

## Tos crónica

Soledad Castaño Pinto y M. Dolores San Román Bachiller  
Centro de Salud Espronceda. Área 7. Madrid. España.

**La tos crónica es un síntoma clínico frecuente que ocasiona entre el 10 y el 20% de las visitas médicas y es la tercera causa de consultas en la atención extrahospitalaria. Ocasiona un importante consumo de fármacos. Este artículo revisa sus características, etiología y el manejo diagnóstico y terapéutico.**

### Puntos clave

- La tos crónica es aquella que persiste más de 3 semanas. El tabaquismo es la causa aislada más frecuente.
- Siguiendo una sistemática correcta de estudio, anamnesis, exploración física y pruebas complementarias se diagnostica casi la totalidad de los casos de tos crónica.
- El diagnóstico será definitivo cuando se suprima la tos con el tratamiento específico.
- Cualquier cambio en las características de la tos en pacientes con EPOC o fumadores debe ser un signo de alarma.
- No es una buena práctica utilizar de forma sistemática antitusivos y expectorantes sin indagar en las características de la tos.

La tos crónica es un síntoma clínico frecuente que ocasiona entre el 10 y el 20% de las visitas médicas y es la tercera causa de consultas en la atención extrahospitalaria. Ocasiona un importante consumo farmacéutico.

Descartado el tabaco, el goteo nasal posterior, el asma y el reflujo gastroesofágico (RGE) explican el 85% de la tos crónica, y en un 60% de los casos se identifica más de una causa de tos. El diagnóstico definitivo se consigue cuando se suprime la tos con un tratamiento específico.

El abordaje sistematizado de las causas de tos crónica mediante algoritmos identifica la etiología de la tos crónica en un 92-96%. Uno de los protocolos más utilizados es el algoritmo propuesto por el American College of Chest Physicians, recogido por la normativa SEPAR en 2002 (fig. 1).

### Definición

La tos es un reflejo cuya finalidad es expulsar secreciones o material extraño de la vía aérea respiratoria y laringe, y su producción depende de la coordinación entre los movimientos de apertura y cierre de la glotis y la musculatura respiratoria. Intervienen receptores sensoriales, vías aferentes y eferentes, centro regulador y músculos efectores. Estímulos inflamatorios, como el edema y la hiperemia de la mucosa de la vía respiratoria en las bronquitis y en el tabaquismo, o por la irritación del goteo nasal posterior y el RGE, o mecánicos, inhalación de partículas o compresión de la vía respiratoria, o químicos, por inhalación de gases irritantes, desencadenan el mecanismo de la tos.

Clínicamente, la tos crónica se define como la tos que persiste más de 3 semanas y no está relacionada con un proceso agudo.

### Etiología

La causa aislada más frecuente de tos crónica es el tabaco. En orden de frecuencia seguirían: goteo nasal posterior (rinitis o sinusitis), 8-87%; asma, 20-33%; RGE, 10-21%; bronquitis eosinofílica, 13%; bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 5%; bronquiectasias, 4%; carcinoma broncogénico, 2%; fármacos, enfermedades intersticiales difusas pulmonares; tos postinfecciosa, y tos psicógena. Todas las posibles causas se recogen en la tabla I.

### Diagnóstico

Siguiendo el algoritmo de diagnóstico secuencial propuesto por la SEPAR (y modificado de Irwin et al, 1990 y Pratter et

**Tabla I. Causas de tos crónica**

**Tabaco**

- Agentes físicos: gases, exposición ocupacional, nebulizadores
- Enfermedades otorrinolaringológicas: tapón de cerumen, cuerpo extraño en conducto auditivo externo, rinitis y sinusitis y laringitis crónicas, goteo nasal posterior, pólipos nasales, neoplasias, pólipos laríngeos
- Enfermedades traqueobronquiales: bronquitis crónica, asma, cuerpos extraños, bronquiectasias, carcinoma broncogénico
- Enfermedades pulmonares: enfisema, neoplasias, fibrosis quística, sarcoidosis, tuberculosis, neumonías, tromboembolia pulmonar
- Enfermedades pleurales y mediastínicas: derrames, neoplasias, aneurismas, adenopatías
- Enfermedades cardíacas: ICC, dilatación auricular izquierda, estenosis mitral
- Enfermedades gastrointestinales: RGE, fístula traqueoesofágica, divertículo de Zenker, acalasia, neoplasias, hernia hiatal
- Enfermedades de vías aferentes: neurinoma del nervio vago, osteofitosis cervical
- Fármacos: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, cromoglicato disódico, budesonida, AINE, derivados de acetilcolina
- Psicógena

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; RGE: reflujo gastroesofágico.

al 1993), la actuación diagnóstica abarca 3 fases según la complejidad de las exploraciones que realizar; es factible desde la atención primaria la fase I y debe recurrirse a la especializada para las II y III.

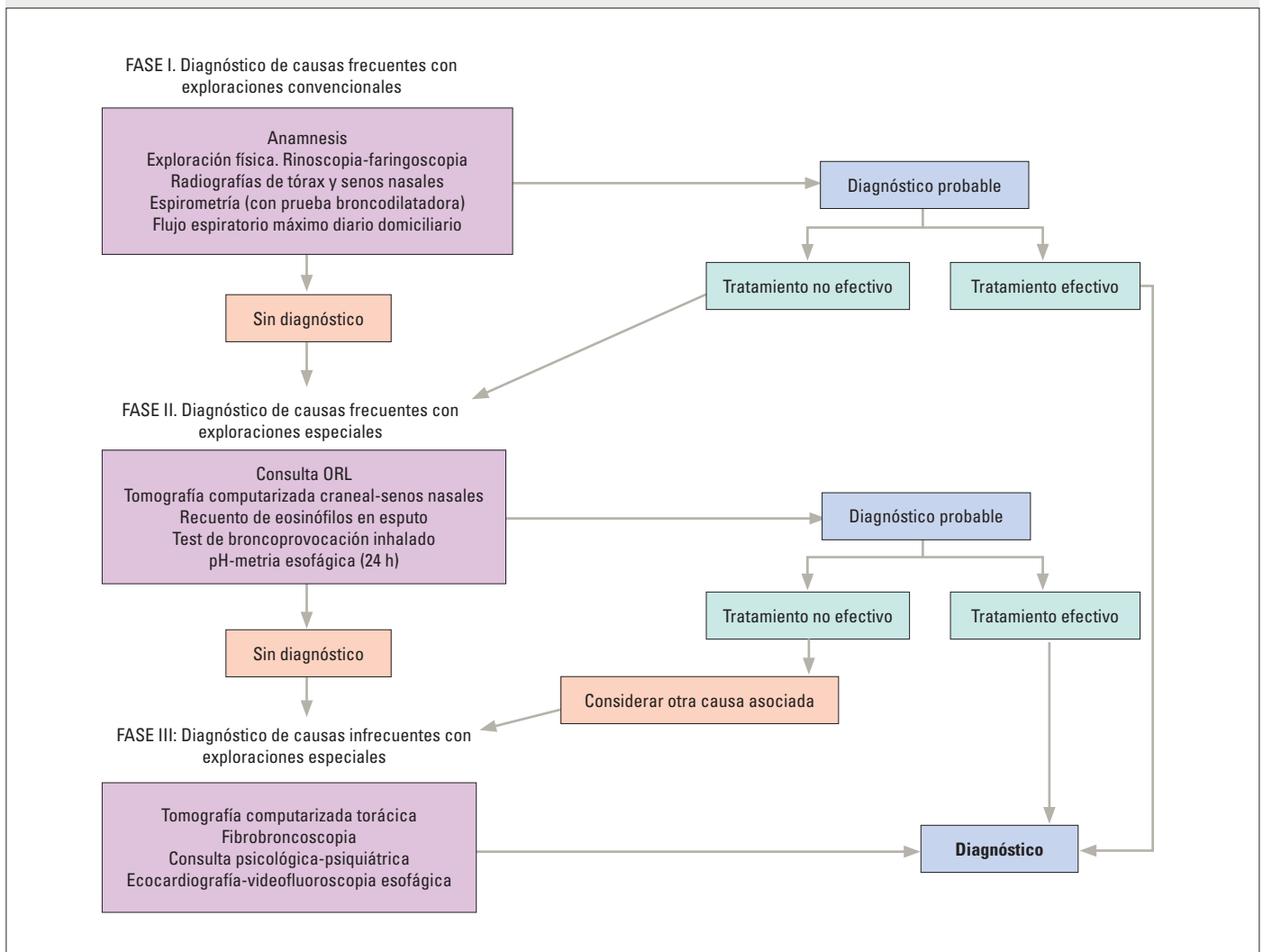
**Evaluación fase I**

Así, la fase I incluye el diagnóstico de causas frecuentes con exploraciones convencionales: anamnesis y exploración física.

**Anamnesis**

- Antecedentes familiares: asma, EPOC, alergias.
- Antecedentes personales: tabaquismo, asma, EPOC, rinitis alérgica, sinusitis, reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, patología cardiovascular. Exposición ambiental o laboral y a alérgenos domésticos. Fármacos: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y bloqueadores beta.
- desencadenantes: ejercicio, aire frío, risa, llanto, exposición a humo, sueño.
- Características de la tos:
  - Tos seca o irritativa: orienta a sinusitis, traqueitis, laringitis, asma, enfermedad pericárdica o pleural o a tratamiento con IECA.

**Figura 1. Protocolo de diagnóstico secuencial de la tos crónica.**



- Tos productiva: proceso inflamatorio, infeccioso o carcinoma broncogénico, RGE o asma. Si hay gran expectoración (más de 30 ml/día), bronquiectasias.
  - Tos con expectoración pútrida: indica absceso pulmonar y tos con expectoración rosada y espumosa, edema pulmonar.
  - Tos herrumbrosa, neumonías y neumoconiosis.
  - Tos hemoptoica, bronquitis crónica, tuberculosis, carcinoma broncogénico, tromboembolia pulmonar, hemodiosis pulmonar.
  - Tos súbita: cuerpo extraño.
  - Tos paroxística, tos ferina y cuerpo extraño.
- Cuando aparece:
- Predominio nocturno: asma, sinusitis, RGE o insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)
  - Si desaparece por la noche: tos psicógena o EPOC.
  - Diurna y nocturna: IECA.
  - Al levantarse: goteo posnasal y EPOC.
  - Tras las comidas: RGE.
  - Estacional: asma y alergia.
- Síntomas acompañantes: véase tabla II.

## Exploración física

- Valoración del estado general y estigmas de hábitos tóxicos.
- Exploración ORL: se explorará el conducto auditivo externo y por rinoscopia se buscarán pólipos nasales o rinitis. En los senos paranasales se palparán puntos dolorosos. En la faringe se buscará moco en la pared posterior. Si hubiera cambios en la voz o ronquera se realizará un examen laríngeo.
- Palpación de la glándula tiroidea y el cuello para descartar causas de compresión traqueal.
- Auscultación pulmonar: los crepitantes finos pueden indicar neumonitis o edema pulmonar y los estertores secos (sibilantes y roncus) secreciones, cuerpo extraño o broncospasmo.
- Auscultación cardíaca: soplos cardíacos, arritmias o ruidos cardíacos patológicos.
- Acropaquias: hacen pensar en fibrosis quística, bronquiectasias, fibrosis pulmonar o carcinoma broncogénico.
- Otros signos específicos: miosis, enoftalmos y ptosis palpebral unilaterales, por parálisis del simpático cervical (síndrome de Bernad-Horner), inmovilidad unilateral del diafragma por parálisis del nervio frénico, adenopatía supraclavicular o sibilancias localizadas, pueden orientar hacia un carcinoma broncopulmonar.

## Pruebas complementarias

- Radiografía de tórax: se solicita si tras la anamnesis y el examen físico no se llega al diagnóstico. Radiografía de senos paranasales y lateral de *cavum*: permite diagnosticar ocupación y tumoraciones en senos, hipertrofia de cornetes o adenoides.
- Espirometría con prueba broncodilatadora: un patrón obstructivo orienta hacia la EPOC o el asma y restrictivo hacia los procesos intersticiales.
- Prueba de la tuberculina y electrocardiograma.
- Estudio citológico y microscópico del esputo.
- Estudio baritado, ante RGE que no mejora con tratamiento.

Tabla II. Síntomas acompañantes de la tos

| Cuadro clínico                    | Síntomas acompañantes   |
|-----------------------------------|---|
| Causa ORL, carcinoma broncogénico | Cambios en la voz; disfonía por compresión del nervio laríngeo recurrente         |
| Rinitis alérgica o vasomotora     | Rinorrea y estornudos   |
| Rinitis perenne                   | Anosmia, halitosis y rinorrea   |
| RGE                               | Epigastralgia, pirosis, regurgitación y disfagia                                  |
| Linfoma o tuberculosis            | Febrícula, sudación nocturna, pérdida de peso                                     |
| Goteo posnasal                    | Secreción mucosa o mucopurulenta bajando por garganta, rinorrea, congestión nasal |
| Asma                              | Tos nocturna episódica, o tos con el esfuerzo, disnea y sibilancias               |
| Insuficiencia cardíaca            | Disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna                         |

## Evaluación fase II

La fase II del algoritmo propuesto por la SEPAR incluye las exploraciones especiales siguientes para el diagnóstico de las causas frecuentes de tos:

- Valoración ORL especializada.
- Test de broncoprovocación inhalado con metacolina e histamina.
- pH-metría esofágica de 24 h.
- Recuento de eosinófilos en esputo.

## Evaluación fase III

Si tras estas exploraciones no se establece la causa de la tos o si alguna de las exploraciones previas debe confirmarse se pasará a la fase III para el diagnóstico de causas infrecuentes con exploraciones especiales que incluyen:

- Tomografía computarizada torácica.
- Fibrobroncoscopia.
- Ecocardiografía.
- Videofluoroscopia, para descartar trastornos de la deglución por enfermedades neuromusculares.

## Tratamiento

Si se conoce la causa el tratamiento será etiológico. En pacientes con criterios de bronquitis crónica y fumadores, un muy alto porcentaje nota alivio de la tos tras dejar de fumar, igualmente en pacientes tratados con IECA el cambio de fármaco, hará desaparecer la tos.

No se considera un diagnóstico definitivo si tras el tratamiento no desaparece totalmente la tos y se solicitarán las pruebas complementarias pertinentes. Se tendrá en cuenta que pueden concurrir más de una causa.

El uso del tratamiento sintomático de la tos ha disminuido dada la alta eficacia del tratamiento específico. Sobre el centro de la tos actúa la codeína y el dextrometorfano, y el bromuro de

ipratropio en la rama eferente, disminuyendo la irritación local en el tracto respiratorio. La hidratación, los mucolíticos y expectorantes no han demostrado ser antitusivos. ]

## **Bibliografía recomendada**

De Diego Damiá A, et al. Tos crónica. Normativa SEPAR. Arch Bronconeumol. 2002;38:236-45.

Jiménez CA, et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol. 1999;35:499-506.

Lopez Gil MA, Vega Romero M. Tos crónica en adultos. Fistera.com. Atención primaria en la red. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/PDF/Tos.pdf>

Molina París J, Olmo Enciso L. Tos de larga evolución. En: Guía de actuación en atención primaria. 2.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Edide; 2000.

Montero Solis A, Molina Paris J. Tos crónica. AMF. 2005;1:104-8.