

## DEFICIENCIA SELECTIVA DE IG A: REVISIÓN DE CASUÍSTICA EN HOSPITAL DE PONIENTE, IMPLICACIONES EN LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

Gallego García M.T.<sup>a</sup>. Molina Arrebola M.A.<sup>a</sup>. García Bautista J.A.<sup>a</sup> Pérez Moyano R.<sup>a</sup> Porrino Herrera M.C.<sup>a</sup> Gimenez López M.J.<sup>b</sup>. Avivar Oyonarte C.<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Area Integrada de Biotecnología. Hospital de Poniente. El Ejido, Almería. <sup>b</sup> CAT Almería.

**Introducción:** La deficiencia selectiva de Ig A se define como la disminución (< 5mg/dl) de Inmunoglobulinas (Ig) clase Ig A en el suero sanguíneo y secreciones. Se presenta en 1/500 personas y se debe a anomalías en la diferenciación terminal de los linfocitos B. Hay gran heterogeneidad clínica, desde individuos asintomáticos hasta enfermedades autoinmunes, infecciones recurrentes del tracto respiratorio o anormalidades gastrointestinales. Conocer tal deficiencia es importante al transfundir hemoderivados, pues el contacto con Ig A del donante puede provocar la aparición posterior de anticuerpos frente a estos, con el riesgo de reacción anafiláctica en una siguiente transfusión, aconsejándose hemoderivados lavados (HL) o de donantes con déficit de Ig A.

**Material y métodos:** Revisamos retrospectivamente la historia clínica de 18 pacientes en los últimos 7 años (9 varones y 9 mujeres), siendo todos diagnosticados de tal déficit de forma casual. No se trata de un screening poblacional. La determinación de Ig se realizó mediante inmunoturbidimetría.

**Resultados:** En el 94.4% de ellos vemos infecciones recurrentes del tracto respiratorio, en el 45% anormalidades gastrointestinales, y enfermedades autoinmunes en el 38% (las mas frecuentes vitiligo y psoriasis). En un 30% alteraciones dermatológicas inespecíficas y en un 33% anemias por malabsorción. En 3 de ellos se transfundieron una sola vez con concentrado de hematíes (CH) cuando aún no se conocía su deficiencia, (por lo que no se hizo con CH lavados). En un cuarto paciente se cruzó y reservó con CH lavados por conocerse el déficit pero finalmente no precisó dicha transfusión.

**Conclusiones:** Según las últimas publicaciones, sólo en caso de ausencia severa de IgA (< 0.05mg/dl) sería necesaria la transfusión con HL, pues con un nivel superior de Ig A no se producen estos anticuerpos, no habiendo riesgo de reacciones anafilácticas postransfusionales. La inmunoturbidimetría no es lo suficientemente sensible para detectar niveles < 5 mg/dl, por lo que una medida práctica sería, una vez conocida la deficiencia, determinar los niveles exactos de Ig A por nefelometría, detectando a los pacientes que, en caso de transfusión, realmente precisen HL (Ig A< 0.05 mg/dl), ahorrando en recursos tanto humanos como económicos.