



## Clínica cotidiana

# La tos: un síntoma de alerta imposible de banalizar

Cleida Echemendía Delgado<sup>a</sup>, Jorge Luis Orihuela de la Cal<sup>b,\*</sup>, Eduardo Daniel Pérez Padilla<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud El Puerto. Las Palmas. Gran Canaria. <sup>b</sup>Centro de Salud El Doctoral. Santa Lucía de Tirajana. Gran Canaria. <sup>c</sup>Coordinador del Centro de Emergencias y Seguridad (112). Gran Canaria.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 17 de septiembre de 2020

Aceptado el 23 de abril de 2022

On-line el 23 de mayo de 2022

#### Palabras clave:

Neumotórax espontáneo

Tos

Pulmón

### R E S U M E N

La tos constituye un motivo frecuente de consulta en atención primaria y sobre todo en los Servicios de Urgencias. En ningún caso se debe banalizar su presencia y resulta importante cumplir los algoritmos de actuación establecidos. Es un síntoma relacionado habitualmente con patología respiratoria; sin embargo, puede ser el síntoma cardinal o de alarma ante afecciones de otros sistemas y aparatos, también por causa psicógena e incluso debida a factores externos.

Se presenta un caso clínico que debuta con episodios tusígenos, cuyos signos clínico-radiológicos acompañantes hicieron necesario tomar actuaciones inmediatas y plantear diversos diagnósticos diferenciales. El juicio clínico definitivo resultó ser un neumotórax espontáneo primario. Fue realizada una actualización del síntoma motivo de consulta así como de la patología final, criterios diagnósticos y abordaje adecuado.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### The cough: an alert symptom that is impossible to trivialize

### A B S T R A C T

The cough is a frequent reason for consultation in primary care and especially in emergency services. In no case should their presence be trivialized and it is important to comply with the established action algorithms. It is a symptom usually related to respiratory disease, however, it can be the cardinal or alarm symptom in the face of conditions in other systems and devices, also due to psychogenic causes and even due to external factors.

We present a clinical case that debuted with cough episodes, whose accompanying clinical-radiological signs made it necessary to take immediate action and propose various differential diagnoses. The definitive clinical judgment turned out to be a Primary Spontaneous Pneumothorax. An update was carried out on the symptom reason for consultation as well as the final pathology, diagnostic criteria and proper management.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

#### Keywords:

Spontaneous pneumothorax

Cough

Lung

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jorgeorihu1969@gmail.com](mailto:jorgeorihu1969@gmail.com) (J.L. Orihuela de la Cal).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2022.015>

2254-5506 / © 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Acude a Urgencias del Centro de Salud, un varón de 20 años de edad. Antecedentes personales: rinitis alérgica y vitíligo; sin hábitos tóxicos y deportista.

Refiere tos seca persistente, de 24 horas de evolución, descrita como perruna o irritativa, más algún estornudo aislado. Al día siguiente, empieza con dolor de características pleuríticas (punzante, que aumenta con la inspiración y movimientos, pero se alivia con el descanso), localizado en punta del costado derecho; también refiere palpitaciones y disnea repentina junto con mayor intensidad y frecuencia de la tos.

Durante la exploración física se encuentra consciente y orientado, afebril; constitución longilínea, actitud en ortopnea; nota mejoría al acostarse sobre el lado afectado; taquipnea a 25 respiraciones por minuto, sin enfisema subcutáneo ni tiraje intercostal. Al llegar, la saturación de oxígeno respirando aire ambiente es de 92 %, pero en reposo sube a 95-96 %; frecuencia cardíaca 120 latidos por minuto y tensión arterial 150/80 mmHg; ruidos cardíacos rítmicos, pero taquicárdicos, sin soplos; murmullo vesicular y vibraciones vocales abolidas en el hemitórax derecho y sonoridad aumentada con la percusión intercostal.

Se sospecha que se trata de una emergencia clínica con datos de hipoxemia. Se le colocan gafas nasales para oxigenoterapia a 6 litros/minuto.



Figura 1

Radiografía de tórax anteroposterior y lateral: hemitórax derecho radioluciente, presencia de línea de pleura visceral bien diferenciada de la interfase aérea del espacio pleural, con retracción pulmonar hacia la línea media y ensanchamiento intercostal con horizontalidad de las costillas (figura 1); hemitórax izquierdo normal.

Se le remite al hospital en ambulancia medicalizada. Allí se logra mejor vigilancia, control ventilatorio y hemodinámico.

El juicio clínico es de neumopatía derecha aguda. Se efectúa diagnóstico diferencial entre crisis de asma bronquial, laringotraqueítis aguda, inhalación de gases o sustancias tóxicas, broncoaspiración de cuerpo extraño, serositis pleural...

Queda ingresado en Neumología. Allí la gasometría arterial aporta datos de acidosis respiratoria.

El tratamiento se encamina a la evacuación del aire en el espacio pleural y la prevención de recurrencias. Se coloca un tubo de toracostomía para drenaje y oxigenoterapia a 2 litros por minuto; sueroterapia y analgesia intravenosa.

No hay adecuada mejoría de la expansión pulmonar y 48 horas después se realiza broncoscopia (figura 2): fuga aérea persistente y bullas enfisematosas subpleurales en vértice pulmonar (blebs).

Se realiza la resección quirúrgica de las mismas en el Servicio de Cirugía Torácica.

El estudio anatomopatológico informa de pleuritis, macrófagos y células gigantes con cristales de colesterol.

A partir de estos hallazgos se amplían los estudios para descartar enfermedades que producen lesiones pleuropulmonares. Algunas causas son más frecuentes que otras, entre ellas: infecciosas (tuberculosis y neumonías atípicas); quistes broncopulmonares, neumopatías intersticiales y tumores; además, artritis reumatoidea, vasculitis (granulomatosis de



Figura 2

Wegener...) y miopatías autoinmunes; también conectivopatías (lupus eritematoso, esclerosis sistémica)...

Se efectúan estudios complementarios (hemograma, bioquímica, complementos, anticuerpos antinucleares y tiroideos, más proteinograma) que resultan normales; serologías negativas y no déficit de alfa 1-antitripsina.

La TAC descarta la existencia de complicaciones.

El diagnóstico definitivo es de neumotórax espontáneo primario (NEP).

Tras la intervención quirúrgica se logra la estabilización y la mejoría necesaria. El paciente recibe el alta a los cinco días del ingreso. Mantiene el drenaje pleural, que es retirado pocos días después por resolución total del cuadro clínico-radiológico.

Se inician ejercicios para fisioterapia respiratoria, que facilitan restablecer las oscilaciones fisio-psico-patológicas y lograr en el paciente la mejor capacidad funcional posible dada la entidad respiratoria presentada.

El pronóstico es bueno y el paciente se incorpora gradualmente a su ritmo de vida habitual, alcanzada completamente a los 6 meses del suceso.

## Comentario

La tos constituye un mecanismo de defensa del aparato respiratorio. Es multicausal y motivo frecuente de asistencia a una consulta médica<sup>1</sup>. A través de ella, se pueden movilizar y expulsar secreciones e incluso productos aspirados. Se desencadena en presencia de infecciones<sup>2</sup> o patologías propias de las vías aéreas (procesos inflamatorios, atelectasias, asma, broncoaspiraciones...); pero también por factores externos (contaminación ambiental, cambios atmosféricos, consumo de hachís<sup>3</sup> y tabaco...) y debido a repercusiones en otros sistemas y aparatos (digestivo, osteomioarticular, cardíaco...) <sup>1</sup>. En ocasiones es muy característica y determinante. Tiene un curso agudo (hasta 3 semanas), subagudo (entre 3-8 semanas) o crónico (más de 8 semanas), y su presencia hará sospechar patologías benignas e incluso complicaciones.

Se debe valorar la coexistencia de otros datos relevantes que puedan detectarse en cada. Esto conllevará un estudio minucioso y una conducta apropiada para alcanzar un diagnóstico y tratamiento óptimo.

Cuando se trata de un proceso agudo o brusco, debe plantearse al momento un análisis exhaustivo, que evitará repercusiones graves que pueden llegar al deceso del paciente, como puede ocurrir ante un cuadro de neumotórax, ya sea espontáneo, traumático o iatrogénico<sup>4-6</sup>, que necesita una rápida intervención para la estabilización y curación del mismo.

En el NEP o idiopático existe la presencia de aire en el espacio pleural que provoca disfunción pulmonar, aunque no existe una causa determinada ni afección orgánica que lo provoque. Las tasas de prevalencia varían según los estudios consultados. Se han descrito más casos en varones menores de 45 años<sup>3-6</sup>, fumadores o no, y con biotipo leptosómico (altos y delgados); estos son propensos a tener bullas enfisematosas subpleurales. En este sentido hay diferentes teorías, que abarcan desde mayor distensión alveolar por elevación de la presión negativa intrapleural en el extremo superior pulmo-

nar, o por exceso de proteasas causado por estrés oxidativo que provoca un significativo daño al órgano y hasta lesiones isquémicas por disminución de la perfusión en el vértice)<sup>3-6</sup>.

En algunos pacientes hay factores hereditarios. Se detectan antígenos de histocompatibilidad (HLA) haplotipos A2B40<sup>7</sup>. Existen múltiples etiologías secundarias y entre las mujeres, aunque es menos prevalente, se relaciona con el ciclo menstrual (catamenial)<sup>8</sup>.

Las fugas aéreas persistentes ocurren sobre todo en el neumotórax espontáneo secundario. Son debidas a fístulas broncopleurales o a otros trastornos. En estos casos la resolución es más tardía<sup>4,5</sup>.

## Conclusiones

La tos puede ser una manifestación de enfermedad grave y es primordial identificar, de forma precoz, factores de riesgo y probables afecciones que comprometan la integridad física y psíquica de los enfermos; no debe ser infravalorada en ningún momento.

El NEP constituye una emergencia médica que necesita una intervención urgente. La terapéutica será individualizada, pues dependerá de la gravedad del caso. La cooperación interdisciplinaria y aplicación de algoritmos de actuación con estrategias terapéuticas adecuadas deberá hacerse de forma efectiva, con lo que se alcanzará una rápida reincorporación de estos pacientes a su cotidianidad. No obstante, una pequeña proporción de ellos pueden tener recidivas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fanta C. Tos. En: Jamenson L, Kasper D, Longo D, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J, eds. Harrison principios de Medicina Interna. 20ª ed. España: McGraw-Hill/Interamericana; 2019. p. 9-11.
2. Jia J, Yuan L, Gao W, Yao K. Complications of pertussis. *Zhongguo Dang Dai Er Za Zhi*. 2019; 21(7): 713-7.
3. Martinasek M, McGrogan J, Maysonet A. A systematic review of the respiratory effects of inhalational marijuana. *Resp Care*. 2016; 61(11): 1543-51.
4. Schnell J, Koryllos A, López A, Lefering R, Soelben E. Spontaneous Pneumothorax. *Dtsch Arztebl Int*. 2017; 114(44): 739-44.
5. Wong A, Galiabovitch E, Bhagwat K. Management of primary spontaneous pneumothorax: a review. *ANZ J Surg*. 2019; 89(4): 303-8.
6. Aguilera P, Martín A, Agüeros M, Soneira Z, Gaitán J, San Miguel N. Neumotórax espontáneo. *Med Gen Fam*. 2016; 5(4): 161-3.
7. Rey F, Ortiz I, Gallegos M. Dolor pleurítico en paciente joven. *Med Gen Fam*. 2009; 35(3): 148-52.
8. Goorsenberg A, Pruis M, Boshuizen R, Hindor V, Slaar A, Bresser P. Catamenial pneumothorax: an intriguing cause of recurrent pneumothorax in women. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2018; 162: D2340.