

Resultados del tratamiento hiposensibilizante en niños con asma bronquial. Comunicación preliminar

Dres. Gonzalo Gómez*, Sergio Ibáñez* y Víctor Lama

Está demostrado dentro de la etiopatogenia del asma bronquial como factor importante la existencia de un terreno atópico, ligado, por una parte, a un estado de hiperreactividad bronquial y por otra, al desarrollo de una hipersensibilidad de tipo I, mediado por anticuerpos reagínicos, a diversas sustancias especialmente inhalantes, que corrientemente son inocuas para el común de la especie humana. Las bases actuales de tratamiento de hiposensibilización hacen que esté indicado para tratar los estados de hipersensibilidad frente a alérgenos imposibles de evitar (polvo de habitación, hongos, pólenes)¹⁻

2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-25-26-27

Hacemos notar el escaso número de niños

*Departamento de Pediatría, Area Oriente, Hospital Luis Calvo Mackenna.

asmáticos que habitualmente reciben tratamiento hiposensibilizante, en parte debido a la creencia de que una gran proporción de estos niños curan espontáneamente durante la adolescencia²⁴; por otra parte, el escepticismo que muchos padres y médicos tienen de la efectividad del tratamiento.

La presente comunicación informa de los resultados obtenidos en nuestro servicio desde el 15 de junio de 1969, en niños portadores de asma perenne, al cabo de 3 años de inyectoterapia y que fueron evaluados durante un año de observación posterior.

MATERIAL Y METODO

Nuestro material está constituido por 38 niños con asma bronquial perenne, test de alergia positivo y con una edad tope de 12 años. Ingresados

desde el 15 de junio de 1969 y que al 15 de junio de 1973 habían cumplido 3 años de inyectoterapia a lo menos, realizándose la evaluación de los casos durante el tercer año.

Ya, en una comunicación previa recientemente publicada²⁹, se hizo una relación del criterio de admisión y de estudio de nuestros pacientes asmáticos.

En cuanto a la evaluación de la severidad del cuadro asmático se usó el criterio de Johnstone, basado en el número de días de jadeo espiratorio por año (asma leve: hasta 10 días, moderado 11 a 70 días y severo más de 70 días)^{23, 24}.

En todos estos casos se indicó tratamiento hiposensibilizante con alérgenos del Laboratorio Center, de acuerdo a los resultados de reactividad cutánea del test de alergia²⁸⁻²⁹, que se efectuó intradérmico con polvo habitación, mezcla de hongos (*Alternaria*, *Hormodendrum*, *Aspergillus* y *Penicillium*) y mezcla de pólenes (fresno, abedul, nogal, olmo, arce rojo, roble, álamo, plátano oriental, sauce, alfalfa, pasto azul, maíz, trébol, pasto forrajero, trigo Diente de León, Siete venas, artemisa y acederilla) a concentración de 1.000 P.N.U. por cc, de acuerdo a las especificaciones de dicho laboratorio, y usando como eslabón un control intradérmico de solución salina fisiológica fenolada al 0,5%. Se consideró positivo toda reacción una cruz o más (cada cruz equivale a 5 mm de edema y eritema).

Para tratamiento se empleó mezcla de alérgenos a los cuales el paciente manifestó positividad, se inició con una dosis de 0,05 cc de solución de 100 P.N.U. de cada alérgeno, con incremento semanal durante 6 semanas, posteriormente con frecuencia bisemanal durante 2 meses para continuar con inyectoterapia mensual hasta el momento del control. Las dosis en cuanto a volumen y concentración se incrementaban hasta obtener la dosis máxima tolerada (aparición de molestias asmáticas después de la inyectoterapia y/o aparición de molestias locales intensas). Se mantuvo una dosis inmediatamente inferior a la que provocó dichas reacciones.

RESULTADOS

1. Relación de resultados de la inyectoterapia y sexo de los pacientes:

Tabla 1

	Femenino	Masculino
Pierde asma	15	12
Persiste asma	4	7
Total	19	19

En esta tabla se observa que no existe una diferencia significativa entre ambos sexos.

2. Resultados de la inyectoterapia relacionados con la edad de comienzo de las materias:

Tabla 2

	Menos de 2 años	De 2 a 5 años	6 o más años
Pierde asma	8	13	6
Persiste asma	3	6	2
Total	11	19	8

En los diversos grupos no se aprecia una diferencia significativa.

3. Resultados de la inyectoterapia en relación al tiempo de evolución de la enfermedad:

Tabla 3

	Menos de 3 años enfermedad	3 o más años enfermedad
Pierde asma	12	15
Persiste asma	5	6
Total	17	21

En los dos grupos se observa un resultado similar.

4. Resultados de inyectoterapia en relación a antecedentes familiares de asma bronquial:

Tabla 4

	Con antecedente de asma familiar	Sin antecedente de asma familiar
Pierde asma	16	11
Persiste asma	7	4
Total	23	15

Notamos resultados semejantes en ambos grupos.

5. Relación resultado de inyectoterapia con grado de positividad del test de alergia:

Tabla 5

	+ / + +	+ - + / + + + +
Pierde asma	18	9
Persiste asma	5	6
Total	23	15

De la presente tabla podría concluirse que aquellos pacientes con reacciones intensas al test de alergia intradérmico presentan una menor respuesta al tratamiento desensibilizante, pero dado lo reducido de nuestra casuística no nos atrevemos a formular una conclusión al respecto.

6. Resultados de inyectoterapia. Evaluación durante tercer año. 38 casos:

Tabla 6

	Número	Porcentaje
Pierde asma	27	71
Pierde asma menor intensidad	10	26,3
Persiste asma igual intensidad	1	2,6
Empeoramiento	0	0
Total	38	100%

7. Relación de resultados de inyectoterapia con la severidad de las manifestaciones asmáticas:

Tabla 7

	Asma leve	Asma moderado	Asma severo
Pierde asma	8	14	5
Persiste asma	0	8	3
Total	8	22	8

En las formas leves la mejoría con el tratamiento desensibilizante es mayor.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

De la presente comunicación se desprende que con tratamiento desensibilizante, usando una dosis máxima tolerada, se consigue la desaparición

de las molestias asmáticas durante el 3^{er} año de tratamiento en el 71% de los pacientes. Porcentaje que consideramos satisfactorio. Johnstone²³, en su experiencia de 4 años de observación encuentra 70% de éxito en 2 grupos tratados: pero en el grupo en que se usó la dosis máxima el éxito fue de un 81%. El mismo autor²⁴, en un estudio comparativo en 210 niños seguidos hasta los 14 años de edad, encuentra un éxito de 78% en el grupo tratado con dosis máximas toleradas.

No encontramos una relación entre el resultado de la inyectoterapia con: sexo, edad de comienzo de las molestias asmáticas, tiempo de evolución de la enfermedad al momento de iniciar el tratamiento y antecedentes de asma familiar. Esto está de acuerdo con lo publicado con otros autores²⁴.

Existiría un mejor resultado en el grupo de paciente portador de formas leves. Debido a lo reducido de nuestra casuística creemos que este dato había que investigarlo más a fondo, tanto más, cuando en otras publicaciones se ha encontrado algo diferente²⁴.

De un punto de vista operacional, considerando que nuestros pacientes son a veces niños de corta edad, y que por lo tanto hay limitaciones anamnéticas y de técnica, creemos que es de utilidad el empleo de mezcla de alérgenos en el test.

Nos parece que nuestro esquema de tratamiento semanal durante 6 semanas, bisemanal durante 2 meses, seguido por una dosis mensual, hasta completar el tratamiento, es fácil de ser cumplido.

RESUMEN

Se comunican los resultados obtenidos con inyectoterapia desensibilizante entre 38 niños asmáticos perenne, tratados durante 3 años y evaluados en el 3^{er} año.

Se obtiene la desaparición de las molestias asmáticas durante todo el 3^{er} año en el 71% de los casos. Se usó una dosis máxima tolerada.

No se encontró relación evidente, entre el resultado del tratamiento con: sexo, edad de comienzo de las molestias asmáticas, tiempo de evolución de la enfermedad al momento de iniciar el tratamiento y antecedentes de asma en la familia.

Se destaca la utilidad operacional del uso de mezcla de alérgenos en el test.

Queda planteado un esquema de tratamiento.

SUMMARY

38 perennial asthmatic children were treated for 3 years with hiposensitization therapy. Results after treatment are presented, 71% of children had complete remission of asthmatic symptoms during the whole third year of treatment.

The highest tolerated dose was used.

No relationship was found between the result of treatment and sex, age at onset of symptoms, duration of illness, or asthma in relatives.

The use of allergens mixtures for the allergic test was mostly useful.

A therapeutic scheme is presented.

REFERENCIAS

- ¹ Margaret Turner. *WarWick, Medicine* 14:889, 1974.
- ² Frandsen, S. *Acta allergol.* 12:341, 1958.
- ³ Kendig, E.L., jr. *Disorders of the Respiratory Tract in Children*, Philadelphia W.B. Saunders, 1967.
- ⁴ Gómez, Gonzalo; Ibáñez, Sergio. *Rev. Chilena Pediatría*, Vol. 45:88, enero-febrero 1974.
- ⁵ H. Mansmann, jr. *The Ped. Clinics of N.A.* 15:357, 1967.
- ⁶ Hilman, B.C. *Ann of Allerg.* 25:620, 1967.
- ⁷ Kantor and Speer. "Characteristics of the allergic child", *The Allergic child*. Ed. por Speer, Hoeber, New York, 1963.
- ⁸ Hamen, K. *AAS et al. Arch. of Disease in Child.* 48:850, 1973.
- ⁹ L. Kumar; R.W. Newcomb; K. Ishizaka; E. Middleton,

- jr. *M.M. Homobrook. Pediatrics*. Vol. 47 N° 5:848, mayo 1971.
- ¹⁰ Lichtenstein and Margolis. *Science*, 161:902, 1968.
- ¹¹ Frek, O. *The Ped. Clin. of N.A.*, 16:95, 1969.
- ¹² Pearlaman, D. *The Ped. Clin. of N.A.*, 16:118, 1969.
- ¹³ Carrasco, E. y col. *Arch. Arg. de Alergia* 10:16, 1973.
- ¹⁴ Soerensen, R. y col. *Rev. Chil. de Ped.* 44:362, 1973.
- ¹⁵ Brent Taylor y cols. *Lancet*, Vol. 2:111, 1973.
- ¹⁶ Heimlich, E. *The Ped. Clin. of N.A.*, 16:149, 1969.
- ¹⁷ Szentwojny, A. *J. of Allerg.* 42, 203-232, 1968.
- ¹⁸ Gellis Sydney, S., Kagan, Benjamin M. "Current Pediatric Therapy", 4 Philadelphia, W.E. Saunders, 1970.
- ¹⁹ Smith and Parker. *Proc. Central Soc. Clin. Res.* 43:76, 1970.
- ²⁰ Mathison, D.A. *JAMA*, 224, 1134, 1973.
- ²¹ R. Beltrán, *Ochiling. Allerg. et Immunopat.* 1:61, 1972.
- ²² L. Tuft, H. Mueller. "Alergia en el niño", pág. 228, *Editorial Pediátrica*, Barcelona, 1971.
- ²³ Johnstone, D.E. and Crump, S.L. *Pediatrics*, 27:39, 1961.
- ²⁴ Johnstone, Douglas, y cols. *Pediatrics*, Vol. 42:793, 1968.
- ²⁵ AAS Kjell. *Arch. Dis. Child.* 44:1, 1969.
- ²⁶ Kenneth Mc Intosh; Elliot F. Ellis; Leonard S. Hoffman; Tillinghast, G. Lybass, Jerry y Eller and Vicent A. Fulginati. *The Journal of Pediatrics*, Vol. 82:578, 1973.
- ²⁷ Heinz Y. Wittig; C.M. Chang. *Ped. Clin. of N.A.*, 16:55, 1969.
- ²⁸ Marie Britt. *Ped. Clin. of N.A.*, 16:227, 1969.
- ²⁹ Gómez, G.; Ibáñez, S. y Loma, V. *Revista Chilena de Pediatría*. En Prensa.