



SITUACIÓN CLÍNICA

Causa infrecuente de tos persistente

E. Benito Alonso*, B. Ontañón Nasarre, C. Bronchalo González y P. Hidalgo Vera

Medicina de Familia, Centro de Salud Isabel II, Parla, Madrid, España

Recibido el 29 de enero de 2011; aceptado el 6 de junio de 2011

Disponible en Internet el 28 de enero de 2012

PALABRAS CLAVE

Aneurisma;
Disnea;
Tos

KEYWORDS

Aneurysm;
Dyspnea;
Cough

Resumen Se ha definido tos crónica como aquella que dura más de tres semanas. Es un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria. No hay consenso en cuanto a la mejor estrategia de diagnóstico para ello.

El tratamiento empírico, las pruebas complementarias o ambos se usan para confirmar el diagnóstico. Además, la tos puede tener diferentes causas, ya que su origen puede estar en múltiples localizaciones. En este artículo, se presenta un caso infrecuente de tos persistente, que acabó siendo un aneurisma de aorta ascendente.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

An uncommon cause of persistent cough

Abstract Chronic cough is defined as one that lasts more than three weeks. It is quite a usual reason for consultation in Primary Care. There is no consensus regarding the best strategy to diagnose it.

The empirical treatment, additional tests, or both of them, are used to confirm the diagnosis. Furthermore, cough may have different causes as its origin can be in many locations. In some cases, it may be hard to find the cause. In this article, an unusual case of persistent cough is presented, which turned out to be due to an aneurysm of the ascending aorta.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La tos es un mecanismo protector de la vía aérea, cuya finalidad es limpiar el árbol traqueobronquial de las partículas extrañas, facilitando así la eliminación de las secreciones.

Tos crónica es aquella que persiste o que es recurrente y dura más de tres semanas, aunque algunos autores ponen el límite en más de ocho semanas¹.

Los motivos de consulta suelen ser las molestias derivadas de la propia tos, la interferencia en la vida cotidiana y la preocupación de que pudiera reflejar la existencia de un cáncer².

Los trabajos consultados coinciden en señalar que las causas más frecuentes de tos crónica, tras excluir la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el tabaco y la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elenabenito1981@hotmail.com
(E. Benito Alonso).

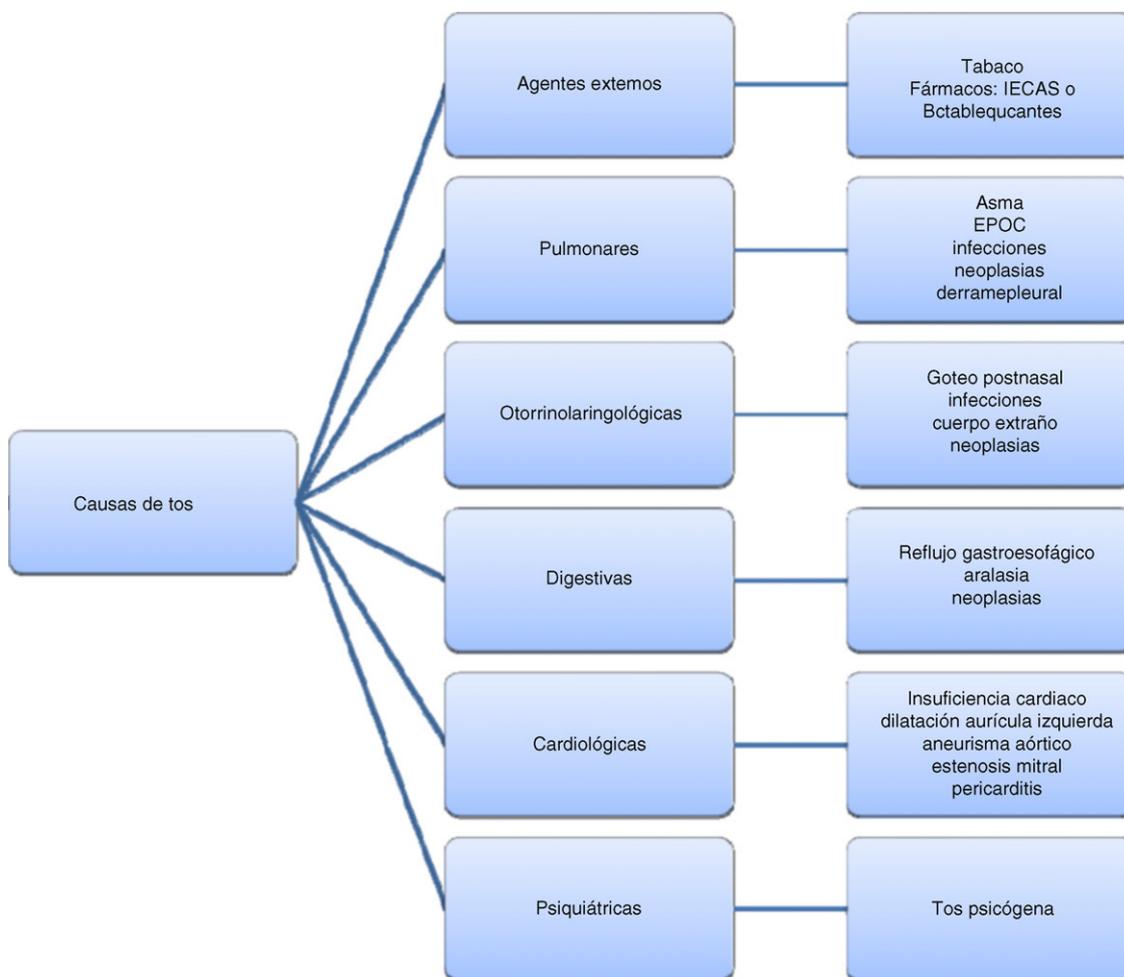


Figura 1 Causas de tos. Fuente: elaboración propia.

toma de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), son los procesos de tracto respiratorio superior con o sin goteo postnasal, el asma, la bronquitis eosinofílica crónica y el reflujo gastroesofágico (RGE)³. Otras causas producidas por la compresión respiratoria son la inflamación de los ganglios linfáticos, los tumores mediastínicos y los aneurismas de la aorta² (fig. 1).

Un aneurisma se define como una dilatación patológica (mayor del 50% del diámetro) de un segmento de un vaso sanguíneo. Se consideran aneurismas verdaderos cuando se afectan las tres capas del vaso y pseudoaneurismas cuando solo se afectan la íntima y la media^{4,5}.

Según su localización los aneurismas aórticos se clasifican en torácicos y abdominales. Los aneurismas torácicos no son tan frecuentes como los abdominales y suelen localizarse mayoritariamente a nivel de aorta torácica descendente⁵.

Su etiología es multifactorial y depende fundamentalmente de su localización. La necrosis quística de la media es la causa más frecuente del aneurisma de aorta ascendente, mientras que la aterosclerosis lo es de los aneurismas del cayado y de la aorta torácica descendente.

El riesgo de rotura está relacionado con el tamaño y la presencia de síntomas, aumentando considerablemente en los aneurismas de aorta ascendente de más de 6 centímetros y en los de aorta descendente de más de 7 centímetros⁴.

Clínicamente suelen ser asintomáticos, aunque según su localización y que compriman o erosionen tejidos adyacentes pueden provocar síntomas como dolor torácico, disnea, tos, disfonía, disfagia, e incluso insuficiencia cardíaca o síndrome de vena cava superior^{4,6}.

En cuanto al diagnóstico, además de la clínica sugestiva, el examen físico y una anamnesis detallada debe completarse con pruebas de imagen que confirmen el diagnóstico (radiografía de tórax, ecocardiograma transesofágico, tomografía axial computarizada [TAC] toraco-abdominal, resonancia magnética nuclear [RMN], etc.)^{4,7}.

El tratamiento deberá individualizarse en cada caso y dependerá de la clínica, localización y riesgo de rotura, pudiendo adoptar una actitud conservadora con vigilancia periódica o quirúrgica si precisa. La disección de aorta es una emergencia médica que precisará cirugía inmediata en todos los casos⁴.

Caso clínico

Mujer 82 años, con intolerancia a codeína. Hipertensa desde 2003 en tratamiento con betabloqueantes y diuréticos, con buen control. Úlcera duodenal en el año 2004. Niega consumo de tóxicos. Sin otros antecedentes de interés.

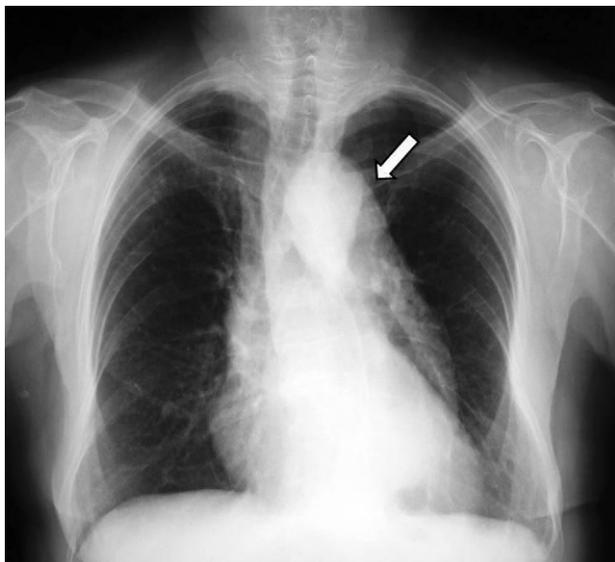


Figura 2 Radiografía postero-anterior de tórax donde se visualiza una dilatación de la aorta torácica. Fuente: elaboración propia.

Acude a consulta por tos sin fiebre de unos días de evolución. A la exploración física, se objetiva faringe normal y auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Se indica hidratación abundante y se pautan mucolíticos.

Ante la persistencia de tos y la presencia de disnea sin otros síntomas acompañantes, acude nuevamente a consulta, donde apreciamos que sigue con una exploración física similar y una saturación de oxígeno de 96%. Se decide empezar con broncodilatadores como tratamiento empírico.

Una semana después vuelve a consulta, refiriendo ausencia de mejoría con tratamiento. Se reinterroga a la paciente, quien cuenta que ha comenzado con molestias torácicas y cansancio generalizado. En la exploración física, nos encontramos una auscultación cardiaca normal y pulmonar alterada, ya que hipoventila en base pulmonar izquierda. Se solicita radiografía de tórax urgente, donde se aprecia «dilatación de aorta torácica» (figs. 2 y 3), por lo que se deriva a cardiología, quienes realizan ecografía transtorácica: «aneurisma aorta ascendente; diámetro máximo de 53 milímetros en aorta tubular, 31 milímetros previo a tronco braquiocefálico y 25 milímetros en cayado, resto normal; insuficiencia aórtica II/IV. Insuficiencia mitral degenerativa moderada». Empiezan tratamiento con anticoagulación oral y diltiazem, solicitando coronario-aortografía. Dos meses después, tras confirmar diagnóstico, realizan resección de la válvula aórtica y aorta ascendente, colocando bioprótesis. Después de cirugía, evolución favorable de la paciente, desapareciendo la tos y la sensación de astenia.

Discusión

Aunque la tos crónica es un síntoma común en la población general, su diagnóstico puede ser difícil en algunos casos. Ante la persistencia de la misma, hay que comenzar un estudio exhaustivo. Debido a que la tos puede surgir de la afectación del nervio vago en cualquiera de sus partes es preciso una evaluación completa del paciente, revisando

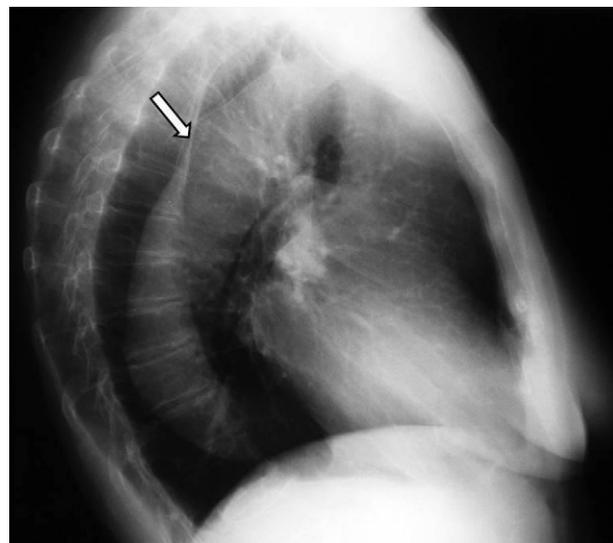


Figura 3 Radiografía lateral de tórax, donde se aprecia un aumento del diámetro antero-posterior de la aorta. Fuente: elaboración propia.

diferentes aparatos: gastroenterología, otorrinolaringología, neumología⁸.

Rara vez existe una sola causa de tos. Entre un 18 y un 62% de los casos, se detectan dos causas y hasta en un 42% tres causas, por lo que siempre hay que realizar un enfoque multidisciplinar en la evaluación y diagnóstico diferencial de la tos crónica⁹.

Los pacientes con aneurisma de aorta torácica por lo general permanecen asintomáticos hasta que el aneurisma se expande. Generalmente se encuentran de forma causal después de la radiografía de tórax o de otro estudio de imagen.

El síntoma más común en los aneurismas de aorta ascendente es el dolor torácico anterior, sin embargo, puede haber otros síntomas como tos, sibilancias o estridor cuando se comprime la tráquea o bronquios principales. Nuestra paciente comenzó con tos, probablemente debido a la compresión de distintas estructuras por el aneurisma.

En conclusión, ante un síntoma tan frecuente, como es la tos, hay que realizar un correcto diagnóstico diferencial, descartando todas las posibles causas que hemos comentado anteriormente, y tener siempre presente, que cuando el diagnóstico no sea claro y ante la ausencia de mejoría con el tratamiento, hay que realizar pruebas complementarias, siendo la radiografía torácica la prueba de elección y si ésta no es concluyente, recurrir a técnicas más complejas como el TAC de tórax.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Agradecimiento

Agradecimientos a todos los compañeros de Isabel II, que han colaborado y apoyado en la realización de este caso clínico.

Bibliografía

1. Alcorta Michelena I, González Delgado ML. Tos crónica en adultos. *Guías Clínicas*. 2009;9 [consultado 28 Mar 2010]. Disponible en: www.fisterra.es.
2. Kasper D, Braunwald E, Fauci A. Alteraciones de las funciones circulatoria y respiratoria. Tos y hemoptisis. *Harrison Principios de Medicina Interna on line*. 2005;30:1552–8.
3. Palombini BC, Villanova CA, Araújo E, Gastal OL, Alt DC, Stolz DP, et al. A pathogenic triad in chronic cough: asthma, postnasal drip syndrome, and gastroesophageal reflux disease. *Chest*. 1999;116:279–84.
4. Dzau VJ, Creager MA. Aneurisma aórtico. *Harrison. Principios de Medicina Interna on line*. 2005;231:8077–85.
5. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Harrison TR, et al. Enfermedades de la aorta. *Principios de Medicina Interna*. 2007;1:1678–82, 16 ed.
6. Fajardo Pérez MI, Pérez Pérez R, Samper Noa JA, Pérez Lamus F, López Sánchez I. Dolor torácico agudo. *Guías clínicas*. 2004;4 [consultado 8 Abr 2010]. Disponible en: www.fisterra.es
7. Aguiusti Vidal A, Alvartez-Sala JL, Balles Pascual C, Bergara Barado E, Bordas Algina JM, Botey Puig A. Farreras-Rozman. *Tratado de Medicina Interna*. 1983;1:648–50, 13 ed.
8. Morice AH, Kastelik JA. Chronic cough in adults. *Thorax*. 2003;58:901–7.
9. Irwin RS, Madison JM. Symptom research on chronic cough: an historical perspective. *Ann Intern Med*. 2001;134:809–14.