Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):103

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3431 - BUSCANDO EL ORIGEN DEL CUADRO

I. Rodríguez Calzadilla[a], P. Morión Castro[b], M. Turégano Yedro[c], A. Zarif Mesa[d], J.C. Romero Vigara[e], A.M. Aragón Merino[b], J. Prieto Nave[f], E. Jiménez Baena[g] y D. García Moreno[h]

[a]Médico Residente. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres. [b]Médico Residente. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. [d]Médico Residente. Centro de Salud Plaza de Argel. Cáceres. [e]Médico de Familia. EAP Trujillo. Cáceres. [f]Médico Residente. Centro de Salud de Almazora. Castellón. [g]Médico Residente de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [h]Médico de Familia. Centro de Salud San Bernardo. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 23 años que acude a nuestra consulta del Centro de Salud por presentar únicamente candidiasis orales recidivantes pese a tratamiento con fluconazol. En el cultivo de exudado bucal se objetivó colonización de *Klebsiella oxytoca*, prescribiéndose antibioterapia y, ante la sospecha de una inmunodeficiencia adquirida, se preguntó sobre conductas de riesgo y se solicitaron serología completa, analítica general con proteínas totales, inmunoproteínas séricas y autoinmunidad. Tras completarse las pruebas fue diagnosticado de déficit selectivo de Inmunoglobulina (Ig) A, siendo derivado al servicio de Inmunología para tratamiento y seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración de la cavidad oral reveló probable infección fúngica con lesiones aterciopeladas, blanquecinas y que se desprendían al raspado. Se pidió cultivo de exudado bucal tras acabar tratamiento antifúngico, y posteriormente se decidió realizar analítica general (destacaba neutropenia leve), serología (negativa) y pruebas de autoinmunidad, que evidenciaron una IgA menor de 0,06 g/L y anticuerpos Anti IgA 0,9 U/L, diagnosticándose de déficit selectivo de IgA.

Juicio clínico: Inmunodeficiencia por déficit selectivo de IgA.

Diagnóstico diferencial: En el déficit de IgA hay que hacer el diagnóstico diferencial con otras inmunodeficiencias primarias, como déficit de las demás subclases de IgG, inmunodeficiencia común variable... También debe hacerse diagnóstico diferencial con inmunodeficiencias adquiridas, como las producidas por fármacos, SIDA y la hipogammaglobulinemia postinfecciosa.

Comentario final: El déficit selectivo de IgA es la inmunodeficiencia primaria humoral más frecuente. Suele ser asintomática, y diagnosticarse tras infecciones en mucosas de repetición. Suele asociarse a inmunodeficiencia común variable, diabetes mellitus tipo 1 y diferentes reacciones alérgicas. El tratamiento es vacunación anual de la gripe y el neumococo, y antibióticos si hay infección, no estando indicadas las inmunoglobulinas. Desde atención primaria es importante sospechar una posible inmunodeficiencia primaria e incluir en la analítica inmunoglobulinas y

marcadores de autoinmunidad, además de solicitar serología en pacientes con infecciones recidivantes.

Bibliografía

1. Bonilla FA, Bernstein IL, Khan DA, et al. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. Ann Allergy Asthma Immunol. 2005;94(5 Suppl 1):S1-63.
2. Wang N, Hammarström L. IgA deficiency: what is new? Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2012;12:602-8.

Palabras clave: *Klebsiella oxytoca. Déficit selectivo de IgA.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.