

Es para mí un honor coordinar este número especial de *Acta Pediátrica de México*, que está relacionado con el tema de la gammaglobulina intravenosa y subcutánea.

Durante la última década, la gammaglobulina ha sido el hemoderivado de mayor crecimiento clínico en todo el mundo. En sus inicios, y proveniente del trabajo clásico del Dr. Bruton¹ para tratar a un paciente incapaz de producir inmunoglobulinas, quedó demostrada su utilidad para dichos fines; sin embargo, fue hasta el conocimiento obtenido a través de la serendipia, por parte del Dr. Imbach, quien cuando trataba a un paciente afectado por hipogammaglobulinemia secundaria a quimioterapia descubrió los beneficios de la gammaglobulina sobre la púrpura trombocitopénica. Posterior a esto hubo varias investigaciones acerca de la utilidad de la gammaglobulina para modular los fenómenos autoinmunológicos. A este respecto, y sin dudarlo, es en el campo de la Neurología en donde existen mayores avances: desde enfermedades más prevalentes, como el síndrome de Guillain-Barré, la esclerosis múltiple, hasta otras mucho menos frecuentes, como la neuromielitis óptica y el síndrome de opsoclonomioclonos (enfermedad de Kinsbourne).

En este número describimos casos clínicos cuyo común denominador es la administración de gammaglobulina intravenosa en las fases agudas de la enfermedad y de manera concomitante, el tratamiento de la desregulación autoinmunológica con fármacos inmunosupresores; es importante resaltar que todos los pacientes reportados actualmente tienen una adecuada calidad de vida.

La mayor parte de los países desarrollados ha sufrido una revolución respecto al tipo de gammaglobulinas que

utilizan, que inició en la década de 1950 con aquellas de administración fundamentalmente intramuscular; sin embargo, los efectos secundarios, como el dolor local y otros sistémicos, están relacionados con la existencia de dímeros y polímeros en los primeros productos comercializados, situación que se ha resarcido en la actualidad, pues la gran mayoría de los productos intravenosos poseen, o deberían poseer en por lo menos 90%, exclusivamente monómeros.²

Sin lugar a dudas, el advenimiento de productos intravenosos exentos de sacarosa, la conversión de concentraciones de 5 a 10% y, más recientemente, la elaboración de productos dirigidos a la administración subcutánea cada vez más concentrados e incluso con la adición de hialuronidasa recombinante, hacen de la gammaglobulina un nicho de constante investigación que redundará definitivamente en el beneficio clínico de los pacientes.³

Otra evolución importante es la posibilidad de tratar a los pacientes inmunodeficientes en casa y con fines de restitución de inmunoglobulina; en este rubro, las inmunodeficiencias por encima de la autoinmunidad llevan la ventaja. Es considerable el rezago que en general se tiene en América Latina, respecto a Europa y Estados Unidos, en cuanto a programas de salud que alienten el tratamiento en casa y con productos adecuados para ello.⁴ En el Servicio de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría se creó el concepto Inmunoterapia de Corta Estancia (ICE), que está dirigido principalmente a evitar el internamiento, con lo que se logra disminuir el riesgo de adquirir infecciones en los pacientes inmunodeficientes, optimiza los tiempos en cuanto a la actividad médica y disminuye de manera considerable el costo de atención⁵ de los pacientes mencionados. En este número especial se describe la experiencia de ICE, tanto con el producto intravenoso como subcutáneo, constituyéndose así en el primer hospital en México en utilizar esta filosofía de tratamiento. Asimismo, nos queda como tarea pendiente

encontrar la utilidad del producto subcutáneo en enfermedades autoinmunitarias.

Finalmente, deseo agradecer a todos y cada uno de los autores de los trabajos que conforman este número especial, no sólo por su colaboración desinteresada para la realización de los artículos, sino por su dedicación en la labor clínica diaria, misma que nos ha permitido ser líderes en lo que respecta al tema de tratamiento de pacientes inmunodeficientes primarios y con enfermedades autoinmunitarias.

Mi sincero agradecimiento a las autoridades de este hospital, quienes por lo menos desde hace tres administraciones han ofrecido un responsable y decidido apoyo a nuestro Servicio de Inmunología Clínica; sin ese apoyo, nuestro crecimiento no hubiera sido posible.

Y a nuestros pequeños pacientes, que en la lucha por ofrecerles una mejor calidad de vida nos hacen entender que la academia y la ciencia son caminos dignos y res-

ponsables para hacer de esta sociedad una más justa y equitativa.

Dr. Víctor Manuel Hernández Bautista

*Jefe del Servicio de Inmunología,
Instituto Nacional de Pediatría*

REFERENCIAS

1. Bruton OC. Agammaglobulinemia. *Pediatrics*. 1952;9(6):722-728.
2. Ballou M. Safety of IGIV therapy and infusion-related adverse events. *Immunol Res*. 2007;38:122-132.
3. Berger M. Subcutaneous Administration of IgG. *Immunol Allergy Clin N Am*. 2008;28:779-802.
4. Haddad A, Barnes D, Kafal A. Home therapy with subcutaneous immunoglobulins for patients with primary immunodeficiency diseases. *Transfus Apher Sci*. 2012;46(3):315-321.
5. Berger M. Choices of IgG replacement therapy for primary immune deficiency diseases: subcutaneous IgG vs intravenous IgG and selecting an optimal dose. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2011;11:532-538.