

A dor abdominal é um problema comum em escolares. É definida na presença de pelo menos três episódios de dor, suficientemente fortes para interferir nas atividades habituais da criança por um período mínimo de três meses 1.

abdominal recorrente

Coordenador

Claudio A. Len

Professor Adjunto, Doutor, Disciplina de Alergia, Imunologia e Reumatologia do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.

Autores

Dor Abdominal Recorrente

Sílvia Maria de Macedo Barbosa

- Médica Assistente, Pediatra, Chefe da Unidade de Dor e Cuidados Paliativos do Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- 2. Cefaleia/ Enxaqueca Eliete Chiconelli Faria | Marcelo Masruha Rodrigues
- 3. Cólica do Lactente Ana Teresa Stochero Leslie | Ruth Guinsburg
- 4. Dor Musculoesquelética Idiopática (Dor do Crescimento) Clovis Artur A. Silva
- 5. Desordens Temporomandibulares (DTM) Liete Figueiredo Zwir | Maria Teresa R. A. Terreri
- **6. Fibromialgia Juvenil** Melissa M. Fraga
- 7. Dor em Erupção Dental Adriana Mazzoni | Renata Dejtiar Waksman
- 8. Dores Relacionadas à Prática de Esportes Ana Lucia de Sá Pinto

A dor abdominal é um problema comum em escolares. É definida na presença de, pelo menos, três episódios de dor suficientemente fortes para interferir nas atividades habituais da criança por um período mínimo de três meses¹. Aproximadamente 10% dos escolares apresentam episódios de dores abdominais recorrentes (DAR)¹.

1 Etiologia

A origem da dor abdominal é complexa e não há um único modelo de casualidade. De um modo geral, as doenças orgânicas são identificadas em 10% das crianças com DAR¹.

Várias causas orgânicas estão relacionadas à dor abdominal, sendo que, em muitos casos, a fisiopatologia é relacionada a processos infecciosos (por exemplo, infecção do trato urinário), inflamatórios (doença de Crohn) ou distensão/obstrução de vísceras ocas. Doenças parasitárias e constipação também devem ser consideradas (Tabela 1).

Tabela 1: Causas de Dor Abdominal Recorrente

Gastrointestinais	Urinárias	Ginecológicas	Miscelânea
constipação crônica	infecção do trato urinário	cisto de ovário	epilepsia abdominal
doença inflam. intestinal			
infecção parasitária			
intolerância diet. (lactose)			
refluxo gastroesofágico			
infecção H. pylori			
doença celíaca		endometriose	
úlcera péptica			
gastrite			
hepatite	cálculo renal		abuso físico, emocional e sexual
cálculo biliar			
apendicite crônica			
pancreatite crônica			
dispepsia funcional		doença inflamatória pélvica	
síndr. do intest. irritável			
síndrome da dor abdominal funcional			
migrânea abdominal			
aerofagia			

Muitas doenças podem causar DAR. Na prática clínica, a maioria das crianças e adolescentes não tem evidência da doença e apresenta dor abdominal funcional. A classificação de Roma II (1999) sugere um sistema de classificação funcional das

desordens gastrointestinais que se associam com as dores abdominais recorrentes³. São incluídos os diagnósticos de dispepsia funcional, síndrome do intestino irritável, dor abdominal funcional e migrânea abdominal. Na presença de sintomas de dor abdominal que preencham os critérios de Roma, pode-se estabelecer o diagnóstico definitivo sem necessidade de investigação laboratorial adicional⁴.

A escala de Roma foi revista e modificada em 2006, sendo desenvolvidos os critérios Roma para dores abdominais funcionais pediátricas ⁵ (Tabela 2).

Tabela 2: Critérios Diagnósticos para Desordens Intestinais Funcionais

Critérios diagnósticos para dispepsia funcional

Devem ser incluídas as seguintes características:

- 1. Dor recorrente ou desconforto no abdome superior (acima do umbigo).
- Dor não aliviada pela defecação ou dor associada com uma mudança na frequência de evacuações ou forma das fezes.
- 3. Ausência de evidência de um processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico que explique a dor.

Critérios diagnósticos para a síndrome do intestino irritável*

Devem ser incluídas as seguintes características:

- 1. Desconforto abdominal (uma sensação desconfortável não descrita como a dor) ou dor associada com dois ou mais dos seguintes casos em pelo menos 25% do tempo:
 - a) Melhora com a defecação;
 - b) Início associado com uma mudança na frequência das fezes, e
 - c) Início associado com alteração na aparência das fezes
- Ausência de evidência de um processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico.
- * Critérios presentes uma vez por semana por, no mínimo, dois meses antes do diagnóstico.

Critérios diagnósticos para a enxaqueca abdominal †

Devem ser incluídas as seguintes características:

- Episódios paroxísticos de dor aguda intensa periumbilical com duração de uma hora ou mais.
- 2. Dor intercalada por períodos de saúde com duração usual de semanas a meses.
- 3. Dor que interfere nas atividades normais.
- Dor associada a 2 ou mais dos seguintes sintomas: anorexia, náuseas, vômitos, dor de cabeça, fotofobia ou palidez.
- Ausência de evidência de um processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico.
 - † Critérios presentes duas ou mais vezes nos últimos 12 meses.

Critérios diagnósticos para dor abdominal funcional na infância

Devem ser incluídas as seguintes características:

- 1. Dor episódica ou dor abdominal contínua.
- 2. Ausência de critérios para outros distúrbios gastrintestinais funcionais.
- 3. Ausência de evidências de processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico.

Critérios diagnósticos para síndrome de dor abdominal funcional na infância

Deve ser incluída a dor abdominal funcional na infância em pelo menos 25% do tempo e um ou mais dos seguintes:

- 1. Perda de funcionamento diário.
- Sintomas somáticos adicionais como dor de cabeça, dores nos membros ou dificuldade em dormir.

Critérios diagnósticos para aerofagia

Devem ser incluídos pelo menos dois dos seguintes:

- 1. Ato de engolir ar.
- 2. Distensão abdominal devido ao ar intraluminal.
- 2. Arrotos repetitivos e/ou aumento de flatos.

2

Abordagem da Criança com Dor

A anamnese adequada associada ao exame físico são mandatários para uma avaliação adequada em pacientes com história de dor abdominal recorrente. Devem ser colhidos dados sobre a dor, frequência, localização, qualidade e associação com outros sintomas, como sudorese, náuseas e tonturas. É importante que se pesquise a existência de fatores desencadeantes, como doença viral recente, ingestão de certos tipos de alimentos e relação com estresse, ansiedade e uso concomitante ou anterior de medicação. Sintomas sistêmicos devem ser observados, tais como perda de peso, atraso no crescimento, atraso no desenvolvimento puberal, febre, erupção cutânea e dor articular. A história familiar de doença inflamatória intestinal ou de úlcera péptica deve ser questionada.

O exame físico deve ser completo: curva de crescimento, ganho ponderal, estado geral do paciente, pele, artrites e sinais de inflamação perirretal. O exame físico abdominal deve incluir a inspeção do abdome, ausculta dos ruídos intestinais, palpação do fígado, baço, massas e áreas de sensibilidade.

O exame físico de pacientes com distúrbios funcionais geralmente é inespecífico, embora possa haver uma discreta área de maior sensibilidade à palpação. Sinais de irritação peritonial <u>não</u> são consistentes com diagnóstico de dor abdominal funcional.

Para o diagnóstico de DAR não são necessários os exames subsidiários sofisticados. É essencial uma análise completa da

queixa e dos outros componentes da história, um exame físico meticuloso e um raciocínio criterioso de investigação. Crianças que apresentam sinais de alerta na história e no exame físico necessitam de maiores investigações com exames.

Tabela 3: Sinais de Alerta na História e no Exame Físico para Dor Abdominal Recorrente

Sinais de alerta na história	Sinais de alerta no exame físico	
Dor localizada longe do umbigo	Perda de peso ou retardo de crescimento	
Dor capaz de acordar a criança à noite		
Dor que altera os hábitos intestinais;	Hepatomegalia e esplenomegalia	
disúria; alterações cutâneas e artrite	Dor abdominal localizada	
Sangue oculto	particularmente longe do umbigo	
Vômitos repetidos, especialmente biliosos	Edema articular, dor ou calor	
Sintomas constitucionais concorrentes, como febre, perda do apetite e letargia	Palidez, alterações cutâneas, hérnias da parede abdominal	

Os exames, como a urina tipo 1, o exame de fezes e alguns de sangue são recomendados para se excluir causas orgânicas de pacientes com DAR.

Avaliações com exames de imagem (ultrassom, radiografia simples, tomografia computadorizada) e investigações invasivas, como a endoscopia, são raramente necessárias (Tabela 4).

Tabela 4: Exames Auxiliares no Diagnóstico da Dor Abdominal Recorrente

Investigação Básica	Investigação Secundária	
Hemograma completo	Radiografia de abdome	
	Testes hepáticos	
Velocidade de hemossedimentação	Função renal	
Destráns O mestina	Ultrassom abdominal	
Proteína C reativa	Pesquisa para intolerância à lactose	
Urina tipo 1	Teste para <i>H. pylori</i>	
	Enema opaco	
Urocultura	Manometria esofágica e pHmetria	
	Endoscopia	
Protoparasitológico de fezes	Uretrocistografia miccional	

A recomendação para o tratamento das crianças com DAR inclui suporte e educação para a família, garantindo-se que não há uma doença séria presente. Com esta abordagem, 30 a 60% das crianças apresentam resolução da sua dor¹. O tratamento farmacológico com antagonistas do receptor H₂ pode ser utilizado para o manuseio dos sintomas de crianças com dispepsia. O uso de pizotifeno, um antagonista seratoninérgico, tem se mostrado efetivo nos casos de migrânea abdominal⁶. O uso de analgésicos, como o paracetamol e a dipirona, pode ser necessário para os momentos de crise álgica.

Alguns passos são úteis para o adequado manuseio das dores recorrentes abdominais:

- 1. Explicação para a família, de forma cuidadosa, sobre os conceitos e as razões por trás das investigações. Após a exclusão das causas orgânicas, reassegure ao paciente e à família que não há uma doença séria presente.
- 2. Identificação dos sinais de alerta.
- **3.** Postura de evitar "rótulos psicológicos", a não ser que as evidências mostrem a presença de psicopatologia.
- **4.** Permissão (e encorajamento) para a realização das atividades normais.
- **5.** Atenção para a retirada das atividades. Caso ocorra a interrupção das atividades normais por iniciativa da própria criança, deve-se considerar o encaminhamento psicológico.
- **6.** Estabelecimento de um acompanhamento regular com retornos periódicos para controle dos sintomas.
- **7.** Disponibilidade para examinar a criança caso ocorram mudanças no padrão da dor ou no caso de pais muito ansiosos.
- **8.** Cuidado com a resposta ao placebo. Evite o diagnóstico imediato baseado em resposta terapêutica.
- 9. Abertura para pedidos de segunda opinião.

O prognóstico a longo prazo relatado em dois estudos realizados por Aply e Hale ⁷ e Christensen and Mortensen ⁸ relata que, aproximadamente, 50% das crianças com DAR funcional experimentarão dor na fase adulta. O desenvolvimento da síndrome do intestino irritável pode ocorrer em 25-29% dos casos ⁹.

Referências Bibliográficas:

1.Devanarayana NM, Rajindrajith S, Silva HJ. Recurrent Abdominal Pain in Children. Indian Pediatrics. 2009: 46; 389-99. **2.** Hyams JS, Burke G, Davis PM et al. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: A community-based study. J Pediatr. 1996; 129: 220-26. **3.** Hyman PE, Rasquin-Weber A, Fleisher DR et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. In Drossman DA (ed): The Functional Gastrointestinal Disorders. 2. ed. Lawrence, KS, Allen Press, 2000, p. 533-575. **4.** Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut. 1999; 45: S60-8. **5.** Devanarayana NM, de Silva GDH, de Silva HJ. Aetiology of recurrent abdominal pain in a cohort of Sri Lankan children. J Paediatr Child Health. 2008; 44: 195-200. **6.** Huertas-Ceballos A, Macarthur C, Logan S. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain (RAP) in childhood. Cochrane Database Syst Rev 2004. **7.** Apley J, Hale B. Children with recurrent abdominal pain: how do they grow up? BMJ. 1973; 3: 7-9. **8.** Christensen MF, Mortensen O. Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. Arch Dis Child. 1975; 50: 110-14. **9.** Jarrett M, Heitkemper M, Czyzewski DI, Shulman R. Recurrent abdominal pain in children: forerunner for adult irritable bowel syndrome? JSPN 2003; 8: 81-9.



Apoio institucional:

Johnson-Johnson

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Reprodução e distribuição proibidas.