

## Tos crónica. Manejo en Atención Primaria

S. CASADO GONZÁLEZ, C. LENZA ALONSO, L. CHOCRÓN BENTATA  
Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Jazmín (E.A.P. Jazmín I). Área 4. Madrid



### RESUMEN

La tos es un mecanismo de defensa que permite aclarar el árbol traqueobronquial de secreciones y sustancias nocivas. Puede producirse por mecanismo reflejo voluntario o, más frecuentemente, involuntario. Las causas son múltiples y un mismo caso puede deberse a diversos motivos simultáneamente.

El mayor rendimiento diagnóstico de este síntoma se consigue con una buena anamnesis y exploración física. Las pruebas complementarias invasivas no superan una completa historia clínica, por lo que se desaconseja su uso indiscriminado.

La tos es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria (AP), y a menudo el síntoma guía, como en el caso que presentamos.

**Palabras clave:** Tos crónica. Reflujo gastro-esofágico. Terapia empírica. Cáncer. Atención Primaria.

### Chronic cough. Management in Primary Health Care

### ABSTRACT

The cough is a defense mechanism that allows to thin out the airway of secretions and noxious substances. It can take place for voluntary reflex mechanism or, more frequently, involuntary. The causes are multiple and oneself case can be due simultaneously to diverse reasons.

The biggest income diagnosis in this symptom is gotten with a good examination and physical exploration. The invasive complementary tests do not overcome a complete clinical history, so their indiscriminate use is dissuaded.

The cough is a very frequent consultation reason in Primary Health Care, and often the guide symptom, like in the case that we present.

**Key words:** Chronic cough. Gastro-esophageal reflux. Empiric therapy. Cancer. Primary Health Care.

### INTRODUCCIÓN

Se denomina tos crónica o de larga evolución a aquella que se presenta durante un periodo mayor de tres semanas sin etiología conocida, o de ocho semanas con antecedentes de infección respiratoria aguda previa<sup>1,2</sup>.

La tos es un mecanismo fisiológico de defensa. La estimulación de una serie de localizaciones periféricas conectadas con el centro de la médula (nariz, canal auditivo, rinofaringe, laringe, tráquea, bronquios, superficies pleurales, esófago distal) desencadena una secuencia cuyo resultado es la tos<sup>3</sup>.

Recepción: 09-07-01  
Aceptación: 05-12-02

## CASO CLÍNICO

Varón de 64 años de edad que acudió a la consulta de AP por tos seca de dos meses de evolución y ocasionalmente sensación descrita por el paciente: como si se le “cerrara el píloro” y no pudiera comer.

Como antecedentes familiares destacaban la muerte de su madre y su padre por tuberculosis (TB). Como antecedentes personales destacaban: poliomielitis en la infancia que dejó como secuela una leve deformidad en ambos miembros inferiores, úlcus duodenal a los 35 años sin clínica péptica posterior y herniorrafia inguinal en 1997. Exfumador desde hacía 9 años.

En la anamnesis inicialmente refería pirosis retroesternal ocasional de minutos de duración que cedía espontáneamente o con antiácidos, y además sensación de plenitud gástrica.

En la exploración física presentaba un hábito asténico. Estaba afebril, eupnéico y normocoloreado. La exploración de cabeza, cuello, tórax y abdomen era normal.

En la primera visita su médico de familia solicitó analítica básica (hemograma y bioquímica) y radiografía (Rx) de tórax y pautó tratamiento empírico con omeprazol 20 mg/día. Los resultados de las pruebas complementarias fueron rigurosamente normales y el tratamiento empírico no fue eficaz. Simultáneamente el paciente consultó por propia iniciativa a un otorrinolaringólogo que le solicitó una Rx de senos paranasales donde se encontraron hallazgos compatibles con sinusitis que fue tratada por el especialista con un ciclo de Cefuroxima-axetilo 500 mg/12 h (6 días). Posteriormente, un mes después, ante la persistencia de la tos y reciente aparición de una discreta pérdida de peso, su médico de familia solicitó interconsulta al neumólogo, realizó una analítica ampliada y un test de sangre oculta en heces, buscando patología pulmonar y digestiva. El neumólogo realizó como pruebas complementarias: mantoux, que resultó positivo (12 mm) con Ziehl de esputo y orina repetidamente negativos, gasometría arterial basal, pruebas de función pulmonar (PFP) y test de provocación con metacolina, fibrobroncoscopia, tomografía computarizada (TC) torácica. Todas estas pruebas no dieron hallazgos patológicos. El tratamiento empírico con broncodilatadores pautado por el neumólogo tampoco fue efectivo. Las nuevas pruebas complementarias realizadas por el médico de familia, dieron como resultado una anemia leve (Hb: 11,7 g/dl) normocítica normocrómica con índice de distribución eritrocitaria elevado, trombocitosis, aumento de globulinas, descenso de albúmina y elevación de la velocidad de sedimentación globular: 88 mm/hora. El estudio de sangre oculta en heces fue positivo.

Con este nuevo hallazgo su médico de familia solicitó, de forma consecutiva, interconsulta con el gastroenterólogo el cual realiza una colonoscopia y un enema opaco en los que presenta como único hallazgo significativo una diverticulosis colónica, sin evidenciarse otra patología digestiva.

Simultáneamente al seguimiento del cuadro digestivo, 3 semanas después de la interconsulta con el neumólogo, el paciente comienza, con astenia por lo que su médico de familia solicitó interconsulta con el Servicio de Medicina Interna hospitalario. En este servicio se realizan una TC abdominal en la que se observa una gran tumoración abdominal con probable organodependencia gástrica y afectación local que aconsejan confirmar mediante gastroscopia y biopsia. Al hacer la panendoscopia oral encuentran una úlcera gástrica prepilórica de aspecto benigno que posteriormente se confirma por anatomía patológica de una pieza de biopsia. En el Servicio de Cirugía General y Digestivo realizaron una laparotomía exploradora encontrándose una gran tumoración, probablemente retroperitoneal, adherida a cara posterior gástrica a nivel de fundus y múltiples nódulos extraperitoneales. Extirparon varios de estos nódulos para biopsia y realizaron una gastrectomía parcial con gastroyeyunostomía. La biopsia se informa como sarcoma fusocelular de grado intermedio (grado II) encuadrable en un sarcoma del estroma de la pared gastrointestinal. Con este diagnóstico fue remitido a las consultas de Medicina Interna para valoración de tratamiento adyuvante que fue desestimado. Tras el alta hospitalaria, el paciente recibió atención domiciliaria con tratamiento paliativo por su médico de familia hasta su fallecimiento, catorce meses después del diagnóstico.

## DISCUSIÓN

Las causas de tos crónica son muy variadas (Tabla I). La Academia Americana de Medicina de Familia recomienda llevar paralelamente el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes y desaconseja el empleo de antitusígenos generales y la utilización de métodos diagnósticos invasivos<sup>4,5</sup>.

A la hora de plantear una estrategia diagnóstica y terapéutica en AP hay que tener en cuenta que una correcta anamnesis y exploración clínica dirigida a las zonas anatómicas que desencadenan el reflejo de la tos nos darán la clave en la mayoría de los casos<sup>6,7</sup> (Fig. 1).

Debemos interrogar sobre la inhalación de tóxicos, como el tabaco. Éste es la causa principal de tos crónica. Con el cese del hábito tabáquico dismi-

Tabla I

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Causas frecuentes	Causas poco frecuentes
Tabaco y otros tóxicos	Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)
Goteo postnasal	Cáncer
Asma	Enfermedad pulmonar intersticial
Reflujo gastro-esofágico	Bronquiectasias
Bronquitis crónica	Microaspiraciones de repetición
Hiperreactividad bronquial transitoria (VSR)	Compresión por masa intratorácica
Tuberculosis	Fármacos (IECAs)
Estimulación de los receptores auriculares (tapón de cerumen)	
Infecciones oportunistas en inmunodeprimidos	
Linfangitis/Carcinomatosis	
Cuerpo extraño	
Psicógena	

*Modificado (1)*

nuye drásticamente la tos dentro del primer mes. Los profesionales de AP debemos utilizar cualquier oportunidad para estimular el cese del hábito tabáquico. Otros tóxicos son los derivados de la actividad profesional. Si el paciente nota que mejora durante las vacaciones, habrá que aconsejarle que adopte medidas de protección, como el uso de mascarilla.

El goteo postnasal se comprueba al observar drenaje mucoso en la orofaringe proveniente de la rinofaringe. El paciente nota carraspeo e ingiere moco. Se tratará empíricamente con antihistamínico de primera generación y descongestionante vía oral. Si no se controla se añaden corticoides vía nasal. Una exploración otorrinolaringológica (ORL) puede evidenciar cerumen en el conducto auditivo externo (CAE), sinusitis o rinitis como causa de tos prolongada. En el caso clínico el paciente presentaba tos seca irritativa, con sensación molesta en la faringe, lo que podría indicar una tos postinfecciosa tras la sinusitis, o un goteo postnasal que nosotros no evidenciamos.

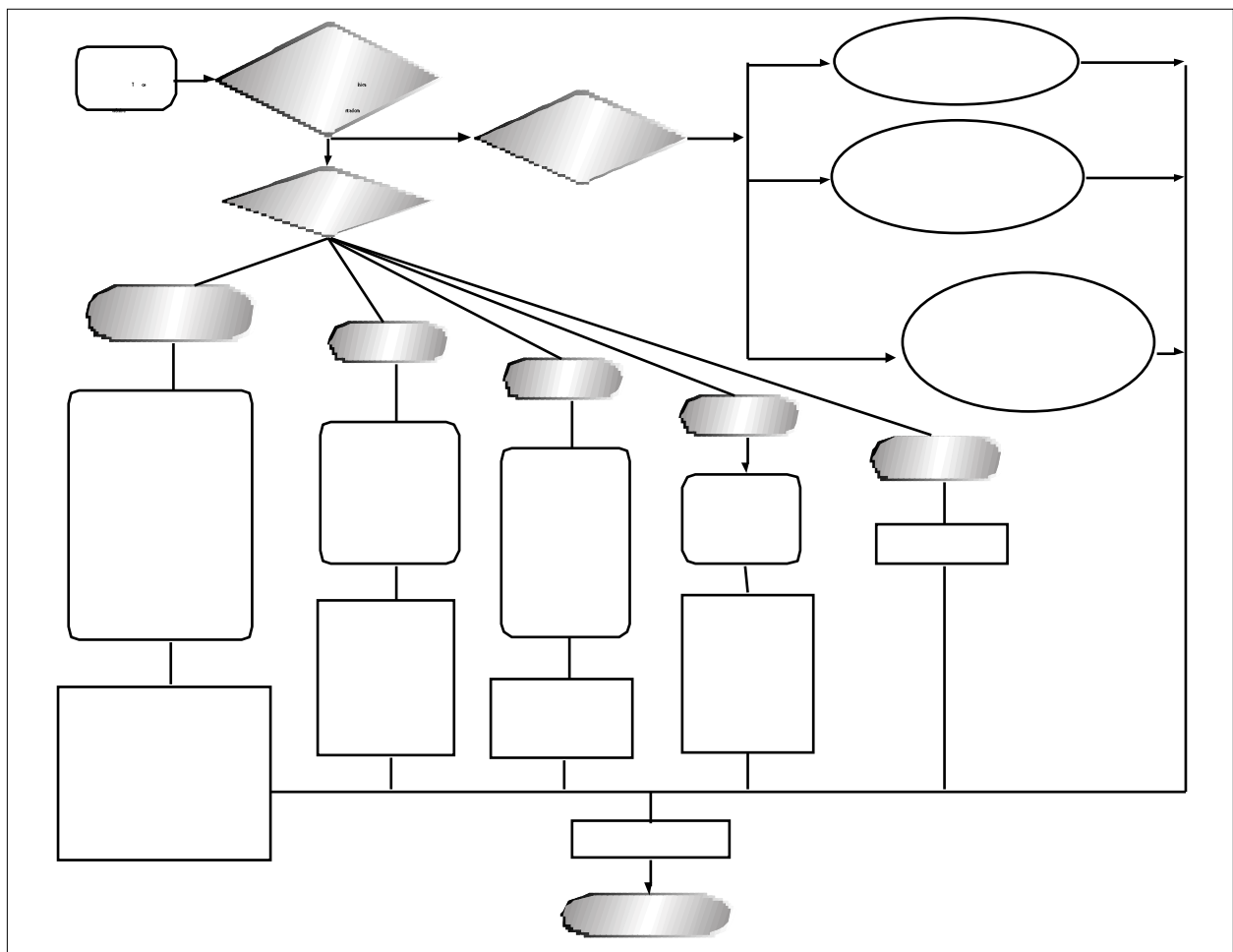


Figura 1  
 Diagnóstico de tos crónica (en negrita, pruebas complementarias de primer escalón. Elaboración propia).

Los pacientes con asma pueden presentar tos crónica, generalmente improductiva con o sin disnea y sibilancias. En los niños será la primera causa a descartar<sup>8</sup>. En los periodos intercríticos la exploración física puede ser normal. Debe realizarse una evaluación mediante PFP. Una reducción en el flujo pico espiratorio y del índice de Tiffeneau son diagnósticos de enfermedad pulmonar obstructiva. Si tras terapia broncodilatadora se produce un incremento de al menos un 15% en el volumen espiratorio forzado en el primer segundo, se puede realizar el diagnóstico de asma. Ante resultados no concluyentes se realizará una prueba de provocación con metacolina que evaluará la hiperreactividad de las vías aéreas.

Algunos pacientes pueden presentar tos crónica como único síntoma de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La tos es seca, persistente, independiente de la posición del cuerpo. En el paciente del caso, además de estas características presentaba pirosis y plenitud postprandial. Debe ensayarse un tratamiento empírico con un inhibidor de la bomba de protones a dosis elevadas, Omeprazol 40 mg/día. La resolución sintomática suele ser rápida y la curación de la ERGE oscila entre cuatro y ocho semanas. Puede ser útil la adición de agentes procinéticos. Los pacientes que no responden deben ser evaluados con pHmetría esofágica que nos dará el diagnóstico<sup>9,10</sup>.

En cuanto a los fármacos, los inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECAs) producen tos entre un 5-20%<sup>11</sup>. Los betabloqueantes aumentan la resistencia al paso del aire de los bronquios y bronquiolos, por lo que en algunas personas susceptibles pueden producir tos. La tos desaparecerá al suspenderlos.

La tos puede durar hasta ocho semanas tras infecciones del tracto respiratorio, debido a una hiperreactividad bronquial, sobre todo si éstas fueron producidas por el virus sincitial respiratorio (VSR). Si no se obtuviese mejoría con antihistamínicos, se tratará con corticoides inhalados.

Respecto a la bronquitis crónica (BC), el bromuro de ipratropio inhalado puede aportar beneficios en el tratamiento de esta causa de tos. Estos pacientes deben ser evaluados al menos con una Rx de tórax y PFP. Debemos valorar los cambios en las características de la tos.

Los pacientes con pérdida de peso u otra sintomatología de enfermedad maligna raramente presentan tos como único síntoma. Habrá que estar alerta ante un posible síndrome constitucional (Tabla II).

Aunque no existe evidencia científica de ello, nuestra sospecha es que el paciente sufría tos por múltiples causas, entre ellas, ERGE, sinusitis, caquexia, tumoración en hemiabdomen superior de

Tabla II

## ENTIDADES RELACIONADAS CON CÁNCER Y TOS

Neoplasia primaria pulmonar	Caquexia
Metástasis pulmonar	Reflujo gastroesofágico
Obstrucción de vía aérea	Neumotórax
Neoplasia pleural	Radioterapia
Síndrome de vena cava superior	Quimioterapia
Neumonía primaria	
Neumonía por aspiración	
Embolismo pulmonar	
Obstrucción crónica al flujo aéreo	
Insuficiencia cardiaca congestiva	

*Elaboración propia*

gran tamaño. Aunque se trataba una de ellas no desaparecía por completo debido a la contribución de las otras. Debemos tener presente que algunas patologías extratorácicas pueden producir tos<sup>12,13</sup>. La actitud final adoptada fue conservadora. Se ha desestimado el tratamiento quimioterápico basándose en que el leiomioma gástrico gastrointestinal es, dentro de los sarcomas, el que menos responde a quimioterapia. Por otra parte la gran masa residual y la larga evolución clínica hacen que la indicación del tratamiento radioterápico sea controvertida. El leiomioma gástrico es el tercer tumor maligno gástrico en frecuencia que afecta sobre todo a las paredes anterior y posterior del fondo gástrico, que suele ulcerarse y sangrar. Su diagnóstico diferencial fundamental es con el leiomioma benigno. Puede metastatizar a hígado y pulmones. El tratamiento de elección es el quirúrgico.

Como conclusión queremos afirmar que la presencia de tos de larga evolución debe ser investigada hasta llegar a un diagnóstico definitivo o hasta lograr su completa desaparición. Mejoras parciales de la tos, no deberán ser tenidas en cuenta como éxitos terapéuticos definitivos.

## CORRESPONDENCIA:

Sergio Casado González  
 Centro de Salud Virgen del Cortijo  
 Avda. Manoteras, 47  
 28050 Madrid  
 Tel.: 91 766 46 28  
 e-mail: sergiocasado@hotmail.com

## Bibliografía

---

1. Philip EB. Chronic cough. *Am Fam Physician* 1997; 56: 1395-404.
2. Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough. *N Engl J Med* 2000; 343: 1715-21.
3. Widdicombe JG. Neurophysiology of cough reflex. *Eur Respir J* 1995; 8: 1193-202.
4. Pratter MR, Bartter T, Akers S, Dubois J. An algorithmic approach to chronic cough. *Ann Intern Med* 1993; 119: 977-83.
5. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom: a consensus panel report of the American College of Chest Physicians. *Chest* 1998; 114: 133-81.
6. Lawler WR. An office approach to the diagnosis of chronic cough. *Am Fam Physician* 1998; 58: 2015-22.
7. De Diego Damiá A, Perpiñá Tordera M. Estudio y diagnóstico de la tos crónica en el adulto. *Arch Bronconeumología* 2000; 4: 208-20.
8. Sánchez Sánchez E, Tardío Torío E. Tos intensa y persistente en pediatría. *JANO* 1997; 53: 51-3.
9. Sanz Pozo B, de Miguel Díez J, Santamaría de la Rica F. Nuevas perspectivas en la evaluación de la tos crónica. *FMC* 2001; 8: 683-97.
10. García L, Losada G, Bordas JM. Una paciente de 75 años con tos. *FMC* 2001; 8: 698-703.
11. Israili ZH, Hall WD. Cough and angioneurotic edema associated with angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy. A review of the literature and pathophysiology. *Ann Intern Med* 1992; 117: 234-42.
12. Komura S, Nelson KA, Walsh D, Domelly SM, Homsí J, Abdullah O. Common symptoms in advanced cancer. *Semin Oncol* 2000; 27: 24-33.
13. Bucca C, Rolla G, Brissino L, De Rose V, Bugiani M. Are asthma-like symptoms due to bronchial or extrathoracic airway dysfunction? *Lancet* 1995; 346: 791-5.

