

Tratamiento biológico de la hidatidosis

V. M. VARELA-DIAZ y N. MARCHEVSKY*

La posibilidad de un tratamiento biológico de la hidatidosis mediante inoculaciones de antígenos hidáticos ha sido encarada desde principios de este siglo con los trabajos de Petroff¹, Calcagno² e Imaz-Appathie³ entre otros. Como la aplicación y efectividad de este tratamiento ha sido motivo de discusión hasta el momento actual, hemos estimado conveniente hacer una revisión desde el punto de vista inmunológico.

Para la siguiente presentación se han revisado numerosas publicaciones^{4,5} sobre el tratamiento biológico de la hidatidosis. Se ha efectuado un estudio de los resultados observados por los diversos autores y a continuación se hace un análisis crítico de la metodología empleada y de la validez de las conclusiones publicadas. En términos generales pueden separarse tres grandes temas sujetos a revisión: antígenos, diseños experimentales y aspectos inmunológicos.

I. *Las características de las distintas variedades de antígenos usados*

Los antígenos utilizados en el tratamiento biológico de la hidatidosis han sido preparados usando escólices, líquido y/o membranas hidatídicas (a diferentes concentraciones o proporciones) o extractos u homogenados de estos materiales o sus derivados obtenidos por diversos métodos. Estos preparados necesariamente difieren cualitativamente y cuantitativamente entre sí, ya que no hay un criterio común de estandarización entre ellos, salvo que sea el de "material parasitario". Es difícil asumir que todos los preparados antigénicos a los que se les ha atribuido resultados satisfactorios sean igualmente efectivos a pesar de su variabilidad antigénica.

II. *Diseños experimentales*

El segundo punto a considerarse son las experiencias clínicas, incluyéndose las que han sido planeadas como tales o son simplemente una enumeración casuística. Una objeción importan-

te que se plantea es la omisión o la mención muy limitada respecto a la evolución natural de los enfermos de hidatidosis. Los distintos autores han trabajado con los pacientes que les llegan en diversas condiciones a la consulta o son internados en sus servicios, pero poco o ningún esfuerzo se ha hecho para estudiar lo que pasa con los enfermos de hidatidosis que no van a la consulta. Que estos pacientes existen y que su enfermedad puede discurrir sin mayores molestias o aún con mejorías importantes, no cabe duda, dados los hallazgos necrópicos accidentales que muestran quistes hidáticos en distintos estadios de evolución, que en su mayoría no han provocado síntomas que lleven al diagnóstico. Es también un hecho de observación relativamente frecuente, el hallazgo de quistes hidatídicos en catastros radiológicos efectuados con ese u otros fines, sin que los afectados hayan tenido molestias que los hubiesen llevado a la consulta sin que recuerden retrospectivamente síntomas que pudieran ser atribuidos a esta enfermedad. Por esto, un importante obstáculo para la aceptación de las conclusiones de los trabajos sobre la efectividad del tratamiento biológico lo constituye la falta de enfermos controles, condición imprescindible en toda evaluación de un fenómeno biológico, agravado aún más en este caso, por la carencia de un marco de referencia de tipo histórico de enfermos no-tratados. Mejoría de los síntomas subjetivos se observa con frecuencia en el post-operatorio de pacientes que no han recibido el tratamiento según la información procedente de otros continentes.

III. *Aspectos inmunológicos*

Se ha observado que la reacción de fijación de complemento y la intradermorreacción de Casani se tornan positivas en pacientes que eran negativos antes del comienzo del tratamiento biológico y se mantienen positivas (o aumentan en intensidad) en individuos inicialmente positivos. Algunos autores han interpretado estos hallazgos como indicadores de una reacción de defensa por parte del huésped, asociada a una evolución adversa del quiste. Sin embargo no hay

* Centro Panamericano de Zoonosis, OPS/OMS, Casilla 23, Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

evidencia experimental de que los anticuerpos que se observan en la hidatosis desempeñan un rol inmunitario adverso al parásito. Además como los antígenos utilizados en la reacción de fijación de complemento, en la prueba de Casoni y en otras pruebas inmunodiagnósticas (así como en el tratamiento biológico) también contienen componentes no-parasitarios, las reacciones detectables durante el curso del tratamiento pueden ser atribuidas tanto a antígenos del parásito como a los del huésped.

Uno de los beneficios atribuidos al tratamiento biológico es la desensibilización del paciente contra los antígenos hidatídicos. Esto es deseable ya que existe un riesgo potencial de complicaciones anafilácticas durante la intervención quirúrgica y la ruptura o alteración del quiste podría desencadenar una sintomatología de etiología alérgica o anafiláctica. Si consideramos que la reacción de Casoni es índice de la hipersensibilidad del paciente a los antígenos hidatídicos, su conversión a positividad durante el curso del tratamiento biológico podría interpretarse como que el huésped ha sido sensibilizado por los antígenos del tratamiento. Esta observación y la de que los pacientes inicialmente Casoni-positivos mantienen su sensibilidad cutánea sugiere que no hay desensibilización a los antígenos inoculados en los enfermos tratados. A pesar de esto, varios autores consideran que se ha logrado la desensibilización del paciente, opinión emitida en base a la desaparición de síntomas subjetivos y a la tolerancia por parte del enfermo, a dosis crecientes de antígeno inoculado. La ausencia de desensibilización, sin embargo, queda puesta en evidencia en aquellos pacientes a los cuales es necesario reducirles la dosis o suspenderles las inyecciones debido a la presencia de reacciones locales intensas a nivel del lugar de inoculación y/o del quiste.

Estas consideraciones indican que la desensibilización a antígenos hidatídicos no se obtiene en todos los pacientes que reciben el tratamiento biológico. La conversión a positividad de la prueba de Casoni en pacientes negativos es índice de la inducción de hipersensibilidad en estos individuos y parece ser contraindicada si se considera el peligro potencial de reacciones anafilácticas adquirido por el individuo como resultado del tratamiento. La administración del tratamiento a enfermos ya hipersensibles a los antígenos hidatídicos también acarrearía el riesgo de inducir o exacerbar reacciones de tipo alé-

rgico, las cuales han sido descritas en algunos enfermos tratados.

Varios autores han considerado que uno de los objetivos perseguidos y de los beneficios obtenidos por la administración del tratamiento es la acción profiláctica que evita la diseminación de la infección mediante la siembra de escólices, al romperse el quiste naturalmente o durante el acto quirúrgico.

Es necesario saber la frecuencia con que ocurren estas siembras para determinar si vale la pena intentar inducir una actividad anti-escólex, corriendo el riesgo de desencadenar, con el mismo tratamiento, una condición de hipersensibilidad a los antígenos hidatídicos. Una estadística que tenemos a mano sugiere que la diseminación es un fenómeno de baja frecuencia en el postoperatorio en pacientes que han sufrido accidentes quirúrgicos y que no han recibido tratamiento biológico. En todo caso no hay evidencia satisfactoria de que los escólices sean susceptibles a alguna acción adversa por parte de anticuerpos circulantes. Tampoco se conoce el grado de comunidad antigénica existente entre el escólex y los antígenos hidatídicos usados en el tratamiento.

Conclusiones

En vista de que no hay evidencia inequívoca (en el humano o experimentalmente) de su efectividad contra el quiste o los escólices de *E. granulosus* y de que existe el peligro potencial de inducir en el paciente un estado de hipersensibilidad a los antígenos del parásito, no es posible recomendar el uso del tratamiento biológico en la hidatidosis humana. En el momento actual, la intervención quirúrgica y el tratamiento de los síntomas con otros medicamentos (según indicaciones) son los procedimientos más indicados en pacientes de hidatidosis.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Petroff, N. N.: (1923) Zbl. fur Chir., 34, 1322.
- 2.- Calcagno, B. N.: (1940) Acad. Argent. Cir., 24, 679, 754, 836.
- 3.- Ymaz-Apphatie, J. L.: (1937) Prensa Med. Arg., 24, 1731.
- 4.- Marchevisky, N.: (1973) Revisión de la literatura sobre tratamiento biológico de la hidatidosis. Arch. int. Hid. Vol. 26 (en prensa).
- 5.- Varela-Díaz, V. M.: (1973) Aspectos inmunológicos del tratamiento biológico de la hidatidosis. Arch. int. Hid. Vol. 26 (en prensa).