

## Artículos Originales

# VARIACIONES DE LA IgE SERICA EN PACIENTES POLINICOS CON TRATAMIENTO HIPOSENSIBILIZANTE (Comunicación previa)

Dr. NOBERTO GALLINO (\*)  
Dr. MARIO ROSENBLUM (\*\*)  
Dr. GILBERTO CHIOTTI (\*\*)  
Dr. EDUARDO FERNANDEZ (\*\*\*)

(\*) *Jefe del Servicio de Alergia, Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba.*

(\*\*) *Médicos del Servicio de Alergia, Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba.*

(\*\*\*) *Jefe del Laboratorio de Radioinmunoensayo de la Fundación para el progreso de la Medicina.*

Hemos querido estudiar un grupo de nuestros enfermos polínicos con tratamiento específico, para saber si en ellos, usando antígenos naturales en forma de extractos acuosos ( ' ), conseguimos modificar los niveles de IgE sérica total, y comparar nuestra experiencia con la de autores que se han ocupado antes del tema.

### MATERIAL Y METODO

Presentamos una serie de 24 enfermos polínicos con Rinopatía y Rinopatía y Asma, de carácter estacional y con pruebas cutáneas positivas para pólenes, a los que se sometió a tratamiento pre o co-estacional, durante uno a diecinueve años.

En sus historias clínicas, no había parasitológico positivo ni otras enfermedades asociadas, que pudieran modificar los niveles de IgE.

La serie estaba compuesta por 15 enfermos del sexo masculino y 9 del sexo femenino, siendo el rango de 10 a 64 años.

Los dosajes de IgE sérica total, se hicieron utilizando el método de Radio-Inmuno-Sorbent-Test, en papel (PRIST), con control individual de cada muestra por duplicado; el primer dosaje antes de iniciar el tratamien-

( ' ) *Laboratorios Mouzo, Buenos Aires.*

to, y un segundo dosaje entre los 30 y 120 días después, habiendo recibido antigenoterapia específica entre ambos dosajes, con dosis crecientes, dos veces por semana y luego una vez, en concentraciones que oscilan de 1:1.000 a 1:10, partiendo de un extracto de 10.000u Stull Cooke.

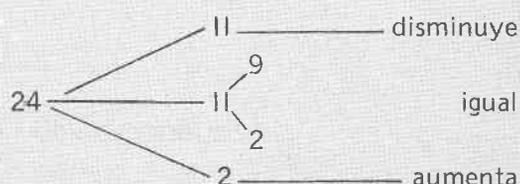
Once enfermos hicieron un solo dosaje por lo que no se los incluyó en la serie.

### RESULTADOS

Como podemos ver en el **cuadro uno**, de los 24 enfermos, 11 presentaron un dosaje menor en la segunda determinación, 11 mantuvieron los valores iniciales y 2, elevaron sus niveles sanguíneos en la segunda muestra.

#### CUADRO I

**Dosaje de IgE Sérica total en 24 pacientes con tratamiento hiposensibilizante.**



**CUADRO II**

**Disminución niveles de IgE, sérica, con hiposensibilización**

Nombre	Dosaje inicial	Segundo dosaje	Diferencia	Período dosajes	Angt. Estación	Angt. Prev. años	Diag.	Evolución clínica
E.	478	260	218	60	70	8	R. y A.	xxx
L.	370	219	151	120	90	6	R.	xxx
A.	778	432	346	60	70	1	R.	xxxx
J.	558	350	208	40	70	2	R.	xxx
R.	300	119	181	30	70	8	R.	xxxx
L.	318	113	205	30	120	7	R. y A.	xx
M.	166	105	61	60	60	2	R.	xx
M.	250	138	112	55	70	11	R. y A.	xxx
B.	151	70	81	80	70	2	R.	xxxx
R.	1.000	620	380	90	70	1	R.	
H.	309	131	178	45	120	8	R.	xxxx
	4.678	2.557	2.121	670	880	56		
Prom.	425	232	193	60	80	5		xxx

En el **cuadro dos**, analizamos los 11 enfermos que presentaron un descenso de sus niveles de IgE, en la segunda muestra, lo primero que nos llama la atención, es que los 11 presentaron niveles elevados, anormales, en la primera determinación, con un promedio de IgE sérica total de 425 u/ml y un descenso promedio de 193 u/ml para cada uno, habiendo normalizado sus niveles seis de los 11. El criterio de selección de este grupo no fue su IgE elevada, sino el descenso en la segunda determinación. Los dosajes se hicieron con 60 días de diferencia (promedio), y recibieron antigenoterapia por 80

días (promedio). Subjetiva y objetivamente, sólo dos tuvieron una evolución regular (xx), el resto fue de buena a excelente, con promedio para el grupo de buena (xxx). El tratamiento previo de antigenoterapia para el grupo, nos arroja cinco años de promedio. El grupo descendió sus niveles de IgE en un 45o/o del valor inicial, y los normalizó en el 54,5o/o del total, siendo la segunda determinación en plena polinación.

En el **cuadro tres**, analizamos los 11 enfermos que no modificaron sus dosajes o, mejor dicho, que las modificaciones en más o menos fueron tan pequeñas, que no

**CUADRO III**

**Mantenimiento de los niveles de IgE, sérica, con hiposensibilización**

Nombre	Dosaje inicial	Segundo dosaje	Diferencia	Período dosajes	Angt. Estación	Angt. Prev. años	Diag.	Evolución clínica
V. O.	27	27,5	0,5	120	70	7	R.	xx
P. N.	55	78	- 23	30	70	1	R.	xxx
A. C.	98	102	- 4	30	90	6	R. y A.	x
C. R.	55	51	+ 4	60	70	3	R. y A.	xxx
F. C.	39	58	-19	60	60	19	R.	xxxx
N. V.	58	38	+ 20	30	60	2	R. y A.	xxxx
G. L.	92	68	+ 24	60	120	1	R.	xxx
M. R.	104	96	+ 8	60	120	2	R.	xxx
B. S.	77	82	- 5	60	60	1	R.	xxx
F. E.	1.000	1.000	0	60	90	3	R.	xxx
S. B.	1.000	1.000	0	60	120	10	R. y A.	xxx
Prom.	67,2	66,6		57	84	5		xxx

las podemos considerar como tales, y de estos 11, los dividimos en 9, en que su primera determinación fue de valores normales, y dos en que su primera y segunda determinación, estuvo en el límite máximo de 1.000 u/ml y en los cuales en realidad, no sabemos si se mantuvo, elevó o disminuyó, ya que no hicimos las diluciones necesarias para poder saberlo, pero los incluimos en el grupo, porque el criterio de conformación del mismo, era la no modificación de sus niveles en ambos dosajes. Los 9 restantes, que tenían todos niveles normales en su primera determinación, los mantuvieron en la segunda, realizada en plena polinación, el promedio fue de 67,2 u/ml, para la primera determinación y de 66,6 u/ml, para la segunda; con 57 días de diferencia promedio entre ambos dosajes y 84 días promedio de antígenoterapia. Los años de antígenoterapia previa fue de 4,6. Subjetivamente y en forma objetiva, en este grupo tenemos un enfermo con evolución mala y uno con evolución regular, el resto fue de buena o muy buena, con 2,8 cruces promedio, contra 3,3 del grupo anterior en que descendió la IgE en su segunda determinación.

Si del total de 24 enfermos, de la serie descontamos los 2 cuya determinación fue de valores máximos en ambas muestras,

tenemos que de los 22 restantes, 15 que representan el 68,18o/o, tuvieron un dosaje de IgE normal en su segunda determinación en plena época de polinización, estando con antígenoterapia específica, lo que estimamos que es altamente significativo.

En el **cuadro cuatro**, comparamos a los grupos anteriores, considerando por separado los dos cuyos dosajes fue máximo. Nos queda así constituida la serie con 11 que bajan, 9 que mantienen su dosaje inicial normal, dos que se mantienen con dosaje máximo y dos que elevan su IgE en el segundo dosaje, con promedio de 328 u/ml, pero que clínicamente, tienen una evolución excelente, uno de ellos con 9 años de antígenoterapia previa y el otro, con sólo un año. Si comparamos entre los 4 grupos el período entre dosajes, evolución clínica, período de antígenoterapia estacional o previa en años de tratamiento, veremos que las diferencias no son significativas, incluso los 8 enfermos que presentan Rinopatía y Asma se dividen en forma proporcional en los 4 grupos.

En el **cuadro cinco**, tomamos el total de 35 enfermos con una sola determinación antes de iniciar el tratamiento, es decir 11 enfermos que no hicieron la segunda determinación, y vemos que del total, 12 de ellos presentan Rinopatía y Asma de etiología

#### CUADRO IV

Cuadro comparativo, entre los grupos

No. de Enfermos	Dosaje Inicial	Segundo Dosaje	Diferencia	Período Dosajes	Evolución Clínica	Antg. Estac.	Antig. Previa	Di R.
11	425	232	193	61	xxx	80	5,1	3
9	67,2	66,6	0,6	57	xxx	84	4,6	3
2	1.000	1.000	0	60	xxx	105	6	1
2	369	697	-328	75	xxxx	90	5	1

#### CUADRO V

Una sola determinación de la IgE, sobre 35 pacientes

35	Rinop. y Asma—12	8+	P. 389
		4 N	
	Rinopatía—23	11+	Diferencia 115
		12 N	
			P. 274

polínica, y de éstos, 8 ó sea el 66,60/o, tenía un dosaje elevado con promedio para el grupo de 389 u/ml, mientras que los 23 restantes que tenían sólo Rinopatía polínica, su primer dosaje estuvo elevado en 11, ó sea un 47,80/o, con un promedio de 274 u/ml y una diferencia a favor de los que presentan también Asma, de 115 u/ml promedio. Destaquemos que el grupo de asmáticos llevaba su sintomatología clínica estacional por un considerable número de años más, que los que presentaban sólo Rinopatía; y todos estaban con antigenoterapia previa.

## DISCUSION

En esta comunicación previa plantearemos para la discusión algunas de nuestras observaciones:

- 1) No observamos cambios significativos por el sexo, la edad, edad de iniciación de los síntomas, positividad de las pruebas cutáneas, antecedentes alérgicos familiares, concentración del antígeno, años de tratamiento previo.
- 2) Podemos decir que los polínicos con tratamiento previo de antigenoterapia, presentan un dosaje pre o co-estacional de IgE sérica total, normal o elevado, sin que esto nos oriente hacia una evolución clínica distinta en un grupo u otro.
- 3) En el grupo que tuvo valores normales en su primera determinación, y que representa el 45,80/o de la serie, no sabemos si esto se debe al tratamiento previo, o que hay un porcentaje de polínicos que no eleva su IgE como sería lógico. De todas maneras es imposible esperar que bajen sus valores

iniciales, ya que eran normales. Sí podemos esperar que no suban por el tratamiento durante la estación, lo que efectivamente sucedió.

Está descrito por todos los autores que se ocuparon del tema, que hay un porcentaje de dosaje de IgE normales en alérgicos, lo que no todos coinciden es en las cifras de ese porcentaje, y nosotros estimamos, por nuestra experiencia, que no puede ser del 45,80/o de normales sobre población alérgica, y menos de polínicos durante la estación.

Lo que no hay dudas, es que los polínicos elevan su IgE en forma significativa durante la estación. En nuestra serie, 15 de los 24 enfermos presentaron un dosaje normal en plena polinación, lo que representa el 68,180/o, de éstos 6 descendieron de valores elevados a normales durante la estación.

Pensamos que la antigenoterapia es la responsable del mantenimiento de valores normales en los que ya lo tenían previamente, y del descenso de los que lo tenían elevado.

4) Los extractos acuosos, de antígenos naturales, han demostrado una significativa eficacia, en el tratamiento específico.

5) No hemos observado el aumento descrito de la IgE sérica durante las tres primeras estaciones de tratamiento, en 6 de nuestros enfermos (efecto Buster).

Evaluamos en cruces la evolución clínica subjetiva y objetiva:

x: mala  
 xx: regular  
 xxx: buena  
 xxxx: muy buena  
 xxxxx: excelente

## BIBLIOGRAFIA

1. Foucard, T.: Immunological studies in vitro and in vivo of children with pollenosis given immunotherapy with aqueous and glutaraldehyde-treated-tyrosine-absorbed grass pollen. *Clin. Allerg.* 6 (5):249, 1976.
2. Henderson, L.; Larson, J.; Gleich, G.: Effect of corticosteroid in seasonal increase in IgE antibody. *J. Allerg. Clin. Immunol.* 52:352, 1973.
3. James, A.; Loeffler, M.; Leo, P.; Cawley, M.: Serum IgE levels: Correlation with skin test sensitivity. *Annals of Allergy.* 7:331 - 336, 1973.
4. Ljaljevic, M.; Ljaljevic, J.: Hyposensitization therapy of pollen allergy. 10 th International Congress of Allergy (Actas).
5. Reisman, A.; Arbesman, C.: Clinical and immunological studies following immunotherapy with aqueous and alum precipitated ragweed fraction. *Int. Arch. Allergy.* 44:161, 1973.
6. Stenius, B.; Wide, L.; Seymour, W.: Clinical significance of total IgE and of specific IgE to dermatophagoides spp. Grass pollen and other common allergen. II) Relationship to clinical manifestations. *Clin. Allerg.* 2:303, 1972.
7. Subira, M.; Oehling, A.: Diagnostic value of IgE and antigen specific IgE using RAST in pollenosis. *Allergologia et Immunopathologia.* 3:9, 1975.
8. Weeke, B.; Ostesballe, O.; Lowenstein, H.: Hyposensitization in hay fever with 2 major Allergen 19,25 (PAR) and whole extract of timothy grass pollen (WPA). A controlled double blind study. 10 th International Congress of Allergy (Actas). \*