



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



347/2477 - LO QUE LA TOS ESCONDE

S. Gil García^a, M. Galán Berasaluce^b, I. Iniesta Hernández^c y R. Provencio Hernando^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 42 años alérgica a pirazolonas y buscapina, no fumadora, neumonía en 2014 y dislipemia en tratamiento con simvastatina como únicos antecedentes médicos. Refiere tos de más de 3 años de evolución. Trabaja como reponedora y convive con un perro en domicilio desde hace años. Estudiada por Neumología en 2008, probable asma bronquial, sin mejoría a pesar del tratamiento pautado, por lo que acude años después a nuestra consulta. Refiere tos seca, continua, persistente, sin claros desencadenantes. Leve mejoría nocturna, aunque dificulta el sueño. Niega sibilancias ni disnea, sin reflujo, ni otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: SatO₂ 98%. ACP: mvc, sin rsa. Rx tórax (02/01/15): sin alteraciones. Analítica (13/01/15): Col 229. Neumología: espirometría (23/01/15): FEV₁ 127%; FVC 126%; FEV₁/FVC 0,86%. Test metacolina -. Broncoscopia: N. BAAR -. Citología: cambios celulares reactivos. Biopsia bronquial: metaplasia escamosa, no malignidad. TAC tórax (04/03/15): sin alteraciones. Alergología: pruebas cutáneas en Prick+ a polen olivo, dermatophagoide. IgE total: 75 UI/ml. Test broncodilación y metacolina -. ORL: fibroscopia: sin alteraciones. TAC senos: sin alteraciones. Digestivo: gastroscopia (05/11/15): pangastritis eritematosa leve. pHmetría (22/01/16): no RGE. Cardiología: ECG 19/01/16: sin alteraciones. Ecocardiograma 11/15: sin hallazgos.

Orientación diagnóstica: Iniciamos el estudio siguiendo el algoritmo diagnóstico, excluidos el tabaco y IECAs. Se realiza analítica y Rx de tórax sin alteraciones y se deriva a neumología para estudio de asma bronquial no confirmado. Tras pruebas complementarias se descarta patología y pautan broncodilatador, sin mejoría (comprobada buena técnica). Neumología deriva a: ORL que descarta patología; Alergología, que diagnostica alergia a polen olivo y pauta antihistamínicos, sin mejoría y Cardiología sin hallazgos. Se deriva a Digestivo para descartar RGE, con pHmetría negativa, sin respuesta a IBP. La paciente sufre fisura en costilla secundaria a la tos, por lo que se pautó oxicodona. Tras tratamiento con corticoides, broncodilatadores, antihistamínicos e IBP no presenta mejoría, instaurando Lyrica, que no tolera. Se realiza interconsulta a Psiquiatría para descartar tos psicógena.

Diagnóstico diferencial: Excluidos tabaco e IECAs, considerar goteo post nasal, asma o RGE. Otras causas: post infecciosa o psicógena, EPOC, EPID, ICC, enfermedades inmunológicas, masa o cuerpo extraño, poliposis o neuralgia occipital.

Comentario final: La tos crónica supone el 10-20% de las consultas en AP. Los algoritmos de decisión esclarecen la causa en el 92-96% de los casos, por lo que es fundamental conocerlos y realizar una medicina basada en la evidencia y en las guías de práctica. Existen nuevas perspectivas en el mecanismo de la tos, como la terapia neuromoduladora, estudios con pregabalina o amitriptilina o bloqueantes de receptores TRP.

Bibliografía

1. Pacheco A, et al. Normativa SEPAR. Tos crónica. Arch Bronconeumol. 2015;51(11):579-89.
2. Velasco Garrido JL, et al. Estudio del paciente con tos crónica. En Soto Campos JG. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Madrid: Ergon; 2005. p. 249-56.

Palabras clave: Tos crónica. Diagnóstico.