

# ¡La tos no se me va!

## » Autores

**Mireia Hernández Ribera<sup>1</sup>, Montserrat Ciurana Tebé<sup>1</sup>, Joan Llosa Ventura<sup>2</sup>**

1 Médica de familia del CAP Manresa 2, Manresa

2 Médica de familia del CAP Berguedà, Berga

## » Correctores

Mèncià Benítez Camps y José Aoiz Linares

## » Correspondencia

**Mireia Hernández Ribera**

Dirección electrónica: [maeria\\_ty@hotmail.com](mailto:maeria_ty@hotmail.com)

Publicado: 1 de diciembre del 2009

**Butlletí 2009, 27:18**

Éste es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## INTRODUCCIÓN

La tos es un motivo frecuente de consulta, secundario a múltiples procesos patológicos (infecciones, efecto secundario de medicamentos, etc.). Suele ser un síntoma inespecífico que nos obliga a realizar un estudio global del paciente en la búsqueda del diagnóstico etiológico. A menudo, al principio no le damos mucha importancia, solo cuando la tos se vuelve crónica<sup>1</sup> o cuando desde el inicio lleva asociados otros síntomas o signos de alarma prestamos atención. Debemos ser capaces de valorar individualmente cada caso para no infravalorar una patología potencialmente grave.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 80 años sin hábitos tóxicos ni alergias conocidas. Como antecedentes personales presenta infecciones urinarias de repetición, presbiacusia, vértigos periféricos, hemorroides, colon irritable, hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo II, poliartrosis, trastorno de ansiedad, arritmia por reentrada ventricular (Síndrome de Wolf-Parkinson-White), hipertensión arterial. Tratamiento actual: levotiroxina 75mg, bromazepam 3mg, diltiazem retard 120mg, paracetamol 1 gr., lisinopril/hidroclorotiazida 20/12.5.

Consultó en mayo de 2008 por cuadro catarral (tos irritativa y rinorrea) que después de la exploración se diagnostica de virasis y se trata con dextrometorfano y paracetamol. Un mes después vuelve a la consulta por persistencia de tos no productiva, de predominio nocturno, al reinterrogar a la paciente niega antecedentes respiratorios excepto tendencia a resfriados (1-3/año) con tos, que le duran 1-2 semanas desde muy joven, niega disnea, pero sí que tiene a veces sibilantes, niega factores desencadenantes excepte al entrar en lugares cerrados, al hacer esfuerzos, al reír y más al encamarse. En la auscultación presenta sibilantes dispersos y se orienta como broncospasmo, se trata con budesonida y salbutamol.

La paciente vuelve a la consulta y nos explica una discreta mejoría, realizamos una Radiografía de tórax (sin hallazgos significativos) y una espirometría con prueba broncodilatadora (que son negativas). Ante la persistencia de la tos se decide cambiar el IECA por un ARAII sin que se resuelva la tos. Visitada a ORL que no detecta goteo nasal posterior<sup>2</sup> ni obstrucción nasal. En agosto se orienta como una posible tos por reflujo gastroesofágico<sup>3</sup> ya que la paciente explica que presenta dispepsia postprandial y se inicia pantoprazol 40 mg que no mejora la clínica de tos. Se decide realizar fibrolaringoscopia (que detecta un pequeño quiste en cavum y discreto edema de aritenoides) y TAC torácica (adenopatía subcarinal calcificada en relación a proceso antiguo y sin significación actual).

La paciente vuelve a consulta por persistencia de la tos y se decide realizar una interconsulta a neumología donde le piden una broncoscopia<sup>4</sup> que detecta: cuerdas y carena normales, traquea y bronquios principales hasta lobares con malacia grado II-III (se colapsan del todo con la tos y casi del todo al espirar).

Con el diagnóstico de Traqueobroncomalacia grado II-III se deriva a fisioterapia respiratoria<sup>5</sup> para que aprenda a hacer drenaje bronquial aumentando presión intrabronquial. La paciente presenta gran mejoría clínica.

## DISCUSIÓN

La tos es un mecanismo protector de la vía respiratoria, que intenta expulsar secreciones u otras partículas del árbol traqueobronquial. La tos puede ser aguda o crónica. La tos crónica es aquella que persiste o que es recurrente y dura más de tres semanas y no está asociada a un proceso agudo. Algunos autores consideran que puede tener una duración hasta 8 semanas después de una infección respiratoria debido a la hiperactividad de las vías aéreas.

En la mayoría de los casos (60-65%) podemos determinar la causa y aplicar un tratamiento etiológico<sup>6</sup>. En el resto se realizará un enfoque de los síntomas.

La tos crónica es un síntoma clínico muy habitual, su prevalencia varía entre un 14 a un 40% en adultos no fumadores<sup>7</sup>. En la mayoría de los pacientes suele existir una etiología única (38-62% de los casos), a pesar de que el 18-60% pueden presentar dos o más causas. La causa más habitual que produce tos crónica por sí sola, sin ninguna otra causa concomitante, es el tabaquismo. Las causas más frecuentes de tos crónica en pacientes no fumadores pueden verse en la **tabla 1**.

**Tabla 1. Causas de tos crónica en no fumadores**

<b>Causas más frecuentes de tos crónica en no fumadores</b>
Goteo nasal posterior (rinitis o sinusitis) (8-87%)
Asma e hiperactividad bronquial (20-33%)
Reflujo gastroesofágico (ERG) (10-21%)
Bronquitis crónica y EPOC: (5%)
Bronquitis eosinofílica
Bronquiectasias
Carcinoma broncogénico
Fármacos (IECA y otros)
Enfermedades intersticiales difusas pulmonares y TBC
Tos postinfecciosa
Tos psicógena
<b>Causas poco frecuentes de tos crónica en no fumadores</b>
Infección pulmonar oculta
Insuficiencia cardíaca izquierda
Cuerpo extraño inhalado
Bronquitis por exposición tóxica
ORL: Poliposis nasal, alteraciones anatómicas
Traqueobroncomalacia
Obstrucción de las vías respiratorias altas: tumores traqueales, laríngeos, tifoideos, malformaciones vasculares
Otros: miopatías, neuropatía (neurinoma del nervio vago), enfermedades inmunológicas arteritis de la temporal)...

La traqueobroncomalacia es un trastorno de las vías aéreas en la que existe una debilidad de sus paredes, con el consecuente riesgo de obstrucción. Sus causas en el adulto aparecen en la **tabla 2**<sup>8</sup>.

**Tabla 2. Causas de traqueobroncomalacia en el adulto**

<b>Causas primarias de traqueobroncomalacia en el adulto:</b>
Congénita
Traqueobroncomalacia idiopática
<b>Causas secundarias de traqueobroncomalacia en el adulto:</b>
Intubación endotraqueal
Traqueotomía
Traumatismo torácico
Trasplante pulmonar
EPOC (enfisema )
Compresión extrínseca (bocio, tumores )

La paciente del cas no ha presentado clínica hasta edad adulta, descartándose causa congénita (provoca clínica en la infancia), tampoco tiene ninguna causa secundaria de traqueobroncomalacia, por lo que se diagnosticó de Traqueobroncomalacia Idiopática del adulto.

La tos crónica presenta un amplio abanico de etiologías. Una buena anamnesis y exploración física nos permite orientar el diagnóstico y solicitar las exploraciones complementarias más adecuadas, derivando a la atención especializada según la sospecha diagnóstica. En este caso encontramos una causa poco frecuente de tos como es una traqueobroncomalacia y la dificultad para llegar a su diagnóstico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Patrick H, Patrick F. Chronic cough. Med Clin North Am 1995; 79: 361-373.
2. De Diego A, Perpiña M. Estudio y diagnóstico de la tos crónica en el adulto. Archivos de Bronconeumología 2000; 36: 208-220.
3. Ross Lawler W. An office approach to the diagnosis of chronic cough. American Family Physician 1998; 58: 2015-2022.
4. J.P. González Valencia. Metodologías diagnósticas en neumología pediátrica: radiología, broncoscopia, exploración funcional y gammagrafía pulmonar. Pediatr Integral 2004; VIII(1):29-36.
5. Becker P. Rehabilitación pulmonar. En: Cuidados respiratorios. Madrid: Mc Graw-Hill, 1992; 215-230.
6. Irwin RS, Curley FJ, French CL. Chronic cough, the spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. Am Rev Respir Dis 1990; 141: 640-7.
7. Guía de Actuación en Atención Primaria SEMFYC: 471-472.
8. Carden, Boiselle, waltz & Ernst. Chest 2005; 127: 984-1005.