



CASO CLÍNICO

Utilización de inmunoglobulina subcutánea durante el embarazo en déficit humoral

L.I. González-Granado^{a,*}, I. Camaño-Gutiérrez^b, A. Navas^a y J. Ruiz-Contreras^a

^a Unidad de Inmunodeficiencias, Hospital 12 octubre, Madrid, España

^b Ginecología y Obstetricia, Hospital 12 octubre, Madrid, España

Recibido el 5 de enero de 2010; aceptado el 8 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Inmunoglobulina subcutánea;
Inmunodeficiencia variable común;
Inmunodeficiencia primaria

KEYWORDS

Subcutaneous immunoglobulin;
Common variable immunodeficiency;
Primary immunodeficiency

Resumen Se describe la utilización de la vía subcutánea como medio de administración de IgG sustitutiva durante el embarazo. Existen referencias en literatura anglosajona, con series de casos limitadas, demostrando su eficacia y seguridad. Ante la ausencia de experiencia en España se describe el primer caso de utilización de inmunoglobulina sustitutiva en una paciente embarazada con deficiencia humoral (inmunodeficiencia variable común).

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Use of subcutaneous immunoglobulin during pregnancy in humoral immune deficiency

Abstract The use of the subcutaneous route of administration of immunoglobulin G replacement therapy is described. Publications in the English-language literature, with small case series, demonstrate the safety and efficacy of this route of administration. Given the lack of experience in Spain, the first case of the use of immunoglobulin replacement in a pregnant woman with humoral deficiency (common variable immunodeficiency) is described.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Paciente mujer de 25 años, diagnosticada de inmunodeficiencia variable común¹ en 1990, a los 8 años y 9 meses (descubierto a raíz de neumonías de repetición en dife-

rentes localizaciones). Recibe tratamiento sustitutivo con inmunoglobulina intravenosa desde septiembre de 1990. Las pruebas de función respiratoria (espirometría) son normales. En el TAC torácico (realizado en junio 2008) se observan dilataciones bronquiales con engrosamiento de la pared del lóbulo medio más acusadas en el segmento V en la vecindad con el corazón, sugerentes de bronquiectasias. No se aprecian hallazgos significativos en otros lóbulos pulmonares. En la actualidad realiza terapia de reemplazo con inmunoglobulina subcutánea.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nachgonzalez@gmail.com
(L.I. González-Granado).

En el estudio de linfocitos B de memoria presenta linfocitos B CD27+: 1,6%. IgD+ CD27-: 94,4%. IgD+ CD27+: 0,7%. IgD-CD27+: 1%. Linfocitos B CD19+ CD21 low: 5,3%. La paciente presenta un inmunofenotipo compatible con el subgrupo MB0 de la clasificación de Piqueras². Estable desde el punto de vista respiratorio, presenta 1–2 infecciones respiratorias febriles al año. Último ingreso en julio 1999 por gastroenteritis aguda (24 h de ingreso).

Actualmente embarazada, con embarazo previo sin complicaciones. Durante el embarazo ha presentado una infección respiratoria con expectoración purulenta en semana 32 del embarazo, tratada con amoxicilina oral 1 g cada 8 h durante 10 días, con buena evolución.

En la semana 32 del embarazo, dada la dificultad para la administración subcutánea, se inicia inmunoglobulina intravenosa mensual 400 mg/kg. Se realiza determinación de IgG tras el parto y se obtiene un valor 396 mg/dl. En ese momento se reinicia la administración de inmunoglobulina subcutánea a la dosis habitual: 100 mg/kg semanal³. Se administra 30 ml de inmunoglobulina subcutánea semanal, administrados 15 ml en cada punto de infusión abdominal mediante sistemas de infusión de tamaño 27 G, que permite velocidades de infusión de 40–60 ml/h. A las 3 semanas se obtiene IgG de 558 mg/dl. La paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista respiratorio e infeccioso.

Discusión

La administración subcutánea de inmunoglobulinas permite la administración domiciliar del tratamiento subcutáneo durante el embarazo. En el caso descrito se realizó administración subcutánea hasta el tercer trimestre. No existe experiencia previa en España y tan sólo se han descrito series de casos aisladas^{3–5}.

La biodisponibilidad de la vía subcutánea es superior a la intravenosa. El resultado de 396 mg/dl en el postparto inmediato puede deberse al estado hipercatabólico del embarazo. Por tanto, es importante resaltar que es necesario determinar la IgG valle durante el embarazo para ajustar la dosis de IGSC.

La paciente se mantuvo sin infecciones durante el embarazo y pudo administrarse la terapia sustitutiva evitando acudir al hospital. Por tanto la vía subcutánea podría considerarse como la vía preferencial en el embarazo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. European Society for Primary Immunodeficiencies. [consultado: 11/12/2009]. Disponible en: <http://www.esid.org/workingparty.php?party=3C=2&id=73#Q3>.
2. Piqueras B, Lavenu-Bombled C, Galicier L, Bergeron-van der Cruyssen F, Mouthon L, Chevret S, et al. Common variable immunodeficiency patient classification based on impaired B cell memory differentiation correlates with clinical aspects. *J Clin Immunol*. 2003;23:385–400.
3. Gardulf A, Andersson E, Lindqvist M, Hansen S, Gustafson R. Rapid subcutaneous IgG replacement therapy at home for pregnant immunodeficient women. *J Clin Immunol*. 2001;21:150–4.
4. Berger M, Cupps TR, Fauci AS. High-dose immunoglobulin replacement therapy by slow subcutaneous infusion during pregnancy. *JAMA*. 1982;247:2824–5.
5. Berger M. Subcutaneous administration of IgG. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2008;28:779–802.