los cuales se debe solicitar un proteograma. Otras pruebas indicadas en estos pacientes son: hemograma, estudio de la función pulmonar, analítica de orina, estudio tiroideo, función renal y estudio de la absorción de nutrientes.

Actualmente no es posible reemplazar de forma selectiva la Ig A, con lo que el tratamiento se basa en el control de cada problema: antibioterapia específica en las infecciones, AINES en los procesos inflamatorios, corticoides en ciertas enfermedades autoinmunes, hormonas

sustitutivas en los procesos de índole endocrinológica y tratamiento con antihistamínicos y corticoides en las alergias.

En aquellos pacientes con déficit de Ig A e Ig G2 que no responden adecuadamente a antibióticos, el uso de gammaglobulina puede resultar útil para disminuir la frecuencia de infecciones.

Las enfermedades asociadas son las que determinan el pronóstico.

Una evaluación retrospectiva de la historia clínica de este paciente descubre que un proceso neumónico, la bursitis crónica recidivante, una diarrea de dos meses de evolución que requirió estudios complementarios y una reacción alérgica alimentaria, hace 12 años, que precisó tratamiento hospitalario, son problemas muy probablemente relacionados con su déficit selectivo de Ig A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison: Principios de Medicina Interna. 16ªed. Mc Graw Hill; 2005;297:2140
2. Déficit selectivo de Ig A. Unitat de Patologia infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria. Vall d'Hebron; 2008.
3. Evaluación inmunológica y tratamiento en pacientes pediátricos con déficit de Ig A. E. Noris García, A. Dorta Contreras, J.L. Noris García. *Alergol Inmunol Clin.*2002;17:180-184.