

Hipogammaglobulinemia en paciente con Linfoma no Hodgkin secundaria a uso de Rituximab.

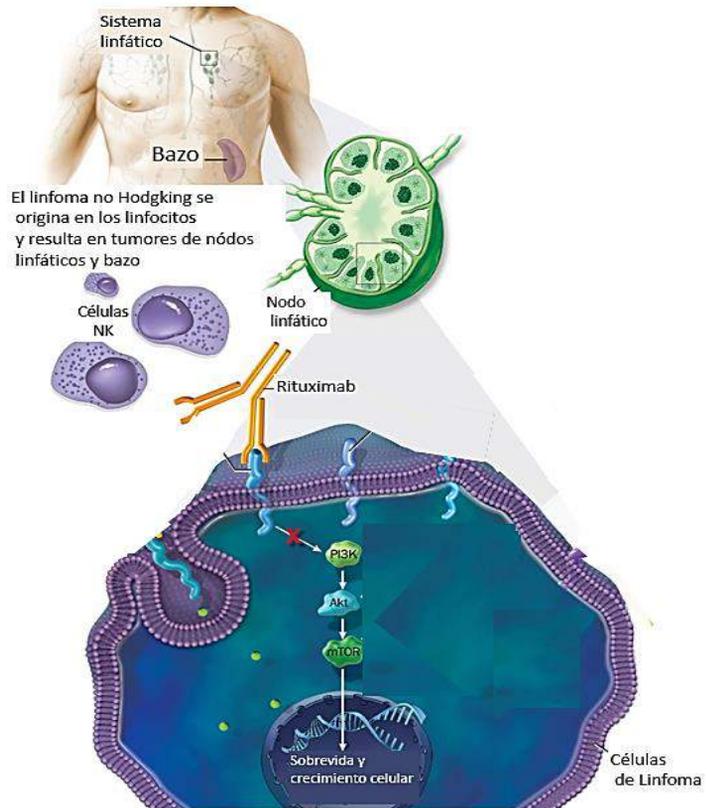


- Autores: César Iván Urquiza Ramírez, Gumaro Alejandro Eliosa, Merit Moreno Herrera, Juan Carlos Fernández de Córdova Aguirre, Mariana Esther Arroyo Cruz, Sofía González Flores, Andrea Velasco Medina, Guillermo Velázquez Sámano.

Servicio de Alergia e Inmunología Clínica. Hospital General de México. Dr. Eduardo Liceaga.

INTRODUCCIÓN: El Rituximab es un anticuerpo monoclonal que se une al antígeno CD20 presente en todas las células B periféricas. Está aprobado para el tratamiento de Linfoma no Hodgkin de células B folicular de bajo grado o refractario.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Masculino de 32 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos quien en 2010 nota aumento en frecuencia de cuadros de faringoamigdalitis (4 por año), inicia síntomas B (fiebre, pérdida de peso y sudores nocturnos), notó aparición de tumor abdominal, a la cual se le realizó biopsia, la cual reportó Linfoma no Hodgkin Difuso de Células B Grandes, CD20+CD10+/BCL6+ EIII B sin infiltración a medula ósea. Se inició quimioterapia con ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona, etopósido, citarabina, cisplatino en diferentes ciclos acompañados de 12 ciclos de Rituximab y 20 sesiones de radioterapia. En 2013 se realizó trasplante autólogo de células hematopoyéticas progenitoras, se suspenden todos los quimioterapéuticos. Durante 5 años de evolución los cuadros de faringoamigdalitis se han presentado en igual frecuencia. En diciembre de 2015 es referido a nuestro servicio para evaluación, indicamos estudios de laboratorio que reportan los siguientes datos: leucocitos: 6,160 cel/mcl, linfocitos: 11.30% (absolutos 700), IgG 182.00 mg/dl (VN 751-1560), resto de IG normales, citometría de flujo linfocitos: CD4= 162 (400-1175), CD8= 76.1 (145-820), relación CD4/CD8= 1.0. Se descartó inmunodeficiencia primaria, se diagnosticó Hipogammaglobulinemia secundaria a uso de Rituximab, se inició tratamiento con Inmunoglobulina IV 400 mg/kg cada 21 días, actualmente paciente con evolución clínica satisfactoria



DISCUSIÓN: La deficiencia secundaria de anticuerpos puede manifestarse como hipogammaglobulinemia esta puede ocurrir en pacientes con malignidades hematológicas o secundarias a su tratamiento, el tratamiento es la sustitución con inmunoglobulina y vigilancia estrecha.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Casulo C, Maragulia J, and Zelenetz A. Incidence of Hypogammaglobulinemia in Patients Receiving Rituximab and the Use of Intravenous Immunoglobulin for Recurrent Infections *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2013;13(2):106–111.
- 2- Duraisingham SS, Buckland M, Dempster J, Lorenzo L, Grigoriadou S, et al. (2014) Primary vs. Secondary Antibody Deficiency: Clinical Features and Infection Outcomes of Immunoglobulin Replacement. *PLoS ONE* 2014;9(6): e100324.
- 3- Duraisingham S, Buckland M, Grigoriadou S and Longhurst H. Secondary antibody Deficiency. *Expert Rev. Clin. Immunol.* 2014; 1–9
- 4- García G, Gamboa P, de la Calle A, et al, Diagnosis and Management of Immunodeficiencies in Adults by Allergologists *J Investig Allergol Clin Immunol* 2010; Vol. 20(3): 185-194