

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LLAMADA ASMA ESENCIAL. — SIMPATITIS ASMÁTICA (*)

Prof. Dr. Miguel López Esnaurrizar

F. I. C. S. (Hon.) Correspondiente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay
Profesor de Cirugía de la Facultad de Medicina de México. Cirujano de la
"Clínica Francia" e "Instituto de Patología Funcional"

Lector: Dr. Domingo Prat

Antecedentes y generalidades. — La cirugía ha intervenido hasta ahora sobre las cadenas simpáticas cervicales, ya sea extirpando los ganglios medios e inferiores o procurando su destrucción por medio de sustancias tales como el alcohol; en algunas ocasiones la simpatectomía ha sido combinada con la vagectomía; la mortalidad fué de 1 %, 30 % de casos curados, 18 % mejorados, 44 % fracasos y 7 % desconocidos (casos reunidos por Phillipis & Scott), (Arch. Surg. 19, 1945, 1929). En 1939 Leriche y Fontaine publicaron 8 casos de estelectomía unilateral y 14 de bilateral en el tratamiento del asma de ellos el 50 % fueron vistos como curados y 50 % mejorados. Mandl ha hecho algunos intentos de tratamiento llegando al siguiente párrafo final ("Paravertebral Block", 1947): "hasta el presente la experiencia con el bloqueo paravertebral en el tratamiento del asma bronquial está limitado. Pero mayor trabajo con este método debe seguirse mientras se juzgan los resultados a la luz de los hechos, ya que una multitud de factores pueden influir sobre el curso de los acontecimientos".

La idea de todos los autores que nos han precedido ha sido la muy modesta de "interrumpir los impulsos patológicos" transmitidos a través del simpático o del vago, nervios que indudable-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 9 de julio de 1952.

mente, en menor o mayor grado, son los que provocan los fenómenos espasmódicos asmáticos bronquiales.

Nosotros, que hemos concebido una idea distinta que se refiere a la patogenia de varias enfermedades de origen interno y cuya publicación se halla contenida en nuestro libro "Nueva Patología Funcional", pensamos que la causa de la llamada asma esencial reside en la excitación patológica del simpático, la simpatitis, sin necesaria conexión cerebral, con la posible y variable participación de celdillas nerviosas simpáticas especialmente comprendidas en los centros paravertebrales cervicales, dorsales, solar y mediastínicos.

Este concepto mejora radicalmente la conducta quirúrgica y búsqueda patogénica, ya que en vez de provocar la extirpación o la neurolisis, busca el tratamiento de la simpatitis por medio de sustancias neurotróficas y sólo ocasionalmente neurolíticas a lugares limitados; por otra parte no limitada la acción quirúrgica a los ganglios estelares o espláncnicos dorsales sino que la completa a los mediastínicos, grupos más directos y mayores y cuyas técnicas de acceso hemos tenido que encontrar y descubrir, así como las sustancias neurotróficas más eficaces hasta encontrar las que son eficientes, quedando el camino abierto a nuevos estudios terapéuticos. No olvidemos que las bases fundamentales de estos métodos están en que el sistema nervioso simpático tiene centros completos en todo el organismo, inclusive en el encéfalo y nervios motores tales como el vago, por lo tanto hay que olvidar la perjudicial idea que ha privado de que el llamado simpático periférico no es más que vías de conducción; en cambio, no olvidar la relativa unidad funcional y fisiopatológica del simpático, al que hemos comparado a un ser que está dentro de otro ser (el individuo), y explicado por la excepcional extensión de las celdillas simpáticas, algunas hasta de 50 cms. de longitud.

Clínica y observaciones. — Desde la época en la que descubrimos las vías mediastínicas, comenzamos a obtener resultados mucho más satisfactorios en forma paralela en la que, usando las mismas vías, hemos estado obteniendo en los casos incipientes o funcionales de angina de pecho. De 25 casos que hasta aquí hemos tratado, a todos ellos siguió inmediata mejoría que se

mantiene en 22 casos que hemos podido seguir su evolución, quedando los restantes como probablemente curados, ya que se fueron clínicamente curados y que saben que han podido contar con nosotros en caso de recaída.

Sin embargo, estábamos en espera de un caso muy grave de asma calificado de esencial, cuya atención pondría a prueba nuestros métodos y saber a la postre si podríamos dominar a tan cruel padecimiento, hasta los primeros días de julio de 1951 en que llegó a nuestras manos el caso desahuciado más difícil.

D. C., de 43 años, delgado y pálido, facie disneica con expresión de dolor; refiere con ayuda de su esposa, que desde hace dos años comenzó su padecimiento de modo intenso, habiéndose hecho los mejores estudios en el Hospital Español, incluyendo examen broncoscópico del competente especialista Dr. Tapia Acuña. Fué atendido por los especialistas de neumología más distinguidos, tanto médicos como cirujanos, sin lograr obtener mejoría. En los últimos meses recibió tratamiento con A.C.T.H.A.R. y Cortisona, constituyendo esto un nuevo fracaso a sus esperanzas. Desde el mes anterior podría decirse que estaba en estado de mal asmático, pues los ataques se sucedían con tanta frecuencia que en cortos intermedios apenas mejoraba su respiración, durmiendo muy pocos minutos, a veces en la madrugada o en el curso del día, porque durante la noche era casi imposible; casi después de cada acceso expectoraba o arrojaba en vómica mucosidades espesas amarillo verdosas que alcanzaban volúmenes de 40 a 50 c.c. Había gran enflaquecimiento y sus condiciones psíquicas era de enorme escepticismo que le llevaban casi al estado neuropático; la pérdida de peso era muy marcada; (la respiración silbante y en el tórax se escuchaba en ambas caras multitud de estertores silbantes dentro de otros húmedos); con dificultades se logró tener cifra máxima de capacidad respiratoria, en varias pruebas, de 1200 c.c.; con la seguridad de que no había padecimiento anatómico-patológico que explicara el padecimiento, pues un cirujano especialista concluía "no lo puedo curar porque no se encuentra ninguna lesión" y además el tratamiento por la A.C.T.H. y la Cortisona habían fracasado. Como al hacer presión, aún suave sobre el epigastrio, se provocara aumento de la polipnea que llevaba al acceso y además, como creía haber observado el enfermo, que después de la ingestión de alimentos empeoraba del asma, consideramos que el plexo solar podría ser sitio secundario de la simpatitis y para descartar la posibilidad de alguna lesión del cardias o del diafragma, pedimos lo examinara uno de los mejores clínicos gastroenterólogos en colaboración del radiólogo, resultando que no había tales lesiones.

El tratamiento se inició por infiltraciones simpaticoterápicas de los ganglios estelares, cervicales inferiores y dorsales por la vía prevertebral, paravertebrales en la primera lumbar, mediastínicas por la vía supra-

esternal, del plexo solar y ganglio semilunar por vía gástrica intrapri-toneal y por último por la vía mediastínica posterior (entre el octavo espacio intercostal izquierdo) a dos o tres centímetros de la columna vertebral). Las soluciones inyectadas fueron todas simpaticotróficas (novocaína, yoduro de sodio, vitamina B1, clorhidrosulfato de quinina) con excepción de dos "bloqueos prolongados" de los ganglios estelares que como se recuerda se hacen con novocaína y después alcohol.

La frecuencia de los tratamientos varió de acuerdo con los efectos logrados, ya sea de mejoría, o malestar local por la aguja de inyecciones, aunque en general se hicieron cada dos días en las dos primeras semanas, do veces a la semana al mes siguiente, una a la semana del tercero, hasta terminar. Los volúmenes generalmente de 15 a 20 cc. y las dosificaciones de sustancias simpaticotróficas de acuerdo con la susceptibilidad del enfermo y los efectos logrados; para las inyecciones del plexo solar y mediastínicas usamos también antihistamínicos desensibilizantes como la histamina; la sal de quinina sólo en las fases finales, en dosis no mayores de 5 centigramos en 20 c.c. de solución de novocaína, logrando con ella los progresos más definitivos; seguimos confirmando con otras observaciones que en esta sal encontramos un gran auxiliar simpaticotrófico.

A los 5 meses la mejoría había consistido en la cesación de la crisis del asma, desaparición de la polipnea, de la expectoración; aumento de la capacidad respiratoria a lo normal, 3400 c.c. En el curso del tratamiento nos ayudamos ocasionalmente de antibióticos para tratar la infección bronquítica asociada que pudo formarse, hicimos cuidadosa psicoterapia ayudada ésta ericazmente por 3 - 0 - toloxi - 1,2 propanediol (tolserol Squibb) obteniendo curación clínica completa con recuperación integral del estado general.

Discusión. En el asma esencial los fenómenos sintomáticos constantes son debidos al espasmo patológico de la musculatura lisa que interviene en la respiración; al demostrar nosotros que la función de tono y contracción de sus músculos es gobernada por el simpático regional, el asma se explica por excitación patológica del mismo, lo que implica a su vez la simpatitis, enfermedad de fondo que hemos descrito. Estamos todavía en el estudio para saber cuáles condiciones alérgicas pueden deberse a simpatitis que se manifieste por sensibilidad exagerada del simpático y que pueda corregirse por simpaticoterapia desensibilizante o antihistamínica tópica.

Conclusiones. — Lo que se ha llamado asma esencial, es en realidad simpatitis torácica y a veces cervical y abdominal, lo que se demuestra terapéuticamente, ya que el tratamiento ade-

cuado por medio de la simpaticoterapia tópica por sustancias tróficas, logra la curación. Aunque no ha llegado el tiempo de observaciones prolongadas suficientemente, ni de estadísticas definitivas, sin embargo las observaciones que llevamos tienen una base doctrinaria firme y su ejecución el valor de experiencias clínicas, de las cuales se induce el valor general del método.

Resumen. — Recordando el conjunto de trabajos sobre la simpatitis que aparecen en su libro “Nueva Patología Funcional”, Ed. Uteha, 1951, México, el autor funda la doctrina de que el asma esencial en realidad una simpatitis principalmente torácica y la trata con éxito por medio de infiltraciones tópicas (locales), mediastínicas, paravertebrales, precervicales y aún en el plexo solar, de sustancias simpaticotróficas, entre las que ha empleado principalmente novocaína, yoduro de sodio y la quinina, sustancias desensibilizantes como la histidina, antineuríticas como la vitamina B1 y excepcionalmente neurolíticos como el alcohol. Aunque falta experiencia estadística sus observaciones tienen valor de experiencias clínicas, de las cuales pueden obtenerse deducciones generales.

BIBLIOGRAFIA

Para noticias bibliográficas véase la obra “Nueva Patología Funcional”, Ed. Uteha, 1951, México.

Dr. Prat. — Considero que no puedo hacer ningún comentario sobre esta comunicación, puesto que no tengo práctica ni experiencia sobre el tema tratado.

Cuando el Profesor López Esnaurizar envió esta comunicación, tuve el mayor gusto de que, como miembro correspondiente de la Sociedad de Cirugía la presentara en esta Sociedad, puesto que anteriormente mandó al Uruguay otra comunicación que no pudimos publicar en las revistas del Uruguay, por motivos que no es del caso comentar, que representa un gesto poco simpático que a un profesor de una facultad amiga americana, se le negara hospitalidad científica en las revistas nacionales, sobre todo, que el Prof. López fué uno de los componentes de un trío de cirujanos mexicanos que en un momento dado hicieron lo que ellos llamaron la jira de buena vecindad por todos los centros quirúrgicos de América.

Con México hemos tenido pocas relaciones científicas, y particularmente de orden quirúrgico y precisamente, esa visita de los Profesores Manzanilla, Fonseca y López contribuyó a estrechar vínculos culturales

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

y de camaradería, logrando así conocernos y comprendernos mejor, para conseguir que hoy día haya una relación más íntima y estrecha entre los cirujanos de Uruguay y Méjico; por eso he tenido gran placer y agradeczo a la Comisión de la Sociedad de Cirugía que me haya designado para realizar la lectura de la comunicación.

El Dr. López se ha ocupado mucho de estos temas de patología nerviosa y hace unos años ha asistido a varios Congresos europeos de Londres, París, Italia y americanos y ha presentado trabajos sobre esta misma especialidad del simpático. Es un émulo del Prof. Stajano aquí en el Uruguay y de quien el Prof. López acaba de hacer en el Boletín de la Academia de Cirugía de Méjico una merecida y encomiable recordación de nuestro gran amigo Stajano.