

22-5-2021

Inmunodeficiencias secundarias

Inmunoalergias

Dr. Saúl Peraza Marín

Medicina humana

Octavo semestre

Tercer parcial

Inmunodeficiencias secundarias

Infecciosa: Principalmente la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

IDS de causa

Nutricional: Suele estar en proporción con el grado de hipoproteïnemia, que afecta a la inmunidad tanto innata y adaptativa. Asimismo, la deficiencia de micronutrientes.

Metabólicas: . En la diabetes o la insuficiencia renal crónica, las hiperglucemia y la uremia crónicas, respectivamente, afectan a la fagocitosis, la quimiotaxis de macrófagos y las respuestas de las células T.

Fármacos inmunosupresores: Corticoides, inhibidores de la calcineurina (ciclosporina, tacrolimus y pimecrolimus), inhibidores mTor (sirolimus, everolimus), citotóxicos.

Anticuerpos monoclonales

Asplenia anatómica

Diagnóstico clínico

Diagnostico

Tratamiento

Son frecuentes las infecciones bacterianas recurrentes o graves invasivas. Los gérmenes más habituales son *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus* y *Haemophilus influenzae* tipo B. Inmunosupresión grave: infecciones por *Pseudomonas* spp. Infecciones por virus más graves: virus herpes (gingivoestomatitis recurrente por virus herpes simple con diseminación local y a distancia, primoinfección por varicela prolongada y complicada o también episodios crónicos, atípicos o recurrentes de herpes zóster). Infección diseminada por citomegalovirus. Sarampión a pesar. Infecciones oportunistas neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, *Mycobacterium avium-intracellulare*.

Hemograma; citometría de flujo se emplea para la enumeración de las diferentes poblaciones linfocitarias (B, T y NK), y evaluar el grado de linfopenia B o de linfopenia CD4+; la cuantificación en suero de las diferentes inmunoglobulinas (IgG, IgA, IgM); niveles de complemento C3 y C4; frotis de sangre periférica con tinción de Wright (asplenia)

Vacunación

Inmunoprofilaxis pasiva o quimioprofilaxis

Tratamiento con factores de crecimiento de granulocitos (G-CSF) en casos seleccionados de pacientes con neutropenia secundaria a citotóxicos.

Profilaxis con antibióticos

Tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas: Su uso se está contemplado en algunas inmunodeficiencias secundarias con hipogammaglobulinemia significativa, en caso de presentar infecciones de repetición que no hayan respondido a tratamiento antibiótico profiláctico.

Infección por VIH

Profilaxis contra *Pneumocystis jirovecii* con trimetoprim sulfametoxazol:

- 1-12 meses: todos los pacientes con infección por VIH
- 1-5 años: pacientes con CD4+ <15% o <500/ μ l
- 5 años: pacientes con CD4+ <15% o <200/ μ l

Profilaxis antifúngica: no se recomienda de forma rutinaria

Viajes a países con elevada prevalencia de infecciones bacterianas o malaria: profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol independientemente del recuento de CD4+

Fármacos inmunosupresores*

Profilaxis contra *Pneumocystis jirovecii* con trimetoprim-sulfametoxazol en:

- Corticoides a dosis
- Inhibidores de la calcineurina e inhibidores mTor.
- Citotóxicos (en algunos tumores sólidos y cerebrales no es preciso)

Profilaxis de CMV con valganciclovir o vanciclovir en trasplantados renales en pacientes de riesgo

Anticuerpos monoclonales

Eculizumab. Profilaxis de infección meningocócica con penicilina o amoxicilina,

Asplenia anatómica

Profilaxis con penicilina (algunas guías recomiendan amoxicilina para asegurar adherencia al tratamiento por su mejor sabor) o eritromicina en alérgicos a betalactámicos.

Profilaxis antimalárica si viaje a zona endémica