

Investigaciones alérgicas en el asmático

Tratamiento alérgico del asmático

Resultados del Tratamiento

Por el Dr. JULIO DE LOS SANTOS (4)

A continuación, desarrollaremos un esquema de lo que consiste la labor del alergólogo, sus investigaciones, su conducta frente al enfermo, los medios de que se vale para conducirlo en el camino hacia la salud y los resultados que se obtienen.

La labor específica del alergólogo se inicia con el paciente libre de sus crisis de asma cuando se trata de esta afección, porque de presentarse en esta forma su función es la de controlar el acceso asmático con todos los recursos de la clínica.

Historial clínico

En distintas ocasiones hemos hecho énfasis en la importancia del historial clínico del paciente y volvemos a recordar aquí la famosa frase de que “no hay mejor médico que su historia clínica”. El historial alérgico hecho con minuciosidad nos dará datos para diagnosticar su afección, o sea, para saber si estamos frente a un paciente asmático o no, clasificación de la afección, frecuencia, horario, intensidad, si hace o no crisis de estado asmático, nos orienta hacia las

investigaciones de los alérgenos causales, estudio del medio ambiente físico y familiar y hasta nos orientará hacia el tratamiento farmacológico. Pero ese historial no ha de circunscribirse a dos hojas de la especialidad colocadas en la carpeta de la historia que circula en el hospital, sino que el alergólogo ha de realizar él mismo esa historia general como clínico que debe ser especializado en el estudio y tratamiento de los fenómenos alérgicos. El alergólogo que pase por alto la existencia de un trastorno digestivo, ya sea una constipación, un trastorno de la vesícula biliar, disfunciones digestivas o una tumoración, que no estudie una disfunción ovárica que afecta el balance de los metabolitos hormonales y que repercute en ocasiones sobre las crisis de alergia, de una sepsis bucal o de un foco amigdalino o de cualquier otra alteración en un órgano o aparato de la economía está pasando por alto el estudio de factores nosológicos que intervienen en el proceso alérgico, del mismo modo que olvidaría factores muy importantes el internista que al hacer el estudio de su paciente olvidara el estudio de los factores alérgicos. Insistimos en que el alergólogo ha de ser un clínico especializado en el estudio de los fenómenos alérgicos pero que también el médico general ha de tener

4 Alergólogo del Hospital Cmte. M. Fajardo.

los suficientes conocimientos de esta especialidad como para conocer no tan sólo lo fundamental sino lo mucho que él puede investigar. Para nuestra satisfacción muchos profesores de nuestra Universidad de la Habana han dado y están dando lecciones de alergia a SU9 alumnos o invitando alergólogos a dar conferencias sobre la materia general.

Alergenos.

Las sustancias que desencadenan las crisis de alergia son designadas con el nombre de *alergenos* que se clasifican de acuerdo con su procedencia o modo de hacer contacto con la célula y con sus naturalezas.

Si proceden del exterior les llamamos "extrínsecos" y si se generan en el mismo organismo como lo hacen las hormonas, algunos productos de procesos degenerativos o algunos catabolitos los designamos con el nombre de "intrínsecos". Con ellos tenemos dos grandes grupos "intrínsecos" y "extrínsecos".

Los extrínsecos pueden llegar a la intimidad de los tejidos orgánicos por la puerta de entrada de la respiración en la fase inspiratoria y le llamamos "alergenos inhalables" y no "inhalantes" como se han designado hasta ahora impropriamente. Tales son el polvo, hongos atmosféricos, productos de la epidermis como pelos, caspa, lana y plumas; el polvo de la casa o polvos procedentes de industrias, y otros de naturaleza mixta como la flor de nuestra ceiba o kapok, el miraguano,

textiles, etc.

Para los que penetran en la intimidad de nuestro organismo por la vía oral proponemos que los designemos con el nombre de "ingeribles" en sustitución del anglicismo "ingestantes" y del término impropio "alimentario". Estos alergenitos ingeribles son calificados de acuerdo con su naturaleza: productos lácteos, frutas, semillas, albúminas de origen animal, cereales, leguminosas, tubérculos o viandas y otros varios como el te, el café, chocolate, especias, etc., así como los fármacos que se administran por vía oral.

Pueden llegar al organismo por vía parenteral y a ese grupo le llamamos "inyectables" tales como los sueros de animales, venenos de insectos, los mismos extractos proteínicos que usamos en la investigación o en el tratamiento de los procesos alérgicos, vitaminas que se administran por esta vía, anestésicos, etc.

Hay alergenitos que actúan por contacto, pero ellos tienen escasísimo valor en la génesis de los procesos asmáticos y no nos detendremos en su estudio.

A los parásitos que proceden del exterior y que hacen su habitat en el organismo los podemos incluir en el grupo de los intrínsecos, y algunos también incluyen en este grupo a los elementos bacteriales de focos fijos.

Con estos alergenitos y siguiendo distintas técnicas hacemos extractos para la práctica de las pruebas en concentraciones de acuerdo con el tipo de prueba a realizar.

CLASIFICACION DE LOS ALERGENOS (*Cuadro*)

I EXOGENOS

II ENDOGENOS

I EXOCENOS	(a) INHALANTES:	<p><i>Hongos:</i> Hormodendrum, Penicillium, Aspergillus, etc. <i>Pólenes:</i> (de escasa importancia en Cuba) <i>Epidermales:</i> pelos, plumas, caspa, etc. <i>Polvo de la casa</i> <i>Varios:</i> miraguano, kapok, tabaco, productos industriales, <i>Productos lácteos:</i> leche, quesos. <i>Frutas y semillas:</i> melón, piña, etc., maní, coco, almendras. <i>Cereales:</i> arroz, trigo, maíz, etc.</p>
	(b) INGERIBLES	<p><i>Hortalizas:</i> zanahoria, remolacha, col, lechuga, etc. <i>Albúminas de origen animal:</i> carne, pescados, huevos, etc. <i>Viandas o tubérculos:</i> papa, malanga, etc. <i>Espicias:</i> canela, clavo, comino, etc. <i>Varios:</i> café, té, chocolate. <i>Fármacos</i></p>
	(c) INYECTABLES	<p><i>Sueros de animales:</i> antitoxina tetánica. <i>Fármacos:</i> Penicilina, estreptomycin, vitaminas, etc. <i>Extractos proteínicos:</i> los empleados en Alergología <i>Venenos de animales:</i> de abejas, mosquitos, etc.</p>
	(d) CONTACTANTES	<p><i>Plásticos</i> <i>Cueros, pieles</i> <i>Metales.</i> <i>Pigmentos</i> <i>Colorantes, etc.</i></p>
II ENDOGENOS	(A)	<p>Substancias que resultan de la transformación del material autógeno dentro del organismo por procesos líticos, degenerativos o de otra naturaleza.</p>
	(B) <i>Parásitos</i> (En ocasiones exógenos)	<p><i>Protozoarios</i> Rizopodos Flagelados Esporozoarios. Infusorios Platelmintos <i>Gusanos:</i> Cestodes Anélidos Nemaltemintos <i>Virus, bacterias.</i> <i>Insectos y sus larvas</i></p>
	(C)	<p><i>Hormonas:</i> Estrógeno principalmente.</p>

Pruebas de alergen.

Este método de investigación impropia-mente llamado *pruebas alérgicas* es el que emplea el alergólogo para determinar las sustancias o alergenos que determinan las crisis alérgicas pero que debe estar a la disposición de cualquier médico.

En lo que se refiere al asma las pruebas se practican por lo general en la piel, pudiendo dividir las en dos grupos: pruebas por escarificación y pruebas intradérmicas. Consideramos como complemento a éstas las llamadas "dietas de eliminación". Hay otro grupo de pruebas que generalmente sólo es el especializado quien las practica que son las pruebas de transmisión pasiva como las de Prausnitz-Küstner y otras.

Antes de proceder a practicar las pruebas dérmicas es lógico que determinemos cómo reacciona esa piel al trauma que vamos a provocar mecánicamente y a la irritación por el disolvente del alergen.

La primera prueba, que aquí preconizo, consiste en presionar fuertemente la piel en un punto o en una extensión de un centímetro de largo con un objeto romo, tal como el cabo de una pluma o del escarificador para averiguar si se provoca dermatografismo o habones de urticaria fatitia. De reaccionar positivamente y provocarse un habón urticariano será inútil realizar este tipo de investigaciones dérmicas porque todos los resultados serán falsos, provocándose placas urticarianas en cada prueba y son éstos los casos de los pacientes que aparentan reaccionar a todo y que son prácticamente condenados, por individuos inexpertos, a vivir del aire y fuera del aire. Si el dermatografismo se manifiesta por eritema debemos eliminar este factor en la lectura de nuestras pruebas.

La siguiente prueba a realizar y que se hace de rutina es la de control que consiste en una prueba con el líquido en cuyo medio está disuelto el alergen, pero, aclaramos, sin contener alergen alguno. Es fácil comprender que si el paciente reacciona al medio de dilución del alergen las pruebas no tendrán valor alguno y por otra parte esta prueba nos va a determinar el grado normal de respuesta a la irritación dérmica con dicho medio y por lo tanto el índice de comparación.

Pruebas por escarificación.

Para estas pruebas practicamos escarificaciones con un escarificador corriente o con una aguja gruesa, preferentemente calibre 16 ó 18 cuya punta haya sido limada en la cara anterior del brazo o antebrazo y también en la espalda a una distancia de una pulgada entre una y otra y en una extensión de medio centímetro. Una sola escarificación en cada lugar no es una zona de escarificaciones. En la primera colocamos el líquido control y en las siguientes cada uno de los alergenos que estamos investigando. Podemos practicar de treinta a cuarenta de estas pruebas por sesión. La lectura se hace de veinte a treinta minutos después comparando con el control y calificándolas en intensidad de una a cuatro cruces según la respuesta de habón urticariano o de eritema.

Para algunos autores e investigadores estas son las pruebas que emplean como rutina. Otros hacen pruebas de intradermoreacción con las que hayan reaccionado positivamente y otros nunca las emplean. Nosotros las empleamos preferentemente porque dan menos falsas reacciones, son menos traumáticas o impresionantes, o por lo menos así las consideramos, y nunca provocan trastornos violentos.

Pruebas intradérmicas.

Para este tipo de pruebas se emplean alérgenos menos concentrados que para las anteriores. Se inyectan en el dermis con jeringuillas de tuberculinas y agujas calibre 26 ó 27 de 1/2 de pulgada de bisel corto, 0.02 c. c. en cada punto separado del otro por lo menos por una pulgada, también en la cara anterior del brazo, antebrazo o en la espalda. Como control es la primera inyección con el líquido disolvente. La lectura se hace a la media hora y se califica la intensidad de las reacciones como en las anteriores.

Clásicamente se recomienda que este método de investigación no sea empleado para los niños, pero alergólogos competentes en todas partes del mundo emplean en niños indistintamente este método o el de escarificación. Los resultados dependen no tanto del tipo de pruebas como de la capacidad y experiencias de cada investigador.

Otros medios de investigación.- Pruebas por transmisión pasiva y pruebas por exclusión de alimentos.

En aquellos pacientes en que por malas condiciones de la piel o por psiquismo muy alterado no podemos practicar en ellos las pruebas empleamos las técnicas de transmisión pasiva de las que son un ejemplo las de Prausnitz- Kúsnér. Para estas pruebas se inyecta suero sanguíneo procedente del paciente alérgico y la piel de individuos no alérgicos a las sustancias que se van a probar. A las 48 horas en el

sitio donde se inyectó el suero se hace la prueba con los alérgenos que reaccionaron positivamente si hay reagentes circulantes que son sustancias comparables a los anticuerpos, pero solo demostrables por este medio.

Otro medio de investigación que hábilmente manejado no permitirá hallar algún alérgeno causal es el de las dietas de eliminación en que se suprimen alimentos de la dieta usual, para estudiar si con esa supresión cesa el síndrome alérgico y se va reincorporando paulatinamente para observar si con ello reaparece. De alto valor en dermatología por su empleo impropio se llega no solamente a falsas conclusiones de alergenidad o no de un alimento determinado, sino que hemos visto pacientes que por meses han arrastrado no ya dietas de eliminación sino regímenes carenciales más peligrosos que la misma enfermedad que tratan de curar. También esta determinación no siempre tiene valor, porque muchas veces el alimento alérgico no tiene fuerza por sí solo para desencadenar la crisis, sino que lo hace cuando se asocia a otros que reaccionan similarmente o a otros factores desencadenantes y es entonces cuando declaramos como inocuo un alimento que sí es alérgico. Tal es el caso mencionado, por nosotros en otra parte de una paciente que solamente experimentaba crisis de coriza por el arroz cuando lo ingería en cantidades mayores de lo normal.

Métodos de tratamiento.

Ya en posesión de las listas que expresan los resultados de las pruebas practicadas y de todo el historial del paciente con sus exámenes complementarios, pruebas de función respiratoria y radiografías

procedemos a la institución de lo que llamamos *Método General* que comprende cuatro partes:

- (a) Métodos Dietético.
- (b) Método Higiénico.
- (c) Método de Higiene Mental.
- (d) Farmaco Método

(a) En el *método dietético* no solamente nos debemos preocupar de suprimir o restringir aquellos alimentos que puedan ser alérgicos, sino que nos debemos preocupar de instituir una dieta balanceada e insistir en que ella sea cumplida. No basta con que el paciente se abstenga de ingerir los alimentos que se le han prohibido, sino que debe comer correctamente en lo que a dietética se refiere, haciendo un régimen balanceado en el que se le incluyen frutas y vegetales crudos que nuestro pueblo por lo general rehúye ingerir. De ese modo suministraremos a ese organismo vitaminas, excitantes del peristaltismo intestinal y facilitaremos que la función digestiva se realice correctamente, lo que siempre es muy importante, pero mucho más cuando hay casos de alergia que puede ser (provocada por los alimentos).

(b) En el *método higiénico* damos las indicaciones para eliminar del ambiente del paciente los alérgenos inhalables. Indicamos forrar sus almohadas y colchones con nylon impermeable, no solamente cuando el paciente es alérgico al miraguano o a la flor de seda, sino también en los casos de hipersensibilidad a hongos porque en nuestro clima tropical, húmedo, esas almohadas se cargan de hongos y son más tarde fuentes que lanzan al aire nubes de polvo y hongos. Quien lo

dude que sacuda una almohada a la luz de un foco luminoso. Nos ocupamos de las reglas para la limpieza de pisos y paredes, eliminando del dormitorio y especialmente de la cabecera del paciente de todo aquello que pueda resultar un centro de almacenaje para el polvo y otros alérgenos inhalables.

(c) En el *Método de Higiene Mental* que no damos por escrito en su extensión y que hacemos resaltar como de suma importancia en el tratamiento del paciente alérgico ya se trate de niños o de adultos, preparamos al paciente y a sus familiares que viven con él para que nos ayuden en el tratamiento de su afección procurando quitarle temores y darles la confianza de la cual están tan necesitados. Orientamos a la madre dominante, a la abuelita, a la tía solterona sobreprotectora que se apoderó del niño que no llevó en sus entrañas o al padre cuyo orgullo está resentido por tener un hijo asmático mientras él y toda su familia son tan fuertes.

En los casos de asma de varios años de duración la contribución del psiquiatra es de alto valor, pero también en los niños que comienzan a hacer crisis de asma la colaboración del psiquiatra es muy importante. La falta de preparación en los padres, los métodos incorrectos de educación, el daño que se les puede ocasionar a los niños con una actitud impropia se puede corregir a tiempo con los consejos especializados del psiquiatra y del psicólogo y así nos está sucediendo en el Hospital Cnte. M. Fajardo en que contamos con la colaboración de los psiquiatras Armando de Córdova y Leopoldo García Huerta en adultos y del doctor Díaz Ramos en niños. También nos ayuda el Servicio Social de ese Departamento de Psiquiatría que nos rinde informes no tan solo desde el punto de vista psíquico o educacional del paciente, sino también, y lo que es de mucha importancia para

el alergólogo, desde el punto de vista higiénico porque nos informa de las condiciones de la morada, pisos, limpieza, habitaciones, en general, de qué modo y cómo vive nuestro paciente.

No nos cansaremos de señalar la importancia que para el tratamiento del asmático tiene la relación directa entre éste, su médico y sus familiares más cercanos. Sobre este asunto y refiriéndose a la labor psicológica a desarrollar por el médico no especializado en psiquiatría escribe lo siguiente el Dr. José A. Bustamante:

“El hombre es ante todo un ser racional. El médico que no posea los conocimientos básicos necesarios para aplicarlos en sus relaciones con sus enfermos, no puede penetrar adecuadamente en la relación interpersonal que su simple contacto establece, perdiendo por tal razón la oportunidad de conocer múltiples facetas del proceso que su enfermo sufre, así como las vías que por su propio actuar terapéutico le ofrece la relación médico-paciente”.

“Los médicos intratables a quienes nadie se puede acercar, a quienes sus ayudantes y enfermeras dan informes de sus pacientes pero que éstos nunca pueden ver, podrán ser grandes científicos, grandes investigadores, pero no tiene lugar en el tratamiento del paciente asmático que necesita comprensión, afecto y mucha observación.”

(d) *Fármaco método.* En esta cuarta parte de nuestro Método General instituiremos el tratamiento de todas las afecciones que, como médico general, hayamos encontrado. Por ejemplo, una anemia, parasitismo intestinal, un foco séptico en la amígdala o cualquier otro foco infeccioso o solicitaremos de clínicos

especializados su colaboración remitiendo a ellos nuestros pacientes, tales como al cardiólogo, al pneumólogo, etc.

El tratamiento específico es el de la hiposensibilización del paciente a los alérgenos causales de la afección cuando es posible y de acuerdo con la siguiente técnica. En lo que respecta a los alérgenos ingeribles los suprimimos de la dieta. No tenemos confianza en los métodos de eskeptofilaxia, o sea el tratar de lograr la inmunidad a los alimentos por la ingestión de pequeñas dosis que van en aumento paulatinamente.

Para el tratamiento de los alérgenos inhalables que no podemos eliminar, por ejemplo, polvos, hongos, y otros alérgenos por el estilo, así como para para las bacterias practicamos la hiposensibilización con extractos de dichos alérgenos. Los elementos bacterianos en una vacuna y los otros inhalables en otra.

Se practican inyecciones intradérmicas y posteriormente subdérmicas con extractos en distintas concentraciones que van del uno por diez mil al uno por diez de acuerdo con la sensibilidad del paciente. Las inyecciones se pueden practicar dos o tres veces por semana y se van separando de acuerdo con las reacciones que se vayan presentando o con la concentración del alérgeno a inyectar.

Aconsejamos que sea el mismo médico quien practique estas inyecciones o por lo menos bajo su supervisión lo que le permitirá: primero, graduar la cantidad y concentración del alérgeno a inyectar de acuerdo con la receptividad del paciente; segundo, interrumpir a tiempo cualquier

crisis que se inicie, localizando, si es posible, su causa y tercero, darle confianza al paciente ganando terreno en la lucha contra la afección ya que mientras más persista su mejoría más pronto se recuperará ese organismo.

El tiempo de vacunación recomendable oscila entre los dos y tres años, pero lo que es muy importante, y así lo recomendamos, que el tiempo de ejercicio del Método General sea por lo menos tres años.

Resultado del tratamiento de los pacientes alérgicos.

Los resultados varían con la clasificación del asma, con el tiempo que el paciente lleve sufriendola, con la ayuda que él y sus familiares nos presten, con que podamos o no encontrar el alérgeno causal, con que existan o no complicaciones.

No podemos presentar cifras estadísticas, porque todos sabemos que la estadística comienza ahora en nuestro medio. Ellas se podrán hacer en nuestros hospitales y para dentro de los años que acordemos podremos aportar verdaderos valores. Por ahora solamente declaramos nuestras impresiones:

Los niños alérgicos en que se encuentran los alérgenos causales responden brillantemente al tratamiento y se curan en relativamente poco tiempo.

Lo mismo ocurre, aunque con menos rapidez con los adultos alérgicos en que se puede determinar el alérgeno.

Los pacientes alérgicos de varios años de sufrimiento mejoran considerablemente y los estragos que provoca psíquica y somáticamente el asma son controlados.

La existencia de enfisema, dilataciones bronquiales compromete etc., la benignidad del pronóstico.

Al hablar de curaciones nos referimos a curaciones clínicas, o sea, a la desaparición de la manifestación alérgica, pero consideramos el asma como un síndrome que se desarrolla en un *organismo alérgico* y que en un momento determinado puede reaccionar del mismo modo ante cualquier otra noxa y entonces debemos defenderlo sin perder tiempo alguno.

En otras ocasiones el organismo cambia dejando de hacerse alérgico, tal es el del niño que deja de padecer de asma en la pubertad y muchos padres tienen la esperanza de que al llegar su hijo a la pubertad cesarán sus sufrimientos. Nosotros no podemos esperar pacientemente a que se produzca ese fenómeno, que no es constante, ya que perderíamos de no presentarse la curación espontánea un tiempo precioso para lograr la salud del enfermito.

Si hay asmáticos que se curan con el tratamiento hay otros que no se curan y mueren en crisis de asma por lo que es muy importante que llevemos a la mente del médico no especializado que el *asma se puede curar* o que el *paciente asmático puede ser mejorado* y también que *se muere por asma*.

Resumiendo

La investigación de alérgenos es indispensable para el tratamiento de los pacientes asmáticos.

Al asmático hay que hacerle un tratamiento integral que comprenda todos los recursos médicos, dietéticos, higiénicos y psicoterapéuticos que lo conduz

can al estado ideal de salud o a lo más aproximado posible dentro del cuadro de «u afección.

Debemos estar consciente de la falsedad de la frase: *el asma no cura ni mata*. Por el contrario: *el asma sí se puede curar, el asma sí puede matar*.

El tratamiento específico debe realizarse tan temprano como sea posible remitiendo

los pacientes a las unidades asistenciales que tengan departamentos o servicio» de alergología.

Recomendamos la organización de entidades que se orienten a la planificación del estudio, tratamiento, y estadísticas del asma considerada como entidad morbosa y como problema nacional.

BIBLIOGRAFIA (*)

1. —ADAM, J.: Asthma and the General Practitioner. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1939.
2. — DERBES, V. J., ENGEHARDT, H. T.: The Treatment of Bronchial Asthma. J. B. Lippincott Co. Philadelphia, 1946.
3. —BUSTAMANTE, J. A.: El médico general como psicoterapeuta. Rev. Cub. de Med. 1: 2, 97 (marzo-abril) 1962.
4. —SANTOS, J. DE LOS: Influencia de los cationes del plasma sanguíneo en el síndrome asma. Inf. Med. 7: 3, 139 (Sept) 1939.
5. —SANTOS, J. DE LOS: Alergia el sistema endocrino: Asma-Ovarios Rev. Med. Cub. 5:4,252 (Abril) 1944.
6. —SANTOS, J. DE LOS: Prodrómicos del Asma. I Bronquitis crónicas de origen alérgico. Med. Lat. 5:4,329 (Jul.-Ag.) 1946.
7. —SANTOS, J. DE LOS: Prodrómicos del Asma: Rinitis Alérgicas. Med. Lat. 10: 1, 21 (enero-marzo) 1951.
8. —SANTOS, J. DE LOS: Metabolismo de los hidrocarbonados en relación con el asma. Vida Nueva 67:6,150 (La Habana Jun) 1951.
9. —SANTOS, J. DE LOS: Resultados lejanos del tratamiento de niños asmáticos. VII Congreso Internacional de Pediatría, La Habana 1953. Med. Lat. 13:2,153 (Ab.-Jun.) ■ 1954.
10. —UNGER L.: Bronchial Asthma. Charles C. Thomas, Springfield 111, 1945.
11. —TAUB, S. M.; Essentials of Clinical Allergy. The Williams and Wilkins Co. 1945
12. —SANCHEZ-CUENCA, B.: Anafilaxia y Alergia. Morata, Madrid, 1942.
13. —VAUGHAN, W. T.: Practice of Allergy. Mosby, 1939. St. Louis.
14. —URBACH, E.: Allergy Gruñe & Stratton, New York, 1948.