
Publicación : 02-03-2021
Categoría : » Genérico (Cabeza y Cuello)
Autor : Sara Fernandez Cascón
Hospital : Hospital Universitario Río Hortega
Colaboradores : Dra. Claudia Buendía Pajares
ISBN : 978-84-09-18286-2

Tos

Introducción / Definición

La tos es uno de los síntomas más frecuentemente valorados en la consulta (Hasta un 40%), producida como respuesta a determinados estímulos que desencadenan un complejo arco reflejo. Dicho arco reflejo se inicia a través de mecano y quimiorreceptores existentes a nivel del epitelio respiratorio, en pericardio, esófago, diafragma y estómago generando una corriente aferente vehiculada a través del nervio vago hasta el centro de la tos y otras estructuras cerebrales superiores, produciendo una respuesta eferente a través del nervio vago, frénico y espinal en la musculatura espiratoria que se traduce en la tos.

Etiología

La etiología más frecuentemente implicada es la secundaria al goteo postnasal producido por alteraciones de vía aérea superior, al asma y al reflujo gastroesofágico. Existen otras causas menos frecuentes pero que ocupan un porcentaje importante y son: la etiología postinfecciosa que suele producir un cuadro de tos subaguda que puede ceder espontáneamente, la etiología farmacológica que implica fundamentalmente a los IECA (Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) y finalmente la etiología broncopulmonar. En aproximadamente un 75-90% de los casos, encontramos la causa de dicha sintomatología, pero existe un pequeño porcentaje de pacientes en los que ésta no es identificada o se corresponde con un cuadro psicógeno.

1. **Goteo postnasal:** Causa común de tos subaguda o crónica. Secundario a rinitis alérgica, perenne o vasomotora o rinosinusitis. Pueden ser cuadros clínicos desde muy sintomáticos a silentes, no habiendo unos criterios claros de asociación.
2. **Asma:** Segunda causa de tos persistente en adultos y primera en niños. Debemos tener este diagnóstico en cuenta en pacientes con historia de atopia o historia familiar de asma, y su diagnóstico se realiza mediante test de provocación bronquial.
3. **Reflujo gastroesofágico y reflujo faringolaríngeo:** Segunda o tercera causa de tos persistente. Puede suponer un cuadro sintomático pero en hasta un 40% los pacientes se encuentran asintomáticos con el único síntoma de la tos persistente. El diagnóstico puede realizarse mediante pHmetría, pero generalmente se realiza un tratamiento empírico.
4. **Infecciones del tracto respiratorio:** La tos aparece como un síntoma que puede persistir hasta 8 semanas, produciéndose por una serie de circunstancias tales como secreción postnasal, hipersensibilidad bronquial e inflamación a nivel de la vía aérea.
5. **Fármacos:** IECA (Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina).
6. **Patología pulmonar:** Bronquitis crónica, bronquiectasias, cáncer de pulmón o bronquitis eosinofílica no asmática.

Clínica

Clasificamos la tos en relación con la duración desde su inicio en:

1. **Aguda:** Duración < 3 semanas.
2. **Subaguda:** Duración entre 3 y 8 semanas.
3. **Crónica:** Duración mayor a 8 semanas.

Diagnóstico / Pruebas

El diagnóstico se apoya fundamentalmente en la historia clínica, debiendo interrogar al paciente acerca de hábito tabáquico, historia de infección respiratoria previa, rinorrea y congestión nasal, clínica compatible con reflujo gastroesofágico y consumo de IECA. En paciente con sospecha de asma, se debe realizar un test de provocación con metacolina.

Si existe sospecha de reflujo gastroesofágico se puede realizar una pHmetría o pautar tratamiento empírico y monitorizar respuesta.

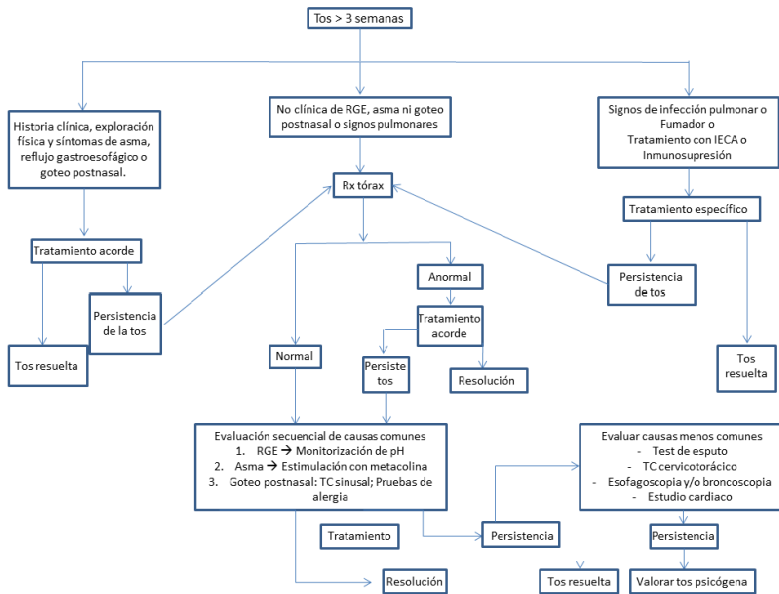
En pacientes con tos crónica en que se descartan las etiologías más frecuentes, es conveniente realizar una radiografía de tórax.

Tratamiento

El tratamiento es etiológico.

- En pacientes con sospecha de cuadro de vía respiratoria superior y signos de atopia, debemos instaurar tratamiento con lavados nasales y glucocorticoide tópico intranasal y añadiendo antihistamínico oral si la clínica es severa.
- Si existe una sospecha de cuadro asmático, debe instaurarse tratamiento con broncodilatadores pudiendo añadir fármacos antileucotrienos.
- Si presenta clínica de reflujo gastroesofágico o se constatan signos de reflujo faringolaríngeo, debemos añadir fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBPs).
- En los pacientes en los que no encontramos diagnóstico etiológico, podemos instaurar tratamiento no específico, añadiendo en primer lugar fármacos antitusígenos no opiodes como el Dextrometorfano o el Benzonatato. Si la clínica persiste a pesar de dicho tratamiento podemos añadir antitusígenos opiodes como la codeína.

Resultados



Complicaciones

Las complicaciones de la tos crónica vienen determinadas por el aumento de la presión intratorácica y la hiperfunción de la musculatura espiratoria involucrada en este proceso. Dichas complicaciones incluyen el agotamiento, la cefalea, insomnio, dolor musculoesquelético, hipersudoración, incontinencia urinaria incluso fracturas costales múltiples, generalmente en mujeres mayores de 50 años que presentan una menor densidad ósea.

Lecturas Recomendadas

1. Pratter MR, Bartter T, Akers S, DuBois J. An algorithmic approach to chronic cough. *Ann Intern Med* 1993; 119:977.
2. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129:1S.
3. Irwin RS, Curley FJ, French CL. Chronic cough. The spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141:640.
4. Morice AH, Kastelik JA. Cough. 1: Chronic cough in adults. *Thorax* 2003; 58:901.
5. 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.