

A imunoterapia específica (ITE) foi introduzida em 1911 para o tratamento de polinose, mas ainda é controversa porque muitos protocolos foram delineados empiricamente, alguns alérgenos não estão bem definidos, os mecanismos de ação não estão esclarecidos, a duração não caracterizada e o índice terapêutico contestado durante muitos anos. Nos anos 70 a ITE era pouco efetiva. Nos anos 80, era considerada efetiva sob certas condições em doenças mediadas por IgE, com extratos de melhor qualidade, dose ótima de alérgenos e indicação correta. Nos anos 90, considerações de custo/benefício causaram preocupação quando a ITE foi comparada à terapêutica farmacológica.

No entanto, a ITE é a única forma de tratamento que pode alterar a história natural da doença alérgica e prevenir o início da asma. Nas recomendações recentes para indicação de imunoterapia é enfatizada a qualidade dos extratos empregados, e preferencialmente, com antígenos padronizados. A ITE tem sido usada na busca da cura da alergia, mas há evidências indicando que pode ter também efeito preventivo no desenvolvimento de novas sensibilizações.

Há dados científicos suficientes para documentar a eficácia da ITE em pacientes adequadamente selecionados, reduzindo a gravidade da doença em consequência da redução do grau de sensibilização.

A controvérsia foi aquecida com publicações recentes. **Creticos et al.** (NEJM 1996; 334:501) encontraram impacto modesto mas significativo da imunoterapia com extrato de pólen nas exacerbações de asma pela exposição sazonal ao pólen de "ragweed". O estudo sugere que a asma por pólen em alguns pacientes pode ser evitada com a ITE. Um editorial acompanhando este trabalho e questionando a necessidade de ITE iniciou uma série de respostas calorosas.

Uma meta-análise de 20 estudos prospectivos e controlados mostrou que a ITE era eficaz no tratamento da asma. Seriam necessários 33 estudos negativos para contrariar tais resultados.

Outra meta-análise independente de 23 estudos de que participaram 935 asmáticos com alergia documentada indicou que a ITE é efetiva em população selecionada de asmáticos atópicos.

O "American College" e a "American Academy of Allergy, Asthma and Immunology" elaboraram um relatório em que são apresentadas para médicos e pacientes evidências que demonstram ser a ITE efetiva para o tratamento da asma, da rinite alérgica e da alergia anafilática à picada de insetos.

Por isso a ITE deve ser prescrita por especialistas preparados para esta modalidade de tratamento e capacitados no reconhecimento dos sinais precoces de reação anafilática e na administração de medicação de emergência.

O estudo de **Adkinson et al.** (NEJM 1997; 336:324) em crianças com asma perene requerendo medicação diária discordou de vários outros que mostravam os benefícios da ITE. Os autores observaram 31% de remissão completa ou parcial no grupo ITE e 28% no grupo placebo. Não havia diferença entre os grupos com respeito ao escore clínico, pico de fluxo expiratório e dose de metacolina. No entanto, alérgenos importantes podem não ter sido empregados; alguns pacientes não receberam doses ótimas; a duração era variável e curta para alguns; extratos mistos de até sete antígenos foram administrados. Isto tudo contribuiu para os resultados negativos, mas ficou evidente que os asmáticos com doença menos grave respondem melhor e que a ITE não provê benefícios adicionais em crianças asmáticas com higiene ambiental e controle farmacológico adequados.

A sensibilização alérgica se inicia nos primeiros anos de vida. A ITE é mais eficaz em crianças do que em adultos, e nos monossensibilizados do que nos pacientes com múltiplas alergias. A inflamação alérgica progride para a remodelagem das vias aéreas, tornando a asma pouco responsiva ao tratamento. Portanto, a ITE, que pode ser preventiva de novas sensibilizações, deve ser iniciada na criança quando a alergia já estiver estabelecida.

O papel do linfócito TH2 e das citocinas IL4, IL5 e IL13 na indução da síntese de IgE, expansão e diferenciação de mastócitos, basófilos e eosinófilos, é bem estabelecido. Pelo seu papel regulador central, o linfócito TH2 é alvo de abordagens experimentais procurando o desvio imunológico para a célula TH1 ou suprimindo a resposta da célula TH2 específica para o alérgeno (anergia). Seja pela vacinação com peptídeos sintéticos, ou de alérgenos combinados a citocinas, ou com DNA, a imunoprofilaxia ativa pode se constituir em alternativa à imunoterapia atual com alérgenos na prevenção das doenças alérgicas.

Nos seus 87 anos, a ITE, inicialmente empírica, passou a ter fundamento científico e comprovado, proporcionando benefícios, como tratamento das doenças alérgicas em pacientes criteriosamente selecionados.

Nelson A. Rosário Filho

Acompanha uma revisão de 59 artigos indicando o valor do tratamento por especialista em alergia e da imunoterapia na asma. Além de eficaz, a ITE é segura, uma vez que reações fatais são raras. Entre 1985 e 1993, houve 35 óbitos após administração de extratos alergênicos. Considerando-se os 52,3 milhões de injeções de extratos, a incidência é de 0,669 por milhão de aplicações. 

[\[Home Page SBAI\]](#) [\[Índice Geral\]](#) [\[Índice do Fascículo\]](#)

A Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia é publicação oficial da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia.
Copyright 1998 - SBAI - Av. Prof. Ascendino Reis, 455 - São Paulo - SP - Brasil - CEP: 04027-000