Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas

Volumen *Volume* 8 Número *Number* 3 Mayo-Junio *May-June* 1999

Artículo:

IVAS, vacunas y respuesta inmune

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica, AC

Otras secciones de este sitio:

- Índice de este número
- Más revistas
- Búsqueda

Others sections in this web site:

- *Contents of this number*
- *More journals*
- *Search*

medigraphic.com

Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas

Editorial

Vol. 8, Núm. 3 • Mayo-Junio 1999
pp 76-77

IVAS, vacunas y respuesta inmune

Dr. Jorge R López López*

Las infecciones son aún causa importante de enfermedad o muerte, particularmente en la edad pediátrica. Se reconoce que los pacientes con infecciones recurrentes deben ser referidos al especialista en Alergia e Inmunología por su experiencia y preparación para evaluar, diagnosticar, y tratar a pacientes con inmunodeficiencias.

La sinusitis se puede acompañar o manifestar como infecciones de vías aéreas superiores (IVAS) recurrentes. De los pacientes remitidos a los servicios de alergia no todos resultan alérgicos y en el proceso de estudio se pueden hallar inmunodeficiencias, de anticuerpos principalmente, pero se requiere un abordaje más informado como se expone en el artículo del Dr. Onuma publicado en este número de la revista.

Las IVAS llamadas popularmente: resfriados, gripas o catarros con sus respectivos diminutivos aplicados a los niños, por frecuentes y aparentemente benignas, se minimizan dando pauta a actitudes basadas en creencias o tradiciones para prevenirlas o curarlas: no caminar descalzo, uso de cubrebocas por el paciente, prescripción temprana e indiscriminada de antibióticos para tratar «anginas», etcétera.

Las IVAS (rinitis, sinusitis y faringitis) se estima se ocurren de cinco a ocho veces en un año con duración de siete a nueve días, en niños menores de cinco años. Su frecuencia y severidad es mayor en niños que asisten a guarderías, en los cambios climatológicos, se contagian cuando el enfermo habla, tose o estornuda o cuando su mano es estrechada por el sano susceptible.

Los virus causan el 95% de casos de IVAS y la resistencia específica es principalmente con anticuerpos generados en infecciones previas (aprendizaje y memoria del sistema inmune).

Los antibióticos y cultivos son innecesarios en la mayoría de los casos de IVAS. Si la frecuencia y duración son mayores a las esperadas, hay documentación de deficiencia o bajos niveles de anticuerpos IgG, IgM o IgA o complicaciones con infecciones bacterianas: otitis, traqueobronquitis y neumonías se justifican el empleo de antibióticos, vacunas antigripales, vacunas bacterianas e inmunomoduladores derivados de elementos bacterianos.

El cuadro clínico será más severo según el grado de susceptibilidad del huésped y la presencia de deficiencias inmunológicas funcionales o patológicas, primarias o adquiridas.

En el recién nacido la respuesta inmune celular en general es de tipo TH2 tal vez porque así es el ambiente materno durante el embarazo, la inmunidad innata es débil, la activación del receptor T de las células T naive es lenta, el ligando de CD40 está reducido y hay una deficiente respuesta a polisacáridos capsulares de bacterias hasta los dos años de edad, tal vez por bajos niveles de CD21 (receptor CR2 del complemento). El CD21 en los linfocitos B actúa en sinergia con el receptor de linfocitos B para su activación y la producción de anticuerpos. El receptor de B es una inmunoglobulina asociada a cuatro proteínas de membrana.

El mayor riesgo de infección puede deberse a fallas en la reserva celular en la médula ósea, en la adherencia celular, la quimiotaxis, la actividad enzimática o señales para la activación de los neutrófilos. El tráfico celular ocurre íntimamente relacionado a la estructura y función del citoesqueleto. En el síndrome de Wiskot Aldrich hay deficiencia de una proteína rica en prolina que interviene en la polimerización de la actina.

Las vacunas tienen fines profilácticos pero la mayoría son inductoras de respuesta TH2 y deprivan al sistema inmunológico del estímulo de aprendizaje que hubiera llevado a un control natural de la infección vía TH1. Este fenómeno se ha empezado a llamar «síndrome de desbalance de citocinas».

La respuesta al BCG y a otras vacunas con agentes vivos puede hacer patente una inmunodeficiencia celular y se ha visto que la aplicación de vacuna BCG da respuestas TH1 al igual que la infección natural o vacu-

* Alergia e Inmunología. Unidad de Pediatría. Hospital General de México.

Vol. 8, Núm. 3 • Mayo-Junio 1999

na con virus de sarampión, situación que hace probable la disminución de la sintomatología alérgica.

Con el fin de asegurar protección contra infecciones y adecuado estímulo inmunológico las compañías farmacéuticas están tratando de diseñar vacunas con adyuvantes TH1.

Dirección para correspondencia:
Dr. Jorge R. López L.
Alergia e Inmunología
Unidad de Pediatría. Hospital General de México. Dr. Balmis No. 148, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc.
Teléfono y Fax. 5578-4213