Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):173

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EA-115 - GAMMAPATÍA MONOCLONAL IGA: UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL. EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DE LA ELECTROFORESIS PARA DETECCIÓN DE COMPONENTE MONOCLONAL IGA E IGG

N. García-Pozuelo Adalia[1], D. Paredes Ruiz[1], O. Madrid Pascual[1], C. Arévalo Cañas[1], R. Martínez Porqueras[1], M. Mancheño Losa[1], O. Cabrera Marante[2], C. Gómez Cuervo[1]

[1]Medicina Interna, [2]Inmunología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

*Objetivos:*Comparar la sensibilidad de la electroforesis para detección de componente monoclonal IgA e IgG.

*Material y métodos:*Se identificaron todas las bandas monoclonales en suero detectadas por inmunofijación (IEF) en el laboratorio de inmunología del Hospital 12 de Octubre entre enero y febrero de 2015. Se seleccionaron los componentes monoclonales IgA e IgG. Se recogieron características clínicas y demográficas de los pacientes y las electroforesis (EEF) más cercanas temporalmente a dicha IEF. Partiendo de la IEF como patrón oro, se calculó la sensibilidad (S) de la EEF para detección de componente monoclonal para ambos isotipos. Los resultados se expresan como media y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias para las variables cualitativas. Se emplearon la t de Student para la comparación de medias y el test χ^2 para la de proporciones.

*Resultados:*Se identificaron 204 pacientes, de los cuales 78 (38,2%) presentaban isotipo IgA, y 126 (61,8%) isotipo IgG. No se encontraron diferencias significativas entre los 2 grupos al compararlos por edad y sexo. En el isotipo IgG, la EEF detectó 119 de los 126 picos monoclonales y en el isotipo IgA, 66 de los 78 picos monoclonales (SIgG 94,4% vs SIgA 84,6%; p 0,02). La cuantía de componente monoclonal (M) en la gammapatía IgG fue mayor que la de IgA (1,4 g/dL (DE 1,4) vs 0,97 g/dL (DE 0,67), p 0,005) En el subgrupo de 90 pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple, la S del EEF para IgA es de 90,2% vs 93,8% en IgG (p 0,52) y la cuantía de componente M IgA de 1,2 g/dl (DE 0,69) vs IgG 1,9 g/dl (DE 1,53), p 0,007. Por último, en nuestra muestra hay 6 pacientes con diagnóstico de novo de mieloma múltiple, de los cuales 4 eran IgG y 2 IgA, siendo la mediana de tiempo desde la primera consulta al diagnóstico de 11 días para el grupo IgG y de 106 días en el IgA.

*Discusión:*La EEF en suero es el estudio inicial que se realiza ante la sospecha de una gammapatía monoclonal. En nuestro estudio se observa que la sensibilidad de dicha prueba disminuye cuando el componente M es IgA. Este resultado refuerza lo publicado hasta el momento, y parece deberse a la tendencia de la IgA a migrar cerca de la posición Beta/Alfa 2 del proteinograma, solapándose con otras proteínas y dificultando su detección. Si bien no se ha reproducido esta diferencia de sensibilidad cuando se analizan sólo los mielomas, el menor número de casos incluidos puede limitar la potencia de este subanálisis. Además, la menor cuantía evidenciada del componente M en la

paraproteína IgA parece apoyar la dificultad para su detección en el EEF. Finalmente, si bien los datos son muy limitados, es necesario evaluar si esta diferencia en la S puede condicionar retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

*Conclusiones:*La EEF como prueba inicial de despistaje para la gammapatía monoclonal pierde sensibilidad cuando el componente monoclonal es IgA. Si la sospecha clínica de mieloma es alta, a pesar de una EEF normal debería realizarse también IEF. Hacen falta nuevos estudios que evalúen si esta situación provoca retrasos diagnósticos en el mieloma múltiple cuando el componente monoclonal es IgA.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.