

Traqueíte: visitando alergologistas travestida de "tosse alérgica"

Francisco M. Vieira¹, Gustavo Lisbôa de Braga²

A tosse é um sintoma muito frequente e de múltiplas etiologias, tratada, em geral, por médicos de atenção primária, pediatras, otorrinolaringologistas, e pneumologistas. O insucesso no tratamento de alguns pacientes leva-os com frequência a procurarem o auxílio de alergologistas. Há mais de 70 anos, Kahn descreveu pormenorizadamente aspectos clínicos de uma traqueíte, denominando-a de forma genérica como "traqueíte alérgica"¹. Em nosso meio, Brum Negreiros et al. admitiam que em pacientes sem hiper-reatividade brônquica, a reação começaria e terminaria na traqueia sob a forma de tosse, sendo essa o "órgão de choque"².

Trata-se de uma tosse seca, irritativa, paroxística, intensa, principalmente após deitar e na madrugada. Apresenta-se em surtos repetitivos, por vários dias ou semanas, acometendo indivíduos atópicos e não atópicos. Sabemos que frequentemente sucede uma infecção viral no trato respiratório superior, nem sempre identificada na história clínica. Pode o quadro iniciar como nasofaringite aguda, algumas vezes, acometendo a laringe, produzindo disfonia e/ou afonia e, finalmente, a traqueia.

Um sintoma frequente e característico é um "prurido interno surdo", exteriorizado pelos pacientes em nível da fúrcula esternal, o qual inicia uma crise aguda. Será que eles o interpretam como sendo alergia? Essa hipótese poderá ser especulada. Torna-se essa tosse, em muitas ocasiões, socialmente inaceitável, por sua intensidade e frequência quer em ambientes doméstico, quer no lazer ou no trabalho.

Sentimos pessoalmente (FMV), por anos, os sintomas dessa incômoda patologia, que, em várias ocasiões, após simples resfriado, nos colocava em um mesmo cenário, em um duplo papel: ao mesmo tempo de "ator e espectador".

A revisão da literatura médica, quando se pesquisa isoladamente os termos, *traqueite e tosse*, admite como fator preponderante a etiologia bacteriana, principalmente em crianças^{3,4}. Revisamos os prontuários de 242 pacientes em clínica privada, na região de Caxias do Sul, RS, cujo principal sintoma era tosse, a fim de tentar caracterizar a traqueíte

como uma entidade única naquele momento. Admite-se, na região, não existirem critérios de risco em relação ao índice de qualidade do ar (IqAR) e diminuição da umidade relativa, quando se pesquisam boletins informativos. Foram excluídos aqueles que possuíam fatores comuns capazes de produzir tosse: rinite associada ou não à atopia, asma brônquica, bronquite crônica, fumo ativo ou passivo, irritantes de vias aéreas, anti-hipertensivos como os inibidores de ECA, betabloqueadores adrenérgicos não seletivos, estar em uso e/ou receber administração de antibióticos para infecção respiratória de rinofaringe, bronco pulmonar ou sinus. A presença de uma possível doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) foi considerada, entretanto, sem critério de exclusão. A espirometria, realizada rotineiramente, auxiliou no diagnóstico de pacientes, incluindo medidas de VEF₁ (pré e pós-broncodilatador). A radiografia de tórax, de seios paranasais, hemograma, VHS e reação de Mantoux (PPD) foram métodos utilizados com relativa frequência. A sorologia para *Bordetella pertussis* e *Mycoplasma pneumoniae* (IgG, IgM), deve ser lembrada atualmente, em especial em adultos⁵. TC de tórax e seios da face, avaliação por pneumologista, associados algumas vezes a testes de broncoprovocação, endoscopia de vias aéreas superiores e inferiores foram necessários em casos de maior dificuldade diagnóstica. O mesmo ocorreu também para pesquisa da DRGE com gastroenterologistas.

Após adotados critérios de exclusão, foram analisados 108 (108/242) indivíduos atendidos pela primeira vez e catalogados como tendo traqueíte. A idade variou entre quatro e 68 anos com média de 39 anos. Houve predomínio do sexo feminino (61%) e 36,1% da amostra situou-se entre 25 e 40 anos de idade, ao passo que somente 5,6% tinham menos de 12 anos. Os atendimentos predominaram, respectivamente, nos meses de julho e agosto (16,7% e 12%), sendo que a duração dos dias de tosse, nesse período, variou de quatro a 120 dias, com média de 31 dias. A faixa de idade com maior duração de tosse foi de 12 a 25 anos, com média de 54 dias. Na maioria dos casos (60,2%), houve uma história clínica de laringite, caracterizada como rouquidão ou afonia.

1. Professor Titular de Medicina pela Universidade de Caxias do Sul, RS.

2. Aluno do curso de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Caxias do Sul, RS.

Muitos relataram crises idênticas e anteriores de tosse, diagnosticada, genericamente pelos médicos, como "tosse alérgica". O interessante é que nenhum desses indivíduos sabia um possível diagnóstico da localização anatômica, mesmo auxiliado com a visualização de gravura colorida, contendo a anatomia integrada dos seios da face e das vias aéreas. Infelizmente, não encontramos, na literatura, consensos de tratamento para a tosse, relacionada à traqueíte não bacteriana, considerando-a de forma isolada. Em adultos, usamos uma série de corticosteroide, como a Prednisolona (30 a 40 mg/dia) pelo período de 7 a 10 dias. O Fosfato de codeína na dose de 30 mg, 3 a 4 vezes ao dia foi o antitussígeno de preferência, podendo a dose maior ser a noturna. Informamos ao paciente que se trata de um analgésico, porém com elevado poder de inibir a tosse, fato que "não consta na bula". Inibidores da bomba ácida tais como: Omeprazol, ou similares, em geral, são ministrados por 20 a 30 dias consecutivos, naqueles com história clínica de DRGE, mesmo sendo leve ou duvidosa, e em obesos. Esses, com frequência, possuem DRGE incipiente, que piora com a tosse. As medidas antirrefluxo devem ser revisadas. A hidratação oral com água (2 a 3 L/dia) é sempre estimulada, assim como a inalação de vapor úmido, principalmente em idosos nos quais existe maior ressecamento das mucosas. Uma futura prevenção de viroses, incluindo a vacina contra Influenza, deve ser instituída.

Foge dos objetivos desta carta e de nós, alergologistas, defendermos a traqueíte não bacteriana como uma entidade

clínica isolada, fato que deve ser de outras especialidades afins. Entretanto, parece-nos oportuno lembrá-la em nossa prática clínica.

Referências

1. Kahn IS. Allergic tracheitis. Chest 1937;3:23-4.
2. Brum Negreiros E, Almeida CA, Ungier C. Alergia das vias aéreas superiores. In Brum Negreiros E, Almeida CA, Ungier. Alergia para clínicos e pediatras: ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1977. p.133-41.
3. Huang YL et al. Bacterial tracheitis in pediatrics: 12 year experience at a medical center in Taiwan. Pediatr Int 2009;51:110-3.
4. Sendi K, Crysedale WS, Yoo J. Tracheitis: outcome of 1.700 cases presenting to the emergency department during two years. J Otolaryngol 1992;21:20-4.
5. Behaver ME, Karow CM. Incidence of seropositivity to *Bordetella pertussis* and *Mycoplasma pneumoniae* infection in patients with chronic laryngotracheitis. Laryngoscope 2009;119:1839-43.

Correspondência:
Francisco M. Vieira
Rua Dom José Baréa, 2005/501
CEP 95084-100 – Caxias do Sul, RS
Fone: (54) 3222.8950
Fax: (54) 3028.2682
E-mail: famvieira@hotmail.com