

Tosse Crônica

Dra Neiva Damasceno

Chefe do Serviço de Pneumologia Pediátrica da Santa Casa de São Paulo

Tosse é o sintoma mais comum em pacientes que se apresentam para consulta médica.

A presença de tosse diária e com duração superior a quatro semanas é definida como tosse crônica. É importante diferenciar da tosse recorrente que é a persistência da tosse além de limites esperados como normais.

A frequência de doença respiratória aguda (DRA) é idade e em menor extensão sexo dependente. O número de episódios de DRA por ano é cerca de seis nas crianças com um ano de idade e reduzem-se para 1 a 2 nas crianças com seis anos de idade. Estes episódios se resolvem comumente dentro de duas semanas nas crianças saudáveis. A tosse relacionada a uma infecção aguda do trato respiratório inferior resolve-se dentro de 1 a 3 semanas na maioria das crianças.

Tosse pós-viral é um termo que se refere à persistência da tosse após uma infecção viral aguda. Quando uma criança não se recuperou completamente da tosse relacionada à infecção do trato respiratório inferior (ITRI) e adquire um episódio subsequente de infecção, a tosse pode parecer prolongada.

Vírus sincicial respiratório, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* podem causar hiperreatividade aérea transitória e inflamação aérea que persistem após as infecções.

Na avaliação clínica da tosse crônica deve-se questionar sobre: Idade do início dos sintomas, qualidade da tosse, desencadeantes, periodicidade e horário manifestações associadas como a presença de sibilos.

O som de uma tosse é devido à vibração das grandes vias aéreas e estruturas laríngeas durante o fluxo aéreo turbulento na expiração.

Na prática clínica, as crianças pequenas raramente expectoram escarro mesmo quando existe secreção na via aérea inferior. Por isto, o termo tosse úmida é preferível ao de tosse produtiva.

A presença de uma tosse úmida indica a existência de muco excessivo na via aérea. As propriedades reológicas do muco aéreo também influenciam o som da tosse e não se sabe como as secreções nas pequenas vias aéreas influenciam o som da tosse. Também, não se sabe se o som de tosse úmida está relacionado ao desprendimento das secreções das paredes das vias aéreas. É provável, que seja necessária a presença do muco nas grandes vias aéreas para que cause diferença detectável na qualidade da tosse.

A presença de tosse úmida é o instrumento de triagem mais sensível na avaliação se uma criança com tosse crônica tem uma causa específica, embora, a especificidade seja baixa.

Na ausência de indicadores específicos na história clínica e exame físico a tosse é denominada "não específica". Na tosse não específica, a etiologia é mal definida e tem se especulado que a maioria dos casos está relacionada à tosse pós-viral e/ou aumento da sensibilidade dos receptores da tosse.

A presença de tosse úmida ou produtiva com mais de quatro semanas de duração, ausência de sinais ou sintomas (i, e, marcadores de tosse específica) sugestivos de outras causas de tosse úmida sugere uma bronquite bacteriana protraída (BBP). A radiografia de tórax é normal ou com espessamento do interstício peri-brônquico. A maioria das BBP ocorre no pré-escolar com predominância do sexo masculino e é mais comum em crianças de creche. A tosse se resolve com um curso de 2 a 4 semanas de antibiótico oral apropriado. Estudos de microbiologia na BBP revelaram infecção bacteriana com *H. Influenzae*, *M. Catarralis*, e/ou *S.pneumoniae*.

Crianças com tosse crônica necessitam ser cuidadosamente avaliadas na história e exame físico para sinais e sintomas de uma doença respiratória subjacente ou sistêmica.

Causas específicas de tosse crônica

Tosse úmida ou produtiva diária	Doença pulmonar supurativa; Bronquite bacteriana protraída
Ausculta pulmonar anormal	Sibilos-obstrução da via aérea intratorácica (asma, traqueomalácia, secreções, compressão por anomalias vasculares, etc.), crepitação; qualquer lesão aérea causando estase de secreção na via aérea ou doença do parênquima como doença intersticial.
Pneumonias recorrentes	Imunodeficiência, anomalias pulmonares congênitas, doença pulmonar supurativa, fistula traqueoesofágica em H, infecções atípicas.
Deformidade da parede torácica	Doenças obstrutivas de vias aéreas e perdas de volumes pulmonares
Baqueteamento digital	Doenças pulmonares supurativas, principalmente fibrose cística.
Hemoptise	Bronquiectasias, anomalias vasculares
Dispnéia em repouso ou com exercício	Doenças das vias aéreas ou parenquimatosas
Cianose/hipoxemia	Doenças das vias aéreas ou parenquimatosas
Dor torácica	Asma, arritmias
Anormalidade cardíaca	Insuficiência cardíaca, cardiopatias com hiperfluxo pulmonar e outras anomalias que causem compressão das vias aéreas
Falência do desenvolvimento	Doença sistêmica grave com comprometimento pulmonar (fibrose cística)
Dificuldades na alimentação	Doença sistêmica grave incluindo doença pulmonar (aspiração)
Imunodeficiências	Doença pulmonar supurativa ou infecções atípicas

Comumente, a avaliação inicial da radiografia de tórax com incidência pósterio-anterior e perfil pode mostrar anormalidades que orientam para uma causa específica da tosse crônica.

A investigação e sua profundidade dependem dos achados específicos que podem orientar para os principais prováveis diagnósticos.

Embora algumas tosses sejam reconhecidas pelo pediatra como “clássica ou típica”, a maioria das características destas tosses não foi formalmente examinada (sensibilidade e especificidade são indefinidas). A tosse ladrante ou metálica é associada a laringites e traqueomalácia, a tosse em paroxismos, com ou sem guincho é associada à pertussis e parapertussis. Estes eventos também são referidos como “pertussóides ou coqueluchóides” em infecções por Chlamydia em lactentes.

Tosse estridente, um som que lembra um grasnado ou uma “buzina” e que não é observada durante o sono da criança é associada à tosse psicogênica.

Tosse alérgica é uma condição pobremente definida e provavelmente representa uma sobreposição com asma, rinite alérgica e hipertrofia de adenoides e tonsilas.

Em crianças, embora a descarga nasal e tosse tenham sido relatadas como os dois sintomas mais proeminentes na sinusite crônica, a evidência de causa e efeito é menos convincente que em adultos. Radiografias anormais dos seios paranasais podem ser encontradas em 18 a 82 % de crianças assintomáticas.

Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é infreqüentemente a única causa de tosse isolada em crianças, em contraste a dados de adultos onde RGE é uma causa freqüente de tosse crônica.

A tuberculose tem ainda, alta incidência, principalmente nos países em desenvolvimento e, comumente apresenta sintomas associados, porém, inicialmente pode ser confundida com uma tosse pós- infecciosa.

Estudos clínicos e epidemiológicos mostram íntima relação entre tosse na infância e exposição à fumaça de tabaco. Também, exposição à fumaça da combustão domiciliar de biomassa e outros poluentes ambientais (material particulado, dióxido de nitrogênio, etc.) aumenta a suscetibilidade às infecções respiratórias.

Tosse crônica pode ser um efeito colateral do uso de inibidores da ECA (enzima conversora da angiotensina) e, também, ocorrer logo após a inalação de medicamentos para asma e se resolvem com a suspensão dos mesmos.

Tosse também pode ocorrer como um hábito, um “tic” ou psicogênica e a distinção entre estas categorias não é clara.

Tosse otogênica, decorrente da estimulação de um ramo auricular do nervo vago, presente em aproximadamente 2,3 a 4% das pessoas é raramente relatada em crianças.

Embora, na aspiração de corpo estranho as manifestações sejam comumente agudas, ela pode não ser presenciada ou não ter sido diagnosticada na radiografia de tórax se realizada precocemente e esta hipótese deve ser rigorosamente avaliada na história clínica de tosse crônica, principalmente se associada a outros sintomas como diminuição dos sons respiratórios e sibilos. Em geral, nestes casos, a radiografia de tórax apresenta atelectasia e/ou hiperinsuflação do pulmão afetado.

A tomografia computadorizada (CT) de toráx e seios da face é o padrão ouro corrente para avaliação da integridade estrutural das vias aéreas e a CT de tórax, um exame mais sensível que os índices de espirometria. A investigação deve ser orientada pelas hipóteses diagnósticas.

Há pouca evidência para usar medicações sintomáticas para o alívio da tosse.

Deve-se orientar quanto à exposição a poluentes ambientais e fumaça de tabaco; para a manutenção das vias aéreas superiores permeáveis com lavagem nasal com solução fisiológica eumidificação do ambiente em situações de baixa umidade relativa do ar.

O uso de antimicrobianos deve ser orientado pelo diagnóstico específico da tosse crônica, se ela possui uma etiologia bacteriana ou a doença subjacente é associada com infecção bacteriana como na bronquite crônica protraída, doenças pulmonares supurativas e deficiências imunológicas.

A eficácia de agentes anti-histamínicos em aliviar a tosse é mínima, se alguma.

Também, não há evidência para suportar o uso de β_2 , de agentes anticolinérgicos e/ou corticosteroides inalatórios para o tratamento de tosse crônica inespecífica em crianças sem nenhuma evidência de obstrução aérea..

Tosse crônica em crianças pode ser representativa de uma simples tosse que se resolve espontaneamente ou uma desordem grave específica. Estratégias preventivas para tosse crônica em crianças incluem redução da exposição a agentes infecciosos, o uso de antibióticos adequados, imunização e fácil acesso a sistema de saúde.

