

Uso racional de inmunoestimulantes en la práctica médica

Dr. Gerardo López Pérez

Alergólogo infectólogo pediatra
Médico adscrito al servicio de alergia del Instituto Nacional de Pediatría

Para evitar la exagerada prescripción de los inmunoestimulantes es importante recordar que son definidos como aquellos elementos farmacéuticos que de forma directa o indirecta restauran la actividad inmunológica, además de que alteran la respuesta inmunitaria, para obtener un efecto terapéutico benéfico. Son conocidos con varias denominaciones, entre las que destacan la de inmunoincrementadores, inmunorreguladores, inmunomodificadores e inmuno-restauradores, sin embargo se promueve recientemente el uso del término Modificadores de la Respuesta Biológica.

En infecciones recurrentes las alteraciones inmunológicas se han observado en linfocitos T3 y T4 en un 50%, quimiotaxis de neutrófilos (35%), acción bactericida de neutrófilos (30%), actividad de NK (35%), déficit de IgA (20%), déficit de IgG (5%) y disminución de la opsonización (20%).

Sus efectos pueden quedar agrupados como aquellas que modifican la respuesta natural a través de la actividad sobre la fagocitosis con la estimulación rápida del fagocito e incremento de la quimiotaxis, así como, por el aumento de la actividad citotóxica de las células NK. Y hacia la inmunidad celular y la humoral, con la proliferación de los linfocitos y normalización de la relación Th CD4/Tc CD8, así como de la liberación de citocinas, mediante la estimulación de la producción de IL-2, expresión del receptor linfocitario CD25 y del interferón gama. Suprinen la variación circadiana de la IgE, y en especial el Pidotimod se observó recientemente por Papadopoulos y cols, que es útil en la reducción de la expresión de células CD30. Este determinante se asocia a la alta actividad de Th-2. Estas dos últimas funciones son útiles en la terapia de enfermedades alérgicas.

En el año 2007 apareció una revisión en La Biblioteca Cochrane Plus en donde se analizaron los inmunoestimulantes para la prevención de la infección respiratoria en niños, demostrando que reducen en 40%, como promedio, la incidencia de infección respiratoria alta en los niños. Concluyen los autores, que debido a la heterogeneidad significativa y la deficiente calidad de los ensayos, este resultado positivo debe ser interpretado con cautela. Asimismo, observaron que el perfil de seguridad de los inmunoestimulantes parece ser bueno. El efecto clínico de Pidotimod se ha analizado en varios estudios en los que se arrojan los siguientes resultados comparado contra placebo: eficacia clínica y tolerabilidad en el tratamiento y en la profilaxis de las infecciones recurrentes en el niño de una edad comprendida entre los 2 y los 14 años. Disminución en los días de fiebre, estancia hospitalaria e inasistencia a la escuela. Con una apreciación de mejoría de los padres del 87.5% vs. 17.5% del grupo de placebo.

Existen un cuantioso número de ellos en el mercado, sin embargo es fácil familiarizarse con la siguiente clasificación:

Extractos bacterianos:

- LW 50020, munostin; OM-85BV, Pulmonarom, Pulmontabs
- Fracciones ribosomales y de membrana
- D53

Extractos de plantas:

- Pelargonium sidoides

Productos sintéticos:

- Glicofosfopeptidal
- Pidotimod.
- Factor de transferencia.

El conjunto de trastornos clínicos a los que se enfrenta un médico en su práctica cotidiana que van desde infecciones, agudas o recurrentes, hasta trastornos alergoimmunológicos, que muy frecuentemente están expresados en un mismo sujeto obligan a tener un conocimiento de los conceptos básicos de etio y fisiopatogenia y de un panorama epidemiológico integral, que permita la toma de decisiones correctas. Es por ello que con la evidencia actual se puede sugerir que el clínico utilice a los inmunoestimulantes como elementos coadyuvantes en la terapéutica integral de estos padecimientos y no como terapia única o sustituta de aquella que tiene evidencia clara de su utilidad. Desde luego que también el análisis ambiental, social, cultural y económico no debe pasarse por alto en el momento de su prescripción..

Bibliografía

1. Del-Rio-Navarro BE, Espinosa Rosales F, Flenady V, Sienra-Monge JJL. Inmunoestimulantes para la prevención de la infección respiratoria en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4
2. Gomez Barreto D, De la Torre C, Alvarez A, Faure A, Berber A. Safety and efficacy of OM-85-BV plus amoxicillin/clavulanate in the treatment of subacute sinusitis and the prevention of recurrent infections in children [Seguridad y eficacia de OM-85-BV más moxicilina/clavulanato en el tratamiento de la sinusitis subaguda y prevención de infecciones recurrentes en niños]. *Allerg Immunopath* 1998;26(1):17-22.
3. Arroyave CM. Klebsiella pneumoniae glycoproteins as coadjuvants in the prevention of recurrent respiratory infections in children 1 to 6 years of age [Glicoproteínas de Klebsiella pneumoniae como coadyuvantes en la prevención de infecciones recurrentes respiratorias en niños de 1 a 6 años de edad]. *Rev Alerg Mex* 1999;46(3):66-71.
4. Burgio GR, Marseglia GL, Severi F, De Benedetti F, Masarone M, Ottolenghi A, et al. Immunoactivation by pidotimod in children with recurrent respiratory infections. *Arzneimittelforschung* 1994;44(Suppl 12A):152-9.
5. Caramia G, Clemente E, Solli R, Mei V, Cera R, Carnelli V, et al. Efficacy and safety of pidotimod in the treatment of recurrent respiratory infections in children. *Arzneimittelforschung* 1994;44(Suppl 12A):1480-4.
6. Careddu P. Role of immunoactivation with pidotimod in recurrent respiratory infections in childhood. *Arzneimittelforschung* 1994;44(Suppl 12A):1506-11.
7. Fiocchi A, Arancio R, Cinquepalmi P, Sala M, Zuccotti GV, Riva E, et al. Recurrent respiratory infections in childhood: experience with a bacterial extract plus bacterial ribosomes (Immucytal). *J Inter Med Res* 1990;18(1):50-60.