

Vacunación en inmunodeficiencia variable común

03/03/2017

Respuesta del Experto a ...

Vacunación en inmunodeficiencia variable común

Pregunta

Ante todo mi agradecimiento de antemano por ofrecernos este instrumento de apoyo tan necesario para los que manejamos vacunas.

Tengo una paciente de 45 años con trombopenia inmune primaria e hipogammaglobulinemia compatibles según hematólogo con Inmunodeficiencia variable común.

Es candidata a esplenectomía o a tto con Rituximab. Inició hace aproximadamente una semana tratamiento con sustitutivo con Inmunoglobulinas . Recibe además periódicamente tandas de 40 mg de Dexametasona.

Aunque recibe terapia con Inmunoglobulinas IV me planteo administrar las vacunas frente a gérmenes capsulados (neumococo, H. influenzae y meningococo B y C) por el riesgo elevado de infección de esta paciente y por la posibilidad de que genere alguna respuesta vacunal.

Me gustaría conocer vuestra opinión y también cual sería el momento óptimo con respecto al día de la admon de la terapia sustitutiva con Inmunoglobulinas

Respuesta de José Antonio Navarro (03 de Marzo de 2017)

En relación a su pregunta hay que tener en cuenta que nos enfrentamos a situaciones que pueden tener un distinto enfoque vacunal. Por tanto, mi consejo es centrarnos en la situación

actual de inmunodeficiencia variable común en tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas intravenosas.

Las vacunas inactivadas no están contraindicadas aunque su eficacia esté probablemente limitada en aquellos que reciben tratamiento sustitutivo. En cualquier caso, y en la mayoría de las situaciones, este tratamiento permite prevenir las infecciones bacterianas graves. En general, y si decide vacunar debería guardar una distancia entre la vacuna y la terapia sustitutiva ⁽¹⁾ teniendo en cuenta la vida media de los preparados intravenosos (28-40 días)⁽²⁾ para evitar, en lo posible, una respuesta vacunal reducida.

Tiene que tener en cuenta, por otra parte, que en los que reciben ese tratamiento no se ha demostrado beneficios de la vacunación, aunque los datos disponibles apuntan a un beneficio de la vacuna antigripal y antineumocócica conjugada ya que los anticuerpos frente a estas patologías son probablemente insuficientes ⁽³⁾.

Por tanto, inicialmente vacunaría frente a gripe y ENI y según la evolución (esplenectomía, inmunosupresores) abordaría el resto de patologías por bacterias capsuladas.

Referencias

⁽¹⁾ Oksenhendler E, Fieschi C. Common variable immunodeficiency. Rev Prat. 2007; 57: 1687-90

⁽²⁾ Tamar Koleba, Pharmacokinetics of Intravenous Immunoglobulin: A Systematic Review. Pharmacotherapy 2006;26):813–827

⁽³⁾ Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Recommendations. 2 édition. Decembre 2014