

MESA REDONDA

sobre el tema

«Tratamiento del Asma Bronquial»

Moderador:

Dr. García Echevarria

Participantes:

Dr. Sastre Castillo

Dr. Frouchtman

Dr. Tello Valdivieso

Dr. Subiza Martín

Dr. Lahoz Navarro

Dr. Cornudella Mir

Dr. Manresa

Dr. Oheling

Dr. López Botet

Dr. Zapatero

Dr. Gil Turner

MESA REDONDA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—El tema de esta mesa redonda es de una amplitud tal que nos ha obligado a sistematizar y sintetizar, creando no pocas dificultades a los compañeros que se han brindado amablemente a participar en ella.

Cualquiera de ellos puede darnos una magistral lección, fruto de sus conocimientos y experiencia, que sería muy bien recibida por todos nosotros. Sin embargo, imperativos de organización nos han llevado a tratarles de forma casi despiadada, haciéndoles sentarse en este banquillo para que en breves minutos nos digan lo que en su bagaje científico y ocupacional es motivo de inquietud de forma cotidiana.

Así pues, con mi agradecimiento, quiero expresar el de toda la Sección Española de la AIEB, que sabe apreciar en todo su valor, el esfuerzo, mérito y... riesgo de esta Mesa Redonda.

Con objeto de guardar un cierto orden, vamos a formular las preguntas que se refieren al tratamiento de las situaciones agudas creadas por el Asma Bronquial. Después seguiremos con el tratamiento de las intercrisis, sintomático y de fondo y por último trataremos de la cirugía y el asma.

Sabemos que la crisis es la situación aguda creada por el asma bronquial de más intensidad y breve duración. El ataque dura más tiempo, aunque con menor intensidad y el status es la prolongación durante días de una disnea asmática no demasiado intensa.

¿Cómo trata usted una crisis asmática en líneas generales, doctor Sastre?

Doctor SASTRE.—En primer lugar con adrenalina o sus derivados. Creemos conveniente subrayar que, a pesar de la incorporación en estos últimos años de otras drogas en la terapéutica del asma bronquial, los mencionados compuestos conservan su vigencia en la situación de crisis. La inyección de adrenalina al 1 por 1.000 por vía subcutánea a la dosis de 0,5 a 1 c. c. para un adulto, y de 0,1 a 0,3 c. c. si se trata de un niño, o de alguno de sus derivados (alupent), basta para yugular una crisis asmática en la mayoría de los casos. Estos mismos compuestos y otro derivado, la isopropil adrenalina (aleudrina), pueden ser también útiles en aerosol. Muy eficaces si la aerosolización se realiza con un respirador de presión positiva inspiratoria intermitente —tipo Bennet o Bird—, con una presión de 15 a 20 cm.; o con un simple nebulizador de mano, si no se dispone de uno de estos aparatos.

Además de los simpaticomiméticos, se deben emplear los compuestos de aminofilina por vía intravenosa, mezclados con soluciones de glucosa al 5 por 100. Es necesario insistir en la necesidad de que se inyecten —muy lenta-

mente— en unos 8 a 10 minutos la dosis habitual de 0,24 grs., ya que el brusco incremento del trabajo cardíaco a que dan lugar, puede seguirse de graves accidentes cardiovasculares, especialmente cuando existe hipoxemia.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor Frouchtman, ¿qué elementos etiopatogénicos de la situación aguda asmática deben ser objeto de tratamiento fundamentalmente?

Doctor FROUCHTMAN.—En el momento de tratar una crisis aguda de asma, el conocimiento de los factores y circunstancias que pudieron intervenir en su provocación permite numerosas veces completar la terapéutica sobre una base etiopatogénica. Un rápido interrogatorio puede, por ejemplo, revelar que el acceso se produjo después de la ingestión de una aspirina o después de un contacto masivo de polvos diversos; con gran frecuencia la crisis acompaña a un catarro descendente o a una agudización bronquítica estacional, y en estos casos, además de la medicación sintomática, el rápido empleo de agentes anti-infecciosos de amplio espectro y corticoesteroides —si no hay contraindicación—, permite actuar desde el primer momento sobre el elemento infeccioso que condicionó el desencadenamiento de la crisis.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—A su juicio, doctor Tello, ¿cuáles son las medidas que deben adoptarse sucesivamente en una situación aguda asmática.

Doctor TELLO.—Las medidas que deben adoptarse sucesivamente en una situación asmática aguda depende de la intensidad de ella y de lo que conozcamos sobre la evolución del padecimiento. Nos puede ayudar el saber lo que sucedió en situaciones asmáticas anteriores.

Si hay angustia conviene, desde luego, tranquilizarle exponiéndole la probable fugacidad de la situación. Si el acceso no es intenso y es el primero que se presenta, es probable que se pueda resolver con preparados de aminofilina por vía rectal; de sustancias de tipo efedrínico, por boca.

Cuando el acceso es intenso hay que recurrir desde el principio a la aminofilina intravenosa y a las sustancias adrenalinomiméticas en inyección subcutánea.

Si la situación persiste, instalación de un gota a gota con estas sustancias. También empleo parenteral de corticoesteroides y gota a gota.

Se puede dar en esta situación oxígeno por catéter nasal. Pero conviene que las sesiones sean relativamente cortas evitando mantener una oxigenación suficiente con escasa ventilación, lo que lleva aparejada una hipercapnia y las consecuencias de una acidosis. Espero que se tratará después de la utilización de respiradores.

El mejor modo de tranquilizar al enfermo es consiguiendo que ventile mejor. Si sabemos que existe un gran factor angustioso se puede emplear un tranquilizante que ejerza acción sobre los centros respiradores y circulatorios.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Quiere decirnos, doctor Subiza, qué particularidades tiene el tratamiento del asma agudo en los niños.

Doctor SUBIZA.—El tratamiento de las crisis asmáticas en los niños, en la gran mayoría de las ocasiones, coinciden con procesos catarrales; por tanto, e independientemente del tratamiento broncolítico, debe asociarse los antibióticos. Yo creo que los antibióticos, en los cuadros de asma infantil, es donde más se han prestigiado, sobre todo en las formas pseudobronconeumónicas del lactante. Esta asociación asma-atarro es muy propia de la edad infantil, y es sabido que el asma en estas edades es casi siempre precedido por una etapa

de rinobronquitis de repetición. En estos casos, el tratamiento broncolítico, que parece ser más aceptado, y que desde luego es ya casi de uso sistemático, son las asociaciones de derivados de la aminofilina y un sedante por vía rectal. La terapéutica rectal de la aminofilina fue ensayada por primera vez por DEES en 1943. En la práctica, el empleo exclusivo de estos supositorios se reserva para el tratamiento de ataques discretos, como el que estamos refiriendo.

Afortunadamente los niños caen pocas veces en status asmáticos, pero cuando aparece hay que tratarlos por todos los medios, ya que pueden ser muy graves y ello por las razones siguientes:

- La mucosa, en general, suelen ser más exuberantes, con reacciones inflamatorias y manifiestas, y como, por otra parte, el calibre de los bronquiolos es pequeño, resultan obstrucciones más acusadas. Además, por una participación más difusa de la inflamación hiperérgica en toda la mucosa respiratoria, corrientemente se asocia la disnea, la tos de origen traqueobronquial alto, dando lugar a una acentuación de la fatiga. La deshidratación ocurre más fácilmente en el niño, debido a que su hidrolabilidad, sobre todo cuando se asocia fiebre, los mecanismos compensadores de la acidosis no están perfectamente desarrollados posiblemente por una inmadurez de los tubos renales. Con ello, el niño puede caer más fácilmente que el adulto en carbonarrosis. La pérdida de líquido produce sequedad de mucosa, que acentúa el círculo patológico. Por último, la infección, lo mismo que ocurre en el adulto, puede considerarse presente, siempre que un ataque se convierta en status y posiblemente es una de las causas que más fijan el paroxismo.

El tratamiento de status debe dirigirse a hidratar al niño, mediante sueros tipo glucosado al 5 por 100. Lo ideal es canalizarlo en vena y hacer una infusión de una gota por segundo, añadiendo al suero un preparado soluble de eufilina del tipo solufilina, a la dosis de 0,25 grs. y una ampolla de cualquiera de los nuevos esteroides. Particular interés tiene la elección del esteroide.

Nosotros tenemos muy buena experiencia con los preparados de betametazona a la dosis de 2 a 4 mlg., según la edad.

En la mayoría de las ocasiones, con este tratamiento suelen mejorar, aunque puede, naturalmente, ser el niño subsidiario de todas las medidas coadyuvantes, sobre todo el tratamiento con respiradores, si colabora por su edad, y también, como es lógico, el empleo de antibióticos de amplio espectro dados de la forma acostumbrada.

Creo que tiene mucho interés el mantener la habitación del niño con una atmósfera ligeramente húmeda, mediante sprays o evaporación de agua.

El empleo de sedantes es muy peligroso, y aunque la meperidina en algunas ocasiones ha sido comunicada como útil, hay que tener en cuenta que en esta grave situación todo lo que actúe deprimiendo el centro respiratorio debe usarse con suma cautela. En mi opinión, debería estar prohibida.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿Estima de utilidad la respiración con los aparatos Bird, Bennett y similares, en estos casos, el doctor Lahoz?

Doctor LAHOZ.—En la crisis asmática pueden ser de gran utilidad los respiradores de presión positiva inspiratoria, en un doble aspecto:

- a) Permite la aplicación de aerosol de un broncodilatador que, según BARRACH, al ser administrado con presión positiva es alrededor de un 20 por 100 más eficaz que cuando se utiliza la aerosolterapia convencional.

b) Si la situación asmática se prolonga el cuadro funcional inicial de discreta insuficiencia distributiva, pero con buena ventilación, puede evolucionar a una insuficiencia respiratoria global y entonces la utilización de los respiradores mencionados es muy importante y eficiente, ya que con ellos mejoraremos la ventilación del paciente y podemos así combatir la hipercapnia y acidemia subsiguiente.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Cuando la situación aguda asmática no cede se teme una insuficiencia respiratoria, ¿qué medidas podemos adoptar?: ¿internamiento en clínica? ¿Traqueotomía? ¿Intubación; ¿Respiradores?

Doctor CORNUDELLA.—El internamiento en clínica me parece esencial, puesto que permite el control estricto del paciente y, por consiguiente, la aplicación de cuantas medidas terapéuticas sean oportunas en el momento preciso en que devengan necesarias.

Considero que la traqueotomía y la intubación traqueal no son actos terapéuticos a aplicar «d'emblée», sino que deben realizarse ante situaciones muy concretas, cuando la insuficiencia respiratoria aguda ya se ha instaurado y se muestra rebelde.

Es útil el empleo de respiradores a presión positiva inspiratoria intermitente: su efecto se complementa eficazmente con la aerosolización de broncodilatadores y mucolíticos.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Nos gustaría conocer su opinión respecto a la misma pregunta.

Doctor MANRESA.—Cuando la situación aguda no cede y el paciente entra en el cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, *lo primero* que debe hacerse es el internamiento del paciente en una clínica, procurando que no le acompañen los familiares que hasta aquel momento le han rodeado. Es importantísimo en el asmático el cambio de ambiente, ya por causas asmógenas alérgicas, como por razones de orden psíquico.

Este cambio de medio hace a veces eficaces muchos recursos terapéuticos hasta entonces inútiles.

En segundo lugar la permeabilización de las vías respiratorias, ya que en estos casos tan apurados suele haber poco espasmo bronquial y, en cambio, mucho edema de la mucosa que da lugar a una inundación bronquial que incrementa la penuria ventilatoria, está la acidemia por falta de ventilación alveolar y la acidemia, a su vez, aumenta la secreción bronquial, círculo vicioso que sólo puede solventarse con la aspiración y el tratamiento simultáneo de la insuficiencia respiratoria establecida.

En cuanto a los medios y recursos para tratar la insuficiencia respiratoria, creo que no he de añadir nada a lo que ha expuesto mi amigo el doctor Cornudella hijo.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor Lahoz, también es de interés lo que nos pueda decir sobre el tema.

Doctor LAHOZ.—Depende de la situación funcional y posibles repercusiones de la insuficiencia respiratoria. Desde luego, siempre es aconsejable el internamiento en clínica, cuando se puede disponer de medios terapéuticos adecuados y de una vigilancia estrecha del paciente. Para nosotros es muy importante combatir estas dos alteraciones: hipoxemia y acidemia. La primera la corregimos con relativa facilidad mediante la oxigenoterapia, soliendo bastar la ad-

ministración de oxígeno mediante un catéter nasal. La disminución del pH debida inicialmente a la insuficiencia respiratoria agudizada (retención de carbónico no compensado por el riñón), y quizá después acentuada por la oxigenoterapia que irremediablemente debe utilizarse, es tan importante en sus consecuencias que puede servir como guía de nuestra terapéutica. Así, si el pH no es inferior a 7,30, suele bastar con la aplicación de un respirador relajador de presión (BENNETT, BIRD) por mascarilla en sesiones de media hora cada dos o tres horas. Cuando la concentración de hidrogeniones es por debajo de 7,30 debe recurrirse al empleo de amortiguadores en percusión endovenosa, habiendo nosotros obtenido muy buenos resultados con el Tris-Hidroxi-metil-amino-metano (PLASMOTROL) en unión de la metódica con el respirador antes indicado. Si no se consigue un rápido descenso del pH debe procederse a traqueotomía y respiración controlada con el respirador de Engström o Bird.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Nos quiere decir, doctor Oheling, cómo emplea los corticoides en estos casos y cuáles son de su elección?

Doctor OHELING.—En las situaciones agudas asmáticas solemos usar los corticosteroides a altas dosis, dependiendo éstas de la etiología de la crisis. En general, solemos usar Urbasón de 40 mgs. por vía intramuscular, o bien Soludacortín H por vía intravenosa en dosis de 25 a 50 mg.

A continuación, y cuando el acceso cede, instauramos una terapéutica oral mediante Ledercort, a razón de 16 mg. diarios y disminuyendo cada dos días 2 mg.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor López Botet, ¿qué criterio le merece el tratamiento con ACTH y corticoides en las crisis asmáticas y cuál es su mecanismo de acción?

Doctor LÓPEZ BOTET.—En la reacción asmática los corticoides tienen un efecto ideal, porque aunan la acción antiinflamatoria y la acción antialérgica. Su acción antiinflamatoria asociada a los antibióticos tiene un efecto brillante en el asma infeccioso. Su acción antialérgica permite combatir todos los asma cuya base es el choque antígeno-anticuerpo.

Cuando nos preguntamos los mecanismos de dichas acciones encontramos, respecto a la acción antiinflamatoria, que los corticoides modifican la permeabilidad e inhiben la reacción fibroblástica. En cuanto a la acción antialérgica tratamos de explicarla por su acción lítica sobre órganos linfoblásticos formadores de anticuerpos y una presunta acción antiserotonínica.

Esto, como se ve, es bastante difuso. Aún lo es más cuando buscamos la explicación de estas reacciones. Todo se reduce a una presunta acción modificadora de enzimas, pero en Medicina sucede con casi todo lo mismo, el último porque es siempre difuso, es el horizonte de la ciencia.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor Zapatero, usted nos puede decir algo sobre el tratamiento del asma agudo en enfermos tuberculosos. ¿Hay que tener alguna precaución en estos casos?

Doctor ZAPATERO.—Con arreglo a mi experiencia el asma del tuberculoso es algo que cada vez vemos con mayor frecuencia. Obedece fundamentalmente a la más larga supervivencia del tuberculoso. Mientras el asma alérgico nosotros la encontramos en el tuberculoso con una frecuencia semejante a la del resto de la población, la bronquitis asmatiforme, el asma bacteriano sería, con arreglo a nuestra experiencia, con mucha más frecuencia en tuberculosos e incluso

en familiares de enfermos tuberculosos que en el resto de la población. Creemos que ellos sería debido a que este grupo de población las alteraciones dejadas en los bronquios por el primoinfecto (estenosis, calvas bronquiales, alteraciones vasculares, nerviosas, etc.) sería, con mucho, más frecuente que en el resto. Las reliquias anatómicas bronquiales y las bacilares serían tanto mayores cuanto más importante haya sido la primoinfección. En este grupo de personas ha de haber una serie de ellas que, con el tiempo, se transforman en bronquíticos crónicos (mayor frecuencia de secuelas bronquiales) y en tísicos (mayor riqueza bacilar de las reliquias del primoinfecto). Esto explicaría la creencia popular respecto a que la tuberculosis pulmonar no es sino la consecuencia de un catarro mal curado. Todo ello ha sido motivo, por parte de nosotros, de una reciente publicación («Asthma bronchiale tuberculosa de formatione». Hospital General, Dic. 1964).

En las agudizaciones de las bronquitis asmáticas del tuberculoso (problema que, como hemos indicado, cada vez encontramos con una mayor frecuencia en la enfermería tuberculosa del hospital general) debe siempre, si el caso lo permite, comenzar por ensayarse los remedios habituales. Una de las primeras cosas a mirar es la lengua del enfermo, que es, a modo de espejo, de la mucosa bronquial. La deshidratación de las mucosas respiratorias es una muy frecuente causa de broncoespasmo, y ésta, a su vez, de asma: ningún expectorante mejor en estos casos que el agua. Se puede crear un ambiente de gran humedad en el cuarto, 70-80 por 100 de saturación de vapor de agua, o, lo que es más sencillo, hacer llegar el agua a la mucosa bronquial en forma de aerosoles. Después de fijarse en la lengua del enfermo deberemos prestar atención a la cualidad del esputo. En los esputos mucosos, deberemos emplear humectantes tensioactivos, como la superinona, unido a la glicerina, que dificulta la evaporación; mucolíticos, como el bicarbonato o como los ioduros. El yodo continúa siendo en nuestra experiencia el mejor mucolítico. Por empleo de los ioduros durante breves días y en dosis pequeñas no hemos visto acción perniciosa en tuberculosis, a condición de estar bien protegidos con antibióticos. Modernamente se emplea en aerosoles como mucolítico un aminoácido acetilado la N-acetil cisteína, que parece tener una acción sobre las uniones disulfídicas. Por vía oral lo empleamos desde hace varios años, pero aún no hemos tenido ocasión de emplearlo en aerosoles. Si se trata de esputos purulentos los preparados de tripsina creemos no deben ser empleados en tuberculosos, ni aun la moderna alfaquimotripsina, que se tolera mucho mejor, y que además de la acción fibrinolítica, tiene una acción mucolítica. Igual pudiera decirse del empleo de la desoxirribonucleasa, que actúa sobre ácido desoxirribonucleico, principal aglutinante del esputo purulento.

En los paroxismos asmáticos empleamos con frecuencia una perfusión intravenosa de medio litro de solución glucosada al 5 por 100, en la que se disuelven 250 mg. de aminofilina y 25 miligramos de Soludacortin, perfundida lentamente, a razón de unas 30 gotas al minuto. Con este tratamiento se consigue con frecuencia brillantes resultados en enfermos, en los que previamente han fracasado los remedios habituales. El tratamiento con cortisónicos puede ulteriormente continuarse por vía bucal, disminuyendo progresivamente las dosis, para darlos por terminado en el transcurso de quince días.

En los enfermos en los que estén indicados el uso simultáneo de diuréticos habrá que tenerse especial cuidado en no realizar deplecciones excesivas, pues aparte el hecho de que la deshidratación aumenta la broncoespasmo y la cilioestasis, ello puede dar lugar a la aparición de trombosis, sobre todo en los enfermos tratados simultáneamente con cortisónicos.

TERAPIA LIADE EN BRONCONEUMOLOGIA

NEUMOBIOSONA	<p>Comprimidos (1-2,5-5 mg.) Elixir Inyectable Supositorios</p>	<p>Alergias Respiratorias Asma Bronquial.</p>
NEUMOBAC	<p>Grageas Inyectable Jarabe</p>	<p>Asma bacteriano Bronquitis crónica Enfisema Infecciones bronquiales.</p>
LIADEMYCIN Antichoc	<p>Vial de 5 c.c.</p>	<p>Concentración masiva focal y penetración potenciada, de Penicilina-Estreptomicina. Infecciones bronco- pulmonares, Insuficiencia respiratoria toxo-bacteriana Traqueobronquitis aguda.</p>
TUSELIN	<p>Jarabe</p>	<p>Nueva molécula de síntesis y Antitusígena, Sin Efectos secundario. TOS en el niño y en el adulto.</p>
DIFILINA-ACTH	<p>Inyectable</p>	<p>La potenciación indicativa del derivado soluble-neutro estable de Teofilina, en cada una de sus Indicaciones Terapéuticas.</p>
DIFILINA-DEXAMETASONA	<p>Comprimidos</p>	
DIFILINA-DIGOXINA	<p>Comprimidos</p>	

LIADE
Laboratorios Farmacéuticos, S. A.

Un aspecto que debe cuidarse de modo especial en los paroxismos de la bronquitis asmática del tuberculoso es el de la acidosis respiratoria. La debemos dar por iniciada en todo enfermo que presente un cierto grado de desorientación, somnolencia, torpeza mental o cefalea persistente, manifestaciones que suelen aparecer antes que la excitación psicomotriz, el delirio o las convulsiones. La hipercapnia da lugar a un pulso lleno por aumento de la presión sistólica que habitualmente está disminuida en el paroxismo asmático. Asimismo, aparece a veces una cierta vasodilatación periférica (sinonimia John Bull), si bien esto último es más frecuente en la hipercarbia crónica y el enfermo se encuentra constantemente bañado en sudor. En estos casos no deberá emplearse diuréticos de la serie de la acetazolamida, que pueden agravar la situación de acidosis. No hemos podido ver buenos resultados con el empleo de lactato sódico. Ni hemos tenido ocasión de emplear los modernos e intensos alcalinizantes del tipo del Tris.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿Cuáles son a su juicio, doctor Manresa, los puntos fundamentales del tratamiento del asma en general en las intercrisis?

Doctor MANRESA.—Creo que, bajo el punto de vista práctico, debemos distinguir el asma alérgico del asma infecto-alérgico y del asma intrincado por infección secundaria.

El asma alérgico propiamente dicho, es decir, aquel que se caracteriza por una eosinofilia hemática y local, si tiene comprobado su sensibilización, deben aprovecharse las intercrisis para someterle a la desensibilización específica, y si no se ha podido determinar el alérgeno, yo todavía creo en la acción de los anti-histamínicos, sometidos a una cuidadosa elección, combinados a los antiserotónicos.

En el asma infecto-alérgico deben emplearse los antibióticos como en la bronquitis crónica, es decir, en forma de «long term therapy» y vacunas administradas a dosis muy pequeñas, incluso muy diluidas si es necesario, aplicadas cada cuatro o cinco horas.

En el asma infectado secundariamente se administrará antibióticos como en la forma anterior, pero aquí la vacuna puede ser empleada a las dosis corrientes vacunantes.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Su opinión, por favor, doctor López Botet.

Doctor LÓPEZ BOTET.—Cuando coteja uno las opiniones de las autoridades en la materia, sorprende siempre la discordancia y el apasionamiento. Encuentra, de un lado, los entusiastas que miden la habilidad del alergólogo por la menor cantidad de corticoides que utiliza mientras desensibiliza, y los escépticos que rellenan a sus pacientes de corticoides pretendiendo que se desensibilicen solos.

La desensibilización es necesaria y efectiva en buen número de casos. Sus fracasos se deben con más frecuencia a la incapacidad del desensibilizador que a la ineficacia de la desensibilización. Por otra parte hay que valorar el factor enfermo. No todos los pacientes son igualmente fáciles de desensibilizar, pero ello no es culpa del método.

Si pretendiéramos, como antaño, desensibilizar provocando la aparición de anticuerpos bloqueantes, quizá los corticoides se opondrían a este mecanismo. Si pretendemos, como hacen hogaño algunos, inhibir la producción de anticuerpos con corticoides y esperar una desensibilización espontánea, huelgan los diagnósticos y los extractos.

Yo creo que al juzgar y al actuar el eclecticismo es lo sensato. El uso de corticoides a pequeñas dosis durante una correcta desensibilización me ha demostrado la práctica que es lo más eficaz.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿Quiere darnos la suya, doctor Oehling?

Doctor OEHLING.—Nuestro criterio del tratamiento del asma bronquial en las intercrisis y, como es natural, va dirigido a combatir aquellos factores que desencadenan tales crisis. Si ésta ha sido producida a consecuencia de un proceso bacteriano, instauramos un tratamiento intensivo de antibióticos a base de Cloromicetina, Eritromicina y Tetraciclina (según el antibiograma obtenido), siguiendo el criterio que actualmente se sigue en dosis altas y prolongadas. En general, solemos comenzar con Cloromicetina, a base de un gramo diario por vía intramuscular o intravenosa, siguiendo posteriormente, durante otros seis u ocho días con Tetraciclina o Eritromicina. Paralelamente administramos un mucolítico a base de Yoduro potásico o Tromasin, así como sedantes y psicóticos. Si las crisis son de origen polínico o como consecuencia de otro antígeno inhalante solemos utilizar compuestos antihistamínicos y corticosteroides del tipo del Celesemine. Como broncolítico habitual usamos uno en cuya composición y experimentación hemos intervenido y que actualmente está a la venta con el nombre de Sanasfil. Este preparado lo prescribimos a razón de una a tres ampollas diarias; dicho preparado posee una intensa acción broncolítica sin los inconvenientes de los derivados de la adrenalina y además nos permite prescindir de los corticosteroides.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—En su experiencia, doctor Subiza, ¿qué hiposensibilizaciones de asma extrínsecos estima más eficaces?

Doctor SUBIZA.—Desde luego, el tratamiento hiposensibilizante con extractos guarda una cierta relación, en cuanto a sus resultados terapéuticos, a la intensidad de la alergia atópica que padezca el enfermo. De manera que cuanto más evidente sea esta alergia alérgica, tanto por la clínica como por el carácter pseudopódico innegable de las pruebas alérgicas, debemos esperar después los mejores resultados con los tratamientos hiposensibilizantes. Esto puede ocurrir con cualquier alérgeno, pero nuestra experiencia, en reglas generales, estas circunstancias concurren casi siempre en los polinósicos, por lo que quizá el tratamiento más eficaz sea el de la fiebre del heno. El único inconveniente de estos tratamientos es que son delicados, y en mi opinión deberían ser aplicados siempre por el médico. Se ha descrito que la incidencia de reacciones constitucionales, es más alta con los extractos acuosos que con los extractos emulsionados en Arlancel, o los obtenidos por extracción con piridina y precipitados con aluminio. Parece ser que de esta manera se desechan en estos últimos extractos, la fracción no proteica de bajo peso molecular, la cual da una alta potencia en las pruebas y también es responsable de las reacciones constitucionales, aunque parece que no es necesariamente importante bajo el punto de vista inmunológico.

Tengo experiencia con estos últimos extractos ensayados en algunos enfermos, siendo su tolerancia muy buena con menor número de inyecciones que los extractos acuosos, y sin haber observado reacciones a no ser un picor local que les dura unos días.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Le hacemos la misma pregunta, doctor Frouchtman.

Doctor FROUCHTMAN.—Entre los agentes extrínsecos más frecuentes en el origen del asma, destaca el polvo de casa y su tratamiento hiposensibilizante

es generalmente eficaz a condición de mantener su administración durante dos o tres años. El pólen constituye otra causa de beneficioso tratamiento pre-estacional. Menos constantes suelen ser los resultados del tratamiento a hongos, a cereales o a sus parásitos; en éstos su administración puede dar lugar a reacciones, por lo cual es conveniente comenzar la hiposensibilización a baja concentración.

Pero toda hiposensibilización será deficiente si no completamos su empleo con la desalergenización del ambiente (supresión de agentes causales o potencialmente alergénicos, limpieza con aspirador, etc.), o el apartamiento temporal del enfermo durante los dos o cuatro primeros meses del tratamiento hiposensibilizante; asimismo, no debe olvidarse tratar simultáneamente los otros posibles factores de la constelación etiopatogénica.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Su experiencia, por favor, doctor Lahoz.

Doctor LAHOZ.—Debemos hacer la profilaxis de la crisis y el tratamiento curativo. Es decir, si sabemos que una infección bronquial puede llevar al enfermo a una crisis asmática, cabe la administración periódica de un antibiótico o sulfa retardada. También es el momento para una desalergenización ante un sensibilizante que sabemos, al ser inhalado de nuevo, traerá la reaparición de la disnea asmática. Debemos aprovechar el período intercrítico para el tratamiento de fondo hiposensibilizante o vacunoterapia. Siempre hay que tener en cuenta las medidas de fisioterapia y reeducación respiratoria que es realizable en el intervalo libre de molestias.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor Subiza, ¿qué criterio le merece el tratamiento hiposensibilizante en niños y ancianos?

Doctor SUBIZA.—En mi experiencia, el grupo más numeroso de asmáticos que precisan tratamiento hiposensibilizante corresponde a la edad media de la vida de los 20 a los 40 años. El papel de la alergia inhalante en el asma en los niños es menos importante. En los viejos es muy corriente que también la alergia no sea tan evidente, por esta razón tenemos menos ocasión de tratar con extractos hiposensibilizantes a niños y ancianos que a asmáticos en edad adulta. Ahora bien, esto no quiere decir que estos tratamientos sean un hecho insólito, y así, por ejemplo, recuerdo perfectamente que en estos momentos estoy atendiendo a varios niños y a varias personas de edad madura de fiebre de heno, siendo los resultados comparables a los observados en otras edades.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor Oehling, ¿contraindicaciones del tratamiento hiposensibilizante?

Doctor OEHLING.—Como principal contraindicación del tratamiento hiposensibilizante, creemos que la única que más importancia tiene es la del *embarazo*. Hemos visto muy frecuentemente abortos en enfermas que por no comunicarnos que habían quedado embarazadas durante la desensibilización nos vienen muy alarmadas por el aborto presentado, ya que lo relacionan con una de las dosis inyectadas. Es frecuente observar en enfermas que en las pruebas intracutáneas han dado muy intensa reacción a un determinado antígeno y que paralelamente presentan otros fenómenos de *shock*, tales como Edema de Quincke, urticaria, etc., presentan igualmente intensos espasmos uterinos que ellas mismas suelen comparar con los del parto.

Otras contraindicaciones lo serían la Tuberculosis, tanto pulmonar como ocular, ya que bien pudieran presentarse reacciones focales en el sentido de

un fenómeno de SANARELLI-SCHWARZMAN, así como enfermedades internas que afectan al hígado y riñón, Tirotoxicosis y descompensaciones cardíacas. Igualmente cuando existan alteraciones secundarias en el parénquima pulmonar, tales como el enfisema y bronquiectasias, así como Cor Pulmonale, en los que el éxito de la desensibilización es poco alentador, ya que no se consigue influenciar el proceso gran cosa.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor Tello, ¿de acuerdo con los doctores Subiza y Oehling? ¿Emplea corticoides en las intercrisis acompañando al tratamiento hiposensibilizante?

Doctor TELLO.—En las intercrisis el empleo de corticoesteroides está condicionado a la situación del enfermo en el intervalo. Si el enfermo no está completamente bien, si sigue existiendo una ligera situación asmática, continuamos el empleo. Otro hecho que aconseja continuar empleándolos es la probabilidad de la repetición de la crisis, por saber que puede persistir un factor alérgico que no se ha podido soslayar. Otro hecho es que las crisis se repiten de modo frecuente, aun estando bien el enfermo fuera de ellas.

Quiero referir que en algunos enfermos, aunque no existe un claro factor circulatorio, el empleo de diuréticos de tipo tiazídico ha hecho desaparecer la ligera insuficiencia respiratoria de la interfase y ha reducido en ellos el empleo de corticoesteroides.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor Sastre, ¿cómo hace el tratamiento de fondo del asma extrínseco?

Doctor SASTRE.—Fundamentalmente en dos apartados: desalergenización e hiposensibilización.

Aunque parezca obvio, queremos insistir en la importancia de la desalergenización, que comprende: la separación, cuando es posible, del enfermo del alérgeno causal; y, en último extremo, las medidas higiénicas oportunas examinadas a disminuir su polución del medio ambiente del asmático. La separación de una lana parasitada por ácaros u hongos de la vivienda; la instauración de ciertas medidas en la limpieza de la casa (empleo de aspirador, eliminación de cortinajes y alfombras...) en los asmáticos sensibilizados al polvo doméstico son suficientes en muchos casos para que el enfermo obtenga ya una significativa mejoría de su cuadro asmático.

No es aconsejable someterse a unas normas rígidas en la terapéutica hiposensibilizante. Es necesario individualizarla para cada enfermo. La concentración inicial del extracto hiposensibilizante; el progresivo aumento de la misma y la frecuencia de su administración (siempre por vía subcutánea), depende de varios factores, que es conveniente valorar cuidadosamente: intensidad del cuadro clínico; reactividad cutánea del enfermo; permanencia o no en el medio alérgico durante el tratamiento...

En las polinosis realizamos el tratamiento pre-estacional; mientras que, con los restantes alérgenos, mantenemos de un modo continuo la terapéutica hiposensibilizante hasta unos dos años después que el enfermo haya quedado asintomático.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿El antiguo enfermo tuberculoso es tributario del mismo tratamiento o bien hemos de variar las normas, doctor Zapatero?

Doctor ZAPATERO.—En general, pienso que puede seguirse en el tuberculoso las normas habituales al tratamiento de fondo del asma. Sólo en las llamadas

tratamientos desensibilizantes y en el empleo de cortisónicos de modo prolongado han de cuidarse unos ciertos aspectos.

Mi experiencia es más pequeña en tratamientos de hiposensibilización. En el corto número de casos que yo recuerde haber hecho cura desensibilizante para pólen o para polvo de vivienda, la tolerancia ha sido perfecta. Tengo, en cambio, amplia experiencia en el empleo de vacunas anticatarrales, especialmente de autovacunas en el antiguo tuberculoso curado y aun en el tuberculoso activo y abierto. Las empleaba antes de poder disponer de tuberculostáticos. Hoy día su empleo es menos engorroso y fácil debido a la protección prestada por los antibióticos. La concentración de gérmenes debe ser cuando menos cuatro veces menor que en el no tuberculoso y en la primera época el enfermo debe ser controlado con alguna frecuencia. Jamás he podido registrar contra-tiempo alguno y ello pese a que no exista tratado de Patología Médica que no haga constar la formal contraindicación que para el empleo de vacuna representa la tuberculosis pulmonar.

Siempre que nos veamos obligados a emplear cortisónicos en el tuberculoso, deberán emplearse, pero ateniéndose a lo que en nuestra clínica llamamos regla de las «pes»: pequeñas dosis, poco tiempo, protegidos convenientemente con tuberculostáticos y progresivamente disminuidos, a las que podría agregarse una última «pe», para señalar que en los pequeños sólo deberá ser empleada con carácter de excepción, ya que no hay duda que los cortisónicos pueden dar lugar a trastornos de desarrollo en el niño. De otra parte se cuenta ya hoy con una serie de publicaciones demostrativas de la aparición de anomalías congénitas en recién nacidos cuyas madres fueron tratadas con cortisónicos. Antes del cuarto mes de embarazo sólo pueden prescribirse los cortisónicos en casos en que la madre se encuentre en eminente peligro.

El empleo prolongado de cortisónicos da lugar a un expolio proteico, potásico y cálcico que hay que cuidar reponer especialmente en el tuberculoso. De otra parte la insuficiencia suprarrenal postcortisónica también representa un aspecto a cuidar de modo especial. Hoy se recomienda una dosis única matinal con el fin de evitar en lo posible el desmayo suprarrenal. La zona peligrosa en los tratamientos prolongados comienza a partir de los 10 mgs. diarios de los derivados delta o de sus equivalentes. Lo que podría llamarse dosis hormonal (5 mg. diarios de prednisona o prednisolona) apenas si tiene inconvenientes. Hemos tenido ocasión de emplearla en muchas ocasiones en el tuberculoso con síndrome acompañante de bronquitis asmatiforme, en épocas de depresión, astenia, desnutrición e inapetencia y la tolerancia siempre ha sido buena.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—El tratamiento con vacunas bacterianas del asmático es un tema de especial interés, ya que junto a entusiastas defensores se encuentran escépticos y detractores. La disparidad de opiniones lleva a veces al médico práctico a la duda sobre las premisas fundamentales para sentar una indicación. El tema sería inagotable, pero el tiempo apremia y es necesario sintetizar hasta donde sea posible, para conocer la opinión de los compañeros con experiencia sobre este interesante problema.

Así pues, quiero preguntar a los doctores Frouchtman, Lahoz, Oehling y Subiza: ¿indicaciones y técnica de vacunas bacterianas en el asma bronquial?

Doctor FROUCHTMAN.—Las vacunas microbianas constituyen indudablemente el 80 por 100 de los éxitos terapéuticos en las asmas bronquiales, lógica consecuencia del alto porcentaje de asmas infecciosas o con importante componente bacteriano.

Con emulsiones correctamente preparadas y a moderada concentración (a veces menos de 100 millones de c. c.) su administración debe efectuarse cada 3-4 días, y luego semanalmente desde septiembre hasta junio, progresando la dosis desde una décima de c. c. hasta la máxima dosis bien tolerada, pero sin sobrepasar 1 c. c.

Doctor OEHLING.—En cuanto a las indicaciones y técnicas de vacunas bacterianas en el asma bronquial podemos decir de una forma resumida que están indicadas en todo proceso bacteriano de las vías superiores o inferiores. Una técnica de desensibilización, según nuestro criterio, y de acuerdo con lo que experimentalmente se ha obtenido en el campo de la Inmunología bacteriana, es iniciar la desensibilización por vía intracutánea, al objeto de obtener una mayor tasa de anticuerpos en sangre, para continuarla posteriormente por vía subcutánea. Igualmente somos partidarios de vacunas bacterianas polivalentes en cuya composición entran los principales gérmenes que estadísticamente juegan un papel en estos procesos, así como una proporción suficientemente elevada con un número global de 200 a 500 millones por c. c. En una de nuestras últimas publicaciones expresamos nuestro criterio en este sentido, así como nuestro desacuerdo en las autovacunas. En cuanto al tiempo de duración de esta desensibilización bacteriana, y teniendo en cuenta los conocimientos inmunológicos que hoy poseemos, así como por lo que experimentalmente se ha demostrado, estas desensibilizaciones no deberán de realizarse por debajo de un mínimo de dos años, ya que entonces el resultado no sólo no es satisfactorio, sino que las continuas interrupciones traen consigo un mayor aumento de los anticuerpos específicos en sangre, al recibir el paciente la primera dosis después de haber suspendido la desensibilización durante algún tiempo.

Doctor SUBIZA.—Después de una experiencia de 15 años de haber visto ya algunos miles de enfermos asmáticos, estoy identificado con GROVE cuando dice que las cosas más serias que podemos hacer por un asmático es el tratamiento y el control de la infección. Particularmente estoy más satisfecho con el empleo de las autovacunas a partir del exudado nasal y del esputo. Tengo experiencia en algunos enfermos, de haberlos tenido durante temporadas, sólo con tratamiento de control de la infección mediante el empleo de antibióticos solamente, y en algunas ocasiones, han recaído en la severidad de su asma, volviendo otra vez nuevamente a mejorarse al aplicársele por segunda vez vacunas bacterianas. Todo ello me hace pensar que el empleo de las autovacunas es eficaz en corregir en el asma la complicación infecciosa y que en el 90 por 100 de los casos matiza clínicamente la reactivación de esta enfermedad.

Yo ya sé que hay partidarios de vacunas standard y hasta quien ha dicho que el efecto de las vacunas era puramente sugestivo, pero pienso que esto no es así, ante la evidencia de los hechos que habitualmente constatamos.

Por otra parte, sin decir que se trate de un tratamiento hiposensibilizante, puesto como ahora está en duda el papel de la alergia bacteriana en el asma, lo que no creo que haya dudas, y con eso sólo podemos asegurarlo por el color de los esputos de los enfermos en sus accidentes catarrales, que el factor infeccioso complicativo sea de un gran interés. Por ello, partiendo de vacunas preparadas con la flora habitual, no cabe duda que, de hecho, aumentamos la inmunidad del enfermo frente a los célebres catarros, que, como decíamos, en la mayoría de los asmáticos actúan de disparadores de los ataques.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿De acuerdo, doctor Sastre?

Doctor SASTRE.—Sí.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿Tiene algo que objetar, doctor López Botet?

Doctor LÓPEZ BOTET.—Aún se sigue discutiendo si las bacterias catarrales son o no alérgenos. Ello depende del concepto que de alergia y de alérgenos tienen los que discuten y del criterio para dar a un producto la categoría de alérgeno.

Todos sabemos que la acción inmunizadora de la flora catarral es precaria. Todos seguimos utilizando las vacunas bacterianas y todos seguimos con más entusiasmo o mayor escepticismo discutiendo su eficacia.

Si las vacunas fueran totalmente eficaces, nadie las discutiría. Si fueran totalmente ineficaces, ya se habrían abandonado.

A los medicamentos como a las personas no se les debe pedir más de lo que son capaces de dar. Pero tampoco se les debe pedir menos. Las vacunas bacterianas deben usarse con suficiente insistencia, sin abandonarlas a la primera recaída como hacen buen número de colegas.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿Qué opina, doctor Tello?

Doctor TELLO.—Creo que en la actualidad el empleo de vacuna bacteriana sólo viene a cuento cuando hay un factor catarral persistente recidivante. Creo que no se deben emplear nunca en situaciones agudas. Aun en las intercrisis no limpias, evitamos el emplearlas porque a veces se presentan con ellas agravaciones de la situación. En un desgraciado caso, casi de tipo experimental, asistimos a un enfermo en el cual cada inyección de vacuna iba seguida de un acceso asmático, falleciendo en uno por un edema de pulmón.

Cuando empleamos una vacuna estamos atentos a que se presenten o aumenten las sibilancias. Cuando esto sucede, bastantes veces las hemos suspendido.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor Zapatero, ¿cree usted en las vacunas?

Doctor ZAPATERO.—Crear o no creer en las vacunas es semejante a creer o no creer en el papel de la infección en el asma y el asma bacteriano es una entidad que podrá discutirse su patogénesis, pero no su existencia clínica. Por debajo de la rima glótica no suele haber microbios en el árbol respiratorio normal... El bronquítico crónico, asmático o no, alberga, en cambio, siempre bacterias a este nivel. Posiblemente con la mucosa bronquial ocurriría lo mismo que con la piel; si ésta está indemne la infección no prospera, pero basta a veces una pequeña erosión para que el estafilococo asiente a su nivel y cuando la solución de continuidad desaparece también lo hace la infección estafilocócica. El moco bronquial normal es antibacteriano, pero el moco patológico de la bronquitis crónica, y sin que sepamos por qué, es proclive a la infección. Hoy día pudiéramos decir que la infección en el asma tiene una mala prensa, todo lo buena que la tiene actualmente la polución atmosférica. Como parece que empieza a tenerla también buena la infección viral (estudios de CAROLLI, SOMMERVILLE, HOWELS) verán ustedes cómo las bacterias vuelven por sus fueros. Las bacterias, creemos nosotros, aprovecharían todas las oportunidades: aumento y alteraciones de la secreción mucosa bronquial, días de niebla, tabaquismo, infección viral previa, etc. Quizá no sean el *primum movens*, pero su acción secundaria, de tipo oportunismo, creemos que debe ser tenida muy en cuenta en el tratamiento de estos enfermos. Buena prueba de ello son los buenos resultados conseguidos con la protección permanente de antibióticos, durante la estación invernal. Recientes estudios de LAURENZI y GUARNERI, infec-

tando con aerosoles de estafilococos pulmones de ratón y estudiando lo que ellos llaman la clearance pulmonar bacteriana, han mostrado cómo el humo del tabaco, el alcohol, etc., reducen el clearance. Y un aspecto de lo complicado que puede llegar a ser la acción del factor infeccioso, es el hecho singular observado por estos autores, respecto a que la infección del intestino por ciertos gérmenes gram negativos, favorece la infección bacteriana en la mucosa respiratoria.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿Y usted, doctor Cornudella?

Doctor CORNUDELLA.—Creo en la eficacia de las vacunas bacterianas en aquellos asma primitivos que han hecho la prueba de su etiología microbiana y en aquellas bronquitis a las que se asocia un componente broncoespástico. Acostumbramos aconsejar una cobertura de todos los meses fríos —de otoño a primavera— y una dosificación progresivamente creciente hasta un máximo, variable según los casos, que mantenemos hasta el buen tiempo. En principio, y salvo excepciones específicas, nos dan buen resultado las vacunas bacterianas standard.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Y para terminar, hemos dejado un capítulo verdaderamente apasionante. La cirugía y el asma. El señor Gil Turner, que no ha sido requerido hasta ahora, lo teníamos reservado para el final. Yo le ruego al doctor Gil Turner que de una forma rápida nos exponga con su experiencia la situación actual de la cuestión.

Doctor C. GIL TURNER.—Es sabido que el método quirúrgico que se utiliza en la actualidad es la glomectomía o extirpación del corpúsculo carotideo. Otros métodos que se utilizaron en el pasado, tales como la vagotomía por debajo del nervio recurrente o la simpatectomía dorsal, se abandonaron por diferentes motivos.

La bibliografía del momento refleja la controversia respecto a la eficacia de la glomectomía en el asma bronquial. A pesar de los resultados discordantes y del nulo efecto de la operación en buen número de casos, nosotros hemos continuado practicando la glomectomía con el fin de poder acumular una experiencia personal que nos permita llegar a unas conclusiones definitivas, sobre todo en cuanto a los resultados tardíos se refiere.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿Nos podría ofrecer algunas de sus cifras?

Doctor C. GIL TURNER.—Lamento no poder ser muy preciso, porque en la actualidad estamos con nuestros colaboradores, los doctores VARA y BOYERO, revisando los pacientes que fueron operados hace más de un año. Sobre pasan de cien los operados. Este estudio que venimos realizando será publicado en el próximo futuro. No obstante, creo estar en condiciones de adelantarles que, en general, estamos satisfechos con el método; en una quinta parte de los casos, el resultado ha sido excelente, manifestando una mejoría más o menos acusada las tres quintas partes de los casos. El procedimiento ha fracasado en la quinta parte de los enfermos; es decir, que cuatro de cada cinco operados se han beneficiado de la glomectomía en mayor o menor grado.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿Nos puede referir algún caso concreto en el que se obtuviera excelente resultado?

Doctor C. GIL TURNER.—Recuerdo dos casos con resultado brillante, realmente sorprendente. Uno de ellos se trataba de un varón de 59 años, que padecía de asma bronquial desde hacía 20 años. Padecía de crisis casi subin-

trantes cuando le operamos. Las crisis desaparecieron inmediatamente a la práctica de la glomectomía y no han vuelto a presentarse en los dieciocho meses que lleva operado.

El otro caso es el referente a una enferma de 28 años de edad, en trance de parto, que se hallaba en estado muy grave a consecuencia de un status asmático. En estas circunstancias tan graves, tomamos la determinación de operar a la enferma, ante el fracaso de la terapéutica médica que se le impuso. El cuadro clínico cambió con tendencia a la mejoría a partir de la glomectomía. La enferma se encuentra bien desde dos años, no habiendo vuelto a tener crisis asmáticas. Tan sólo periódicamente recibe dosis mínimas de corticoides.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor Cornudella, ¿ha visto resultados lejanos de glomectomizados? ¿Cuál es su impresión?

Doctor CORNUDELLA.—Si bien lo limitado de mi experiencia no me permite dar cifras objetivas, mi impresión es que las modificaciones espirográficas consecutivas a la glomectomía son muy pobres e inexistentes, aun en aquellos casos en los que las crisis paroxísticas se han visto sustancialmente influenciadas: me refiero, naturalmente, a resultados espirográficos «basales», obtenidos fuera de todo acceso broncoespasmódico.

En cuanto a los resultados clínicos, asistimos asaz frecuentemente a un trueque: disminución o desaparición de las crisis asmáticas después de la intervención, pero aparición de una broncorrea.

A mi juicio, la servidumbre mayor de esta intervención consiste en la imposibilidad de prever su resultado, aun en aquellos casos en que su indicación parece óptima.

Estamos firmemente convencidos que, para enjuiciar los resultados de la glomectomía, es imprescindible tener la certeza histológica de que el glomus carotídeo ha sido extirpado.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Doctor Manresa, ¿tiene experiencia médica y quirúrgica de glomectomizados? ¿Cuál es a su juicio el estado actual de las indicaciones?

Doctor MANRESA.—No tengo ninguna experiencia de la glomectomía, pero por principio me inclino a desechar aquellos procedimientos que no tienen una base fisiopatológica. He de recordar que los procedimientos quirúrgicos al servicio del asma bronquial han sido numerosos. Desde la extirpación del ganglio estrellado, pasando por la cirugía del simpático cervical y continuando por denervación del hilio pulmonar, único proceder que ha empleado personalmente, hasta la glomectomía..., me parecen todos falaces, ya que también en el caso del corpúsculo carotídeo la fisiopatología queda tan compleja y mal establecida, como su fisiología.

Referente a las indicaciones actuales, me permito aclarar los trabajos de TAKINO Y TAKINO, que ha citado el Doctor GIL TURNER, quienes han intentado fundamentar las indicaciones de la glomectomía determinando la capacidad de respuesta del corpúsculo. Para ello han adaptado un oftalmotensímetro a la compresión del cuerpo carotídeo y según la respuesta (taquicardia, electrocardiograma) a las diferentes presiones ejercidas de un cuarto, medio, tres cuartos, etc., hasta dos kilogramos, determinan los hipersensibles y los normosensibles. Parece que los hipersensibles serían los asmáticos que probablemente mayor provecho lograrían de la resección del corpúsculo.

De todas maneras, los TAKINO no se muestran muy entusiastas del método.

Estos procederes de resultados tan dispares en gran número de autores por una parte, y por otra el autor que la propone y la práctica, como es el caso de NAKAYAMA, me hacen sospechar una ineficacia. En efecto, un número considerable de los que han practicado glomectomías afirman que aún no han visto ningún caso curado de asma mediante la extirpación del cuerpo carotídeo.

Pero es que aún no he terminado la lista de los procedimientos quirúrgicos propuestos. Acaba de publicar el profesor DOGLIOTTI, de Torino, sus impresiones acerca del Congreso de Cirugía celebrado en Moscú el mes de junio de este año. En su artículo refiere que el trabajo que produjo mayor impresión a la concurrencia del Congreso fue el de dos autores rusos, cuyo nombre ahora no recuerdo, quienes presentaron un nuevo proceder quirúrgico para el tratamiento del asma. Los casos tratados fueron 13, de los cuales 12 lograron un buen resultado y uno murió en el post-operatorio.

El proceder consiste en practicar la neumonectomía... seguida de reimplantación inmediata del mismo pulmón.

Supongo que la gama de procederes quirúrgicos comprendida desde la estlectomía hasta la neumonectomía nos dispensa de todo comentario.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA. — ¿Su opinión sobre la glomectomía, Doctor Frouchtman?

Doctor FROUCHTMAN.—La cirugía funcional ha constituido siempre una terapéutica de resultados dudosos. En nuestra experiencia, la glomectomía unilateral con comprobación histológica, como refería el Doctor GIL TURNER, proporciona a un buen número de enfermos una mejoría subjetiva comprobada por el menor uso de asmolíticos diversos, si bien no suele traducirse paralelamente en el trazado espirográfico.

Hemos recurrido a este método en casos de asma inveterada que necesitaban calmantes de forma abusiva y continua, y algunos resultados favorables que se mantienen al cabo de algunos meses. Pero no debe considerarse esta operación libre de peligros, y recientemente publicamos dos casos de muerte por colapso circulatorio, accidente que se presentó a las 48 horas posteriores a la glomectomía.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿Qué opina el Doctor López Botet de las infiltraciones anestésicas en el asma, de las que sabemos tiene experiencia?

Doctor LÓPEZ BOTET.—Durante la época que precedió a la llegada de los corticoides, traté más de mil casos con anestesia del ganglio estrellado. Aparte de su acción psicoterápica brillante, tenía indudables, pero no duraderos resultados. En esta reunión hemos escuchado al Doctor LÓPEZ MEJÍAS los resultados de otra infiltración anestésica, la retroestiloídea. Yo mismo he comunicado hace poco los efectos sobre el coriza alérgico de la anestesia del ganglio esfenopalatino.

En la reacción asmática juega papel un mecanismo reflejo indudable. Hay en mi opinión una liberación de histamina autóctona en cualquier reacción alérgica, probablemente por un reflejo antidrómico, descrito por HARGOOD. Estos reflejos mantenidos, como círculo vicioso, pueden ser yugulados por anestesia o denervación quirúrgica.

Actualmente se ha puesto en boga la glomectomía como tratamiento quirúrgico del asma. Creo que si se cae en la tentación de realizarla no debe hacerse sin ver previamente la mejoría eventual que se consiga anestesiando el seno carotídeo.

En la terapéutica del asma, ni éstos ni ningún procedimiento debe ser depreciado, pero tampoco debe ser considerado cualquiera de ellos como panacea. El arte del asmólogo es coordinarlos y usarlos todos adecuadamente.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—¿Cuál es su impresión, Doctor Gil Turner, respecto al futuro de la glomectomía?

Doctor GIL TURNER.—Sinceramente, no lo sé. Profetizar es siempre arriesgado, máxime cuando se trata de valorar un método de cirugía funcional en un proceso de tan difícil terapéutica como es el asma crónico establecido. Nosotros estamos trabajando seriamente y procurando la mayor objetividad posible al enjuiciar los datos de nuestra casuística, que, como ya hemos dicho, se publicarán en breve.

Doctor GARCÍA ECHEVERRÍA.—Hemos escuchado las valiosas opiniones de estos expertos compañeros, acordes en mucho y no tanto en algo. De las discordancias también hemos de llegar a conclusiones. He aquí por qué el hacer MEDICINA lleva ese aporte de dádiva subjetiva y personal que la cualifica como ARTE.

Pamplona, septiembre de 1965.