

EL TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL EN LOS NIÑOS

PROF. DR. M. SUÁREZ PERDIGUERO

Sevilla

Me permito solicitar disculpa por la imposibilidad material de estar con ustedes, como era mi intención y mi deseo, pues siempre es grato estar en la tierra que a uno le vio nacer, encontrarse entre buenos amigos y aprender de los ilustres maestros que participan en este Symposium.

Agradezco a mi antiguo colaborador y buen amigo doctor SANTOS SANZ la lectura de estas cuartillas, referidas a algunos aspectos de la terapéutica del asma infantil.

El estudio en pediatría del asma adquiere interés e importancia cuando se sabe que el asma, en el adulto, en gran parte, no es más que la evolución del asma en la infancia. Por otra parte, el asma supone disminución de la actividad vital, insuficiencia funcional del aparato respiratorio y repercusión en el orden emocional, psicoafectivo. Raro en el lactante, aparece en un tercio del total de los casos en los primeros diez años de la vida.

Una serie de factores anatómicos y funcionales condicionan, especialmente en el niño, la frecuencia y las manifestaciones clínicas con que el asma se presenta en la infancia.

FACTORES ANATÓMICOS.

Admitido que el asma constituye una forma de expresión del aparato respiratorio, del desequilibrio orgánico, y en el fondo una modalidad de reacción, es lógico deban estimarse, en primer término, las peculiaridades anatómicas de la disposición bronquial en el niño. Y a este respecto resulta que el tamaño de los bronquios terminales, en lo que se refiere a su diámetro, es, a los cinco años, todavía poco más de la mitad de ancho que en el adulto, 0,14 mm. de diámetro contra 0,20 mm del adulto. Resulta que en tanto el volumen pulmonar, a los diez años, es 10 veces mayor que en el recién nacido, el diámetro aumenta de 0,10 a 0,15. A su pequeñez se une el disponer de una pared más delgada y menor participación de cartílago, lo que facilita, en conjunto, la frecuencia con que se presenta el síndrome de obstrucción bronquial.

FACTORES FUNCIONALES.

Ya el tipo de respiración de dominio abdominal en el niño pequeño infiere una modalidad especial a la crisis asmática. Empero otros factores fisiológicos van a modelar el asma del niño. Entre ellos: *a)* el nivel de maduración del sistema nervioso; *b)* factores ambientales, en particular de la constelación familiar; *c)* la permeabilidad de las membranas, y *d)* la fórmula endocrina.

a) El sistema nervioso central se encuentra en fase de maduración, con teleencefalización progresiva, y es evidente el dominio centroencefálico del sistema neurovegetativo. El predominio vagal y la facultad de respuestas hipervagales por causas diversas es patrimonio del niño pequeño. Dentro, pues, de la normalidad, se encuentra la disposición que facilita la mayor frecuencia de todo lo que signifique una exageración de dicho tono vagal. Este elemento merece especial consideración cuando puede demostrarse la existencia de una disritmia cerebral, cuya descarga paroxística puede expresarse en la crisis asmática. La escuela de ESCARDO, entre otros, estima de gran valor el hallazgo de la disritmia como determinante patogénico en niños asmáticos, lo que hemos tenido ocasión de comprobar en algunos de nuestros casos.

b) Los factores psicológicos adquieren en el niño una dimensión extraordinaria cuando el desequilibrio familiar se proyecta sobre él en forma de sobreprotección, ansiedad, irritabilidad o por una represión excesiva, desorbitada. En muchos casos la crisis asmática se presenta unida a un factor emocional en un niño cuya personalidad afectiva está ya alterada. Es el niño que tiene su crisis cuando sus padres van a salir por la noche de casa o cuando se le niega uno de sus caprichos (observaciones personales).

c) La permeabilidad vascular y de membranas es mayor en el niño pequeño que en el adulto, lo que facilita la reacción alérgica, es decir, la alteración en la capacidad de reacción. Y a propósito de la alergia urge decir que si este mecanismo reaccional puede ser causa del asma no siempre sucede así. Y la «reacción asmática» puede presentarse por diferentes causas, ya como resultado de la patología del aparato respiratorio o como expresión del desequilibrio cerebral. En este sentido el problema se centra adaptando el conocido esquema de LENNOX para explicar la convulsión, como hace ESCARDO, o el diagrama de FEIMBERG del equilibrio alérgico, colocando en los platillos de la balanza, por un lado, la tolerancia, y por otro, los factores desencadenantes y la base constitucional.

d) La fórmula endocrina de la edad del crecimiento responde a la acción anabolizante, con la participación hipervagal e hiperhidratación, en relación al adulto. Ello actuaría sobre el platillo de la tolerancia expuesto anteriormente, modificando, relativamente, el umbral de excitación celular por factores genéticos o cuando existen desequilibrios emocionales. Los factores desencadenantes encuentra así más fácil realización, ya se trate de alteraciones somáticas, lesiones respiratorias o de factores que ponen en marcha la reacción alérgica.

En RESUMEN: podríamos decir que en el niño se suman elementos que favorecen la reacción asmática y, en un sentido clínico y figurado, llegar a considerarlo como un asmático en potencia, siempre que veamos en el asma una disnea y predominio espiratorio con silbidos y jadeo, con su cortejo físico y funcional bien conocido. Así considerado, el niño se encuentra, física y funcionalmente, en las fronteras que limitan la llamada reacción asmática.

Tomando como base patogenética el modo de reacción general, con sus componentes genético y familiar, nivel de maduración y factores psicoafectivos, el pulmón queda como órgano de expresión, como punto de partida en los casos de evidente patología, condicionante de la respuesta vascular y celular, o porque se instauren, a su beneficio, los mecanismos fijadores.

Analizar el papel que le corresponde a la *infección* en el asma infantil tiene también un interés terapéutico. Se dice que el asma infantil es catarral, polipneico y febril, a diferencia del adulto, que sería seco, disneico y afebril.

En relación a este síndrome, la asociación de infección ocupa especial atención, actuando como provocador, unas veces, o agravando la respuesta alérgica en otras. Enfermedades como el sarampión, tos ferina, parotiditis, agravan el estado alérgico en el período de invasión, quedando en la convalecencia una mayor sensibilización (FEINGOLD, 1959). El primer ataque de asma puede aparecer, a continuación de una de estas enfermedades.

Por otro lado, las infecciones agudas del aparato respiratorio actuarían como factor de agravación de la situación alérgica y pueden desencadenar la crisis, pero también pueden actuar por la inflamación simultánea de la mucosa bronquial que modifica su capacidad de respuesta. La interrelación infección-edema, cierra un círculo vicioso que conduce al aumento de la sensibilidad a los alérgenos.

La *obstrucción* de los bronquios finos, sustrato anatómico de la reacción asmática, es de más fácil presentación en el niño, cualquiera que sea su etiología determinante. A ello contribuyen los factores anatómicos y funcionales, antes mencionados, con la infiltración y el edema peri y endobronquial, que con la hipersecreción facilitada por la hiperreacción vagal, son suficientes para facilitar la obstrucción sin que sea necesario el espasmo muscular.

Entre los *factores patogenéticos* para una base terapéutica es indiscutible que habrá que referirse tanto a la situación general, como a los factores locales, en especial al aparato respiratorio, sin olvidar los factores desencadenantes, como alérgenos alimentarios, polvo, y menos frecuentemente el pólen, así como factores periféricos de localización epidérmica, por ejemplo.

DIAGNOSTICO.

Antes de iniciar una terapéutica es indispensable hacer un *diagnóstico*, tanto para excluir enfermedades o procesos que simulan el asma por su expresión respiratoria, como conocer los factores que pueden intervenir como base de la reacción asmática.

Antes de nada deben considerarse los siguientes elementos:

— Conocimiento del estado del aparato respiratorio, especialmente en lo que se refiere a malformaciones, síndrome de obstrucción bronquial, lesiones inflamatorias o tumorales, cuerpos extraños y, en general, alteraciones de las zonas reflexógenas.

— Conocer el estado general del niño, sus manifestaciones psicoafectivas y la situación familiar.

— Conocer las respuestas cerebrales y vegetativas y, desde luego, la bioeléctrica cerebral.

— Conocer y regular el equilibrio hidroelectrolítico.

— Conocer la historia familiar y personal, en especial en lo que se refiere a los aspectos higiénico, ambiental y síndromes alérgicos.

Las dificultades que plantea el *diagnóstico* del asma infantil, resultan de particularidades clínicas por un lado y de la frecuencia de los estridores por otro. El niño pequeño no presenta la típica disnea espiratoria en ortopnea, pues puede estar acostado, a beneficio de su respiración de dominio abdominal. El componente de ansiedad puede estar ausente y sonreír a estímulos, con un jadeo manifiesto. Domina el estridor espiratorio y unos signos de auscultación deducidos de la intensa obstrucción bronquial. Aparece precozmente el enfisema que se traduce en polipnea o en disnea ordinaria, sin el esfuerzo espiratorio del adulto. El niño puede tener febrícula sin afección, de origen puramente metabólico.

Otra dificultad diagnóstica, decimos, es la frecuencia con que se presentan en el niño estridores que, referidos a alteraciones del aparato respiratorio, de localización superior, media o inferior, permiten a GLASER plantear una sistemática diagnóstica, teniendo en cuenta estas localizaciones que ERDMANN agrupa por edades. La lectura de ambas clasificaciones es suficientemente expresiva para comprobar qué fácil es confundir lo que es proceso, enfermedad o accidente de localización respiratoria, con el asma, como crisis de reacción. Como ejemplo, LELL encuentra que un 10 por 100 aproximadamente de niños tratados por asma, tenían un cuerpo extraño. Nuestra experiencia coincide con este criterio.

TRATAMIENTO

Llegamos al aspecto *terapéutico* en sí, con la conclusión de que una cosa es el tratamiento de la crisis asmática y otro el tratamiento y curación del asma. Es evidente que la crisis asmática exige un tratamiento de urgencia, pero también que hay que tratar al niño asmático.

TRATAMIENTO DE LA CRISIS.

El tratamiento tiene como objetivo calmar el sistema nervioso, restaurar el equilibrio vegetativo, fluidificar las secreciones, favoreciendo su expulsión, y dilatar en lo posible el bronquio. El modo de actuación depende del momento de observación, edad e intensidad de la crisis.

Si el niño es observado en una fase previa, premonitoria, cuando se inicia la reacción catarral, en aquellos casos en que la madre o el niño, no pequeño, tienen la sensación de que se va a iniciar la crisis; cuando la familia valora algunos hechos relacionados con la crisis, bien de orden climático o afectivo, entonces puede intentarse el bloqueo de la crisis, en acertada expresión de MCGOVERN. En este momento está indicada la administración de un barbitúrico de acción rápida y de pronta eliminación, como el secobarbital o el nembutal, a la dosis de tres a cuatro miligramos por kilo de peso, por vía rectal o bucal, de acción sedante y ligeramente bronquiodilatadora. Se asocia el sulfato de efedrina a la dosis de ocho a quince miligramos, según la edad, por vía bucal, pudiendo asociarse al medicamento anterior. Al mismo tiempo, *hidratación* que constituye el mejor fluidificante, ya que la desecación favorece la obstrucción bronquial. Hidratación con soluciones glucosadas, hipotónicas.

Cuando la CRISIS ASMÁTICA se ha presentado, es importante saber lo que no debe hacerse o lo que puede hacerse, pero con precaución. Haremos aquí una referencia sintética a este respecto.

— *Antitusígenos*: Contraindicados por acumular las secreciones, al disminuir la posibilidad de excreción.

— *Gotas nasales*: Únicamente en los casos de síndrome de obstrucción nasal, utilizando goteo de solución llamada fisiológica de cloruro sódico, ya que todo lo que excite, por contacto, las zonas reflexógenas, aumenta los factores de excitación.

— *Antihistamínicos*: No está probada su eficacia, y su efecto atropínico favorece el taponamiento bronquial.

— *Aminofilina y similares*: Desde 1943 que DOES introduce en esta terapéutica la aminofilina en supositorios, se abusa de esta medicación y utiliza muchas veces, sin un perfecto conocimiento de la dosificación. Habiendo ob-

rapéutica (HOPE); está subordinado al diagnóstico general y local (ESCARDO), y debe atender a todos y cada uno de los factores que integran la constelación patogenética y configuran la personalidad del niño asmático.

El control ambiental, evitar la sobreprotección y las inhibiciones provocadas; un tratamiento psicopedagógico y la fisioterapia, que contribuyen a mantener la salud psíquica y física, tienen aquí importancia extraordinaria. A su lado la eliminación de los factores desencadenantes, los métodos de desensibilización; la terapéutica de cualquier proceso que afecte al organismo del niño y una medicación que hacemos a base de sedantes, en forma sistemática y por tiempo prolongado de luminal, solo o asociado a otros sedantes vegetativos, y los clásicos preparados de yodo y arsénico. Una buena nutrición, adecuado régimen de vida y tratamiento climático, en busca de atmósfera con menos alérgenos, son elementos que coadyuvan a esta terapéutica general.

Dispensamos a nuestros oyentes de una más detallada relación de indicaciones terapéuticas, por ser comunes al tratamiento general del asma. Y no olvidamos la utilidad del tratamiento médico y quirúrgico de cualquier proceso del aparato respiratorio. Como tampoco olvidamos que el niño asmático, con su propia tensión emocional, exige una especial vigilancia y el control de su desarrollo. No tenemos suficiente experiencia para enjuiciar el aspecto terapéutico de las vacunas, pero tenemos la impresión de su escasa eficacia sobre todo en el niño pequeño, y muchas veces creemos no están enteramente exentas de cierta acción nociva, ya que la reacción producida localmente puede perpetuar las lesiones vasculares y celulares. Ahora más que nunca nos hubiera interesado estar con ustedes y conocer, tanto en este como en otros aspectos su valiosa opinión, producto de su gran experiencia y buen juicio.

COLOQUIO

PRESIDENTE:

Dr. GONZALEZ PINTO, ¿NOS QUIERE DECIR ALGO SOBRE LOS PROBLEMAS QUE EN EL AMBITO FAMILIAR PLANTEA EL ASMA INFANTIL?

Dr. GONZALEZ PINTO:

Lástima no sea mi caso el del doctor JERÓNIMO DE MORAGAS, afamado pafopsiquiatra, para poder afirmar que el pediatra—como ningún otro médico—puede sentirse más capacitado para tratar los temas de patología psicósomática en las primeras edades de la vida; pero me sumo a él y con él repetir que: «El cuerpo y el alma se separan sólo temporalmente con la muerte; por eso es justo borrar los pretendidos límites entre lo somático y lo psíquico haciendo psiquiatría antilógica».

En el asma infantil puede hablarse sin empacho del complejo psicósomático. La existencia en las propias familias de personalidades con conflictos neuróticos o con procesos psiquiátricos es de toda evidencia. En este sector cada caso es una enseñanza relevante y podrían escribirse patobiografías de padres con hijos afectados del complejo psicósomático del asma infantil.

A propósito de «L'enfant et les Relations familiales», tiene escrito MAURICE POROT un volumen de 246 páginas, comentado por J. M. SUTTER, obra que ofrece el panorama más amplio de los problemas psiquiátricos de la infancia, y de él entresaco algunos párrafos apropiados a esta intervención ocasional: «El

nacimiento de un niño hace posible (o debiera hacer) de sus padres, una familia. Es, pues, alrededor del niño, en función del niño y por el niño, por donde se ordenan las relaciones familiares normales...». «Amor recíproco en la pareja, deseos de tener un hijo el uno del otro, armonía sexual son las bases indispensables, a menudo desconocidas para una educación sana. Lo contrario abre de par en par la puerta a los múltiples peligros que amenazan temporal o permanentemente a la unidad: la disociación familiar evidente o camuflada, tiene un poder psicógeno que jamás se dirá a cuánto llega su nocividad».

En la constelación familiar, cada personaje tiene su papel respecto al niño, con funciones diversas «y delicadamente matizadas», aunque siempre dominadas por un papel esencial y diferente para cada uno de ellos: la madre, ante todo, «porque es la principal dispensadora del amor. Sus relaciones con el feto y después con el lactante, han motivado y seguirán motivando sucesivos estudios». Pero si esas relaciones con los lactantes y niños después, pecan por exceso o por defecto, todo puede perturbarse. Las madres «abusivas», aquellas que no han aceptado su feminidad, y cuyo poder captativo satisface despreciando las necesidades reales del niño; las madres «sobreprotectoras»; las madres «necesitadas de estimación»; las madres «mulas»; las madres «angustiadas» por mecanismos neuróticos, de hecho crean su ambiente nocivo para el equilibrio emocional de los hijos.

El papel del padre «es el de la autoridad», y puede pecar por insuficiencia o por abuso de la función paternal, desde desentenderse en lo diario hasta el infligirles castigos corporales, pasando por el abandono del hogar y por lo que es mucho peor: volver a su casa ebrio.

A los padres les siguen en esta constelación formativa los abuelos y los hermanos, que proporcionan un aprendizaje favorable o desfavorable, pero cuya acción se acrecienta con arreglo al número de éstos y al rango de cada uno en la «hermandad».

El signo característico de la angustia neurótica torácica es precisamente la desproporción entre el resultado objetivo del examen médico y los sufrimientos subjetivos; y no hay enfermedad en la que esta desproporción se haga más ostensible que en las llamadas «formas nerviosas del asma».

Lo primero en el asma es siempre la angustia: la falta de aire, ya que las manifestaciones bronquiales aparecen en un segundo término. Y no olvidemos que STEKEL ha escrito: «El asma es una forma especial de la parapatía de angustia» opinando él que las relaciones entre la vida sexual y el asma son llamativas.

Y GOLDSCHIEDER recomienda tratar al asmático como a un neurasténico con tonificantes, hidroterapia, endurecimiento físico, distracción y psicoterapia.

Naturalmente, no todos los pediatras acatan tales consideraciones patogénicas, pues hay formas puras y degradadas en el asma; pero lo que no falta es la tríada: DISNEA, TOS y EXPECTORACIÓN. Y en esta sucesión, el primer término engendra un cuadro de angustia que moviliza de manera agobiante toda la vertiente afectiva de la familia. Con madres sobreprotectoras se llega a dificultar la acción médica.

Puesto que casi el 50 por 100 de los niños asmáticos curan espontáneamente en la pubertad; puesto que los antibióticos, los corticoesteroides y los antihistamínicos han mejorado mucho la condición de los casos crónicos, yo ampliaría el espectro terapéutico incluyendo las medicaciones neurolépticas, en especial los ansiolíticos, en el tratamiento del asma infantil y del asma del adulto. Llego hasta solicitar de vosotros concedáis un puesto avanzado al tra-

tamiento psicoterápico, investigándose siempre sobre los progenitores para evitar las múltiples situaciones de «stress» emocional, capaces de agravar el asma en la infancia, o hasta desencadenar una crisis.

Os quedo profundamente agradecido por darme la ocasión de intervenir en esta manifestación de cultura médica.

PRESIDENTE:

Dr. FROUCHTMAN, EL Dr. GONZALEZ PINTO NOS HA CONTESTADO A LA PREGUNTA QUE LE HEMOS HECHO COMO PSIQUIATRA. ¿QUIERE DARNOS SU OPINION COMO ASMOLOGO SOBRE EL MISMO PUNTO?

Dr. FROUCHTMAN:

El niño asmático suele estar sobreprotegido, sobreabrigado y sobrevigilado, actitudes erróneas que no le benefician en modo alguno; al contrario, contribuyen en facilitar los catarros y sobre todo desarrollar en el enfermito una progresiva sensación de inseguridad, de falta de confianza en sí mismo y de fracaso ante el porvenir.

Por ello, y como ha estudiado y señalado nuestro colaborador FOLCH CAMARASA, la gran labor psicoterápica debe dirigirse especialmente hacia los padres, en particular la madre. En muchísimas ocasiones hemos visto el gesto de sorpresa de las madres al ver los ejercicios y juegos que eran capaces de practicar sus hijos sin esfuerzo alguno durante las sesiones de gimnasia.

PRESIDENTE:

Dr. FROUCHTMAN, ¿EXISTEN CONTRAINDICACIONES PARA EL EMPLEO DE VACUNAS EN NIÑOS?

DR. FROUCHTMAN:

Como principio es cruel practicar pruebas cutáneas en niños menores de seis años. Por otra parte, la experiencia demuestra que sobre una base muy disreactiva, los factores asmógenos más frecuentes en los niños pequeños, suelen ser el infeccioso y el climático absoluto; en ocasiones puede existir una sensibilidad a algunos alimentos, o un proceso orgánico que condiciona o predispone a la reacción asmática como las cardiopatías congénitas o los cuerpos extraños en las vías respiratorias.

En suma, preferimos emplear los tratamientos desensibilizantes específicos después de los seis años de edad; en cuanto a la vacuna microbiana, no vemos inconveniente de utilizarla desde los cinco años, pero a muy baja concentración, entre 25 y 100 millones por centímetro cúbico.

PRESIDENTE:

Y PARA TERMINAR, Y POR JUZGARLO DE GRAN INTERES, QUIERO ROGAR A LOS SRES. FROUCHTMAN, SUBIZA, MANRESA Y POSSE, QUE NOS DEN SU OPINIÓN RESPECTO AL EMPLEO DE LA MEDICACION CORTICOIDE EN EL EMBARAZO Y EN LA INFANCIA.

Dr. FROUCHTMAN:

Corticoesteroides en la asmática embarazada

No se conocen datos de efectos nocivos de los esteroides a dosis terapéuticas sobre el feto. Por otra parte, la gestación suele liberar las mujeres de la reacción asmática.

En los pocos casos en los que ha sido necesario recurrir a estas drogas en embarazadas, hemos procurado que el tratamiento sea intermitente, no mayor de dos o tres meses, y a dosis mínimas eficaces, no registrando ningún accidente tanto en la madre como en el niño; en general, preferimos la dexametasona.

No obstante, debemos tener en cuenta que desconocemos la realidad de muchas acciones de los esteroides y preferimos evitar esta medicación en las gestantes y, sobre todo, en las fechas próximas al parto; al fin y al cabo este acto constituye un trauma con repercusión sobre las suprarrenales cuyas condiciones ignoramos.

Corticoesteroides en los niños

Con las precauciones habituales, no vemos inconveniente de emplearlos en los niños. Generalmente con muy pequeñas dosis de triamcinolona, prednisona o de dexametasona se obtienen excelentes resultados sin complicaciones. Preferimos las fórmulas asociadas con antihistamínicos, y siempre evitamos curas prolongadas o dosis excesivas que pueden dar lugar a accidentes de nutrición—sobre todo obesidad—o de crecimiento, a veces de difícil reversibilidad.

Dr. E. SUBIZA MARTIN.

Los accidentes observados con la talidomida han hecho reconsiderar la nocividad de los medicamentos suministrados durante el embarazo.

Aunque se han descrito casos de malformaciones congénitas producidas por el empleo de altas dosis de esteroides, no parece existir un peligro evidente cuando su manejo se reduce a las dosis corrientes. Recientemente, COHEN ha establecido la permeabilidad placentaria sirviéndose de animales con placenta similar a la humana (primates, etc.). Según este autor, las hormonas corticoides, parathormona, vitaminas A, D y K, etc., pasan en pequeña cantidad y muy difícilmente.

Quizá más importancia tenga el efecto de los esteroides sobre la propia madre, ya que tiene el inconveniente de favorecer la osteoporosis, ya facilitada por el propio embarazo. Providencialmente, las embarazadas suelen mejorar del asma por el mecanismo hormonal de todos conocido, y ello hace que en la mayoría de las ocasiones no exista una indicación imperiosa para aplicar esteroides. No obstante, en caso de asma severo (sthatus asmático), creemos debe tratarse tales situaciones con esteroides y demás medicamentos empleados para esta situación, que puede terminar en una insuficiencia respiratoria. Existen datos experimentales que indican que la anoxia puede ser causa de malformaciones congénitas.

Aprovechamos esta ocasión para formalizar la contraindicación de la terapéutica con extractos hiposensibilizantes en la mujer gestante, ya que las reacciones de tipo constitucional que caen dentro de lo posible, en el manejo de este tipo de terapéuticas, pueden dar lugar a contracciones uterinas. No olvidemos que experimentalmente, la liberación de histamina al unirse el antígeno al anticuerpo, puede ponerse de manifiesto mediante la técnica de SCHULTZ-DALE, que se basa, precisamente, en la gran sensibilidad a la histamina del útero de la rata.

En cuanto al empleo de esteroides en los niños asmáticos, no existe inconveniente, ya que proporcionalmente los niños suelen tolerar mejor esta

terapéutica que los adultos. No obstante, sus indicaciones son casi siempre en los momentos agudos o en la iniciación de la terapéutica, ya que afortunadamente, el asma infantil suele obedecer bastante bien a poco que se haga un tratamiento de fondo.

Dr. MANRESA:

A la pregunta de si debemos abstenernos de usar corticosteroides durante el embarazo en una asmática, he de contestar de un modo ecléctico. Dosis discretas que no excedan de diez miligramos diarios, pueden administrarse sin perjuicio para el feto, tanto en el sentido morfológico como endocrino. Durante la segunda mitad de la gestación, los corticoides ofrecen el inconveniente de incrementar extraordinariamente la retención hídrica de la madre. Grandes dosis como las que requieren la fiebre reumática aguda, pueden ocasionalmente interferir el desarrollo normal del feto.

Por consiguiente, pueden emplearse corticoides a las llamadas dosis fisiológicas, de preferencia en forma no continuada y en la primera mitad de la gestación. Deben evitarse las grandes dosis que afortunadamente no son necesarias en el tratamiento del asma. Yo, generalmente, me abstengo de su empleo en gestantes, recurriendo a los medios clásicos de antes de la era de los corticoides.

Dr. JOSE MARIA POSSE:

Me gustaría que los asistentes me diesen su opinión sobre la frecuencia posible de casos de malformaciones congénitas encontradas en recién nacidos de mujeres sometidas a tratamiento con corticoesteroides durante el embarazo.

Yo he visto dos casos, uno de ellos muy serio, pues el niño apenas presentaba miembros inferiores, ya que no existía pie, y a partir de la rodilla sólo se podía ver un pequeño muñón deforme; el otro caso era muy ligero y sólo afectaba a los dedos de los miembros inferiores. El primer caso falleció a los pocos meses.

Se han citado ya estos casos, pero no parece que esté plenamente confirmada la acción perniciosa de los corticoides; por ello me gustaría saber la experiencia de los compañeros especialistas. Yo, por mi parte, después de esta amarga experiencia, me abstengo de aplicar el tratamiento con corticoides en los primeros meses del embarazo, por lo menos en los cinco primeros meses; ya sabemos que en general el asma mejora durante el embarazo, pero precisamente algunas mujeres asmáticas rebeldes empeoran durante la gestación y son precisamente los casos peores; estas enfermas se benefician de la terapéutica con esteroides, pero ¿podemos admitir que sea peligroso su empleo para el producto de la gestación? Yo en estas circunstancias me limito al empleo de los clásicos asmolíticos, con el fin de controlar los síntomas y que no se produzca un estado de asma permanente.