

## Nem tudo que sibila é asma!

Not all that wheezes is asthma!

José Antônio Baddini Martinez

### Ao Editor:

Os profissionais de saúde que atuam no campo das doenças respiratórias estão acostumados a encontrar, no exame cotidiano de pacientes, ruídos que padronizamos chamar no Brasil de sibilos. <sup>(1,2)</sup> Sibilos são ruídos respiratórios adventícios contínuos, de caráter musical, que duram mais do que 250 ms, podendo surgir tanto na inspiração como na expiração. Na literatura inglesa, o termo *wheeze* frequentemente é empregado para designar tanto os sibilos (mais agudos) como outro tipo de ruído que, no nosso país, preferimos chamar de roncos (mais graves). Admite-se que tanto os roncos como os sibilos sejam produzidos pelo surgimento de oscilações das vias aéreas e tecidos adjacentes, devido à presença de obstrução acentuada ao fluxo aéreo. As diferenças de tonalidade entre os dois tipos de som dependeriam de frequências distintas de oscilação, maiores nos sibilos (cerca de 400 Hz) e menores nos roncos (em torno de 200 Hz).

Sibilos são achados comuns em pacientes com quadros de broncoespasmo e obstrução das vias aéreas. Sem dúvida, uma das causas mais frequentes de queixas de sibilância, ou da sua ausculta no exame físico, é a asma brônquica. Apesar disso, inúmeras outras moléstias também podem cursar com a presença desse sinal. Exemplos de tais condições são pacientes com estenose de traqueia, tumores de vias aéreas centrais, edema pulmonar, aspiração pulmonar, entre outros. <sup>(2,3)</sup>

Certamente que esse é o tipo de conhecimento que se espera que seja um componente obrigatório da formação básica de todo médico, mesmo dos não especialistas em medicina respiratória. Contudo, para nossa surpresa, ao longo dos últimos anos, temos colecionado diversos casos clínicos encaminhados para avaliação, em nosso serviço ou na clínica privada, com diagnósticos do tipo “asma grave” ou “asma de difícil controle” que, na verdade, se tratam de doenças completamente diferentes. Muitos desses pacientes chegam à consulta após longos períodos de investigação e tratamentos infrutíferos. A realização de testes de atopia e terapia de dessensibilização alérgica são

comuns. O uso de corticosteroides em altas doses, por via sistêmica e por longos períodos, é a regra. A presença de graves efeitos colaterais relacionados ao último tratamento é uma constante, e eles acabam contribuindo substancialmente para o agravamento das condições clínicas gerais dos pacientes. Na verdade, apesar do diagnóstico de “asma grave”, em alguns deles nunca chegamos mesmo a detectar um único sibilo.

A asma é uma doença altamente prevalente e episódios crônicos e recorrentes de tosse seca, dispneia, aperto no peito e sibilância são importantes para a sua caracterização. <sup>(4)</sup> Vale lembrar que nem sempre todos esses achados estão presentes, o que pode dificultar o diagnóstico da doença. No tocante ao exame físico, sibilos são, de fato, os achados mais comuns. A hiper-responsividade brônquica é uma característica dos indivíduos asmáticos, ainda que nem sempre esteja presente, na dependência do tratamento instituído ou do tipo de definição empregada. <sup>(4)</sup> Porém, a hiper-responsividade brônquica também pode ser encontrada em inúmeras outras condições, tais como rinite alérgica, DPOC, logo após infecções respiratórias, bronquiectasias, fibrose cística, insuficiência cardíaca, síndrome torácica aguda da anemia falciforme, uso de betabloqueadores, etc. <sup>(5-7)</sup> Todas essas condições descritas podem cursar com sibilos e certamente não caracterizam asma. Nessas situações, também são inadmissíveis diagnósticos do tipo “DPOC + asma”, “bronquiectasias + asma” ou “insuficiência cardíaca + asma”.

Um estudo antigo empregou o teste de broncoprovocação induzida por metacolina em 34 pacientes com queixa de sibilância cuja etiologia não estava claramente determinada. <sup>(8)</sup> A queixa de sibilos só pôde ser atribuída à asma em 35% dos casos. Naquela casuística, a etiologia mais comum da queixa foi a presença de secreção em vias aéreas altas, geralmente após um quadro de infecção respiratória. Admite-se que os sons ouvidos por esses pacientes originam-se a partir da oclusão parcial por secreções presentes ao nível das cordas vocais. Resultados parecidos foram obtidos em outra investigação, que incluiu 441 pacientes com

**Quadro 1** – Causas de sibilos excluindo-se asma.

Obstrução das vias aéreas superiores extratorácicas	Obstrução das vias aéreas superiores intratorácicas	Obstrução das vias aéreas inferiores
<i>Drip</i> pós-nasal	Estenose traqueal	DPOC
Disfunção de cordas vocais	Tumores de vias aéreas	Bronquiectasias
Amígdalas hipertrofiadas	Aspiração de corpo estranho	Edema pulmonar
Tumores de vias aéreas altas	Bócio intratorácico	Aspiração de conteúdo digestivo
Abscesso retrofaringeo	Traqueobroncomegalia	Embolia pulmonar
Edema ou estenose de laringe	Traqueomalácia	Bronquiolites
Laringocele	Compressões vasculares	Fibrose cística
Paralisia de corda vocal		Síndrome carcinoide
Policondrite recidivante		Linfangite carcinomatosa
Artrite cricoaritenóide		Infecções parasitárias
Granulomatose de Wegener		Broncoespasmos de causas variadas (anafilaxia, inalação de gases tóxicos, pós-viral, medicamentosa, síndrome torácica aguda, etc.)

sintomas compatíveis com asma, sendo 53,1% deles com história de sibilância.<sup>(9)</sup> Em 48,3% dos casos, não foi detectada hiper-responsividade brônquica, e, em outros 40,6%, ela também esteve associada a evidências de distúrbios das vias aéreas extratorácicas, como, por exemplo, faringite e sinusite.

A asma é uma importante doença devido à alta prevalência e, inclusive, elevada mortalidade quando não tratada e diagnosticada adequadamente.<sup>(4)</sup> Esses fatos justificam amplamente o grande número de campanhas de divulgação junto à população geral e profissionais da saúde, que vêm acontecendo ao longo das últimas décadas. No Brasil, tudo indica que uma parcela substancial dos asmáticos ainda é mal diagnosticada e mal tratada. Contudo, há um relato de que, no Canadá, até 41% dos pacientes taxados como asmáticos em nível de medicina primária não exibem critérios diagnósticos para a doença.<sup>(10)</sup> Na África do Sul, muito do que é taxado como asma pode ser obstrução ao fluxo aéreo secundária à tuberculose, tabagismo e exposições ocupacionais.<sup>(11)</sup> Portanto, os clínicos atuantes em diversos cenários devem estar sempre atentos para não diagnosticarem como asma outras moléstias que frequentemente exigem abordagens muito diversas.

A abordagem de pacientes com queixa de sibilância e/ou sibilos ao exame requer uma história clínica muito bem investigada, com ênfase nos desencadeantes, fatores de melhora, duração e evolução da queixa ao longo do tempo. É fundamental pesquisar adequadamente todos os tipos de sintomas

respiratórios presentes, além de sintomas de vias aéreas superiores, digestivos e cardíacos. Os antecedentes pessoais devem ser minuciosamente explorados, especialmente quanto a moléstias prévias, tabagismo e ocorrência de exposições ambientais. O exame físico deve ser completo e não se limitar apenas à ausculta pulmonar. Os exames subsidiários mais úteis nessa pesquisa costumam ser a radiografia simples de tórax e a espirometria, idealmente com a impressão da curva fluxo-volume e a avaliação da resposta ao broncodilatador.

O Quadro 1 lista as causas potenciais de sibilos, que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial com asma.<sup>(3,12)</sup>

Em resumo, sibilos são queixas ou achados de exame físico que precisam ser adequadamente interpretados, dentro dos contextos clínicos amplos e individuais próprios de cada paciente que procura assistência médica devido à sua enfermidade. A frase atribuída ao otorrinolaringologista americano Chevalier Jackson, proferida na década de 1930, sempre continuará atual:

*“Not all that wheezes is bronchial asthma.”*

José Antônio Baddini Martinez  
Professor Associado, Departamento de  
Clínica Médica, Faculdade de Medicina  
de Ribeirão Preto da Universidade de  
São Paulo – FMRP-USP – Ribeirão  
Preto, Brasil

## Referências

1. Maço JC. Fundamentos da ausculta pulmonar. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1994;27(1/2):66-82.
2. Meslier N, Charbonneau G, Racineux JL. Wheezes. *Eur Respir J*. 1995;8(11):1942-8. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.95.08111942> PMID:8620967
3. Smyrniotis NA, Irwin RS. Wheeze. In: Irwin RS, Curley FJ, Grossman RF, editors. *Diagnosis and Treatment of Symptoms of the Respiratory Tract*. Armonk: Futura Pub Co; 1997. p. 117-53.
4. Cruz AA, Fernandes AL, Pizzichini E, Fiterman J, Pereira LF, Pizzichini M, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia Para o Manejo da Asma - 2012. *J Bras Pneumol*. 2012;38(Suppl 1):S1-S46.
5. Sterk PJ, Fabbri LM, Quanjer PH, Cockcroft DW, O'Byrne PM, Anderson SD, et al. Airway responsiveness. Standardized challenge testing with pharmacological, physical and sensitizing stimuli in adults. Report Working Party Standardization of Lung Function Tests, European Community for Steel and Coal. Official Statement of the European Respiratory Society. *Eur Respir J Suppl*. 1993;16:53-83. PMID:8499055
6. Borges Mde C, Ferraz E, Vianna EO. Bronchial provocation tests in clinical practice. *Sao Paulo Med J*. 2011;129(4):243-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802011000400008> PMID:21971900
7. Vendramini EC, Vianna EO, De Lucena Angulo I, De Castro FB, Martinez JA, Terra-Filho J. Lung function and airway hyperresponsiveness in adult patients with sickle cell disease. *Am J Med Sci*. 2006;332(2):68-72. <http://dx.doi.org/10.1097/00000441-200608000-00003> PMID:16909052
8. Pratter MR, Hingston DM, Irwin RS. Diagnosis of bronchial asthma by clinical evaluation. An unreliable method. *Chest*. 1983;84(1):42-7. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.84.1.42> PMID:6861547
9. Bucca C, Rolla G, Brussino L, De Rose V, Bugiani M. Are asthma-like symptoms due to bronchial or extrathoracic airway dysfunction? *Lancet*. 1995;346(8978):791-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(95\)91617-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(95)91617-2)
10. LindenSmith J, Morrison D, Deveau C, Hernandez P. Overdiagnosis of asthma in the community. *Can Respir J*. 2004;11(2):111-6. PMID:15045041
11. Ehrlich RI, White N, Norman R, Laubscher R, Steyn K, Lombard C, et al. Wheeze, asthma diagnosis and medication use: a national adult survey in a developing country. *Thorax*. 2005;60(11):895-901. <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2004.030932> PMID:16263947 PMID:1747242
12. Irwin RS. Evaluation of wheezing illnesses other than asthma in adults. In: UpToDate, Basow DS, editor. *UpToDate*. Waltham: UpToDate; 2013.