

Prodromicos del Asma

Por el Doctor Julio de los Santos

(De la Revista Medicina Latina)

BRONQUITIS CRÓNICAS DE ORIGEN ALÉRGICO

En una elevada proporción de enfermos asmáticos, es posible encontrar al realizar la anamnesis, un estadio previo de catarros a repetición, o bien de crisis de bronquitis secas o húmedas con tendencia a la cronicidad, muchas veces acompañadas de sibilancias que son perceptibles por el mismo paciente o por sus **familiares**. La cronicidad de estos procesos está representada por las siguientes frases de lenguaje profano, pero que traducen admirablemente al mismo tiempo su rebeldía: "Entra y sale el año y el niño está con bronquitis," "se le quita un catarro para coger otro."

Con frecuencia esos catarros se hacen rebeldes a los métodos usuales de tratamiento: expectorantes, antiespasmódicos, balsámicos bronquiales y hasta sesiones de diatermia, con lo que sólo se obtiene una mejoría que engaña al principio, porque en cualquier momento el conjunto molesto de síntomas hace su aparición, anunciándose ya por una tos seca, ya por una hidrorrea nasal y conjuntivitis, o ya por un catarro bronquial con su acompañamiento de estertores roncós y sibilantes con expectoración o sin ella y la tos que se hace más o menos molesta.

En el niño, mucho más que en el adulto, esas bronquitis adquieren naturaleza definida, se individualizan como una entidad nosológica y se presentan con mucha más frecuencia.

A esos mal llamados "catarros a repetición," debemos prestarle mayor atención que lo que usualmente se hace, realizando un historia, detallado, **puntualizando** el horario, estaciones del año, cambios de localidad, relación de tiempo con la ingestión de alimentos y con la naturaleza, de éstos, períodos de cronicidad y crisis agudas, formas de aparición y desaparición y anotando todo detalle que pueda servirnos para determinar las causas de esta afección. Debemos interpretarla como una señal de auxilio que lanza el organismo excitado por un agente que es nuestro deber **identificar**, para luego imponer el tratamiento preciso, y evitar a tiempo con relativa facilidad, el arraigo de un proceso morboso cuya curación tardía significaría pérdidas de energías de la sociedad en un amplio sentido económico.

Estamos obligados a pensar en la posibilidad de una afección alérgica a manifestación catarral o a tipo de excitación sobre el centro tusígeno, en la que actúa el tratamiento sintomático, cuando está bien indicado, disminuyendo la espasmofilia o **facilitando** la expectoración, pero condenado ulteriormente al fra-

caso, porque ella reconoce como causal un excitante exógeno o endógeno, es decir un alérgeno y hasta que éste no se encuentre en primer término, se elimine o se realice un tratamiento hiposensibilizante y en último lugar se trate de modificar el medio orgánico, el proceso tenderá a hacerse morbosos y a individualizarse como asma.

Frente a un cuadro de esta naturaleza, se impone, como paso previo, el diagnóstico diferencial, con un grupo de afecciones susceptibles de producir bronquitis crónicas o estadios de bronquitis a repetición.

Es lógico que ante una afección de las vías respiratorias, debemos enfocar nuestra atención hacia una posible infección tuberculosa. No me voy a detener en los detalles de este diagnóstico, pero sí debemos hacerlo ante el paciente. Y no caigamos en el común error de restarle importancia al proceso cuando la investigación nos demuestre que el paciente no es tuberculoso. Como dice Apert: "Los niños tosedores y aun expectorantes, demasiado a menudo son considerados como tuberculosos pulmonares crónicos, lo que ocasiona nefastos errores de higiene, de terapéutica y de pronóstico, que conviene evitar desde todo punto de vista." Pero, por el contrario, en muchas ocasiones el abandono en que se deja al paciente cuando nos convencemos que no es un tuberculoso, el sentimiento de alegría compartido por el médico y por el paciente o por los familiares, entiaña un descuido de un proceso al que debemos prestar un máximo de atención.

No olvide: nos tampoco la posibilidad de una adenopatía traqueobronquial de naturaleza tuberculosa o no, que por excitación sobre el neumogástrico o por contacto directo con la tráquea y los bronquios —sistema yuxtataqueal derecho e izquierdo, intertraqueobronquial y peribronquial— determine los accesos de tos. En esta afección, así como en la tos ferina los accesos son de tipo quintoso, en forma de descargas precipitadas por un estímulo nervioso o psíquico o por los alimentos en el estómago. De ellos se puede decir lo mismo que del tuberculoso: "Tosen porque comen y vomitan porque tosen."

A veces se nos impone el diagnóstico diferencial entre una bronquitis alérgica con la tos ferina en sus fases iniciales. Aun cuando para Argudín el diagnóstico de la tos ferina es muy fácil cuando ésta está en pleno período de desarrollo, "en donde los caracteres de la tos, con el "whoop" característico, hacen inequívoco el diagnóstico," no lo es para mí en las fases de comienzo de cualquiera de las dos afecciones, es decir, entre tos ferina y bronquitis alérgicas.

Tuve la suerte de compartir con un viejo maestro pediatra el bochorno de que la abuela del paciente se llevara la gloria de un diagnóstico bien hecho. Según el historial clínico, un año antes había padecido de bronquitis a la hora de acostarse, y de urticaria, lo que nos hizo pensar en la reaparición de los síntomas alérgicos. La abuela diagnosticó tos ferina; nosotros bronquitis

alérgica. El curso de una tos ferina bien individualizada dio la razón al familiar. En otros casos, por el contrario, son los familiares y médicos no especializados los que han hecho un diagnóstico de la tos ferina que ha resultado ser una bronquitis alérgica. Sé de la hija de un médico, madre asmática, asistida por un pediatra de capacidad, que evolucionó en su enfermedad sin que hubiera seguridad del diagnóstico entre tos ferina y bronquitis alérgica.

Si bien es verdad que el laboratorio es un eficaz colaborador para el diagnóstico, en la fase de comienzo hay que dudar. Hay muchas pruebas para la inmunidad: para Kunstler, la prueba con la endotoxina es un índice seguro de inmunidad, para Miller, el hallazgo de una cifra alta de aglutininas, superior a una titulación de 1:320 en niños vacunados, nos permite eliminar el diagnóstico de tos ferina, mientras que para Silverhorne y colaboradores, las pruebas con toxina pertussis no tienen valor como índice seguro de susceptibilidad. Nótese, además, que en las dos primeras observaciones se trata de inmunidad, para lo cual es necesario que transcurra un cierto tiempo entre la invasión por el antígeno y la formación de anticuerpos.

Se comprenderá fácilmente que este **diagnóstico** diferencial estará eliminado en aquellos casos en que exista la seguridad de que el paciente ha padecido de tos ferina, y aquellos que por una larga cronicidad se excluya el pertussis como agente etiológico.

Marks escribe: "Un niño que tose durante más de seis semanas y que no padece de tos ferina, debe ser investigado desde el punto de vista alérgico."

Incidentalmente, he observado varios casos en que al ataque del pertussis ha dejado a los pacientes con una espasmofilia acentuada que se traduce clínicamente por una **hipersensibilidad** a los alérgenos.

Además de las adenopatías traqueobronquiales ya mencionadas, debemos pensar en la presencia de un cuerpo extraño en cualquier parte del trayecto tráqueobronquial, en una hipertrofia del timo y en cualquier trastorno que pueda determinar una excitación mecánica. En este último caso mencionaré las amigdalitis hipertróficas que actúan por una parte como irritadoras del centro tusígeno y por otra parte, como elemento alérgico por las bacterias y toxinas.

Debe ser investigada la posibilidad de una infección crónica de cualquier parte del trayecto de las vías respiratorias y de los senos perinasales. Como todo foco de infección, actúan, como ya hemos dicho al hablar de las amigdalitis, sensibilizando el organismo a los gérmenes de la infección o a sus productos de catabolismo. Es por todos reconocida la gran influencia que ejercen las sinusitis en la etiología del asma y de las crisis de coriza y es lógico pensar que esa infección puede ser la determinante de un proceso bronquial espasmódico. Cabrera Calderín en un trabajo publicado hace años presenta una casuística de sinusitis esfenoidal con antecedentes de catarros frecuentes y un caso de et-

moiditis poliposa coincidiendo con asma. Esa materia ha sido muy bien enfocada en nuestro medio por los doctores Machado, Ruentes Cruz y su tratamiento por el doctor Codinach.

Una vez descartada toda otra causal como determinante de crisis de tos a repetición o de bronquitis crónica, es indispensable pensar en el factor alérgico. El hallazgo de antecedentes de asma, urticaria, dermatitis y hemicranias bien en la historia personal o en la familiar, debe ser tenido muy en cuenta y entonces realizar un historial detallado.

En nuestro clima la repetición de esas crisis en el invierno es de mucha importancia para su diagnóstico, porque el frío, que actúa unas veces como sensibilizante, lo hace otras como determinante, alergia al frío, y en el primer caso, por un mecanismo que aun no conocemos, aumentando la susceptibilidad orgánica a un alérgeno o grupo de alérgenos, bajando, pudiéramos decir, el umbral de resistencia y favoreciendo el desencadenamiento de los fenómenos alérgicos.

La determinación del horario de las crisis, si es que existe un horario fijo, ayuda grandemente, porque en ocasiones nos permitirá encontrar con mayor facilidad la causa. El niño que mencioné más arriba, padecía de tos en las primeras horas de la noche, después de ser acostado, y además estornudaba. La investigación con los alérgenos inhalantes nos demostró claramente que era alérgico al piretro. Comprobamos clínicamente que estábamos en lo cierto, pues antes de ser acostado se fumigaba su habitación con un insecticida para librarla de los mosquitos, la supresión de este procedimiento hizo cesar sus accesos de tos sin otro tratamiento alguno. Aun cuando el paciente alérgico no lo sea al piretro, tengo por costumbre prohibirle fumigaciones en su habitación, porque muchas veces lo es a los productos derivados del petróleo que se usan como disolventes o la irritación mecánica de las microgotas determinan la aparición de crisis.

Una pequeña paciente, de madre y abuela asmáticas, experimentaba accesos violentos de tos en las primeras horas de ser acostada. Había sido atendida durante largo tiempo por su médico, con un tratamiento sintomático al que respondía algunas veces, pero las crisis se repetían y se acentuaba la intensidad de los síntomas. La investigación con los alérgenos demostró que al igual que la madre y la abuela, era alérgica al polvo de la casa, hongos y flor de seda. El uso de cubiertas protectoras en las almohadas y colchones, sin otro tratamiento que el **cu'dado** de la limpieza de la casa, la ha mantenido libre de síntomas durante más de dos años.

En algunos casos el traslado a un lugar determina la aparición de los síntomas. Un médico de los Estados Unidos lleva su niña a pasar las vacaciones a su casa del campo y observa que allí siempre padece de crisis de bronquitis que cesan cuando vuelve a su residencia en la ciudad. Se trata de una respuesta alérgica a un excitante en su medio accidental.

El siguiente caso ilustra claramente todo lo que puede obtenerse de un historial bien hecho con la mente alerta a la interpretación de estos fenómenos:

M. J., de 14 años, padecía de accesos de tos que degeneraban en ataques de asma, con la particularidad de que se presentaban los sábados por la tarde, intensificándoseles por la noche y atenuándoseles al día siguiente. Fue tratado durante dos años con inyecciones de calcio, extracto hepático, politiosulfatos; en resumen, por toda esa gama de medicaciones, que se pueden agrupar bajo el nombre de reconstituyentes, desintoxicadores generales, balsámicos, antiespasmódicos y vitaminas. Vivía en una casa de inquilinato residiendo en ella continuamente, es decir, todos los días de la semana, por lo que debía determinar qué era lo que sucedía los sábados que provocaba la explosión de sus crisis. Ese día se baldeaba al patio con agua con creolina. Los vapores de esta sustancia eran el alérgeno; se suprimió la causa y cesó el estado bronquial.

Debemos estar alerta a la repetición de estas crisis después de la ingestión de alimentos o de un alimento determinado. He encontrado en nuestro medio, y así también, Cadrecha y Quintero, una elevada incidencia de reacciones alérgicas positivas al maíz y, sin embargo, en contra de lo que me suponía, pocas reacciones verdaderas positivas al huevo. A veces se presentan crisis de tos después de las comidas principales, generalmente después de la cena, que son respuestas de excitación vagal en un organismo parasimpaticotónico que debe ser estudiado conscientemente. En ellos, estos accesos se presentan, bien inmediatamente después de la ingestión de los alimentos o bien en cualquier tiempo de la digestión.

En los niños neurópatas, en los hijos únicos o en el hijo menor, he observado con frecuencia este trastorno, que puede interpretarse como una reacción subconsciente de llamada al "centro de interés familiar," cuyo enfoque hace admirablemente White, en su obra *Principles of Mental Hygiene*. No vayamos a caer en el lamentable error de achacar siempre esos fenómenos a un trastorno psíquico morboso, pero en más de una ocasión he comprendido, sin poderlo remediar, el gran mal que están produciendo unos padres angustiados que salen corriendo a buscar un comprimido de efedrina en cuanto el niño tose, por ligera que sea esta tos. Llegan a transmitir su angustia al médico que después de haber agotado todos los recursos de su farmacopea tiene que confesar su aparente incapacidad, ya que a quien hay que imponer un tratamiento es a los familiares y esto le corresponde al psiquiatra.

Es lógico que un paciente de bronquitis a repetición debe ser investigado por todos los medios a nuestro alcance, y los naturales al fin que nos proponemos, y en el hemograma podremos encontrar algo que nos ayudará al diagnóstico. Me refiero a la eosinofilia elevada. Este hallazgo no es constante, pero su pre-

seneia, coincidiendo o no con una parasitosis intestinal, nos han de obligar más aun a pensar en el factor alérgico. Hay una afección denominada "tráqueobronquitis espástica de Hoffman Teichmuller" o "catarro eosinófilo," caracterizada por crisis espasmódicas con expectoración mucosa rica en eosinófilos y que es de naturaleza alérgica. Sánchez Cuenca les llama "equivalentes asmáticos," pero para mí son verdaderas antesalas del asma, incluyendo en este grupo las bronquitis crónicas, los accesos de tos a repetición y la coriza.

Lo que se dice del niño puede aplacarse al adulto. Me viene en este momento el recuerdo de una paciente que permaneció por meses recluida en una clínica de esta ciudad; un caso admisible de resistencia orgánica. A los 39 años comenzó a padecer de crisis de bronquitis a repetición, con cortos períodos de descanso entre una y otra que degeneraron en un estado asmático de largo tiempo de duración. Una investigación completa en aquella época le hubiera evitado ese padecimiento y el enorme gasto a la clínica donde fue recluida.

CONCLUSIONES

Si enfocamos el asma bajo un punto de vista económico-social, calculando las horas de trabajo perdidas por el paciente interpretado como una célula social, el dinero empleado en el tratamiento como un gasto de energía acumulada, el deterioro de ese organismo, como deterioro de una célula social, la posibilidad de la transmisión del factor alérgico por herencia, todo esto de una parte y el mínimo de energía empleada en la curación de esos procesos cuando se presentan en su fase inicial, debemos considerarlos como el comienzo de un trastorno, que si bien parece ser de naturaleza banal y de mínima importancia, es, por el contrario, de posibles malas consecuencias si el trastorno se abandona. El enorme capital gastado por los asmáticos se puede apreciar leyendo los anuncios de específicos que aseguran que la cura del asma, dado que cuando se anuncia es porque hay compradores, que, a fin de cuentas, pagan el producto y el anuncio.

Si me refiero al asma es por la misma razón que dije más arriba: que considero esas bronquitis rebeldes, a tipo alérgico, como antesalas del asma, del mismo modo que una mastoïditis lo que puede ser de una meningitis si no se le pone remedio a tiem-

RESUMEN

Se estudia el diagnóstico diferencial entre bronquitis rebeldes a tratamientos usuales.

Se establece la importancia del diagnóstico y tratamiento de las bronquitis alérgicas.

Se consideran estas bronquitis como una entidad prodrómica del asma bronquial.