

Tos Persistente

César Picado

Hospital Clinic

Universitat de Barcelona

Caso Clínico

Paciente de 62 años, no fumador, sin antecedentes respiratorios de interés, Acude porque desde 4 meses presenta tos. La tos se presenta en forma de crisis que en alguna ocasión le han ocasionado pérdida súbita de conocimiento con caía al suelo. Como resultado de lo cual ha sufrido varias contusiones que han precisado asistencia en urgencias.

La tos se presenta sobre todo durante el día y más ocasionalmente por la noche. Ha sido visitado por un médico que la ha prescrito codeína. Las crisis disminuyen en frecuencia pero no desaparecen.

En la exploración física no hay datos de interés.

Lo remiten para estudio de la tos persistente

Caso Clínico

- **Paciente de 68 años de edad con historia de tos, disnea y sibilancias desde la infancia y diagnosticado de asma persistente con desencadenantes alérgicos (ácaros, gato). Desde hace 15 años es tratado con una combinación formoterol +budesonida. Ha sufrido un promedio de 2 agudizaciones al año atribuidas a infecciones víricas. Desde hace 12 años no ha requerido asistencia en urgencias, ni ingresos hospitalarios.**
- **Hace 3 años a raíz de varias caídas súbitas con pérdida de conocimiento se diagnostica BAV completo y se le coloca marcapasos.**
- **Desde hace 4 meses el paciente se queja de aumento de la tos diurna y también nocturna. El paciente refiere que desde hace años tiene tos diaria pero que le ha aumentado y que ahora es mucho más frecuente.**
- **En la exploración física algunas sibilancias bilaterales. RX de torax sin anomalías reseñables. Espirometría muestra una alteración ventilatoria moderada con FEV1 del 56%. Prácticamente igual a las anteriores.**
- **El Dr que lo visita (Dr Picado) le explica que el asma cuando no está bien controlada puede ocasionar tos. Le administra un ciclo de corticoides orales durante 10 días. El paciente noto una ligera mejoría pero sigue con la tos.**
- **El Dr que lo atiende le aumenta la dosis de corticoide inhalado. A las 4 semanas el paciente sigue con la misma tos. El Dr que le atiende dice que hay que esperar 4 semanas más con el tratamiento.**
- **En la siguiente visita el enfermo dice que desde hace 4 días que no tiene tos desde que estuvo en la visita con el cardiólogo y le hizo un cambio en la medicación.**

Caso Clínico

- **Varón de 32 años, no fumador, sin antecedentes de interés. Acude para estudio de tos persistente. Refiere que durante el invierno ha tenido tres episodios típicos de infecciones de vías altas. El último episodio lo tuvo hace 6 semanas y la tos no se le ha ido y está preocupado. Su médico le ha hecho una Rx de torax que es normal. Ha sido tratado con amoxicilina clavulánico 2 semanas y con ciprofloxacino durante 10 días.**
- **Acude “desesperado”**

Dos preguntas

1ª

- **P. ¿Su tos ha mejorado, esta igual o ha empeorado?**
- **R. Me ha mejorado**
- **¿Cuánto le ha mejorado un 30, 50 o 70%?.**
- **R. Un 70%. ¡iiiiii! Pero no se acaba de marchar del todo ¡iiii.**

2 Preguntas

2^a

- **P. ¿Tiene niños pequeños en casa?**
- **R. Si dos, de tres y 8 meses.**
- **P. Están siempre resfriados**
- **R. Si dejan uno y empiezan otros**
- **P. Le parece que desde que tiene los niños ¿Vd ha tenido más resfriados?**
- **R. Ahora que me lo pregunta creo que si, antes tenía un resfriado al año y me pasaba rápido.**

Orientación Caso 3

- **Tos postinfecciosa**
- **¿Qué hay que hacer?.**
 - **Dar explicaciones que reduzcan ansiedad y esperar. Tratamiento sintomático si hace falta**
- **¿Son útiles los antibióticos en estos casos?. ¿Qué antibióticos?. ¿Cuándo?.**

Caso Clínico

- **Paciente de 43 años de edad, ex fumadora desde hace 6 años. Como antecedentes refiere una historia de resfriados nasales frecuentes. La enferma dice que está siempre resfriada. Desde hace un año empezó con tos, diurna y en ocasiones la tos la despierta por las noches. Tratada con varias tandas de antibióticos mejora algo pero la tos persiste, con expectoración escasa, blanquecina y pegajosa.**

Caso Clínico

- **Paciente de 43 años de edad, ex fumadora desde hace 6 años. Como antecedentes refiere una historia de resfriados nasales frecuentes. La enferma dice que está siempre resfriada. Desde hace un año empezó con tos, diurna y en ocasiones la tos la despierta por las noches. Tratada con varias tandas de antibióticos mejora algo pero la tos persiste, con expectoración escasa, blanquecina y pegajosa.**

Primera pregunta

P. ¿Cuál es el origen de su resfriado crónico?

R. ¿Una virasis crónica?

¿Una infección bacteriana crónica?.

¿Una inmunodeficiencia?.

Caso Clínico

- **Paciente de 43 años de edad, ex fumadora desde hace 6 años. Como antecedentes refiere una historia de resfriados nasales frecuentes. La enferma dice que está siempre resfriada. Desde hace un año empezó con tos, diurna y en ocasiones la tos la despierta por las noches. Tratada con varias tandas de antibióticos mejora algo pero la tos persiste, con expectoración escasa, blanquecina y pegajosa.**

Primera pregunta

P. ¿Cuál es el origen de su resfriado crónico?

R. ¿Un virus crónico?

¿Una infección bacteriana crónica?.

¿Una inmunodeficiencia?.

Respuesta

- **¿No será que la enferma tiene una rinitis crónica no infecciosa?.**
 - **Alérgica (ácaros)**
 - **No alérgica**

Rinitis y Asma

- **Una asociación frecuente**
- **Hay una forma de asma que se conoce como variante tusígena del asma (cough asthma-variant)**
- **Sospecha cuando la tos se presenta en enfermo con rinitis y en particular si es atópico.**
- **Pruebas que ayudan: Eosinofilia en sangre. Pruebas alérgicas Positivas. IgE total elevada. Metacolina positiva. Buena respuesta de la tos a los broncodilatadores**
- **Prueba terapéutica: tratamiento con glucocorticoides inhalados**

Caso Clínico

- **Paciente de 44 años de edad, ex fumadora desde hace 6 años. Como antecedentes refiere una historia de resfriados nasales frecuentes. La enferma dice que está siempre resfriada y con la nariz obstruida. Ha perdido olfato. Desde hace 4 años empezó con tos, diurna y en ocasiones la tos la despierta por las noches. Nota secreciones en la garganta que le cuesta eliminar. Los catarros le empiezan en la nariz y le bajan a los bronquios y siempre acaba con tos y expectoración amarillenta o verdosa. La paciente dice que tiene el problema aquí y se coloca la mano cogiéndose el cuello.**

Posible Origen

- **Rinosinusopatía crónica con secreción postnasal que se acompaña más de “carraspeo” que de tos.**
- **Problema difícil de resolver. Tratar la rinosinusitis con glucocorticoides tópicos+antihistamínicos.**

Otras posibles causas de tos persistente

- **Reflujo gastroesofágico**
 - Con y sin síntomas de reflujo
 - La exploración de ORL puede orientar
 - Tratar con dosis altas de omeprazol al menos 3 meses.
 - Con frecuencia se asocia a otros posibles orígenes

Otras posibles causas de tos persistente

- **Bronquitis eosinofílica**
 - Solo tos, sin sibilancias, ni disnea
 - Metacolina negativa
 - Eosinofilia en esputo.
 - Responde a tratamiento con glucocorticoides inhalados.

Signos de alarma de posible enfermedad grave

- El paciente es bronquítico crónico pero ha observado que las características de la tos han cambiado**
- La tos se acompaña de dolor torácico persistente, esputo hemoptoico o cambio en la voz (afonía o disfonía).**
- La tos no ha mejorado o ha empeorado**

Tos persistente: causas más frecuentes

- **Fármacos (IECAs)**
- **Tos postinfecciosa**
- **Asma atípica**
- **Drenaje nasal posterior en rinosinusopatía**
- **Reflujo gastroesofágico**

- **Recordar que en algunos pacientes concurren más de una causa**