

## Inmunoterapia específica con alergenios de los ácaros del polvo doméstico en un adulto con dermatitis atópica grave

D. Vidal<sup>a</sup>, R. Calvet<sup>b</sup> y J.A. Smandia<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Neumología. Hospital Dos de Maig. Barcelona. España.

Sr. Director:

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial y de evolución impredecible, en la cual interaccionan una base genética compleja (diátesis atópica) y múltiples factores desencadenantes. La DA del adulto cursa con prurito intenso, xerosis, placas de eccema liquenificadas y excoriaciones, y actualmente no se dispone de ningún tratamiento curativo. Recientemente se ha publicado la elevada eficacia de la inmunoterapia específica (ITE) con alergenios de los ácaros del polvo doméstico (APD) en pacientes adultos con DA grave sensibilizados a estos alergenios<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 25 años de edad que consultó en nuestro Servicio en enero de 2006 por un brote grave de DA en el 40% de su cuerpo, con un índice SCORAD objetivo de 39,5 y un SCORAD total de 55,5 (fig. 1). En la analítica había una IgE sérica total de 2.919 kU/l y una ALT-GPT de 192 U/l. Entre sus antecedentes destacaba una DA crónica desde la infancia, rinitis persistente, asma en la infancia actualmente asintomático, un herpes facial recidivante y una alteración crónica de la función hepática de origen desconocido. El pa-

ciente se trataba habitualmente con emolientes, corticoides y tacrolimus tópicos, antihistamínicos no sedantes y aciclovir oral. El brote agudo se trató añadiendo antihistamínicos sedantes, antibióticos orales y corticoides orales con franca mejoría. Posteriormente se inició fototerapia con UVB de banda estrecha, pero dada su escasa respuesta se cambió a PUVA en baños durante dos meses, con excelente respuesta. Las pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC fueron negativas a las 96 horas, y los *prick test* con neoalergenios demostraron sensibilización frente a *Dermatophagoides pteronyssinus* (Der.p., 4 × 4 mm), *Dermatophagoides farinae* (Der.f., 5 × 4 mm) y pólenes de gramíneas (3 × 3 mm). Los anticuerpos IgE específicos frente a Der.p. y Der.f. eran superiores a 100 kU/l (clase 6). En septiembre de 2006 la DA empeoró, con un SCORAD objetivo de 30, un SCORAD total de 45 y una IgE sérica total de 7.133 kU/l, pero el paciente no podía realizar fototerapia y rechazó un tratamiento inmunosupresor oral. Dada la elevada sensibilización frente a los APD se decidió realizar ITE con alergenios polimerizados de los APD por vía subcutánea del laboratorio Diater<sup>®</sup>, que incluye los alergenios Der.p.1 (45%),

Der.f.1 (45%), Der.p.2 (4,5%) y Der.f.2 (4,5%). En noviembre de 2006 se realizó la pauta de inicio, en la que se administró una dosis creciente de alergenio una vez por semana. A partir de la cuarta semana se pasó a la pauta de mantenimiento con la dosis máxima (0,5 ml, masa alérgica 2,5 µg) una vez al mes, que continúa hasta la actualidad sin ningún efecto adverso. Desde el segundo mes de ITE el paciente refirió una evidente mejoría de sus síntomas, reduciendo el uso de corticoides y tacrolimus tópicos y antihistamínicos orales. Pasado un año del inicio de la ITE el paciente tiene un SCORAD objetivo de 8, un SCORAD total de 17, una IgE sérica total de 2.290 kU/l y una respuesta global del tratamiento moderada (evaluación del paciente) y marcada según el médico (fig. 2). Por otro lado, el paciente sigue sin síntomas de asma y la rinitis persistente no se ha modificado.

La DA tiene múltiples desencadenantes, entre los que destacan los APD en los pacientes sensibilizados. Los *Dermatophagoides* se alimentan de las escamas humanas y se encuentran en grandes cantidades en colchones, almohadas, peluches, sofás, alfombras y moquetas. Los APD pueden desencadenar brotes de eccema por inhalación<sup>2</sup> y por contacto cutáneo, tal y como se demuestra en la prueba epicutánea<sup>3</sup>. La ITE con APD por vía subcutánea se empezó a utilizar en la DA hace muchos años<sup>4</sup>, y en el último año se han publicado dos ensayos clínicos en pacientes con DA y una alta sensibilización a los APD (anticuerpos IgE específicos ≥ 3,5 kU/l, clase ≥ 3) con una elevada eficacia y muy pocos efectos adversos<sup>1,5</sup> (tabla 1). En nuestro caso optamos por la ITE con alergenios polimerizados por su excelente perfil de eficacia, seguridad y comodidad.



**Figura 1.** Clínica del paciente en enero del 2006. SCORAD: 55,5.



**Figura 2.** Clínica del paciente en octubre de 2007, un año después de empezar la inmunoterapia específica. SCORAD: 17.

**Tabla 1.** Ensayos clínicos recientes de inmunoterapia específica con ácaros del polvo doméstico por vía subcutánea en la dermatitis atópica

Primer autor	Tipo de estudio	Pacientes y grupos	Alergenos laboratorio	SCORAD basal	Pauta ITE	Pérdidas	Efectos adversos	Eficacia
Werfel 2006 <sup>1</sup>	Aleatorizado a doble ciego	89 pacientes entre 18 y 55 años 3 grupos con tres dosis distintas	Der.p.1 y Der.f.1. ALK-SCHERAX	> 40	Semanal 1 año	42% pacientes	< 1%: urticaria leve y picor. Ningún rebrote de la DA	Reducción significativa del uso de corticoides tópicos y del SCORAD en los 3 grupos, de un modo dosis-dependiente
Bussmann 2007 <sup>5</sup>	Abierto	25 pacientes entre 5 y 65 años. Un grupo	Der.p. y Der.f. LETI	39,6	Mensual 8 meses	24% pacientes	8%: 1 rebrote de la DA y 1 leve dificultad respiratoria	Reducción significativa del SCORAD

DA: dermatitis atópica; Der.f.: *Dermatophagoides farinae*; Der.p.: *Dermatophagoides pteronyssinus*; ITE: inmunoterapia específica.

A pesar de que es difícil proponer un nuevo tratamiento con la experiencia de un solo caso, los autores creemos que se deben realizar estudios que comparen el efecto terapéutico de la ITE frente a los tratamientos habituales de la DA<sup>6,7</sup>, y que se debe considerar la ITE con APD en los pacientes con DA grave sensibilizados a estos alérgenos.

## Bibliografía

1. Werfel T, Breuer K, Rueff F, Przybilla B, Worm M, Grewe M, et al. Usefulness of specific immunotherapy in patients with atopic dermatitis and allergic sensitization to house dust mites: a multi-centre, randomized, dose-response study. *Allergy*. 2006;61:202-5.
2. Tupker R, De Monchy J, Coenraads P, Homan A, van der Meer J. Induction of atopic dermatitis by inhalation of house dust mite. *J Allergy Clin Immunol*. 1996;97:1064-70.
3. Darsow U, Laifaoui J, Kerschenlohr K, Wollenberg A, Przybilla B, Wüthrich B, et al. The prevalence of positive reactions in the atopy patch test with aeroallergens and food allergens in subjects with atopic eczema: a European multicenter study. *Allergy*. 2004;59:1318-25.
4. Bussmann C, Böckenhoff A, Henke H, Werfel T, Novak N. Does allergen-specific immunotherapy represent a therapeutic option for patients with atopic dermatitis? *J Allergy Clin Immunol*. 2006;118:1292-8.
5. Bussmann C, Maintz L, Hart J, Allam JP, Vrtala S, Chen KW, et al. Clinical improvement and immunological changes in atopic dermatitis patients undergoing subcutaneous immunotherapy with a house dust mite allergoid: a pilot study. *Clin Exp Allergy*. 2007;37:1277-85.
6. Giménez Arnau A, Giménez Camarasa JM. Manejo y tratamiento de la dermatitis atópica. *Actas Dermosifiliogr*. 2002;93 Extra:3-8.
7. Baselga E. Tratamiento de la dermatitis atópica en la infancia. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94:345-55.