

# Nuestra experiencia en el tratamiento del asma bronquial con cromoglicato disódico

Doctor J. Lanuza Sanchís

Desde 1967 numerosas publicaciones se han ocupado del tratamiento del asma con cromoglicato disódico con unas opiniones tan discordantes, que hay que manejar el producto para comprender esta disparidad de criterio; junto a casos de un impresionante éxito, otros casos en los que el más absoluto fracaso es el resultado del tratamiento. Para intentar ver claro en esta maraña de opiniones positivas y negativas, tanto en lo que se refiere a resultados como a mecanismos de acción, hemos realizado una encuesta entre nuestros pacientes que actualmente están sometidos a tratamiento con cromoglicato disódico y que no me atrevería a presentar ante ustedes a no ser porque entre ellos hay algunos casos que consideramos de gran interés por las complicaciones importantes aparecidas a lo largo de sus muchos años de medicación cortisónica. Estamos convencidos de que la escasa casuística con que contamos no puede ser base para sustentar una opinión demasiado firme, tanto en sentido positivo como negativo. Pero, en fin, nosotros nos limitamos a contarles a ustedes lo que hemos hecho y lo que después nos han ido diciendo los enfermos.

De los 23 casos que tenemos actualmente en tratamiento solamente diez vamos a someter a la consideración de ustedes. El resto no están incluidos, simplemente porque las contestaciones a la encuesta no han llegado con tiempo suficiente para poder hacer los resúmenes que a continuación proyectamos:

En el cuadro I se ha extractado la historia de los enfermos en relación exclusiva con la medicación cortisónica que han llevado, resultados terapéuticos y las complicaciones que tuvimos o que estamos teniendo que afrontar. De este grupo destacan los casos 1, 2, 4, 7, 8 y 9 por sus trastornos patológicos extrarrespiratorios, todos ellos influidos, o teóricamente influi-

dos, por los cortisónicos. De entre ellos destacamos también los casos 3, 4 y 6 por las dosis altas de derivados cortisónicos que tomaban.

En el cuadro II resumimos las dosis inhaladas de cromoglicato disódico, con la impresión subjetiva del enfermo, el tiempo que lleva de tratamiento, el tiempo de aparición del efecto, cuándo se ha observado y, sobre todo, los logros obtenidos sobre las dosis de cortisónicos que estos enfermos se veían obligados a tomar. En la última columna incluimos una valoración personal, hecha con la mayor objetividad posible y en función de todos los datos obtenidos en la encuesta.

Destaquemos en primer lugar los casos con calificación de suspenso:

Caso número 2. Se ha notado muy poca mejoría, incluso en ocasiones ha tenido que aumentar la dosis de cortisónicos y hasta utilizar teofilinas endovenosas. No ha habido una continuidad de tratamiento, pero, de todas formas, en pleno tratamiento correcto con cromoglicato disódico ha tenido crisis muy violentas.

Caso número 3. Ha mejorado su estado general pero sigue con dosis altísimas de betametasona y, a pesar de ello, todavía tiene algún acceso.

Caso número 4. A pesar de la mejoría evidente del estado general no ha podido reducir las dosis de cortisónicos, aunque el tratamiento con cromoglicato disódico se ha mantenido correcto en continuidad y dosis.

Caso número 10. Es una niña con asma continuo desde que tenía un año, muy mejorada de la intensidad y frecuencia de las crisis ya antes de iniciar el tratamiento con cromoglicato disódico pero sin poder abandonar la prednisona. En el curso de este tratamiento y al cambiar la prednisona por una triamcinolona depot es cuando ha notado franca mejoría.

CUADRO I

Enf.	Diagnóstico	Edad	Cortisonas ¿tiempo?	Derivado y dosis	Efectos secund.	Resultado.	Peculiaridades
1.º J.G.	Asma intrínseco	32	4 años	Betametasona. Triamcinolona depot. 40 mg/2-3 sem.	Excitabilidad	Regulares	Glaucoma
2.º R.A.	Asma mixto	35	7 meses	Prednisona 40-50 mg Triamcinolona 8-16 mg/día	No	Malos Regulares	Gestación con feto prematuro normal.
3.º I.E.	Asma intrínseco	65	12 años	Betametasona hasta 6-8 mg/día	No	Regulares	Médico
4.º R.O.	Asma intrínseco	47	5-6 años	Prednisona Triamcinolona hasta 24 mg/día	Hipertricosis Edemas Hiperglucemia	Malos	Diabetes (?)
5.º M.I.	Asma maligno	63	2-3 años	Betametasona 1-2 mg/día	Gastralgias Depresión	Malos	
6.º C.G.	Asma maligno	40	10-12 años	Prednisona 10-20 Betametasona Triamcinolona 16	Hipertricosis Edemas Osteoporosis	Malos	
7.º M.C.	Asma intrínseco	65	4-5 años	Prednisona 5-10 mg. Triamcinolona 4-8 mg/día	Hiperglucemia	Buenos	Diabetes
8.º M.J.O.	Asma bacteriano	28	2-3 años discontin.	Triamcinolona 4-12 mg/día	Depresión	Buenos	Gestación en el 3.º mes.
9.º F.B.	Asma mixto	50	6 años	Prednisona 5 mg. Triamcinolona 4 mg.	Depresión Edemas	Buenos	Psicosis depre- siva. Ideas de suicidio.
10.º M.C.G.	Asma mixto	10	9-10 años	Prednisona 5 mg. Triamcinolona dosis variables	Vómitos Distrofia	Regulares	

CUADRO II

Enf.	Resumen cuadro anterior	Dosis	Resumen cuadro anterior	Tiempo de trat.	Tiempo de aparición	Efecto sobre cortisónicos	Valorac. objetiva
1.º J. G.	Asma intrínseco Cortisónicos: 4 años Dosis baja. Glaucoma	4 caps. 1 mes 2 cáps.	Mejoría del estado general. No accesos	3 meses	No recuerda	Supresión	Buena
2.º R. A.	Asma mixto Cortisónicos: 7 meses Dosis muy altas	4 cáps.	Muy ligera mejoría. Por cualquier causa aumenta cortison, y broncodilatad.	5 meses Suspendió el t. durante 2 m.	2-3 días	Nulo	Mala
3.º I. E.	Asma intrínseco Cortisónicos: 12 años Dosis muy altas	4 cáps. después 3 cáps.	Mejoría del estado general. Algún acceso	3 meses (4 c.) 3 meses (3 c.)	20 días	Disminución discreta	Regular
4.º R. O.	Asma intrínseco Cortisónicos: 5-6 años Dosis muy altas. Diab.?	4 cáps.	Mejoría evidente del estado general. No tiene accesos.	8-9 meses	Unas horas	Muy poca disminución	Regular
5.º M. I.	Asma maligno Cortisónicos: 2-3 años Dosis altas	3 cáps.	Mejoría del estado general No tiene accesos	Un mes	6-8 días	Lo ha suprimido por consejo médico, "no lo necesita"	Buena
6.º C. G.	Asma maligno Cortisónicos: 10-12 años Dosis muy altas	2 cáps.	Mejoría clínica muy marcada. No tiene accesos. "Puede vestirse sola"	8-9 meses	Unas horas	Disminución en un 80 %	Buena
7.º M. C.	Asma intrínseco Cortisónicos: 4-5 años Dosis baja. Diabetes	4 cáps.	Estado general bueno. Glucemia casi normal Ha engordado	7 meses	Unas horas	Supresión	Buena
8.º Mj. O.	Asma bacteriano Cortisónicos: 3 años (d) Dosis bajas. Gestación	4 cáps	Estado general bueno Gestación en 3.º mes	7 meses Suspendió trat. durante 2 meses	2-3 días	Supresión	Buena
9.º F. B.	Asma mixto Cortisónicos: 6 años Dosis bajas	4 cáps.	Estado general bueno. Ha superado una reciente crisis síquica violenta.	7 meses	4-6 días	Supresión	Buena
10 Mc. G	Asma mixto Cortisónicos: 10 años Dosis bajas	2 cáps. (3 m.) 4 cáps.	Catarros menos intensos. Mejor efecto de medicación	10 meses	?	Nula	Mala

ENF.	ESTADO GENERAL	FRECUENCIA DE CATAR.	TOS	ESPECT.	RUIDOS RESP.	DISNEA REPOSO	DISNEA ESFUERZO	SINTOMAS NASALES	RESULTADOS GLOBALES
1ª J. G.	↗	↘	↗	↗	↗	↗	→	↘	Glaucoma BUENOS
2ª R. A.	↗	→	↗	↗	↗	↗	↗	↘	Gestación term. MALOS
3ª I. E.	↗	→	↗	↗	↗	↗	↗	↗	REGULARES
4ª R. O.	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	→	Diabetes (?) REGULARES
5ª M. I.	↗	?	↗	↗	↗	↗	↗	↗	BUENOS
6ª C. G.	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	BUENOS
7ª M. C.	↗	→	↗	↗	↗	↗	↗	↘	Diabetes BUENOS
8ª M.J. O.	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	Gestación BUENOS
9ª F. B.	↗	→	↗	↗	↗	↗	↗	↗	Psicosis depresiva BUENOS
10ª M.C. G.	↗	↗	→	→	→	↗	↗	→	MALOS

Figura 1.

Hay algunos casos que yo me atrevería a calificar de sobresalientes (muy buenos) y que no lo he hecho en virtud del poco tiempo de tratamiento que, a mi entender, lleva y de la escasa o nula literatura que he podido obtener con casos de más de un año de evolución que me diera una idea más o menos aproximada de lo que va a ocurrir entre estos enfermos y esta medicación cuando lleven diez años aspirando cada seis horas.

En justicia, pues, debemos comentar estos casos:

Caso número 1. Supresión completa de los cortisónicos. Se encuentra francamente bien. Se ha normalizado la presión ocular.

Caso número 5. Mejoría teatral. Sigue tomando cortisónicos porque se lo he ordenado. Me costó trabajo convencerle de que la disminución debía ser muy lenta.

Caso número 6. Mejoría muy marcada. Ha logrado disminuir en un 80 por .100 las grandes dosis de cortisónicos que tomaba. Esta enferma tiene en su caso un ap. de Bennet porque las crisis eran tan intensas y repetidas que solamente combinando la medicación, la aerosolterapia y la ventilote-

rapia se lograba mantenerla con poca disnea de reposo, aunque seguía con una gran disnea de esfuerzo.

Caso número 7. Diabética. Ha logrado la supresión en cortisónicas y ha compensado su diabetes con mucha menos dosis de insulina.

Caso número 9. Ha logrado la supresión de cortisónicos. Tuvo una grave crisis depresiva, con ideas de suicidio. Recientemente ha superado con envidiable entereza y claridad mental una crisis síquica y moral muy violenta.

En la figura 1 resumimos gráficamente los efectos logrados sobre la sintomatología de los enfermos. Destaca la mejoría más o menos intensa del estado general en todos ellos y una marcada disminución de los síntomas respiratorios en la mayor parte de los encuestados. Es evidente la poca acción de la medicación sobre los síntomas clásicamente alérgicos.

En virtud de todo lo anteriormente expuesto no nos creemos con la suficiente base para expresar unas conclusiones que nos reservamos para cuando, más adelante, tengamos una mayor y más larga experiencia.