

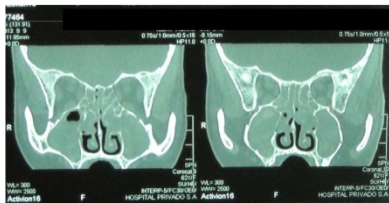
Autor: Andreone Armando

Presentación del caso:

Pte. Femenino, 62 años; Consulta en Dic./2012, derivada por enfermedades de vs as superiores recurrentes desde hace 2 años, bronquitis con neumonía (hace 2 meses) y con proteinograma patológico (HipoGG)

Desarrollo de la Entrevista:

- Interrogatorio con antecedentes personales y heredofamiliares madre dbt, hipotiroides ,fallecida por aplasia medular y padre tetralogía de Fallot; Asma Infantil; Psoriasis(hace 20 años); Hipotiroides(hace6años);Dbt2(hace5años);Patología Digestiva(con endoscopia hace10años);Patología Ocular(con tto hace 2años). Datos laborales: comerciante, cosmetóloga. Vivienda ambiente rural y sin mascotas.
- Exm. Físico: presenta aspecto saludable, Antropometría S/P, llama la atención Acrodermatosis en ms inf., resto normal.
- Medicación Actual: Metformina, Levotiroxina, Esomeprezol, Orlistat Praxis, y no frecuentemente Ibuprofeno, Flexicamin.



Plan de estudios:

- Face1(orientadora):Hemograma, plaquetas; proteinograma; inmunolectroforesis con isotipos y subtipos de IgG; citometría de flujo; complementemia; hepatograma; perfil tiroideo; orina completa.; Rx de SPN.; TAC. de pulmón; espirometría; destacándose: HipoGG.; IgA e IgM muy bajas; Subtipos IgG2,3,4 bajos; CD19/CD20 bajos; se completan estudios
- Face2(confirmadora)para descartar otras causas que generen estos defectos: E.T.Conectivo; Serología para Virus : H.C.; H.B.; E.B.; C.M.V. , Ac. anti polisacáridos; Ac. proteicos(tetánico) Ac. antiHB, Eco Abdom., Examen hematológico.



Los resultados arrojaron :

Títulos bajos de Ac. Esplenomegalia leve; descartándose otras causas; inclusive las Tóxicas. Se asume como IDCV. Iniciando tto. Sustitutivo y profilaxis con ATB, como medidas fisioterápicas y controles periódicos.(5/2013).Falta estudios de mutaciones genéticas

Recomendaciones:

- 1-Tener en cuenta que la IDCV es una IMD que se halla en el 2º lugar en frecuencia luego de la IMD de IgA; con una prevalencia variable 1/25000 a 1/100.000
- 2-No tiene predilección de sexo; con síntomas desde la infancia
- 3-De causa desconocida, sin patrón definido de herencia clara (10%:BAFF,TACI,CD19,ICOS,MSH5)
- 3-Sospecharla con HC:de: Infecc. Respiratorias recurrentes; niveles bajos de Igs.; niveles bajos de Ac, específicos; por lo tanto acusa defectos intrínsecos del Linf. B fundamentalmente
- 4-El 98% presenta E.R.Recurrentes , 57% con Bqtasias; GranulomasPulm.; 40% E: Linfoproliferativas; 25% E. Autoinmunes; con los síntomas G.Intestinales el 50% : SMA. , Parasitosis.; E.Celica; E.Crohn; pueden tener más riesgo de Neoplasias: Hematológicas; Digestivas; Piel
- 5-El tto. es paliativo no curativo; puede presentar reacciones adversas

