



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 347/2477 - LO QUE LA TOS ESCONDE

S. Gil García<sup>a</sup>, M. Galán Berasaluce<sup>b</sup>, I. Iniesta Hernández<sup>c</sup> y R. Provencio Hernando<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Guadalajara.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 42años alérgica a pirazolonas y buscapina, no fumadora, neumonía en 2014 y dislipemia en tratamiento con simvastatina como únicos antecedentes médicos. Refiere tos de más de 3 años de evolución. Trabaja como reponedora y convive con un perro en domicilio desde hace años. Estudiada por Neumología en 2008, probable asma bronquial, sin mejoría a pesar del tratamiento pautado, por lo que acude años después a nuestra consulta. Refiere tos seca, continua, persistente, sin claros desencadenantes. Leve mejoría nocturna, aunque dificulta el sueño. Niega sibilancias ni disnea, sin reflujo, ni otros síntomas.

**Exploración y pruebas complementarias:** SatO2 98%. ACP: mvc, sin rsa. Rx tórax (02/01/15): sin alteraciones. Analítica (13/01/15): Col 229. Neumología: espirometría (23/01/15): FEV1 127%; FVC 126%; FEV1/FVC 0,86%. Test metacolina -. Broncoscopia: N. BAAR -. Citología: cambios celulares reactivos. Biopsia bronquial: metaplasia escamosa, no malignidad. TAC tórax (04/03/15): sin alteraciones. Alergología: pruebas cutáneas en Prick+ a polen olivo, dermatofagoide. IgE total: 75 UI/ml. Test broncodilatación y metacolina -. ORL: fibroscopia: sin alteraciones. TAC senos: sin alteraciones. Digestivo: gastroscopia (05/11/15): pangastritis eritematosa leve. pHmetría (22/01/16): no RGE. Cardiología: ECG 19/01/16: sin alteraciones. Ecocardiograma 11/15: sin hallazgos.

**Orientación diagnóstica:** Iniciamos el estudio siguiendo el algoritmo diagnóstico, excluidos el tabaco y IECAs. Se realiza analítica y Rx de tórax sin alteraciones y se deriva a neumología para estudio de asma bronquial no confirmado. Tras pruebas complementarias se descarta patología y pautan broncodilatador, sin mejoría (comprobada buena técnica). Neumología deriva a: ORL que descarta patología; Alergología, que diagnostica alergia a polen olivo y pauta antihistamínicos, sin mejoría y Cardiología sin hallazgos. Se deriva a Digestivo para descartar RGE, con pHmetría negativa, sin respuesta a IBP. La paciente sufre fisura en costilla secundaria a la tos, por lo que se pautó oxicodona. Tras tratamiento con corticoides, broncodilatadores, antihistamínicos e IBP no presenta mejoría, instaurando Lyrica, que no tolera. Se realiza interconsulta a Psiquiatría para descartar tos psicógena.

**Diagnóstico diferencial:** Excluidos tabaco e IECAs, considerar goteo post nasal, asma o RGE. Otras causas: post infecciosa o psicógena, EPOC, EPID, ICC, enfermedades inmunológicas, masa o cuerpo extraño, poliposis o neuralgia occipital.

**Comentario final:** La tos crónica supone el 10-20% de las consultas en AP. Los algoritmos de decisión esclarecen la causa en el 92-96% de los casos, por lo que es fundamental conocerlos y realizar una medicina

basada en la evidencia y en las guías de práctica. Existen nuevas perspectivas en el mecanismo de la tos, como la terapia neuromoduladora, estudios con pregabalina o amitriptilina o bloqueantes de receptores TRP.

## Bibliografía

1. Pacheco A, et al. Normativa SEPAR. Tos crónica. Arch Bronconeumol. 2015;51(11):579-89.
2. Velasco Garrido JL, et al. Estudio del paciente con tos crónica. En Soto Campos JG. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Madrid: Ergon; 2005. p. 249-56.

**Palabras clave:** Tos crónica. Diagnóstico.