

PERSPECTIVAS

Homem de 54 anos com tosse crônica

Cenário clínico

Um homem de 54 anos de idade vai à consulta médica por apresentar tosse de longa duração: sua mulher o incentivou a procurar o médico porque estava cansada de ouvi-lo tossir o tempo todo. Ele não sabe precisar quando a tosse começou, mas deve ser “há quase um ano”. Ele já consultou seu clínico geral a respeito da tosse três vezes. Há oito meses apresentou tosse “vinda do peito” associada a doença febril e infecção do trato respiratório superior; recebeu prescrição de um ciclo de antibióticos, que considera ter melhorado discretamente a tosse, embora esta não remitisse plenamente. Duas consultas subsequentes resultaram em novo ciclo de antibióticos e um teste terapêutico com salbutamol em inalador: nenhum dos dois tratamentos parece ter feito diferença alguma. As anotações clínicas do prontuário registram “pulmões limpos” em todas essas consultas. Ele descreve a si mesmo como “geralmente bem”, embora venha sentindo cansaço recentemente, o que atribui às longas horas de trabalho. Fumou por cerca de 15 anos, mas deixou de fumar aos trinta e poucos anos.

PERSPECTIVA

Perspectiva do atendimento primário no Canadá

*Alan Kaplan^a^a Grupo de Vias Aéreas dos Médicos de Família do Canadá, Richmond Hill, Ontário, Canadá

Este homem de 54 anos procurou atendimento médico para a sua tosse pela quarta vez. Eu o submeterei a um algoritmo diagnóstico para tosse crônica, começando pelas importantes medidas de anamnese e exame físico, e consideraria possíveis exames laboratoriais. Testes terapêuticos empíricos são frequentemente necessários para os pacientes atendidos no consultório enquanto aguardam-se os resultados dos exames laboratoriais,¹ pois a tosse crônica pode afetar gravemente a qualidade de vida.²

Anamnese

Eu procuraria identificar quais riscos para doenças respiratórias o paciente poderia apresentar, como o consumo total de cigarros em maços-anos, o uso de *cannabis*,³ a exposição ocupacional, a exposição a infecções (o paciente teria filhos ou netos frequentando uma creche?), fatores de risco cardíaco e antecedentes familiares. Sintomas específicos que possam sugerir a consideração de doenças diferentes incluiriam sintomas de dispneia, dor torácica, febre, sudorese noturna, perda de peso, hemoptise, sintomas de refluxo, pigarro, sintomas nasais, ronco, corrimento nasal posterior, congestão nasal ou rinorreia, perda do olfato ou engasgos. A história médica é de crítica importância [veja abaixo a perspectiva de Medford].

Uma teoria é que a tosse seria em geral devida à hipersensibilidade, que pode ser provocada por muitos fatores. O questionário de Hull para Hipersensibilidade da Tosse (disponível no *web-site* <http://www.issc.info/HullCoughHypersensitivityQuestionnaire.html>) pode ser útil nessa condição.

Exame físico

Mais uma vez, eu procuraria indícios que pudessem indicar um diagnóstico diferencial: sinais vitais, exame torácico e nasal, exame cardiovascular, presença de dedos em baqueta ou palidez, sinais de faringite e saturação de oxigênio.

A doença do refluxo gastroesofágico,⁴ inclusive o refluxo gasoso não ácido,⁵ a síndrome do gotejamento pós-nasal/das vias aéreas superiores⁶ e a asma⁷ são de longe as causas mais comuns de tosse crônica. Contudo, outras doenças pulmonares a considerar incluiriam a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), o câncer pulmonar,¹¹ a bronquite crônica,⁸ a bronquiectasia,⁹ a bronquite eosinofílica, infecções crônicas como a tuberculose ou a aspergilose, inalação de corpos estranhos, doenças pulmonares intersticiais¹⁰ ou sarcoidose. Causas cardíacas como a insuficiência cardíaca congestiva, anormalidades valvulares ou arritmias devem ser levadas em conta.¹² É possível chegar à maioria desses diagnósticos com poucos exames simples, que podem ser feitos no consultório do médico de atendimento primário.

Exames laboratoriais

Dependendo das informações colhidas na anamnese e no exame físico, eu solicitaria exames para confirmar ou refutar os diagnósticos diferenciais relevantes. Assumindo-se que o paciente não esteja utilizando um inibidor da enzima conversora da angiotensina (ECA), uma radiografia torácica e uma espirometria seriam razoáveis como primeira etapa.¹³ Se houvesse suspeita de bronquiectasia ou doença pulmonar intersticial, eu consideraria

* **Correspondência:** Dr Alan Kaplan, Family Physician Airways Group of Canada, Richmond Hill, Ontario, Canada.
Tel: +1 905 883 1100 Fax: +1 905 884 1195 E-mail: for4kids@gmail.com

um exame de tomografia computadorizada (TC) do tórax. Uma radiografia ou, preferencialmente, uma TC dos seios da face poderia ajudar no diagnóstico de sinusite crônica. Pode-se realizar uma ecocardiografia se houver suspeita de insuficiência cardíaca ou doença valvular. A tuberculose (TB) é mais comum nos países de renda baixa e média [veja abaixo a perspectiva de Stacul-Fiori], mas é importante não deixar de detectá-la quando esta ocorre em países desenvolvidos. No Canadá houve 1.577 relatos de casos novos e de retreinamento da TB em 2010, o que corresponde a um índice de incidência de 4,6 por 100.000 habitantes, valor mais baixo desde 1924.¹⁴

Manejo subsequente e tratamento empírico

A radiografia torácica normal descarta muitas causas respiratórias, e a espirometria normal descarta a DPOC,¹⁵ mas não permite descartar a bronquite crônica. A asma parece ser menos provável nesse paciente, considerando-se o teste terapêutico negativo com o salbutamol, mas poderia ser confirmada com uma espirometria pré e pós-broncodilatador. Se a dúvida persistir, o encaminhamento para uma estimulação com metacolina poderia elucidar um eventual diagnóstico de asma.

Se os sintomas apontarem para o refluxo gastroesofágico, um teste empírico com um inibidor da bomba de prótons duas vezes ao dia para o refluxo ácido, ou com um procinético (metoclopramida ou domperidona) para o refluxo gasoso, constitui uma abordagem prática no atendimento primário. É preciso explicar aos pacientes que pode ser necessário estender o tratamento por vários meses até que se obtenha um efeito – e que, infelizmente, a falha terapêutica não permite descartar o refluxo [veja abaixo a perspectiva de McGarvey]. Se o diagnóstico ainda gerar dúvidas, o encaminhamento a uma endoscopia contrastada com bário ou outros exames seriam uma possibilidade.

O encaminhamento a um pneumologista para outras investigações, como a broncoscopia, deve ser levado em conta se o diagnóstico continuar incerto ou se surgirem “sinais de alerta”, como hemoptise, perda de peso, dedos em baqueta, sibilos unilaterais, sudorese noturna ou dor torácica. Se o diagnóstico não for confirmado ou não houver resposta ao tratamento, seria possível considerar a tosse psicogênica ou habitual e, com relutância, mesmo o diagnóstico de “tosse inexplicada”.¹⁶

Nesse meio-tempo, os pacientes frequentemente requerem tratamento empírico para alívio dos seus sintomas. Supressores da tosse raramente são úteis isoladamente.¹⁷ Sem outros indícios, os tratamentos empíricos mais comuns seriam a lavagem nasal com solução salina e o uso de esteroides nasais para a síndrome do gotejamento pós-nasal.¹⁸

Editora executiva Hilary Pincock

Conflitos de interesses O autor declara não possuir conflitos de interesses em relação a este artigo.

Referências

1. Irwin RS, Baumann MH, Boulet L-P *et al.* Diagnosis and management of cough: Executive summary. ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(Suppl 1):1S-23S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.1S
2. Shirai T, Mikamo M, Shishido Y, *et al.* Impaired cough-related quality of life in patients with controlled asthma with gastroesophageal reflux disease. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012;**108**:379-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anaai.2012.02.007>
3. Davis GP, Gunderson EW. Evaluation of chronic cough should consider cannabis use. *Am Fam Physician* 2012;**85**:680
4. Irwin RS. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease: ACCP evidencebased clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):80S-94S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.80S
5. Morice AH, McGarvey L, Pavord I. Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax* 2006;**61**(suppl 1):i1-i24. <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2006.065144>
6. Pratter MR. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):63S-71S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.63S
7. Dicipinigitis PV. Chronic cough due to asthma: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):75S-79S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.75S
8. Braman SS. Chronic cough due to chronic bronchitis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):104S-115S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.104S
9. Rosen MJ. Chronic cough due to bronchiectasis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):122S-31S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.122S
10. Brown KK. Chronic cough due to chronic interstitial pulmonary diseases: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):180S-185S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.180S
11. Kvale PA. Chronic cough due to lung tumors: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):147S-153S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.147S
12. Prakash UB. Uncommon causes of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):206S-219S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.206S
13. Madison JM, Irwin RS. Cough: a worldwide problem. *Otolaryngol Clin North Am* 2010;**43**:1-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2009.11.001>
14. Public Health Agency of Canada. Tuberculosis in Canada 2010. Available from www.publichealth.gc.ca (accessed June 2012)
15. Schermer TRJ, Quanjer PH. COPD screening in primary care: who is sick? *Prim Care Respir J* 2007;**16**(1):49-53. <http://dx.doi.org/10.3132/pcrj.2007.0>
16. Pratter MR. Unexplained (idiopathic) cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):220S-221S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.220S
17. Bolser DC. Cough suppressant and pharmacologic protussive therapy: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):238S-249S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.238S
18. Pratter MR. Overview of common causes of chronic cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):59S-6. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.59S

Artigo comissionado; revisão por pares feita externamente; recebido em 14 de maio de 2012; aceito em 31 de julho de 2012; publicado on-line em 30 de agosto de 2012

© 2012 Primary Care Respiratory Society UK. Todos os direitos reservados. A Kaplan. *Prim Care Respir J* 2012;**21**(3):342-343. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00075>

PERSPECTIVA

Perspectiva do atendimento primário na Argentina

*Laura Stacul-Fiori^a^a Médica de Família e Especialista em Medicina Social e Comunitária, Departamento de Saúde Comunitária – Coordenação dos Centros de Atendimento Primário, Corrientes, Argentina

A minha primeira consideração ao ouvir a história desse homem é que, como ele deixou de fumar há cerca de 20 anos, seria improvável que a sua tosse, que se iniciou apenas há um ano, estivesse ligada ao hábito de fumar. O tratamento com antibióticos não produziu diferença substancial no seu sintoma, portanto parece improvável que uma infecção respiratória aguda seja a causa. A descrição do cenário do caso refere uma fadiga, pela qual o paciente culpa a pesada carga de trabalho, mas que pode ser exacerbada por distúrbios do sono, em decorrência da presença da tosse. Seria importante perguntar mais sobre o seu bem-estar, pois uma perda de peso e o comprometimento do estado geral de saúde apontariam para causas como uma infecção crônica ou condições tóxicas, relativamente comuns na minha prática clínica.

Anamnese

Eu começaria por uma anamnese para colher as informações necessárias para fazer o diagnóstico.¹⁻³ Eu faria algumas perguntas específicas sobre as características da tosse: é seca ou produtiva, teve início súbito ou gradual, o que a faz melhorar ou piorar (ar frio, caminhar, comer, deitar, exercícios), ela piora em momentos diferentes do dia ou da noite? Antecedentes pessoais ou familiares de condições alérgicas poderiam sugerir o diagnóstico de asma,⁴ embora a história sugira que o paciente não percebeu nenhum benefício com o uso de salbutamol.⁵⁻⁷ Eu verificaria se o paciente está tomando alguma medicação, como β-bloqueadores ou inibidores da ECA [veja abaixo a perspectiva de Medford], se ele apresenta um gotejamento pós-nasal, se há sinais ou sintomas que possam sugerir insuficiência cardíaca ou refluxo gastroesofágico como causa da tosse, lembrando que pode haver mais de uma causa para essa tosse crônica.³

Tuberculose

Na Argentina, a incidência de tuberculose (TB) é de cerca de 11.000 novos casos por ano,⁸ mais comumente em homens jovens e concentrada nas províncias (como Corrientes, onde eu trabalho) com índices mais altos de pobreza. Nos primeiros seis meses de 2012, diagnosticamos 274 novos casos de TB: dos quatro casos diagnosticados em junho, um homem de 24 anos de idade recebeu também o diagnóstico de infecção pelo HIV. A porcentagem de coinfeção pelo HIV-AIDS continua entre 5% e 5,5% na Argentina.⁹

No nosso caso, o paciente queixa-se de fadiga e se eu considerasse que a TB pode ser a causa da tosse crônica, eu o questionaria a respeito de outros sintomas, como febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, fraqueza, expectoração e perda de peso.¹⁰ Todo paciente com sintomas respiratórios que apresente tosse e expectoração por mais de 15 dias deve ser investigado para se descartar

a TB, mas há pacientes que migram de um médico para outro, resultando em erros diagnósticos ou demoras no tratamento.

A confirmação do diagnóstico de HIV é relativamente fácil, mas a TB é mais complicada. Pode ser difícil obter uma amostra de escarro de um paciente mal nutrido, desidratado e pouco cooperativo, particularmente quando os testes diagnósticos não são realizados no Centro de Atendimento Primário. Para investigar um paciente com tosse produtiva, eu precisaria realizar dois esfregaços de escarro e uma radiografia do tórax. Não temos condições de analisar o esfregaço, nem temos radiografia no nosso centro, o que significa que o paciente teria que fazer duas visitas ao hospital. Ao custo de dois pesos argentinos cada bilhete, a despesa total das quatro viagens seria equivalente ao custo de 2 kg de pão. O atendimento primário não recebe fundos diretamente dos Programas Nacionais de TB, somente a medicação para o seu tratamento.

Se a TB for confirmada, o paciente será encaminhado ao hospital para ser inscrito no Programa de TB e passar a receber a medicação; tratamento que pode ser monitorado no atendimento primário. Os Agentes de Saúde ou Promotores de Saúde que administram o DOTS (Tratamento Observado Diretamente, Ciclo Breve) realizam a sua tarefa essencial com admirável devoção, assumindo a corresponsabilidade com o paciente de assegurar a adesão ao tratamento.¹¹

Causas ambientais

As condições nas quais as pessoas vivem e trabalham podem ser importantes como causa da tosse.

A exposição ocupacional à poluição não é controlada na Argentina, especialmente em pequenas fábricas. Por exemplo, em alguns bairros pobres, as famílias têm instalado fornos de tijolos custeados pela municipalidade nos quintais de suas casas para obter uma renda suficiente para sua sobrevivência. Vemos cada vez mais pessoas sofrendo os efeitos da fumaça eliminada por esse tipo de “fábrica familiar”.^{12,13} São fatores de risco adicionais às famílias pobres com muitos filhos, condições de habitação precária, lares úmidos, sem aquecimento, pessoas sem cobertura do seguro social, altos índices de analfabetismo e alcoolismo. Geralmente são bairros periféricos com urbanização não planejada e saneamento precário – outra causa de poluição é a prática de incineração de pequenas pilhas de lixo no lado de fora de cada casa, pois não há coleta regular de lixo.

Exames laboratoriais, tratamento empírico e seguimento

No atendimento primário, eu providenciaria exames de sangue (por exemplo, para pesquisa de infecção ou eosinofilia) e uma radiografia do tórax para ajudar a diagnosticar condições como a TB, a

* **Correspondência:** Dr Laura Stacul Fiori, Family Physician and Specialist in Social and Community Medicine, Department of Community Health - Coordination of Primary Care Centres, Güemes 2080 CP:3400, Corrientes, Argentina.

Tel: +549-0379-154523231 Fax: +549-0379-4475116 E-mail: laurastaculfiiori@hotmail.com

doença pulmonar intersticial, o câncer pulmonar ou a insuficiência cardíaca. Se esses exames não confirmassem um diagnóstico específico que pudesse ser tratado, com base na história eu iniciaria um tratamento empírico para o gotejamento pós-nasal, o refluxo gastroesofágico¹⁴ ou a asma, e reavaliaria o paciente após quatro a seis semanas, para observar se teria havido melhora dos sintomas.¹⁵ Se o paciente não melhorasse e o diagnóstico ainda não tivesse sido esclarecido, eu o encaminharia ao pneumologista para outros exames, como uma espirometria ou uma broncoscopia.

O contexto do atendimento primário

Os Centros de Atendimento Primário oferecem consultas médicas e medicações gratuitamente, embora a demanda seja elevada. Os pacientes com seguro-saúde também utilizam esses serviços, aumentando o consumo de recursos. É necessário padronizar o uso de diretrizes clínicas no atendimento primário; embora existam diretrizes nacionais para o manejo da TB e da infecção HIV-TB,^{10,16} as diretrizes para asma e DPOC não são padronizadas, levando assim a uma considerável variação na prática clínica. Os profissionais de saúde são muitas vezes desviados do seu papel clínico, ao precisarem lidar com a privação e a situação econômica e psicossocial dos pacientes.¹³ O acesso aos serviços de saúde é aceitável, mas frequentemente as pessoas que mais necessitam de atendimento são aquelas que menos o procuram, e a equipe de saúde pode precisar sair em busca dessas pessoas.¹⁷

Editora executiva Hilary Pinnock

Conflitos de interesse A autora declara não possuir conflitos de interesses em relação a este artigo.

Referências

1. Irwin RS, Curley FJ, French CL. Chronic cough. The spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. *Am Rev Respir Dis* 1990;**141**:640-7. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm/141.3.640>
2. Irwin RS, Rosen JM, Braman SS. Cough: a comprehensive review. *Arch Intern Med* 1977;**137**:1186-91. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1977.03630210060019>
3. Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM et al. Managing Cough as a defense mechanism and as a symptom. A consensus panel report of the American College of Chest Physicians. *Chest* 1998;**114**:133-81. http://dx.doi.org/10.1378/chest.114.2_Supplement.1335

4. Strass MD, Arduso LRF, Crisci CD. Prevalencia de sensibilidad a aeroalergenos em pacientes con rinitis y/o asma en el sur de Misiones y noreste de Corrientes, Argentina. *Archivos Alerg Inmunol Clin* 2002;**33**:47-5.
5. British Thoracic Society/Scottish Intercollegiate Guideline Network. British Asthma Guidelines. *Thorax* 2008;**63**(Suppl 4):1-121. Updated June 2009 <http://www.brit-thoracic.org.uk> (accessed April 2010)
6. Global Initiative for Asthma (GINA). The Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Updated 2011. Available from: <http://www.ginasthma.org> (accessed July 2012)
7. Roncoroni AJ, Abbate E, Figueroa Casas JC, et al. Normas para el tratamiento del asma bronquial. *Medicina (Buenos Aires)* 1993;**53**:249-59.
8. US Global Health Policy. Data by Country: Argentina. Available from <http://globalhealth.kff.org> (accessed July 2012)
9. UNAIDS. AIDSinfo country factsheets available from <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/> (accessed July 2012)
10. Abbate EH, Palmero DJ, Castagnino J, et al. Tratamiento de la tuberculosis: Guía práctica elaborada por la Sección Tuberculosis, Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. *Medicina (B. Aires)* 2007;**67**:295-305.
11. World Health Organization. Implementing the Stop TB Strategy. A Handbook for National Tuberculosis Control Programmes. WGO; Geneva. 2008
12. Godoy Emilio. Latin America: Brick-Making Industry Confronts Its Climate Impacts. Inter Press Service News Agency available from <http://www.ipsnews.net/2011/03/latin-america-brick-making-industry-confronts-its-climate-impacts/>(accessed July 2012)
13. Guttikunda S. Impact Analysis of Brick Kilns on the Air Quality in Dhaka, Bangladesh. SIM-air working paper 21. 2009 <http://www.urbanemissions.info/sim-series-21.html> (accessed August 2012)
14. Marzo M, Alonso P, Bonfill X, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Gastroenterol Hepatol* 2002;**25**:85-110.
15. Baena EM, Rodríguez EP, Esteban JJ. Manual de Actuación en Patología Respiratoria. Available from <http://neumomadrid.org/images/upload/manual%20de%20actuaci%C3%B3n%20de%20patolog%C3%ADa%20respiratoria.pdf#page=89>. (accessed July 2012)
16. World Health Organization. Tuberculosis. available from <http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/> (accessed August 2012)
17. Hart T. The inverse care law. *Lancet* 1971;**1**:405-12. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)

Artigo comissionado; revisão por pares feita externamente; recebido em 2 de junho de 2012; aceito em 31 de julho de 2012; publicado on-line em 30 de agosto de 2012

© 2012 Primary Care Respiratory Society UK. Todos os direitos reservados. LS Fiori. *Prim Care Respir J* 2012;**21**(3):344-345. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00076>

PERSPECTIVA

Após o encaminhamento: perspectiva do atendimento secundário no Reino Unido

*Lorcan McGarvey^a

^a Centro de Infecção e Imunidade, Edifício de Ciências da Saúde, Queens University Belfast, Belfast, Reino Unido

A tosse crônica não é um problema trivial e, na época em que é encaminhado a uma clínica especializada em tosse, o paciente (e seus familiares) provavelmente está completamente farto dessa condição! Sabemos que a tosse persistente compromete adversamente a qualidade de vida,¹ e uma proporção significativa dos pacientes encaminhados às clínicas especializadas apresenta níveis mensurá-

veis de psicomorbidade.² Embora as mulheres sejam mais de dois terços dos pacientes encaminhados para orientação especializada, o cenário clínico descrito neste caso não é totalmente atípico. É importante perguntar diretamente sobre a ocorrência de incontinência urinária durante os acessos de tosse, pois essa informação nem sempre é referida pelo paciente voluntariamente.

* **Correspondência:** Dr Lorcan McGarvey, Centre for Infection and Immunity, Health Sciences Building, Queens University Belfast, Lisburn Road, Belfast, BT9 7BL, UK. Tel: +44 2890972699 Fax: +44 2890972671 E-mail: l.mcgarvey@qub.ac.uk

Abordagem sistemática

A abordagem recomendada para o manejo da tosse crônica é avaliar cada caso sistematicamente, iniciando-se pela anamnese e pelo exame físico e revisando-se os exames iniciais. No mínimo, deve-se realizar uma radiografia torácica e uma espirometria e, em muitos países, esses exames podem ser feitos no atendimento primário [veja acima a perspectiva de Kaplan], seguidos por testes diagnósticos adicionais (nem sempre disponíveis no atendimento primário) e testes terapêuticos baseados nos aspectos clínicos do caso.³⁻⁵

Embora comumente se alegue que a história clínica fornece poucas informações diagnósticas, na minha experiência ao longo dos anos uma história cuidadosamente colhida é inestimável. Simplesmente pedir que o paciente descreva a sua tosse já é útil; estabelecer se o paciente está de fato tossindo ou “limpando a garganta”, por exemplo, é importante. No caso descrito acima, com antecedentes de tabagismo, é provável que a bronquite crônica e o câncer pulmonar tenham sido cuidadosamente considerados no atendimento primário. Ainda assim, o valor de corte do exame broncoscópico em um fumante com radiografia torácica normal e tosse persistente é baixo. Outros aspectos relativamente óbvios na história, como a tosse diária produtiva ou o grande volume de muco, sugeririam bronquiectasia e deveriam ser investigados com uma TC torácica de alta resolução.

Os pacientes frequentemente relatam piora da tosse com infecções do trato respiratório (como neste caso), mas o que geralmente os incomoda mais é o agravamento diário da tosse por estímulos relativamente inócuos, como aerossóis, perfumes e odores, uma alteração na temperatura do ar ou simplesmente ao caminhar ou rir. O termo “síndrome de hipersensibilidade da tosse” tem sido usado para descrever esse cenário clínico,⁶ embora haja dúvidas quanto à validade dessa condição como entidade distinta, mas mal compreendida.⁷ Outros possíveis componentes importantes na anamnese são a tosse em associação com o local de trabalho, levando à possibilidade de uma asma ocupacional, um padrão sazonal, sugerindo a tosse atópica, ou sintomas coexistentes de roncos e excessiva sonolência diurna, sugerindo uma apneia obstrutiva do sono, uma associação bem reconhecida.

Contudo, o principal valor da anamnese é identificar sintomas típicos e atípicos que possam auxiliar as investigações adicionais diretas e os testes terapêuticos. O exame físico é frequentemente normal.

Outros exames e estratégias de manejo

A forma variante da asma com tosse e a bronquite eosinofílica são caracterizadas por inflamação das vias aéreas e geralmente respondem bem aos corticosteroides.^{8,9} O uso rotineiro do escarro induzido para avaliação da inflamação das vias aéreas em clínicas da tosse ainda não foi amplamente adotado. Contudo, mede-se o óxido nítrico (FeNO) exalado fracionário em todos os pacientes atendidos na minha clínica especializada. A medida do FeNO é relativamente simples, não invasiva e seus níveis apresentam correlação com a inflamação eosinofílica das vias aéreas.¹⁰ Como os níveis de FeNO estão aumentados nos tossidores asmáticos e nos pacientes com bronquite eosinofílica, a medida do FeNO representa um meio atraente de selecionar pacientes para o tratamento com esteroides. Entretanto, não há consenso quanto ao método ideal para avaliar a inflamação das vias aéreas, à dose e à duração dos estudos com corticosteroides orais e à duração necessária do tratamento com corticosteroides inalatórios.

A presença de sintomas de refluxo ou sintomas proeminentes das vias aéreas superiores deve levar primeiramente a um tratamento empírico, e exames adicionais devem aguardar até que o paciente tenha passado por um teste terapêutico adequado. A maioria dos pacientes encaminhados à minha clínica especializada já foi submetida a diversos testes terapêuticos, mas um cuidadoso questionamento evidencia que muitos deles foram feitos com doses abaixo das ideais, muitas vezes com duração inadequada, e muitos admitem que a sua adesão ao tratamento foi baixa. Até bem recentemente, o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) focalizava principalmente o tratamento do refluxo ácido e, com base em evidências relativamente limitadas, recomendava-se o uso de supressão ácida em altas doses por duração prolongada (três meses ou mais). Entretanto, é equivocada a noção de que a persistência de tosse, mesmo com altas doses de supressão ácida, não é decorrente do refluxo. Recentes achados sugerem que episódios de refluxo não ácido estão fortemente associados a episódios de tosse.¹¹ O monitoramento da impedância intraluminal multicanal (MII-pH),¹² que possui a vantagem de identificar e caracterizar os episódios de refluxo ácido e não ácido, provavelmente substituirá o monitoramento ambulatorial do pH nas 24 horas, que fornece poucas informações para a avaliação de pacientes com tosse.¹³ O valor de agentes ou tratamentos procinéticos como o baclofeno (que atua diretamente no tônus esofágico inferior) ou de técnicas cirúrgicas como a funduplicatura laparoscópica no manejo da tosse associada ao refluxo de volume ainda precisa ser confirmado.

A associação da tosse com o gotejamento pós-nasal foi questionada,¹⁴ e a menos que o paciente relate sintomas acentuados nas vias aéreas superiores, que tenham persistido apesar de um teste adequado com tratamento nasal, eu raramente o encaminharia para uma avaliação otorrinolaringológica. A recente adoção do termo “síndrome da tosse das vias aéreas superiores” (STVAS) distancia-se de um perfil de sintomas (o gotejamento pós-nasal) em direção a prováveis fatores causais (rinite ou rinosinusite). As recomendações da América do Norte para o tratamento da STVAS sugerem que os anti-histamínicos de primeira geração, com ação sedativa, embora não estejam universalmente disponíveis para prescrição, são preferíveis aos agentes mais novos.¹⁵ Os corticosteroides intranasais são recomendados, mas faltam detalhes necessários quanto à dose e à duração do tratamento.⁴

Infelizmente, até 15% dos pacientes com tosse crônica permanecem sem remissão, apesar dos numerosos exames e de exaustivos testes terapêuticos.¹⁶ Sabe-se que os pacientes com tosse inexplicada ou idiopática beneficiam-se da terapia comportamental cognitiva.¹⁷ A realidade é que os pacientes encaminhados a clínicas especializadas em tosse raramente apresentam uma remissão completa a longo prazo. Eu acredito que o melhor que podemos obter com os tratamentos atuais é controlar a tosse e deixar clara essa perspectiva a todos os pacientes desde o início. Novos tratamentos, mais efetivos, para a tosse continuam sendo uma necessidade clínica não atendida.

Editora executiva Hilary Pinnock

Conflitos de interesses O autor declara não possuir conflitos de interesses em relação a este artigo.

Referências

1. French CL, Irwin RS, Curley FJ, Krikorian CJ. Impact of chronic cough on quality of life. *Arch Intern Med* 1998;**158**:1657-61. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.158.15.1657>

2. McGarvey LP, Carton C, Gamble LA, et al. Prevalence of psych morbidity among patients with chronic cough. *Cough* 2006;**16**:2-4
3. Morice AH, Fontana GA, Sovijarvi AR, et al. The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J* 2004;**24**:481-92.
4. Morice AH, McGarvey L, Pavord I for the British Thoracic Society Cough Guideline Group. Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax* 2006; **61** Suppl 1:i1-24.
5. Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM, et al. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. A consensus panel report of the American college of chest physicians. *Chest* 1998;**114**:133-81.
6. McGarvey L, McKeagney P, Polley L, MacMahon J, Costello RW. Are there clinical features of a sensitized cough reflex? *Pulm Pharmacol Ther* 2009;**22**:59-64.
7. Morice AH, McGarvey LP, Dicpinigaitis PV. Cough hypersensitivity syndrome is an important clinical concept: a pro/con debate. *Lung* 2012;**190**:3-9.
8. Corrao WM, Braman SS, Irwin RS. Chronic cough as the sole presenting manifestation of bronchial asthma. *N Engl J Med* 1979;**300**:633-7.
9. Gibson PG, Dolovich J, Denburg J, Ramsdale EH, Hargreave FE. Chronic cough: Eosinophilic bronchitis without asthma. *Lancet* 1989;**1**:1346-8.
10. Chatkin JM, Ansarin K, Silkoff PE, et al. Exhaled nitric oxide as a noninvasive assessment of chronic cough. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;**159**:1810-13.
11. Patterson N, Mainie I, Rafferty G, et al. Nonacid reflux episodes reaching the pharynx are important factors associated with cough. *J Clin Gastroenterol* 2009;**43**:414-19.
12. Sifrim D, Holloway R, Silny J, et al. Acid, nonacid, and gas reflux in patients with gastroesophageal reflux disease during ambulatory 24-hour pH-impedance recordings. *Gastroenterology* 2001;**120**:1588-98.
13. Patterson RN, Johnston BT, MacMahon J, Heaney LG, McGarvey LP. Oesophageal pH monitoring is of limited value in the diagnosis of "reflux-cough". *Eur Respir J* 2004;**24**:724-7.
14. Morice AH. Post-nasal drip syndrome--a symptom to be sniffed at? *Pulm Pharmacol Ther* 2004;**17**:343-5.
15. Pratter MR. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1Suppl):63S-71S.
16. McGarvey LPA, Ing AJ. Idiopathic cough: prevalence and underlying mechanisms. *Pulm Pharmacol Ther* 2004;**17**:435-9.
17. Vertigan AE, Theodoros DG, Gibson PG, Winkworth AL. Efficacy of speech pathology management for chronic cough: a randomised placebo controlled trial of treatment efficacy. *Thorax* 2006;**61**:1065-9.

Artigo comissionado; revisão por pares feita externamente; recebido em 5 de junho de 2012; aceito em 31 de julho de 2012; publicado on-line em 30 de agosto de 2012

© 2012 Primary Care Respiratory Society UK. Todos os direitos reservados. L McGarvey. *Prim Care Respir J* 2012;**21**(3):345-347. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00077>

PERSPECTIVA

Tosse crônica: não se esqueça das causas induzidas por drogas

*Andrew RL Medford^a

^a Médico Consultor e Professor Honorário Sênior de Clínica em Medicina Torácica, Centro de Pneumologia do Norte de Bristol, Southmead Hospital, Bristol, Reino Unido

Muitos fármacos podem causar uma miríade de síndromes respiratórias: consideramos aqui especificamente a tosse induzida por drogas. É importante reconhecer que a tosse pode ser a manifestação inicial de síndromes pulmonares mais graves induzidas por drogas, como a doença pulmonar intersticial, a lesão pulmonar aguda, a doença pleural e a doença vascular pulmonar causada por várias drogas bem reconhecidas (amiodarona, nitrofurantoína e metotrexato, para citar algumas), que não serão consideradas aqui. Para revisões mais extensivas e para ter acesso a um banco de dados on-line sobre pneumotoxicidades que pode ser uma referência útil das toxicidades descritas, se houver dúvida, visite o website www.pneumotox.com.^{1,2} Este breve artigo considerará as drogas comumente utilizadas que podem estar implicadas na tosse crônica.

Inibidores da ECA

Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) causam uma tosse noturna seca em cerca de 5% a 35% das pessoas. A liberação de bradicinina, normalmente metabolizada pela ECA nos pulmões, resulta em uma sensação típica de cócegas, aspereza ou prurido na garganta.³ Há pouca relação dose-resposta, e a tosse normalmente ocorre na primeira semana de tratamento – mas o início pode às vezes demorar até seis meses. Além disso, embora na maioria dos casos haja remissão da tosse dentro de poucas semanas, uma significativa proporção dos casos pode levar até três meses para remitir após a interrupção da droga.⁴ Embora a teofilina e o cromoglicato tenham sido preconizados no passado para o tratamento dessa tosse, o único tratamento efetivo é interromper

o uso da droga. Essa reação é mais comum nas mulheres (talvez porque o reflexo da tosse é mais forte nas mulheres) e também, curiosamente, nos chineses.⁵ A obstrução do fluxo aéreo não costuma ser uma manifestação, e a presença de asma não altera a probabilidade de sua ocorrência.⁶ Trata-se de um efeito da classe farmacológica, e geralmente há recorrência da tosse se outro inibidor da ECA for reintroduzido.

Bloqueadores do RA2

Os bloqueadores do receptor da angiotensina 2 (RA2) são usados comumente como primeiro substituto quando surge a tosse induzida por um inibidor da ECA, embora o perfil de efeitos similares dessa classe de fármacos seja similar ao dos inibidores da ECA. Contudo, a tosse pode ocorrer com os bloqueadores do RA2, mas tipicamente é três a quatro vezes menos comum.^{7,8} Os índices de recorrência da tosse também são mais baixos com os bloqueadores do RA2, mas estes não podem ser desconsiderados como causa de tosse crônica.

β-bloqueadores

A tosse pode ser a manifestação inicial da hiper-responsividade das vias aéreas ou da broncoconstrição relacionada a drogas descrita com os β-bloqueadores, casos em que se podem observar sibilos e dispneia. Os β-bloqueadores (inclusive em colírio) causam broncoconstrição por meio do bloqueio do receptor brônquico β₂.

* **Correspondência:** Dr Andrew RL Medford, Consultant Physician & Honorary Senior Clinical Lecturer in Thoracic Medicine, North Bristol Lung Centre, Southmead Hospital, Bristol BS10 5NB, UK Tel: +44 1173235284 Fax: +44 1173232947 E-mail: andrewmedford@hotmail.com

Uma meta-análise confirmou não haver evidências do declínio a longo prazo da função pulmonar na doença pulmonar obstrutiva reversível com o uso de β -bloqueadores cardioseletivos (atenolol, metoprolol, bisoprolol). Observou-se um declínio de 8% a curto prazo no volume expiratório forçado em um segundo (VE_{F1}), mas esse declínio não foi persistente.⁹ Além disso, não houve aumento dos sintomas respiratórios de longo prazo e o uso de β -agonistas inalatórios. Demonstrou-se também que o carvedilol é bem tolerado (em termos de índices de função pulmonar e desempenho aeróbico), apesar de ser um β -bloqueador não seletivo, possivelmente por conta da leve broncodilatação induzida por sua atividade de α -bloqueadora.¹⁰

AINEs

A aspirina e os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) como o ibuprofeno, o diclofenaco, o naproxeno e a indometacina podem causar broncoconstrição em 5% das pessoas com asma, por determinarem a produção de cisteinil leucotrieno e inibirem a ciclooxigenase 1 (COX-1). Os sintomas podem ocorrer dentro de 30 minutos a três horas após a ingestão e estar associados a rubor facial e sintomas nasais e das vias aéreas superiores. Os antagonistas do leucotrieno (como parte do tratamento da asma) são particularmente úteis no tratamento desses sintomas.

Antagonistas do cálcio

Os antagonistas do cálcio relaxam a pressão do esfíncter esofágico inferior e, de maneira dependente da dose, comprometem o esvaziamento esofágico e causam tosse por refluxo (entre outros sintomas). Deve-se suspeitar particularmente de uma tosse por refluxo se houver tosse à fonação, pigarro, após as refeições ou ao levantar-se/inclinar-se; ela pode também ser a única manifestação de refluxo (sem sintomas dispépticos).¹¹ Em estudos de sintomas relacionados ao refluxo, reportou-se que o verapamil e o anlodipino causam mais sintomas de refluxo que o diltiazem.¹² A tosse por refluxo pode também ser agravada por outras drogas, como os nitratos, por meio de efeitos similares na pressão do esfíncter esofágico inferior. Interromper o uso da droga e evitar outras drogas que possam agravar o quadro podem constituir a única intervenção necessária. A remissão dos sintomas pode levar até três meses.

Sumário

1. Considerar cuidadosamente o histórico de uso de fármacos antes da investigação de outras causas de tosse; interromper o uso da droga relevante é essencial no tratamento.
2. A tosse por inibidores da ECA pode não surgir por até seis meses após a sua introdução e pode levar até três meses para remitir após a interrupção do seu uso, e os bloqueadores do RA2 também podem causar tosse (embora menos comumente).
3. Os β -bloqueadores podem ser usados com cautela na doença pulmonar obstrutiva reversível leve a moderada. A preferência é pelos β -bloqueadores cardioseletivos (atenolol, metoprolol)

ou por α - e β -bloqueadores (carvedilol).

4. Considerar a possibilidade de asma ou hiper-reatividade brônquica na tosse de início recente após o uso de aspirina ou AINEs.
5. Quando se suspeita de tosse por refluxo, não se deve esquecer dos antagonistas do cálcio e dos nitratos como possíveis causas.
6. A tosse relacionada a drogas pode ser o início de uma síndrome mais abrangente e muitas drogas podem causar tais síndromes; consulte o banco de dados Pneumotox para uma referência rápida.

Editora executiva Hilary Pinnock

Conflitos de interesses O autor declara que não possui conflitos de interesses em relação a este artigo.

Referências

1. Medford AR. Drugs and Toxins. In: Maskell N, Millar AB, ed. Oxford Desk Reference Respiratory Medicine. Oxford: Oxford University Press, 2009. Chapter 16.1, p. 384-9.
2. Foucher P, Camus P, GEPI (Groupe d'Etudes de la Pathologie Pulmonaire latrogene). The drug-induced lung diseases. Pneumotox online. <http://www.pneumotox.com/>
3. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):15-23S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.15
4. Dicipingaitis PV. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006;**129**(1 Suppl):169S-173S. http://dx.doi.org/10.1378/chest.129.1_suppl.169S
5. Tseng DS, Kwong J, Rezvani F, Coates AO. Angiotensin-converting enzyme-related cough among Chinese-Americans. *Am J Med* 2010;**123**:e11-e15.
6. Boulet LP, Milot J, Lampron N, Lacourcière Y. Pulmonary function and airway responsiveness during long-term therapy with captopril. *JAMA* 1989;**261**:413. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1989.03420030087036>
7. Yusuf S, Teo KK, Pogue J, for the ONTARGET investigators et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med* 2008;**358**:1547-59. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa0801317>
8. Matchar DB, McCrory DC, Orlando LA, et al. Systematic review: comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers for treating essential hypertension. *Ann Intern Med* 2008;**148**:16-29.
9. Salpeter SR, Ormiston TM, Salpeter EE. Cardioselective beta-blockers in patients with reactive airway disease: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 2002;**137**:715-25.
10. Sirak TE, Jelic S, Le Jemtel TH. Therapeutic update: non-selective beta- and alpha-adrenergic blockade in patients with coexistent chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2004;**44**:497-502. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2004.03.063>
11. Morice AH, McGarvey L, Pavord I et al. BTS guidelines. Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax* 2006;**61**:i1-i24. <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2006.065144>
12. Hughes J, Lockhart J, Joyce A. Do calcium antagonists contribute to gastroesophageal reflux disease and concomitant noncardiac chest pain? *Br J Clin Pharmacol* 2007;**64**:83-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.02851.x>

Artigo comissionado; revisão por pares feita externamente; recebido em 25 de fevereiro de 2012; aceito em 31 de julho de 2012; publicado on-line em 30 de agosto de 2012

© 2012 Primary Care Respiratory Society UK. Todos os direitos reservados. AR Medford. *Prim Care Respir J* 2012;**21**(3):347-348. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00078>

Websites úteis

Diretrizes para tosse da Sociedade Torácica Britânica: http://thorax.bmj.com/content/61/suppl_1/1.full

Diretrizes para tosse da Sociedade Europeia de Doenças Respiratórias: <http://erj.ersjournals.com/content/29/6/1256.long>

Diretrizes para tosse do Colégio Americano de Médicos do Tórax: http://chestjournal.chestpubs.org/content/129/1_suppl/1S.full

Questionário de Tosse de Refluxo de Hull (avaliação da tosse de refluxo): www.hull.ac.uk/ISSC/hullrefluxcoughquestionnaire3.doc

Questionário de Tosse de Leicester (avaliação do impacto na vida): http://www.heartofengland.nhs.uk/upload/HoE/chestclinic/cough_questionnaire.pdf

Pneumotox (banco de dados de drogas pneumotóxicas): www.pneumotox.com