



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## P-345 - NECESITO UN JARABE PARA LA TOS

J. Villar Ramos<sup>a</sup>, M. Montes<sup>b</sup>, P. López<sup>c</sup>, A. Blanco<sup>d</sup>, J.L. Cepeda<sup>e</sup> y K.P. Baldeón<sup>f</sup>

<sup>a</sup>CS Dávila. <sup>b</sup>CS Camargo. <sup>c</sup>CS Cazoña. <sup>d</sup>HUMV. <sup>e</sup>CS Camargo Costa. <sup>f</sup>CS Besaya.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 77 años, no fumadora, hipotiroidea, DM. Acude a la consulta hace 1 mes por tos sin expectoración e hipertrofia amigdalar por lo que se diagnostica de infección de vías altas y se pauta tratamiento antibiótico. Ante la persistencia de la tos y dada la incomodidad que supone acude a nuestra consulta solicitando jarabe antitusivo. Ante la persistencia de los síntomas a pesar de tratamiento sintomático, se realiza RX de tórax y se comienza estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tos de más de 4 semanas de evolución, sin relación con el ejercicio ni tras las comidas. Sin predominio nocturno. No sensación de cuerpo extraño. Asocia disnea de medianos esfuerzos. ORL: otoscopia normal. Faringe hiperémica sin hipertrofia amigdalar. No adenopatías. AP: al comienzo del cuadro clínico: MVC. A las 4 semanas: hipofonesis en campo medio e inferior derecho. Rx tórax: no se aprecian condensaciones. Derrame pleural derecho de gran cuantía. Analítica: función renal normal. Na 136 mEq/L. K 3,4 mEq/L. PCR 4,5. FG 35 ml/min. No leucocitosis. Hemoglobina 11,6 g/dL. VCM 91 ADE 14,3%. Líquido pleural: glucosa 103 mg/dL. Amilasa l. pleural 79. LDH 527. Proteínas totales l. pleural 5,8 g/dl. ADA 15 U/L. AP: frotis positivo para células malignas sugestivas de adenocarcinoma. Marcadores tumorales: CEA 3. CA 125: 418. CA 15.30: 47. CA19.9: 424.

**Juicio clínico:** Derrame pleural derecho. Adenocarcinoma.

**Diagnóstico diferencial:** Tos crónica (infecciosa, asmática, RGE, fármacos...). Derrame pleural de características transudado/exudado. Adenocarcinoma.

**Comentario final:** Se define como tos crónica a aquella que dura más de 8 semanas si se trata de un proceso identificado o si persiste más de 3 semanas sin diagnóstico. Entre las causas más comunes encontramos el goteo nasal posterior, asma, RGE, fármacos (IECA...), postinfecciosa, tos psicógena, bronquitis crónica, EPOC, Ca broncogénico (2%)... La anamnesis y exploración física nos orientarán hacia las causas más frecuentes que podrán ser diagnosticadas con exploraciones convencionales (Rx tórax y espirometría con prueba broncodilatadora). Si bien es cierto, en ocasiones no se llega al diagnóstico realizándose tratamiento sintomático (codeína, dextrometorfano, cloperastina...) se debe hacer un estudio adecuado y orientado basándonos en los antecedentes, síntomas y causas más frecuentes. En el caso de nuestra paciente, la tos puede ser provocada por el propio derrame pleural. Al realizar toracocentesis diagnóstica se extraen muestras para AP y Microbiología. Entre las causas más frecuentes de derrame pleural se observan por orden de frecuencia: IC, cáncer, neumonía, TBC o embolia pulmonar. En este caso, al realizar la toracocentesis diagnóstica se extrae un líquido de características exudativas (criterios de Light) por lo que nos planteamos un origen: infeccioso, maligno, inflamatorio... Mediante la AP se obtuvo sospecha de adenocarcinoma. Cabe

recordar que el 75% de los derrames malignos son por ca de pulmón, mama, linfoma, aunque la causa más frecuente continúa siendo el adenocarcinoma metastásico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kosowsky JM, Kimberly HH. [Pleural Disease](#). [Rosen's Emergency Medicine](#). 2014.
2. Morice AH, Kastelik JA. [Cough. 1: Chronic cough in adults](#). Thorax. 2003.