

TRATAMIENTO DEL RESFRIADO COMUN Y DE SUS COMPLICACIONES RINOSINUSALES

Dr. J. M. FERRANDO BOTET

Académico Corresponsal de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Profesor de Oto-rino-laringología de la Escuela Médico-Misionera de la I, y S. Orden de Malta.

Jefe del Servicio de O. R. L. del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús de Barcelona.

La infección virásica

EL resfriado común es una enfermedad producida por virus, como demostraron DOCHEZ y colaboradores ¹ en 1930 y más recientemente TOPPIN y ATLAS, ² del «National Institute of Health», de Washington. Todos estos autores cultivaron el virus productor, en huevos de gallina y obtuvieron su transmisión experimental al hombre. Asimismo, POLLARD y CAPLOVITZ ³ cultivaron también el virus del resfriado en huevos de gallina.

La infección producida por este virus, como es de todos conocido, causa ligera hipertermia, dolorimiento y quebrantamiento general, además de sequedad de faringe, estornudos e hipersecreción nasal de tipo seroso o seromucoso. Según POLLARD y CLAPTOVITZ, ³ el virus productor del resfriado común, es distinto del que produce la forma gripoide (temperatura, tos seca por laringotraqueítis) y del que produce el catarro broncopulmonar (confundible clínicamente con la gripe).

El resfriado común, producido por el virus, presenta la sintomatología descrita, sólo durante 3, 4 ó 5 días, y luego cura espontáneamente, pero sucede frecuentemente que mientras tanto el virus ha causado la exaltación de la virulencia de otros gérmenes como estreptococos, estafilococos, neumococos, catarralis, Pfeiffer, Friedländer, los cuales producen una rinitis que durará varios días y que será la causa posible de todas las afecciones de vecindad: rinofaringitis, sinusitis, catarros tubáricos, otitis, etc.

Terapéutica de la infección virásica

Como hemos dicho, el resfriado común propiamente dicho cura espontáneamente en pocos días, por lo que no es muy necesaria una terapéutica farmacológica, además de la higiénica habitual, consistente en aumentar el descanso y provocar la sudoración. A pesar de esto, se ha intentado yugular el proceso («cortar el resfriado») em-

pleando para ello antihistamínicos y vitamina C. Las primeras publicaciones hablando de estas terapéuticas fueron muy optimistas, pero no han resistido la experimentación de autores y organismos oficiales que han emprendido su comprobación con grandes series de enfermos. Así, HOAGLAND, DIETZ, MYERS y COSAND, ⁴ en 190 pacientes, administraron en un grupo de ellos sustancias inertes y en otro grupo, diferentes antihistamínicos por vía oral e intranasal, y no vieron diferencias notables entre los dos grupos. COWAN y DIEHL ⁵, en 367 pacientes, tampoco observaron que los histamínicos con o sin ácido ascórbico asociado, modificaran la duración o gravedad del catarro de vías altas. BROWN ⁶ no observó diferencias entre los enfermos tratados y un grupo testigo. FELLER y colaboradores ⁷ tampoco han visto la eficacia de los antihistamínicos en el resfriado experimental estudiado por inoculación intranasal del virus en voluntarios. El Comité especial designado por el «Medical Research Council» de Gran Bretaña, ⁸ para que estudiase, en el año 1950, tan importante cuestión, dictaminó que los histamínicos poseen escaso o nulo valor en el tratamiento del resfriado común.

Manifiestan algunos de estos autores que quizás el único efecto de los antihistamínicos (difícil de valorar por las grandes variaciones espontáneas) es reducir la hipersecreción nasal.

También se ha pensado en utilizar los antibióticos para combatir al virus causante del resfriado común, pero BLOMFIELD ⁹ dice que no es influido por ellos.

Así pues, no pudiendo emplear con éxito una terapéutica para combatir el resfriado común propiamente dicho, tendremos que dirigir nuestro esfuerzo a luchar contra la rinitis bacteriana y sus complicaciones, que es, en la inmensa mayoría de los casos, la secuela de la infección virásica del resfriado común.

RINITIS BACTERIANA

Tratamiento Preventivo

Es sabido que la receptividad para el resfriado común y para la rinitis, es muy diferente en los distintos individuos. Pues bien, podemos variar bastante las condiciones individuales para hacer a una determinada persona menos receptible. Casi todas las medidas que hay que tomar para ello, tendrán que efectuarse cuando el paciente esté libre de su rinitis, lo cual es muy importante, pues en caso contrario, muchas veces agravaríamos la rinitis que deseamos curar. Aconsejaremos al paciente una cura de «endurecimiento» por medio de deportes, duchas frías, baños de sol, etcétera. Si en el examen del paciente encontramos infecciones crónicas vecinas, tales como sinusitis, amigdalitis, adenoiditis, bronquitis, etc., habrá que curar

éstas, con medios médicos o quirúrgicos. También es imprescindible la corrección de deformaciones nasales, tales como desviaciones del tabique nasal e hipertrofias de cornetes, cuando unas u otras son muy acentuadas e impiden el fisiologismo nasal. Las medianas hipertrofias de cornetes, muchas veces son consecuencia y no causa de la rinitis crónica o recidivante y ceden con un adecuado tratamiento de ésta. Las desviaciones de tabique nasal son causa de reiteración o cronicidad de las rinitis cuando están en la parte alta de las fosas nasales, pues esta zona es muy estrecha y, por lo tanto, ocluíble fácilmente y su oclusión dificulta el drenaje etmoidal. Las crestas, espolones, engrosamientos de la base del septum, etc., si no son dobles y no dificultan mucho la respiración nasal, no hemos visto que tengan ninguna influencia.

Prescribiremos una dieta abundante en vitaminas A, D y C y además suplementaremos la dieta con vitamina A (por ejemplo, con 400 mil unidades quincenales) para obtener una mayor resistencia de la mucosa nasal a la infección.

La vacunación anticatarral tenemos comprobado que es muy efectiva si se tienen en cuenta al aplicarla las siguientes condiciones:

1.º Que el sujeto no sea portador de una infección crónica, para lo cual habrá que hacer una minuciosa exploración en busca de

amigdalitis o etmoiditis ligeras que pueden pasar inadvertidas, y caso de encontrar tal infección, tratarla antes adecuadamente, médica o quirúrgicamente.

2.º No provocar con la vacunación reacciones generales más que débiles y cortas.

3.º Mantener la vacunación varios meses, pues la inmunidad es de corta duración.

Ciertos trastornos endocrinos, en especial el hipotiroidismo, influyen haciendo al paciente más receptible a las infecciones catarrales de las vías altas, y así hemos visto algunos casos en que fracasaba todo el tratamiento preventivo indicado, en los cuales, después de diagnosticar y tratar adecuadamente el hipotiroidismo, ha cesado la morbilidad catarral sin otro tratamiento.

No hay que decir que también influyen sobre la receptividad a las rinitis todas las enfermedades crónicas cuando provocan una baja del estado nutritivo e inmunitario general.

Tratamiento curativo

Según nuestra experiencia, la vía de medicación más eficaz es la tópica y es lógico, pues siendo el catarro una infección superficial de la mucosa, los fármacos llegarán a ella en una concentración mucho mayor por instilación que por vía hemática.

Siguiendo los importantes estudios de fisiología nasal de PROETZ, ¹⁰ sabemos que la medicación tópica en las fosas nasales debe ser aplicada a la temperatura de 30° y no contener sustancias que frenen el movimiento de los cilios vibrátiles de la mucosa nasal o destruyan los mismos. Para que se cumpla esta última condición, las soluciones deben ser neutras o con pequeñas variaciones (pH de 5,5 a 6,5) e isotónicas, y aun no todas las soluciones con estas características son inocuas. Así, vemos que entre los antisépticos, casi unicamente el vitelinato de plata a concentraciones de menos del 2 % no resulta perjudicial, y lo son, en cambio, el nitrato de plata a cualquier concentración, el eucaliptol ya al 1 %, etc.

Entre los antibióticos, la tirotricina paraliza la acción ciliar ya a concentraciones del 1 por 5.000 y por no ser soluble más que en agua destilada, sus soluciones no pueden ser isotónicas. La penicilina en soluciones isotónicas hasta de 5.000 unidades por centímetro cúbico, no tiene efecto pernicioso, así como la estreptomycinina.

Otra condición requerida según PROETZ para la medicación tópica nasal, es su solubilidad en el agua, pues si no es así, no es miscible con el moco nasal que contiene un 99 % de agua, y por lo tanto, la medicación no llega a éste. Por esta causa las soluciones oleosas y las pomadas tienen muy poca eficacia.

Además, la mayoría de aceites tienen una acción irritante.

El cloramfenicol y la aureomicina no son apropiados para la medicación en la mucosa nasal normal, por no ser solubles en suero fisiológico. Tampoco lo es, por la misma razón, el sulfatiazol. Las sulfamidas solubles son, la mayoría de ellas compuestos sódicos (sulfamida sódica, sulfatiazol sódico) de un pH muy alto y destruyen los cilios. Sólo la sulfacetamida sódica, o P-aminobenzenoacetilsulfonamida, es neutra y puede emplearse hasta una concentración del 15-17 %, pues a una concentración más alta tiene una tensión osmótica demasiado elevada.

Vemos, pues, que para combatir la infección bacteriana nasal de una manera eficaz, siendo bien tolerada por su mucosa, tenemos casi exclusivamente tres sustancias: la estreptomycinina, la penicilina y la sulfacetamida sódica. La primera tiene la enorme desventaja de ser activa sólo frente a muy pocos gérmenes causantes de las rinitis inespecíficas. Estos son principalmente el estafilococo, el neumococo, el estreptococo, el pseudodiftérico, el Neisseria Catarrhalis o Micrococcus catarrhalis, el Hemophilus Influenzae o bacilo de Pfeiffer y el Klebsiella Pneumoniae o bacilo de Friedländer. Pues bien, la estreptomycinina sólo es eficaz contra estos dos últimos gérmenes, mientras que tiene una acción pequeña o nula contra todos los restantes,

por lo cual sólo la usamos asociada a la penicilina o sulfacetamida (con lo que se potencia su acción), en rinitis crónicas en las cuales hemos visto que el *Hemophilus* y el *Klebsiella* son más frecuentes.

La penicilina tiene una eficacia de todos conocida, si bien de año en año van aumentando las cepas resistentes a la misma. Recientemente, ROMANSKI ¹¹ encuentra que son resistentes a la penicilina el 60 por 100 de estafilococos dorados, blancos y hemolíticos (en el año 1947 sólo lo eran el 30 %) y asimismo muestran resistencia a la penicilina el 29 % de estreptococos viridans. En comparación con la sulfacetamida sódica, tiene además la penicilina el inconveniente de que su espectro antibacteriano es algo menor (no comprende el *Hemophilus Influenzae* ni el *Klebsiella pneumoniae*).

El mayor inconveniente de la penicilina es su gran acción sensibilizadora, mayor aún aplicada en instilaciones que por vía parenteral, y que provoca reacciones locales y generales a veces de extraordinaria severidad. En España, CURIESES DEL AGUA ¹² se ocupa de este peligro y JIMÉNEZ DÍAZ ¹³ lo estudia con mayor amplitud y encuentra un 1 % de sensibilizaciones a la penicilina, siendo los cuadros más frecuentes el shock anafiláctico y la urticaria. En el extranjero llaman la atención sobre la creciente frecuencia e importancia de las reacciones a la penicilina, FEINBERA

y colaboradores ¹⁴ y KERN y WIMBERLEY Jr., ¹⁵ los cuales aconsejan como principal medida preventiva de estos accidentes, no administrar la penicilina más que cuando esté absolutamente indicada. Según estos últimos autores, la penicilina es la causa más frecuente de alergia medicamentosa y los casos de muerte son debidos a shock anafiláctico, a dermatitis exfoliativa o a graves reacciones vasculares irreversibles, como la periarteritis nudosa.

La sulfacetamida sódica no provoca, en cambio, reacciones de hipersensibilidad y es muy estable en solución, cualidad que no tienen tampoco los antibióticos. Su espectro bacteriano es más amplio que el de cada uno de los mismos y aunque su eficacia antibacteriana es menor que la de éstos, en cura tópica se obvia esta dificultad aumentando la concentración de la sulfacetamida sódica. Muy recientemente un autor americano, DUEMLING, ¹⁶ publica las excelencias de la sulfacetamida sódica para la cura tópica, lo cual es notable por venir de un país en el que tanto se usan los antibióticos.

Es sabido que las sulfamidas no tienen acción *in vitro*, por lo cual no tenemos pruebas de laboratorio demostrativas de la acción de la sulfacetamida sódica, pero en cambio, tenemos una dilatada experiencia clínica que nos ha demostrado *in vivo* la eficacia de este medicamento en las rinitis.

La infección catarral trae como consecuencia la congestión de la mucosa nasal y la hipersecreción de sus células glandulares. Practicando una terapéutica antimicrobiana, haremos un tratamiento etiológico que determinará la descongestión y normosecreción de la mucosa, pero será mucho más útil emplear una terapéutica combinada para obtener de forma sintomática estas acciones, pues más que la infección, benigna en sí, la hipersecreción y la congestión de la mucosa, con la obstrucción nasal que determinan, son las consecuencias más molestas de las rinitis, y las que conviene, por tanto, atajar lo antes posible. Además, como las complicaciones sinusales son debidas en gran parte al déficit de drenaje, se previenen con estas medidas terapéuticas.

Siguiendo las directrices fundamentales de la terapéutica rinológica que hemos expuesto: eficacia de la sulfacetamida sódica a grandes concentraciones (del 15 al 18 por 100) y necesidad de su asociación a vasoconstrictores y frenadores de la secreción, desde hace años prescribimos a nuestra clientela hospitalaria y privada y hemos usado también en autoaplicación, soluciones de sulfacetamida sódica con atropina y betafenilisopropilamina.

La betafenil-isopropil-amina es según nuestra experiencia, la sustancia vasoconstrictora de acción más enérgica y prolongada. Con

el sulfato de atropina se consigue un efecto disminuidor de la secreción y astringente muy considerable. El conjunto de la solución es casi isotónico y su pH es de 7,4.

La eficacia de la medicación para las fosas nasales llegará al máximo, cuando se ponga en contacto con toda su superficie interior y la del cavum, que es fisiológicamente una parte de la nariz, y en el que muchas veces se mantienen las secreciones que la acción ciliar impele hacia él. Claro está que esto sólo se podrá hacer cuando la medicación sea neutra, isotónica y no irritante, pues la parte alta de las fosas nasales es mucho más sensibles que su suelo. Además, debe aplicarse a temperatura de unos 30°.

Para conseguir que la medicación llegue a ponerse en contacto con toda la superficie nasal, debe administrarse en aerosol o pulverización o bien en instilación abundante (1 c. c. en cada fosa nasal aproximadamente), estando el paciente con la cabeza casi vertical invertida (posición de Proetz), con lo que se llenarán las fosas nasales sin verter hacia la boca. Preferimos esta forma de administración al aerosol o pulverización, porque así la cantidad de medicación que llega a la mucosa es mayor y se aumenta su eficacia, sobre todo la bacteriostática.

Esta forma de administración nasal aumenta extraordinariamente la eficacia de la misma, sobre

todo en las rinitis subagudas y crónicas, en las que hay celdillas etmoidales infectadas que mantienen la infección.

La medicación así administrada, es de efectos sorprendentemente rápidos y eficaces en las esfenoiditis, pues así entra en estos senos el bacteriostático en gran cantidad. Para las rinofaringitis, la ventaja no es sólo la terapia de la mucosa, sino el efecto fluidificante sobre las secreciones mucopurulentas, que de otra manera tan rebeldes se muestran para dejar vencer su adherencia.

Asimismo, en los catarros tubáricos, con esta forma de administración, medicamos directamente los rodetes tubáricos y la entrada de las trompas, lo cual se traduce en una mejoría inmediata en las formas agudas.

MEDICACION INTRASINUSAL POR EL METODO DE DESPLAZAMIENTO

Con la referida posición de PROETZ, la medicación entra en contacto con los ostium de drenaje de los senos maxilares y frontales, pero no penetra en los mismos, porque cuando una cavidad pequeña conteniendo aire y con un orificio de entrada pequeño está sumergida en un líquido a la misma presión que el contenido, no se produce la salida del aire necesaria para la entrada del líquido. Este fenómeno no ocurre solamente en el cuerpo humano, sino que es general y lo

podemos observar manteniendo un cuentagotas sumergido en una cubeta llena de agua. Para que se produzca la salida del aire, debe haber una diferencia de presión, positiva para la cavidad o recipiente sumergido y cuando la presión se iguale, entrará el líquido (caso, por ejemplo, de apretar y soltar después la goma del cuentagotas).

Para que llegue una medicación al interior de los senos maxilares y frontales, PROETZ, partiendo de la existencia del fenómeno expuesto, ideó y llevó a la práctica el método denominado de desplazamiento, que consiste en colocar al paciente en la posición de PROETZ ya indicada, instilar 2 ó 3 c. c. en cada fosa nasal y luego, en vez de aumentar la presión del receptáculo sumergido (como en el ejemplo del cuentagotas) se consigue una idéntica diferencia de presión positiva para éste, disminuyendo la presión del líquido que lo baña. En la práctica se actúa haciendo pronunciar el diptongo «aug» (o parecidos), para que así se cierre el velo del paladar e incomunique por detrás las fosas nasales, y simultáneamente obturando un orificio nasal y conectando en el otro por medio de una oliva el tubo de una bomba que dé presión negativa de 15 centímetros de mercurio.

Se hacen las aspiraciones con períodos de descanso, en los cuales respira el enfermo y, además, se va instilando más líquido en las fosas nasales y al repetir varias ve-

ces este ciclo, se consigue que se llenen los senos de la cara y las células etmoidales. Si hay obstrucción nasal, hay que instilar previamente en la nariz un vasoconstrictor.

Para la aplicación terapéutica del método de Proetz, hay que hacer practicar éste al enfermo, 2 ó 3 veces al día, lo cual resulta engorroso por la participación médica y de instrumental especial que significa.

Para obviar esta dificultad, ERMIRO DE LIMA,¹⁷ en el año 1938, publicó una modificación consistente en que la presión negativa, en vez de ser obtenida mediante una bomba, se consigue con la aspiración forzada que practica el propio enfermo con los orificios nasales tapados. De esta forma se consiguen presiones negativas de 6 a 10 centímetros de mercurio, que son ya absolutamente suficientes para el fin previsto.

Si en los senos existe abundante secreción mucopurulenta, podemos hacer una maniobra previa de desplazamiento y que al hacer vaciar dicha secreción, aumentará mucho más aún la eficacia de aquél. Se trata de colocar al enfermo con la cabeza en decúbito lateral, con los senos enfermos en el lado de arriba y en esta posición y antes de llenar las fosas nasales (sólo instilando previamente un vasoconstrictor si hay obstrucción nasal) mandar hacer las aspiraciones de Ermiro de Lima, con las

cuales las secreciones pasarán a fosas nasales y podrán ser expulsadas.

Las condiciones que han de tener las sustancias que se instilan en las fosas nasales, para no ser perjudiciales para la mucosa, han de ser conservadas aún más escrupulosamente cuando se quieran hacer penetrar en los senos paranasales mediante el método de desplazamiento. La solución de aminobencenosulfonamida sódica, nos ha dado desde hace años rápidos y excelentes resultados para la curación de sinusitis agudas y subagudas y sobre todo con la adición de un vasoconstrictor enérgico (sulfato de betafenil-isopropilamina) y frenadores de la secreción (sulfato de atropina).

La eficacia del método de desplazamiento para el tratamiento de las sinusitis, la atestiguan varios autores. En el extranjero, recientemente, REED¹⁸ preconiza para el tratamiento sinusal, el método de desplazamiento de Ermiro de Lima, al que llama «Valsalva invertido», y BOIES¹⁹, en Norteamérica, y BERGE²⁰ en Francia, ambos en el año 1951, aconsejan para el tratamiento de las sinusitis, la medicación con soluciones sulfamídicas aplicadas mediante el método de desplazamiento, que BERGE utiliza con la modificación de ERMIRO DE LIMA.

En España, ALONSO FERRER,²¹ en el año 1944, ya expuso la diferencia de eficacia de las instilacio-

nes nasales corrientes que sólo discurren por el suelo de las fosas, o bien cuando gracias a la posición de la cabeza, bañan todas las fosas y sobre todo cuando se practica el método de desplazamiento.

Nosotros, como alumnos suyos, ya recomendamos este método desde hace muchos años y en varias publicaciones nuestras lo hemos dado a conocer, para la obtención de radiografías con Lypiodol,²² así como para el tratamiento de sinusitis en general²³ o de etmoiditis.²⁴

La medicación intrasinusal con soluciones concentradas de acetil-sulfamida o bien antibióticos, me-

dante el desplazamiento, tiene su campo de acción limitado por causas generales (enfermos caquécticos) o causas locales (poliposis en el ostium, etc.) y en ocasiones tendrá que ser sustituida por la cirugía o por la medicación antibiótica y bacteriostática parenteral o *per os*. Pero casi siempre la medicación intrasinusal por desplazamiento, como medicación coadyuvante y en muchas ocasiones como medicación única, es de gran utilidad en el tratamiento de todas las sinusitis, y en especial de las frontales, esfenoidales y etmoidales.

BIBLIOGRAFIA

1. DOCHEZ y colaboradores, citado por A. Domínguez, «Medicina», Año XXI, número 2, pág. 85, Agosto 1953.
2. TOPPIN y ATLAS, citado por Domínguez, «Ioco citato».
3. POLLARD y CLAPLOVITZ, citados por Domínguez, «Ioco citato».
4. HOAGLAND, R. J.; DIETZ, E. N.; MYERS, P. V. y COSAND, H. C. — J. A. M. A., volumen 143, pág. 157, 13 mayo 1950.
5. COWAN, P. W. y DIEHL, H. S. — J. A. M. A., vol. 143, pág. 421, 3 junio 1950.
6. BROWN, S. F. — Journal Lancet, 70, 293, agosto 1950.
7. FELLER y colaboradores, citado por Blomfield, A. L. — J. A. M. A., vol. 144, pág. 287, septiembre 1950.
8. Comité especial del «Medical Research Council». Brit. Med. Jour., núm. 4676, página 425, 1950.
9. BLOMFIELD, A. L. — J. A. M. A., volumen 144, pág. 287, septiembre 1950.
10. PROETZ, A. W. — «Applied Physiology of de Nose». Annals Publishing Co. Ed: St. Louis (U. S. A.), 1953.
11. ROMANSKY, M. J. — Med. et Hyg., Julio 1, 1953.
12. CURIESES DEL AGUA, A. — Alergología, Año 1951, núm. 1, pág. 25.
13. JIMÉNEZ DÍAZ, C. — Rev. Clin. Esp., 15 noviembre 1952, tomo 47, pág. 143.
14. FEINBERG, S; M. FEINBERG, A. R. y MORÁN, L. F. — J. A. M. A., 152; 144; 19 mayo 1953.
15. KERN, R. A., y WIMBERLEY Jr., N. A. — The American Journal of the Medical Sciences, 226; 357, octubre 1953.
16. DUEMLING, W. W. — Archives of Dermatology and Syphilology, 69; 75, enero de 1954.
17. ERMIRO DE LIMA. — Les Annales d'Oto-laryngologie, año 1938, núm. 10, página 929.
18. REED, G. F. — Annals of Otorrinolaryng. Vol. LXI, núm. 1, pág. 112, marzo 1952.
19. BOIES, L. R. — Diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades de la Garganta, Nariz y Oídos. Ed. Interamericana, México, 1951.
20. BERGE, Yves. — Les Annales d'Oto-laryngologie. Tomo 68, núm. 10, pág. 709, octubre 1951.
21. ALONSO FERRER, E. — Boletín del Consejo General de los Colegios Médicos de España. Año V, núm. 34, pág. 2, Madrid, septiembre 1944.
22. FERRANDO BOTET, J. M. — La infección focal amigdalina en Dermatología. Colección de Manuales de Medicina Práctica. Salvat Editores, Barcelona, 1948.
23. FERRANDO BOTET, J. M. Medicina Clínica. Tomo XVII, núm. 1, pág. 12, julio 1951.
24. FERRANDO BOTET, J. M. — Comunicación presentada al V Congreso Internacional de O. R. L. Amsterdam, junio 1953.