

EL EMPLEO DE VACUNA EN LA PROFILAXIS CATARRAL

Por el Dr. F. TELLO VALDIVIESO

Director del Sanatorio Nacional de Enfermedades Torácicas

Profesor del Hospital Provincial

(Zaragoza)

La causa productora de bronquitis crónicas más frecuentes es el catarro bronquial repetido. El catarro es un factor complejo, que tiene un componente de enfriamiento, un componente viriásico y un componente bacteriano. La infección viriásica y el enfriamiento son relativamente fugaces. Su repetición frecuente no motivaría una fijación suficiente del proceso bronquítico para cronificarse. El componente bacteriano, es el que va a motivar o facilitar cuando persiste, la fijación de la bronquitis. Parece ser que la infección viriásica facilita la infección bacteriana. También las alteraciones de la mucosa alta producidas por el enfriamiento, facilitan el comienzo del catarro y el desarrollo de la infección bacteriana. Los procesos bronquíticos catarrales repetidos, perturban la secreción normal de las glándulas mucosas y serosas bronquiales, cambiando al moco de consistencia y característica. También perturban el funcionamiento de los cilios, haciendo más imperfecto del acarreo de detritos hacia boca. También otras cualidades de la mucosa, que intervienen para una defensa eficaz antibacteriana. Por ello es cada vez más fácil el éxito de nuevas implantaciones bacterianas y cada vez más difícil para el organismo, restaurar la normalidad bronquial.

Cuando hemos seguido la cronificación de una bronquitis catarral o cuando hacemos una historia minuciosa a un bronquítico observador e inteligente, podemos comprobar como los episodios catarrales se van haciendo más frecuentes y más largos, hasta que en una ocasión no hay ya remisión del proceso, sino que más o menos aparentemente persiste la sintomatología. La bronquitis está fijada. El dato más característico suele proporcionarlo, el indagar desde cuando hay tos y expectoración también durante los veranos. A veces se efectúa ya la fijación en los primeros episodios. Pero en nuestros casos esto es menos frecuente. De 2.245 casos en que pudimos determinar con bastante precisión el comienzo de la fijación, 579 (25 %) se cronificó ya en los primeros episodios. Pero en 1.656 (75 %) se cronificó después de varios años de episodios reiterados. Por lo tanto, en la gran mayoría de los casos tenemos una amplia posibilidad para intentar evitar dicha cronificación.

Hemos comprobado, que el aporte abundante y constante durante años de vitamina C (ácido ascórbico), disminuye claramente en bastantes casos, la aparición de episodios catarrales. Es difícil dar porcentajes. En el 70 al 60 % de los que lo han tomado persistentemente, ha habido una clara disminución de éstos y en la mitad una desaparición de la tendencia catarral.

El endurecimiento al frío hace disminuir la tendencia catarral en bastantes

casos. En general, el acostumbramiento se ha conseguido haciendo que el agua de la ducha mañanera, sea progresivamente más fría, hasta utilizar exclusivamente agua fría. Conviene comenzar a practicarlo en verano cuando es más apetecible, continuando después con la ducha fría ya en todo tiempo. También es útil la estancia en verano en las playas durante un par de meses, bañándose en el mar. El endurecimiento no se puede emplear en general en ancianos o en individuos con alteraciones circulatorias. En el 70 % de los catarrosos que han practicado el endurecimiento ha habido una disminución de la tendencia catarral. En el 40 % una desaparición.

La estancia en la alta montaña, aun en verano, no va bien a muchos bronquíticos, porque desde la media tarde a la media mañana, le sitúa en un ambiente frío. Sin embargo, a un cierto número de bronquíticos le sirve de estímulo endurecedor, disminuyendo en ellos la propensión a acatarrarse. Cabe utilizarla y probarla pues, en algunos individuos.

El factor cronificante de la bronquitis catarral es la infección bacteriana. Por ello, hace ya muchos años, se ha intentado producir una resistencia tisular general a los gérmenes de la infección bronquial, mediante el empleo de vacunas. Cuando tiene éxito su empleo, la mayoría de las veces no sólo se evita el episodio bacteriano consecutivo al catarro, sino que desaparece también el episodio catarral posiblemente motivado por los virus, y los catarros de la nasofaringe, motivado por los enfriamientos.

Debo señalar que no está muy clara la bacteriología de las bronquitis. Normalmente no hay gérmenes en los bronquios finos y en los bronquíolos, pero no porque no penetren los gérmenes hasta ahí, sino porque cuando lo hacen son eliminados o destruidos por la acción del moco, fermentos, fagocitos y cilios. Cuando estos mecanismos se alteran por inflamación catarral, es cuando los gérmenes que penetran están en condiciones de multiplicarse. Se produce una pululación más o menos importante. Gérmenes hasta entonces inocuos, en virtud de la misma multiplicación, empiezan a ser virulentos. La experiencia con los antibióticos nos ha mostrado un hecho similar. Cuando se disminuye en un individuo depauperado la cantidad de bacterias saprofitas, por intensos tratamientos con antibióticos, aparecen micosis de bronquios e intestino.

Los gérmenes más frecuentemente encontrados en nuestros casos han sido neumococos, en las tres cuartas partes de los casos, micrococos catarralis, estreptococos y otras neisserias, en la mitad de los casos. En algo más del tercio de los casos, se han encontrado klebsiella neumonía y en una quinta parte hemófilo influenza.

En extraordinaria abundancia han aparecido micrococos catarralis y neumococos en el 30 % de los casos, neisserias en el 21 % y estreptococos en el 20 %. Una pululación abundante de klebsiellas y de hemófilos han aparecido sólo en menos del 10 % de los casos.

La repetición de los exámenes en los mismos casos, demuestra que sólo persistía el mismo espectro bacteriano en el 45 % de los casos. En el 35 % sólo había una cierta semejanza entre los espectros bacterianos, pero no en la proporción de las pululaciones. En un 20 %, había una clara discordancia entre los distintos hallazgos. Esto se proyecta en el rompecabezas que constituye bastantes veces los datos proporcionados por los cultivos para determinar la sensibilidad de los antibióticos en la bronquitis crónica. La repetición de los cultivos muestra que van creciendo gérmenes distintos en los sucesivos cultivos. Unas veces sucede sólo por haber desaparecido unos gérmenes con el tratamiento efectuado, pero la bronquitis persiste.

Los gérmenes que han sido en general incriminados, como sostenedores de la bronquitis, han sido el neumococo y el hemófilo influenza fundamentalmente. También el klebsiella neumonía. También estreptococo y estafilococo. Pero en el 20 % de nuestros bronquíticos examinados, no se han encontrado ninguno de estos tres gérmenes. Por eso hace ya unos años aconsejé que se hablara de la bacteriología en las bronquitis y no de la bacteriología de las bronquitis.

Encuentra que la flora del esputo es distinta de la que se obtiene por punción traqueal e inyección de solución salina y aspirado. Entonces está constituido por neumococos y hemófilos.

Se ha discutido mucho sobre la bondad de los resultados con las vacunas anti-catarrales, según estuvieran preparadas con gérmenes más o menos específicos. Se han empleado vacunas standard, preparadas por diferentes laboratorios con una composición semejante. También vacunas preparadas, según la pauta reactiva de la intradermorreacción. Asimismo, autovacunas preparadas con los gérmenes aislados de los esputos.

Nosotros, como vacunas standard, hemos utilizado las de la Casa Ibys y Leti, que, en general, muestran una composición de neisseria, catarralis, neumobacilos, neumococos influenza, estreptococos y estafilococos. Las vacunas preparadas según pauta cutánea, lo fueron por la Casa Abelló. En las fórmulas realizadas tuvimos en cuenta la mayor reactividad espontánea a los gérmenes gram-negativos, compensando en las proporciones la menor intensidad natural de reacción de los gram-positivos. Las autovacunas de esputos han sido preparadas por varios bacteriólogos de Zaragoza. En una parte de los bronquíticos, fueron probadas las suspensiones de los gérmenes que crecieron de los cultivos de esputos, mediante una reacción intracutánea.

En los casos de bronquitis catarral, reiteradas no cronificadas todavía, hemos juzgado como eficaz al tratamiento con vacuna, cuando han desaparecido los episodios catarrales y se han reducido o espaciado grandemente las bronquitis consecutivas, reduciéndose a presentar una o dos veces al año un conato de catarro, no seguido por un episodio bronquítico.

En la profilaxis de los episodios catarrales bronquiales, hemos obtenido un notable efecto, de cuantía semejante con cada uno de los tres grupos de vacuna utilizada. En todos ellos, el éxito se aproxima a las tres cuartas partes de los casos en que fue utilizado (70 %). Parece indicar que la acción predominante de la vacuna es bastante inespecífica.

En las bronquitis fijadas y cronificadas, presentando frecuentes agudizaciones catarrales, ha habido también mejoría. Pero éstas de menos importancia, ya que se ha reducido a evitar o disminuir la intensidad y frecuencia de dichos episodios. Pero el proceso bronquítico cronificado ha continuado, experimentando pues una mejoría parcial. Lo fundamental es el evitar las agravaciones consecutivas a los episodios catarrales yugulados. El porcentaje de mejorías notables obtenidas es sorprendentemente igual con vacuna standard y con la vacuna de pauta cutánea. Oscila alrededor del 40 % de los casos, no llegando a la mitad. Con las autovacunas se obtuvo una mejoría en algo más de la mitad de los casos. Pero la cifra de ellos tratada con autovacuna es escasa.

En el 30 % de la vacuna preparada con pauta cutánea ha existido una notable falta de concordancia entre los resultados de la reacción cutánea y el hallazgo de bacterias en esputos. Sin embargo, el éxito de la vacuna en estos casos no fue diferente que en el resto. En general, el espectro de la sensibilización cutánea ha sabido ser más amplia que el de los gérmenes en el esputo.

La existencia de un factor alérgico se demuestra a veces, por la presentación durante los tratamientos de vacuna de episodios con situaciones asmátiformes, que no suelen ser graves aunque a veces lo son. Por ello, en los casos que espontáneamente ya tienen esta tendencia, conviene ser extremadamente prudente en la aplicación del tratamiento con vacuna. Muchas veces es preferible no emplearlo. Aunque en algunos casos con el tratamiento, se consigue la desaparición del perfil asmático.

COMENTARIO

Las vacunas bacterianas anticatarrales yugulan o disminuyen notablemente en el 70 % de los casos empleados la repetición de los catarros bronquiales reiterados. Su acción es semejante, cualquiera que sea su forma de preparación (vacuna standard, vacuna según resultado de termo reacción y autovacuna). Lo que parece mostrar que su acción es bastante inespecífica. Esto parece corresponder, con la aparente inespecificidad que muestra muchas veces la bacteriología.

CUADRO NÚM. 1.

CASOS DE BRONQUITIS REITERADAS TRATADAS CON VACUNA

	Casos	Gran mejoría	Porcentaje
Vacuna <i>standard</i>	368	265	72 %
Vacuna de pauta cutánea	326	234	71 %
Autovacuna	57	41	71 %
TOTAL	751	540	

CUADRO NÚM. 2.

CASOS DE BRONQUITIS FIJADAS, CON EPISODIOS CATARRALES

	Casos	Notable mejoría	Porcentaje
Vacuna <i>standard</i>	205	82	40 %
Vacuna de pauta cutánea	228	91	40 %
Autovacuna	77	42	54 %
TOTAL	510	215	