

EL ASMA EN LOS VIEJOS

R. FROUCHTMAN

*Director del Instituto de Asmatología del Hospital San Pablo.
Barcelona*

La mayor longevidad del hombre y la constatación de que el asma bronquial suele ser compatible con una vida prolongada, especialmente desde la introducción de medicamentos de mayor eficacia, plantean unos problemas clínicos y terapéuticos entre los asmáticos de avanzada edad. En la gerontología las bronconeumopatías crónicas ocupan un lugar destacado y entre éstas no es excepcional el asma bronquial.

Ahora bien, cuando por vez primera visitamos a un asmático mayor de cincuenta años, el primer problema que se plantea es de si se trata de un asma inveterada, es decir, un asma de antigua historia y cuyos caracteres clínicos y etiológicos han ido desdibujándose en el curso de los años, o bien nos hallamos frente a un asma cuya primera manifestación se produjo después de los cincuenta años de edad—asma tardía—. Se trata de dos formas distintas cuyos caracteres expondremos a continuación.

1.—ASMA INVETERADA.—Son asmáticos cuya edad sobrepasa los sesenta años y, sobre todo, cuyos comienzos de la enfermedad se remontan a la juventud o a la madurez y en todo caso a una edad muy anterior a los cincuenta años.

Constituye el grupo más numeroso de los asmáticos viejos y el mejor conocimiento de esta dolencia permite que muchos de estos enfermos lleven durante años una vida más equilibrada, no siendo actualmente excepcional el que superen la edad de setenta años.

De modo general, estos asmáticos alcanzan la vejez a través de dos formas de evolución:

a) En sus comienzos fue un asma alérgica, pero al cabo del tiempo se transformó en compleja al sumarse posteriormente nuevos factores asmáticos de diversa naturaleza, especialmente infecciosos y orgánicos.

b) Desde los primeros síntomas se trataba de un asma infecciosa organizada secundariamente o de la forma primitivamente orgánica con broncoinflamación asociada, no siendo excepcional se sume una sensibilización específica tardía.

Pero en cualquiera de estas dos modalidades evolutivas, el factor broncoinflamatorio interviene en un momento y otro determinando las alteraciones hísticas que condicionan la cronicidad y curso de la enfermedad. Al cabo de los años ya no se trata de un asma alérgica ni de la clásica forma infecciosa; el enfermo ya no sufre los accesos recortados y reversibles de los comienzos. En el transcurso de los años se han establecido lesiones intersticiales,

alteraciones bronquiales y vasculares y las crisis suelen ser menos violentas pero más prolongadas y menos reversibles; durante su evolución suelen ocurrir además diversos accidentes y complicaciones que alteran o agravan el curso de la enfermedad: focos de atelectasia, obstrucción bronquial, neumonitis, infiltrados, bronquiectasias, fibrosis, etc.

En estos asmáticos que alcanzan o sobrepasan los sesenta años, lo alérgico y lo funcional ha ido disminuyendo y predomina lo orgánico. Los repetidos fenómenos de broncoestenosis y la progresiva alteración de las propiedades físicas del pulmón determinan la perturbación de la dinámica ventilatoria con insuflación torácica permanente; en suma, el viejo asmático ha pasado a ser un enfisematoso broncogénico crónico. En este estado va estableciéndose una hipoxia, a veces hipercapnia, poliglobulia, la vaso constricción de las arteriolas pulmonares se hace progresivamente irreversible, aumentan las comunicaciones entre las arterias bronquiales y pulmonares, etc., factores que determinan una progresiva elevación de la tensión pulmonar, lo cual acentuará la sobrecarga del corazón derecho; en esta situación, y con ocasión de una enfermedad respiratoria (congestión, bronconeumonía, gripe, etc.), puede producirse una brusca claudicación cardíaca derecha parcial o total.

2.—**ASMAS TARDIAS.**—Modalidad de gran interés a pesar de su rara frecuencia entre 2.000 asmáticos hallamos 58 casos, o sea un 2,9 por 100.

Edad de aparición: Es variable, excepcionalmente superior a los cincuenta y cinco años, aunque hemos registrado algún caso con sesenta y cinco años de edad.

Sexo: Afecta igualmente a ambos sexos; en las mujeres, el asma puede producirse al aparecer la menopausia, aunque ésta no se acompañe de los trastornos propios de la involución.

Antecedentes alérgicos: La diatesis alérgica, tanto familiar como personal, es moderada. Hallamos un 30 por 100 de alergosis personales; se trata generalmente de urticarias sufridas durante la infancia o de reciente aparición y desencadenada en ocasiones por un medicamento hasta entonces bien tolerado; en ningún caso hemos registrado el antecedente eczematoso. Otras veces son crisis de corizas sufridas durante unos años anteriores a la aparición del asma y provocadas frecuentemente por la misma causa posteriormente asmógena. La eosinofilia periférica no es constante pero puede alcanzar hasta un 11 por 100.

Antecedentes respiratorios familiares: En diversos trabajos hemos destacado la gran frecuencia de estos antecedentes entre los asmáticos y que afectan hasta un 80 por 100 de estos enfermos. Se trata de una herencia bronconeumopática, sin carácter específico, como ocurre en otras afecciones respiratorias crónicas (enfisemas, bronquiectasias) y que revela la inferioridad anatómica o la miopragia del aparato respiratorio y que se manifestará por la tendencia a enfermar. Entre los 58 casos con asma tardía registrados en nuestra revisión, los antecedentes respiratorios familiares no alcanzan el 50 por 100.

Formas etiológicas del asma tardía:

- 1.—Asma tardía alérgica.
- 2.—Asma tardía broncopática.

1.—*Asma tardía alérgica.*—Como su nombre indica, la crisis asmática surge en un sujeto sin antecedentes broncopulmonares y su causa es una sensibilización a un agente generalmente inhalante, muchas veces de origen ocupacional; por ello suele hallarse esta modalidad en los panaderos, agriculto-

res, etc., profesiones que ocupan un alto porcentaje de las asmas profesionales en España.

En este tipo de enfermos aumenta la frecuencia de alergosis personales, destacando, como señalábamos antes, las corizas. Un hecho de interés es el papel desencadenante de los catarros estacionales generalmente de pocos años de evolución y que en ocasiones constituyen el factor de localización de una alergia respiratoria hasta entonces latente o equilibrada; pero establecida la reacción asmática, las crisis reaparecerán indistintamente provocadas por el alérgeno o por las recidivas catarrales.

A la exploración, y fuera de las crisis, el aparato respiratorio suele ofrecer una completa normalidad, rara vez hay acropaquia y la cianosis es excepcional y discreta; al examen roentgenológico comprobamos que, aparte hallar a veces imágenes residuales de antiguos procesos que pasaron inadvertidos e incluso fibrosis bien toleradas, la conformación torácica es prácticamente normal y el diafragma ha recuperado su normalidad funcional. La espirometría registra las cifras normales propias a la edad del enfermo.

Del mayor interés son los caracteres revelados por el electrocardiograma y que hemos estudiado con nuestro colaborador A. CISCAR: a medida que avanza la edad, los asmáticos presentan generalmente P pulmonalis y tipos derechos; en cambio, en estas asmas tardías alérgicas, aparte otras posibles alteraciones que corresponden a esclerosis del miocardio, degeneración de fibras, etc., es más frecuente registrar el tipo izquierdo y el complejo auricular suele mostrar ondas P normales o esbozadas. En estos enfermos la tensiometría pulmonar registra cifras normales, de no existir otras causas de elevación tensional.

En estas asmas tardías el tratamiento hiposensibilizante específico es de resultados menos eficaces que los obtenidos en los jóvenes.

Asma tardía broncopática: En estos sujetos existe una antigua historia respiratoria crónica; se trata generalmente de catarros descendentes de repetición, bronquitis crónica, bronquiectasias, etc.; procesos bien tolerados durante años; todo lo más se había iniciado una discreta disnea de esfuerzo, reveladora del establecimiento de un enfisema pulmonar; otras veces es un enfisema broncogeno cuyas crisis obstructivas adquieren un franco carácter asmoide.

Un hecho interesante es el que la primera crisis asmática pueda ser desencadenada por una droga hasta entonces perfectamente tolerada (aspirina, penicilina, estreptomina, vitamina B, etc.), poniendo en marcha el mecanismo asmático que quedará establecido de forma definitiva y susceptible de recidivar por múltiples causas pero especialmente con motivo de los brotes de broncoinflamación. En efecto, si bien es posible que sobre una broncopatía crónica pueda injertarse una sensibilización específica tardía en la gran mayoría de los casos la reacción asmática no se desencadena por un mecanismo alérgico, constituyendo en cambio la obstrucción bronquial el mecanismo más frecuente e importante. Otras veces asma y enfisema pulmonar aparecen simultáneamente, y si bien puede lograrse dominar los paroxismos disneicos, el enfisema pulmonar queda establecido de forma definitiva; en estos sujetos mayores de cincuenta años debe recordarse que la aparición tardía de un síndrome asmoenfisematoso puede ser el primer signo de una neoplasia pulmonar.

La exploración clínica y complementaria de esta modalidad de asma tardía practicadas fuera de las crisis, comprueban la existencia de una bronconeumopatía crónica hasta entonces bien tolerada. Son sujetos con tórax en tonel o piriforme que pueden presentar una discreta cianosis, tendencia al hipocra-

tismo, moderada poliglobulia y hematocrito algo elevado; la eosinofilia puede estar aumentada hasta un 8 por 100. La espirometría registra valores más o menos disminuidos de la capacidad vital y sobre todo del máximo volumen espiratorio segundo; después de las crisis la recuperación ventilatoria se produce de forma lenta.

En estas asma broncopáticas tardías, y comparando con el grupo general de los asmáticos crónicos, el electrocardiograma revela también la disminución de los tipos derechos y aumento de los izquierdos, pero destaca sobre todo la superposición de la sobrecarga derecha con la tendencia izquierda propia de la edad, especialmente después de los sesenta años; por ello, además de P pulmonalis más o menos marcadas, el complejo ventricular traduce tipos izquierdos o indiferenciados.

La tensiometría arterial pulmonar registra cifras normales que pueden aumentar después de un ejercicio o bien valores moderadamente elevados (entre 30 y 35 mm. de Hg.); la angioneumografía comprueba numerosas veces la vasoconstricción de las ramas de la arteria pulmonar.

Puesta en marcha la reacción asmática suele ser difícil evitar la reaparición de las crisis, que se reproducen con manifiesta resistencia a los tratamientos etiológicos y siguiendo una evolución irreversible; estos tipos de asma se distinguen por su rápida progresión—cuando la aparición no sea simultánea—hacia el enfisema pulmonar crónico, a veces de carácter grave, afectándose prontamente el estado circulatorio.

COLOQUIO

PRESIDENTE:

¿PUEDE DECIRNOS EL DR. FROUCHTMAN, CUALES SON LOS DATOS FUNDAMENTALES SOBRE LOS QUE SE ASIENTA EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DEL ASMA BRONQUIAL?

DR. FROUCHTMAN:

Fundamentalmente el asma bronquial es un síndrome disneico paroxístico, reversible, que traduce una respuesta patodinámica del aparato respiratorio. Esta manifestación clínica no tiene unidad etiológica e incluso puede desarrollarse a través de diversos mecanismos.

En síntesis, el asma bronquial se presenta bajo tres modalidades: 1. El asma constituye la única enfermedad y se produce generalmente a través del mecanismo de una sensibilización específica. 2. El asma bronquial surge secundariamente sobre procesos del tórax de dispar naturaleza. 3. El asma es la consecuencia de la suma de influjos de diverso origen.

Por ello, el diagnóstico etiopatogénico del asma bronquial se funda, ante todo, sobre un correcto interrogatorio y una metódica exploración clínica y complementaria; el empleo de las pruebas cutáneas constituye una técnica complementaria útil, a condición de valorar sus resultados en función de la historia clínica; un test cutáneo positivo no significa siempre un certero diagnóstico etiológico.

Lo que ocurre es que en la mayoría de los asmáticos intervienen varios fac-

tores en importancia y proporción dispar, elementos que es necesario descubrir y valorar en cada caso, tanto por su interés diagnóstico como en su aplicación terapéutica.

PRESIDENTE:

¿TENEMOS LA IMPRESION DE QUE LA MAYORIA DE LOS ASMAS SENILES TIENEN COMO FONDO UNA HIPOSISTOLIA IZQUIERDA MODERADA? ¿ESTA DE ACUERDO?

DR. FROUCHTMAN:

El asma bronquial de los cardíacos o asma bronquial cardiógena es un cuadro que se produce en sujetos que sufren una sobrecarga izquierda; en su mayoría se trata de estenosis mitral y en menor número de hipertensos.

Así, pues, en estos enfermos, y a medida que avanza la edad, pueden producirse típicas crisis asmáticas a consecuencia de pequeñas claudicaciones del ventrículo izquierdo o de aumentos tensionales en la aurícula izquierda, determinando un aumento de la ingurgitación del círculo menor, uno de los mecanismos genéticos de la reacción asmática. Su presentación suele ser nocturna o provocada por el esfuerzo y se manifiesta con preferencia en sujetos con historia de catarros recidivantes.

PRESIDENTE:

¿COMO VEN LOS PSIQUIATRAS LOS FACTORES PSIQUICOS EN RELACION CON EL ASMA BRONQUIAL?

DR. GONZALEZ PINTOS LOPEZ.

Para el psiquiatra son varios y a veces bien definidos los cuadros psíquicos en los cuales el asma juega un importante papel; así, en el terreno de los grandes círculos psicóticos es indudable la relación existente entre el asma y la epilepsia. Entre los parientes del epiléptico el número de asmas de diversa etiología es muy superior al del medio ambiente. En muchos casos las crisis cabe interpretarlas como equivalentes, lo cual puede a veces ser aclarado electroencefalográficamente.

Por lo que respecta al círculo maniaco depresivo, también existe una relación entre depresión-asma y manía o mejor hipomanía-asma, en forma tal que a veces la aparición del cuadro depresivo acentúa las crisis asmáticas en tanto éstas desaparecen en la fase hipomaniaca. Otras de forma paradójica es la depresión la que hace disminuir el número e intensidad de las crisis. En los primeros años de los tratamientos electroconvulsivantes se efectuaron, con éxito a veces, a juzgar por las publicaciones, sesiones de electrochoques en asmáticos en los cuales parecía existir una relación entre el círculo maniaco depresivo y el asma. No estimamos que esta actitud estuviese justificada y creemos que fue abandonado el intento dados los peligros que entrañaba.

Pero en el terreno en el cual la psiquiatría tiene más relaciones con toda clase de asma, es en el de las constituciones, desarrollos y reacciones anormales. Concretamente, ciertos tipos de personalidades psicopáticas y neurosis parecen tener una relación con la aparición y mantenimiento de las crisis en muchas de las cuales es posible encontrar una etiología psicogenética, en tanto en otras ésta es psicósomática.

La incidencia neurósica en los asmáticos es muy elevada, hasta del 80 por 100 según algunos autores; las crisis se acompañan, como fácilmente se comprende, de una angustia o «estado de miedo» que por sí sola basta a veces para agravar, preparar o desencadenar el estado asmático. Las atenciones que el asmático precisa, el miedo a quedarse solo y la teatralidad del cuadro, son elementos que utilizan, aunque su asma no sea etiológicamente psicógena, ciertas personalidades psicopáticas, psicópatas necesitados de estimación o valimiento, para atraer o encadenar junto a sí a una o varias personas a las cuales teme perder en caso de curación .

Para los psicoanalistas sería una forma clara de parapatía de angustia, siendo lo primario la angustia por falta de aire. Por otra parte todos los fóbicos sienten opresión precordial y falta de aire. La relación entre los órganos de la respiración y sexuales sería evidente y la mejor prueba para ello, añaden los psicoanalistas para corroborarlo, son los éxitos que con el psicoanálisis y hallazgos de traumas infantiles, sobre todo por lo que a la relación madre-hijo se refiere que en el tratamiento del asma se logran.

No es necesario que el psiquiatra hable aquí de los éxitos que con psicoterapia, ya hablando en amplio sentido, se pueden lograr en el tratamiento del asma, sea cual sea su etiología, ya que lo verdaderamente extraño es encontrar un caso del cual no puedan separarse factores psicogenéticos en mayor o menor cuantía, pero sí recordar que quizás el principal factor de esta psicoterapia es el estudio de la personalidad del enfermo asmático y de su mundo circundante y el establecer una relación médico-enfermo sin la cual la eficacia de las drogas y medidas terapéuticas estamos seguros que será muy inferior al logro de aquella forma.