

PERSPECTIVAS EN MEDICINA

LA ALERGIA PEDIATRICA COMO ESPECIALIDAD *

LUIS GÓMEZ-OROZCO ‡

Los grandes adelantos científicos en el campo de la inmunología durante los tres últimos decenios han dado una explicación bastante precisa de las diferentes formas de hipersensibilidad y en la actualidad se incluyen todos estos fenómenos dentro de aquella disciplina. Para el autor, la alergia clínica abarca un campo más amplio que el de la hipersensibilidad, pues casi todos los cuadros clínicos a ella atribuidos pueden tener etiología y mecanismos fisiopatológicos diversos.

Se plantea el problema de la gran frecuencia de enfermedades alérgicas en los niños, el predominio franco de las manifestaciones de tipo I de hipersensibilidad, menor frecuencia de las de tipo IV y menor aún de las de tipo III. Se mencionan otros campos de la clínica vistos por el pediatra alergista y se considera la preparación académica que debe tener este especialista para actuar a nivel comunal, institucional y en la enseñanza. Finalmente, se analiza si la denominación pediatra alergista es adecuada.

* Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 29 de mayo de 1974.

‡ Académico numerario. Hospital Infantil de México.

El conocimiento histórico de la alergia

Algunas de las manifestaciones clínicas de las llamadas enfermedades alérgicas fueron conocidas desde la antigüedad; ya en el papiro de Ebers, que data de unos 1500 años a.C., se menciona la utilidad de inhalar vapores de beleño para lo que probablemente era asma y el Talmud babilónico describe una preparación a base de clara de huevo para tratar la intolerancia a este alimento.¹ Un siglo antes de Cristo, Lucrecio, poeta y filósofo romano, hizo notar que lo que para un hombre era alimento, para otro podría ser veneno.¹ Así serían dignos de mencionarse otros diversos antecedentes aislados, pero no es sino hasta el siglo pasado cuando se establecen las bases de una nueva rama de la medicina, las enfermedades por hipersensibilidad.

En 1819, Bostock en Inglaterra, describió la fiebre del heno y John Elliotson, en 1830, sugirió por primera vez que ese proceso podría ser causado por los pólenes de los pastos y por emanaciones de animales, que también desencadenarían asma.² Blackley en 1873, realizó las primeras pruebas cutáneas con pólenes y Wyman consideró en 1872 que la ambrosia era causa de la fiebre del heno observada en el este de los Estados Unidos de América.

Fue Magendie quien en 1823 describió las primeras reacciones indeseables observadas después de inyecciones repetidas de albúmina, pero no fueron sino los experimentos de Portier y Richet los que en 1902 dieron a conocer que las inyecciones repetidas de una proteína extraña pueden causar daño en vez de protección, designándose este fenómeno como "anafilia". En 1903, Arthus logró provocar en

conejos reacciones cutáneas progresivamente más graves, mediante inyecciones repetidas de suero de caballo, fenómeno que actualmente lleva su nombre y que recientemente ha sido analizado y reinterpretado.³

"La medicina experimental no comenzó con Leonardo da Vinci, sino con William Harvey; la historia no comienza con hechos accidentales, por trascendentes que parezcan, sino cuando emerge una mente precisa y perceptiva, que no solamente ha encontrado una tierra prometida, sino que también fue capaz de conocerla y plasmarla".³ La alergia comienza con von Pirquet en 1906, cuando reconoció el común denominador que une a la inmunidad con la hipersensibilidad y propuso el término "alergia".

En 1907, Otto y Friedmann provocaron choque anafiláctico en un animal normal que había sido previamente transfundido con sangre de otro sensibilizado mediante inyección del mismo antígeno, demostrando así por primera vez la transferencia de la hipersensibilidad. No fue sino hasta 1921 cuando Prausnitz y Küstner realizaron la transferencia pasiva en humanos, experimento que llevó a la investigación de los anticuerpos involucrados y que indirectamente promovió las pruebas cutáneas en la alergia clínica.³

En 1903, Hamburger y Moro describieron la enfermedad del suero, y en 1906, Rosenau y Anderson observaron y describieron un caso de choque anafiláctico desencadenado por la inyección de suero de caballo.³ En 1920, Meltzer señaló la similitud existente entre el choque anafiláctico en el cobayo y el asma bronquial del humano.¹

En 1911, Noon describió en Alemania el éxito logrado en el tratamiento de la

fiebre de heno con extracto de polen.¹ Schloss, en 1912, dio a conocer la utilidad de las pruebas cutáneas con alimentos como medio de diagnóstico.² Wolff-Eisner, en 1906, sugirió que la idiosincrasia a medicamentos era una hipersensibilidad.¹

En 1925, Zinsser analizó el problema de la sensibilización a bacterias y describió las diferencias entre reacciones inmediatas y tardías. En ese mismo año, Duke publicó sus conceptos sobre la alergia física.¹

Los estudios sobre transferencia de hipersensibilidad mediante el suero fueron seguidos de otras investigaciones sobre la transferencia mediante células. En 1918, Landsteiner la realizó con el exudado peritoneal de cobayos sensibilizados con sustancias químicas de estructura sencilla y Chase en 1945 logró la transferencia de la hipersensibilidad a la tuberculina.³

Paralelamente a todos los descubrimientos mencionados y a otros muchos más, se observó que la hipersensibilidad era una causa común de enfermedades y que había relación entre la fiebre de heno, el asma y el ecema infantil, entidades que en 1923 agrupó Coca dentro del término de enfermedades atópicas, concepto que perdura hasta la fecha.³

Los casos registrados con manifestaciones alérgicas llegaron a ser muy numerosos y para el segundo decenio del siglo actual, el problema había sido reconocido ampliamente en los países adelantados. En 1919 se fundó la primera clínica para enfermedades alérgicas en los Estados Unidos de América y ya para 1923 había una sociedad médica nacional en esa rama, iniciándose en 1929 una publicación científica regular en su aparición. En Inglaterra, Alemania, Holanda y Canadá, el auge de esa especialidad fue similar.

Inicio de la alergia pediátrica

Simultáneamente con los hechos mencionados, ocurrieron otros importantes dentro de la práctica clínica de la alergia. Ya desde el siglo pasado se había observado la gran frecuencia de enfermedades alérgicas en los niños. Salter lo mencionaba en 1860 al decir que una gran parte de los asmáticos tienen las primeras manifestaciones en el primer decenio de la vida.¹ Behring realizó gran parte de sus estudios sobre seroterapia en niños y algo semejante aconteció con Schick y von Pirquet en relación con la enfermedad sérica.¹ Schloss hizo sus estudios sobre alergia a alimentos en niños.²

El gran número de enfermos alérgicos dentro de las edades pediátricas llevó a la creación de una especialidad dentro de la pediatría general, en base a las peculiaridades clínicas de las enfermedades en los niños y a la necesidad de un mejor conocimiento de la medicina para su atención adecuada. Desde que se estableció la primera clínica de alergia pediátrica por O'Keefe y Talbot en el Massachusetts General Hospital de Boston, mucho se adelantó en el campo en los años siguientes en toda la Unión Americana, hasta que gracias a los esfuerzos de Ratner⁴ se creó en 1945 un comité examinador para acreditar a los especialistas en esa rama y en 1948, una sección de alergia pediátrica dentro de la Academia Americana de Pediatría.

Surgimiento de la inmunología

Por otra parte, en los tres últimos decenios ha habido cambios notables en la concepción de la inmunología, así como en su tecnología. Después de ser una rama de

la medicina enclavada en el campo del laboratorio, en gran parte ligada a la serología, ha tenido grandes adelantos, verdaderas zancadas, con el desarrollo de técnicas como la electroforesis por Tiselius, la demostración de actividad anticuerpo en la fracción gammaglobulínica del suero, los trabajos de Medawar sobre la naturaleza inmune de los rechazos a trasplantes, los de Rich sobre mecanismos inmunológicos en ciertas enfermedades como la periarteritis, fiebre reumática, el descubrimiento de la aglobulinemia gamma por Bruton, del factor de transferencia por Lawrence, la identificación de la IgE por los esposos Ishizaka y muchos más.

Los adelantos en la inmunología llevaron a enclavar a la hipersensibilidad, conjunto de procesos lesivos al organismo dentro del amplio concepto actual de ciencia mencionada. Con el descubrimiento de que un gran número de enfermedades son el resultado de una reacción antígeno-anticuerpo o que cuando menos es muy verosímil que así suceda, la alergia comenzó a perder su identidad, como puede observarse en la literatura médica, en el contenido de los congresos sobre esa rama y por la forma como se hace la preparación académica en dicha disciplina. El paso de una era semiempírica a una concepción científica podría creerse que distinguiera a una especialidad joven, particularmente en su rama pediátrica y se le considera joven ya que muchos de los que la forjaron aún viven, pero precisamente el motivo de este trabajo es el de tratar de justificar la continuidad de su existencia clínica, aun cuando desde el punto de vista doctrinario sería negar el sol si no se considerara a la hipersensibilidad como una parte de la inmunología.

Hipersensibilidad y alergia pediátrica

Ya Maimónides en el siglo XII señalaba las múltiples causas del asma, mencionando entre ellas factores físicos y emocionales. John Millas en 1869 la atribuyó a cambios de clima y Salter, en 1860, hablaba de estímulos nerviosos y físicos además de factores posiblemente sensibilizantes. En 1861 Trousseau subrayó la importancia de los factores psicológicos.¹ En 1896 Clark, señaló que aun cuando el polen puede ser la causa de la fiebre de heno, ésta también puede ser desencadenada por otros factores y observarse en otras estaciones.

En 1941, Rackemann agrupó al asma en dos variedades: una extrínseca, considerada atópica, con características de índole inmunológica y otra intrínseca, en las que estas características no eran demostrables. En forma semejante se ha comprobado que hay rinitis vasomotoras y urticarias que no son alérgicas, que la dermatitis atópica es realmente un síndrome en el que pueden participar factores inmunológicos, pero que en muchas ocasiones es de carácter psicológico o actúan en él factores físicos, la infección o bien no se detecta causa alguna aparente. Algo semejante puede decirse también del edema angioneurótico y de las jaquecas, de cierto tipo de diarreas, o de síndromes de mala absorción. Salazar Mallén⁵ denomina a estos cuadros, que tienen características clínicas semejantes a las enfermedades alérgicas, pero en los que no se ha demostrado un mecanismo de hipersensibilidad, enfermedad de "tipo alérgico". Si se considera que todo lo que no sea consecuencia de una reacción antígeno-anticuerpo no debe entrar en el campo de la inmunología, puede inferirse que el

terreno que abarca el área clínica de la alergia en general o la alergia pediátrica en particular, es más amplio que el campo doctrinario de la hipersensibilidad.

Magnitud del problema de la alergia en la infancia

A pesar de algunos intentos de Cueva, Gómez-Orozco y Pérez Martín⁶ para valorar la magnitud del problema de las enfermedades alérgicas en los niños de México, no se tiene una idea precisa. Aun cuando aparentemente son muy frecuentes, no se les presta atención ante otras prioridades dentro de la salud pública.

En 1963 se estimaba en los Estados Unidos de América que la fiebre del heno, el asma y otras alergias constituían una tercera parte de los procesos crónicos en los menores de 17 años,⁷ que uno de cada cinco niños tenía una alergia mayor,⁸ que la cuarta parte de los días escolares perdidos por procesos crónicos era por asma exclusivamente. En 1967 Arbeiter⁷ encontró que de 1 842 niños de 5 a 15 años, 24.5 por ciento eran alérgicos comprobados, habiendo 4.9 por ciento de asmáticos, 14.5 por ciento con rinitis alérgica estacional o perenne, 4.4 por ciento de ecematosos, 6.6 por ciento con alergia a alimentos. Por otra parte se ha observado un incremento relativo y absoluto de estas manifestaciones que no puede atribuirse exclusivamente a una detección mejor y más temprana.

Tomando como base la clasificación propuesta por Gell y Coombs⁸ de los fenómenos de hipersensibilidad, puede decirse que los cuadros clínicos más comúnmente observados en la alergia pediátrica caen dentro del tipo I (anafilaxia y atopia) y en menor número en el tipo IV

(dermatitis por contacto, picaduras de insectos); el tipo III (lesiones por complejos inmunes) se ve en la enfermedad sérica, pulmón del granjero; otras manifestaciones de este tipo caen más bien en diferentes especialidades. Los casos puros del tipo II (citotoxicidad) entran más bien en el campo de la hematología.

Como se mencionó anteriormente, muchas de estas manifestaciones pueden tener causa diferente a la hipersensibilidad y por otra parte, con frecuencia hay que hacer diagnóstico diferencial en dermatosis en que se pensó fueran una manifestación alérgica. Ocasionalmente se detectan inmunodeficiencias asociadas con manifestaciones alérgicas respiratorias o más rara vez se ven pacientes con lesiones cutáneas de tipo ecematoso, que forman parte de un cuadro de inmunodeficiencia.

Los cuadros alérgicos tienen en la infancia dos peculiaridades: muchas veces son incompletos en su etapa inicial y por otra parte varía el órgano de choque en el transcurso de los años, a diferencia del adulto en que son más definidos los cuadros clínicos y más estáticos en sus localizaciones, pero también tienen en los niños tendencia a la cronicidad.

A veces se observan en los enfermos las consecuencias de un mal tratamiento, verdaderas yatrogenias, por el uso inadecuado de medicamentos, dietas abigarradas, trauma psicológico, y otras causas.

La atención de la población alérgica infantil

Ante los problemas mencionados se plantean varias interrogantes: ¿Quién debe atender médicamente a los niños alérgicos? ¿Qué preparación académica debe tener? ¿Cómo debe denominarse? ¿Cuá-

les deben ser sus metas y actividades? ¿Cuál debe ser su ubicación dentro de la comunidad, dentro de las instituciones y a nivel de la enseñanza e investigación?

En la actualidad ya no es necesario explicar que debe haber pediatras para atender a los niños, es decir médicos que tienen una preparación académica especial para comprender los problemas del crecimiento y desarrollo, la alimentación, inmunizaciones, peculiaridades en la patología, aspectos del desarrollo emocional, límites de la homeostasis, posología en la edad pediátrica. Si los enfermos son niños mayores de dos o tres años, es posible que un médico general los atienda bien, pero también puede ser que se le pasen por alto muchas manifestaciones de enfermedad si se trata de un lactante menor y que tenga problemas con la alimentación, posología y en manejo integral. En la misma forma, si un alergista para adultos debe ser un buen internista, el alergista que atiende niños debe ser inicialmente un buen pediatra y en su preparación debe obtener una buena orientación hacia la profilaxia.

Mucho de lo que se hace médicamente en favor de un niño pequeño con alergia puede hacerlo un pediatra si tiene cierto adiestramiento y si da tiempo suficiente a la atención de sus enfermos, ya que el elemento más valioso para su estudio es una buena historia clínica y el instrumental más adecuado: el razonamiento.

El estudio de los casos con alergia respiratoria necesita un equipo modesto, para realizar pruebas cutáneas, citología del moco nasal, y espirometría cronometrada. En las dermatitis por contacto son útiles las pruebas de parche. En la alergia gastrointestinal las pruebas de eliminación y reexposición son básicas y están a nivel

de la clínica general. El aspecto emocional, los factores físicos ambientales y muchas cosas más pueden ser valoradas por la clínica, pero como ya se dijo antes, hay que darle tiempo suficiente a la historia clínica. Debe haber también cierta orientación para el manejo del enfermo crónico. Habrá una estrecha colaboración entre el pediatra o el médico general que solicita una opinión y el pediatra alergista. El responsable del manejo integral en ese caso es el pediatra o médico general.

Cuando los diagnósticos no pueden establecerse en esa primera etapa, cambia el panorama; el laboratorio va ocupando un lugar primordial al lado de un buen estudio longitudinal del caso; muchas veces la evolución ayuda al diagnóstico. El laboratorio puede abarcar determinación de inmunoglobulinas, respuesta blastoide de los linfocitos, pruebas de radioinmunoensayo, liberación de histamina o inhibición de la migración de los neutrófilos, todo ello de acuerdo con el caso. Esto implica tecnología, equipo y personal. Pudiera ocurrir que los estudios estén fuera del alcance del alergista, el que necesitará la ayuda de personal técnico especializado, del inmunólogo investigador y no será un solo inmunólogo que pueda hacer todos los estudios; ha llegado el momento de la división y jerarquización del trabajo y de los conocimientos. Pero hay algo que sigue conservando el alergista: la capacidad de razonar, el ser un buen clínico para valorar los hallazgos, el conocer a sus enfermos integralmente y en esto puede ser superior al inmunólogo que muchas veces no va más allá del laboratorio.

Hay que señalar además, que el número de enfermos que requieren tales estudios especializados es reducido, comparado con la población alérgica en su totalidad. Por

tal motivo se concentran estas investigaciones en instituciones, para poder sufragar los enormes gastos que implica el sostenimiento del equipo y personal.

Respecto a la preparación académica del médico que atiende niños alérgicos, podría preguntarse: ¿Tendrá que ser un inmunólogo consumado? Es posible que a nivel institucional pueda ser ideal en ocasiones para la investigación en grupos especiales de casos, pero pocos son los inmunólogos que hacen clínica, excepcionales los que hacen pediatría. Lo común es ver pediatras que se han adentrado en el campo de la inmunología y cuanto más se han adentrado en ella, más se alejan de la clínica alergológica general y tienen que recurrir a la colaboración de clínicos para seguir adelante en sus estudios.

Vendría entonces otra pregunta: ¿Qué puede conservar al pediatra alergista dentro de la clínica sin detrimento de su calidad académica? Tener una preparación general en el campo de las enfermedades por daño inmunológico y un adiestramiento en las técnicas más comunes, colaborar con otros especialistas en investigación clínica y de laboratorio de acuerdo con sus capacidades, estar enterado de los avances en su campo y participar en la enseñanza de la especialidad.

Cabría una última pregunta: ¿Debe llamársele a este médico pediatra alergista? Voorhorst¹⁰ señalaba que alergología es la ciencia que estudia el fenómeno alérgico; alergólogo el que estudia la alergología y alergista aquel que trata a los enfermos alérgicos. De acuerdo con él es adecuado el término de pediatra alergista, pero por otra parte el mencionado autor consideraba que la alergología como ciencia podía existir, pero la especialidad no se justificaba, por ser su actuación trans-

versal respecto a otras especialidades que se dedican a un órgano o aparato, que los alergistas deberían ser siempre colaboradores de otros clínicos. A lo anterior cabría responder que entonces no podría haber especialidades como oncología, radiología o rehabilitación.

A propósito de la denominación "inmunólogo clínico", dice Freedman en su libro sobre inmunología que "su papel debe ser el de un médico científico, eficiente en la evaluación clínica de los pacientes con enfermedades comunes de laboratorio en relación con la inmunología moderna. El campo del conocimiento médico del inmunólogo clínico debe ser suficientemente amplio para incluir las enfermedades atópicas, de la colágena, enfermedades relacionadas con anticuerpos, del cáncer, reacciones alérgicas a medicamentos, hipersensibilidad a agentes infecciosos, procedimientos de inmunización, aspectos inmunológicos de la reumatología, dermatología, hematología, enfermedades pulmonares, nefrología, endocrinología, cardiología, gastroenterología, oftalmología y neurología. En muchas situaciones debe llenar una función importante en investigación, además de las responsabilidades clínicas y de laboratorio".¹¹

Es posible que existan médicos que reúnan todas estas capacidades, pero la población infantil con padecimientos alérgicos es demasiado numerosa para que haya elementos suficientes para llenar todas las necesidades de personal y además, fuera de las instituciones, no podría desenvolverse un médico con esas características. Por otra parte, no sería adecuado dar esta denominación de inmunólogo clínico al que solamente ha tenido una preparación superficial o parcial.

Se ha intentado cubrir con el vocablo inmunopatología a todos los fenómenos inmunológicos, independientemente que sean útiles, sin trascendencia o dañinos para el huésped. Cabría preguntar si sería adecuado denominar a estos médicos pediatras inmunopatólogos clínicos.

Hay términos que no pueden borrarse del léxico común; probablemente sea difícil hacer desaparecer la palabra alergia y el término alergista, que en opinión muy personal del autor no es tan malo como algunos creen.

Lo importante es que a nivel médico cambie el concepto de las enfermedades alérgicas, que actualmente asienta sobre bases científicas proporcionadas por la inmunología. También hay que hacer conocer que el pediatra alergista es un médico integral que ejerce científicamente su especialidad.

REFERENCIAS

1. Cit. por Rapaport, H. G.: *The history of allergy and immunology*. En: *Allergy and immunology in childhood*. Speer, F. y Dockhorn, R. C. (Eds.). Springfield, Charles C Thomas Pub. 1973.
2. Cit. por Hansel, F. K.: *Clinical allergy*. St. Louis, The C. V. Mosby Co., 1953.
3. Cit. por Alexander, H. L.: *The history of allergy*. En: *Immunological diseases*. Sampster, M. (Ed.). Boston, Little Brown and Co., 1971.
4. Cit. por Glasser, J.: *Allergy in childhood*. Springfield, Charles C Thomas Pub., 1956.
5. Salazar Mallén, M.: *La ciencia de la inmunología y el enfermo alérgico*. *Alergia* 13: 37, 1965.
6. Gómez-Orozco, L.: *Concepto pediátrico de las enfermedades de tipo alérgico*. *GAC. MÉD. MÉX.* 98:505, 1968.
7. Collin-Williams, C.: *El futuro de la alergia pediátrica*. *Alergia* 16:57, 1958.
8. Rapaport, H. G.: *La alergia en el consultorio del pediatra*. *Alergia* 17:1, 1969.
9. Gell, P. G. H. y Coombs, R. R. A.: *Clinical aspects of immunology*. Oxford, Blackwell Scientif Pub., 1962.
10. Voorhorst, R.: *Basic facts of allergy*. Leyden, H. E. Stenfort Kroese N. V., 1962.
11. Freedman, S. O.: *Clinical immunology*. Nueva York, Harper & Row Publ., 1971.