

Tos psicógena: una causa de tos crónica

A. Bordoy^a, O. Sardón^a, J.L. Mayoral^b, J. Garay^c, J. Mintegui¹ y E.G. Pérez-Yarza¹

^aUnidad de Neumología. ^bSección de Psiquiatría. Servicio de Pediatría.

^cServicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Las enfermedades de la vía aérea superior (síndrome de goteo nasal posterior, infecciones) y el asma son las causas más habituales de la tos crónica. Durante el último año, nos fueron remitidos 6 casos (4 varones y 2 mujeres) de 7 a 12 años de edad, con el diagnóstico de asma de difícil control y/o tos persistente. Todos habían recibido tratamientos con múltiples fármacos durante largos períodos de tiempo, sin respuesta clínica favorable. La exploración física, radiología, función pulmonar basal y posbroncodilatación y fibrobroncoscopia, fueron normales. Descartada la enfermedad orgánica se realizó estudio psiquiátrico, constatando un coeficiente de inteligencia en el límite bajo de la normalidad y un trastorno por ansiedad generalizada, estableciéndose el diagnóstico de tos psicógena. El tratamiento se efectuó con técnicas de relajación y tratamiento psicopedagógico de apoyo, y evolucionaron favorablemente.

La tos psicógena es un proceso que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de tos crónica y en el asma de difícil control, con el fin de evitar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

Palabras clave:

Tos psicógena. Tos crónica. Asma de difícil control. Niños.

PSYCHOGENIC COUGH: ANOTHER ETIOLOGY FOR PERSISTENT COUGH

The most common causes of persistent cough are upper respiratory tract disease (postnasal drip syndrome, infections) and asthma. In the last year, six patients (four boys and two girls), aged 7-12 years old, with a diagnosis of hard-to-manage asthma and/or persistent cough were referred to our department. All the patients had undergone treatment with multiple drugs for long periods without favorable clinical response. The findings of physical examination, radiology, basal pulmonary function and post-bronchodilation and fibrobronchoscopy were normal. Organic disease was ruled out and a psychiatric evaluation was performed. Intelligence quotient was in the lower normal range and generalized anxiety disorder was identified, thus establishing a diagnosis of psychogenic

cough. Treatment consisted of relaxation techniques and psychopedagogic support with favorable outcome.

To avoid diagnostic errors and inappropriate treatment, psychogenic cough should be included in the differential diagnosis of persistent cough and hard-to-manage asthma.

Key words:

Psychogenic cough. Persistent cough. Difficult-to-manage asthma. Children.

INTRODUCCIÓN

Los niños y los adolescentes con procesos respiratorios crónicos o recurrentes pueden tener alteraciones psicósomáticas que sean la causa de esta patología¹.

Cuando se revisa la etiología de la tos crónica (tos persistente de más de 3 semanas de duración o tos recurrente) en pacientes remitidos a consultas externas de atención especializada, se establecen los siguientes diagnósticos: asma (56%), procesos de la vía aérea superior (16%), infecciones (por *Bordetella pertussis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) (5%) y tos psicógena (4-7%)^{2,3}.

En este sentido, la tos psicógena, motivo de esta presentación, no debe considerarse excepcional. Descartada la enfermedad orgánica mediante una historia clínica minuciosa y las oportunas exploraciones objetivas, la evaluación psicológica y psiquiátrica es obligada para establecer un diagnóstico y un tratamiento correctos.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se ha realizado un estudio retrospectivo mediante la revisión de los diagnósticos incluidos en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de los pacientes remitidos a consultas externas de la unidad de neumología infantil, desde atención primaria, entre el 1-11-2002 y el 31-10-2003. Se han identificado 6 casos con el diagnóstico final de tos psicógena de un total de 655 nuevos pacientes remitidos a estudio por enfermedad respiratoria durante dicho período de tiempo.

Correspondencia: Dra. A. Bordoy.

Unidad de Neumología Infantil.

Avda. Dr. Beguiristain, s/n. 20014 San Sebastián. España.

Correo electrónico: aneumoin@chdo.osakidetza.net

Recibido en febrero de 2004.

Aceptado para su publicación en abril de 2004.

Se realizaron las siguientes determinaciones y estudios:

1. Hemograma, Mantoux y serología para neumonías atípicas (*Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *C. psittaci*, *C. pneumoniae*, *Coxiella burnetii* y *Bordetella pertussis*).

2. Pruebas alérgicas, mediante técnica de *prick test* frente a aeroalérgenos prevalentes⁴.

3. Radiología de tórax, cavum y senos paranasales.

4. Test del sudor.

5. Función pulmonar, medida por espirometría (espirometro v4.35m, Jaeger GmbH, Alemania[®]), pletismografía (pletismógrafo corporal v4.34.09, Jaeger GmbH, Alemania[®]) y prueba de broncodilatación, según técnica descrita⁵.

6. Fibrobroncoscopia, según protocolo de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica⁶, con fibrobroncoscopio Olympus BF 3C 40[®], con diámetro externo 3,3 mm, canal de maniobra 1,2 mm y registro en vídeo de la exploración.

7. Tomografía computarizada (TC) pulmonar.

Al no constatarse enfermedad orgánica, se suspendieron todos los fármacos y se realizó entrevista psiquiátrica, además de aplicar en algunos casos la escala de inteligencia de Wechsler revisada para niños (WISC-r) y la escala de personalidad HSPQ (*High School Personality Questionnaire*). Se utilizaron, como criterios diagnósticos de trastornos mentales, los sugeridos por Bernstein et al⁷ y los establecidos en el texto revisado de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV-TR)⁸.

Los resultados obtenidos de la revisión de las seis historias clínicas han sido los siguientes: edad media, 10,5 años (límites, 7-12 años); 4 varones y 2 mujeres. Los 6 casos fueron remitidos para estudio de asma de difícil control y/o tos persistente no filiada. La tos en todos ellos era seca, exclusivamente en vigilia, muy aparatosa y generadora de angustia y ansiedad en el entorno familiar y escolar. Todos ellos habían recibido tratamientos con múltiples fármacos (antibióticos, salbutamol, salmeterol, budesonida, fluticasona, prednisolona, adrenalina nebulizada, antitusígenos, antihistamínicos y mucolíticos), durante un período de tiempo entre 2 meses y 7 años, sin aparente respuesta (tabla 1).

En todos los casos, la exploración física (a excepción de la tos en accesos) y la radiografía simple de tórax fueron normales. Cuando se realizó el estudio de la función pulmonar, la espirometría forzada basal y la prueba de broncodilatación (negativo, si índice sobre el valor teórico para el volumen espiratorio forzado en el primer segundo [FEV₁] es inferior al 9%), la pletismografía corporal total y la prueba de broncodilatación (negativa, si índice sobre el valor previo para sGaw es inferior al 35%), fueron normales. Se exploró la vía respiratoria mediante fi-

brobroncoscopia en todos menos en un paciente, que no autorizó dicha exploración.

Se autorizó el estudio psiquiátrico en 5 de los 6 casos. En todos los pacientes estudiados, se objetivó un coeficiente intelectual en el límite bajo de la normalidad y también un trastorno por ansiedad generalizada. Además, en 2 casos se diagnosticó un trastorno psiquiátrico específico (enfermedad de Tourette y trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Los 5 casos fueron tratados con técnicas de relajación, tratamiento pedagógico de apoyo y adaptación curricular, siendo la evolución satisfactoria entre 2 y 4 semanas después. Los controles sucesivos realizados en un período comprendido entre 8 y 15 meses, no han demostrado tos en accesos.

El caso que no autorizó estudio psiquiátrico ni tampoco la realización de la fibrobroncoscopia, normalizó el síntoma de tos en accesos en un período de 4 semanas, manteniéndose asintomático durante un período de seguimiento de 4 meses.

DISCUSIÓN

La tos es un síntoma muy común en niños, con una prevalencia del 15 al 20%⁹. Los casos de tos inespecífica (tos seca en ausencia de enfermedad respiratoria identificable) son tratados mayoritariamente con fármacos muy diversos y, en ocasiones, específicos del asma (antiinflamatorios y broncodilatadores)¹⁰, como ha sucedido en nuestra serie.

Aunque la tos persistente ha sido incluida por algunos autores en la definición de asma, se desconoce el número de niños con tos persistente y limitación reversible del flujo aéreo intrapulmonar, que justificaría el diagnóstico de asma en este grupo¹¹. La tos nocturna como única manifestación de asma, en ausencia de prueba de broncodilatación positiva o hiperrespuesta bronquial, no puede considerarse diagnóstico de asma¹². En este sentido, el tratamiento de la tos nocturna persistente con glucocorticoides inhalados a dosis elevadas frente a placebo durante 2 semanas produce un modesto beneficio en el grupo de intervención activa¹³. La tos recurrente, en ausencia de sibilancias, debe excluirse del diagnóstico de asma¹⁴.

El asma de difícil control incluye en su definición, obligatoriamente arbitraria, tres elementos: la enfermedad y su gravedad; el paciente, y su control, incluyendo la terapia. Dependiendo de éstos, el asma de difícil control incluye los siguientes grupos: asma no controlada mediante la terapia estándar, asma con función pulmonar muy disminuida, asma grave, asma corticoide-dependiente y asma corticoide-resistente¹⁵. Numerosos autores insisten en que, ante una situación de asma de difícil control, lo primero es confirmar el diagnóstico de asma, descartando otras enfermedades que lo simulen, como la fibrosis quística, discinesia ciliar primaria, bronquiolitis obliterante, disfunción de cuerdas vocales, etc.¹⁶.

TABLA 1. Datos clínicos, funcionales y evolutivos

| | Caso 1 | Caso 2 | Caso 3 | Caso 4 | Caso 5 | Caso 6 |
|---|---|---|--|---|---|--|
| Edad (sexo) | 12 años (M) | 12 años (V) | 8 años (M) | 12 años (V) | 7 años (V) | 12 años (V) |
| Diagnóstico previo | Asma intratable | Tos persistente | Tos persistente | Tos persistente y asma intratable | Asma intratable | Tos persistente |
| Tratamiento previo (duración del tratamiento) | Antibióticos AACA GCI Antitusígenos (7 años) | Antibióticos Glucocorticoides orales Antitusígenos Mucolíticos (2 meses) | Antibióticos AACA GCI (3 meses) | Antibióticos AACA GCI Antihistamínicos (2 años) | AACA GCI Mucolíticos (1 año) | AACA GCI Antitusígenos (2 años) |
| Función pulmonar | Basal FEV ₁ : 2,97 sGaw: 0,77 Posbroncodilatación FEV ₁ : 2,99 (0%) sGaw: 1,02 (+ 32%) | Basal FEV ₁ : 3,31 Posbroncodilatación No colabora | Basal FEV ₁ : 1,85 Posbroncodilatación FEV ₁ : 1,93 (+ 2%) | Basal FEV ₁ : 1,92 sGaw: 1,11 Posbroncodilatación FEV ₁ : 1,51 (+ 7%) sGaw: 1,33 (+ 19%) | Basal FEV ₁ : 1,59 sGaw: 0,59 Posbroncodilatación FEV ₁ : 1,67 (+ 3%) sGaw: 0,70 (+ 18%) | Basal FEV ₁ : 2,9 Posbroncodilatación FEV ₁ : 2,5 (-3%) |
| FB | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | No realizada |
| Diagnóstico final | Trastorno de ansiedad generalizada | Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por déficit de atención con hiperactividad | Trastorno de ansiedad generalizada y enfermedad de Tourette | Trastorno de ansiedad generalizada | Trastorno de ansiedad generalizada | Trastorno de ansiedad generalizada |
| Tratamiento | Técnicas de relajación, tratamiento pedagógico de apoyo y adaptación curricular | Técnicas de relajación, tratamiento pedagógico de apoyo y adaptación curricular | Técnicas de relajación, tratamiento pedagógico de apoyo y adaptación curricular. Pimozida y haloperidol | Técnicas de relajación, tratamiento pedagógico de apoyo y adaptación curricular | Técnicas de relajación, tratamiento pedagógico de apoyo y adaptación curricular | Técnicas de relajación, tratamiento pedagógico de apoyo y adaptación curricular |
| Evolución | Resolución | Resolución | Resolución | Resolución | Resolución | Resolución |

FB: fibrobroncoscopia; GCI: glucocorticoides inhalados; AACA: agonistas- β_2 adrenérgicos inhalados de corta acción; FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo (L); sGaw: conductancia específica de la vía aérea (L/kPa/s); V: varón; M: mujer.

Los 6 casos presentados tenían diagnósticos previos de asma de difícil control o tos persistente no filiada. La tos en todos ellos era seca, exclusivamente diurna y que desaparecía con el sueño, muy aparatosa y generadora de angustia y ansiedad en el entorno familiar y escolar.

El protocolo de estudio realizado en esta serie, aun siendo poco homogéneo al tratarse de un estudio retrospectivo, ha sido clínico y guiado por la sintomatología y por los hallazgos observados, fundamentalmente negativos, en las exploraciones efectuadas secuencialmente. Las características de la tos, la ausencia de hallazgos radiográficos y la normalidad funcional pulmonar, descartaban la enfermedad orgánica de nuestros casos. El estudio psiquiátrico y la evolución posterior, confirman el diagnóstico de tos psicógena en nuestra serie, diagnóstico no incluido en el DSM-IV-TR⁷.

Los 5 casos que aceptaron el estudio psiquiátrico, tenían un componente de ansiedad crónica ligada a fobias escolares y un coeficiente de inteligencia en el límite de la normalidad, como ha sido ya señalado por diversos au-

tores^{17,18}. En todos ellos se utilizó tratamiento psicopedagógico, técnicas de relajación y de adaptación curricular y de apoyo y orientación familiar, no habiendo requerido tratamiento farmacológico (fluoxetina, alprazolam)¹⁹. Además, un caso fue tratado con metilfenidato (diagnosticado de trastorno de hiperactividad y déficit de atención) y otro (diagnosticado de enfermedad de Tourette) requirió tratamiento inicial con pimozida y posteriormente con haloperidol.

La evolución de los 6 pacientes fue satisfactoria, y el cuadro de tos desapareció, de forma progresiva, en muy pocas semanas (1-4 semanas). Por lo tanto, se trata de una entidad de buen pronóstico siempre que se diagnostique y se trate a tiempo, evitando la fijación de los síntomas.

En resumen, deseamos destacar la importancia de incluir la tos psicógena en el diagnóstico diferencial de la tos crónica persistente o recurrente y en el asma de difícil control, y comunicar que los criterios diagnósticos se basan en una sintomatología indicativa (tos en accesos sólo en vigilia), con radiología de tórax y vías respirato-

rias superiores normales, espirometría basal y posbroncodilatación normales y fibrobroncoscopia normal^{20,21}, con el fin de evitar errores diagnósticos y actuaciones farmacológicas inadecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hommick DN, Pratt HD. Respiratory diseases with psychosomatic component in adolescents. *Adolesc Med* 2000;11:547-65.
2. Bremont F, Micheau P, Le Roux P, Brouard J, Pin I, Fayon M. Étiologie de la toux chronique de l'enfant: Analyse de 100 dossiers. *Arch Pediatr* 2001;8(Suppl 3):645-9.
3. Bernztein R, Grenoville M. Tos crónica en Pediatría. *Medicina (B Aires)* 1995;55:324-8.
4. González Pérez-Yarza E, Garmendia Iglesias A, Mintegui Aranburu J, Callén Blecua MT, Emparanza Knörr JJ, Albisu Andrade Y. Sensibilización cutánea a aeroalergenos. A propósito de 1.000 observaciones. *Arch Bronconeumol* 1993;29:412-3.
5. Pardos C, Fuertes J, Nerín I, Pérez-Yarza EG. Cuando se considera positivo el test de broncodilatación. *An Esp Pediatr* 2002; 57:5-11.
6. Pérez Ruiz E, Barrio Gómez de Agüero MI y Grupo de Técnicas de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Broncoscopia flexible en el niño: indicaciones y aspectos generales. *An Pediatr (Barc)* 2004;60:354-66.
7. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adol Psychiatr* 1996;35:1110-9.
8. DSM-IV-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.
9. Chang AB. Cough, cough receptors, and asthma in children. *Pediatr Pulmonol* 1999;28:59-70.
10. Faniran AO, Peat JK, Woolcock AJ. Persistent cough: Is it asthma? *Arch Dis Child* 1998;79:411-4.
11. McKenzie SA. Difficult asthma in children. *Eur Respir Rev* 2000; 10:18-22.
12. De Benedictus FM, Canny GJ, Levison H. Methacholine inhalation challenge in the evaluation of chronic cough in children. *J Asthma* 1986;23:303-8.
13. Davies MJ, Fuller P, Picciotto A, McKenzie SA. Persistent nocturnal cough: Randomized controlled trial of high dose inhaled corticosteroid. *Arch Dis Child* 1999;81:38-44.
14. Wright AL, Holberg CJ, Morgan WJ, Taussig LM, Halonen M, Martinez FD. Recurrent cough in childhood and its relation to asthma. *Am J Crit Care Med* 1996;153:1259-65.
15. Ind PW. Definition of difficult asthma. *Eur Respir Rev* 2000; 10:2-4.
16. Balfour-Lynn I. Difficult asthma: Beyond de guidelines. *Arch Dis Child* 1999;80:201-6.
17. Weinberg EG. 'Honking': Psychogenic cough tic in children. *S Afr Med J* 1980;57:198-200.
18. Bhatia MS, Chandra R, Vaid L. Psychogenic cough: A profile of 32 cases. *Int J Psychiatry Med* 2002;32:353-60.
19. Erenberg G. Psychogenic cough. *Pediatrics* 2001;108:819-20.
20. McGarvey LP, Warke TJ, McNiff C, Heaney LG, MacMahon J. Psychogenetic cough in a schoolboy: Evaluation using an ambulatory cough recorder. *Pediatr Pulmonol* 2003;36:73-5.
21. Niggemann B. Functional symptoms confused with allergic disorders in children and adolescents. *Pediatr Allergy Immunol* 2002;13:312-8.