

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



# MANEJO DE LA TOS CRÓNICA

Dr. Rodrigo Moreno Bolton  
Profesor Adjunto  
Depto. de Enfermedades Respiratorias  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dra. Claudia Cartagena Salinas  
Residente  
Depto. de Enfermedades Respiratorias  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Se define como tos crónica aquella que persiste por al menos tres semanas sin tener una causa evidente. Algunos pacientes consultan por esta razón precozmente, mientras que otros sólo buscan atención médica después de varios años, en que ella puede haber tenido un curso recurrente.

La tos crónica es un problema frecuente, que todo médico general ha debido enfrentar en su práctica diaria. Las causas de tos crónica son muy variadas y su frecuencia varía en distintos estudios, pero cuatro de ellas producen más del 95% de los casos. Estas son asma bronquial, afecciones rinosinusales, reflujo gastroesofágico (RGE) y bronquitis crónica asociada a tabaco u otra exposición ambiental. Otras enfermedades menos frecuentes se mencionan en la Tabla 1.

<i>Frecuentes</i>	Afecciones rinosinusales
	Asma bronquial
	Reflujo gastroesofágico
	Bronquitis crónica
<i>Menos frecuentes</i>	Bronquiectasias
	Insuficiencia cardiaca
	Cáncer bronquial
	Lesiones de vía aérea central
	Fibrosis pulmonar

Es probable que la prevalencia de cada una de estas causas varíe según el medio en que se haga el estudio. Las cifras que se mencionan más adelante son las publicadas en investigaciones clínicas desarrolladas en centros especializados. No obstante, creemos que las cuatro causas mencionadas son también las más frecuentes en la práctica clínica no especializada. Es probable que en este último medio a ellas haya que agregar la tos persistente propia de algunas infecciones respiratorias altas.

El síndrome de descarga posterior es la condición patológica más frecuente, pudiendo causar hasta el 87% de los episodios en algunas series. Incluidos en este síndrome se encuentran las rinitis alérgicas, sinusitis crónica, rinitis vasomotora y pólipos nasales. Aunque sugieren este

diagnóstico la presencia de rinorrea, carraspera y antecedentes de sinusitis, su ausencia no descarta esta frecuente posibilidad.

Aproximadamente un tercio de los pacientes con tos crónica presentan como diagnóstico final asma bronquial, enfermedad que puede manifestarse por tos crónica como único síntoma. Esto ocurre especialmente en los grupos pediátricos, puesto que hasta un 39% de los niños asmáticos puede llegar a tener esta forma de presentación. Hace sospechar este diagnóstico la tos que aparece durante el ejercicio o ante irritantes ambientales, su mayor prevalencia estacional o ante desencadenantes específicos, la que es agravada por las infecciones respiratorias, así como también la sensación de sibilancias o el hallazgo de signos de obstrucción bronquial.

El RGE puede producir tos por estimulación de receptores vagales que se encuentran a nivel del tercio inferior de esófago y, menos comúnmente, por irritación directa de las vías respiratorias altas por líquido ácido, sin que éste llegue a aspirarse. Entre un 10 a 21% de los pacientes que presentan RGE, éste puede manifestarse sólo con tos, sin los signos clásicos de reflujo. Sugiere esta posibilidad la tos predominantemente nocturna o en decúbito o en relación a alimentos que favorecen el RGE.

La bronquitis crónica, definida como la producción de expectoración por más de tres meses en cada año por al menos dos años, no asociada a otras enfermedades específicas, comprende aproximadamente un 5% de los pacientes con tos crónica; habitualmente son fumadores, pero también debe tenerse en consideración exposiciones ambientales.

De lo anterior se podría concluir que una buena anamnesis y un cuidadoso examen físico bastarían para identificar y solucionar el problema en la mayoría de los casos. En la realidad esto no es así, ya que el manejo de este problema se complica por tres razones:

- Con frecuencia la presentación de estas enfermedades es atípica, comandada por la tos, mientras que otros síntomas y signos característicos están ausentes.
- En aproximadamente un cuarto de los casos existe más de una enfermedad que explica la tos crónica, por lo que la demostración y tratamiento de una de ellas puede no ser suficiente para solucionar el problema.
- En algunos pacientes que presentan más de una de estas condiciones, una o más de ellas no son la causa de la tos, por lo que su tratamiento no contribuye a la mejoría.

Debido a lo anterior existen pacientes con tos crónica cuyo problema no es solucionado en años, pese a consultas médicas repetidas. Para resolver el problema de estos enfermos con frecuencia es necesario un estudio de laboratorio exhaustivo, que descarte sistemáticamente las enfermedades más frecuentes, junto a tratamientos de prueba.

## **Manejo**

La historia clínica es un aspecto muy importante de la evaluación. Al concluir la entrevista con un paciente que consulta por tos crónica el médico debe poder responder las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Es realmente una tos crónica?
- 2.- ¿Está asociada a sibilancias o sensación de pecho apretado?
- 3.- ¿Hay presente además expectoración? Características de ésta.
- 4.- ¿Tiene tendencia estacional?
- 5.- ¿Hay factores de riesgo, exposición laboral, tabaco.
- 6.- ¿Conoce los antecedentes del paciente?

Los estudios han demostrado que los hallazgos del examen físico son poco sensibles y específicos, por lo que generalmente no contribuyen al diagnóstico. El estudio de los pacientes debe incluir siempre una radiografía de tórax, que sirve para descartar causas poco frecuentes.

En los casos en que una causa de la tos aparece como altamente probable, el caso puede manejarse haciendo un tratamiento empírico, sin mayores estudios. Si no hay respuesta en un plazo razonable es conveniente iniciar un estudio sistemático como el que se describe a continuación.

En primer lugar, se procede a estudiar, confirmar y tratar la causa más probable según la historia y el examen físico. Posteriormente se evalúa los resultados del tratamiento de prueba y, si éste fracasa, se continúa buscando y tratando las otras causas en forma sistemática. El plazo para obtener una respuesta al tratamiento es generalmente de algunas semanas, por lo que no debe esperarse respuestas inmediatas.

Cuando la historia es sugerente de asma bronquial, es aconsejable comenzar el estudio con espirometría. Si esta resulta normal, se procede a realizar un estudio de la reactividad bronquial mediante una prueba de provocación con histamina o metacolina, aunque esta prueba puede indicarse en primer lugar en los casos en que sea poco probable encontrar obstrucción bronquial. En el caso que se confirme el diagnóstico se sugiere iniciar terapia sobre la base de corticoides inhalatorios para manejo de inflamación, beta<sub>2</sub> agonistas inhalatorios como broncodilatador y efectuar el manejo ambiental apropiado.

Si la historia sugiere RGE, el estudio más sensible y específico es la medición continua de pH por 24 horas. Debe considerarse que el tratamiento específico para RGE no demostrará cambios en la sintomatología antes de dos semanas de recibir terapia específica. Este tratamiento generalmente estará enfocado a la dieta, uso de antagonistas H<sub>2</sub> y procinéticos y algunas medidas físicas en cuanto al cambio de posición de cama.

En las afecciones rinosinusales, la TAC de cavidades con cortes coronales es una excelente alternativa para evaluar la anatomía nasal, senos paranasales y es particularmente útil en la evaluación de las celdillas etmoidales anteriores. La radiografía simple, a pesar de ser un elemento diagnóstico más disponible, posee algunas limitaciones en cuanto a la visión de algunas zonas y además puede dar falsas imágenes. La terapia estará enfocada al uso de antihistamínicos y descongestionantes en una primera fase y posteriormente se evalúa el uso de corticoides nasales inhalatorios.

En los pacientes fumadores la causa más probable es su tabaquismo, por lo que sólo se aconseja suspender el cigarrillo. El solo hecho de dejar de fumar tiene un gran impacto en la

reducción de la tos pero, en algunos casos puede ayudar la adición de terapia broncodilatadora.

Por lo anteriormente expuesto, si bien los resultados de ese método son altamente satisfactorios, con resolución del problema en casi todos los casos, en algunos pacientes pueden pasar varios meses antes de controlar la situación. Esta posible evolución debe ser explicada al paciente en la primera visita, para evitar el desaliento y las pérdidas de tiempo debidas a repetidos cambios de médico tratante.

### Referencias escogidas

- 1.- Corrao W. Chronic persistent cough: Diagnosis and treatment update. *Pediatric Annals* 1996; 25: 162-168.
- 2.- Pratter M, Bartter T, Akers S, DuBois J. An algorithmic approach to chronic cough. *Annals of Internal Medicine* 1993; 119: 977-983.
- 3.- Patrick H, Patrick F. Chronic cough. *Medical Clinics of North America* 1995; 79: 361-373.
- 4.- Smyrniotis N, Irwin R, Curley F. Chronic cough with a history of excessive sputum production. *Chest* 1995; 108: 991-997.
- 5.- Irwin RS., Curley FJ., French CL., Chronic cough. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 640-647.
- 6.- Irwin RS, Corrao WM, Pratter MR. Chronic persistent cough in adults. *Am Rev Respir Dis* 1981; 123: 413-417.
- 7.- Irwin RS, French CL, Curley FJ. Chronic cough due to gastroesophageal reflux. *Chest* 1993; 104: 1511-1517.
- 8.- Díaz Y, Bamberger DM. Acute Sinusitis. *Seminars in respiratory infections* 1995; 1: 14-20.