

# Protocolo Clínico e de Regulação para Dor Abdominal Recorrente na Criança e Adolescente **107**

*Emanuele Alves Baltazar da Silveira  
Ieda Regina Lopes Del Ciampo  
Regina Sawamura  
Maria Inez Machado Fernandes*

## **INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA**

A dor abdominal crônica recorrente (DAR) é um sintoma frequente entre crianças e adolescentes que procuram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Trata-se de uma síndrome multifatorial e sem consenso difundido na abordagem diagnóstica e terapêutica, o que justifica o melhor conhecimento dos profissionais da saúde sobre algumas diretrizes que podem auxiliá-los na tomada de decisão em relação ao manejo e acesso nos diferentes componentes na rede assistencial.

A primeira definição de DAR foi feita por Apley, em 1958, como a ocorrência de pelo menos três episódios de dor, por período superior a três meses, durante o último ano, forte o suficiente para interferir nas atividades habituais da criança.

Apesar dos progressos científicos, a DAR continua sendo um dos maiores desafios enfrentados por pediatras e gastroenterologistas, pois, além de terem que diferenciar entre orgânica e funcional, os fatores etiológicos da primeira são extensos, demandando um diagnóstico diferencial e, por outro lado, as funcionais são altamente prevalentes e não contam com marcadores diagnósticos específicos.

## **EPIDEMIOLOGIA**

A prevalência atual de DAR é de 11% a 45% das crianças e apenas cerca de 5% a 10% das que manifestam DAR apresentam uma causa orgânica. Essa

grande amplitude deve-se às diferentes metodologias aplicadas nos estudos, à variação da idade das crianças entre as pesquisas realizadas, à área geográfica, além de fatores sociais envolvidos.

Na maioria dos estudos, as meninas são mais afetadas pela DAR do que os meninos (1,5:1). A dor inicia-se, habitualmente, a partir dos 4 anos de idade e há um aumento constante do número de casos entre 4 e 5 anos, com declínio após essa idade nos meninos e aumento marcante de novos casos em meninas até os 10 anos. A determinação do início da DAR é importante por apresentar valor no prognóstico.

## ETIOLOGIA E QUADRO CLÍNICO

A apresentação da DAR é variável, possui etiologia variada, podendo ser de origem orgânica ou não orgânica (funcional). A segunda categoria é muito mais frequente e sem um modelo teórico causal definido.

A etiologia da DAR pode ter origem nos diversos órgãos intra-abdominais e até mesmo fora dele (Tabela 107-1).

Quando se estabelece o diagnóstico de DAR não orgânica (funcional) de forma segura, explica-se para as crianças e seus pais que a dor, apesar de real, não leva ao risco de morte, o que ajuda a diminuir a ansiedade dos mesmos.

A definição da DAR como funcional é feita atualmente pelos critérios de Roma III (ver adiante) com duas categorias divididas por faixa etária e inclusão da dor abdominal com duração superior a oito semanas.

**TABELA 107-1** Causas orgânicas de dor abdominal recorrente

1. Gastrointestinal	2. Trato urinário
• Constipação intestinal crônica	• Infecção do trato urinário
• Doença inflamatória intestinal	• Litíase renal
• Parasitose	• Obstrução ureteropélvica
• Intolerância alimentar	
• Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)	3. Ginecológicas
• Infecção por <i>H. pylori</i>	• Cisto de ovário
• Doença péptica	• Endometriose
• Hepatite	• Doença inflamatória pélvica
• Litíase biliar	
• Apendicite crônica	4. Miscelânea
• Pancreatite crônica	• Epilepsia abdominal
	• Abuso sexual, emocional ou físico

## Dor abdominal recorrente funcional (90%-95% dos casos)

Apesar de muito mais frequente que as causas orgânicas, estas últimas devem ser prioritariamente excluídas. A DAR funcional (DARF) costuma ser periumbilical ou não ter localização bem definida, com duração inferior a 1 hora, sem relação com refeição, atividade ou padrão das fezes. Pode estar associada a sintomas autonômicos como náusea, palidez, vômitos, cefaleia, fadiga, dor em membros. Na história familiar, as queixas gastrointestinais podem estar presentes. Não há comprometimento do peso e da estatura ou associação a sintomas sistêmicos como febre, *rash*, edema ou dor articular. É uma condição na qual o paciente tem diversos sintomas, porém sem nenhuma anormalidade bioquímica ou estrutural identificável.

Nas famílias de crianças com DARF é frequente a identificação de queixas dolorosas como úlcera péptica, cólon irritável e enxaqueca, sugerindo predisposição genética para dor e comprometimentos funcionais. Deve haver participação da inervação extrínseca dos intestinos e/ou sistema nervoso central (SNC) com alteração no limiar da percepção dolorosa.

### CRITÉRIOS DE ROMA III PARA DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS

- I) Critérios diagnósticos para dispepsia funcional<sup>1</sup>  
Deve incluir todos os seguintes itens:
- A) persistência da dor ou desconforto localizado no abdome superior (acima da cicatriz umbilical);
  - B) ausência de alívio com a evacuação ou de associação a início das alterações da sua frequência e forma das fezes;
  - C) ausência de evidência de processo inflamatório, neoplásico, anatômico ou metabólico que explique os sintomas.
- II) Critérios diagnósticos para síndrome do intestino irritável<sup>1</sup>  
Deve incluir todos os seguintes itens:
- A) desconforto abdominal (não descrita como dor) ou dor associado a dois ou mais dos seguintes sintomas por no mínimo 25% do tempo:
    - melhora com a evacuação;
    - início associado a alteração da forma das fezes;
    - início associado a alteração da frequência das fezes;
  - B) ausência de evidência de processo inflamatório, neoplásico, anatômico ou metabólico que explique os sintomas.
- III) Critérios diagnósticos para migrânea abdominal<sup>2</sup>  
Deve incluir todos os seguintes itens:
- A) episódios paroxísticos de dor periumbilical aguda intensa que dura 1 hora ou mais;
  - B) períodos de acalmia que duram semanas a meses;
  - C) a dor interfere nas atividades habituais;

- D) a dor está associada a dois ou mais dos seguintes sintomas: anorexia, vômitos, cefaleia, fotofobia, palidez;
- E) ausência de evidência de processo inflamatório, neoplásico, anatômico ou metabólico que explique os sintomas.
- IV) Critérios diagnósticos para dor abdominal funcional da infância<sup>1</sup>  
Deve incluir todos os seguintes itens:
- A) dor abdominal contínua ou episódica;
- B) critérios insuficientes para outro distúrbio gastrointestinal funcional;
- C) ausência de evidência de processo inflamatório, neoplásico, anatômico ou metabólico que explique os sintomas.
- V) Critérios diagnósticos para síndrome da dor abdominal funcional da infância<sup>1</sup>  
Deve incluir a dor abdominal funcional da infância por pelo menos 25% do tempo e um ou mais dos seguintes itens:
- A) alguma perda da função diária;
- B) sintomas somáticos adicionais como cefaleia, dor em membros ou dificuldade de dormir .
- VI) Critérios diagnósticos para areofagia<sup>2</sup>  
Deve incluir no mínimo dois dos seguintes itens:
- A) deglutição de ar;
- B) distensão abdominal por ar intraluminal;
- C) eructação repetitiva e/ou aumento de flatos.

### Dor abdominal recorrente orgânica (5%-10% dos casos)

Apesar de existirem diversas causas de DAR orgânica, a maioria está relacionada com infecção (urinária, por exemplo), inflamação (doença de Crohn, por exemplo), distensão ou obstrução de vísceras ocas (uropatia obstrutiva, por exemplo).

Parasitose intestinal, incluindo giardíase, constipação intestinal, doença do refluxo gastroesofágico e intolerância à lactose são causas frequentes de DAR orgânica. A relação da DAR orgânica com a infecção pelo *Helicobacter pylori* é controversa.

A dor abdominal orgânica e a dor abdominal funcional podem coexistir em um mesmo paciente. Não há estudos que avaliem a localização, a natureza, a gravidade e a duração da dor para diferenciar entre doença orgânica e funcional. Nenhum estudo tem avaliado o valor dos sinais físicos na identificação de doença orgânica em pacientes com DAR. Os sinais de alarme (Tabela 107-2) têm sido usados para guiar médicos na identificação de qual criança necessitará de investigação complementar.

<sup>1</sup>Critério preenchido pelo menos uma vez por semana, pelo menos dois meses antes do diagnóstico.

<sup>2</sup>Critério preenchido duas ou mais vezes nos 12 meses precedentes.

**TABELA 107-2** Sinais de alarme para dor abdominal recorrente

1. Dor localizada longe da região periumbilical
2. Dor que desperta à noite
3. Dor associada a alterações do hábito intestinal
4. Disúria, artrite, *rash*
5. Sangramento oculto
6. Vômitos repetidos, especialmente biliosos
7. Sintomas constitucionais como febre, perda de apetite e letargia
8. Disfagia
9. Sintomas respiratórios
10. Perda de peso
11. Retardo do crescimento
12. Visceromegalias
13. Atraso puberal
14. Palidez
15. Hérnia da parede abdominal
16. Irradiação da dor para as costas, ombros, escápulas e extremidades inferiores
17. Incontinência fecal intermitente
18. Sonolência acompanhando os ataques de dor
19. História familiar de úlcera péptica, doença inflamatória intestinal.

**DIAGNÓSTICO**

A investigação diagnóstica depende da apresentação inicial, que pode variar de crônica até a mimetização de uma dor aguda e intensa, propiciando uma avaliação extensa e invasiva, em geral desnecessária e causadora de intensa ansiedade para a criança e seus familiares. Na maioria dos casos de investigação da DAR, a realização de uma história clínica, sem se esquecer dos aspectos sociais e psicológicos da criança, e o exame físico, quando bem realizados, são suficientes para se estabelecer o diagnóstico de DAR funcional. Poucos exames laboratoriais complementares são necessários (Tabela 107-3). Se a DAR se perpetua, existe a necessidade de encaminhamento para serviços de média e elevada complexidade para aprofundamento da investigação e tratamento especializados, onde serão realizados novos exames (Tabela 107-4).

**TRATAMENTO**

O tratamento da DAR secundária aos distúrbios funcionais do trato gastrointestinal inclui suporte e tranquilização da família e da criança quanto à natureza benigna da doença. Os tratamentos farmacológicos são frequente-

**TABELA 107-3** Investigação de dor abdominal recorrente – Exames na atenção básica

Hemograma	Função renal
VHS/PCR	Urina rotina
Glicemia	Urocultura
Eletrólitos	Parasitológico de fezes
Transaminases	Pesquisa de sangue oculto nas fezes
Amilase	Radiografia simples do abdome
Colesterol	US abdominal

**TABELA 107-4** Investigação de dor abdominal recorrente na atenção especializada

INVESTIGAÇÃO NOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	EXAMES EM SERVIÇOS TERCIÁRIOS
Endoscopia digestiva alta com biópsia	Retossigmoidoscopia
Teste do hidrogênio expirado	Tomografia abdominal
Trânsito intestinal	Cintilografia abdominal
Eletroencefalograma	Teste de cloro no suor
Teste para <i>H. pylori</i>	pHmetria esofágica 24 horas
	Uretrocistografia miccional

mente usados no sentido de aliviar os sintomas apesar da falta de dados que sustentem sua eficácia.

De acordo com a triagem clínica realizada, os antagonistas dos receptores H<sub>2</sub> são eficazes no tratamento da DAR com predomínio de sintomas dispépticos. O antagonista serotoninérgico (pizotifen) parece eficaz quando usado profilaticamente em crianças com migrânea abdominal.

Não há evidência de eficácia de melhora da DAR com a intervenção dietética. De acordo com revisões sistemáticas disponíveis, os tratamentos com suplementação de fibras ou restrição de lactose foram inconclusivos. A dieta pobre em gordura é sugerida como uma possibilidade terapêutica nos distúrbios gastrointestinais, incluindo dispepsia e síndrome do intestino irritável, mas nenhum estudo avaliou o valor dessa intervenção dietética em crianças com DAR.

A terapia comportamental cognitiva tem sido tentada em pacientes com DAR, com alguns efeitos significativos baseados na tese de que os comportamentos dolorosos produzem ganhos secundários (como atenção especial, faltas escolares) e podem reforçar a queixa de dor.

## ABORDAGEM DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM DOR ABDOMINAL RECORRENTE A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA (Fluxograma 107-1)

### Cenário I

#### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Paciente de 5 anos com queixa de dor abdominal há 1 ano, em região peri-umbilical, três a quatro vezes por semana, com períodos de acalmia de até 15 dias. A dor não tem caracterização definida, não irradia, é moderada, interrompendo as atividades habituais, sem despertar noturno, com duração de 1 h, sendo necessária medicação analgésica em alguns episódios. Apresenta evacuações com fezes formadas, sem esforço evacuatório. Nega febre, alterações cutâneas, articulares, urinárias ou respiratórias. Criança sem alterações ao exame físico. Peso e estatura adequados (p50) com ganho ponderal de 2 kg/ano e 6,5 cm/ano.

#### DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

- Dor abdominal recorrente funcional.

#### MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS ADOTADAS

As características da dor e a ausência de sinais de alarme sugerem dor abdominal recorrente não orgânica. Dessa forma, inicialmente, deve-se orientar a família e a criança sobre o provável diagnóstico, tranquilizando-as. Na persistência da dor, podem-se realizar os exames de primeira linha. Se não houver alteração significativa de tais exames, manter acompanhamento ambulatorial na UBS.

### Cenário II

#### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Paciente com 7 anos de idade há um ano vem apresentando dor abdominal generalizada, porém mais intensa em fossa ilíaca direita, diária. A dor foi se intensificando e está pior há um mês, associando então distensão abdominal e febre (um a dois picos não diários). Nesse período, ocasionalmente chega a acordar de madrugada devido à dor. Nas últimas duas semanas está apresentando fezes amolecidas, três vezes ao dia, algumas vezes acompanhadas de muco e raias de sangue. Refere perda ponderal de 2 quilos nesse último mês. Já recebeu diversos medicamentos como vermífugos e antibióticos. Ao exame: apresenta-se em regular estado geral, febril, palidez cutânea, abdômen distendido, sem anormalidades na região perineal.

## DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

Dor abdominal recorrente de causa orgânica (doença inflamatória intestinal crônica?).

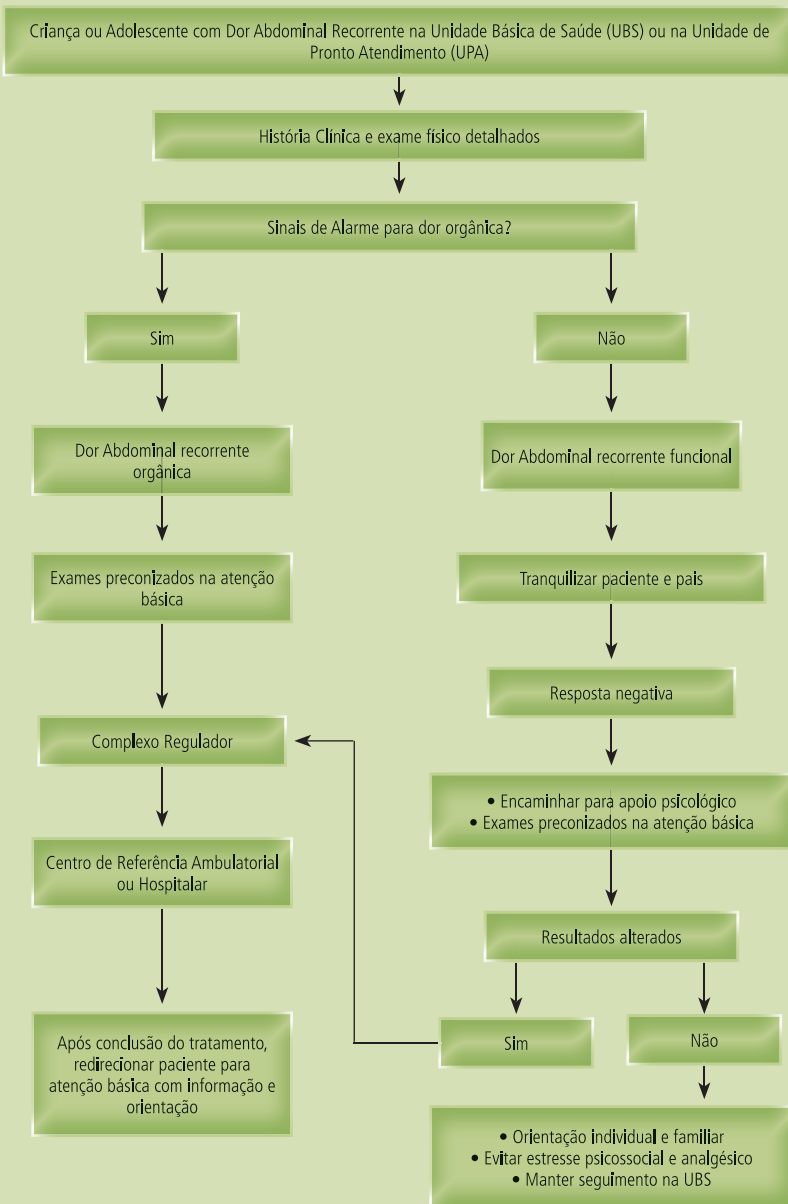
## MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS ADOTADAS

O paciente, além da dor abdominal, apresenta alguns sinais de alarme para dor orgânica: dor localizada, distensão abdominal, febre, despertar noturno, diarreia com sangue e perda de peso. Realizar exames na atenção básica, aguardar resultado no máximo uma semana. Devido à relativa gravidade do caso, encaminhar a um centro de referência para elucidação diagnóstica.

## BIBLIOGRAFIA

- Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain: afield survey of 1000 school children. *Arch Dis Child.* 1958;33:165-70.
- Beattie RM, Plunkett A. Recurrent abdominal pain. *J R Soc Med.* 2005;98(3):101-6.
- Boyle JT. Recurrent abdominal pains: an update. *Pediatr Rev.* 1997;18:310-20.
- Das BK, Kakkar S, Dixit VK, Kumar M, Nath G, Mishra OP. Helicobacter pylori infection and recurrent abdominal pain in children. *J Trop Pediatr.* 2003;49:250-2.
- Devanarayana NM, Silva DGH, Silva HJ. Recurrent abdominal pain syndrome in a cohort of Sri Lankan children and adolescents. *J Trop Pediatr.* 2008;54:178-83.
- Devanarayana NM, Silva GDH, Silva HJ. Aetiology of recurrent abdominal pain in a cohort of Sri Lankan children. *J Paediatr Child Health.*2008;44:195-200.
- Devanarayana NM, Rajindrajith S, Silva JK. Recurrent abdominal pain in children. *Indian Pediatr.* 2009;46:389.
- Feinle-Bisset C, Horowitz M. Dietary factors in functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil.* 2006;18:608-18.
- Ferreira CT, Carvalho E. Dor abdominal recorrente. In: Ferreira CT, Silva LR, Carvalho E. *Gastroenterologia e hepatologia em pediatria – diagnóstico e tratamento.* Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 53-68.
- Hardikar W, Feekery C, Smith A, Oberklaid F, Grimwood K. Helicobacter pylori and recurrent abdominal pain in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1996;22:148-52.
- Hardikar W, Feekery C, Smith A, Oberklaid F, Grimwood K. Helicobacter pylori and recurrent abdominal pain in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1996;22:148-52.
- Huertas-Ceballos A, Macarthur C, Logan S. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD003019.
- Huertas-Ceballos A, Macarthur C, Logan S. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain (RAP) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD003017.
- Ozen H, Dinler G, Akyon Y, Kocak N, Yuce A, Gurakan F. Helicobacter pylori infection and recurrent abdominal pain in Turkish children. *Helicobacter.* 2001;6:234-8.
- Pearl RH, Irish MS, Caty MG, Glick PL. The approach to common abdominal diagnosis in infants and children. Part II. *Pediatr Clin North Am.* 1998;45:1287-326.
- Rasul CH, Khan MAD. Recurrent abdominal pain in school children in Bangladesh. *J Ceylon Coll Phys.* 2000;33:110-4.
- Thiessen PN. Recurrent abdominal pain. *Pediatr Rev.* 2002;23:39-46.
- Wewer V, Anderson LP, Paerregaard A, Gernow A, Hansen JPH, Matzen P, et al. Treatment of Helicobacter pylori in children with recurrent abdominal pain. *Helicobacter.* 2001;6:244-8.





**Fluxograma 107-1** Para avaliação da dor abdominal recorrente na infância e adolescência a partir da atenção básica.

