



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/3431 - Buscando el origen del cuadro

I. Rodríguez Calzadilla<sup>a</sup>, P. Mori3n Castro<sup>b</sup>, M. Tur3gano Yedro<sup>c</sup>, A. Zarif Mesa<sup>d</sup>, J.C. Romero Vigara<sup>e</sup>, A.M. Arag3n Merino<sup>b</sup>, J. Prieto Nave<sup>f</sup>, E. Jim3nez Baena<sup>g</sup> y D. Garc3a Moreno<sup>h</sup>

<sup>a</sup>M3dico Residente. Centro de Salud Manuel Encinas. C3ceres. <sup>b</sup>M3dico Residente. Centro de Salud Zona Centro. C3ceres. <sup>c</sup>M3dico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. C3ceres. <sup>d</sup>M3dico Residente. Centro de Salud Plaza de Argel. C3ceres. <sup>e</sup>M3dico de Familia. EAP Trujillo. C3ceres. <sup>f</sup>M3dico Residente. Centro de Salud de Almazora. Castell3n. <sup>g</sup>M3dico Residente de Cardiolog3a. Hospital Universitario Virgen del Roc3o. Sevilla. <sup>h</sup>M3dico de Familia. Centro de Salud San Bernardo. Salamanca.

## Resumen

**Descripci3n del caso:** Var3n de 23 a3os que acude a nuestra consulta del Centro de Salud por presentar 3nicamente candidiasis orales recidivantes pese a tratamiento con fluconazol. En el cultivo de exudado bucal se objetiv3 colonizaci3n de *Klebsiella oxytoca*, prescribi3ndose antibioterapia y, ante la sospecha de una inmunodeficiencia adquirida, se pregunt3 sobre conductas de riesgo y se solicitaron serolog3a completa, an3lisis general con prote3nas totales, inmunoprote3nas s3ricas y autoinmunidad. Tras completarse las pruebas fue diagnosticado de d3ficit selectivo de Inmunoglobulina (Ig) A, siendo derivado al servicio de Inmunolog3a para tratamiento y seguimiento.

**Exploraci3n y pruebas complementarias:** La exploraci3n de la cavidad oral revel3 probable infecci3n f3ngica con lesiones aterciopeladas, blanquecinas y que se desprend3an al raspado. Se pidi3 cultivo de exudado bucal tras acabar tratamiento antif3ngico, y posteriormente se decidi3 realizar an3lisis general (destacaba neutropenia leve), serolog3a (negativa) y pruebas de autoinmunidad, que evidenciaron una IgA menor de 0,06 g/L y anticuerpos Anti IgA 0,9 U/L, diagnostic3ndose de d3ficit selectivo de IgA.

**Juicio cl3nico:** Inmunodeficiencia por d3ficit selectivo de IgA.

**Diagn3stico diferencial:** En el d3ficit de IgA hay que hacer el diagn3stico diferencial con otras inmunodeficiencias primarias, como d3ficit de las dem3s subclases de IgG, inmunodeficiencia com3n variable... Tambi3n debe hacerse diagn3stico diferencial con inmunodeficiencias adquiridas, como las producidas por f3rmacos, SIDA y la hipogammaglobulinemia postinfecciosa.

**Comentario final:** El d3ficit selectivo de IgA es la inmunodeficiencia primaria humoral m3s frecuente. Suele ser asintom3tica, y diagnosticarse tras infecciones en mucosas de repetici3n. Suele asociarse a inmunodeficiencia com3n variable, diabetes mellitus tipo 1 y diferentes reacciones al3rgicas. El tratamiento es vacunaci3n anual de la gripe y el neumococo, y antibi3ticos si hay infecci3n, no estando indicadas las inmunoglobulinas. Desde atenci3n primaria es importante sospechar una posible inmunodeficiencia primaria e incluir en la an3lisis inmunoglobulinas y marcadores de autoinmunidad, adem3s de solicitar serolog3a en pacientes con infecciones recidivantes.

## Bibliograf3a

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.