



TREBALLS ORIGINALS

TOS ESPASMÓDICA ALÉRGICA *

C. Pedemonte, A. Marín, J. L. Eseverri y J. Botey **

Tos espasmódica alérgica

La tos espasmódica de etiología alérgica no debe ser infravalorada, ya que su diagnóstico precoz y terapéutica específica nos llevará a evitar en una mayoría de casos su evolución hacia un asma bronquial. Nos orientará hacia esta etiología su carácter recidivante y nos llamará la atención hacia factores etiológicos extrínsecos, ligados en su gran mayoría, como veremos más adelante, al hábitat del paciente.

Exponemos a continuación nuestra experiencia, mediante el estudio de un grupo de pacientes que fueron remitidos a nuestro servicio de Alergia e Inmunología clínica pediátrica, cuyo único motivo de consulta era el de tos espasmódica persistente o recidivante.

Material y métodos

Hemos revisado 3.000 historias clínicas con el fin de seleccionar los niños cuyo motivo de consulta era de tos persistente (183 casos), lo que supone una incidencia de un 5,9 %. Habiéndose descartado otra sintomatología asociada como puede ser el asma, ya que en los períodos intercríticos puede existir episodios de tos espasmódica.

Todos ellos han seguido la misma sistemática de estudio consistente

1. HISTORIA CLÍNICA DETALLADA
2. BACTERIOLOGIA, FARINGEA Y NASAL
3. EOSINOFILIA PERIFÉRICA Y NASAL

(*) Tema presentado en la Reunión conjunta de las Sociedades Catalana, Valenciana y Balear de Pediatría en Palma de Mallorca, 31 de mayo - 1 de junio de 1980, al tema monográfico de LA TOS EN PEDIATRÍA

(**) Universidad Autónoma de Barcelona. Clínica Infantil S. Social Valle de Hebrón. (Director Prof. A. Ballabriga). Servicio de Alergia e Inmunología Clínica (Dr. J. Botey)

4. INMUNOGLOBULINAS: IgA; IgM; IgG; IgE
5. RAST
6. RADIOLOGIA: TORAX. SENOS Y ADENOIDES
7. TEST CUTANEOS



Con esta sistemática de estudio hemos dividido a estos enfermos en tres grupos:

- Grupo I — Tos espasmódica extrínseca (97 niños).
- Grupo II — Tos espasmódica bacteriana (35 niños).
- Grupo III — Tos espasmódica no catalogable (51 niños).

Resultados

En el sexo de estos niños encontramos un discreto predominio de los varones en el primero (V 59 - H 38) y segundo grupo (V 21 - H 14) mientras que en el tercero son las hembras las que predominan (V 19 - H 32).

La edad de comienzo de su sintomatología es muy variable, oscilando entre los 6 m. y los 7 a., con una subida entre el 1.º y 4.º año de la vida. La edad media de consulta de estos pacientes ha sido similar en los tres grupos: 4 a. 9 m. en los extrínsecos, 4 a. 10 m. en los bacterianos y 5 a. 3 m. para los no catalogables. Ha sido muy variable el tiempo de evolución hasta su primer estudio, aunque la mayoría arrastraba su sintomatología entre 1 y 3 años.

La semiología de la tos, ha sido en su gran mayoría la de una tos seca en todos los grupos (80 %), aunque es mucho más frecuente en el grupo de los extrínsecos. En pequeña proporción nos encontramos los que presentaron una tos blanda sin expectoración (6 %) y en otro pequeño número de casos los padres no especificaron sus características (14 %).

Las crisis de tos han sido de predominio nocturno (56 %), con menor frecuencia no había un horario predominante (34 %) y la presentación diurna aislada ha sido muy rara (10 %). En cuanto a la incidencia estacional destaca el otoño-invierno para el grupo de los extrínsecos, siendo más variable para los otros grupos.

La búsqueda del terreno alérgico familiar nos demuestra la existencia de unos antecedentes positivos en un 53 % de los casos, predominando la patología respiratoria alérgica (Asma, Rinitis alérgica).

En los antecedentes personales alérgicos encontramos predominio de síntomas de vías altas (estornudos, prurito nasal, conjuntivitis, rinorrea acuosa), seguido por alergia gastrointestinal y en menor número patología dérmica o medicamentosa.

Al interrogar sobre los posibles desencadenamientos valorados por los padres, encontramos una alta incidencia y agravación de la sintomatología dentro del hábitat del paciente (Tabla I).

TABLA I



DESENCADENANTES (según anamnesis)
HABITAT 134

CAMA	79/134
AIRE LIBRE	26/134
COLEGIO	9/134
CAMA-ESFUERZO	8/134
ESFUERZO	3/134
CAMA-ESFUERZO-FACTORES PSIQUICOS	3/134
AIRE LIBRE-ESFUERZO	3/134
CAMA-HUMEDAD	1/134
AIRE LIBRE-ALIMENTOS	1/134
AIRE LIBRE-PELUQUERIA	1/134
AIRE LIBRE	6
CAMPING	1
FACTORES PSIQUICOS	1
NO ESPECIFICAN	41

La sintomatología acompañante ha sido fundamentalmente estornudos y prurito nasal y ya en menor proporción jadeo secundario, sibilancias, fiebre, conjuntivitis y disfonía.

Exploración

A) La exploración física en el momento de su primer control en nuestro servicio nos aporta los datos siguientes:

- En los extrínsecos hay patología rinofaríngea en un 50 %, llamándonos la atención la alta incidencia con que nos llegan estos enfermos con adenoidectomía (27 casos) y amigdalectomía (26 casos).

La auscultación respiratoria es normal en la mayoría de los casos, encontrando un pequeño componentes obstructivo en sólo 13 casos.

- En los etiquetados como bacterianos destaca más la patología nasal que la faríngea y curiosamente en este grupo se han producido menos adenoidectomías (6 casos) y amigdalectomías (5 casos).

La auscultación ha sido normal en todos ellos excepto en dos casos que han presentado un pequeño componente obstructivo.

- En los no catalogables la exploración rinofaríngea ha sido similar al

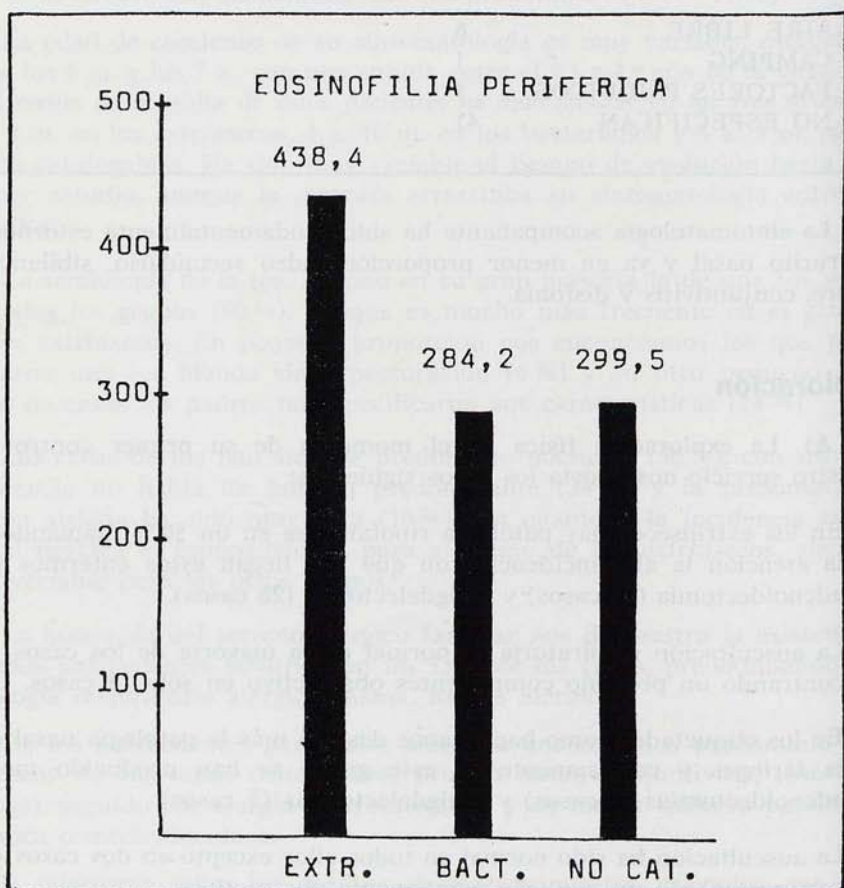
grupo anterior, practicándose adenoidectomía (17 casos) y amigdalectomía (9 casos).



En la auscultación del aparato respiratorio presentan discreto componente obstructivo en 6 casos.

B) En todos ellos hemos practicado estudio bacteriológico y faríngeo mediante frotis. En el frotis faríngeo encontramos la mayor incidencia de positivities para el estreptococo viridans seguido por neisseria y neumococo. En el frotis nasal el germen más frecuente aislado ha sido el neumococo seguido por neisseria y estafilococo.

C) Las eosinofilia periféricas (contando como normales 400 eosinófilos por 10.000 leucocitos) muestran como cifra de promedio: 438,4 en el grupo de los extrínsecos; 284,2 en el grupo de los bacterianos y 299,5 en el grupo de los no catalogables (Gráfica 1).



GRAFICA 1

D) El estudio de inmunoglobulinas nos ha mostrado los siguientes déficits:



- En los EXTRINSECOS hemos encontrado 7 casos con déficit de alguna de las inmunoglobulinas:
 - 2 casos de déficit selectivo de Ig G.
 - 1 caso de déficit selectivo de Ig A.
 - 2 casos de déficit selectivo de Ig A secretora.
 - 1 caso de déficit de Ig A sérica y secretora.
 - 1 caso de déficit de Ig G e Ig A.
- En los BACTERIANOS encontramos 2 déficits selectivos de Ig G.
- En los NO CATALOGABLES hallamos 6 casos de inmunodeficiencia:
 - 2 casos de déficit selectivo de Ig G.
 - 2 casos de déficit selectivo de Ig A secretora.
 - 1 caso de déficit de Ig A sérica y secretora.
 - 1 caso de déficit de Ig G, Ig A sérica e Ig A secretora.

Hay que resaltar que en ninguno de los casos presentaba sintomatología ni existían antecedentes familiares de inmunodeficiencia.

E) Las Ig E valoradas en U.I. muestran como cifra promedio: 612,3 en el grupo de los extrínsecos; 206,7 en el grupo de los bacterianos y 150,3 en el grupo de los no catalogables (Gráfica 2).

En 56 niños se valoró la Ig E específica frente a los alérgenos de que disponemos mediante RAST:

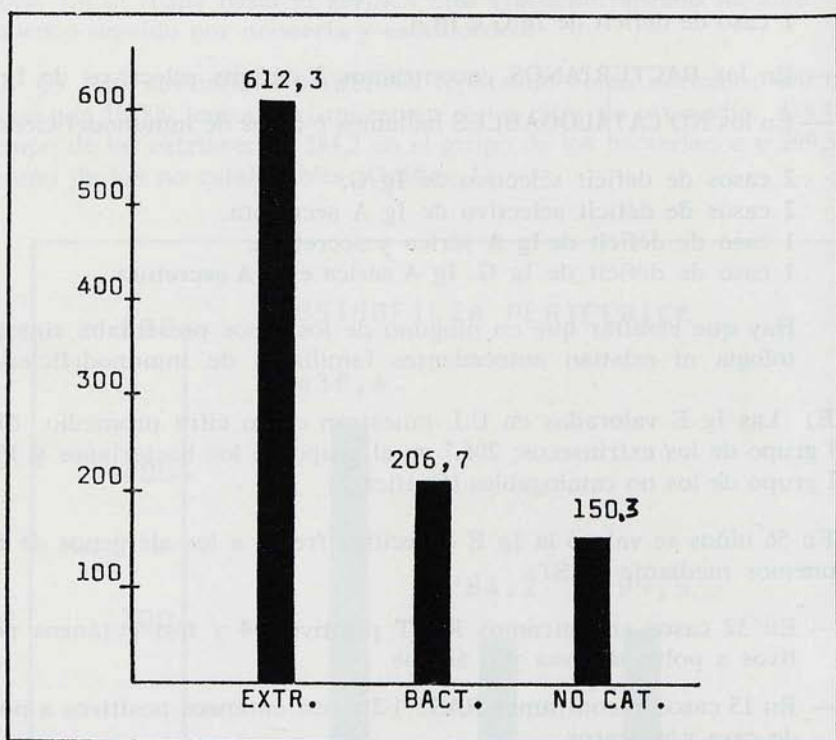
- En 32 casos encontramos RAST positivo 3-4 y test cutáneos positivos a polvo de casa y/o ácaros.
- En 15 casos encontramos RAST 1-2 y test cutáneos positivos a polvo de casa y/o ácaros.
- En 9 casos encontramos RAST 0 y test cutáneos positivos a polvo de casa y/o ácaros.
- En 1 caso encontramos RAST 1-2 y test cutáneos positivos a alternaria y cladosporium.

F) ESTUDIO RADIOLOGICO

- La radiología de tórax ha sido normal en la gran mayoría de casos, sólo observamos dos casos con atelectasia, dos casos con edema peribronquial, un caso con bronquiectasia basal derecha y un caso con una neumonía y colapso del LM en el que la broncografía ha sido normal.
- La radiología de senos maxilares nos ha mostrado en 41 casos la

existencia de una sinupatía unilateral, con cierto predominio de la afectación del seno maxilar derecho en los extrínsecos. En 47 casos la sinupatía ha sido bilateral. No hemos visto correlación entre la bacteriología y la existencia o no de sinupatía.

Hemos querido relacionar la hipertrofia de adenoides diagnosticada clínica y radiológicamente con la afectación sinusal y no existe concomitancia significativa.



GRAFICA 2: Ig E en U.I. por técnica de Prist.

G) TEST CUTANEOS

Se practican test cutáneos a inhalantes tipo polvo de casa, ácaros, epitelios animales, fibras, mohos, bacterias; en todos los pacientes. A los niños mayorcitos se ha efectuado también test cutáneo a pólenes.

Hemos utilizado en la mayoría de casos la técnica Prist test, menos en los casos de mohos en los que se ha utilizado la vía intradérmica. La lectura se ha efectuado a los 15 minutos correlacionando el valor planimétrico obtenido con el valor planimétrico de la histamina. En el caso de mohos y bacterias se efectúa la lectura semi y retardada también.

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:



— 97 casos con test cutáneos a inhalantes positivos

ACAROS	59
POLVO	16
CANDIDAS	15
MOHOS	3
POLVO DE COLCHON	1
POLINICOS	1
EPITELIOS	1
FIBRAS	1

— 35 casos con test bacterianos retardados positivos

— 51 casos con test cutáneos negativos.

Tratamiento

— En los EXTRINSECOS el único tratamiento efectivo es la hiposensibilización específica cuando el alérgeno no puede ser evitado por completo. Como hemos visto antes el principal agente etiológico es el polvo de la casa y sus ácaros, elemento muy difícilmente evitable, aun cuando unas buenas normas ambientales nos ayudarán a realizar una buena hiposensibilización.

No hay que olvidar tampoco los tratamientos coadyuvantes, como el cromoglicato disódico en pacientes con Ig E muy elevada o con polisensibilizaciones, así como el tratamiento mucolítico, limpieza de focos nasales y sinusales. Si se demuestra una hipertrofia adenoidea que obstruye el paso del aire, aconsejamos la adenoidectomía, al igual que en los otros grupos.

Si el alérgeno es evitable, como por ejemplo sucede en los epitelios de animales, no aconsejamos la hiposensibilización, sino en principio la evitación del mismo.

— En los BACTERIANOS, hemos seguido tratamiento con vacuna bacteriana inespecífica a dosis progresivas, mantenidas entre 3-5 años. El tratamiento coadyuvante ha sido igual, es decir limpieza de focos, lavados nasales, mucolíticos y adenoidectomía.

— En los NO CATALOGABLES nos hemos limitado a recomendar adenoidectomía si era necesario y a la limpieza de focos.

Conclusiones

- 1) Nuestra frecuencia: 5,9 %.
- 2) La edad de comienzo de su sintomatología es variable, oscilando

entre los 6 meses y los 7 años, con una subida entre el 1.º y 4.º año de la vida.



3) Tiempo de evolución: la mayoría arrastran su sintomatología entre 1 y 3 años.

4) El estudio del terreno alérgico de la Ig E y test cutáneos permiten etiquetar etiología.

5) El estudio inmunológico humoral permite descartar inmunodeficiencias acompañantes.

6) La hiposensibilización es eficaz como en los casos de asma bronquial. Siendo la evolución de los niños que hemos controlado:

- Muy buena y buena en un 70 %.
- Regular en un 15 %.
- Mala en un 15 %.

7) El tratamiento mejora no sólo la tos, sino que impide el camino del niño alérgico hacia el asma.

Resumen

Se hace una revisión de 3.000 historias clínicas con el fin de seleccionar los niños cuyo motivo de consulta era de tos persistente (183 casos) lo que supone una incidencia de un 5,9 %. Con la sistemática de estudio seguida se han clasificado a estos enfermos en tres grupos. Se hace una revisión a fondo de causas y tratamiento y se recalca que la tos espasmódica de etiología alérgica no debe ser infravalorada ya que su diagnóstico precoz y terapéutica específica evitará en la mayoría de los casos su evolución hacia un asma bronquial.

Resum

Hom ha fet una revisió de 3.000 històries clíniques amb la fi de seleccionar aquells pacients el motiu de consulta dels quals era una tos persistent, havent-ne trobat 183 casos, és a dir, un 5,9 % d'incidència. La sistemàtica d'estudi ha comportat la divisió d'aquests pacients en tres grups. Tot fent una revisió a fons de les causes i els tractaments, hom ressalta com la tos espasmòdica d'etiologia al·lèrgica no ha d'ésser infravalorada, puix que el seu diagnòstic precoç i tractament específic n'evitarà, en la majoria dels casos, l'evolució cap a una asma bronquial.

Summary

A review of 3000 medical records was carried out searching for childhood persisting cough as a main complain. One hundred and eighty three

(183) cases were found which represents a 5.9 %. Special emphasis was placed on the ethiology and therapy. The persistent cough of allergic origin must not be underestimated because their early diagnosis and therapy will avoid in the majority of cases the evolution towards bronchial asthma.

Bibliografia consultada

- Roger, M.; Katz, M.D.: Chronic Cough. Diagnostic and therapeutic dilemmas. Págs. 709-714. Bierman and Pearlman. Allergic diseases of infancy, childhood and adolescence, 1980.
- Pagnoux, A. Les toux spasmodiques allergiques de l'enfant. Thèse, Paris, 1972 - Bibliographie complete.
- C. Pedemonte; G. Navarro; I. Velázquez; A. Zubizarreta; J.L. Eserverri; J. Botey. Tos espasmódica alérgica. Pág. 316. *But. Soc. Cat. Pediatr.* 37:182, 1977.
- Vialatte, J. Toux spasmodiques allergiques Isolees. Págs. 106-112. 3eme Journée Parisienne d'Immuno-Allergologie Infantile. 9 Novembre 1974.
- Vialatte, J. Allergie Respiratoire. Págs. 421-441. Jacques Gerbeaux, Jacques Couvreur, Guy Tournier. *Pathologie Respiratoire de l'enfant*, 1975.