

## ***Otorrinolaringología y alergia; sus relaciones en la teoría y la práctica***

Por el Dr. Armando H. Gómez Echeverría Miembro de la Sociedad Cubana de Alergia

La otorrinolaringología es una especialidad catalogada en términos generales de "quirúrgica", pero no obstante, es muy importante el capítulo de afecciones "no quirúrgicas", que se someten a la consideración de los que la practican, hasta el extremo de que es el equiübrio de capacitación en estos dos aspectos a que acabamos de referirnos, el que decide la formación integral del especialista.

Las afecciones alérgicas pues, debían llegar al otorrinolaringólogo con la misma frecuencia con que llegan al "clínico general", pero es el caso que, hay una serie de razones que dan lugar a que las afecciones de patogenia alérgica graviten sobre la otorrinolaringología y su ejercicio, en un porcentaje superior al que caracteriza su incidencia en la práctica de otras especialidades.

Las afecciones nasosinusales por ejemplo constituyen el punto donde se entrecruzan dos circunstancias que no debemos menospreciar; por una parte, la nosología de esta región compete exclusivamente al especialista que se ve abrumado por la elevada incidencia de esta patología, y por otra, porque estas estructuras son una de las que con más frecuencia se personalizan como órgano afecto de los padecimientos alérgicos del hombre. Por todo ello, el otorrinolaringólogo maneja afecciones de esta patogenia en una proporción muy

superior a la que pudiera corresponder a otros especialistas, e inclusive al internista.

No sería exagerado señalar que muy posiblemente, el 40% de la patología que compete a la especialidad es de patogenia alérgica pura, o tiene matices muy sobresalientes de esta filiación etiopatogénica.

### II

No sólo intervienen factores cuantitativos a los de carácter cualitativos también hay que dedicarle atención y preferente.

Es así que, si bien es verdad que los otorrinolaringólogos manejan un alto porcentaje de afecciones alérgicas como acabamos de ver, no es menos verdad que a ellos corresponde también el privilegio de relacionarse con el mayor número de circunstancias condicionantes de la llamada "infección focal", que tan importante papel etiopatogénico y terapéutico tiene en la clínica y por ello en la alergología.

La anatomía microscópica de las vías respiratorias superiores, su ubicación en la encrucijada aerodigestiva, su relación directa con el medio ambiente, y la estructura histológica de las unidades que la integran, dan lugar a que su nivel asiente la

"infección focal" con inusitada frecuencia. dentadas esas premisas se abre un dilatado paréntesis a las relaciones entre la otorrinolaringología y la alergia, donde se mueven, entre otras, las incógnitas no resueltas aun, que se refieren a la alergia bacteriana.

### III

Más de una vez el alergólogo recurre al especialista de garganta, nariz y oídos en consulta; quiere saber si su enfermo es portador de una infección de las vías respiratorias superiores, pues ésta conformara en todos los casos una conducta consecuente y un proceder terapéutico definido.

Una vez se trata de un proceso infeccioso "coexistente", cuya acción se limita a provocar un "descenso del umbral de tolerancia" para los alérgenos específicos del caso de que se trata, con la inevitable ruptura del "equilibrio alérgico" y la eclosión de la fisiopatología que ello conlleva, amén de las consecuencias que se derivan de la infección "per sé".

Casos hay en que los cuales el problema se intrinca, y a la infección como tal se sobreañade la sensibilización alérgica bacteriana "in situ" o a distancia. El balance de estos casos debe hacerse mediante la más estrecha colaboración entre el alergista y el otorrinolaringólogo, con vista al logro de un diagnóstico y de una orientación terapéutica, lo más cercana posible de la realidad etiopatogénica que se ha puesto en juego.

Para terminar, dejando fuera de toda duda la necesidad de que alérgica y especialista de garganta, nariz y oídos colaboren lo más estrechamente posible, basta recordar que un proceso nasosinusal de etiología bacteriana indudable, puede en un momento dado, pero imposible de precisar, modificar sus características clínicas y fundamentalmente

evolutivas, como resultado de la sensibilización alérgica bacteriana a que ha dado lugar.

De igual manera pero en sentido contrario pueden evolucionar los casos, esto es, que un proceso alérgico puro de etiología alimentaria por ejemplo, abra el camino a una infección bacteriana.

Como resultado de esta colaboración, que si queremos ser honestos debemos calificarla de imprescindible, se pone en juego la faceta quirúrgica de la otorrinolaringología, planteándose con ello un sistema de incógnitas, cuyas soluciones estamos muy distantes de haber alcanzado.

### IV

No nos referimos al fenómeno infeccioso bacteriano, solitario de vías respiratorias superiores, nos referimos como fácilmente se infiere, a este, cuando aparente o realmente condiciona o se injerta en el cuadro evolutivo de un proceso alérgico o viceversa.

Más de una vez se ha discutido y se discute, si una extirpación de amígdalas o adenoides se debe invocar como conducta terapéutica frente al asma bronquial. El planteamiento resulta como es lógico, de la observación de casos en lo que esto ha ocurrido.

Se trata de un planteamiento que nunca conducirá a una acertada solución, pues en forma simplista y apriorística se quiere tratar una problemática en la que intervienen y se imbrican factores cuya importancia y sutileza no pueden ignorarse, y la clínica diaria así lo señala, cuando reúne los casos en que la conducta intervencionista ha sido inoperante, y lo que es más, los casos en los que la intervención ha agravado o complicado una evolución hasta ese momento considerada como lógica.

¿Quiere decir ello que debemos ser abstencionistas? No, quiere decir, que debemos ser realistas, y que la conducta a

seguir debe estar reglada por la resaltante del enjuiciamiento sereno que bagan el cirujano y el alergista del caso sometido a su consideración.

Los iracazos son siempre debidos a un error en el enjuiciamiento etiopatogénico del caso, y en general podemos decir, que si en unos casos la infección lo es todo, en otros no significa nada.

En otras ocasiones no es el error de enjuiciamiento etiopatogénico el que condiciona el fracaso, se trata de enfermos en los que la infección lo es todo o una gran parte, unida a su lógica consecuencia; la sensibilización alérgica bacteriana, pero en los que el tratamiento quirúrgico no logra el éxito esperado, por ignorar o por desmeritar hechos y circunstancias de evidente delirio.

Es así que se fracasa cuando al extirpar un foco se dejan otros u otro en actividad, o cuando la extirpación de focos va seguida de la aparición de focos secundarios, que pasado cierto tiempo comandan evolutivamente el caso hacia el fracaso por la vía de la recidiva.

Podrá objetarse que los factores que señalo son incontrolables, y tal objeción no puede ni es desatinada en parte, pero debemos poner en juego todos los elementos disponibles no para alcanzar la infalibilidad, sino para acercarnos hasta donde sea humanamente posible a la realidad.

Esta aspiración no es tarea individual, es el resultado de la colaboración de todo aquel que pueda aportar datos y hechos concretos en que apoyar una conducta científicamente delineada.

En este punto el plano de colaboración alergista-otorrinolaringólogo se amplía, y vienen a participar en él, el bacteriólogo, el laboratorista clínico, el inmunólogo, el radiólogo, en fin, todo aquel cuyo aporte sea de alguna utilidad.

Es así por ejemplo, que un antibiograma de los gérmenes contenidos en el estroma

del tejido extirpado, y un apropiado tratamiento antibiótico, si bien es verdad que no constituyen una garantía absoluta de que no van a constituirse focos secundarios, por lo menos representa una actitud preventiva valorada por la lógica y por los conocimientos científicos del momento;

Lo mismo pudiéramos decir de la hiposensibilización pos-operatoria con una vacuna hecha con los gérmenes aislados del estroma de las amígdalas, de las adenoides o de la secreción que ocupa un seno paranasal.

En fin, hacemos lo posible por acercarnos al éxito esperado, cuando a través de una estrecha colaboración y de un trabajo de "equipo", utilizamos todos los medios a nuestro alcance para enjuiciar nuestro caso y proceder en consecuencia.

## V

Otro tipo de colaboración se establece cuando el alergista que maneja una manifestación nasosinusal alérgica sospecha por la clínica, o por los datos resultantes de la evolución de su caso, que en el mismo están interviniendo fenómenos mecánicos que dan al traste con una adecuada ventilación de las cavidades nasosinuales, restándole posibilidades con ello al éxito de su tratamiento, y creando las condiciones más apropiadas para el desarrollo ulterior de complicaciones.

En este momento y ante ese problema se plantean una serie de intervenciones que sólo cuando se racionalizan en el orden técnico y en el que a las indicaciones precisas se refiere, prestan verdadera utilidad, pues de lo contrario conducen a resultados catastróficos que son el inevitable saldo de "operaciones" en la realización de las cuales se olvida la fisiopatogenia del proceso que se quiere resolver, o la anatomía, y sobre todo la

fisiología, de las estructuras sobre las que interviene.

Los tópicos que integran este apartado se plantean como inevitable cuestión de orden, pues en nuestro medio, y a tenor con la competencia y laboriosidad de nuestros especialistas, esto ha pasado a ser sencillamente un punto de referencia con relación al pasado, del que nos ha llegado la necesaria experiencia para reglar nuestra conducta presente y nuestra proyección al futuro.

## VI

El trabajo múltiple que realiza el otorrinolaringólogo en su doble papel de clínico y cirujano, lo relacionan como el que más con los fármacos en general, y muy especialmente con los anestésicos. De estas relaciones se deduce la importancia que tiene para ellos ese capítulo de la alergología que se refiere a la "Alergia a Drogas", y sobre la cual, por los aspectos polémicos que la caracterizan, debemos decir algo.

Se trata de hechos cuya incidencia ha aumentado en los últimos años, en función del enorme desarrollo que ha experimentado la química de síntesis y la creciente aplicación de los productos resultantes de la misma a la terapéutica de las afecciones humanas.

Para darnos una idea de ello vamos a reparar unos datos que yo he traído con el propósito de ilustrar este aspecto de la cuestión, y que son los siguientes: "se ha estimado globalmente, que se han usado como fármacos más de

350,0 substancias, de las cuales aproximadamente 1,000 son de empleo corriente en la actualidad", según señala el Dr. Alexander Fisher, en el trabajo "Adelantos en diagnóstico y tratamiento de erupciones medicamentosas", *Clínica Médica de Norteamérica, Enfermedades de la Piel*, Mayo de 1959, pág. 787. En el propio trabajo continúa Fisher diciendo, que "en

los últimos años ha aparecido cada día un nuevo producto farmacéutico, para uso médico, como mínimo".

Si a esa razón numérica agregamos que ningún fármaco moderno está exento del peligro de producir reacciones cutáneas, amen "de las nuevas modalidades reaccionales a que puede dar lugar su uso en relación con el tiempo", como agrega Brown en un trabajo citado por Alexander, nos parece que la insistencia sobre el tema se hace redundante.

Se hace redundante repito, pero no inútil en el caso particular de los especialistas de garganta, nariz y oídos, que por la naturaleza de su trabajo se pueden transformar en el eje de los problemas de "Alergia a Drogas" que tantos problemas crean a los internistas, y además, en aquellos resultantes del uso de los "anestésicos", que tan rutinario papel juegan en el trabajo de los mismos.

## VII

Al referirnos a los problemas resultantes del uso de los "anestésicos", debemos dejar bien aclaradas las recíprocas responsabilidades que corresponden al alergista y al cirujano, para después de ello señalar concretamente que es lo que puede uno esperar del otro y cuál es el beneficio que para el paciente, se deriva de esta colaboración.

Se sobreentiende por supuesto, que cuando hablamos de los "problemas resultantes del uso de los "anestésicos", no nos referimos a las urticarias, a los edemas a tipo de Quiricke y ni a las dermatosis más o menos agudas o más o menos generalizadas; nos referimos al accidente anestésico súbito, agudo, las más de las veces mortal, que tiene la triste virtud de hacerse inolvidable para el que ha tenido la desgracia de tener que manejarlo.

Ante la posibilidad apuntada, el cirujano, frente a determinados casos a

los que por razones clínicas, de anamnesis, o simplemente sociales o paramédicas, les asigna un índice determinado de peligrosidad en este aspecto de la cuestión, trata de crearse un ambiente de seguridad para la realización del acto quirúrgico, y de prevenir hasta donde médicamente sea posible, un accidente anestésico ordenando se practiquen al paciente "las pruebas alérgicas para los anestésicos". Es este punto del problema el que exige se hagan algunos comentarios, para dejar aclarado lo más cabalmente posible, el alcance de las conclusiones que puede hacer el alergista a partir de las "pruebas anestésicas" y el grado de seguridad que en vista de sus resultados pueden esperar el cirujano y el paciente.

Los comentarios a que me refiero los haré con mucha cautela para evitar erróneas interpretaciones, pero sin eludir la responsabilidad que de los mismos necesariamente surgen, y con la satisfacción de dar cumplimiento a una necesidad que todos los alergistas hemos sentido en un momento dado de nuestro ejercicio profesional.

En otras palabras, se trata de un arduo problema, que no debe sin embargo soslayarse, so pena de falsear o por lo menos de enmascarar, el mundo de realidades en que deben moverse el médico y su paciente.

Las pruebas alérgicas para anestésicos, como el resto de las pruebas, deben ser objeto, como ya hemos visto, de interpretaciones, valoración, y "ajuste" con la constelación de los hechos clínicos que las motivan, de tal manera que las denominaciones de falsas positivas, positivas sin valor clínico, negativas y falsas negativas lejos de ser simplemente denominaciones, son la representación verbal de incontrovertibles realidades clínico-inmunológicas.

Ahora bien, lo anterior agregamos que las "pruebas alérgicas para anestésicos" han sido objeto de apasionadas

discusiones en el terreno de lo doctrinal, de lo inmunológico y de la práctica, con el científico propósito de asignar a las mismas su justo valor; el problema enunciado, lejos de resolverse, se limita y personaliza definitivamente con los caracteres que le hemos atribuido.

Los que reconocen el carácter háptico de la sensibilización para los anestésicos, señalan que las pruebas tal y como se realizan de manera habitual, carecen de valor diagnóstico por no ajustarse a la etiopatogenia de la sensibilización a cuyo diagnóstico se aplican. Proponen por ello una serie de variantes que no es este el momento para detallar.

Otros consideran que las pruebas clásicas pudiéramos decir, han llenado y llenan a cabalidad el objeto para el que han sido concebidas.

Entre los dos extremos aquí señalados, toda una gama de concepciones inmunológicas, clínicas, bioquímicas y doctrinales acerca del valor diagnóstico de las "pruebas alérgicas para anestésicos", y conjuntamente con ellas un número similar de variantes o modalidades de las mismas, que en muchas ocasiones ni el tiempo, ni el número de casos en que han sido aplicadas, permiten valorar científicamente.

Esto no sería nada si no se estuviera discutiendo aún la etiopatogenia alérgica del "shock anestésico", y si las opiniones no se hubieran dividido para crear dos grupos extremos; uno que considera el problema de naturaleza eminentemente alérgica, y otro que lo cataloga como un fenómeno ligado a la toxicidad de las drogas empleadas.

Ahora bien, ni los que se adhieren a la patogenia alérgica, ni los que señalan la naturaleza tóxica del accidente, han podido dar la prueba definitiva de la exactitud de sus concepciones.

Nos hemos referido pues, a las bases

- a los términos, bastantes movibles por cierto, sobre los que se plantea el problema

a que nos hemos venido refiriendo, de aquí que el mismo tenga un carácter polémico definido e indudable.

#### VIII

Concebido el problema en los términos a que nos hemos referido surge la pregunta inevitable; ¿deben darse a las "pruebas alérgicas para anestésicos" carácter diagnóstico en un caso dado?

Aquí como en todos los aspectos polémicos de la ciencia la discrepancia de criterios es la regla, y mientras unos escépticos y negativistas les niegan todo valor, otros ilusos y optimistas se colocan en el extremo opuesto. Ahora bien, no debe olvidarse que los conocimientos científicos no son inmutables por una parte, y por otra, que la verdad muchas veces no se logra sino después de múltiples teorías, que como escalones novan acercando de manera gradual y progresiva a la verdad, más sí es única.

Eso da lugar a que la actitud correcta en un terreno debatido y no definitivamente resuelto, sea la que se deriva de la interpretación de los hechos disponibles en el momento de la acción, actitud que por otra parte debe investirse de la elasticidad necesaria, para ser objeto de las modificaciones resultantes de las variantes que pudieran crear? como resultado del debate, que por científico debe ser permanente.

Quiere esto decir que las "pruebas alérgicas para anestésicos" deben utilizarse; pero asignándole el justo valor que a las mismas corresponde, sin extremismos, y con cauteloso criterio resultante de sopesar las circunstancias clínicas e inmunológicas que rodean al caso que ha sido testificado y el valor que en términos generales se asigna a las mismas.

Así las cosas, una prueba intradérmica o de parche positiva para un anestésico, en un individuo en que clínicamente se sospecha un peligro potencial para el

anestésico testificado, constituye una desautorización indiscutible para el uso del anestésico en cuestión.

No ocurre lo mismo con la prueba negativa. Esto es, la negatividad de la prueba no puede aceptarse como "un documento médico-legal" de que no va a ocurrir el accidente sospechado en el orden clínico.

Esta situación conduciría a la realización de otras pruebas, por ejemplo, la que prueba el anestésico a nivel de las mucosas, observando a través del tiempo la aparición o no de síntomas generales, a la que muchos autores conceden más valor diagnóstico que a las pruebas intradérmicas y de parche, pero cuyos resultados deben interpretarse a tenor con las mismas limitaciones que éstas, so pena de ser irresponsables.

Puede la inmunología proporcionar otro elemento de colaboración en el problema referente a las reacciones por anestésicos, y es el que se refiere a la sustitución de un anestésico por otro en casos discutibles, haciéndolo en función de los principios en que se basa la sensibilidad a drogas, y en particular la llamada sensibilización cruzada; un anestésico por otro debe sustituirse por otro en cuya fórmula de constitución no exista el "agrupamiento químico" determinante de la sensibilización.

Hemos repasado someramente los aspectos polémicos de las relaciones entre la alergia y la otorrinolaringología, no para otra cosa que para estimular nuestra recíproca colaboración, que nunca podremos catalogar de completa o terminada, dado los hechos que es necesario dilucidar, y los conocimientos que se encuentran en proceso de apasionante integración y revisión.

#### IX

No quiero terminar sin hacer alusión a hechos históricos y doctrinales que podríamos decir, las relaciones

nes que entre estas dos "especialidades" ha sabido establecer la práctica diaria.

Es de todos conocido el hecho de que las manifestaciones nasales vinculadas a los olores de flores y de otras sustancias diversas fueron reportadas desde el siglo XV.

No escapa tampoco a nuestro conocimiento la circunstancia de que las manifestaciones nasales, hoy conocidas como alérgicas, fueron relacionadas con emanaciones de ciertos vegetales como el heno, dando lugar esa estrecha vinculación, a la consagración de una denominación que formaba en esa época, siglo XVII, parte integrante de la jerira popular, y que todavía hoy se deja escuchar sin rubor en los medios científicos de nuestro tiempo. Me refiero a la denominación de "hay fever" de los pueblos y autores de habla inglesa.

Fue preciso sin embargo que el tiempo decursara y que los conocimientos y los juicios apasionados se sedimentaran, para que diera justo valor a los trabajos de Blakey, clínico y enfermo de rinitis, que sospechó la vinculación etio- patogénica de ésta con el "polen de determinadas flores", Blakey no sólo confirmó dentro del más estricto rigor científico sus sospechas en su caso y en el que correspondía a varios de sus enfermos, sino que llegó a practicar lo que hoy conocemos con el nombre de "prueba de provocación", y lo que es más, obtuvo reacciones positivas escarificando su piel y la de sus enfermos con el polen de sus flores catalogadas de sospechosas. Esto ocurría por supuesto en 1873, mucho antes que la alergia y la anafilaxia fueran verdades científicas establecidas.

Los trabajos de Blakey a que nos hemos referido, fueron seguidos de un período preñado de enjuiciamientos polémicos apasionados, pero productivos en la jerática, que condujeron a través de los trabajos de Widál sobre la "inestabilidad de

los coloides pasmáticos ' o coioidoclasia, los Wolf-Eisner, Duinbar y otros, a dejar establecida la etiología polínica del hasta entonces "hay fever".

Es así como la coriza, la rinitis o el "hay fever" de los autores de habla inglesa, se constituye en la primera enfermedad humana de etiopatogenia alérgica; en llave que abre el capítulo hoy ya extenso de ese tipo de afecciones, y en el eslabón de oro que vincula los hechos de la clínica humana, con los hechos experimentales de la Anafilaxia de Portier (1903) y con los resultantes de las observaciones de Von Piquet, que culminan en 1,906 con la integración de la alergia.

#### *Resumen, Conclusiones y Obras Consultadas*

- a) *Resumen:* Se analizan y plantean razonadamente las relaciones entre la alergia y la otorrinolaringología;
1. —En atención a la incidencia de casos.
  2. —En vista de las interpelaciones de la "infección focal" y la "alergia bacteriana" in situ o a la distancia.
  3. —A tenor de los contactos que hacen las "afecciones alérgicas nasosinusales" y de otra naturaleza, con la cirugía otorrinolaringológica. Se comentan las actitudes intervencionistas y abstencionistas.
  4. —Por intermedio del capítulo de la alergología que refiere a la "Alergia a Drogas" y en particular a los anestésicos.
  5. —Se recuerda el nexo histórico doctrinal que vincula a las dos especialidades.

#### CONCLUSIONES

1. —"El 40% de la patología que compete a la especialidad es de patogenia alérgica pura, o tiene matices muy sobresalientes

- tes de esta filiación etiopatogénica”.
2. —Que los problemas quirúrgicos especializados en “enfermos alérgicos” deben ajustarse al resultado de un enjuiciamiento etiopatogénico del caso, y a un conocimiento cabal de la “anatomía” pero sobre todo, de la fisiología de las estructuras sobre las cuales se interviene”.
  3. —Que el otorrinolaringólogo como terapeuta al fin, puede ser y es con frecuencia, el “eje” de los problemas resultantes de la alergia a drogas en general, y muy particularmente, la que a los anestésicos se refiere.
  4. —Que los accidentes anestésicos agudos fatales, todavía constituyen una incógnita no resuelta de manera definitiva. Que no obstante lo anterior, las pruebas alérgicas para anestésico deben realizarse; enjuiciarse con espíritu crítico, para de esa manera aportar los elementos necesarios para su adecuada valoración.
  5. —Que la colaboración entre el alergista y el otorrinolaringólogo, si queremos ser honestos, debe clasificarse de “imprescindible” y en atención a ello intensificarse, posponiendo todo prejuicio malsano y perturbador.
  6. —Que esta colaboración presupone además, la de “todo aquel cuyo aporte sea de alguna utilidad”: laboratoristas, clínicos, bacteriólogos, radiólogos, etc., etc. con vista a conclusiones de “equipo”.
  7. —Y por último, que la práctica diaria a través del tiempo no ha hecho más que confirmar la interdependencia que entre las dos “especialidades”, nos enseñan los conocimientos históricos.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —**F. Arasa y Colaboradores.** Tratado de Alergia, Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1960.
2. —**F. Bamatter:** El problema de las Amígdalas en la Infancia, Manuel Marín, Editor, Barcelona, 1948.
3. —**José Luis Cortés:** Alergia Clínica, Tomo 1, pág. 359-396, Impresiones Modernas, S. A., México, 1958.
4. —**José Ma. Ferrando Botet:** La infección Focal Amigdalina en Dermatología, Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1948.
5. —**Samuel J. Prigal, M. D. y col.:** Fundamentals of Modern Allergy, Mc Graw-Hill Book Company Inc., New York, 1960.
6. —**Solazar Mallen:** La Alergia en la Teoría y en la Práctica, pág. 191, Librería de Medicina, México, D. F., 1958.
7. —**B. Vareta Fuentes, P. P. Recorte, A. Grana:** Alergia en la Práctica Clínica, España-Calpe, Argentina, S. A., Buenos Aires, México, 1946.

NOTA: Referencias específicas incluidas y señaladas en el texto del trabajo.