

Paciente joven con tos crónica y alteración espirométrica severa

R. Sáez-Jiménez^a, J.A. Ochoa-Prieto^b y S. Aparicio-García^c

^aMédico de Familia. EAP Villaviciosa de Odón. Madrid. España.

^bMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Villaviciosa de Odón. Madrid. España.

^cEnfermera. EAP Villaviciosa de Odón. Madrid. España.

La tos crónica es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria, y a menudo el síntoma guía como en el caso que presentamos. Al ser un síntoma muy común y en ocasiones poco específico, muchas veces no recibe el interés médico que requiere.

Palabras clave: tos crónica, espirometría, Atención Primaria.

Chronic cough is a very common reason for a visit to Primary Health Care and is often the guiding symptom was in the case we are presenting. As this is a very common and often non-specific symptom, it frequently is not given the medical interest it requires.

Key words: chronic cough, spirometry, Primary Health Care.

CASO CLÍNICO

Varón de 20 años de edad que consultó por cuadro de tos y expectoración verdosa y espesa de varios meses de evolución. No había presentado fiebre, disnea ni auto escucha de sibilancias, no refería contactos con enfermos con tuberculosis pulmonar conocida, su tos no guardaba relación con el ejercicio ni tenía tendencia horaria o estacional, no presentó dolor torácico, urticaria, anosmia, estornudos ni conjuntivitis y toleraba el ácido-acetilsalicílico.

Como antecedentes personales destacaba ser fumador de 8-10 cigarrillos al día. No tenía antecedentes familiares de interés.

En la anamnesis inicial refería pirosis ocasional.

La exploración física otorrinolaringológica y la auscultación pulmonar fueron normales, y en la auscultación cardíaca presentaba latido rítmico con soplo sistólico en foco aórtico grado II/VI.

Se prescribió tratamiento con azitromicina 500 mg al día (tres días) y acetilcisteína 600 mg cada 24 horas. A los 6 días acudió por persistencia de la clínica, además de congestión nasal. Se solicitaron pruebas complementarias: radiografía de tórax, espirometría y Mantoux y se prescribió loratadina 10 mg cada 24 horas.

Pasados dos meses acudió de nuevo a consulta refiriendo que continuaba con tos y secreción, disnea de medianos esfuerzos y sensación de ocupación permanente en la faringe. En la exploración física destacaba faringe eritematosa sin secreción, y en la auscultación pulmonar presentaba murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. En la radiografía de tórax (fig. 1) no se apreciaban alteraciones significativas, el Mantoux fue de 0 mm y la espirometría (fig. 2) presentaba un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) del 32%, una capacidad vital forzada (FVC) del 114% y la relación FEV1/FVC de 24. La prueba broncodilatadora fue negativa. Se pautó azitromicina 500 mg al día (tres días) y salmeterol. Se derivó al Servicio de Otorrinolaringología y Neumología de forma preferente.

Antes de ser visto en atención especializada acudió en dos ocasiones más. La primera por pirosis retroesternal, prescribiéndose omeprazol 20 mg al día y cinitaprida 1 mg 30 minutos antes de las comidas, y la segunda por un cuadro de fiebre de 39° C con secreción en amígdala derecha y sibilancias dispersas, por lo que se pautó amoxicilina-clavulánico 500/125 mg cada 8 horas (7 días) y paracetamol 650 mg.

El otorrinolaringólogo describió una leve hipertrofia de cornetes y velo palatina, con gran hipertrofia de base de la lengua.

En Neumología se realizó una prueba diagnóstica (fig. 3).

DISCUSIÓN

La tos es un reflejo cuya principal finalidad es expulsar secreciones u otro material extraño, tanto de las vías aéreas

Correspondencia: R. Sáez-Jiménez.
EAP Villaviciosa de Odón.
C/ Chopos nº 6, 2º-1.
28922 Alcorcón. Madrid. España.
Correo electrónico: rsaezj@gmail.com

Recibido el 19-12-06; aceptado para su publicación el 06-07-07.

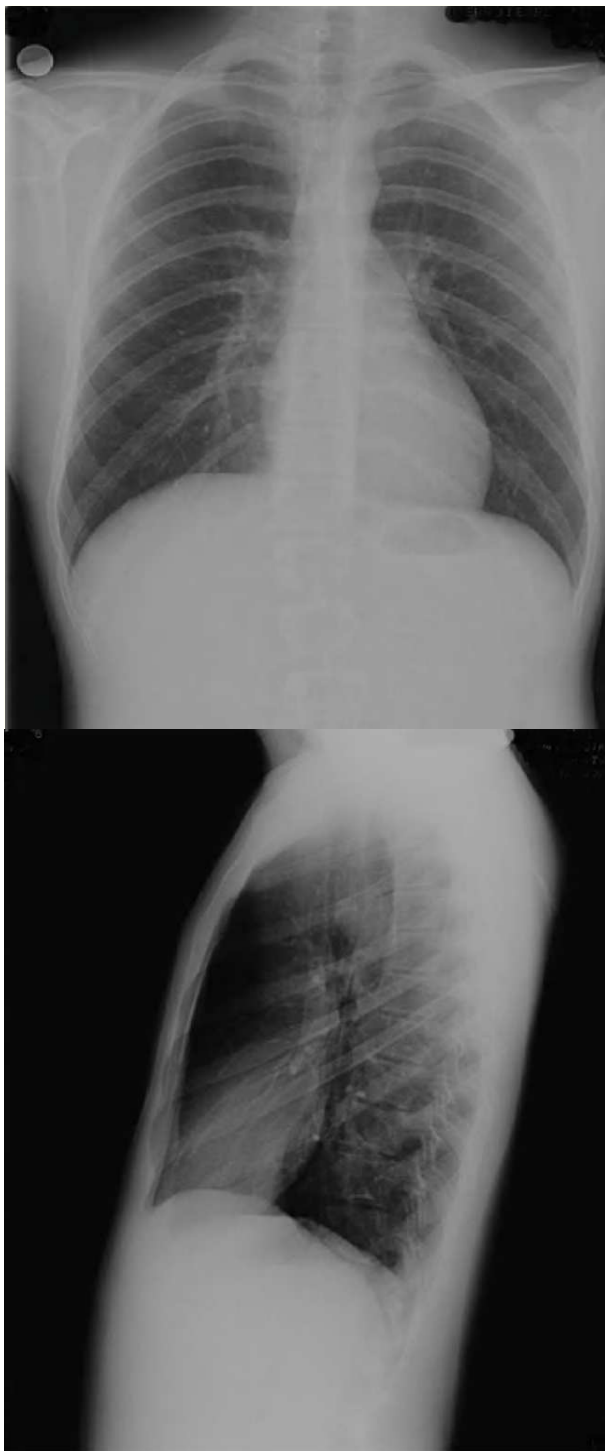


Figura 1. Radiografía de tórax posteroanterior y lateral.

as respiratorias como de la faringe. Se define por tos crónica¹ aquella que persiste más de tres semanas y no está relacionada con un proceso agudo. Ocasiona entre el 10-20% del total de las visitas médicas y es la tercera causa de consulta, tras el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en atención neumológica especializada en el ámbito extrahospitalario.

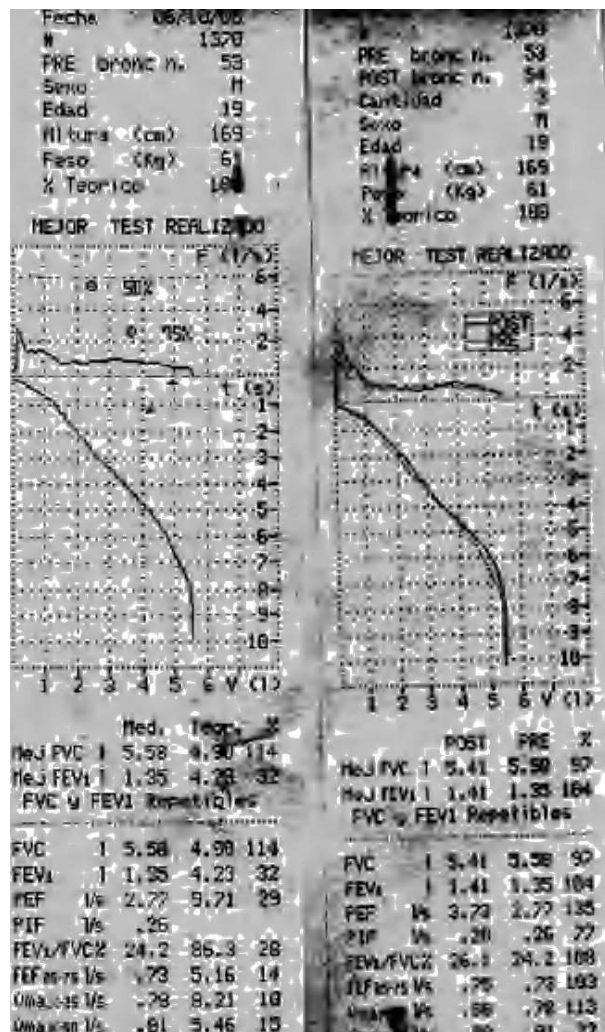


Figura 2. Espirometría.



Figura 3. Tomografía axial computarizada de tórax.

Tabla 1. Causas principales y criterios diagnósticos de la tos crónica

Causas	Frecuencia	Criterios diagnósticos
Hábito tabáquico	30%	El cese del hábito disminuye la tos en el primer mes
Asma bronquial	6-59%	– Anamnesis: tos episódica, especialmente nocturna o desencadenada con el esfuerzo, acompañada de disnea, taquipnea y sibilancia Demostrar una obstrucción bronquial reversible, variabilidad del flujo espiratorio máximo (FEM) o una hiperreactividad bronquial con espirometría, prueba broncodilatadora, monitorización de FEM o prueba de provocación bronquial con metacolina o histamina. Esta última es la más útil; su resultado negativo permite descartarla y si es positivo establece el diagnóstico El diagnóstico definitivo se establece tras prueba terapéutica con corticoides inhalados
Goteo nasal posterior	5-87%	– Anamnesis: tos irritativa, más frecuente por la mañana, obstrucción nasal, picor nasal, estornudos, hidrorrinorrea, alteraciones de la olfacción. Cefalea Rinoscopia anterior simple observando drenaje mucoso Pruebas complementarias: alergias cutáneas, rinomanometría anterior, radiografía y/o TAC de senos La respuesta al tratamiento tiene mayor valor diagnóstico: rinitis (antihistamínicos+ vasoconstrictores en leve, asociado a esteroides nasales en moderada), sinusitis (ATB), poliposis (esteroides intranasales)
Reflujo gastroesofágico	10-41%	Anamnesis: tos más frecuente nocturna, pirois, dolor retroesternal, regurgitación, disfagia. Puede no haber clínica típica y ser la causa en un 75% pH-metría esofágica de 24 horas. Cuantificación del tiempo de exposición al ácido del esófago (pH < 4), que es normal cuando es inferior al 5% de la duración total del registro Prueba terapéutica con un inhibidor de la bomba de protones a dosis altas. Utilidad diagnóstica en pacientes con síntomas típicos y atípicos, con una duración de hasta 6 meses
Bronquitis crónica	5-16%	– Anamnesis: tos y expectoración > 3 meses al año durante \geq 2 años consecutivos, descartando bronquiectasias y fibrosis quística En espirometría aparece obstrucción permanente o crónica del flujo aéreo (descenso del FEV1 con una FVC conservada, por tanto reducción de la relación FEV1/FVC. La gravedad de la obstrucción se valora según el porcentaje de FEV1, si 85-65 ligera, 64-50 moderada, 49-35 grave, < 35 muy grave)
Bronquitis eosinófila	13-20%	– Anamnesis: tos, disnea con sibilantes y expectoración crónica con ausencia de hiperreactividad bronquial y cifra de eosinófilos > 3% en esputo Se produce mejoría con esteroides orales
Postinfecciosa	11-25%	– Anamnesis: episodio previo de infección respiratoria (incluso 2 meses previos) con espirometría y radiografía de tórax normal. Pensar en tuberculosis si Mantoux \geq 5 mm o > 14 en vacunados La detección del agente causal mediante técnicas serológicas suele establecer el diagnóstico
Bronquiectasias	4%	– Anamnesis: tos y expectoración abundante, con predominio matutino TAC torácico de alta resolución
Carcinoma broncogénico	2%	– Anamnesis: sospechar cuando aparece clínica (tos, disnea, expectoración hemoptoica, hemoptisis) en población de riesgo (fumadores > 45 años) en la que aparecen nuevos síntomas respiratorios, cambian las características de los existentes o se inicia síndrome constitucional Radiografía de tórax. Broncoscopia es el método de elección
IECA	0,2-32%	Anamnesis: tos seca, continua, no productiva Desaparición de la tos con la retirada del fármaco. Se inicia generalmente en la primera semana del tratamiento, pero puede tardar 6-12 meses en manifestarse
Psicógena	3-10% (en la infancia)	Anamnesis: tos sin expectoración, sin patocronía que desaparece durante el sueño, tras descartar todas las demás causas. En el síndrome de Guilles de la Tourette puede aparecer este tipo de tos
Enfermedades intersticiales difusas pulmonares		– Anamnesis: tos seca a veces con disnea de esfuerzo TAC torácica de alta resolución. Broncoscopia con lavado bronco alveolar. Biopsia pulmonar
Insuficiencia cardíaca congestiva		Anamnesis: disnea, disnea paroxística nocturna, tos nocturna, edemas, hepatomegalia En radiografía de tórax derrame pleural, redistribución vascular, edema intersticial, cardiomegalia

FEV1: volumen espiratorio forzado en un segundo; FVC: capacidad vital forzada; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; TAC: tomografía axial computerizada.

Las causas principales y los criterios diagnósticos se definen en la tabla 1²⁻⁹.

En el caso de nuestro paciente se trata de un varón joven que acude por primera vez a la consulta por tos de meses de evolución con expectoración purulenta. Al no referir mejoría con el tratamiento antibiótico pautado se solicitaron pruebas complementarias.

El tiempo de evolución, junto con la normalidad de la radiografía de tórax y el Mantoux hacen poco probable una causa infecciosa. La ausencia de respuesta a los antihistamínicos y la clínica no apoyan un diagnóstico de goteo postnasal. La clínica de pirois retroesternal, aunque leve, hizo pensar que podía existir un reflujo gastroesofá-

gico como causa de la tos, sin embargo la progresión a pesar del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y procinéticos lo hacían menos probable.

El hábito tabáquico puede ser una causa de tos, además de favorecer la enfermedad péptica gastroduodenal y por consiguiente la pirois; sin embargo, la edad del paciente, con el relativo poco tiempo de exposición al humo del tabaco, lo hacían menos probable y en todo caso pensamos que atribuir la tos al tabaco debía ser un diagnóstico excluyente, tras haber descartado las demás entidades posibles.

Lo más llamativo fue la alteración de la espirometría, en completa discordancia con la exploración física. Se nos

hacia difícil interpretar un valor de FEV1 del 32% con una relación FEV1/FVC de 24 en un paciente de 20 años con auscultación pulmonar rigurosamente normal. La curva de la espirometría podía hacernos pensar que la técnica no había sido correcta y que los resultados no eran valorables, sin embargo la curva era reproducible y la enfermera que realizó la espirometría corroboró que la técnica había sido correcta y la curva fue la misma en las 6 veces que se repitió, por lo que debíamos tener en cuenta los resultados. La prueba broncodilatadora fue negativa y el tratamiento de prueba ineficaz, por lo que hacía el diagnóstico de asma poco probable. Nos quedamos sin posibles causas que justificaran la clínica y las alteraciones de la espirometría.

En Neumología se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, en la que aparecía una lesión polipoidea sésil con crecimiento endoluminal intratraqueal desde la pared posterolateral derecha a 20 mm de la carina (a la altura del cayado de la ácigos), de tamaño 20 × 14 × 11 milímetros de tamaño, que producía estenosis evidente de la luz traqueal.

Con la fibrobroncoscopia se observó dicha lesión, que comprometía el 80% de la luz traqueal, de superficie lisa y regular, delimitada y muy vascularizada, por lo que no se tomaron biopsias por riesgo de sangrado.

Se realizó resección con láser, y en el estudio histológico se informa de tumor endobronquial pseudoinflamatorio de miofibroblastos de localización traqueal. Posteriormente se realizó reintervención con láser, lo que solucionó en principio su sintomatología. Aunque dicho tumor es benigno tiene elevadas tasas de recurrencia¹⁰, por lo que debe realizarse un estrecho seguimiento.

La tos de larga evolución debe ser investigada hasta llegar a su diagnóstico o lograr su completa desaparición. El 90% de los casos se debe a una de las causas siguientes:

hábito tabáquico, goteo postnasal, asma, reflujo gastroesofágico y bronquitis crónica. El 10% restante son causas infrecuentes, pero posibles, por lo que la derivación al segundo nivel asistencial puede ser necesaria. Pensamos que la espirometría es una técnica idónea para realizar en Atención Primaria¹¹; es una prueba no invasiva, relativamente simple que requiere poco tiempo y de bajo coste. Es importante que la prueba la realice personal entrenado y mantener un canal de comunicación fluido entre el profesional que realiza la técnica y el clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Diego A, Plaza V, Garriges V, Izquierdo JL, López A, Muñoz J, et al. Tos crónica. Arch Bronconeumol. 2002;38:236-45.
2. Barberà Mir JA. Diagnóstico y tratamiento de la tos crónica. Rev Clin Esp. 2001;201:231-3.
3. Alonso Muñoz J, Gallego Carrión B, Carrizo Sierra SJ, Vicente González E, Marín Trigo JM. Manejo de la tos crónica en consultas de alta demanda: eficacia de un protocolo secuencial. Rev Clin Esp. 2001;201:239-44.
4. Sanz Pozo B, de Miguel Díez J, Santamaría de la Rica F. Nuevas perspectivas en la evaluación de la tos crónica. FMC. 2001;10:683-7.
5. Alonso Muñoz JE, Sánchez Barón A, Marín Trigo JM. Un paciente con tos crónica. Med Integral. 2002;39:106-9.
6. Casado González S, Lenza Alonso C, Chocrón Bentata L. Tos crónica. Manejo en Atención Primaria. MEDIFAM. 2003;13:181-5.
7. Morice AH, Fontana GA, Sovijarvi AR, Pistolesi M, Cung KF, Widdicombe J. ERS TASK FORCE. The diagnosis and management of chronic cough. Eur Respir J. 2004;24:481-92.
8. Calvo Álvarez U, Zamarrón C, Paredes Vila S, Castro Añón O. Protocolo diagnóstico de la tos. Medicine. 2006;9:4221-3.
9. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet LP, Braman SS, Brightling CC. ACCP Guidelines. Diagnosis and management of cough executive summary. Chest. 2006;129:1-23.
10. Wang NS, Morin J. Recurrent endobronchial soft tissue tumors. Chest. 1984;85:787-91.
11. García Benito C, García Río F. ¿Qué podemos hacer ante la escasa implantación de la espirometría en atención primaria? Aten Primaria. 2004;33:261-6.