

HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS

J. ZAPATERO DOMINGUEZ*

Universidad Complutense de Madrid.

Me inicio, puede decirse, en la especialidad tisiológica en el año 1933, con ocasión de ser nombrado médico del antiguo Sanatorio Antituberculoso de Tablada, sito en la sierra de Guadarrama, en clima de altura. Por aquel entonces, el tratamiento dominante era la calciterapia y se empezaba con el oro. Estaba en auge pleno la colapsoterapia médica y quirúrgica. Durante largo tiempo, durante muchos años, he tenido pues ocasión de poder estudiar la evolución de la plaga tuberculosa en «estado salvaje», sin poder oponerle un medio eficaz terapéutico. En esto, como en otras muchas cosas, existe una gran diferencia entre lo vivo y lo pintado. En aquellos años mozos, nunca creí que se pudiese descubrir un remedio eficaz contra la enfermedad. Cuando fui nombrado jefe del Servicio de Tisiología del Hospital Provincial de Madrid, tuve todavía ocasión de ver algo pavoroso, como fue el asistir al fallecimiento de cinco tísicos en la misma cama en el transcurso de veinticuatro horas. Con alguna frecuencia la causa inmediata del exitus, era una hemoptisis masiva, que mi antecesor, el profesor Codina Castelví distinguió con la denominación de hemoptisis del orinal. Aun dudo si tal denominación obedecía a su cuantía o estaba motivada porque el enfermo sólo disponía de tan escaso tiempo, cual era el indispensable para poder recoger el mencionado recipiente.

Vi desaparecer a familias enteras en el transcurso de unos pocos años. Nunca pensé que aquel terrible drama se pudiese resolver. Conviene recordar, que, en aquel entonces, el Hospital General de Madrid, representaba, no sólo para esta ciudad si no para toda España, el último refugio infirmorum de muchos de los tuberculosos.

El primer hito importante ganado en la lucha contra la tuberculosis fue el descubrimiento de Koch, demostrando cuál era el germen responsable. Creó Koch un sistema pleno de racionalidad y de agudo juicio clínico, al sentar las bases científicas que habían de tenerse en cuenta para poder apoyar una etiología bacteriana en las infecciones. Tengo para mí, que esto último debe considerarse aún más importante que el mismo descubrimiento del bacilo. Roberto Koch fue el sabio de corte clásico y cada paso que daba en la investigación estaba basado en un bien asentado y profundo raciocinio. Pasteur, por el contrario, representó el sabio de tipo romántico, y sus excelentes razonamientos los dejó siempre volar un poco ayudados de una buena dosis de imaginación. Cuando dejó apartados los dos grupos de ovejas, vacunado uno de ellos contra el carbunco, se atrevió a afirmar de modo categórico y solemne que este segundo grupo sobreviviría, mientras que el no vacunado sucumbiría tras la infección experimental con el bacilo anthracis, como así ocurrió al final del experimento. Pienso que Koch, con los datos experimentales que poseía Pasteur, no se hubiese atrevido nunca a expresarse con tal firmeza, como lo hizo Pasteur, y es que también la razón, si no va

Recibido el día 8 de septiembre de 1983.

* Director del Dispensario de Enfermedades del Tórax.

aderezada con una cierta dosis de sensata imaginación, de poco sirve.

Poco tiempo después del descubrimiento del bacilo, dio Koch el segundo paso gigante en el diagnóstico de la enfermedad; fue el descubrir la tuberculina, ya que puso en manos del clínico una herramienta tan útil para poder afirmar la existencia de la infección tuberculosa. El hapteno tuberculina, cuyo principio activo es de naturaleza proteica, permite descubrir la infección, a veces varios años antes que lo haga la enfermedad tuberculosa. Debemos advertir, sin embargo, que el diagnóstico tuberculínico se ha hecho más complicado en los últimos tiempos. Durante muchos años se admitió, que la reacción positiva de la tuberculina era a modo de un estigma vitalicio, ya que no se podía conseguir la esterilización de los focos tuberculosos. Se creía y se sigue creyendo que la positividad tuberculínica denota la existencia de bacilos vivos. Tras la muerte del último bacilo, la alergia persistiría todavía alrededor de un año (Saenz y Canetti). Hoy día se admite que con la moderna medicación bacilar bacteriolítica, se puede conseguir la esterilización del foco tuberculoso y se ha registrado la reaparición de la alergia cutánea tuberculínica tras una segunda primoinfección, una vez que la primera no dejara reliquia bacilar alguna. Aparte esta posible esterilización de las lesiones de primoinfección en la clínica, que sería tanto más frecuente cuanto más precoz se instaure el tratamiento, pienso que modernamente es más frecuente la existencia de falsos negativos y de falsos positivos. Los falsos positivos por infecciones por micobacterias atípicas, apenas si tienen alguna importancia en nuestro país por la rareza de la micobacteriosis. Aparte los falsos negativos determinados por el intenso desmayo de las resistencias (anergia negativa) existen actualmente una serie de tuberculosos, que con buen estado general, se comportan como negativos a las 10 unidades de la tuberculina PPD-RT23. Esto representa algo que no nos explicamos. Nosotros lo hemos podido ver en una serie de enfermos antes de iniciar el tratamiento con la asociación ternaria actual, para así poder excluir la acción de la rifampicina, que indudablemente tiene un efecto inmunodepresor. Al igual que Prunesco, en la medicina experimental, y que Ruben y Mukerjet en la clínica, hemos podido registrar la negativización en un grupo de 70 enfermos tratados con rifampicina con reacciones positivas a las dos unidades, como ésta se negativizaba en 15 y de éstos, en ocho, en los que se llegó a inyectar diez unidades, la reacción continuaba siendo negativa en tres. Uno de estos tres había tenido una baciloscopia positiva. En cuatro se utilizó la TTL con tuberculina y en tres de ellos la reacción fue negativa. Los tres habían tenido anteriormente una baciloscopia positiva.

Tras los dos descubrimientos de Koch: bacilo y tuberculina, surgieron una serie de hitos evolutivos

de nuevos conocimientos: colapsoterapia médica y quirúrgica, reconocimientos seriados, cirugía del parénquima, quimioterapia. Sólo queremos referirnos a dos de estos aspectos: reconocimientos seriados y quimioterapia actual.

No existe ninguna otra pesquisa que nos informe mejor de la morbilidad tuberculosa de una determinada población, que la práctica de reconocimientos seriados. Venimos practicando reconocimientos radiológicos seriados en estudiantes de la Universidad Complutense, acompañados de una prospección tuberculínica, desde hace 43 años. En el transcurso de ocho quinquenios hemos podido ver como las curvas de infección y morbilidad han seguido un curso paralelo. A partir de los años 1974-79, el paralelismo se rompió por disminuir más apresuradamente la infección que la morbilidad. Los porcentos de morbilidad registrados en los ocho quinquenios transcurridos de 1939-40 y 1974-79, han sido de 2,74 - 1,90 - 1,62 - 1,06 - 0,56 - 0,46 y 0,25.

En el quinquenio 1974-79, la cifra de tuberculino positivos continuó descendiendo, aunque en menor cuantía y sólo llegó a alcanzar un 43 %. En el último trienio, la cifra de infectados no solamente no descendió, sino que ascendió por primera vez, alcanzando un 54 %. El aumento de morbilidad y de infección ha sido también señalado en algunas áreas de los países progresos y se ha atribuido a haber bajado la guardia antes de tiempo en la lucha antituberculosa. Nosotros no sabemos con certeza a qué atribuirlo. Quizá haya que tener en cuenta la llegada a la Universidad de árboles genealógicos frágiles ante la enfermedad, determinada por la industrialización de Madrid y que ello también pueda extenderse a una mayor fragilidad ante la infección, pero ello debiera traducirse si así fuese, en un cierto aumento de la morbilidad, lo que está muy lejos de haber ocurrido. También creemos que la lucha antituberculosa se desarboló antes de tiempo. Dejaron de practicarse vacunaciones con BCG, prospecciones tuberculínicas y exámenes seriados, por seguir, creemos, lo que ya habían hecho Dinamarca, Holanda, Estados Unidos, etc., pero se olvidaron nuestros sanitarios que nuestra situación epidemiológica estaba situada a 30 años-distancia de estos países. Recientemente el Comité de Lucha Antituberculosa de Alemania Federal, señalaba que los reconocimientos seriados deben ser proseguídos hasta que el porcentaje de activos esté por debajo de 0,04, siendo así que en el trienio 1979-82, entre 33.770 microfilms encontramos 38 enfermos entre cerrados-activos y abiertos, lo que da una frecuencia total de activos de 0,11 %. Así pues, todavía existiría en España una morbilidad cuatro veces mayor que la mínima justificativa de las seriadas.

A los reconocimientos seriados en aparentes sanos, debemos una serie de enseñanzas y descubrimientos. Assman le sirvieron para sentar la tesis



del comienzo infiltrativo, Malmros y Hedvall mostraron el valor de lo hematógeno en el comienzo de la tuberculosis. Ambas seriadas fueron practicadas en estudiantes. Brauenning, al tratar de registrar la frecuencia del infiltrado precoz, descubrió que existen lesiones a veces de alguna extensión, que no dan lugar a síntomas y así creó el concepto de tuberculosis inappercepta. En los primeros cuarenta años de reconocimientos seriados, nosotros hemos registrado 960 casos de tuberculosis inadvertida y 625 de tuberculosis sin síntomas (inappercepta o inadvertida). Quiere decirse, que de no haber practicado las seriadas, sólo hubiésemos descubierto la mitad de la preveencia tuberculosa. En el grupo de los manifiestos, registramos un 0,34 % de activas y entre las inadvertidas 0,19 % como media en el transcurso de 40 años.

Bastantes más activos en este último grupo de lo que pudiera pensarse.

Por lo que se refiere a la moderna quimioterapia, que no hay duda ha venido a cambiar por completo la clínica y el pronóstico de la enfermedad tuberculosa y gracias fundamentalmente a los ensayos controlados, quisiéramos decir que estas últimas experiencias han estado exentas, en algunos casos, de la más elemental ética, como muy bien afirmó Crotto en el pasado Congreso de Bruselas de 1978 y que nosotros tuvimos ocasión ya de criticar en varias oportunidades, con el fin de evitar en lo posible se volviesen a emplear dosis hipertóxicas en tiempos excesivamente cortos, causantes de muertes, cegueras y mieloptisis, con el consiguiente perjuicio y frustración de la totalidad de los enfermos.