

Tosse

Andrew Hotaling

Em 1920, Chevalier Jackson disse: “A tosse é o cão de guarda dos pulmões”. Essa afirmação persiste até hoje, 85 anos depois.

A tosse é uma **manifestação comum de algumas doenças respiratórias**, que por sua vez representam cerca de 50% de todas as doenças em crianças. Em crianças com menos de cinco anos de idade, as afecções respiratórias representam cerca de 2/3 de todas as doenças. Crianças pré-escolares têm oito ou mais infecções de vias aéreas superiores (IVAS) por ano. Muitas das infecções de vias aéreas superiores ou “resfriado comum” podem cursar com tosse. Neste capítulo não estarei mencionando as IVAS virais como etiologia da tosse. Discutirei outras causas de tosse, menos habituais, situações as quais os clínicos poderão considerar em uma criança que apresenta-se com esta queixa.

A **história clínica** da tosse é crítica para se fazer o diagnóstico correto e específico. Alternativamente, se não houver um diagnóstico específico, uma história acurada poderá ajudar no diagnóstico diferencial. A história deverá incluir: aspiração, engasgo, asfixia, tosse com alimentação, estado de imunização, má absorção, poluição, variação climática relativa à estação do ano, respiração ofegante, sibilo ou “chiadeira no peito”, tempo de aparecimento e ritmo da tosse, hemoptise, dentre outras.

A **idade da criança no início da tosse** é importante. A tosse é incomum no neonato. O diagnóstico diferencial no neonato com tosse inclui: anomalia congênita do trato aerodigestivo, como anel vascular, fístula laríngea ou traqueosofágica ou fissura laringotraqueal ou laríngea.

O **refluxo gastroesofágico** é causa de tosse. De forma sucinta, há dois tipos de refluxo que podem ocorrer na criança. O primeiro é um refluxo fisiológico que muitas crianças podem apresentar quando pequenas, de grau variável. O segundo é o refluxo patológico, suficientemente grave para causar a doença. Em ambos os casos as crianças podem tossir, embora seja mais comum com o refluxo patológico.

A tosse é o sintoma mais comum da **fibrose cística**, envolvendo o trato respiratório.

A **pneumonia** causada pela *Chlamydia pneumoniae* é uma causa de tosse, especialmente se for precedida por conjuntivite.

Se a tosse for sazonal, relacionada com a estação do ano, considera-se **alergia**.

Aspiração

A aspiração pode ser simplesmente definida como o alimento “descendo pelo canal errado”, ou para a via aérea inferior mais do que para o esôfago. Ao deglutir, a meta é transportar o alimento para o trato digestivo e mantê-lo fora do trato respiratório.

Muitas crianças raramente têm estes episódios de aspiração. A aspiração não pode ser considerada um diagnóstico e sim uma manifestação clínica. O diagnóstico diferencial de aspiração deve incluir a fraqueza neuromuscular. Crianças com paralisia cerebral podem ter dificuldade para deglutir. Em casos extremos elas não podem se alimentar por via oral. Nessas crianças, a aspiração pode ser óbvia ou pode ser silenciosa. Uma pesquisa da deglutição por videofluoroscopia ou vídeoesndoscopia pode ajudar no diagnóstico da aspiração.

Fissuras laríngea e traqueal

Essas fissuras são raras. Se a fissura for grave, a apresentação é imediata ao se alimentar, logo após o nascimento. Fissuras menores podem ser muito difíceis de serem diagnosticadas. A endoscopia rígida é indicada no diagnóstico diferencial sendo que a fissura deve ser pesquisada ativamente no espaço interaritenóideo. Se a fissura não for inicialmente considerada, seu diagnóstico poderá não ser feito. Pode-se usar um instrumento rígido, por exemplo o próprio aspirador com sucção, para separar as aritenóides e determinar a presença da fissura.

A presença de um anel vascular ou uma anomalia no arco aórtico deveriam ser consideradas durante a pesquisa da fissura laríngea.

Fístula traqueosofágica tipo – H

São relativamente raras e, quando presentes, são observadas mais ao nível da traquéia, longe das aritenóides. Essas fistulas tipo H (FTE-H) podem ser muito difíceis de ser diagnosticadas. Deglutições de bário podem não demonstrar a fístula (que pode não estar aberta na hora da deglutição). A endoscopia é indicada para examinar a parede posterior da traquéia.

Tive um paciente com duas fistulas: uma tradicional, clássica, mais abaixo na traquéia e outra mais alta, fistula tipo FTE-H. A fistula mais abaixo (traqueal) foi tratada adequadamente, porém a criança continuou a ter aspiração intermitente. A segunda fistula FTE-H não foi diagnosticada, até que nova endoscopia fosse realizada.

Distúrbios da deglutição

A deglutição descoordenada, em recém-nascido a termo, pode causar aspiração. Muitas crianças prematuras requerem “terapêutica de aprendizado” para aprenderem como deglutir. Podem necessitar de sonda nasogástrica temporariamente, até adquirirem a habilidade de deglutição.

O processo de deglutição é um processo neuromuscular extremamente complexo. O bolo alimentar deve ser introduzido na cavidade oral e movido para a orofaringe. O palato deve ser elevado para vedar o nariz, evitando refluxo nasofaríngeo ou regurgitação nasal. A respiração é paralisada. A laringe é elevada, fechada e protegida pela epiglote. Ocorre abertura e fechamento da cricofaringe no tempo apropriado e peristaltismos subseqüentes dentro do esôfago para movimentar o alimento do nível cricofaríngeo para dentro do estômago.

Asfixia

A história de asfixia ou sufocação sugere um possível corpo estranho na via aérea. A tosse é o sintoma mais comum na presença de um corpo estranho na via aérea. A criança de qualquer idade ou adulto podem apresentar um corpo estranho na via aérea.

Muitos corpos estranhos não são radiopacos e poderão não ser vistos ao Raio-X. Frequentemente, com corpos estranhos não-metálicos, o Raio-X do tórax permanecerá normal nas primeiras 24 horas, mesmo na presença de obstrução significativa. Portanto, a decisão de realizar uma broncoscopia deve ter como base a história clínica. Pode não haver alterações ao exame físico.

Alguns corpos estranhos esofágicos podem causar sintomas de via aérea, principalmente quando há um comprometimento pré-existente, como a estenose subglótica. Uma criança normal com um corpo estranho esofágico pode ser relativamente assintomática com respeito à via aérea, entretanto, uma criança com estenose subglótica pode ter uma angústia respiratória significativa.

Tosse com a alimentação

A presença de um anel vascular ou um arco aórtico anômalo deverá ser considerada, durante a pesquisa da fissura laríngea, já anteriormente mencionada.

Doença do refluxo gastroesofágico

A doença de refluxo gastroesofágico pode habitualmente causar tosse em muitas crianças após a alimentação. Frequentemente, o refluxo fisiológico pode ser controlado mantendo-se a criança levemente ereta a fim de que a boca fique acima do nível do estômago, enquanto estiver sendo alimentada e após a alimentação.

Estado de Imunização

Em Chicago, durante o inverno de 2004-2005 houve um surto de coqueluche. A coqueluche é também vulgarmente conhecida como “tosse comprida”, sendo comum em crianças entre cinco e sete anos de idade. Essas crianças tosse cinco a 20 vezes, em uma única seqüência, seguida de uma dramática inspiração, denominada “guincho”, recomeçando a tossir novamente. Em populações que imigraram recentemente para os Estados Unidos, o índice de vacinação para coqueluche pode ser baixo.

Fibrose Cística

Se existir uma história de má-absorção, a fibrose cística deverá ser considerada. Na presença de pólipos nasais em crianças o teste de suor para o diagnóstico desta entidade patológica é mandatório.

“Chiadeira no peito”

“Chiadeira” torácica é um sinal de hiperreatividade da via aérea.

Uma variante da asma clássica é a tosse variável, ou a asma tosse-variante. A asma tosse-variante apresenta-se com um paciente tossindo mais que sibilando. É mais um sintoma de via aérea superior do que a “chiadeira” clássica da via aérea inferior.

Tem-se observado um aumento da incidência de asma nos Estados Unidos.

Na asma tosse-variante, a tosse pode ocorrer com exercícios físicos, durante o sono e com exposição ao ar frio. Em contraste com a asma tosse-variante, que piora com a exposição ao ar frio, as crianças com falso crupe (laringotraqueobronquite) podem melhorar com exposição ao ar frio.

Rinite Alérgica

A rinite alérgica é um grande problema de Saúde Pública. Estima-se que 20 a 25% da população dos Estados Unidos têm sintomas periódicos ou sazonais associados à alergia. As estações de pico das manifestações alérgicas na América do Norte

são a primavera e o outono. Os sinais e sintomas da rinite alérgica incluem: tosse, congestão nasal, saudação alérgica - com a criança esfregando seu nariz com as costas da mão, e a presença de uma ruga logo no dorso nasal devido à constante manipulação do nariz durante a saudação alérgica.

A primeira linha de tratamento de rinite alérgica são os esteróide nasais, que causaram um impacto positivo enorme na qualidade de vida dos pacientes. O órgão governamental americano para controle de drogas e alimentos (FDA) permite o uso de esteróides nasais em crianças a partir de dois anos. Em minha experiência, muitas das crianças pequenas, inicialmente, resistem ao uso dos esteróides. Entretanto, se o diagnóstico presuntivo estiver correto, elas mesmas perceberão os benefícios e lembrarão aos pais da necessidade do *spray* nasal, pois elas percebem que este medicamento ajudam-nas a se sentir melhor.

Poluição

A poluição é um grande problema em todas as partes do mundo industrializado, em graus variados. Certamente, a poluição industrial pode causar tosse. A fumaça do cigarro é uma importante causa de tosse em crianças. O tabagismo pode ser primário, por exemplo, um adolescente fumando. O tabagismo também pode ser secundário ou passivo, quando a criança é exposta à fumaça do cigarro de outras pessoas.

Pesquisas no Reino Unido demonstraram a associação entre infecção respiratória superior com o número de fumantes de uma casa. Quanto maior o número de fumantes, maior a incidência de infecções respiratórias superiores.

Tempo de aparecimento da tosse

Como mencionado anteriormente, se a tosse aparecer **após** a alimentação, deverá ser considerada a doença do **refluxo gastroesofágico**. Se a tosse aparecer **durante** a alimentação pode estar ocorrendo **aspiração**. Se a tosse ocorrer quando a criança estiver indo para a cama, **à noite**, ou ao se **levantar pela manhã**, pode ser **sinusite**.

Em resumo, neste capítulo abordamos as causas menos habituais de tosse como um sinal freqüente de doença respiratória em crianças.

Leituras recomendadas

1. Hotaling, AJ, Moynihan, GT. Cough. Pediatric Otolaryngology, Fourth Edition, Volume 2, 1395-1404. 2003
2. Holinger LD, Chronic cough in infants and children. Laryngoscope 96:316.1986.
3. Holinger LD. Sanders AD. Chronic cough in infants and children: an update. Laryngoscope 101:596. 1991.
4. Irwin RD, Curley FJ, French CL. Chronic cough: the spectrum and frequency of causes, key components of diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. Am Rev Respir Dis 141:640. 1990
5. Beardsmore CS, Simpson H. Cough in children. J Asthma 28:309, 1991.