

# Tratamiento específico del asma bronquial

Doctor J. Pérez Guerrero

El éxito del tratamiento específico del asma bronquial dependerá de que sea etiquetado correctamente su agente causal. Nosotros nos basamos, para hacer dicha filiación etiológica, valorando los siguientes puntos: *a)* anamnesis; *b)* prueba cutánea; *c)* transferencia pasiva, y *d)* prueba de provocación (oftalmológica, inhalativa, oral o parenteral).

No vamos a entrar en detalles sobre el mecanismo fisiopatológico de las asmas primarias, pero sí queremos separar a éstas en dos grandes grupos al referirnos al tratamiento específico: bacterianas y alérgicas.

En el tratamiento específico del asma bronquial alérgica pura se han empleado los términos de hiposensibilización y desensibilización. El término hiposensibilización fue introducido por Noon y Freeman en 1911, y posteriormente, en 1935, Cooke y Cocca proponen el término de hiposensibilización para conseguir una disminución de la sensibilidad o, a ser posible, la desaparición temporal de la misma.

Se acepta clasificar la hiposensibilización en dos formas: específica e inespecífica. Consiste la primera en la introducción de cantidades muy pequeñas del alérgeno causal (polvo, polen, hongos, etcétera) en dosis progresivas y a intervalos más o menos frecuentes, hasta la deseada disminución de la sintomatología clínica; mientras que el tipo de hiposensibilización inespecífica emplea agentes extraños al alérgeno causal (peptona, tuberculina, histamina).

El mecanismo íntimo de la hiposensibilización ha sido origen de muchas discusiones y controversias, pero en la actualidad no se conocen todavía muchos aspectos y para ello se requiere una mayor investigación.

Se piensa actualmente que el mecanismo de hiposensibilización puede ser debido: *a)* al aumento progresivo de las reáginas circulantes, que neutralizarían el antígeno a su entrada en el torrente circulatorio, impi-

diendo que llegue a los órganos de choque; *b)* dando lugar a la formación de anticuerpos "bloqueantes", que bloquearían la reacción entre el antígeno y la reagina, y *c)* disminuyendo la cantidad de reáginas en los órganos de choque.

Todos estos mecanismos han sido muy debatidos y se puede claramente deducir que el mecanismo de la hiposensibilización específica no está completamente aclarado todavía, por lo que persisten la discusiones acerca de si la hiposensibilización es realmente específica o, por el contrario, como defienden algunos autores, debida a una influencia psicológica o a consecuencia de una terapia proteica inespecífica, factores que también han sido muy discutidos hasta la actualidad.

## TECNICAS DE PREPARACION DE ANTIGENOS

La obtención de antígenos procedentes de materiales tan complejos como polen, esporos de hongos, caspas, etcétera, no ha sido bien definida y, por consiguiente, la estandarización de los extractos ha sido prácticamente imposible. Los extractos son etiquetados en términos de unidades Noon o de nitrógeno proteico, pero se ha podido comprobar que no existe relación evidente entre estas unidades y la actividad biológica del extracto.

Existen varias técnicas de preparación de extractos, de la que señalamos los extractos acuosos, obtenidos según distintos métodos, como los descritos por Cocca, Sutherland, Rockwell, etcétera. Dependiendo del antígeno a preparar, se emplearán relaciones peso-volumen distintas, señalando, entre otras, el polen cuya relación es de 20 por 100; los hongos de ambiente, cuya concentración es del 10 por 100, y los pólenes que se preparan en una proporción del dos al tres por 100.

**Emulsiones.** Introducidas en 1955 por Loveles y Brown, consisten en asociar a los

extractos acuosos un aceite mineral, pero han sido desechadas dadas las grandes reacciones sistémicas y la frecuencia de alteraciones locales en forma de abscesos que se obtienen con estos extractos.

**Precipitados de piridina.** Introducidos en 1960, se han impuesto, dadas las múltiples ventajas que ofrecen: menor número de inyecciones, reducción al mínimo del peligro de reacciones sistémicas y, finalmente, su buena tolerancia.

**Adyuvantes del ácido algínico.** Se obtienen éstos mezclando la solución acuosa o bien el precipitado piridínico a partes iguales, con alginato-sódico-cálcico. El mecanismo de acción consiste en la formación de un gel en el lugar de la inyección, que actuaría en forma de un depósito, estimulando sostenidamente la producción de anticuerpos, por lo que se necesitaría un menor número de inyecciones.

Los resultados clínicos obtenidos con las soluciones acuosas, precipitados de piridina y adyuvantes del ácido algínico son muy similares, existiendo la tendencia al tratamiento con precipitados de piridina, dadas las ventajas anteriormente enunciadas.

Al referirnos a nuestra experiencia en el tratamiento específico de las asma primarias, preferimos separarlas también en bacterianas y alérgicas, ya que la metódica suele ser diferente.

En las asma bacterianas empleamos la vacunoterapia propuesta por Walter y Thomas, pensando en el efecto de las proteínas bacterianas sin especificidad fina.

Estas vacunas deben estar más o menos diluidas, dependiendo de la edad del enfermo, de su mayor o menor grado de sensibilidad, de su estado general y de las reacciones secundarias a esta terapéutica.

La metódica varía también de unos casos a otros, pudiendo dividir las pautas en: normal, que se inyecta una décima de centímetro cúbico en días alternos hasta llegar a un centímetro cúbico, repitiendo esta dosis una vez a la semana, pauta lenta y muy lenta, que consiste en no llegar más que a 0,5 centímetros cúbicos ó 0,3 centímetros cúbicos como dosis tope.

En los casos del tratamiento hiposensibilizante empleamos extractos acuosos (técnica de Cocca), de los que se hacen diversas

diluciones, dependiendo éstas de la intensidad del cuadro clínico y de la positividad más o menos acusada de las pruebas cutáneas. Se inicia el tratamiento por el frasco más diluido, comenzando por 0,2 centímetros cúbicos por vía subcutánea y aumentando de dos en dos décimas, en días alternos, hasta llegar a un centímetro cúbico, dosis que se repiten hasta terminar el contenido del vial.

Seguidamente se pasa a la concentración inmediata superior y se inyecta en la misma forma, distanciando el intervalo a tres días. Después se pasa al vial siguiente, que se inyecta cada cinco días, y por último, al más concentrado, que se pondrá cada siete días.

A veces, cuando el extracto produce reacción local o general, nos valemos de la administración simultánea de antihistamínicos o, si es necesario, de corticoides, como preconizó Keeney en 1950, dependiendo la dosis de corticoides del tipo de reacción, de su intensidad y del medicamento que utilizemos.

Con estas metódicas hemos obtenido un resultado excelente en el 26,5 por 100 de las asma mixtas (bacterianas y alérgicas) y en el 30 por 100 de las asma alérgicas puras. Si a los resultados excelentes que son los conseguidos en enfermos, los cuales, después de un año de suprimido el extracto, se encuentran completamente bien, sumamos los resultados buenos (que son los obtenidos en enfermos que, tras un año sin tratamiento, están más de seis meses bien), podemos afirmar que los resultados mejores son los obtenidos con los extractos de hongos parásitos de cereales, que mejoran en un 92,4 por 100, seguidos de los polínicos, polvo de casa, polvo de cereales y hongos de ambiente, cuyos resultados, a pesar de ser los peores, son buenos o excelentes en el 67,4 por 100 de los casos tratados.

Vemos, pues, que el tratamiento hiposensibilizante de las asma alérgicas es, en la actualidad, un método muy satisfactorio, pero no resolutivo, y, aunque, como ya hemos señalado previamente, no se conoce bien su mecanismo de acción, hemos de valorarlo en su medida y tenerlo siempre presente en todos aquellos casos en que se conoce el alérgeno causal.