



Uma causa invulgar de tosse

An unusual cause of coughing

Marta Sousa¹ , Nuno Pardal¹ , Patrícia Araújo¹ , Ana Nascimento¹ .

¹ Serviço de Medicina, Hospital de Santa Luzia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal

Autor correspondente: Marta Sousa **Email:** marta_sousa_11@hotmail.com

DOI: 10.65332/rpdi.v20.123 **Recebido:** 12 Jul 2025 **Aceite:** 26 Jan 2026 **Publicado** 24 Fev 2026

RESUMO

Introdução: A tosse é um sintoma comum, classificada em aguda, subaguda ou crónica, de acordo com a sua duração. As causas mais comuns de tosse crónica são a rinorreia posterior, asma e refluxo gastroesofágico. Contudo, existem outras etiologias, como a candidíase laríngea, que, devido à menor prevalência e à inespecificidade dos sintomas, podem ser subdiagnosticadas.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso de um homem de 52 anos com antecedentes de distrofia bolhosa pulmonar e de tuberculose pulmonar, cronicamente medicado com corticoides inalados. Internado por pneumonia do lobo inferior direito, com boa resposta à antibioterapia, mas sem resolução sintomática completa. Por persistência de tosse seca incapacitante, que o doente relatava como já presente há mais de 2 meses, realizada broncofibroscopia que revelou placas esbranquiçadas sugestivas de candidíase nas vias aéreas superiores, cordas vocais e restante laringe. Instituída terapêutica com fluconazol, com resolução do quadro e desaparecimento da tosse.

Discussão: A candidíase laríngea de forma isolada é uma entidade rara. Os fatores de risco mais comumente associados ao seu aparecimento em indivíduos imunocompetentes são o uso prolongado de corticoides inalados, entre outros.

Conclusão: O caso clínico descrito, para além de mostrar a marcha diagnóstica para a identificação de candidíase laríngea, realça a importância de não se atribuir toda a sintomatologia de um doente às suas patologias de base ou ao diagnóstico de admissão em internamento.

Palavras-Chave: Tosse; Corticoides inalados; Candidíase laríngea.

ABSTRACT

Introduction: Cough is a common symptom, classified as acute, subacute, or chronic, according to its duration. The most common causes of chronic cough are posterior rhinorrhea, asthma, and gastroesophageal reflux. However, other etiologies exist, such as laryngeal candidiasis, which, given their lower prevalence and nonspecific symptoms, may be underdiagnosed.

Case Presentation: A case of a 52-year-old man with a history of bullous pulmonary dystrophy and pulmonary tuberculosis, chronically medicated with inhaled corticosteroids. He was admitted due to right lower lobar pneumonia, with good response to antibiotic therapy, but without complete symptomatic resolution. Due to a persistent cough, which the patient reported as having been present for more than 2 months, bronchoscopy was performed, revealing whitish plaques suggestive of candidiasis in the upper airways, vocal cords, and the rest of the larynx. Fluconazole therapy was initiated, with resolution of the condition and disappearance of the cough.

Discussion: Isolated laryngeal candidiasis is a rare entity. The most common risk factors associated with its occurrence in immunocompetent individuals are prolonged use of inhaled corticosteroids, among others.

Conclusion: The clinical case described, in addition to showing the diagnostic process for identifying laryngeal candidiasis, highlights the importance of not attributing all of the patient's symptoms to their underlying pathologies or to the diagnosis upon admission to the hospital.

Keywords: Cough; Inhaled corticosteroids; Laryngeal candidiasis.

Introdução

A tosse é um sintoma comum¹, classificada de acordo com a sua duração em aguda (<3 semanas), subaguda (3 a 8 semanas) e crónica (>8 semanas)². Consiste num reflexo protetor, mediado principalmente por aferentes vagais que inervam as vias aéreas superiores e inferiores e que são sensíveis a estímulos mecânicos (p.e. aspiração de corpos estranhos, compressão extrínseca das vias aéreas), químicos (p.e. inalação de gases irritantes ou tóxicos) e inflamação (p.e. em contexto de infeção). Também pode ser de causa psicogénica^{1,2}. Numa elevada proporção de doentes persiste, apesar do tratamento empírico inicial instituído³. A tosse persistente prejudica a qualidade de vida, sono e relações sociais.

O diagnóstico é desafiador, exigindo investigação sistemática e, muitas vezes, múltiplos exames complementares de diagnóstico e consultas especializadas. A dificuldade reside na ausência de biomarcadores específicos, levando a atrasos di-

agnósticos e tratamentos empíricos prolongados³. As causas mais comuns de tosse crónica são a rinorreia posterior, asma e refluxo gastroesofágico⁴. No entanto, existem outras etiologias, como por exemplo, a candidíase laríngea, que, dada a menor prevalência e inespecificidade de sintomas (tosse, disfonia, odinofagia, sensação de corpo estranho)⁵, pode ser subdiagnosticada no quotidiano clínico.

Apresenta-se um caso clínico ilustrativo desta etiologia, salientando a importância da sua consideração no diagnóstico diferencial da tosse crónica.

Descrição do Caso

Apresenta-se o caso de um homem de 52 anos, ex-fumador, com distrofia bolhosa pulmonar (submetido a toracotomia direita com exérese de bolhas no lobo superior direito, lobo médio e lobo inferior direito em 2000), história de tuberculose pulmonar prévia (em 1992 e 1996) com sequelas estruturais, antecedentes de toxicod dependência e de infeção pelos vírus das hepatites B e C no

passado (a primeira com marcadores de infeção passada; a segunda orientada para tratamento em consulta de Hepatologia). Sem outros antecedentes patológicos referidos pelo doente. Estava cronicamente medicado com corticoides inalados (fluticasona/salmeterol 500/50 µg, 2x/dia). Realizou esquemas de antibioterapia nos dois meses prévios ao caso descrito, por infeções respiratórias de repetição (sempre com manutenção de tosse seca após resolução dos restantes sintomas).

Recorreu ao serviço de urgência (SU) por novo quadro febril, associado a dispneia, dor torácica

de características pleuríticas e aparecimento de expetoração amarela e espessa. Ao exame objetivo estava febril, taquicárdico, taquipneico, com acessos de tosse intensa.

Analiticamente apenas com leucocitose (com predomínio de neutrófilos) e elevação da proteína C reativa (3,1 mg/dL), tendo uma gasimetria arterial normal em ar ambiente. As pesquisas de antigenúrias (*Streptococcus pneumoniae* e *Legionella*) e de SARS-CoV-2 foram negativas (tabela I).

Tabela I. Estudo analítico inicial realizado.

Parâmetro	Intervalos	À admissão
Hemoglobina, g/dL	13,2 – 17,2	16,2
Leucócitos, $10^3/\text{mm}^3$	4,0 – 10,0	11,3
Neutrófilos, $10^3/\text{mm}^3$	1,5 – 8,0	8,7
Linfócitos, $10^3/\text{mm}^3$	0,8 – 4,0	1,6
Plaquetas, $10^3/\text{mm}^3$	150 – 400	239
Proteína C reativa, mg/dL	<0,5	3,1
Ureia, mg/dL	17 – 43	31
Creatinina, mg/dL	0,1 – 1,3	0,7
Sódio, mmol/L	136 – 145	139
Potássio, mmol/L	3,5 – 5,1	4,5
AST, U/L	<35	72
ALT, U/L	<45	126
Fosfatase alcalina, U/L	30 – 120	63
Gasimetria arterial, FiO_2 0,21	—	pH 7,44 pCO ₂ 40 mmHg pO ₂ 90 mmHg SaO ₂ 97% Lactatos 1,5 mmol/L
Ag. <i>Streptococcus pneumoniae</i> (urinário)	—	Negativo
Ag. <i>Legionella pneumophila</i> (urinário)	—	Negativo
TAAN para SARS-CoV-2	—	Negativo
Hemoculturas	—	Negativo

Abreviaturas: Ag, Antígeno; ALT, alanina aminotransferase; AST, aspartato aminotransferase; FiO_2 , fração inspirada de oxigénio; pCO₂, pressão parcial de dióxido de carbono; pO₂, pressão parcial de oxigénio; SaO₂, saturação arterial de oxigénio; TAAN, Teste de amplificação de ácidos nucleicos.

A radiografia do tórax não foi conclusiva devido às alterações pulmonares sequelares de base (figura 1). Realizou-se uma tomografia computadorizada do tórax, que mostrou focos parenquimatosos escavados ao longo do feixe broncovascular nos segmentos basilares do lobo inferior direito, áreas de opacidade em vidro despolido no parênquima pou-

pado dos lobos inferiores, densificações nodulares milimétricas irregulares, dispersas pelos segmentos basilares dos lobos inferiores e no segmento lingular inferior, e pequena quantidade de secreção nos elementos brônquicos do pulmão direito (figura 1).

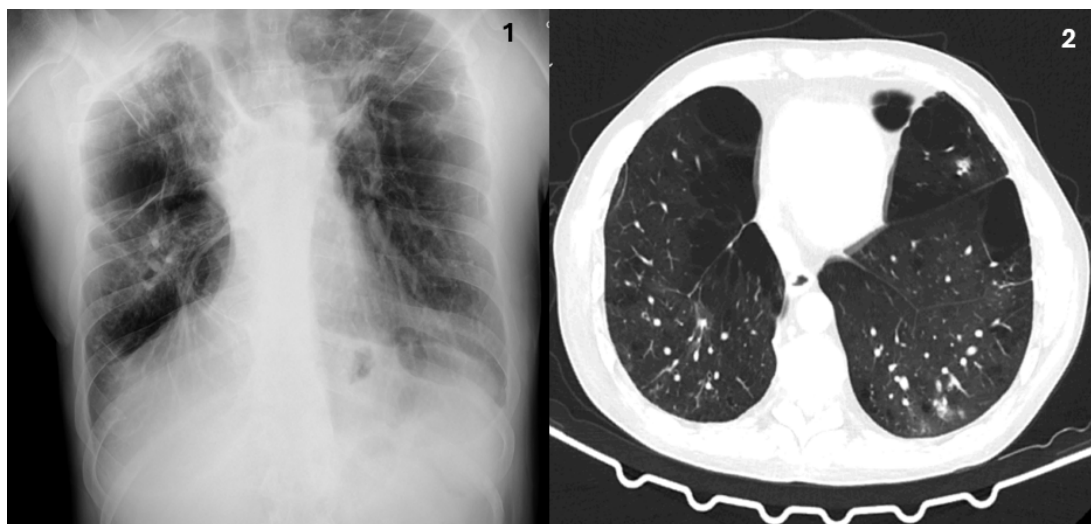


Figura 1. Estudo imagiológico realizado no serviço de urgência. (1) Radiografia do tórax com alterações sequelares prévias. (2) Tomografia computadorizada do tórax mostrando densificações nodulares milimétricas, associadas a vidro despolido adjacente, dispersas pelos lobos inferiores, sobretudo posteriormente.

Foi assumido o diagnóstico de pneumonia bacteriana (CURB-65 = 2; PSI = 92 (risco moderado)), sendo internado sob antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico 1,2 g tid e azitromicina 500 mg id e também corticoterapia sistémica para além dos inaladores habituais.

Sem isolamento de agente nas hemoculturas colhidas na admissão. Foi colhida expetoração para realização de exames bacteriológicos, micológicos e micobacteriológicos, tendo sido todos eles negativos (tabela II). Do restante estudo realizado em internamento (alargado por história de infeções respiratórias de repetição), salienta-se um Ac. anti-VIH 1/2 + Ag p24 negativo, VDRL não reativa, eletroforese de proteínas e doseamento de imunoglobulinas sem alterações, alfa1-antitripsina normal e ANCA negativo (tabela II).

Completo ciclo de antibioterapia (7 dias de amoxicilina/ácido clavulânico e 5 dias de azitromicina)

com resolução da febre e regressão dos parâmetros inflamatórios. Contudo, persistiu quadro de tosse intensa e incapacitante, sem outros sintomas associados (nomeadamente disфонia, odinofagia ou dor cervical, pirose ou outros sintomas de refluxo gastroesofágico). Sem alterações aparentes no exame físico a justificar esta sintomatologia.

Foi realizada videobroncofibroscopia (BFC) que revelou placas esbranquiçadas nas vias aéreas superiores, cordas vocais e restante laringe, sugestivas de infeção por *Candida spp.* (figura 2). As amostras de lavado brônquico para exame microbiológico (bacteriológico, micológico e micobacteriológico) não cumpriam os requisitos laboratoriais necessários para análise, tendo sido descartadas. Não foram colhidas novas amostras tendo em conta a invasividade do exame. A citologia mostrou alterações inflamatórias inespecíficas e foi negativa para malignidade, sem referência à identificação de fungos (tabela II).

Tabela II. Resultados de estudo analítico mais relevante realizado durante o internamento.

Parâmetros analisados	Resultados
Eletroforese proteica	Sem alterações
Imunoglobulinas A, G e M	Sem alterações
Alfa-1 antitripsina	Sem alterações
ANCA	Negativo
Ac. anti-VIH 1/2 + Ag p24 negativo	Negativo
VDRL	Não reativo
Exame citológico do lavado brônquico	Padrão inflamatório inespecífico Negativo para malignidade.
Exame bacteriológico de secreções	Negativo
Exame micológico de secreções	Negativo
Exame micobacteriológico de secreções	Negativo
Exame bacteriológico do lavado brônquico	Amostra não adequada para análise
Exame micológico do lavado brônquico	Amostra não adequada para análise
Exame micobacteriológico do lavado brônquico	Amostra não adequada para análise

Abreviaturas: Ac, anticorpo; Ag, antígeno; ANCA, anticorpos anticitoplasma de neutrófilos; VDRL, *Venereal Disease Research Laboratory*; VIH, vírus da imunodeficiência humana.

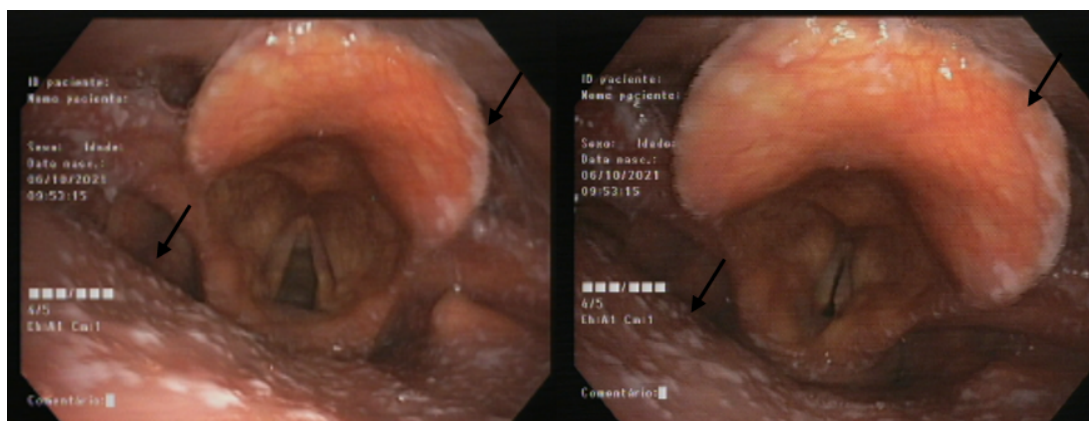


Figura 2. Videobroncofibroscopia realizada durante o internamento evidenciando a presença de placas esbranquiçadas nas vias aéreas superiores e na laringe (→).

Perante a ausência de outros achados a justificar a persistência de tosse, foi assumido o diagnóstico presuntivo de candidíase das vias aéreas superiores e laríngea como causa da tosse e iniciada terapêutica com fluconazol 200 mg id per os (sem dose de carga), que cumpriu durante 6 dias no internamento, com diminuição gradual da tosse. Adicionalmente iniciou plano de reabilitação respiratória em enfermaria, com melhoria da capacidade funcional.

À data da alta, medicado com fluconazol 200 mg id, per os, até completar 14 dias de tratamento.

Decidiu-se pela manutenção da corticoterapia inalada, para estabilização das patologias de base, sendo avaliado posteriormente em consultas de Medicina Interna e de Pneumologia. No entanto, o doente faltou às consultas agendadas, tendo perdido o seguimento hospitalar.

Discussão

As infeções fúngicas da laringe podem ocorrer em concomitância com infeções fúngicas broncopulmonares, mas raramente como infeção isolada ou primária da laringe⁶. A sua importância clínica reside no facto de poderem mimetizar outras entidades frequentes ou potencialmente graves, como doença de refluxo gastroesofágico, doenças granulomatosas, leucoplasia ou carcinoma laríngeo⁷. No caso apresentado, a candidíase laríngea foi considerada a causa mais provável da persistência da tosse, dada a manutenção deste sintoma após resolução do quadro infeccioso pulmonar, a ausência de outras etiologias identificadas no estudo realizado e a resposta clínica favorável à terapêutica antifúngica. A tosse constituiu o sintoma dominante e limitante, sem alterações objetivas no exame físico respiratório que justificassem a sua persistência. De salientar que o doente não apresentava queixas sugestivas de refluxo gastroesofágico e por isso não foi realizada endoscopia digestiva alta para a sua exclusão.

A imunossupressão, o uso recente de antibioterapia e a corticoterapia sistémica administrada durante o internamento podem ter contribuído adicionalmente para o aparecimento de candidíase laríngea. Numa análise retrospectiva, os corticoides inalados foram o fator predisponente isolado mais comum⁶. Os fatores referidos promovem o crescimento fúngico por meio da disbiose, da supressão da imunidade local e sistémica e da facilitação da adesão e invasão de *Candida spp.* na laringe⁸.

A apresentação clínica da candidíase laríngea é variável e inespecífica, incluindo sintomas como rouquidão, disfagia, disfonia, odinofagia, estridor, dispneia e tosse⁵. Por norma, a tosse isolada não é uma manifestação típica da candidíase laríngea⁹, ao contrário do que foi observado neste caso. A diversidade sintomática contribui para o subdiagnóstico desta entidade, particularmente em doentes sem imunossupressão sistémica evidente⁵.

O diagnóstico assenta na objetivação de placas esbranquiçadas na laringoscopia ou BFC, sendo o papel da biópsia controverso. A confirmação

da infeção fúngica pode ser obtida por histologia ou através de exames culturais obtidos a partir do lavado brônquico⁵. Embora a confirmação microbiológica ou histológica possa reforçar o diagnóstico, a resposta à terapêutica antifúngica constitui, em muitos casos, um critério adicional de suporte diagnóstico¹⁰. No presente caso, a ausência de confirmação microbiológica e a perda de seguimento constituem limitações, devendo o diagnóstico ser considerado clínico-presuntivo.

O tratamento é conservador, envolvendo o uso de antifúngicos, durante 10 a 30 dias dependendo da gravidade e extensão da infeção¹¹. O fluconazol é o fármaco de eleição¹², pois apresenta uma baixa toxicidade e uma boa absorção gastrointestinal quando comparado com outros antifúngicos. A dose habitualmente utilizada é de 100 a 400 mg id¹¹. O diagnóstico e tratamento precoces são importantes para prevenção da disseminação da infeção e do envolvimento sistémico¹². No caso apresentado optou-se pela duração de 14 dias de tratamento considerando a resposta favorável à terapêutica instituída. Na ausência de uma resposta adequada aos antifúngicos, deveria ter sido equacionada a possibilidade de resistência ao antifúngico selecionado, bem como a redução ou interrupção da terapêutica com corticoides inalados (que neste caso foram mantidos por questões clínicas e patologia de base do doente). Em caso de recorrência, após as medidas implementadas, poderia ter sido ponderada terapêutica supressora com antifúngico (p.e. fluconazol 100 mg id ou 100 mg em dias intercalados)¹².

Conclusão

A candidíase laríngea é uma entidade rara, quando ocorre de forma isolada, estando mais frequentemente presente em indivíduos imunodeprimidos. Os fatores de risco mais comumente associados e que predispõem ao seu aparecimento em indivíduos imunocompetentes são o uso prolongado de corticoides inalados, o refluxo gastroesofágico, o tabagismo, o trauma e tratamentos de radioterapia.

O seu diagnóstico pode ser dificultado pela semelhança clínica com outras patologias frequentes, o que exige um elevado índice de suspeição clínica, particularmente em doentes expostos a fatores de risco.

Este caso clínico sublinha a importância de uma abordagem diagnóstica abrangente, evitando a atribuição exclusiva da sintomatologia às comorbilidades ou ao diagnóstico inicial, e reforça a necessidade de reavaliar a hipótese etiológica sempre que a evolução clínica não seja a expectável.

Contributo dos autores

Marta Sousa: redação do manuscrito e seleção das imagens.

Todos: revisão do manuscrito.

Financiamento / Patrocínios

Sem patrocínios ou financiamentos declarados.

Declaração de ética

Foram respeitados os princípios éticos e deontológicos em conformidade com a Declaração de Helsínquia. Foi solicitado consentimento informado ao doente.

Conflito de interesses

Os autores não declararam nenhum conflito de interesses.

Referências bibliográficas

1. Bergmann M, Haasenritter J, Beidatsch D, Schwarm S, Hörner K, Bösner S, et al. Prevalence, aetiologies and prognosis of the symptom cough in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1):151. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01501-0>
2. 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(2 Suppl):133S–181S. https://doi.org/10.1378/chest.114.2_supplement.133s
3. Ahmad SR, Iyer VN. The evolving clinical practice of chronic cough. *Mayo Clin Proc.* 2022;97(6):1164–1175. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2022.02.005>
4. Palombini BC, Villanova CA, Araújo E, et al. A pathogenic triad in chronic cough: asthma, postnasal drip syndrome, and gastroesophageal reflux disease. *Chest.* 1999;116(2):279–284. <https://doi.org/10.1378/chest.116.2.279>
5. Ravikumar A, Prasanna Kumar S, Somu L, Sudhir B. Fungal laryngitis in immunocompetent patients. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;66(Suppl 1):375–378. <https://doi.org/10.1007/s12070-011-0322-7>
6. Nair AB, Chaturvedi J, Venkatasubbareddy MB, Correa M, Rajan N, Sawkar A. A case of isolated laryngeal candidiasis mimicking laryngeal carcinoma in an immunocompetent individual. *Malays J Med Sci.* 2011;18(3):75–78. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3216230/>
7. Chandran SK, Lyons KM, Divi V, Geier M, Sataloff RT. Fungal laryngitis. *Ear Nose Throat J.* 2009;88(8):1026–1027. <https://doi.org/10.1177/014556130908800803>
8. Valand N, Girija UV. *Candida* pathogenicity and interplay with the immune system. *Adv Exp Med Biol.* 2021;1313:241–272. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67452-6_11
9. Sulica L. Laryngeal thrush. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2005;114(5):369–375. <https://doi.org/10.1177/000348940511400506>
10. Valente P, Ferreira J, Pinto I, et al. Management of laryngeal candidiasis: an evidence-based approach for the otolaryngologist. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020;277(5):1267–1272. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-05865-4>
11. Swain SK, Sahu MC, Debata P, Baisakh MR. Primary fungal laryngitis: an overlooked clinical entity. *Apollo Med.* 2019;16:11–15. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4103/am.am_85_18
12. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, et al. Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2016;62(4):e1–e50. <https://doi.org/10.1093/cid/civ933>