

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIDROLOGIA MEDICA

(Amplio resumen de la comunicación presentada en la Sesión Científica celebrada el día 18 de mayo de 1968)

ALGUNOS ASPECTOS DEL ENFERMO DE APARATO RESPIRATORIO ANTE LA CRENOTERAPIA NITROGENADA. SUS POSIBILIDADES DE CURACION

Por el Dr. JOSÉ MARÍA CAMPOS MANSO

Médico-Director del Balneario de Fuente Amargosa, de Tólox

(Málaga)

No vamos a exponer en este trabajo todas las condiciones en que debe encontrarse el enfermo de vías respiratorias bajo las cuales puede conseguir fruto con el tratamiento termal. Nuestra exposición se centrará sobre las afecciones de vías respiratorias bajas: la unidad anatomofuncional traqueobronquioalvelolar. El enfermo de vías respiratorias que acude a nosotros puede ser un niño, un adulto o un anciano.

Las afecciones que de preferencia, y desde el punto de vista crenoterápico, se presentan para ser tratadas en nuestros balnearios podemos resumirlas de la siguiente manera: en los niños asma infantil, traqueítis, bronquitis crónicas y bronquiectasias; en los adultos, asma bronquial y bronquitis crónicas, y en el anciano, bronquitis crónicas y enfisemas; en estos dos últimos grupos, común a ambos, y como procesos complicativos, bronquiectasias y bronquitis asmáticas.

En los niños es muy frecuente, pues, que la motivación del tratamiento crenoterápico, venga determinado por el asma, ya puro, ya imbricado con procesos catarrales alérgicos, muy frecuentemente con carácter estacional, de vías altas, determinados por muy variados alergenicos.

Los factores constitucionales son fundamentales en la persistencia de estos procesos; son niños que padecen una diátesis alérgica que se manifiesta por una serie de accidentes exudativos precoces o tardíos, portadores muchos de ellos de un estado linfático, en los que la más somera historia clínica nos revela la existencia de dermatosis, estrófulo, eczemas crónicos, urticarias recidivantes, dispepsias intestinales, vómitos cíclicos, procesos febriles inopinados y fugaces, etc.

Se pone también de manifiesto en estos niños el factor hereditario, por el hecho de que uno o los dos progenitores padecen alguna forma de manifestaciones alérgicas.

Al lado de estos datos resalta mucho la personalidad alérgica, que en su más amplio sentido somatopsíquico, se presenta bajo la forma de niños caprichosos, inestables, inteligentes, en total dependencia de sus padres, que llevan su afecto

protector a grados exagerados, con evidente perjuicio para el desarrollo psíquico del hijo y que a veces, como lastre, neutraliza muchas veces nuestros mejores deseos. Se impondría en muchos casos el aislamiento del niño de sus padres, durante una temporada, para conseguir entonces muchas veces resultados sorprendentes.

Sin embargo, la disposición alérgica existe, y la personalidad y comportamiento psíquico se enraiza en la misma, de donde no podemos pensar que el alejamiento del niño de sus padres va a resolernos el problema de manera definitiva en todos los casos.

Hay que reconocer que el asmático es así, porque es así, ya que humoralmente lo evidencia; eosinofilia bastante marcada, tendencia a la alcalosis, disminución del poder histaminopéxico del suero según PARROT, debido a la ausencia de gamma-globulinas histaminopéxicas, desequilibrio más o menos intenso del cociente de LOEB (sodio, más potasio ión, partido por calcio, más magnesio, más hidrógeno ión), desequilibrios enzimáticos, hipervagotonía y labilidad vascular.

Fenómenos vasomotores se ponen de manifiesto muchas veces en presencia de variaciones meteorológicas, barométricas o termométricas, considerándose sus perturbaciones como verdaderos trastornos psicósomáticos.

En presencia de un niño asmático para poder enjuiciar el beneficio que puede conseguir de un tratamiento crenoterápico, no debemos contentarnos con considerarlo, por sus antecedentes y por la descripción de las crisis, como simplemente alérgicos, sino que hemos de esforzarnos en intentar descubrir la posibilidad de alteraciones anatómicas o infecciosas que pueden entretener el asma.

La evidencia de una rino-faringitis crónica o de una traqueítis nos obligará a explorar las vías respiratorias, por el hecho de que dichos procesos pueden entretener una serie de catarras descendentes, que pueden en un momento determinado adquirir un colorido asmático.

Las posibilidades de éxito de la cura crenoterápica irá en razón inversa con el predominio de estas alteraciones anatómico-infecciosas.

En un niño, donde los fenómenos de desequilibrio neurovegetativos adquieren mayor relieve bajo la forma de crisis asmáticas puras, emotividad, angustia, insomnio, astenia, enuresis, molestias psicósomáticas, onicofagia, crisis sudorales, etcétera, es donde tendremos más éxito. El reequilibrio neurovegetativo, que entre otras acciones se consigue con el tratamiento inhalatorio sedante de las aguas oligometálicas nitrogenadas, como en Fuente Amargosa, de Tólox, contribuye al éxito en un número muy elevado de casos.

Cuando se da, aunque no es muy frecuente en ellos, la coexistencia de un proceso infeccioso sostenido por la presencia de adenoiditis, sinusitis, etc., las posibilidades de curación total disminuyen.

Traqueítis: En los niños tosedores, con tos irritativa espasmódica, coqueluchoide, sin manifestaciones de bronquitis ni de rino-faringitis, pero con antecedentes alérgicos (que las consideramos como un equivalente asmático) las posibilidades curativas con un tratamiento crenoterápico con aguas nitrogenadas en inhalaciones, es extraordinario, junto con la ingestión de las mismas.

En los niños afectos de bronquitis crónicas, del grupo de los que clasifica FLURÍN como afectos de un síndrome de debilidad rinolaringotraqueobronquial, que se caracterizan por una hiperestesia, una irritabilidad de las mucosas, bajo la influencia de factores no infecciosos, tales como las variaciones del estado higrométrico o eléctrico de la atmósfera, vientos, polvos diversos, reflejos gastro-intestinales y con inestabilidad circulatoria y secretora de la mucosa, las posibilidades

de tratamiento con aguas nitrogenadas son tanto mayores cuanto mayor importancia tenga el elemento espástico, irritativo y la inestabilidad circulatoria.

Las bronquitis crónicas de los niños con repetidos antecedentes de rinofarinitis febriles, adenoiditis, amigdalitis, linfatismo y brotes febriles repetidos, ya no obedecen tan bien a los tratamientos atmiátricos nitrogenados.

Si en el momento de la exploración descubrimos roncus y sibilancias más o menos numerosos, con exclusión de estertores y con moderada expectoración, las posibilidades de éxito aumentan algo.

Son entonces, pues, las bronquitis donde predomina el factor espasmódico, la tos seca, sin fiebre, con respiración algo sibilante, con disnea en desproporción con su estado, pero sin que realmente puedan considerarse como asmáticos, donde las aguas nitrogenadas se muestran selectivas.

El nitrógeno ionizado y la radiactividad contribuyen a una acción sedante y descongestionante de la mucosa bronquial, desapareciendo al poco tiempo la sensación de respiración dificultosa, las sibilancias y la tos, normalizándose la función glandular y la del epitelio vibrátil de los bronquios.

En estos niños con bronquitis crónicas, con estos caracteres, que vemos con mucha frecuencia en Fuente Amargosa, de Tólox, al efectuar tres o cuatro curas atmiátricas anuales, efectuamos profilaxis de un asma bronquial que les ronda muchas veces.

Por último, las bronquiectasias infantiles determinadas, en su mayoría, como resultado de haber padecido una neumopatía, muy frecuentemente el sarampión, las posibilidades de éxito crenoterápico con aguas oligometálicas nitrogenadas es menor que en los casos anteriores, aunque muy frecuentemente conseguimos agotar la broncorrea que presenta el niño y, en algunas ocasiones, la recuperación posterior de la función del epitelio vibrátil y reparación del armazón fibroelástico del bronquio cuando las lesiones son poco avanzadas.

La auscultación reiterada nos permite en todos ellos detectar una zona limitada de estertores de burbujas de distinto tamaño, modificables con la tos, lo que nos da un diagnóstico de presunción en muchos casos, diferenciándolo de las más diseminadas de una bronquitis crónica.

No obstante, las posibilidades de tratamiento crenoterápico, si el caso es antiguo, disminuyen mucho, y habrá que investigar y examinar radiografías, para tener la certeza de que estas broncorreas, a veces muy rebeldes, no son producidas por la existencia de cuerpos extraños en las vías aéreas, que pasaron desapercibidos, en los que el tratamiento inhalatorio resulta totalmente inoperante. En el adulto el asma bronquial ocupa un amplio porcentaje entre los enfermos que acuden a los balnearios.

Los alérgenos que pueden provocarlo son innumerables, de muy variada procedencia y conocidos de todos.

Aquí me voy a limitar a hacer una distinción entre los exoalérgenos y los endoalérgenos, considerando dentro de estos últimos como principales las bacterias bronquiales.

Esta distinción es fundamental en los pacientes sometidos a tratamiento inhalatorio con aguas nitrogenadas radiactivas, por ser muy diferentes las posibilidades de éxito, según se trate de un asma por exoalérgenos ambientales, del hogar, climáticos, polínicos, etc., o de una sensibilización a bacterias del árbol bronquial del sujeto.

La práctica nos ha demostrado que a medida que la edad media del paciente es más alta, el factor bacteriano va teniendo más importancia, de suerte que en

enfermos de más de cuarenta años, padeciendo de asma bronquial desde su juventud, prácticamente existe ya una sensibilización a bacterias, provocada por focos sépticos, lo más frecuentemente bronquiales, determinándose en estos casos un asma complicado.

En los casos de sujetos jóvenes, es posible encontrar una monosensibilización o una gama corta de sensibilizaciones, desencadenantes de los accesos asmáticos, casi siempre exoalérgicos.

Crenoterápicamente, en estos pacientes, las posibilidades de éxito son mucho mayores que en los que se evidencia una sensibilización bacteriana, hasta el punto de que, en los primeros, basta muchas veces efectuar una cura con estas aguas nitrogenadas durante dos o tres temporadas, para conseguir dejar libre al paciente de sus molestias, de manera muchas veces definitiva; en cambio, en los asmáticos bacterianos, y en general en los polisensibilizados de mayor edad, los resultados son más modestos, teniendo que contentarnos muchas veces con haber conseguido disminuir la disposición a catarrros bronquiales (que ya de por sí constituyen una complicación enojosa), lo que les permite una mejoría muy apreciable durante la estación invernal, en la que se encontraban peor.

Estos enfermos nos manifiestan que, desde hacía ya algún tiempo, les había sorprendido que sus paroxismos, que coincidían antes con la primavera o el verano, ahora se habían desviado hacia el invierno o les atacaban casi continuamente durante todo el año; se comprende este cambio, por la intervención del factor microbiano.

Sin embargo, no siempre en la práctica se presentan estos enfermos asmáticos de forma tan recortada, que *a priori* podamos ya por el interrogatorio etiquetarlos de alérgicos o no; con frecuencia en sus historias clínicas se imbrican episodios de accesos asmáticos verdaderos, con una serie de catarrros bronquiales sin matiz especial, febriles o no, con algunas sibilancias y disnea, incluso unidos a manifestaciones alérgicas o catarrales poco claras de vías aéreas superiores.

Hace falta en estos casos, para perfilar el diagnóstico y juzgar de las posibilidades de éxito de la crenoterapia, el examen del enfermo y no sólo físico y radiológico del tórax en los casos que sea posible este último en el balneario, sino también de vías aéreas superiores que pueden darnos la clave etiológica y precisar las indicaciones hidrominerales.

Las mucosas de la garganta, nariz y laringe son fácilmente accesibles a la exploración clínica, que podemos llevar a cabo en nuestro balneario. Esta mucosa, se ha dicho, constituye un mirador de las vías respiratorias inferiores.

Examinando la mucosa de la nariz, podemos encontrarla edematosa, pálida y humedecida o de color malva-lila, lo que nos hará pensar en la naturaleza alérgica de las molestias respiratorias; si la encontramos secretante con moco en los meatos, se pensará en una rinitis o sinusitis. En el primer caso, las posibilidades de éxito con las inhalaciones y duchas nasales es muy superior a la de los que padecen una sinusitis.

La existencia de una rinofaringitis, adenoiditis o traqueítis son signos de alarma que nos obliga a una exploración respiratoria completa y recomendar la práctica de una radiografía de senos faciales. El hallazgo positivo de una afección de senos, por ejemplo, ensombrece las posibilidades de éxito con este tipo de aguas nitrogenadas.

Los enfermos asmáticos muy tratados con cortisona o sus derivados más recientes, que la toman de modo habitual, presentan un problema algo delicado. En primer lugar, habrá que respetar en los primeros días de tratamiento (si nos de-

cidimos a autorizarlo) las dosis que venían tomando, y, en segundo lugar, autores franceses y alemanes han llamado la atención sobre los enfermos que están sometidos a una terapéutica córticoesteroides (en particular sobre enfermos reumáticos), considerando una contraindicación en los mismos el tratamiento hidromineral, máxime cuando se han presentado fenómenos de saturación (osteoporosis, retenciones salinas, facies cushingoides, etc.).

Estos enfermos asmáticos que están bajo la terapéutica corticoide, las posibilidades de curación son muy escasas y no hay más remedio que renunciar a la crenoterapia, al menor indicio de reacción asmática, siendo inútil insistir en él, pues la experiencia que tenemos en este sentido es totalmente contraria.

No es el caso de los no habituados, en los que unas dosis de córticoesteroides puede servirnos para salvar el bache de una reacción termal.

En las bronquitis crónicas, padecidas frecuentemente por nuestros concurrentes, hay una serie de factores no ligados a causas infecciosas, sino a causas ambientales, tóxicas o de constitución que, hacen no siempre acompañe el resultado al interés puesto en las prácticas atmiátricas.

También en estos enfermos efectuaremos un examen rinolaringológico en busca de focos, bien de una rinofaringitis o de una sinusitis.

No obstante, a pesar del hallazgo de ellos, las aguas nitrogenadas de Tólox adicionadas de productos balsámicos en inhalaciones, consiguen resultados muy notables, «secando», valga la palabra, los bronquios de estos enfermos, por agotar sus secreciones, después de, a veces, una corta fase de broncorrea, como se comprueba auscultando a estos enfermos y ver desaparecer poco a poco los estertores de medianas burbujas y su sustitución por una respiración ruda o con algunos roncus y sibilancias, en los primeros días. Cuando lo que predomina es el factor espasmódico, determinando a veces verdaderas bronquitis asmáticas, las posibilidades de conseguir la curación aumentan mucho, por el beneficioso efecto anti-espasmódico de las aguas nitrogenadas radiactivas.

Tenemos que reconocer que las broncorreas crónicas no son los casos más recomendables para el tratamiento con estas aguas; en estos enfermos, el azufre es eliminado por el organismo en gran cantidad por su mucosa respiratoria, con lo que en los catarrosos crónicos se llega a producir una penuria de azufre, siendo conveniente luchar contra estas pérdidas, mediante el aporte de azufre asimilable, como el que poseen las aguas sulfurosas en sus diversas variedades.

Los factores ambientales (humedad, frío) favorecen la reiteración de las bronquitis en otros enfermos; en estos casos, si no se demuestran focos infecciosos (senos, garganta, tráquea), los resultados pueden ser muy alentadores con estas aguas, siempre a condición de evitar posteriormente dichos ambiente; es decir, que se requiere cambio de residencia, ya que estos enfermos presentan una debilidad constitucional de todo el conjunto de sus vías respiratorias y recaen con facilidad.

Queda, por último, que considerar las causas tóxicas, que provocan, entretienen o agravan estas bronquitis crónicas, lo mismo las espasmódicas como las «húmedas». Son el tabaco y el alcohol, entre nosotros.

Sólo diré dos palabras sobre ello: las posibilidades son escasas, en cuanto a curación, en los que no dejan estos hábitos.

En los bebedores, en los que la reiterada ingestión de alcohol congestiona los bronquios, y en los fumadores, al mantener el tabaco la irritación crónica de las células caliciformes, con producción de abundante moco y daño en el epitelio vibrátil, si las lesiones son poco avanzadas, todavía pueden alcanzarse reintegra-

ciones al estado normal en el sujeto joven; no obtendremos resultados convincentes en los que persisten en sus hábitos.

Excepcionalmente, y en contados casos antiguos o complicados, con la abstinencia del tabaco o del alcohol y siempre en menores de sesenta años, el tratamiento inhalatorio durante tres o cuatro temporadas o algunas más, puede conseguir resultados no sospechados por los mismos enfermos.

Ahora bien, son pocos los que consiguen esto, por un hecho fácil de comprender: el dejar de fumar o beber en el habituado no es cosa fácil.

Vamos ahora a ocuparnos de las posibilidades de la crenoterapia nitrogenada en el viejo.

En las edades superiores a los setenta años, nuestra actuación terapéutica en el balneario ha de estar condicionada a la situación en que encontremos el aparato cardiovascular, no sólo cuando se trate de aguas excitantes, como las sulfurosas o clorurado sódicas hipertónicas, sino incluso con este grupo de aguas oligometálicas radiactivas, que llevan en sí una acción de sedación sobre dicho aparato.

Estados de cardiosclerosis, estados de hipertensiones arterioescleróticas, estados de elevación de la tensión mínima, indicadores de una situación esclerorrrenal, así como situaciones de arritmias, bloqueos o antecedentes coronarios, nos hacen ser detenidos en la exploración y en ocasiones llegar a prohibir el tratamiento crenoterápico. Fuera de estos casos, son muchos los que ya padecen, a consecuencia de su afección respiratoria, un cierto grado de insuficiencia cardíaca velada, pero existente, que nos obligará a recortar o recomendar prudencia con ciertas prácticas termales.

Las bronquitis crónicas en los ancianos nos llegan ya con un cierto grado de involución del parénquima pulmonar y deterioro bronquial (por el tabaco, alcohol, infecciones), que impide llegar a una posibilidad de curación, fácilmente alcanzable en edades anteriores. Tendremos que contentarnos con llegar a conseguir un robustecimiento de las funciones del bronquio, junto con la atenuación de los factores espasmódicos o de broncorrea que puedan presentar.

Aun incluso cuando con la reiteración de los catarros se inicia un ligera fatiga del corazón derecho, las aguas nitrogenadas radiactivas, como las de Tólox, las recomendamos, cuando ya están formalmente contraindicadas otras clases de manantiales.

Aconsejamos a nuestros pacientes bronquíticos que, previamente al tratamiento inhalatorio antes de concurrir al balneario, se sometan a una cura antibiótica para colocar a la mucosa bronquial, desembarazada de la mayoría de su flora patógena, en las mejores condiciones, para recibir los beneficios de la cura.

En los que presentan taquicardia o arritmia, tendencia a desdoblamientos de tonos, con historia de infartos, bloqueos o miocardosis, restringiremos el tratamiento a simples inhalaciones naturales de los gases azoados radiactivos, bajo vigilancia, de suerte que si se presenta ligero grado de disnea o elevación de las pulsaciones, las suprimiremos de manera temporal o definitivamente.

En los enfisematosos, etapa obligada de todos los asmáticos o bronquíticos inveterados de cualquier causa, en general las posibilidades que con la crenoterapia podemos conseguir en cuanto a curación, son decepcionantes.

Sin meternos en la fisiopatología de esta afección, sólo diremos que el aumento de las secreciones mucosas, degradación progresiva de la red elástica perialveolar, parálisis de los cilios, con la dificultad de eliminación de los productos de polución y secreciones, engrosamiento de los vasos arteriales pulmonares y dis-

minución del aporte sanguíneo a estas estructuras distales, llevan consigo la reducción del área capilar del pulmón; a esto se puede añadir el broncoespasmo y en muchos casos fibrosis, con lo que se coloca al organismo en presencia no sólo de perturbaciones funcionales, sino de alteraciones anatómicas irreversibles, que hace en la mayor parte de los casos, como decimos, nuestros esfuerzos con la crenoterapia sean escasos.

No obstante, si por exploración no descubrimos una sobrecarga del corazón derecho, que obligadamente acaba por presentarse en estos casos, y su estado circulatorio por ello es aceptable (normotensos o ligeramente hipertensos con frecuencia pulsátil no superior a las cien pulsaciones), con apagamiento de los tonos cardíacos, tórax insuflado, algunas sibilancias finas diseminadas y disnea objetiva, hemos visto muchas veces, no sin sorpresa en los primeros casos y con expectación optimista posteriormente, una mejoría no esperada, que aunque tardíamente (después de los dos meses de terminación de la cura) hemos comprobado al año siguiente. ¿Qué puede haber ocurrido? Pues, sencillamente, nosotros interpretamos el resultado como consecuencia, en su mayor parte, de un enfisema funcional, por un estado de broncoespasmo casi permanente de la unidad bronquiobronquiolar, con aumento y perturbación de la cantidad y viscosidad de las secreciones; al desaparecer este estado por la acción espasmolítica y normalizadora de la secreción bronquiolar, por el tratamiento atmiátrico, desaparece este enfisema en los afortunados casos en que no se había llegado a situaciones irreversibles.

De esta forma, en estos casos enfisematosos tan ingratos, no debemos sentar un juicio desfavorable desde el primer momento, si las condiciones cardiovasculares nos permiten actuar. Merece la pena.

Por último, en los procesos bronquiectásicos de los mayores de setenta años, sin antecedentes específicos, previo un tratamiento con antibióticos de amplio espectro, por las mismas razones que en los bronquíticos, sin expectoración hemoptoica, sin fiebre, con buen estado de nutrición, con velocidad de sedimentación normal, con un buen equilibrio cardiocirculatorio, aunque presenten zonas bien delimitadas de estertores, en las porciones bajas en plano posterior, campos con respiración asoplada o ruda, que traducen procesos de fibrosis o cirrosis, debemos intentar un tratamiento hidromineral con inhalaciones nitrogenadas naturales, consiguiendo muchas veces a lo largo resultados muy apreciables en enfermos dóciles, que dejen el alcohol y el tabaco y huyan de cambios bruscos de temperatura y de ambientes húmedos y fríos.

Hemos comprobado ya muchas veces que los estertores de pequeñas y medianas burbujas y los roncus que presentaban en una primera exploración van disminuyendo poco a poco, a veces después de un ligero período de exacerbación de la expectoración y la tos, para ir escuchando un murmullo vesicular cada vez más puro y audible.

Evitamos en estos enfermos, y ya es bastante, los brotes de neumopatías febriles invernales y robustecemos sus defensas ante las bruscas variaciones de temperatura, presión y humedad atmosférica.

Para terminar quiero reproducir un párrafo que hace un par de años escribimos para un folleto del balneario de Tólox; decíamos: «Requieren los bronquiectásicos perseverar en el tratamiento que deben llevar a cabo durante varias temporadas para obtener resultados apreciables y duraderos. La crenoterapia en estos casos, justo es reconocerlo, no es tan brillante como en el asma, por ejemplo; pero es altamente beneficiosa, si se tiene la suficiente constancia.»