

Resumos Clínicos - Tosse Crônica

Introdução

Tosse é o sintoma respiratório mais comum no atendimento da Atenção Primária a Saúde. É um mecanismo de defesa com função de eliminar materiais inalados e retirar excesso de muco.

Classificação

A tosse é classificada em três categorias: aguda, subaguda e crônica.

Tosse aguda: autolimitada. Duração menor do que três semanas.

Causas comuns: infecção de via área superior, DPOC, Asma, insuficiência cardíaca crônica, exposição ambiental e ocupacional.

Tosse subaguda: duração entre três a oito semanas.

Causas comuns: tosse pós-infecciosa. Considerar também doença do refluxo Gastroesofágico (DRGE) e síndrome da tosse de vias aéreas superiores (STVAS).

Tosse crônica: duração maior do que oito semanas.

Causas comuns: STVAS, asma, DRGE, Bronquite Crônica, tabagismo ativo, uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA).

Outras causas a serem consideradas na tosse crônica: tuberculose, neoplasia pulmonar ou laringe, inalação de corpo estranho, bronquite eosinofílica, bronquiectasias, doenças intersticiais e tosse psicogênica.

Avaliação das principais causas de tosse crônica

A investigação inicial deve ser voltada para a principal suspeita clínica obtida a partir da anamnese e exame físico do paciente. Lembrar que pacientes imunossuprimidos, tabagistas ou com sinais de alerta para neoplasia (hemoptise, emagrecimento) devem ser investigados com maior brevidade.

Síndrome da tosse de vias aéreas superiores (STVAS)

Antigamente denominada “Síndrome do Gotejamento Pós-Nasal” é a principal causa de tosse crônica e tem como principais etiologias: rinite (alérgica, não alérgica e vasomotora) e sinusite crônica. A suspeita do diagnóstico é feita pela presença de sensação de gotejamento de secreções na faringe (gota pós-nasal), rinorreia e pigarro. Não há exame definitivo, sendo o diagnóstico sugestivo por quadro clínico e resposta ao tratamento.

Asma

Segunda causa mais comum de tosse crônica em adultos, portanto sempre deve ser considerada. A tosse pode ser a única manifestação da asma (“tosse variante da asma”), porém a suspeita aumenta quando o paciente apresenta outras manifestações de atopia (rinite alérgica, dermatite atópica), sintomas episódicos ou desencadeados por exercícios/frio/emoções, presença de dispneia e sibilância, história familiar de asma. Solicitar espirometria para confirmar diagnóstico e proceder a tratamento adequado.

Doença do Refluxo Gastroesofágico

Causa bastante comum com prevalência variável de 5 a 40% conforme estudo. Pacientes apresentam pirose ou gosto amargo na boca. A tosse ocorre especialmente após as refeições ou ao deitar-se. Porém esses sintomas não ocorrem em 40% dos pacientes, sendo o diagnóstico confirmado após teste terapêutico.

Tabagismo

Provoca tosse como resposta inflamatória normal a inalação da fumaça. O sintoma cessa após cerca de quatro semanas sem o tabaco. Pacientes tabagistas devem ser investigados com raio x de tórax (descartar carcinoma broncogênico) e espirometria (investigar Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica). Nos pacientes com bronquite crônica, a tosse pode persistir após cessar o tabagismo, porém a medida tem grande impacto na evolução da doença.

Bronquite Crônica

Tosse crônica produtiva diária por pelo menos três meses e por dois anos consecutivos. O diagnóstico de bronquite crônica deve ser cogitado sempre que paciente for tabagista, especialmente se apresentar dispneia progressiva. Solicitar raio-x de tórax (excluir infecções ou neoplasia) e espirometria, para confirmar o diagnóstico.

Tosse por IECA

Incidência varia de 5 a 35%. Geralmente ocorre na primeira semana de uso, porém pode levar mais de seis meses para provocar o sintoma. Não é dose dependente e a cessação da tosse ocorre em período de até quatro semanas após a suspensão da medicação.

Tuberculose

Possibilidade deve ser excluída nos casos de tosse e expectoração por mais de três semanas, especialmente em regiões com alta prevalência de tuberculose. Solicitar raio x de tórax e duas amostras de baciloscopia de escarro.

Neoplasia

Pacientes com sinais de alerta, como hemoptise, emagrecimento e/ou tabagismo, devem iniciar investigação com raio x de tórax para excluir neoplasia brônquica.

Tratamento

Tratamento varia de acordo com o principal diagnóstico suspeito. Porém, quando o paciente não apresenta um quadro clínico específico sugestivo pode-se iniciar tratamento empírico sequencial para as causas mais frequentes (tratar empiricamente STVAS e na persistência do sintoma, tratar empiricamente para DRGE e/ou investigar asma por meio de espirometria).

- 1. STVAS:** tratamento empírico para rinite com corticoide inalatório (equivalentes em eficácia). Efeito máximo observado em duas semanas. Se paciente responder ao tratamento, mantém-se a medicação por cerca de três meses. Na ausência de resposta após esse período, diagnóstico improvável.

Posologia dos principais corticoides inalatórios:

- Beclometasona 50 mcg: 1 a 2 jatos em cada narina a cada 12 horas,
- Budesonida 50 mcg: 1 jato em cada narina 1 vez ao dia,
- Fluticasona: 2 jatos 1 vez ao dia
- Mometasona: 2 jatos 1 vez ao dia

2. DRGE: tratamento por cerca de um a dois meses com:

- mudanças do estilo de vida (controle do peso, cessar tabagismo, evitar refeições copiosas e deitar-se após as refeições),
- dieta anti-refluxo (evitar álcool, café, chocolate, alimentos gorduroso/frituras, ingestão alimentar em grande quantidade) e,
- inibidor de bomba de prótons (omeprazol 40 mg, 30 minutos antes do café da manhã).

3. Asma: preferencialmente, realizar espirometria antes do tratamento. Se não for possível, realizar teste terapêutico com corticoide inalatório em baixa dose e broncodilatador (se necessário).

Quadro 1 – Corticoide Inalatório (CI)

Apresentação	Dose Baixa	Dose Média	Dose Alta	Intervalo
Beclometasona (spray oral 250 mcg/jato)	200 a 500/dia	> 500 a 1000/dia	> 1000 a 2000/dia	12 horas
Budesonida (spray oral, cápsula ou pó inalante com 200 mcg/dose)	200 a 400/dia	> 400 a 800/dia	> 800 a 1600/dia	12 horas

Fonte: DUNCAN (2014).

Na ausência de resposta satisfatória a um dos tratamentos, pode-se mantê-lo e associar tratamento para a segunda condição mais provável.

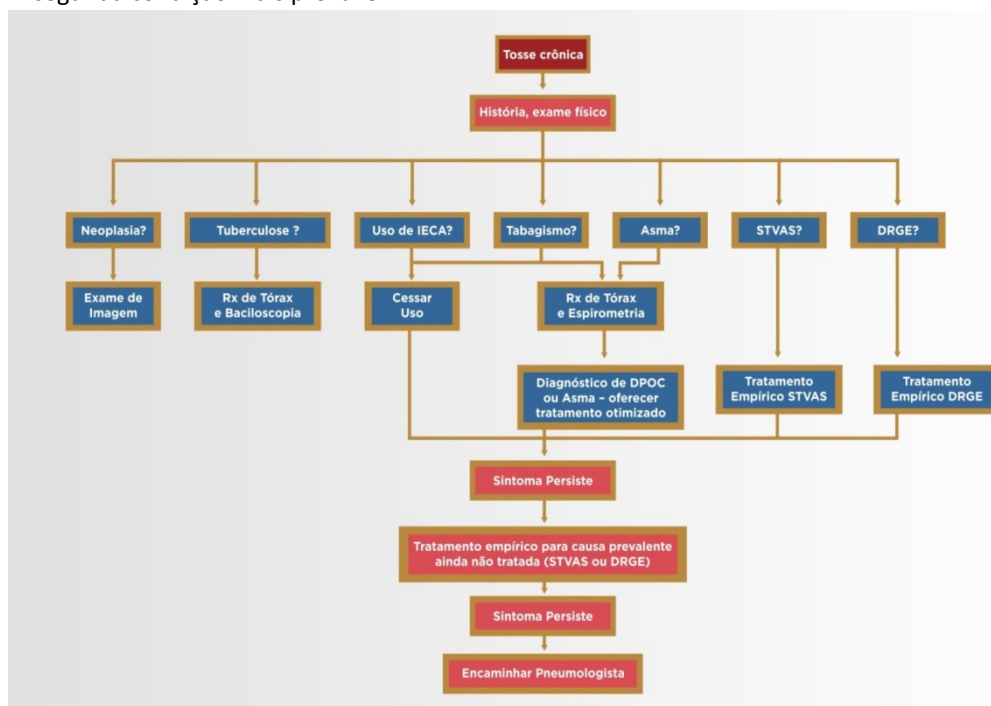


Figura 1 - Fluxograma para avaliação da tosse crônica

Quando encaminhar para o pneumologista

- Pacientes com tosse crônica, após investigação inconclusiva na APS e ausência de resposta ao tratamento empírico para as causas mais comuns (doença das vias aéreas superiores, doença do refluxo gastroesofágico, asma, DPOC).

** Paciente com suspeita de tuberculose deve ser avaliado em serviço de fisiologia de referência.*

Quando encaminhar para ao cirurgião torácico

- Paciente com tosse ou dispneia e suspeita de neoplasia por alteração em exame de imagem de tórax.

Referências

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FISHMAN, A.; ELIAS, Jack A. **Fishman's pulmonary diseases and disorders**. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 2008.

JACOMELLI, M; SOUZA, R.; PEDREIRA JÚNIOR, W. L. Abordagem diagnóstica da tosse crônica em pacientes não-tabagistas. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 413-20, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862003000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Maio 2015.

PEREIRA, C. A. C; HOLANDA, M. A. **Medicina respiratória**. São Paulo: Atheneu, 2013.

PRATTER, M. R. Overview of common causes of chronic cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. **CHEST**, Chicago, v. 129, supl. 1, 59s-62s, 2006.

SILVESTRI, R. C.; WEINBERGER, S. E. **Evaluation of subacute and chronic cough in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-subacute-and-chronic-cough-in-adults>>. Acesso em: 02 de março de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 32, supl. 6, p. s403-s446, 2006. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_suplemento.asp?id=25>. Acesso em: 20 mar. 2015.

WEINBERGER, S. E; SILVESTRI, R. C. **Treatment of subacute and chronic cough in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-subacute-and-chronic-cough-in-adults>>. Acesso em: 03 de março de 2015.