

HISTORIA DE LA INMUNOTERAPIA

Dr. Miguel Alberto Marina *

*Medico especialista consultor en Alergia e Inmunología.

Jefe de la Unidad de Alergia. Hospital Presidente Perón. Avellaneda. Pcia. de Buenos Aires

Ex – Presidente de AAIBA. Drmiguelpmarina@hotmail.com

Quizá debiera comenzar comentando la hazaña del mítico rey **Mithridates** (132- 63 A.C.) quien se hizo famoso por una costumbre que adquirió y que legó su nombre al proceso. Como era consciente que con la política que llevaba podían conspirar contra él y matarlo, y como en su época el método más común era el envenenamiento, decidió comenzar a consumir veneno en muy pequeñas dosis hasta que el cuerpo lo fue tolerando. Así consiguió ser inmune al uso del veneno. En la Grecia clásica el padre de la medicina, **Hipócrates**, exponía perfectamente los síntomas de la alergia aunque sin llamarla por este nombre.-

En 1552 **Cardano** ya había observado la relación existente entre almohadas de plumas y dificultades respiratorias.

En el siglo XVII, **Ramazzini** detalló las reacciones que sufrían panaderos, cuidadores de animales o personas que trabajaban con vegetales al entrar en contacto con las sustancias que manipulaban.

En 1819, el médico Ingles **John Bostok**, publico un comunicado en la revista de la Sociedad Medico-Quirúrgica de Londres, acerca de un caso de inflamación periódica de la conjuntiva ocular, presentando en este caso, la historia de su propia enfermedad, la cual llamo Fiebre del Senna.

En 1864, **Salter** describió la correlación existente entre el asma y la inhalación de ciertas partículas de origen animal y vegetal.

Desde 1873 hasta 1880, **Charles H. Blackley** diseñó contadores de pólenes, describió las pruebas cutáneas y realizó los primeros ensayos de reto conjuntival, nasal y bronquial.

En 1900 **H. Curtis** trabaja con extractos de polen. El término **alergia**, apócope de las palabras griegas **allos** (diferente) y **ergon** (reacción) fue acuñado en 1906 por el pediatra austriaco **Clemens Von Pirquet**, quien también observó que ciertas sustancias presentes en el aire, en los alimentos o en los objetos, eran capaces de producir una reacción inmunológica adversa en personas que entraban en contacto con ellas y *definió por primera vez a estas sustancias como **alergenos***. Pero fue en 1911 cuando los Ingleses **Leonhard Noon y John Freeman** publican el primer trabajo sobre inmunoterapia usando extractos de polen para tratar la polinosis o fiebre del heno, que marcan nuevos rumbos en este tratamiento. El trabajo se denominó “La inoculación profiláctica contra la fiebre del heno” y fue publicado en Lancet (1911;1:1572-3). En 1913 **Weil** introduce el término **desensibilización** . En 1922 **Cook** Introduce el término **hiposensibilización**. En 1971 **Norman y Lichtenstein** cambian los términos antedichos por el de **Inmunoterapia específica**. Luego comienza una vorágine de estudios inmunológicos y trabajos con ensayos clínicos que hacen de la inmunoterapia un tratamiento con eficacia comprobada y cada vez menos efectos adversos. Se han realizado estudios de seguridad y eficacia de las vacunas, conocemos resultados de su efecto a corto, medio y largo plazo, sabemos mucho acerca de los mecanismos inmunológicos implicados tanto en la enfermedad como durante el tratamiento y por supuesto, cada vez conocemos más sobre el agente causal y su naturaleza, propiedades, funciones y características. *Tal es así que desde 1998 la Organización Mundial de la Salud avala a la “**inmunoterapia como tratamiento de las enfermedades alérgicas, ya que ha demostrado ser el único método capaz de modificar la historia natural de la enfermedad y prevenir el desarrollo de nuevas sensibilizaciones**”*

El futuro ya está en juego. Estará determinado por una mayor precisión diagnóstica del origen de la sensibilización del paciente. Las técnicas de diagnóstico molecular mediante tecnología del ADN recombinante permiten no sólo identificar el agente alérgeno desencadenante de la reacción alérgica, sino además sus componentes alérgicos específicos.

Esta información tan precisa ofrecerá grandes ventajas a la hora de diseñar la inmunoterapia más adecuada para desensibilizar al paciente afectado. Es de esperar que en un futuro próximo el extracto recombinante sea una herramienta común que permita mejorar tanto el diagnóstico como el tratamiento del paciente alérgico.

Aún quedan como retos pendientes: conseguir tratamientos más cortos y cómodos para los pacientes que contribuyan a garantizar un buen cumplimiento de los mismos. No obstante vale destacar que estamos actuando sobre las causas de la enfermedad y no sobre los síntomas; estamos modificando el sistema inmunitario del paciente y éste es un gran reto. Además se están investigando productos de segunda generación con mayor seguridad y rapidez, que consiguen un efecto superior en el sistema inmunitario gracias a nuevas formulaciones, y por otra parte la investigación relacionada con inmunoterapia obtenida mediante ingeniería genética-

Por otra parte en la actualidad se considera a la **alergia una de las plagas más significativas de la sociedad del confort**, por eso es de suma importancia que estemos preparados para afrontar el desafío de su tratamiento.

Motivo del consenso:

Teniendo en cuenta que la fisiopatología de las enfermedades alérgicas se basa en la inflamación y con la constante irrupción en el mercado farmacológico de los aerosoles y los polvos inhalados que actúan en dicha inflamación, tanto corticoides como broncodilatadores de larga duración. cada vez más efectivos, con mayor seguridad y eficacia para prevenir y tratar los accesos del asma bronquial y la rinitis alérgica, en cierto modo se ha desplazado la inmunoterapia (IT) de los tratamientos que históricamente eran utilizados por los médicos especialistas en Alergia para y prevenir dichas patologías . Pero no debemos olvidar las últimas consideraciones de la OMS que indican que la inmunoterapia específica es el único instrumento terapéutico eficaz para prevenir y modificar el curso de las enfermedades alérgicas, hecho fundamental que la diferencia del tratamiento farmacológico. Otro de los motivos que realizamos este consenso, es que existe una anarquía en la selección del paciente que va a ser sometido a la inmunoterapia, o sea no se tienen en cuenta las indicaciones precisas que determinan el éxito del tratamiento y los resultados negativos, lo que conlleva al desprestigio y descreimiento tanto de los pacientes como del profesional que deriva el paciente al especialista en alergia. Creemos con si coincidimos en los aspectos principales que conllevan a realizar una correcta inmunoterapia, tendremos una arma eficaz y diferenciada de otros tratamientos de las enfermedades alérgicas, que redundará en beneficio del paciente alérgico y por ende de la especialidad.-

Por lo tanto hemos confiado los diferentes aspectos que hacen a una correcta inmunoterapia a profesionales que han trabajado en AAIBA desde hace varios años a

través de reuniones previas y talleres en nuestros diferentes congresos anuales que seguramente serán de utilidad para el alergólogo.-