



# Manejo del paciente con tos crónica

A. Romero Falcón

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias (UMQUER). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

## Definición

La tos es el síntoma más frecuente de las enfermedades respiratorias. En nuestro medio la tos crónica o tos persistente crónica ocasiona entre el 10 y el 20% del total de las visitas médicas (León et al, 1995) y es la tercera causa de consulta, tras el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en la atención neumológica especializada en el ámbito extrahospitalario<sup>1</sup>.

## Clasificación

### Tos aguda

Habitualmente autolimitada y con una duración de ocho semanas como máximo. A menudo se relaciona con procesos infecciosos de las vías aéreas superiores, aunque también puede ser secundaria a la neumonía. Se debe generalmente a la acción de virus y/o bacterias en el epitelio bronquial.

### Tos crónica

Es la que presenta una duración superior a las ocho semanas. Las posibles causas son múltiples, pero en la mayoría de los casos se relacionan con asma, reflujo gastroesofágico (RGE) y síndrome de goteo post-nasal<sup>2,3</sup>.

## Etiología

La causa más frecuente de tos aguda se produce generalmente en el contexto de las infecciones víricas de las vías aéreas superiores y con menos frecuencia bacterianas<sup>4</sup>. Destaca el catarro común, proceso en el que la tos se autolimita generalmente tras 48 horas, no siendo necesario el tratamiento, si bien se ha documentado la obtención de beneficios con el empleo de antihistamínicos de primera generación asociados a descongestionantes (dextbromfeniramina más pseudoefedrina). El naproxeno también puede disminuir la tos. Los antihistamínicos de nueva generación no resultan eficaces a la hora de tratar la tos aguda generada por rinitis postinfecciosa<sup>5</sup>. La sinusitis bacteriana aguda requiere un tratamiento antibiótico. La bronquitis aguda es una causa frecuente de tos aguda, generalmente de etiología

vírica, por lo que no está indicado el tratamiento antibiótico generalizado, siendo necesaria la valoración individualizada de cada caso; del mismo modo, se valorará la prescripción de los broncodilatadores beta 2 agonistas vía inhalatoria, los cuales pueden resultar útiles en el caso de presentar sibilancias acompañantes (tabla 1).

*La causa más frecuente de tos crónica en el adulto es el tabaquismo. En los no fumadores de todas las edades, las tres principales causas de consulta médica por tos crónica son: síndrome de goteo postnasal, asma y RGE. Otras causas son: bronquitis eosinofílica, fármacos (inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina [IECA] y otros), EPOC, bronquiectasias, carcinoma broncogénico, enfermedades pulmonares intersticiales difusas, tuberculosis, tos postinfecciosa y tos psicógena<sup>6,7</sup>.*

En las series publicadas, la presencia de una sola entidad como causa de tos crónica ha sido recogida en el 38-62% de los casos, mientras que en el 18-62% de los pacientes existen dos o más enfermedades asociadas. Otras causas menos frecuentes de la tos crónica se detallan en la tabla 2. *En los niños, la causa más frecuente es el asma, incluso por delante del goteo nasal posterior.*

## Diagnóstico clínico

### Fase I

#### Anamnesis

En ella debemos recoger datos que nos ayuden a conocer el problema del paciente.

**Antecedentes familiares y personales.** Los antecedentes familiares y personales que debemos tener en cuenta son: la EPOC, el asma, la atopia, la infección bronquial previa, los problemas cardiovasculares y la exposición laboral y ambiental (pintores, mecánicos, mineros, trabajadores textiles, etc.).

#### Exposición activa o pasiva al tabaco<sup>1,8</sup>

**Ingesta de fármacos.** Los IECA pueden producir tos seca persistente (sensación de sequedad en la garganta), que es independiente de la dosis y suele comenzar en la primera semana de tratamiento, aunque puede aparecer hasta seis meses después de iniciado y persistir unos meses después de la retirada del mismo. Es más frecuente en las mujeres.

**TABLA 1**  
**Causas frecuentes de la tos aguda**

Resfriado común
Sinusitis aguda
Rinitis alérgica
Exacerbación de la enfermedad pulmonar crónica
Neumonía
Aspiración
Asma bronquial
Embolismo pulmonar
Insuficiencia cardíaca

Los bloqueadores beta pueden producir tos, especialmente en pacientes con hiperreactividad bronquial. Otros fármacos que pueden ocasionar tos son: nitrofurantoína, colirios, gotas nasales, etc.

**Desencadenantes.** Los principales desencadenantes son: el ejercicio, el sueño, el aire frío, el llanto, la risa, la exposición al humo, una infección aguda reciente y los de origen posprandial.

**TABLA 2**  
**Causas de la tos crónica**

<b>Tabaquismo</b>
Goteo nasal posterior 5-58%
Asma 6-59%
Reflujo gastroesofágico 10-41%
Bronquitis eosinofílica 13%
Bronquitis crónica y EPOC 5-16%
Bronquiectasias 4%
Carcinoma broncogénico 2%
Postinfecciosa 13%
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Forma de presentación.** 1. Súbita: cuerpo extraño.

2. Productiva: proceso inflamatorio, infeccioso o carcinoma broncogénico, RGE, asma.

3. Seca: faringotraqueítis viral, IECA, sinusitis, neoplasia broncopulmonar.

4. Persistente: asma, bronquitis crónica, bronquitis eosinofílica.

5. Recurrente: infección del tracto respiratorio superior recurrente.

6. Paroxística: tos ferina, cuerpo extraño.

7. Hemoptoica: bronquitis crónica, tuberculosis, carcinoma broncogénico, fibrosis quística, bronquiectasias, hemostasis pulmonar.

**Momento de aparición.** 1. Predominio nocturno: sinupatía, asma, RGE o insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), hiperreactividad de la vía aérea.

2. Desaparición nocturna: tos psicógena o EPOC.

3. Predominio matutino: goteo postnasal y bronquitis crónica.

4. Diurna y nocturna: considerar IECA.

5. Estacional: asma y alergia respiratoria.

6. Postprandial: RGE o fístulas.

**Síntomas acompañantes.** 1. Síndrome de goteo posnasal: el paciente refiere la sensación de que algo le baja por la garganta y se acompaña de tos, secreciones mucopurulentas, rinorrea y congestión nasal. Es debido a rinitis alérgica o no, vasomotora, sinusitis y faringitis aguda.

2. Asma: episodios nocturnos o desencadenados por el ejercicio, apareciendo tos, disnea y sibilancias.

3. RGE: dolor retroesternal, pirosis, regurgitación, molestias abdominales o sabor amargo de boca, aunque la tos puede ser el único síntoma.

4. Tos postinfecciosa: antecedentes de infección respiratoria en los dos meses previos. Presentan una tos transitoria y autolimitada.

5. ICC: si presenta disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edemas.

6. Bronquitis crónica: tos y expectoración tres meses al año durante al menos dos años consecutivos.

7. Bronquiectasias: tos y expectoración mucopurulenta abundante.

8. Aspiración: si coincide el inicio con la toma de alimentos.

9. Tos psicógena: es un diagnóstico de exclusión. Es más frecuente en adolescentes e individuos que presentan problemas emocionales o de estrés.

10. Otras patologías que pueden causar tos, como la tuberculosis (TBC), los tumores, etc. presentan otros síntomas que nos orientan a esa enfermedad.

### Exploración física

Además de la valoración general y de la auscultación cardiopulmonar la exploración física debería incluir una rinoscopia y una faringoscopia simple<sup>3,9</sup>.

Si la anamnesis y la exploración física inicial no orientan hacia un diagnóstico concreto y el paciente es fumador o está recibiendo IECA se aconseja abandonar el hábito tabáquico y sustituir los IECA. Transcurridas 4 semanas, si persiste la tos, se realizarán pruebas complementarias (fig. 1).

La rentabilidad de las exploraciones complementarias básicas será mayor si son negativas en vez de positivas. En el primer caso, permiten descartar una patología y en el segundo debemos confirmar la sospecha diagnóstica con la respuesta al tratamiento específico.

Entre los estudios radiográficos se deberán realizar radiografías posteroanterior y lateral de tórax y de senos paranasales (cuatro proyecciones).

También se realizarán estudios simples de la función pulmonar: espirometría con prueba broncodilatadora o variabilidad diaria del flujo espiratorio máximo.

Si no llegamos a un diagnóstico y persiste la tos a pesar de haberse iniciado el tratamiento, deberíamos derivar al individuo a un centro especializado y pasar a la fase II del diagnóstico.

### Fase II: diagnóstico de causas frecuentes con exploraciones especiales

1. Nueva valoración otorrinolaringológica (ORL) especializada. En caso de duda acerca de la existencia de una sinusitis silente, deberá realizarse una tomografía axial computarizada (TAC) craneal para el estudio de los senos paranasales.

2. Test de broncoprovocación y/o recuento de eosinófilos en esputo (si está disponible). Debe reservarse para la sospecha de asma con espirometría normal y sin sibilancias.

3. pHmetría esofágica de 24 horas. Método sencillo, sensible y específico para el diagnóstico de RGE. Se puede realizar de forma ambulatoria.

Si tras estas exploraciones no se ha podido establecer la causa de la tos, o el tratamiento de una causa conocida no la mejora, debería considerarse la posibilidad de que se trate de una tos postinfecciosa. No obstante, el tiempo necesario para considerar un fracaso del tratamiento varía según sea la enfermedad causante de tos (entre uno y 3 meses). Por otro

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806489>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806489>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)