

PROFILAXIS DE LA BRONQUITIS CRONICA EN LA INFANCIA

Dr. F. AGUILÓ TARONGÍ

(Palma de Mallorca)

Voy a empezar con lo que debiera ser el final de la Comunicación, es decir, con el resumen de la misma:

«El principal aspecto de la profilaxis de las bronquitis crónicas en la infancia, consiste en el tratamiento correcto de los procesos rino-faríngeo-tráqueo-bronquiales agudos.»

Si esto es así, tal como queda resumido, en donde debieran ir dirigidas estas palabras, sería en un Congreso de Pediatría u Otorrinolaringología o Medicina Interna, ya que lo más probable es que los especialistas de Respiratorio, sean fisiólogos, neumólogos, broncólogos o alergólogos vean en estas circunstancias, de fase aguda, pocos niños. Llegan a nosotros en circunstancias más precarias, no con simples adenoiditis o amigdalitis o catarros bronquiales, sino, cuando menos, con un concierto auscultatorio florido, con una disnea más o menos aparatosa o ya con un enfisema organizado, con un tórax insuflado o una fibrosis, en fin, con aquello que todos estamos acostumbrados a ver.

Ahora bien, el tema de la profilaxis de la bronquitis crónica se ha planteado en este Congreso, a mi juicio, muy acertadamente, ya que la función asesora que pudiéramos darle al mismo, es de una importancia tal, que si con él consiguiéramos disminuir, en el país, el número de bronquíticos crónicos actualmente existentes, en el porcentaje que es factible, habríamos realizado un gran servicio a la nación. Pero este servicio no pienso deba de organizarse a base de la creación de «luchas antibronquíticas», ni «patronatos», ni «planes especiales», cargando aún más la pesada economía del Estado, sino simplemente con la actuación lógica, correcta, científica de cada médico en su ámbito profesional, ya sea en el S.O.E., ya en seguros libres, ya en beneficencia, ya en medicina particular.

Con este criterio, con este ánimo y en pocas palabras, ya que diez minutos son muy pocos, expondré lo que pienso se debe no hacer o—por el contrario—hacer, en los procesos rino-faríngeo-tráqueo-bronquiales agudos de la infancia.

Lo primero que no se debe hacer, es generalizar. A un niño mucoso no se le puede orientar de igual forma si su padre o sus abuelos son asmáticos, o si su madre es jaquecosa o neurótica-depresiva, o si hay algún familiar con psoriasis o tuberculoso o exzematoso, etc., o, por el contrario, si no existen antecedentes patológicos familiares algunos.

Un niño con mucho moco nasal es, casi siempre, un adenoideo. Entonces está en juego, si existen antecedentes familiares, según la terapéutica que se le imponga, el que sea, en el futuro, un chico sano o un tarado respiratorio. Cuando a un niño se le aprecia una adenoiditis puede que ya padezca una sinusitis (¿acaso

se exploran los senos paranasales en los niños?) o una amigdalitis y ¿son estas primarias o secundarias a la adenoiditis? Tiene esto mucha importancia para decidir el camino a seguir.

Cuando existen antecedentes familiares, unos supositorios balsámicos, una amigdelectomía o una adenoidectomía hechas a la ligera, pueden ser fatales. Hemos visto en nuestra estadística, pues investigamos la herencia con detenimiento, evolucionar al poco tiempo de estas actuaciones, a bronquitis crónicas asmátiformes y a verdaderos asma bronquiales que ya configuran toda la personalidad del niño. No podemos decir por qué y por cuál mecanismo sucede esto, somos clínicos y solamente debemos exponer y podemos hablar de nuestra experiencia y de nuestras suposiciones.

A estos críos adenoidíticos, amigdalíticos, sinusíticos, con antecedentes familiares, hay que tratarlos con meticulosidad. Con antibióticos, mucolíticos y corticosteroides locales, ya sea en forma de instilaciones nasales o aerosoles, mejor con éstos que con aquéllos, dado que, a menudo y con rapidez, el proceso se extiende, por vecindad, a la laringe y tráquea. Si el problema no fuera ya sólo local, sino que tuviera trasfondo general, fiebre por ejemplo, se deben administrar antibióticos por vía parenteral u oral, con sustancias inmunizantes inespecíficas, omnadina, gamma globulina, calcio, vitamina A y C, pero jamás con asociaciones balsámicas, ya que en este estadio la mucosa bronquial está indemne y la acción balsámica es agresiva, por ser ésta desecante y no expectorante o fluidificante, como indican la mayoría de los prospectos de los específicos preparados con ellas. Es decir, producen sequedad bronquial con tos seca, irritativa, desencadenante frecuentemente del reflejo asnógeno, del espasmo bronquial con el componente sibilante que le caracteriza y que, una vez iniciado y a partir de entonces, ya sea por reflejo condicionado o por algún otro mecanismo que no me sé explicar, repetirá al concurrir otro estímulo o insulto a la mucosa bronquial, como por ejemplo, el polvo, la inflamación, el frío, la tos, la risa, etc.

Estamos, pues, en lo que debemos hacer y no hacer; tratar correctamente los brotes agudos rinofaríngeos todas las veces que sea necesario, avisando a los padres que éstos se repetirán, quizá frecuentemente, hasta la edad entre los ocho y doce años, que por atrofia fisiológica adenoidea, dejaran de producirse. No usar nunca balsámicos, que además de ser sustancias sumamente alergizantes provocan el mecanismo antes citado. Tampoco deben usarse nunca vacunas en estos estadios, ni orales ni parenterales, ni específicas ni inespecíficas. La vacunoterapia en brotes agudos o en focos activos, hipersensibiliza y aumenta la actividad del foco o lo reactiva, cuando está latente.

Abundando en lo que no debe hacerse, es mandar al niño al otorrino para que éste nos diga si tiene o no tiene que ser intervenido quirúrgicamente. Su informe será, casi siempre, local, de inspección rinolaringológica y, como es lógico, será positivo en el sentido que verá unas amígdalas o unas adenoides o unos senos patológicos y, naturalmente, aconsejará la intervención. Fíjense ustedes con los análisis que piden los otorrinos cuando tienen que intervenir a un niño, piden pruebas de coagulación y hemorragia, recuento de plaquetas y paren ustedes de contar, no les preocupa una eosinofilia, una V.S.G., un Mantoux, ni tampoco si la madre es migrañosa o el padre bronquítico o si otros hermanos son catarrosos. Las amigdelectomías y adenoidectomías deben ser indicadas por los pediatras, internistas, neumólogos, reumatólogos, nefrólogos, etc.; en función, no de la inspección local, sino de la repercusión general del proceso focal. Es decir, en el caso que nos ocupa, cuando se llega a la conclusión que

los brotes son tan repetidos que con medicación no llegamos a dominarlos y, por tanto, por vecindad, van extendiéndose a la laringe (espasmos de glotis) tráquea y bronquios, se hace precisa la extirpación del foco, entonces hay que hacerlo, pero con una preparación previa, con gamma globulina a dosis altas, calcio, vitaminas A y C, con antibióticos antes, en y después de la intervención, potenciándolos con pequeñas dosis de corticosteroides, al menos, durante dos o tres semanas del post-operatorio, aunque encontremos, a menudo, la opinión adversa del cirujano, pues del uso de los corticosteroides se ha hecho exageradamente un «coco» para quienes no están acostumbrados a usarlos. Hacer la intervención en estas condiciones, nunca acarrea consecuencias lamentables.

Cuando en los brotes agudos existe afectación bronquial, además de los antecedentes familiares, hemos de valorar la constitución del niño, si el tórax es anómalo (raquitismo más o menos manifiestos), si es asténico, si existe una insuficiencia respiratoria nasal viciosa o por alguna malformación, la existencia —muy importante— de bronquiectasias, si ha padecido algún complejo primario que haya dejado callosidad hiliar, las adenopatías torácicas y extratorácicas, trastornos abdominales (adenitis mesentéricas), tets tuberculínicos (alergias tuberculínicas), presencia de parásitos intestinales (oxiuros), que nos pueden confundir antes toses rebeldes y eosinofilias altas, trastornos de la conducta que pueden ser manifestación de ciertos retrasos cronológicos del desarrollo (dentición, caminar y hablar tardíos), signos de retrasos mentales mitigados, que pueden pasar desapercibidos y son, a menudo, estigmas viciosos funcionales. Hay que valorar esto y todo cuanto dato pueda contribuir a explicarnos, en cada caso particular, las tráqueo-bronquitis de repetición; no se puede, como tantas veces hemos dicho, generalizar y limitar el tratamiento a unos balsámicos, que deberían de proscribirse a no ser administrados como humectantes en vahos o en sus auténticas indicaciones, como son el absceso pulmonar, broncorreas y bronquiectasias supuradas, o a unos antibióticos, si se quiere evitar la cronicidad con la secuela de la estenosis bronquial. Hay que tener en cuenta el clima donde vive el enfermito y pensar que el frío húmedo es el peor ambiente que puede rodearle, insistir a su madre sobre los pantalones largos (¡cuántos críos hemos visto con montones de camisetas, jerseys y abrigos, pero con pantalones cortos!), sobre la calefacción en el domicilio, llamar la atención a los papás sobre las excursiones domingueras, que con su 600 llevan a sus hijos hacer «salud» y el lunes tienen que llamar al médico. Hay que emplear la teofilina (¡mucho más de lo que se emplea!), la gamma globulina, la omnadina, las vitaminas A, D, C y B₆, la aerosolterapia, no abusar de los antibióticos si no hay repercusión febril y ésta tolerarla unos cuantos días en cada brote, fricciones duras de alcohol, vacunoterapia en los intervalos entre brote y brote y en verano, si no hay sintomatología alguna y la exploración radiológica torácica es negativa, baños de sol y de mar a dosis masivas, durante sesenta o setenta días. La eutrofia tiene que cuidarse, la quinesoterapia, la alimentación adecuada y ordenada, el tratamiento correcto de cualquier otro trastorno sobreañadido, en fin, todo tiene su justo valor y en el saberlo valorar, en cada caso, radica el arte del médico en el ejercicio de su cometido.

En apoyo de lo dicho, he reunido en un esquema-resumen los datos significativos de 100 historias clínicas de mi fichero particular, escogidas por orden alfabético entre niños comprendidos en las edades de tres meses a doce años:

BRONQUITICOS CRONICOS

(EIDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS TRES MESES Y DOCE AÑOS)

(100)

CON ANTECEDENTES FAMILIARES (96):

Abuelos paternos: bronquíticos o asmáticos (30), excematosos (7), tuberculosos (3). *Abuelos maternos:* bronquíticos o asmáticos (29), excematosos (4), psoriásicos (1), tuberculosos (1). *Padre:* bronquíticos o asmáticos (10), sinusíticos (4), excematosos (8), psoriásicos (2), nerviosos o neuróticos depresivos (20). *Madre:* bronquíticas o asmáticas (14), excematosas (10), psoriásicas (1), jaquecosas (24), nerviosas o neuróticas depresivas (48), pruritis y urticarias (2), tuberculosas (1). *Hermanos:* bronquíticos o asmáticos (18), catarrosos (27), excematosos (4), psoriásicos (1), tuberculosos (2). *Tíos:* bronquíticos o asmáticos (27), excematosos (8), tuberculosos (2), jaquecosos (4), nerviosos (8).

SIN ANTECEDENTES FAMILIARES (4).

Tratados anteriormente con terapéuticas consideradas, por nosotros, mal dirigidas (66)

Vacunas (16).
Balsámicos (34).
Focos altos sin tratar o mal tratados (33).
Tratamientos quirúrgicos extemporáneos o sin pre y post-operatorio adecuado (26).

Tratados anteriormente con terapéuticas consideradas, por nosotros, bien dirigidas (7).

No habían sido tratados (11).

No pudimos averiguar qué tratamientos habían hecho (16).

* * *

Hallazgos patológicos sobreañadidos a las bronquitis, encontrados en nuestra primera inspección

Respiración viciosa oral (8).
Insuficiencia respiratoria nasal, por malformación (2).
Sinusitis (12)
Adenoiditis (6) / Simples o asociadas.
Amigdalitis (24)
Faringitis cicatricial (8).
Rinitis alérgicas (16).
Síndromes dermo-alérgicos (9).
Oxiuros (26).
Acetonurias (9).
Diarreas (6).
Poliadenitis (16).
Procesos fímicos (12).
Esclerosis radiológica hilar (4).
Bronquiectasias (4).
Raquitismo (11).
Anomalías costales (2).
Retrasos cronológicos en el desarrollo (9).
Trastornos psicológicos (7).