

Médico de familia, pero no de la propia

Este caso es, como describen sus autores, claro ejemplo de que al perder la objetividad, los médicos suelen ser malos realizando diagnósticos a familiares, un hecho que se agudiza de manera exponencial cuanto más cercano a ellos sea el paciente al que tratan.

Caso clínico

Palomo Sanz V¹, Orío Moreno E¹, Bárcena Miguel R², Zancada Martínez B¹, Morales Gutiérrez F², Ruiz Arriazu A²

¹Médico

²DUE

Centro de Salud de Torrelaguna. Madrid

Paciente de 24 años, con antecedentes de rinoconjuntivitis primaveral sin asma, que controla con antihistamínicos y corticoide nasal. No suele acudir a consulta porque su padre es médico de atención primaria. A mediados de julio comienza con tos matutina, sin fiebre ni expectoración. En los días sucesivos la tos se va haciendo más pertinaz, por lo que se le prescribe dextrometorfano en suspensión.

A primeros de agosto presenta, al levantarse con la tos, un episodio de disnea/apnea, ("no me entra el aire y me sentía ahogar"), por lo que llama por teléfono a su padre, que se encontraba de viaje, para comunicárselo asustado, y éste le dice que acuda al centro de salud para que le vea el médico de guardia. Tras media hora se pone en contacto con el compañero de urgencias, quien le dice que no ha encontrado nada llamativo en el paciente, salvo faringitis, y le ha recomendado paracetamol con codeína.

En los días siguientes el paciente sigue con el cuadro de tos sin fiebre y a veces, sobre todo por la mañana, algún episodio de estridor laríngeo y apnea inspiratoria que cede en segundos. La exploración y auscultación son normales, sin sibilantes ni disfonía, pero el cuadro no remite, por lo que, ante la sospe-

cha de laringitis subaguda, se le pautan aerosoles con suero fisiológico y budesonida durante una semana.

Con el tratamiento el paciente no mejora y los accesos de tos-estridor y apnea se van repitiendo en varias ocasiones a lo largo del día, aunque sigue sin fiebre y con exploración normal. Se pide una radiografía de tórax, que resulta normal, y su padre le pauta (por sus antecedentes de polinosis y de forma empírica) cetiricina (10 mg diarios por vía oral), acetilcisteína (200 mg en cada comida) y omeprazol (40 mg diarios) por si existiera reflujo, aunque en ese caso lo probable (razona el galeno) serían accesos de madrugada al estar acostado.

A los 10 días el cuadro no ha mejorado y tras los accesos de tos-estridor y apnea se sucede a veces un vómito alimenticio. El paciente sigue sin fiebre y con aceptable estado general, no ha dejado sus actividades académicas ni deportivas, aunque ha perdido un kilo de peso y sigue sin haber hallazgos patológicos en la exploración. Ante la mala evolución, su padre habla por teléfono con una otorrinolaringóloga para comentarle el cuadro y le pide que le vea: "es un cuadro de 6 semanas de evolución con tos seca no perruna y estridor

laríngeo con vómito posterior que casi parece una tos ferina...". En ese momento el padre cae en la cuenta de que efectivamente puede tratarse de esa enfermedad.

A los pocos días la ORL hace una fibroscopia al paciente sin encontrar patología, por lo que recomienda hidratación abundante, omeprazol 20 mg cada 12 horas y volver si no hubiera mejoría en un mes. Respecto a si pudiera tratarse de tos ferina, la ORL (de unos 30 años de edad), haciendo gala de una gran sinceridad, manifiesta que nunca ha visto una tos ferina.

Poco a poco, a lo largo del mes siguiente el paciente (mi hijo) fue mejorando. Primero los accesos tusígenos se fueron haciendo menos frecuentes y el vómito final desapareció. A los tres meses del inicio, el cuadro ha curado. Con una evolución tan dilatada, pensamos que no merecía la pena hacer serología ni esputos para confirmar el diagnóstico, por lo que en este caso (como suele suceder en nuestro ejercicio) el diagnóstico es de sospecha clínica.

COMENTARIO

Las primeras descripciones clínicas de tos ferina datan de Guillaume de Baillou (1538-1616), quien describe una epidemia desarrollada en París en 1578, a la que se refiere como "coqueluche"; ya Hipócrates (400 DC) había hecho referencia a este proceso, en el que denominaba "quinta" a los accesos de tos característicos.

La tos ferina origina de 10 a 20 millones de casos al año, de los cuales el 90% ocurren en países desarrollados, con 200.000-400.000 fallecimientos anuales.

Los criterios diagnósticos de tos ferina fueron establecidos por la OMS en el año 2000, e incluyen la existencia de tos de al menos 2 semanas de duración y al menos uno de los siguientes síntomas sin otra causa que los justifique:

- Paroxismos de tos.
- Gallo inspiratorio o vómito postusivo.

Los criterios de confirmación son el aislamiento de *Bordetella pertussis* o detección de su secuencia

genética por PCR o dos serologías positivas con títulos crecientes a intervalos de 15 días. Tanto PCR como cultivo obtienen su máxima rentabilidad al inicio de la infección, en tanto que al final del periodo de estado la serología tiene más rentabilidad diagnóstica.

En el caso que nos ocupa se demuestra que al perder la objetividad, los médicos solemos ser malos *diagnostica-*dores de nuestros familiares, y ello es tanto más verdad cuanto más cercano nos sea el paciente. Merced a la vacunación, la tos ferina es

hoy una enfermedad ya muy poco frecuente. Personalmente, tras vivir una epidemia en los comienzos de mi carrera como médico rural, hace ya 25 años en un pueblecito de Málaga (no vacunaban de Pertussis porque hubo una reacción adversa grave en la provincia), no he vuelto a ver más casos (por cierto, que en ese mismo municipio vacuné yo mismo con las 4 dosis de rigor de DTP al paciente que nos ocupa).

Aunque se observa desde 1990 un aumento en la incidencia de la enfermedad en algunos países desarrollados (Holanda), en España sigue siendo una enfermedad rara. Pese a ello, el acceso de tos absolutamente típico y bien descrito en la literatura, hace que sea fácil el diagnóstico clínico... siempre que la enfermedad no la padezca tu hijo.

