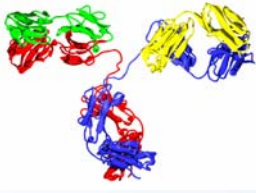


Muñoz Cejudo BM., Pérez Serrano R., Moreno Perulero ML.,

Vila Torres E., Blázquez Romero C., Encinas Barrios C.

Hospital General de Ciudad Real. Servicio de Farmacia.

## OBJETIVO



El síndrome de **meningitis aséptica** (MA) está descrito en ficha técnica de inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) asociado con más frecuencia a altas dosis (2g/kg), elevada velocidad de perfusión y en pacientes con deficiencia de IgA, especialmente en aquellos con anticuerpos anti-IgA. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de MA repetida en paciente con hipogammaglobulinemia con ausencia de células B en sangre periférica, tras recibir tratamiento con distintas presentaciones de IgIV.

## MATERIAL Y MÉTODO

La información ha sido recopilada a través de la revisión de la historia clínica electrónica (Mambrino®), aplicación electrónica de laboratorio Siglo® (los parámetros recogidos fueron los niveles séricos de IgG) y fichas técnicas de las distintas presentaciones de inmunoglobulinas (Ig).

## RESULTADOS



Mujer de 31 años (50kg) diagnosticada de hipogammaglobulinemia IgG (348 mg/dl, valores de referencia [751-1560mg/dl]), IgM y déficit absoluto de IgA que al día siguiente de recibir tratamiento con Flebogamma® 400mg/kg (trazas de Ig A=50mcg/ml) es ingresada en el Servicio de Medicina Interna (SMI) por cuadro de fiebre, náuseas, escalofríos, cefalea frontal y nucal resultando el **diagnóstico MA secundaria a la administración de IgIV.**

Tras este episodio, el SMI consulta con el Servicio de Farmacia (SF) la disponibilidad de presentaciones de IgIV que no contengan IgA. Se realizó una búsqueda bibliográfica y se identificó Gammagard® como la Ig con menor contenido en IgA (3mcg/ml en solución 5%). Se propuso la posibilidad de administración de Flebogamma® en perfusión continua, para disminuir la velocidad de administración y se informó de la disponibilidad en el mercado de una Ig subcutánea (IgSC).



Al mes, la paciente es ingresada de forma programada para recibir tratamiento con **Gammagard®** 400mg/kg repartidos en 2 días previa premedicación con metilprednisolona 30mg IV/12h, dexclorfeniramina amp 5mg/ml IV/8h y AAS 300mg comp/24h. Recibe el alta tras 24h finalizada la administración, sin síntomas.



A las 48 horas, la paciente acude a urgencias con síntomas de MA que tras tratamiento con corticoides mejoran en 24h. La paciente fue citada durante 3 meses sucesivos para control de niveles de IgG en consultas externas, presentando niveles de IgG 1060mg/dl-813mg/dl-582mg/dl respectivamente.



En la última consulta, debido a que los niveles de IgG estaban en descenso, el SMI solicita al SF la adquisición de la **IgSC** y la paciente es citada para la tercera administración de Ig recibiendo **Hizentra® SC (IgA < 50mcg/ml)** 4g semanales repartidos en 2 días consecutivos con premedicación de metilprednisolona 32mg comp/12h, montelukast 10mg comp/12h y AAS 300mg/24h mantenida, valorando su reducción según tolerancia en los siguientes ciclos. Tras 3 administraciones semanales, la paciente mantiene niveles de IgG (737mg/dl) y no ha presentado reacciones adversas.

## CONCLUSIONES

El tratamiento con IgSC parece ser una alternativa eficaz para pacientes con deficiencia de IgA cuya única alternativa es el tratamiento con Ig. Es fundamental continuar el seguimiento de la paciente para ver su evolución y tolerancia al tratamiento a largo plazo.