



Tos crónica y fiebre como forma de presentación de una arteritis de células gigantes

Sr. Director: La tos crónica, definida como aquella que persiste más de tres semanas sin causa aparente, es un motivo frecuente de consulta general. Si no se tienen en cuenta el hábito tabáquico ni el consumo de inhibidores de la enzima conversora de la angiotensina, sus causas principales en el adulto con radiografía de tórax normal son el goteo nasal posterior, el asma y el reflujo gastroesofágico¹. No obstante, otras enfermedades pueden ocasionalmente ser la causa de este síntoma. Presentamos el caso de una mujer que consultó por tos crónica y fiebre como manifestaciones únicas de una arteritis de células gigantes (ACG).

Una mujer de 87 años ingresó por fiebre y tos seca persistente de un mes de evolución. No refería sintomatología cefálica, poli-mialgia, ningún otro síntoma respiratorio ni molestias digestivas o miccionales. Había recibido tratamiento con moxifloxacino sin mejoría. No era fumadora ni tomaba fármacos. Asimismo la paciente no refería antecedentes familiares ni personales de enfermedades alérgicas o asma.

En la exploración física destacaban una temperatura de 38 °C, ligera palidez cutánea, soplo sistólico de intensidad 2/6 en borde parasternal izquierdo, arterias temporales no induradas y con pulso menos intenso en el lado izquierdo, ausencia de adenomegalias o tiro-megalia y exploración respiratoria, neurológica y abdominal normales.

La analítica objetivó: VSG de 87 mm/h, hemoglobina de 10,4 g/dl, VCM de 87 fl, ferritina de 233 ng/ml, creatinina de 0,9 mg/dl, proteínas de 6,1 g/dl, AST de 21 U/l y urinali-sis con 4-6 leucocitos por campo. Los hemo-cultivos fueron negativos y en el urinocultivo creció *Enterococcus faecalis*. La tomografía computarizada toracoabdominal fue normal.

Durante su ingreso se constataron fiebre diaria y tos persistente a lo largo del día, que impedía el descanso nocturno y respondía escasamente al dextrometorfano. La fiebre no cedió con ceftriaxona intravenosa durante 5 días, considerándose que el urinocultivo positivo reflejaba una bacteriuria asintomática. Se efectuó una biopsia temporal que fue diagnós-tica de ACG. Después de instaurar tratamien-to con 40 mg diarios de prednisona la fiebre desapareció en 24 h y la tos en pocos días. En la actualidad, transcurridos 5 meses desde el diagnóstico, la paciente continúa asintomática con una dosis de 5 mg de prednisona al día.

La ACG es la vasculitis sistémica más fre-cuente en países occidentales. La incidencia anual en nuestro medio para una población de más de 50 años es de 10,24 casos por 100.000 habitantes². Sus manifestaciones clínicas prin-cipales son la cefalea, síntomas generales, poli-mialgia, claudicación mandibular, fiebre y alteraciones visuales. En más de la mitad de los casos se detectan arterias temporales anor-males en la exploración física y la elevación

de la VSG es casi constante, siendo inferior a 50 mm/h en sólo el 4% de los pacientes³. La tos irritativa, resistente al tratamiento sinto-mático, es una manifestación atípica descrita sólo de forma ocasional⁴. No obstante, en un estudio reciente la tos crónica con radiografía de tórax normal fue la manifestación inicial en 21 (8%) de 260 pacientes con ACG, origi-nando un retraso medio en el diagnóstico de esta enfermedad de tres meses⁵. La tos que acompaña a la ACG puede asociarse con dor-lor faríngeo o ronquera y, característicamente, responde con rapidez al tratamiento con corti-coides, al igual que los síntomas típicos de la enfermedad. El mecanismo de la tos en la ACG es desconocido, aunque se han propues-to diversas hipótesis: formación de granulo-mas en la pared bronquial con vasculitis pul-monar⁴, alveolitis linfocitaria⁶ o vasculitis de la arteria maxilar interna, encargada de la irri-gación de parte de la faringe⁵. En el caso ex-puesto, no se efectuaron pruebas de provoca-ción bronquial por la baja sospecha clínica de asma. La ausencia de síntomas asmáticos des-pués de rebajar la dosis de corticoide también apoya la impresión de que la tos probable-mente se debía a una ACG. En resumen, el clínico debe considerar la posibilidad de una ACG en todo paciente mayor con tos inexplica-da, especialmente si se acompaña de fiebre o de datos biológicos de inflamación crónica¹.

J.M. Porcel-Pérez y A. Ruiz-González
Servicio de Medicina Interna. Hospital
Universitario Arnau de Vilanova.
Lleida. España.

1. De Diego A, Plaza V, Garriges V, Izquierdo IL, López A, Mullol J, et al. Tos crónica. Arch Bronconeumol 2002;38:236-45.
2. González-Gay MA, García-Porrúa C, Rivas MJ, Rodríguez-Ledo P, Llorca J. Epidemiology of biopsy proven giant cell arteritis in northwestern Spain: trend over an 18 year period. Ann Rheum Dis 2001;60: 367-71.
3. Martínez-Taboada VM, Blanco R, Armona J, Uriarte E, Figueroa M, González-Gay MA, et al. Giant cell arteritis with an erythrocyte sedimentation rate lower than 50. Clin Rheumatol 2000;19:73-5.
4. Olopade CO, Sekosan M, Schraufnagel DE. Giant cell arteritis manifesting as chronic cough and fever of unknown origin. Mayo Clin Proc 1997;72:1048-50.
5. Becourt-Verlomme C, Barouky R, Alexandre C, Gonthier R, Laurent H, Vital Durand D, et al. Symptômes inauguraux de la maladie de Horton sur une série de 260 patients. Rev Méd Interne 2001;22:631-7.
6. Blockmans D, Knockaert D, Bobbaers H. Giant cell arteritis can be associated with T4-lymphocytic alveolitis. Clin Rheumatol 1999; 18:330-3.