

La tos no em marxa!

>> Autors

Mireia Hernández Ribera¹, Montserrat Ciurana Tebé¹, Joan Llosa Ventura²

1 Metgessa de família del CAP Manresa 2, Manresa

2 Metge de família del CAP Berguedà, Berga

>> Correctors

Mèrcia Benítez Camps i José Aoiz Linares

>> Correspondència

Mireia Hernández Ribera

Adreça electrònica: maeria_ty@hotmail.com

Publicat: 1 de desembre de 2009

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol27/iss4/3/>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓ

La tos és un motiu freqüent de consulta, secundari a múltiples processos patològics (infeccions, efecte secundari de medicaments, etc). Sol ser un símptoma inespecífic que ens obliga a realitzar un estudi global del pacient a la recerca del diagnòstic etiològic. Sovint no donem gaire importància d'entrada, solament quan la tos es fa crònica¹ o quan des de l'inici porta associats altres símptomes o signes d'alarma prestem atenció. Hem de ser capaços de valorar individualment cada cas per no infravalorar una patologia potencialment greu.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient dona de 80 anys sense hàbits tòxics ni al·lèrgies conegudes. Com a antecedents personals presenta infeccions urinàries de repetició, presbiacúsia, vertígens perifèrics, hemorroides, colon irritable, hipotiroidisme, diabetis mellitus tipus II, poliartritis, trastorn d'ansietat, arítmia per reentrada ventricular (Síndrome de Wolf-Parkinson-White), hipertensió arterial. Tractament actual: levotiroxina 75mg, bromazepam 3mg, diltiazem retard 120mg, paracetamol 1 gr., lisinopril/hidroclorotiazida 20/12.5.

Consultà al maig del 2008 per quadre catarral (tos irritativa i rinorrea) que després de l'exploració es diagnosticava de virasi i es tracta amb dextrometorfan i paracetamol. Un mes després torna a la consulta per persistència de tos no productiva, de predomini nocturn, al reinterrogar a la pacient nega antecedents respiratoris excepte tendència a refredats (1-3/any) amb tos, que li duren 1-2 setmanes des de molt jove, nega dispnea, però sí que té de vegades sibilants, nega factors desencadenants excepte a l'entrar en llocs tancats, al fer esforços, al riure i més a l'enllitar-se. A l'auscultació presenta sibilants dispersos i s'orienta com a broncospasme, es tracta amb budesonida i salbutamol.

La pacient torna a la consulta i ens explica una discreta milloria, realitzem una Radiografia de tòrax (sense troballes significatives) i una espirometria amb prova broncodilatadora (que són negatives). Davant la persistència de la tos es decideix canviar l'IECA per un ARAII sense que es resolgui la tos. Visitada a ORL que no detecta goteig nasal posterior² ni obstrucció nasal. A l'agost s'orienta com un possible tos per reflux gastroesofàgic³ ja que la pacient explica que presenta dispèpsia postprandial i s'inicia pantoprazol 40 mg que no millora la clínica de tos. Es decideix realitzar fibrolaringoscòpia (que detecta un petit quist a càvum i discret edema d'aritenoides) i TAC toràcica (adenopatia subcarinal calcificada en relació a procés antic i sense significació actual).

La pacient torna a consulta per persistència de la tos i es decideix fer una interconsulta a pneumologia on li demanen una broncoscòpia⁴ que detecta: cordes i carina normals, tràquea i bronquis principals fins a lobars amb malàcia grau II-III (es col·lapsen del tot amb la tos i quasi del tot a l'espigar).

Amb el diagnòstic de Traqueobroncomalàcia grau II-III es deriva a fisioteràpia respiratòria⁵ perquè aprengui a fer drenatge bronquial augmentant pressió intrabronquial. La pacient presenta gran millora clínica.

DISCUSSIÓ

La tos és un mecanisme protector de la via respiratòria, la qual intenta expulsar secrecions o altres partícules de l'arbre traqueobronquial. La tos potser aguda o crònica. La tos crònica és aquella que persisteix o que és recurrent i dura més de tres setmanes i no està associada a un procés agut. Alguns autors consideren que pot tenir una duració fins a 8 setmanes després d'una infecció respiratòria degut a la hiperactivitat de les vies aèries.

En la majoria de los casos (60-65%) podem determinar la causa i aplicar un tractament etiològic⁶. En la resta es farà un enfocament dels símptomes.

La tos crònica és un símptoma clínic molt habitual, la seva prevalença varia entre un 14 a un 40% en adults no fumadors. En la majoria dels pacients sol existir una etiologia única (38-62% de los casos), malgrat que el 18-60% poden presentar dos o més causes. La causa més habitual que produeix toc crònica per sí sola, sense cap altra causa concomitant, és el tabaquisme. Les causes més freqüents de tos crònica en pacients no fumadors⁷ poden veure's en la **taula 1**.

Taula 1. Causes de tos crònica en no fumadors

Causes més freqüents de tos crònica en no fumadors
Goteig nasal posterior (rinitis o sinusitis) (8-87%)
Asma i Hiperactivitat bronquial (20-33%)
Reflux gastroesofàgic (ERG) (10-21%)
Bronquitis crònica i MPOC: (5%)
Bronquitis eosinofílica
Bronquiectàcies
Carcinoma broncogènic
Fàrmacs (IECA i altres)
Malalties intersticials difuses pulmonars i TBC
Tos postinfecciosa
Tos psicògena
Causes poc freqüents de tos crònica en no fumadors
Infecció pulmonar oculta
Insuficiència cardíaca esquerra
Cos estrany inhalat
Bronquitis per exposició tòxica
ORL: Poliposis nasal, alteracions anatòmiques
Traqueobroncomalàcia
Obstrucció de les vies respiratòries altes: tumors traqueals, laringis, tiroïdals, malformacions vasculars
Altres: miopaties, neuropatia (neurinoma del nervi vague), malalties immunològiques arteritis de la temporal)...

La traqueobroncomalàcia és un trastorn de les vies aèries en la que existeix una debilitat de les seves parets, amb el conseqüent risc d'obstrucció. Les seves causes en l'adult apareixen en la **taula 2**⁸.

Taula 2. Causes de traqueobroncomalàcia en l'adult

Causes primàries de traqueobroncomalàcia en l'adult :
Congènita
Traqueobroncomalàcia idiopàtica
Causes secundàries de traqueobroncomalàcia en l'adult :
Intubació endotraqueal
Traqueotomia
Traumatisme toràcic
Trasplantament pulmonar
MPOC (emfisema)
Compressió extrínseca (goll, tumors)

La pacient del cas no ha presentat clínica fins l'edat adulta, descartant-se causa congènita (provoca clínica a la infància), tampoc té cap causa secundària de traqueobroncomalàcia, per la qual cosa es va diagnosticar de Traqueobroncomalàcia Idiopàtica de l'adult.

La tos crònica presenta un ampli ventall d'etiologies. Una bona anamnesi i exploració física ens permet orientar el diagnòstic i sol·licitar les exploracions complementàries més adients, derivant a l'atenció especialitzada segons la sospita diagnòstica. En aquest cas trobem una causa poc freqüent de tos com és una traqueobroncomalàcia i la dificultat per arribar al seu diagnòstic.

BIBLIOGRAFIA

- 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, Boisselle, Waltz & Ernst. Chest 2005; 127: 984-1005.