

Abordaje Terapéutico en un Adulto con Neumonía Recurrente, Inmunodeficiencia Común Variable y Hepatitis B crónica

Andrés Felipe Zea-Vera MD PhD andres.zea@correounivalle.edu.co
 Profesor Asistente. Dpto Microbiología, Universidad del Valle.

INTRODUCCION: El reemplazo con inmunoglobulinas es el pilar de la terapia para los pacientes con inmunodeficiencia común variable (CVID), que se caracteriza por ser una inmunodeficiencia predominantemente de anticuerpos siendo además la inmunodeficiencia primaria (IDP) más frecuente. Los sujetos con hepatitis B crónica han sido excluidos sistemáticamente de los estudios clínicos en que se evalúa el reemplazo de inmunoglobulinas en pacientes con IDP y en consecuencia, no se ha evaluado su eficacia y seguridad

DESCRIPCION DEL CASO: Hombre afro-colombiano de 27 años de edad que se presentó al servicio de urgencias de un hospital nivel III de la ciudad de Cali (Colombia). Al examen físico y por imagen se demuestra una neumonía basal izquierda con derrame. Tiene como antecedente neumonías a repetición (más de 10 neumonías en su vida adulta) desde los 22 años de edad, más de 10 pruebas ELISA de 4ta generación) y un total de 3 fibrobronoscopias donde le realizaron estudios para tuberculosis negativos. Los hemocultivos y cultivo de esputo fueron positivos para *Streptococcus pneumoniae* multisensible. Inmunología clínica de adultos hace el diagnóstico de infección crónica por Hepatitis B inmuno-tolerante e inmunodeficiencia humoral grave, con niveles de inmunoglobulinas en rangos de agamaglobulinemia (Tabla 1). La hipogamaglobulinemia grave con cantidad de linfocitos B normal y las infecciones sinopulmonares establecen con certeza el diagnóstico de inmunodeficiencia común variable (CVID).

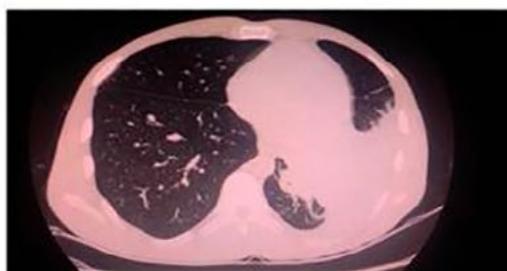


Figura 1: Consolidación basal izquierda con derrame ipsilateral con diagnóstico microbiológico de *Streptococcus pneumoniae*

Tabla 1. Evaluación Inmuno-Virológica

	RESULTADO	VALORES REFERENCIA	DE
INMUNOGLOBULINAS SÉRICAS			
IgA	<5 mg/dL	40-350 mg/dL	
IgG	115 mg/dL	650-1600 mg/dL	
IgM	<5 mg/dL	50-300 mg/dL	
IgE	1 UI/ml	1-87 UI/ml	
POBLACIONES LINFOCITARIAS			
Recuento total de Linfocitos	1765 Cel/uL	900 - 5.000 Cel/uL	
Linfocitos T CD3+	1410 Cel/uL	900 - 2.577 Cel/uL	
Linfocitos T ayudadores CD4+	910 Cel/uL	544 - 1.663 Cel/uL	
Linfocitos T citotóxicos CD8+	435 Cel/uL	272 - 932 Cel/uL	
Relación CD4+/CD8+	2.09 Cel/uL	0.93 - 4.5 Cel/uL	
Linfocitos B (CD19+CD20+)	264 Cel/uL	100-500 Cel/uL	
Linfocitos NK (CD56+CD16+)	126 Cel/uL	84-724 Cel/uL	
AGENTES INFECCIOSOS			
Carga Viral VHB	Indetectable	Indetectable	
Carga Viral HCV	Indetectable	Indetectable	
Antígeno superficial HBV	Positivo	Negativo	
Anticuerpos contra el core HBV	Negativo	Negativo	
Carga Viral HBV	3504000 UI/mL	Negativo	
Antígeno E HBV	Positivo	Negativo	

PROPUESTA TERAPEUTICA: Sustitución con inmunoglobulinas humanas intravenosa IVIg: 1. Inicio de entecavir buscando reducir al máximo la carga viral 2. Profilaxis con Trimetoprim/Sulfametoxazol sumado aazitromicina de rescate en caso de síntomas respiratorios. 3. Evaluación periódica del HBsAg, carga viral de VHB y las enzimas hepáticas. 4. Hidratación pre-administración de IVIg 5. Premedicación: Prednisolona/Cetirizina 6. Inmunoglobulina Humana intravenosa (IVIg) al 10%. La IVIg se inició a una dosis de 100 mg/kg interdiaria, para una dosis acumulada de 500 mg/kg. 7. Pruebas de función renal y hepática.

CONCLUSIÓN: La supresión de HBV con entecavir y la administración inicial de dosis bajas inmunoglobulina humana intravenosa al 10% (100mg/Kg interdiarias hasta lograr la dosis acumulada indicada) a baja velocidad de infusión, puede ser una estrategia eficaz y segura en el tratamiento de pacientes con CVID y hepatitis B crónica.