



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3224 - Déficit de IgG. Una causa de mal control del paciente EPOC agudizador tipo bronquítico crónico

X. Piris García<sup>a</sup>, J.L. García Rivero<sup>b</sup>, J.C. López Caro<sup>c</sup>, M. Hierro Cámara<sup>d</sup>, F. Gómez Molleda<sup>e</sup>, M.S. Piris Santamaría<sup>d</sup>, M.M. Cohen Escovar<sup>f</sup>, A. Vázquez Sánchez<sup>g</sup>, M. Santibáñez Margüello<sup>h</sup> y C.A. Reyes Mateo<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Neumólogo. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cotoño. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cotoño I. Castro Urdiales. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ramales. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Buenavista. Portugalete. Vizcaya. <sup>g</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>h</sup>Epidemiólogo. <sup>i</sup>Médico de Familia. SUAP Astillero. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 74 años en seguimiento en nuestra consulta y en Neumología por EPOC moderado, agudizador tipo bronquitis crónica con múltiples ingresos por descompensaciones.

**Exploración y pruebas complementarias:** SO<sub>2</sub>: 93-95%. Auscultación Pulmonar: crepitantes finos en tercio pulmonar izquierdo; Auscultación cardíaca: soplo eyectivo aórtico. Pruebas funcionales: mostraba un patrón mixto (FEV1 49%, FVC 56%, FEV1/FVC 61,06%). Radiografía de tórax: prominencia hiliar bilateral de aspecto vascular. Analítica: alfa 1 antitripsina dentro de los rangos normales y ligero déficit de IgG (716 mg/dl). En los cultivos de esputo se apreció colonización crónica por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente. El TCAR tórax mostraba discreto engrosamiento peribronquial y septal interlobulillar, tractos fibrocicatriciales bibasales y bronquiectasias cilíndricas.

**Juicio clínico:** EPOC agudizador tipo bronquitis crónica. Bronquiectasias por inmunodeficiencia colonizadas por *Pseudomonas* multirresistente.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades pulmonares intersticiales; asma bronquial; panbronquiolitis difusa; tuberculosis...

**Comentario final:** Nuestro paciente presentó ingresos hospitalarios recurrentes que requirieron de antibioticoterapia. Además, se pautó colistina nebulizada sin disminuir las agudizaciones. Dada la detección de déficit de IgG, se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa mensualmente. La normalización en los niveles de IgG, se asoció con una disminución en el número de agudizaciones, hasta el punto de revertir la multirresistencia de la *Pseudomonas aeruginosa* en el cultivo de esputo significativamente. Algunos autores consideran que algunas deficiencias de inmunidad humoral podrían ser causantes de gran parte de las bronquiectasias consideradas hoy en día idiopáticas. Tal y como recomienda la guía española para el manejo de la EPOC (GesPOC) se debería solicitar niveles de IgG en sangre periférica a todo paciente con EPOC agudizador tipo bronquítico crónico ya que puede contribuir a la génesis y evolución de las bronquiectasias.

### Bibliografía

1. [www.gesepoc.com](http://www.gesepoc.com)

2. Martínez MA, Román P, Perpiñá M, Soler JJ, Saura A, Yago M, et al. Bronquiectasias en pacientes mayores de 65 años. Estudio de los valores séricos de las subclases de inmunoglobulina G. Med Clin. 2007;129:525-9.

*Palabras clave:* Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Bronchiectasis. Immunoglobulin G.