

424/309 - OJO A ESA TOS

M. Rodríguez Carrillo¹, M. Palos Campos², M. Rodríguez Padial² y P. Lozano Díaz³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de la Cuesta. Sevilla. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bormujos. Sevilla. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años, fumador e hipertenso en tratamiento con enalapril 10 mg desde hace 2 meses. Acude a consulta de atención primaria (AP) refiriendo tos seca de dos semanas de evolución sin patrón horario definido ni fiebre. Considerando posible reacción adversa, se retira enalapril y se sustituye por valsartán. Cinco semanas después, reconsulta por persistencia de tos, iniciándose tratamiento con antitusígenos. Desde AP se inicia estudio, no obstante, ante la normalidad de las pruebas complementarias iniciales y la refractariedad clínica, precisa derivación a Otorrinolaringología y Neumología.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente, SatO2 98%, afebril. Buen estado general. Sin focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar normal. Eupneico. Otoscopia bilateral y orofaringe normales. Abdomen blando y depresible sin masas ni dolor a la palpación. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos Mantoux negativo. Analítica sanguínea sin eosinofilia ni otras alteraciones. Espirometría sin alteraciones, con parámetros espirométricos dentro de la normalidad. Test broncodilatador negativo. Fibrolaringoscopio: cuerdas vocales normales. Analítica sanguínea: CEA 375 ng/ml, CA 19.9 15 U/ml, CYFRA 21,1: 3 ng/ml, CA 15,3 166 U/ml. TC tórax: consolidación parenquimatosa con aireación periférica y broncograma en segmentos posteriores de LII. Broncoscopia: árbol bronquial izquierdo con engrosamiento y aspecto infiltrativo del segmento 6 y 10. Biopsia: infiltración mucosa por adenocarcinoma.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma de pulmón en paciente fumador con tos crónica.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad por reflujo gastroesofágico, pautándose inhibidores de la bomba de protones, sin respuesta. Procesos del tracto respiratorio superior, descartados tras valoración por otorrinolaringología. Tos equivalente asmático, iría en desacuerdo ante test broncodilatador negativo. Bronquiolitis eosinofílica crónica, se descartaría por la ausencia de eosinofilia e hiperreactividad bronquial.

Comentario final: El cáncer de pulmón como causa de tos crónica está presente sólo en un 2% de los casos. La tos es más probable que indique la participación de las vías respiratorias que la del parénquima. La normalidad en la radiografía de tórax no descarta la neoplasia. Los adenocarcinomas, por su localización periférica, no presentan tos como síntoma precoz.

Bibliografía

1. Barrios E, Desueza WA, Flores J, Navarrete I. Protocolo de manejo clínico de la tos crónica. Medicine. 2017;12(31):1868-73.
2. Pacheco A, Diego A, Domingo C, Lamas A, Gutiérrez R, Naberan K, Garrigues V, López Vime R. Tos crónica, normativa SEPAR. Arch Bronconeumol. 2016;51(11):579-89.

Palabras clave: Tos. Atención Primaria. Cáncer.