



## TOS CRONICA

*Aproximación en el paciente pediátrico*

### INTRODUCCIÓN

La tos es un motivo de consulta muy frecuente en la atención pediátrica y sobre todo en la asistencia de atención primaria. Su correcta valoración exige de un proceso mental que requiere tiempo y, también, paciencia dada la innegable frecuencia de la misma y la insistencia con que las familias consultan dicho síntoma.

La tos es molesta tanto para el niño como para los que conviven con él, por lo que existe una tendencia bastante generalizada de intentar suprimirla o modificarla con el uso de fármacos antitusígenos, expectorantes y mucolíticos. Merece la pena destacar que el 18% del total de las prescripciones por los pediatras del estado Vargas (Venezuela) corresponden a fármacos mucolíticos (sin antimicrobianos) (1).

La tos crónica se define en función del tiempo de duración, pero no existe unanimidad en la definición. **Para algunos autores es aquella que persiste más de 3-4 semanas (2-5) mientras que para otros, la duración debe ser superior a 2 meses (6-9).**

Es importante precisar en el interrogatorio que la tos persista en el tiempo, y que no se trata de episodios recurrentes del signo junto con infecciones de vías respiratorias superiores. No hay que despreciar en la consulta expresiones como "tengo al niño con tos desde hace una mes" o "desde hace meses tiene mucho moco en la nariz y tos". La prevalencia de la tos crónica es alta, cifrándose en escolares entre 7 y 10 años hasta en un 26,8%(10).

### DIAGNÓSTICO

Ante una tos crónica, más que pensar en el amplio grupo de posibilidades etiológicas que vienen referidas en los libros de texto, el pediatra general se debe limitar a considerar las causas más frecuentes en la práctica diaria de acuerdo a la edad (Tabla I).

Un diagnóstico correcto, y por tanto un tratamiento específico, permite la resolución o el control de la tos en el 87%-98% de los casos(11,2).

Para el diagnóstico nos basaremos en la anamnesis, examen físico y exámenes complementarios.

### Anamnesis

1. Antecedentes familiares de enfermedades pulmonares, asma y/o atopia.
2. Antecedentes personales de prematuridad, atopia, "bronquitis espásticas", respuesta y evolución a las terapéuticas intentadas. Factores medioambientales: condiciones de la vivienda, animales domésticos, tabaco, polución ambiental.
3. Anamnesis dirigida al síntoma de la tos, que nos puede sugerir alguna causa o lugar de origen.
  - 3.1. Características de la tos
    - Existencia o no de secreciones
      - a. Seca: irritación traqueal
      - b. Húmeda: color del esputo (verdoso, blanquecino, amarillento, hemoptoico)
    - Paroxística y en accesos: tos ferina, cuerpo extraño.
    - Forma de comienzo súbito: cuerpo extraño
  - 3.2. Momento en que se produce
    - Nocturna y de madrugada: hiperreactividad vías aéreas
    - Al levantarse: goteo postnatal (limpieza matinal): exceso secreciones: bronquiectasias, fibrosis quística
    - Desaparece durante el sueño: psicógena
    - Se induce con el ejercicio: hiperreactividad vías aéreas. Asma
    - Al deglutir o vomitar: RGE. Fístula
    - Exacerbación estacional:(diciembre-enero / agosto-septiembre) alergia respiratoria
  - 3.3. Datos acompañantes
    - Disfonía y estridor inspiratorio: laringe
    - Estridor inspiratorio. y espiratorio: tráquea, tumor, inflamación o cuerpo extraño.
    - Disnea o espiración alargada: asma
    - Signos de atopia: alergia respiratoria.

### Exploración física

1. Exploración general: aspecto de enfermedad grave y signos de enfermedad crónica (cianosis, acropaquias, esputo purulento).
2. Exploración tórax: configuración, auscultación.
3. Exploración de cabeza y cuello (ORL). Signos de atopia
  - Hipertrofia adenoidea o amigdalar
  - Rinosinusitis. Goteo postnasal
  - Otitis serosa crónica
  - Cuerpo extraño o cerumen en CAE
  - Tos psicógena (reflejo corneal y nauseoso deprimidos).
  - Signos de atopia

### Exámenes complementarios

A realizar de primera intención, cuando no se sospecha enfermedad grave:

- Hematología completa. VSG
- Rx tórax
- Mantoux
- Retirada de factores ambientales.

Hasta un 4,5% de los niños que han tenido o tienen un animal doméstico en casa presentan tos crónica (12).

### Aproximación al diagnóstico según la edad

Según la edad se pueden plantear los siguientes intentos diagnósticos.

#### Lactante

- Rx tórax en inspiración y espiración.
- Despistaje radiológico de RGE (tránsito, pHmetría, gammagrafía).
- Endoscopia
- Evaluación por ORL.
- Tratamiento con broncodilatadores y/o antiinflamatorios y revisión en 2-3 semanas.

#### Preescolar

- Investigar tos reactiva. Esfera ORL
- Rx senos y cavum (Rinosinusitis, hipertrofia amigdalar y adenoidea).

- Pruebas alérgicas (IgE, pruebas cutáneas)
- Evaluación por ORL.
- Tratamiento con broncodilatadores y/o antiinflamatorios y revisión en 2-3 semanas.
- Opcional: test de función pulmonar
- Rx tórax en inspiración y espiración.
- Despistaje radiológico de RGE

#### Escolar

- Investigar tos reactiva. Esfera ORL
- Rx senos
- Test de función pulmonar. Peak-flow-meter.
- Pruebas alérgicas (IgE, pruebas cutáneas)
- Investigar patología psicosomática
- Tratamiento con broncodilatadores y/o antiinflamatorios y revisión en 2-3 semanas.

En centros de referencia el abordaje diagnóstico seguiría la siguiente secuencia sin la tos no tiene etiología respiratoria superior (13):

#### Lactante:

1. Endoscopia
2. Despistaje RGE
3. Tratamiento broncodilatador

#### Preescolar:

1. Rx. Senos
2. Tratamiento broncodilatador
3. Endoscopia

#### Escolar:

1. Test de función pulmonar
2. Rx. Senos
3. Endoscopia

El tratamiento broncodilatador y /o antiinflamatorio de la tos variante del asma se realiza inicialmente con un broncodilatador, seguido de cromoglicato disódico o budesonida inhalada mediante espaciador. Si tras 15 días de antiinflamatorio no responde, se puede pasar a corticoides orales: prednisona:1-2 mg/kg/día (máximo 60 mg), durante 10 días(5).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez L. Tos crónica: prescripciones más frecuentes. En <http://cyberpediatria.com/tosprescrip.htm>. Revisado 01/2006.
2. Robert W. Wilmott. Cuando el niño tiene tos persistente. *Atención Médica* 1990; enero/febrero:27-37.
3. Richard T. Hatch, Gary B. Carpenter and Laurie J. Smith. Treatment options in the child with a chronic cough. *Drugs* 1993; 45,3:367-373.
4. Paul J. Hannaway MD, G. David K Hopper MD. Cough variant asthma in children. *JAMA* 1982; 247,2: 206-208.
5. Gary S. Rachelefsky MD, Roger M Katz and Sheldon C. Siegel MD. Chronic sinus disease with associated reactive airway disease in children. *Pediatrics* 1984; 73,4: 526-529.
6. Michelle M. Cloutier MD and Gerald M Loughlin MD. Chronic cough in children: A manifestation on airway hyperreactivity. *Pediatrics* 1981; 67: 6-12.
7. H. M. Lewis, M. Haeney, J. Jeacock and H. Thomas. Chronic cough in a hospital population; its relationship to atopy and defects in host defense. *Arch Dis Child* 1989; 64: 1593-1598.
8. R.D. Clifford, M. Radford, J. B. Howell and S.T. Holgate. Prevalence of respiratory symptoms among 7 and 11 year old schoolchildren and association with asthma. *Arch Dis Child* 1989; 64: 1118-1125.1.
9. Lauren D. Holinger, M.D. Chronic cough in infants and children. *Laryngoscope* 1986; 96: 316-322.
10. Bert Brunekreef, Bernard Groot and Gerard Hoek. Pets, Allergy and respiratory symptoms in children. *Intern J Epidemiol* 1992; 21,2:338-342.
11. Lauren D Holinger MD; Anthony D Sanders MD. Chronic cough in infants and children: An update. *Laryngoscope* 1991; 101: 596-605.