

Tetania como primera manifestación de inmunodeficiencia común variable

Tetania; Inmunodeficiencia común variable.

Sr. Editor: La inmunodeficiencia común variable (ICV) constituye un grupo heterogéneo de trastornos inmunitarios de etiología desconocida, caracterizados por una alteración en la producción de inmunoglobulinas y en la elaboración de anticuerpos, que clínicamente se manifiesta con infecciones bacterianas crónicas o recurrentes, fundamentalmente del tracto respiratorio. Además del aumento de la predisposición a infecciones, la ICV se asocia a múltiples trastornos de naturaleza autoinmune, inflamatoria o neoplásica^{1,2}. El diagnóstico se basa en la demostración de concentraciones séricas disminuidas de inmunoglobulinas y la exclusión de otras alteraciones de la inmunidad humoral. El tubo digestivo se encuentra afectado en aproximadamente un 21% de los pacientes³. Presentamos un caso de ICV, cuya primera manifestación fue una tetania en el contexto de hipocalcemia e hipomagnesemia asociadas a un síndrome de malabsorción.

Varón de 47 años, sin antecedentes de interés excepto etilismo crónico y diarrea de más de 20 años de evolución, consistente en 3-4 deposiciones diarias de consistencia blanda, que había sido etiquetada como un síndrome de colon irritable. El paciente negaba infecciones respiratorias recurrentes o graves. Consultó por un cuadro de tres meses de evolución de astenia, pérdida de peso y aumento del número de deposiciones (que no había llamado la atención del enfermo), acompañados en la últimas tres semanas de calambres musculares y parestias en las manos, extremidades inferiores y región perioral. En la exploración física únicamente destacaba la existencia de un signo de Trousseau. Entre los estudios de laboratorio destacaban: calcio, 1,2 mmol/l; fósforo, 0,32 mmol/l; magnesio, 0,18 mmol/l; potasio, 2,4 mmol/l; creatinina, 133 µmol/l; albúmina, 3,4 g/l, y $9,6 \times 10^9$ leucocitos, con linfocitos totales del 42% y linfocitos CD4+ de $0,9 \times 10^9$. La concentración de gammaglobulinas totales era de 2 g/l, con IgG 0,97 g/l (normal, 8,1-16,9 g/l), IgA 0,05 g/l (normal, 0,8-4,9 g/l) e IgM 0,07 g/l (normal, 0,5-3,6 g/l). Las concentraciones de hemoglobina, transferrina, glucosa, fosfatasa alcalina y el índice de protrombina eran normales. En la prueba de la d-xilosa, la excreción urinaria fue de 4,5 g (valor normal, por encima de 5 g) y los valores séricos fueron de 1,4 mmol/l (valor normal, por encima de 2,1 mmol/l). Los anticuerpos anti gliadina y frente al virus de la inmunodeficiencia humana fueron negativos. Se practicaron una ecografía abdominal y un tránsito intestinal, que no revelaron hallazgos patológicos. En el cultivo y el examen microscópico de varias muestras de heces no se apreciaron huevos, parásitos o crecimiento de microorganismos enteropatógenos. La biopsia perioral del intestino delgado puso de manifiesto la existencia de una leve atrofia de vellosidades. El paciente fue tratado con vitamina D oral y suplementos de potasio, calcio y magnesio, con mejoría de las alteraciones bioquímicas. La dieta exenta de gluten no produjo una mejoría significativa de la diarrea. Se realizó una prueba terapéutica con inmunoglobulinas intravenosas, que fue interrumpida por mala tolerancia por parte del paciente. Después de 7 años de seguimiento, el paciente permanece prácticamente asintomático, con 2-3 episodios diarios de deposiciones blandas; los valores séricos de calcio y magnesio se mantienen en límites normales con la administración oral de calcio y vitamina D. Ante la mejoría clínica experimentada, no se ha planteado la realización de nuevos intentos terapéuticos con otras fórmulas de inmunoglobulinas parenterales.

Los pacientes con ICV pueden presentar una gran variedad de trastornos digestivos, tanto de etiología infecciosa como no infecciosa, que incluyen las infecciones por *Giardia lamblia* u otros patógenos digestivos como *Salmonella*, *Shigella* o *Campylobacter*, hiperplasia nodular linfóide, enfermedad inflamatoria intestinal y neoplasias digestivas, especialmente adenocarcinoma gástri-

co y linfoma intestinal^{1,2,4}. En aproximadamente un 10% de los pacientes, se diagnostica un síndrome de malabsorción similar a la enfermedad celíaca, asociado a la aparición de diarrea, pérdida de peso y el hallazgo en la biopsia de intestino delgado de aplanamiento de vellosidades intestinales con infiltración linfocitaria y ausencia de células plasmáticas en la lámina propia. La causa de este síndrome no se conoce; el tratamiento empírico con antibióticos, esteroides o dieta sin gluten no es efectivo de forma uniforme^{1,2,4}. La hipocalcemia y la hipomagnesemia son complicaciones relativamente frecuentes de los trastornos digestivos que producen malabsorción de calcio y/o vitamina D; la enfermedad celíaca es la entidad más representativa, y en ella se han comunicado varios casos de hipocalcemia sintomática como manifestación inicial en pacientes con síntomas digestivos de escasa trascendencia o ausentes⁵. Según nuestros datos, la hipocalcemia e hipomagnesemia sintomáticas, como las que presentaba este paciente, no han sido descritas como manifestaciones iniciales de la ICV, en ausencia de una historia previa de complicaciones infecciosas o síntomas digestivos significativos (MEDLINE, 1966-2000; estrategia de búsqueda: *common variable immunodeficiency* y *tetany*, *hypocalcemia*, *magnesium deficiency* o *hypomagnesemia*).

Eva Lizarralde Palacios, Pedro Martínez Odriozola, Pedro Gamboa Setién y Alfonso Gutiérrez Macías

Servicios de Medicina Interna, Alergología y Urgencias. Hospital de Basurto. Bilbao.

- Sneller MC, Strober W, Eisenstein EM, Jaffe JS, Cunningham-Rundles C. New insights into common variable immunodeficiency. *Ann Intern Med* 1993; 118: 720-730.
- Eisenstein EM, Sneller MC. Common variable immunodeficiency: diagnosis and management. *Ann Allergy* 1994; 73: 285-294.
- Cunningham-Rundles C, Bodian C. Common variable immunodeficiency: clinical and immunological features of 248 patients. *Clin Immunol* 1999; 92: 34-48.
- Sperber KE, Mayer L. Gastrointestinal manifestations of common variable immunodeficiency. *Immunol Allergy Clin N Am* 1988; 8: 421-434.
- Shaker JL, Brickner RC, Findling JW, Kelly TM, Rapp R, Rizk G et al. Hypocalcemia and skeletal disease as presenting features of celiac disease. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1013-1016.

La inmigración en Canarias: un cambio en los problemas de salud

Inmigración.

Sr. Editor: La avalancha de pateras llegadas a las costas canarias con inmigrantes africanos ilegales, generalmente jóvenes, en estos últimos meses, ha disparado algunas alarmas rojas, entre ellas las sociales¹ y las sanitarias². Según la vigente Ley General de Sanidad, las actividades de sanidad exterior son todas aquellas que se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud debidos a la importación, exportación o tránsito de mercancías y viajeros internacionales. En su desarrollo también se reitera y confirma el artículo 149 de la Constitución Española, que señala a la sanidad exterior como competencia exclusiva del Estado. El problema de los inmigrantes, en relación con su procedencia (tabla 1), podría tener, en determinadas circunstancias, consecuencias sanitarias³, pero no esencialmente distintas de las de otras personas que llegan por avión desde los mismos lugares. Debido a su origen y condición humildes, la aparición de algunas enfermedades es más frecuente en estos viajeros

TABLA 1

Procedencia de los inmigrantes ilegales llegados a Canarias, en número y porcentaje, en el período 1996-2000

Año	N	Magreb (%)	África subsahariana (%)	Otra (%)
1996	36	80	5	15
1997	154	81	5	14
1998	646	85	8	7
1999	1.421	86	9	5
2000*	1.396	8	90	2

Delegación del Gobierno en Canarias. Las Palmas de Gran Canaria, 2000. *Datos provisionales a fecha corriente.

marinos que en los aéreos. La oleada creciente de pateras en lo que va del año 2000 presenta dos novedades: el predominio de individuos de procedencia subsahariana (países con los que no hay acuerdos de repatriación) y la feminización progresiva de esta población migrante. El aumento de la inmigración, pese a las medidas disuasorias ensayadas por las autoridades españolas, indica que la solución al problema depende no tanto del punto de destino de las embarcaciones como de su lugar de origen.

Algunos factores ambientales, tecnológicos y sociales han influido notablemente en la aparición de nuevas enfermedades, en la reemergencia de otras antiguas⁴ y en la aparición de problemas de resistencia a determinados agentes terapéuticos. A la influencia ambiental y social habría que añadir un aumento de la susceptibilidad de la población frente a los agentes etiológicos, mediada por condiciones sociodemográficas como el envejecimiento, el incremento de la pobreza, las migraciones⁵, los cambios climáticos y los estilos de vida.

La estrategia general en la lucha contra las enfermedades infecciosas en una comunidad se basa en el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica y emisión de respuestas correctoras. Este sistema ha de apoyarse en la investigación biomédica aplicada, el entrenamiento de los profesionales sanitarios y la prevención y control de factores de riesgo y causas predisponentes o desencadenantes.

Las políticas y los planes de prevención general deberán tener en cuenta, prioritariamente, los problemas de salud pública planteados por las resistencias terapéuticas, las infecciones provocadas por alimentos y agua, las transmitidas por artrópodos vectores y las producidas por transfusiones, hemoderivados y trasplantes. Así mismo, las enfermedades infecciosas padecidas y transmitidas por inmigrantes⁶ y refugiados⁷, las que importan viajeros de zonas endémicas y las que aparecen en huéspedes inmunodeprimidos han de contar con atención prioritaria.

Desde la perspectiva sanitaria, la inmigración en Canarias podría comportar algunos problemas de salud importables. El tránsito fronterizo de grupos humanos en el mundo occidental, con distinto grado o nivel de desarrollo humano, plantea un desafío a nuestros conocimientos sobre sanidad exterior. Aunque las infecciones predominan entre las enfermedades importadas, el riesgo de contraer estas afecciones se exagera con relativa frecuencia. Entre estas enfermedades importadas de mayor interés para la salud pública, figuran la malaria⁸ (los últimos casos autóctonos en Gran Canaria datan de 1960), la tuberculosis⁹, el sida, la fiebre tifoidea, las parasitosis intestinales⁷ y la hepatitis B.