

Tos en paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y fumador

¹Muñoz Galindo A, ²Lozano Mejorada R, ¹Quijada Gutiérrez L, ¹Abou-Assali Boasly R

¹Centro de Salud Alamedilla

²Complejo Asistencial de Salamanca Salamanca

Varón de 62 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de unos 50 paquetes/año y transportista de profesión. Entre sus antecedentes médicos de interés se encuentra enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en grado moderado, tratada con bromuro de tiotropio, formoterol y salbutamol.

Consulta por incremento de la disnea, expectoración más verdosa de lo habitual y presencia de tos, lo que supone un deterioro en su situación basal.

En la exploración física las constantes vitales se encuentran dentro de la normalidad. En la auscultación pulmonar se percibe espiración alargada y roncus dispersos de predominio basal bilateral, que parecen atenuarse con la tos.

Ante estos hallazgos se establece el diagnóstico de agudización de la EPOC. Se pauta tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico (875/125 mg cada 8 horas durante 7 días) y se potencia el uso de broncodilatadores de acción corta.

Tras cumplir correctamente el tratamiento, y pasadas tres semanas, el paciente acude de nuevo a la consulta y refiere que la disnea ha mejorado, pero persiste la tos, cuyo patrón habitual ha cambiado y se ha hecho constante a lo largo de todo el día.

Ante la sospecha de que se trate de un fracaso terapéutico, una recaída o un signo de alarma en un paciente fumador (cambio de características de la tos), se decide la realización de radiografía de tórax. En ella se evidencia una imagen parahiliar derecha y una atelectasia laminar basal del mismo lado (imagen 1), que precisan de más estudios puesto que no aparecían en previos.

Con ese fin, es derivado al ámbito hospitalario, donde se realiza tomografía computarizada (TC) de tórax. En ella se halla una masa de cinco centímetros de diámetro localizada en lóbulo inferior

derecho (imagen 2).

El diagnóstico anatómo-patológico final es de carcinoma microcítico de pulmón en estadio diseminado.

COMENTARIO

La tos es un mecanismo de defensa que puede estar en relación tanto con cuadros banales como con patología potencialmente grave; a su vez, es uno de los motivos de consulta más frecuente¹.

Clásicamente se divide en función de su duración. Se considera aguda si su instauración es inferior a las tres semanas; subaguda, cuando su presentación dura entre tres y ocho semanas; y crónica, cuando se prolonga por encima de las ocho semanas.

De entre la gran cantidad de causas de tos, las tres principales son el goteo nasal posterior, el asma y el reflujo gastroesofágico². Otras causas potenciales son farmacológicas (sobre todo en relación

Figura 1

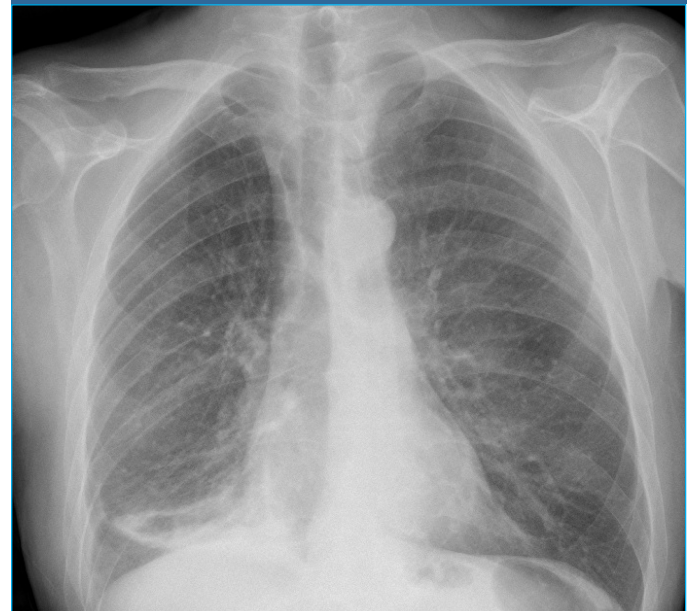


Figura 2



Las metástasis pueden asentar en el hígado, huesos, suprarrenales y en el cerebro.

con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina), postinfecciosas (duración de hasta ocho semanas), bronquiectasias, EPOC, carcinoma broncogénico, mediastinopatías, cardiopatías, enfermedades neuromusculares, alteraciones de la deglución y tos de origen psicógeno.

En el paciente con este síntoma, y en especial en el fumador, se debe prestar especial atención a los cambios en el patrón de la tos, a su presencia tras un mes después del cese del hábito tabáquico y a la tos de nueva aparición.

En atención primaria está indicada la anamnesis exhaustiva, la exploración física, la radiografía de tórax y la espirometría³. Si no se alcanzara el diagnóstico, o si, pese a hacerlo, el tratamiento no fuera eficaz, se deben ampliar los estudios en otro nivel asistencial; en función de la sospecha se recomiendan TC de senos nasales o torácica, pH-metría esofágica, fibrobroncoscopia, ecocardiograma o consulta con una Unidad de Salud Mental.

El cáncer de pulmón clásicamente se divide en función de la anatomía patológica en microcítico y no microcítico (epidermoide, adenocarcinoma y de células grandes). El 75 % de los pacientes presenta síntomas en el momento del diagnóstico. Tres de cada cuatro presentan tos, cierto grado de hemoptisis el 50 %, y hasta el 25 % refiere dolor torácico del mismo lado de la neoplasia primaria⁴. Puede haber derrame pleural, síndrome de la vena cava superior y diversas manifestaciones paraneoplásicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129(Suppl 1):1S.
2. Kastelik JA, Aziz I, Ojoo JC, et al. Investigation and management of chronic cough using a probability-based algorithm. *Eur Respir J* 2005;25:235.
3. Morice AH, Fontana GA, Sovijarvi AR, et al. The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J* 2004;24:481.
4. Hyde L, Hyde C. Clinical manifestations of lung cancer. *Chest* 1974;65:299.
5. Toloza EM, Harpole L, McCrory DC. Noninvasive staging of non-small cell lung cancer: a review of the current evidence. *Chest* 2003;123(Suppl 1):1.