

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 1:
RESPIRATORIO

Tema 1.11:
TOS CRÓNICA



La tos crónica o persistente crónica es un síntoma clínico frecuente. En nuestro medio representa aproximadamente un a 20 a 30% del total de las visitas médicas ambulatorias. Es importante para el médico reconocerla para enfocar su estudio, manejo y tratamiento oportuno. El tabaquismo es una de las causas más importantes, sin embargo existen muchas otras causas no relacionadas a este.

DEFINICIÓN

La tos es un reflejo, provocado en ocasiones de forma voluntaria, cuya principal finalidad es expulsar secreciones o material extraño de la vía aérea. Se encuentra directamente asociada al ruido generado por la expulsión brusca de aire al atravesar el orificio laríngeo. Su producción depende de la coordinación adecuada entre los movimientos de apertura y cierre de la glotis y la musculatura respiratoria, en la inspiración y espiración. Es un mecanismo de defensa que puede revelar la presencia de enfermedades importantes.

Al igual que otros reflejos, para su expresión depende de la interacción de cinco elementos: receptores sensoriales, nervios o vías aferentes, centro regulador, vías eferentes y músculos efectores. Figura 1.

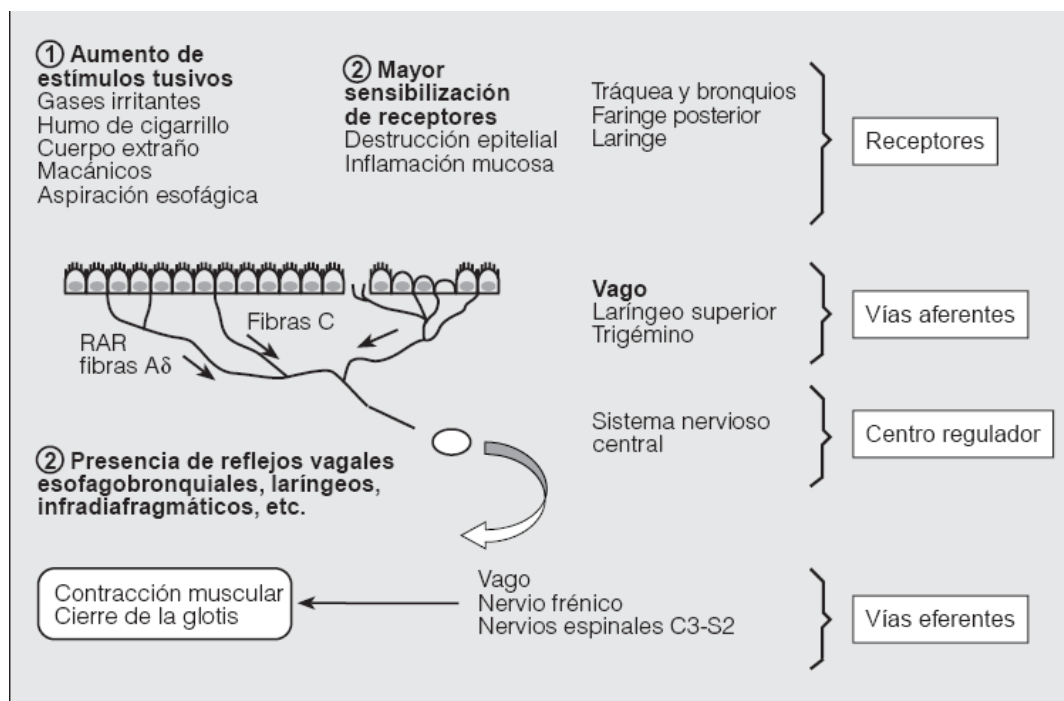


Fig. 1

Existen múltiples clasificaciones clínicas de la tos en función de diversas características como son la sonoridad (Tos ferina, tos metálica, crup, etc), distribución temporal (nocturna, intermitente, persistente, estacional), presencia o no de expectoración acompañante (Seca o Húmeda) o síntomas concomitantes. Entre todas ellas, únicamente la distinción en función de la duración de la tos ha demostrado su utilidad diagnóstica. De esta forma podemos dividir a la tos en aguda o crónica:

Aguda < 8 semanas
Crónica > 8 semanas

Dentro de las causas de tos aguda tenemos:

Infecciones respiratorias virales: Rhinovirus, Parainfluenza, Influenza, otros

Infecciones bacterianas: *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, otros.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de tos crónica en la población general es un dato poco conocido debido, por un lado a su variabilidad de expresión y, por otro lado a la dificultad que supone recoger como síntoma un hecho que en la mayoría de los casos se considera como inherente al propio tabaquismo, a la actividad laboral o simplemente desconocerlo como un síntoma importante. Como ya se mencionó al inicio, la tos crónica representa un 20 a 30% de las consultas médicas ambulatorias.

Algunos estudios han demostrado la clara tendencia que existe de este síntoma con respecto al género masculino, tal vez por la mayor tasa de tabaquismo en este género.

ETIOLOGÍA

Las causas más frecuentes de tos crónica han sido recogidas en diversos estudios epidemiológicos que incluían a un número importante de pacientes. Así tenemos que existen un gran número de causas que deben ser consideradas.

Tabla 1.
Causas de tos crónica

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Tabaquismo2. EPOC: Enfisema y Bronquitis crónica3. Asma4. Goteo nasal posterior, sinusitis y rinitis5. Reflujo gastroesofágico6. Bronquitis eosinofílica7. Bronquiectasias8. Carcinoma broncogénico9. Fármacos: IECAs10. Enfermedad pulmonar difusa11. Post infecciosas12. Tos psicógena |
|--|

DIAGNÓSTICO

Cuando enfrentamos un paciente con tos persistente, notaremos de inmediato la urgencia que implica llegar a un diagnóstico. En efecto, los pacientes que padecen tos por mucho tiempo alteran su calidad de vida, se angustian por saber que sucede y buscan ayuda médica para obtener un tratamiento y una respuesta. Lamentablemente muchas veces el diagnóstico no es claro y por lo tanto el tratamiento inicial no sea tan efectivo. Es por eso que el proceso diagnóstico de la tos de más de 8 semanas de evolución debe ir orientado a la búsqueda de aquellas etiologías que han sido reportadas como las más frecuentes. Esto implica hacer una muy exhaustiva anamnesis, con lo cual se podrá obtener datos que hagan sospechar el diagnóstico.

Es frecuente, que durante el interrogatorio dirigido, se olvide preguntar por el hábito tabáquico. Más aún ocurre lo mismo al omitir preguntas sobre sintomatología digestiva asociada a la tos, como la pirosis y/o reflujo. Nunca olvidar indagar sobre el uso de fármacos, sobre todo aquellos relacionados con la tos, como el clásico Enalapril o Captopril. Por otro lado el examen físico también es de suma importancia, sobre todo en la búsqueda de signos de enfermedad pulmonar crónica como presencia de hipocratismo digital y presencia de sibilancias o crepitaciones en el examen pulmonar. Siempre es recomendable iniciar el estudio con una radiografía simple de tórax en proyección posteroanterior y lateral, de tal manera poder pesquisar en forma rápida, patología pulmonar relevante evidenciada en la radiología. Posteriormente, lo que seguirá como estudio diagnóstico dependerá de la sospecha inicial.

A continuación comentaremos sobre el concepto y diagnóstico de las entidades más frecuentes relacionadas a tos crónica, que herramientas son necesarias para su estudio y cuáles son los tratamientos iniciales para su manejo.

Goteo nasal posterior

Es probablemente la causa más frecuente. Se le conoce también como síndrome de descarga posterior. Muy asociada a rinitis y sinusitis, originando tos crónica, básicamente por irritación de la vías aérea por secreciones que provienen del área rinosinusal. El proceso diagnóstico establece suma de criterios clínicos:

- Anamnesis: Obstrucción nasal, picor nasal y estornudos, rinorrea, alteraciones de la olfacción. Sensación de goteo en la pared posterior de la faringe.
- Exploración: Rinoscopia anterior simple y en caso más complejos, nasofibroscopia. Radiología: Radiografía de cavidades paranasales, muy útil cuando existe velamiento de algunos de las cavidades paranasales. Sin embargo cuando no hay hallazgos radiológicos significativos, no se puede descartar una patología sinusal.

En estos casos, si la duda diagnóstica persiste se puede recurrir a la tomografía axial computada de cavidades paranasales, la cual da una imagen más completa y definida de la zona en estudio pudiendo demostrar o descartar este diagnóstico. El tratamiento estará enfocado según el hallazgo.

En caso de rinosinusitis de origen alérgico el uso de antihistamínico es el tratamiento inicial. Cuando la etiología es infecciosa bacteriana, el uso de antibióticos es la elección. El resultado terapéutico es otra forma de acercarse al diagnóstico.

Asma

La tos es un síntoma frecuente en los pacientes con asma. Debe considerarse su diagnóstico en todos aquellos casos cuya causa no es evidente. Se ha observado que entre el 6,5 y 57% de los pacientes con tos crónica ocasionada por el asma, la tos fue el único síntoma de enfermedad. Sin embargo debe indagarse por otra signología obstructiva como sensación de “pecho apretado”, disnea en el ejercicio, despertar “ahogado” y con tos por la noche.

El estudio ira orientado en la búsqueda de obstrucción bronquial reversible utilizando pruebas de función pulmonar como la espirometría basal y con post broncodilatador. No siempre la espirometría dará el diagnóstico, ya que el resultado pudiese ser informado como normal. En estos casos es necesaria una prueba de provocación con metacolina para demostrar existencia de hiperreactividad bronquial. Respecto al manejo de tos crónica, por lo general, el uso de broncodilatadores y corticoides inhalatorios mejoran notablemente la tos cuando el asma es la causa del síntoma.

Reflujo gastroesofágico

El reflujo gastroesofágico (RGE) consiste en el paso de contenido gástrico ácido al esófago por incompetencia del esfínter esofágico inferior. La enfermedad por RGE se puede manifestar por la presencia de lesiones en la mucosa esofágica en la endoscopia digestiva alta o por la existencia de síntomas inducidos por el propio RGE, suficientemente importantes para alterar la calidad de vida del paciente.

Sin embargo, también esta patología pudiese ser asintomática, lo cual hace difícil su sospecha. El diagnóstico se establece a partir de la PH-metría esofágica. Esta última proporciona el mayor rendimiento diagnóstico para detectar si hay RGE anormal. En pacientes con tos crónica, la demostración de RGE no asegura su relación causal. Más del 50% de pacientes con tos crónica atribuida al RGE no representan síntomas esofágicos y la endoscopia digestiva alta puede ser normal.

La prueba terapéutica con inhibidores de bomba de protones, en aquellos pacientes con tos y sospecha de GRE, es de gran utilidad, esperando que una vez iniciada la terapia la tos disminuya considerablemente hasta desaparecer.

OTRAS CAUSAS

Bronquitis eosinofílica

Consiste en la inflamación de la mucosa bronquial mediada en gran parte, por eosinófilos. Se trata de un hecho característico de la bronquitis eosinofílica, pero no exclusiva, ya que también se puede encontrar en el asma e inclusive el EPOC.

Se trata de una bronquitis crónica de pacientes no fumadores con función pulmonar normal y sin hiperreactividad bronquial. Se trata de una causa importante de tos crónica, pero como diagnóstico pocas veces tomado en cuenta. La respuesta a corticoides es excelente.



Tos asociada al uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

La tos asociada al uso de IECAs aparece en el 3 a 20% de los pacientes tratados. La hipótesis más aceptada se basa en la acumulación de bradiquininas normalmente degradadas por la enzima convertidora de angiotensina, las cuales estimularían a las fibras c aferentes en las vías aéreas. Enalapril y Captopril son los antihipertensivos de esta familia que más frecuentemente se usan en nuestro medio. Desde el punto de vista clínico, la tos es seca con sensación de irritación o picor de faringe.

Generalmente aparece a la semana de iniciada la terapia con IECAs. Con la suspensión de estos medicamentos existe un periodo de resolución de la tos que va de un a cuatro días. Este efecto adverso es dosis dependiente.

En resumen, podemos decir que la tos crónica representa un síntoma importante y frecuente como componente de diversas enfermedades respiratorias como también de entidades de otra índole. Su presencia en muchas personas puede afectar la calidad de vida y transformarse en una condición realmente insostenible para el quehacer diario. De esta forma el conocimiento de aquellas entidades más frecuentes como causa o que contengan a la tos crónica, es fundamental para un planteamiento diagnóstico correcto y a su vez instaurar una terapia efectiva y decisiva en la vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. A.H Morice and committe members. *The diagnosis and management of chronic cough. Eur Respir J* 2004;24:481-492.
2. De Diego A, Plaza V, Garrigues G, et al. *Tos Crónica. Arch Bronconeumol* 2002; 38(5) 236-245.
3. Morice AH, Kastelik JA. *Cough 1: Chronic Cough in adults. Thorax* 2003;58:901-907
4. Irwin RS, Madison M. *The persistently troublesome cough. Am J Respir Crit Care Med* 2002;165:1469-1474.
5. *Medicina Respiratoria: Sociedad Española de Neumología y cirugía torácica. Segunda edición. Aula médica ediciones. Madrid-España. 2006.*

CASO CLÍNICO

1. Una mujer de 38 años consulta por presentar tos persistente durante las últimas 4 semanas. Refiere que su síntoma se inició junto a congestión nasal, odinofagia, malestar general y fiebre. La tos es no productiva y la despierta por la noche. Se automedicó con un jarabe que no la mejoró mucho. Tiene antecedente de rinitis alérgica muy intensa. ¿Cuál es el enfrentamiento en este caso?



- a. Iniciar inmediatamente estudio de tos crónica, empezando por una endoscopia digestiva alta.
 - b. Esperar una semana más. Si persistiera la tos iniciar estudio de la tos derivando al paciente al otorrinolaringólogo.
 - c. Indicar un antibiótico y esperar dos semanas más. Si persistiera la tos, iniciar estudio con test cutáneo.
 - d. Esperar dos semanas con un tratamiento sintomático. Si persistiera la tos iniciar estudio con radiografía de tórax. cavidades paranasales y espirometría basal y post-broncodilatador.**
 - e. Iniciar tratamiento broncodilatador y antibióticos inmediatamente.
2. Un hombre de 45 años, gran fumador de 30 paquete-año. Tiene tos esporádicamente. Se le diagnostica recientemente hipertensión arterial moderada a severa. Se le indicó tratamiento con Propanolol, Enalapril y Furosemida. Tres semanas después intensifica la tos, la cual es no productiva. Por momentos la tos no lo deja seguir trabajando. Después de un mes y medio de tratamiento con antitusígenos decide consultar. ¿Qué haría Ud. con el paciente?
- a. Probablemente el paciente tiene EPOC y el propanolol pudiese provocar más obstrucción bronquial, por lo que Ud. recomienda retirar este medicamento.
 - b. Le recomienda al paciente suspender toda la terapia antihipertensiva y esperar un resultado clínico.
 - c. Probablemente el Enalapril sea el causante de la tos. Se le recomienda al paciente suspender el tratamiento con este medicamento y consultar al cardiólogo para una nueva terapia antihipertensiva.**
 - d. Suspender inicialmente el Enalapril, ya que por frecuencia, este medicamento puede causar reflujo gastroesofágico.
 - e. Se indica inmediato estudio de la tos solicitando TAC de tórax ya que el paciente es fumador activo y podría tener cáncer de pulmón que explique la persistencia de la tos.