

# Tos persistente por mala uva

Chronic cough due to bad grape

Tose persistente por mala uva

Alba López Souto<sup>1</sup>, Jesús Combarro Mato<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MÉDICO INTERNO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. C.S. CULLEREDO. A CORUÑA

<sup>2</sup> MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA. C.S. CULLEREDO. A CORUÑA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alba López Souto. Correo electrónico: alba.lopez.souto@sergas.es

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(2)  
Págs. 28-29

## INTRODUCCIÓN

Mujer, 69 años.

Antecedentes personales:

- Hemorragia digestiva alta por duodenitis erosiva en 2005.
- Tromboembolismo pulmonar en 2014.
- Niega consumo de tóxicos o tratamiento habitual.
- Esfera bio-psico-social: Ama de casa. Vive con su marido en una vivienda unifamiliar.

Acudió a Urgencias por tos con expectoración blanquecina y dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas de ocho días de evolución, con hipofonesis basal derecha en la exploración. Se realiza radiografía de tórax (figura 1), objetivando condensación en lóbulo inferior derecho, diagnosticándose de neumonía y pautándose antibiótico (Cefditoreno y azitromicina).

Figura 1: Evolución radiográfica del proceso



Posteriormente y durante tres meses, acude en múltiples ocasiones a nuestra consulta por tos y molestias torácicas, ensayándose múltiples tratamientos (Levofloxacino, Mepifilina, Budesonida/Formoterol, Prednisona...), sin mejoría definitiva de la sintomatología, sufriendo una importante repercusión en su vida diaria, preguntándose continuamente si podría tratarse de un cáncer. No disnea, fiebre, reflujo gastroesofágico, hemoptisis ni síndrome general.

En cuanto a la radiografía de tórax, y pese a la aparente mejoría inicial, se objetiva atelectasia de lóbulo medio (figura 1).

## DIAGNÓSTICO

Estamos ante una paciente con tos crónica por lo que debemos plantearnos diagnóstico diferencial entre: EPOC/asma, goteo postnasal, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)...

Sin embargo, por la presencia de síntomas de alarma (evolución tórpida con escasa respuesta al tratamiento) decidimos derivarla a la vía rápida del Servicio de Neumología, donde se realiza un TC toracoabdominal con colapso de lóbulo medio y adenopatías hiliares derechas. Se completa estudio con PET-TC, objetivando ocupación de la luz bronquial y aumento patológico del metabolismo glucídico.

Finalmente, se realiza broncofibroscopia, extrayéndose una lesión redondeada negruzca de lóbulo medio, resultando ser un cuerpo extraño (semilla de uva, figura 2).

**Figura 2: Cuerpo extraño extraído (semilla de uva)**



La paciente no recordaba el momento del atragantamiento, mostrándose aliviada con el diagnóstico final y presentando resolución progresiva de la clínica tras la intervención.

## CONCLUSIÓN

La tos tiene como función proteger la vía aérea de partículas extrañas, constituyendo un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria<sup>1</sup> por lo que su conocimiento adquiere gran relevancia.

Es aguda si su duración es menor de tres semanas, subaguda de 3 a 8 semanas, y crónica si se prolonga más allá de 2 meses<sup>2</sup>.

Entre las causas más frecuentes en nuestro ámbito se encuentran: asma y EPOC, tabaco, tratamiento con IECAs, goteo postnasal y ERGE. Asimismo, podemos encontrar desencadenantes ambientales, infecciones como la tuberculosis o patología oncológica<sup>1,2,3</sup>.

En cuanto a su abordaje, realizaremos una exigente anamnesis. Tras una exploración que incluya cabeza y cuello y auscultación pulmonar, solicitaremos las pruebas complementarias que consideremos oportunas (analítica, radiografía, pruebas de función respiratoria...). Una vez descartado lo más frecuente derivaremos al paciente para completar estudios<sup>1</sup>.

Ante la presencia de síntomas de alarma (radiografía sospechosa, mala evolución del proceso infeccioso, síndrome general, hemoptisis, disnea, disfagia, dolor torácico persistente, nula respuesta a tratamiento...) <sup>1,3</sup> debemos derivar al paciente a la vía rápida de cáncer de pulmón que permite agilizar el proceso diagnóstico.

En cuanto a los cuerpos extraños, su presencia (si bien no es despreciable) es más frecuente en población infantil y pacientes con demencia y/o problemas deglutorios. Su localización más común es el lóbulo principal derecho, siendo la tos y las sibilancias los síntomas más frecuentes. Además, si el material aspirado es orgánico suele desarrollarse neumonía<sup>4</sup>

Por tanto, el papel del médico de familia, y su visión longitudinal de los pacientes, resulta fundamental para detectar síntomas de alarma que podrían desenmascarar patologías graves. Asimismo, es vital una fluida comunicación con la atención hospitalaria para llegar a un diagnóstico temprano. Sin embargo, la medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad, exigiéndonos tener en mente patologías no tan frecuentes como la del caso que nos ocupa.

Se dispone del consentimiento informado para la presentación de este caso clínico.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Fistera [sede Web]. A Coruña: Elsevier; [última revisión el 19 de marzo del 2020]. De González Delgado ML, Alcorta Michelena I. Tos crónica en adultos. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/tos-cronica-adultos/>.
- 1 Uptodate. Ronald C Silvestri, Steven E Weinberger. Evaluation of subacute and chronic cough in adults [Sede Web]. Jun 23, 2017; Oct 2020. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
- 2 Pacheco A, De diego A, Domingo C, Lamas A, Gutierrez R, Naberan K, Garrigues V et al. Tos crónica. Normativa SEPAR. Arch Bronconeumol. 2015;51(11):579-89.
- 1 Uptodate. Wes Shepherd. Airway foreign bodies in adults [Sede Web]. Nov 09, 2020; Feb 2021. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.