

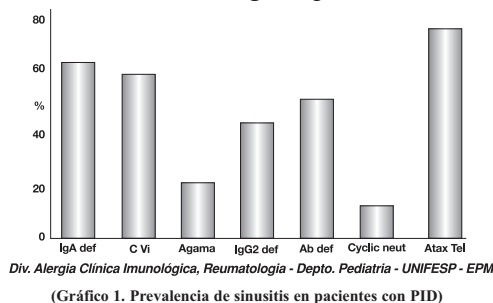
# El Papel del Inmunólogo en la Rinosinusitis

Charles Naspitz

Entre los niños que presentan infecciones recurrentes - 50% son niños normales, 30% son portadores de procesos alérgicos, 10% son niños con una condición crónica de desnutrición por varias causas y 10% lo constituyen los que pueden tener algún tipo de inmunodeficiencia pero de estos solo un 1% podría tener una inmunodeficiencia primaria que sería entonces la causa básica para las infecciones de repetición (Stiehm, 1996).

En nuestra experiencia con niños con inmunodeficiencia primaria (IDP), observamos la prevalencia de la rinosinusitis en varias condiciones clínicas. Sin embargo, esas infecciones rinosinusales de repetición, infecciones de las vías aéreas recurrentes, ocurren en una población extremadamente pequeña, que constituye menos del 1% de la población pediátrica general.

Tuvimos la oportunidad de estudiar 27 pacientes (**Gráfico 1**), con edad media de 10 años, con rinitis alérgica persistente y asma. Eran atópicas, porque tenían un RAST positivo para inhalantes, no eran portadoras del HIV y eran portadoras de sinusitis crónica, o sea, tenían síntomas por más de 4-8 semanas, tres o más episodios en el último año, y presentaban tomografías computarizadas de las cavidades paranasales inalteradas, después de dos tratamientos clínicos con antibióticos apropiados, por un período de tres semanas. Esos niños fueron, sometidos a una evaluación inmunológica intensa y concluimos en que todos los pacientes tenían una respuesta inmunitaria normal, inclusive para la inmunización con polisacáridos. La conclusión fue que las condiciones más comúnmente asociadas a las rinosinusitis recurrentes, serían la obstrucción del complejo osteomeatal o la poliposis, considerando su inmunidad absolutamente normal, o sea, no habría la menor necesidad de ningún tipo de intervención inmunológica.



### **Imunoestimulantes**

Se deben usar imunoestimulantes en la práctica pediátrica? Cuáles son las evidencias sobre la eficacia en los animales experimentales en relación a las dosis usadas en humanos en uso terapéutico? Las dosis experimentales en animales son siempre diez, veinte veces más altas que las utilizadas en los seres humanos.Cuál es la base para utilizar las mismas dosis y esquemas de administración en niños y animales usando vías de administración diferentes, como por ejemplo la intraperitoneal y la vía oral que están recomendadas para estos productos? La mayoría de los ensayos clínicos con estas drogas imunoestimulantes son antiguos, realizados hace más de 10 años. Son trabajos no muy concretos, publicados en revistas poco reconocidas e hay serias dudas sobre su eficacia. Las industrias que producen imunoestimulantes deberían hacer ensayos clínicos actuales, con una metodología doble ciego, randomizados, etc., para que realmente pudiésemos tener una idea de la eficacia o no de esos productos (Fischer, Arch Pediatrics 1999;6:427-8).

La EAACI, en el 2003 publicó un “*position paper*” sobre productos microbianos en la prevención de alergias y su tratamiento, y concluyó que no existe ninguna evidencia a favor del uso clínico de los llamados extractos bacterianos en la prevención del asma o de enfermedades alérgicas y mucho menos en su tratamiento.

Entre tanto en el 2001, fue publicado un meta-análisis sobre imunoestimulantes en la prevención de infecciones del tracto respiratorio, en niños. La conclusión de ese meta-análisis dice que, los imunoestimulantes son un tratamiento eficaz para la prevención de infecciones agudas del tracto respiratorio (Berber A, J Invest Allergol Clin Immunol, 2001;114:235-246).

Sin embargo serían necesarios más trabajos de alta calidad para demostrar el efecto individual de cada imunoestimulante. En este trabajo específicamente, algunos imunoestimulantes no se mencionan por su nombre comercial. Aunque estos estudios fueron bien controlados, randomizados y doble-cego, fueron realizados con una población con edades variadas, con productos diferentes y con diferentes patologías. Podemos colocar juntos muchos resultados para realizar un meta-análisis, pero eso no quiere decir que las conclusiones sean válidas. La mayoría de la literatura presentada por las compañías de imunoestimulantes muestran datos impresionantes *in vitro* como por ejemplo un aumento en la síntesis de IgA. Sin embargo, no debemos dejarnos impresionar por estos resultados *in vitro* porque en la mayoría de las veces no tienen ninguna relación con los resultados *in vivo*. Por lo tanto no es difícil y no es imposible el demostrar *in vitro* los efectos de sustancias y esto no tiene nada que ver con lo que ocurre *in vivo*. Hay un estudio bien realizado que muestra un aumento de las inmunoglobulinas durante la terapia de relajación, sin el uso de drogas, que se realizó en niños con y sin infecciones del tracto respiratorio superior (Hewson B, J Behav Pediatr 1996;17:311-6).

Los niños que usan el OM-85 BV por vía oral, extracto hecho de ocho especies diferentes de las bacterias más comunes presentes en el tracto respiratorio, presentaron una reducción en el riesgo de presentar síntomas en el tracto respiratorio (Pediatric Infect Dis 1993;12:648-52, Chest 2001;119:1742-8).

En adultos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que usan OM-85 BV, existe una reducción en el riesgo de eventos respiratorios graves, con la consecuente disminución de las hospitalizaciones (Am J Respir Crit Care Med 1997;156:1719-1724).

Para concluir, los inmunoestimulantes no deben ser utilizados en niños con infecciones respiratorias recurrentes hasta que se realicen nuevos estudios, incluso con el ON 85 BV, que fue el único extracto bacteriano, que en la literatura más reciente presentó alguna señal de eficacia.

### **Lecturas recomendadas**

1. Collet JP. Stimulation of nonspecific immunity to reduce the risk of recurrent infections in children attending daycare centers. *Pediatric Infect Dis.* 1993;12:648-52.
2. Anthonsen NR. OM-85 BV for COPD. *Am J Resp Crit Care Med.* 1997;156:1719-1724.
3. Carvalho BC. Immunological evaluation of allergic respiratory children with recurrent sinusitis. *Pediatr Allergy Immunol.* 2005 (on line)
4. Fisher A. Faut-il vraiment utiliser les immunostimulants en pratique pédiatrique? *Arch Pediatr.* 1999;6:427-428.
5. Gutierrez T, Berber A. Safety and efficacy of two courses of mOM-85 in the prevention of respiratory tract infections in children during 12 months. *Chest.* 2001;119:1742-1748.