

Especialização em
**SAÚDE DA
FAMÍLIA**



Caso complexo
Sandra e Sofia

Fundamentação teórica

Dor abdominal crônica na criança e no adolescente



DOR ABDOMINAL CRÔNICA NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE

Soraia Tahan

É comum nos atendimentos pediátricos a associação da queixa de dor abdominal recorrente somente com parasitose intestinal, entretanto há outras possibilidades clínicas que devem ser lembradas pelo profissional médico. A dor abdominal crônica recorrente é queixa frequente em pediatria e necessita de uma avaliação clínica minuciosa no sentido de dirigir o médico para o diagnóstico correto. Crianças e adolescentes que apresentam queixas frequentes de dor abdominal podem ser enquadradas na síndrome clínica denominada Dor Abdominal Crônica.

A Dor Abdominal Crônica é definida como dor constante ou intermitente que excede dois meses de duração. A Dor Abdominal Crônica na infância pode decorrer de patologias orgânicas ou de desordem funcional, sendo que na prática clínica, na maioria dos casos (70 a 90%), a dor abdominal é de origem funcional (MOTTA; SILVA, 2008).

A percepção da dor é um processo ativo e plástico que envolve experiências físicas e sensoriais (componentes discriminativos) e emocionais e cognitivas (componentes afetivos). Dessa forma, cada indivíduo reage à dor de uma maneira na expressão do relato de sentir-se doente (*illness*) (MOTTA; SILVA, 2008). Esses componentes são fundamentais para o entendimento de que a dor abdominal funcional é resultante de fatores biopsicossociais, em que fatores individuais viscerais (como hipersensibilidade) e de motilidade vão contribuir para a ocorrência de dor. Portanto, a dor funcional representa mais do que uma função gastrointestinal anormal, porém envolve a interação complexa entre o Sistema Nervoso Central e o Sistema Nervoso Entérico (eixo cérebro-intestino) (MOTTA; SILVA, 2008).

A abordagem da manifestação de dor abdominal recorrente em crianças e adolescentes deve dirigir o profissional de saúde a discriminar se esse sintoma decorre de desordem gastrointestinal funcional ou se resulta de patologia orgânica. Para essa discriminação, devem ser realizados anamnese e exame físico completos, sendo que na anamnese é fundamental a pesquisa de sinais de alarme que, quando presentes, sugerem patologia orgânica e, quando ausentes, sugerem dor abdominal funcional.

Os sinais de alarme que sugerem dor abdominal orgânica são: idade de início antes de quatro anos de idade; perda de peso ou desaceleração do crescimento linear; vômitos persistentes; febre recorrente; dor longe do umbigo (especialmente dor no quadrante superior direito ou no quadrante inferior direito, dor que se irradia para as costas, escápula ou membros inferiores); dor que desperta a criança do sono; recusa alimentar em função da dor; sangramento gastrointestinal; diarreia noturna; artrite; doença perirretal; puberdade retardada e história familiar de doença péptica; doença celíaca e doença inflamatória intestinal (MOTTA; SILVA, 2008; MORAIS, 2000). Avaliação do hábito intestinal também é importante, no sentido de verificar alterações como diarreia ou constipação.

Características clínicas como frequência e gravidade da dor abdominal nem sempre vão distinguir a dor de origem funcional da dor orgânica, uma vez que a dor funcional pode também ser intensa e alterar as suas atividades diárias (MOTTA; SILVA, 2008). Ressalta-se ainda que a dor funcional possa ser acompanhada de sintomas autonômicos vasomotores, como náuseas, tonteira, palidez cutânea e sudorese (MOTTA; SILVA, 2008). O horário da dor (pré ou pós-prandial) também não discrimina a dor funcional da dor orgânica, com exceção da dor noturna, em que a criança acorda pela dor, pois, como já foi dito, esse é um dos sinais de alarme indicativo de dor orgânica. Na criança com dor abdominal crônica funcional, além de não apresentar sinais ou sintomas de alarme, não há evidências clínicas de alterações anatômicas, metabólicas, infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas, sendo o exame físico normal, destacando-se ausência de comprometimento nutricional.

É importante salientar que a avaliação nutricional da criança é um dos pilares da avaliação pediátrica e deve ser realizada em todas as consultas de crianças, uma vez que o comprometimento do estado nutricional pode indicar diversas patologias. Essa avaliação do crescimento deve ser realizada mediante a avaliação do peso e da estatura nas curvas de crescimento do gráfico do Cartão da Criança. A presença de desvios ou desaceleração do crescimento pode indicar doença crônica.

Outro aspecto importante de ser avaliado na consulta da criança e do adolescente com dor abdominal crônica são suas condições e estilo de vida, hábitos e temperamento. Considerando esses aspectos, geralmente a consulta de uma criança com dor abdominal é mais demorada que consultas por outras queixas, ressaltando que o exame físico deve ser sempre completo, e não se restringir somente ao abdome. O profissional de saúde deve entrevistar os pais na presença da criança e a sós, pois eles podem apresentar temores como medo de câncer, que não relatariam na presença da criança. A criança ou adolescente também deve receber atenção privada a fim de avaliar fatores que vão predispor a ocorrência da dor (MORAIS, 2000).

Os fatores que influenciam a vida das crianças vão contribuir tanto na ocorrência de dor abdominal crônica de origem funcional quanto nas doenças de origem orgânica (PUCCINI; BRESOLIN, 2003). Considerando a interação do eixo cérebro-intestino na gênese da dor abdominal funcional, fatores ambientais, de estilo de vida e hábitos, bem como o temperamento individual, vão influenciar diretamente a ocorrência de dor abdominal em crianças e adolescentes predispostos². Quanto ao estilo de vida, geralmente crianças com uma rotina sem muitas atividades agradáveis e saudáveis apresentam baixo limiar à sensação dolorosa. Os fatores ambientais estressantes mais comumente associados são problemas financeiros, separação dos pais, doença grave na família ou perda de ente querido e problemas escolares. O temperamento da criança refere-se à habilidade de resposta ao estresse e tensão e ao limiar de percepção dolorosa, incluindo, ainda, o aprendizado de exemplos de familiares durante situações de dor (MORAIS, 2000). Enfim, a condição da criança de enfrentamento às dificuldades e a dinâmica familiar vão influenciar a ocorrência ou não de dor (PINTO; DUARTE, 2008).

É importante destacar que a dor abdominal crônica funcional não é somente um diagnóstico de exclusão, porém tem base em sintomas clínicos positivos, evitando exames complementares extensos para excluir doença orgânica (MOTTA; SILVA, 2008). Os sintomas clínicos positivos de doença gastrointestinal foram categorizados por um grupo de especialistas do mundo desde final da década de 1980, sendo que o último consenso desse grupo foi publicado em 2006 e denominado Critério de Roma III (MORAIS; TAHAN, 2009). Nesse consenso (Roma III) (RASQUIN et al., 2006), a dor abdominal crônica de origem funcional na faixa pediátrica foi dividida, de acordo com sintomas predominantes, em dispepsia funcional; síndrome do intestino irritável; enxaqueca abdominal; dor abdominal funcional da infância; e síndrome da dor funcional na criança, sendo os critérios abaixo descritos:

- **Dispepsia funcional** inclui a presença dos seguintes sintomas em conjunto, no mínimo uma vez por semana, no mínimo dois meses antes do diagnóstico: dor recorrente ou desconforto localizado no abdome superior (acima do umbigo) e dor não aliviada por defecação ou não associada a início de mudança na frequência ou na forma das fezes e não ter evidência clínica de processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico que explique os sintomas. Sintomas e sinais associados como eructação, distensão abdominal, saciedade precoce e náuseas, ânsia de vômito ou vômitos podem estar associados (MOTTA; SILVA, 2008).
- **Síndrome do intestino irritável** é definida pela presença de no mínimo mais de uma vez na semana durante os últimos dois meses antes do diagnóstico: desconforto ou dor abdominal associada a dois ou mais dos seguintes sintomas, por no mínimo 25% do tempo: melhora com a defecação, início associado à mudança na frequência das fezes, início associado a mudança na forma das fezes. Não deve haver evidências de processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico que justifiquem os sintomas. Sintomas e sinais associados são: frequência anormal das evacuações (menor que ou igual a duas vezes por dia), formato anormal das fezes (endurecidas ou amolecidas), eliminação anormal de fezes (com esforço, urgência ou sensação de evacuação incompleta), eliminação de muco e distensão abdominal ou sensação de distensão abdominal (MOTTA; SILVA, 2008).
- **Enxaqueca abdominal** pode ser definida quando há ocorrência de, duas ou mais vezes nos 12 meses precedentes, todos os seguintes itens: episódios paroxísticos de intensidade súbita de dor periumbilical aguda e intensa que dura aproximadamente uma hora ou mais; períodos intercalados de retorno ao estado de saúde habitual nas últimas semanas ou meses; a dor interfere nas atividades habituais, sendo incapacitante e é associada a dois ou mais dos sintomas e sinais vasomotores (anorexia, náusea, vômitos, cefaleia, fotofobia e palidez intensa). Não há evidência de processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico que justifique os sintomas. A história de sinalização ou “aura” e a história familiar de cefaleia do tipo enxaqueca podem auxiliar o diagnóstico, entretanto a presença não é obrigatória. A enxaqueca abdominal na infância é uma síndrome temporária na infância, geralmente não acompanhada de cefaleia, entretanto é precursora da cefaleia do tipo enxaqueca na vida adulta (MOTTA; SILVA, 2008).
- **Dor abdominal funcional na infância** deve ser considerada nos seguintes critérios: ocorrência da dor abdominal no mínimo uma vez por semana e dois meses antecedendo ao diagnóstico; dor abdominal contínua ou esporádica com critérios diagnósticos insuficientes para os outros tipos de dor abdominal funcional; ausência de processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico que justifique os sintomas. Não há necessidade de a criança interromper as atividades diárias devido à dor, não se relaciona com a alimentação ou o padrão de defecação e pode ser acompanhada por tonteira, fadiga, cefaleia, náusea e vômito. O exame físico é normal (MOTTA; SILVA, 2008).

A **síndrome da dor abdominal funcional na infância** inclui os critérios acima descritos, por no mínimo 25% do tempo e um ou mais dos seguintes itens: ocorrência em período maior que uma vez por semana durante dois meses que antecedem o diagnóstico; perda variável da função diária, associação com sintomas como cefaleia, dor nos membros ou dificuldade para dormir. Não há relação com alimentação, menstruação, padrão evacuatório e não desperta a criança do sono noturno, sendo sempre o exame físico normal (MOTTA; SILVA, 2008).

A **dor abdominal orgânica**, em geral, é acompanhada de alguns sintomas que são denominados de sinais de alarme. Os sinais de alarme que sugerem dor abdominal orgânica são: idade de início antes de quatro anos de idade, perda de peso ou desaceleração do crescimento linear, vômitos persistentes, febre recorrente, dor longe do umbigo (especialmente dor no quadrante superior direito ou no quadrante inferior direito, dor que se irradia para as costas, escápula ou membros inferiores), dor que desperta a criança do sono, recusa alimentar em função da dor, sangramento gastrointestinal, diarreia noturna, artrite, doença perirretal, puberdade retardada e história familiar de doença péptica, doença celíaca e doença inflamatória intestinal (MOTTA; SILVA, 2008; MORAIS, 2000).

Quando a criança ou adolescente com queixa de dor abdominal crônica apresenta um desses sinais de alarme, faz-se necessário a investigação complementar mediante exames diagnósticos dirigidos para as hipóteses diagnósticas mais prováveis, sempre dentro de um plano de investigação explicado à família (MOTTA; SILVA, 2008). A dor abdominal orgânica pode ser secundária a dezenas de entidades clínicas. Alguns exemplos são: esofagite de refluxo, doença péptica (gastrite, duodenite ou úlcera péptica), intolerância à lactose, doença inflamatória intestinal, doença celíaca, calcúloose renal ou biliar, pancreatite crônica, obstrução do trato urinário, pielonefrite recorrente, anemia falciforme e defeitos musculofasciais da parede abdominal, entre outras (MORAIS, M. B., 2000). Ressalta-se que a constipação intestinal funcional oculta também causa dor abdominal crônica, especialmente nos quadros mais graves de constipação onde há impação fecal. Estudo prévio realizado em ambulatório especializado em gastroenterologia pediátrica demonstrou que a constipação intestinal foi a principal causa de dor abdominal crônica nas crianças e adolescentes da amostra (LUNARDI; AZEVEDO; AZEVEDO, 1997). Nesse caso a dor abdominal crônica é secundária à constipação funcional, porém não deve ser categorizada como dor funcional, sendo discutível a classificação da dor como orgânica, considerando que a etiologia da dor é a constipação funcional. Abaixo descreveremos características de algumas de doenças orgânicas que podem ocasionar dor abdominal.

A **esofagite de refluxo** caracteriza-se por dano à mucosa esofágica por retorno do conteúdo ácido do estômago. Geralmente a dor é na parte superior do abdome, podendo apresentar dor à ingestão de alimentos e estar associada a regurgitações ou vômitos, eructações ou soluços excessivos, sintomas otorrinolaringológicos (por exemplo, rouquidão), anemia por deficiência de ferro e alteração do crescimento secundária à ingestão alimentar insuficiente (MOTTA; SILVA, 2008). Na **gastrite, duodenite e úlcera péptica** há dano da mucosa do estômago ou duodeno que ocasiona dor epigástrica ou no abdome superior, sendo comum a relação temporal entre a alimentação e o aparecimento da dor, podendo despertar o paciente do sono e ser acompanhada ou não de náusea ou vômito, distensão abdominal, perda de peso e raramente sangramento gastrointestinal (hematêmese e melena). Importante lembrar que os anti-inflamatórios não hormonais podem ser fatores predisponentes para as gastrites, e a infecção pela bactéria *Helicobacter pylori* é a principal causa de úlcera duodenal na infância (MOTTA; SILVA, 2008). A **Intolerância à lactose** é uma síndrome clínica em que indivíduos suscetíveis apresentam pequena quantidade da enzima lactase na mucosa intestinal e, portanto, não absorvem a totalidade da lactose ingerida. A lactose que permanece na luz intestinal exerce efeito osmótico e aumento do fluxo de líquidos para o interior do intestino, bem como ao chegar no cólon é degradada por bactérias colônicas produzindo gases. As manifestações clínicas por ordem de frequência são: dor abdominal, distensão abdominal, borboríngos, flatulência excessiva, diarreia, náusea e vômitos (MOTTA; SILVA, 2008). O tratamento implica a diminuição de lactose da dieta. A **doença inflamatória intestinal** tem apresentação clínica variada, dependendo do local e do comprometimento do processo inflamatório. As formas clínicas são colite indeterminada, colite ulcerativa e doença de Crohn. Os sintomas mais comuns são dor abdominal, sangramento gastrointestinal e perda de peso. Manifestações extraintestinais podem estar presentes. A **doença celíaca** é a intolerância permanente ao glúten que causa lesão da mucosa intestinal (atrofia vilositária) em indivíduos geneticamente predispostos. Embora a manifestação clássica da doença seja diarreia, déficit de crescimento e distensão abdominal, é cada vez mais frequente o aparecimento de pacientes com poucos sintomas, entre eles dor abdominal (MOTTA; SILVA, 2008).

Embora a **parasitose intestinal** seja sempre lembrada como causadora de dor abdominal, é importante salientar que na maioria dos casos a presença de parasita intestinal nas fezes não é suficiente para a definição diagnóstica, sendo apenas um fator coadjuvante, e não somente único responsável pelo quadro de dor (MOTTA; SILVA, 2008). Dentre as

parasitoses intestinais, alguns parasitas podem ocasionar mais frequentemente dor abdominal recorrente, como a giardíase e a estrogiloidíase (PUCCINI; BRESOLIN, 2003). Evidentemente a presença de parasita intestinal deve ser investigada e tratada (PUCCINI; BRESOLIN, 2003), porém, após o tratamento da parasitose, a criança deve ser mantida sob observação clínica a fim de assegurar que o quadro de dor foi superado. Ressalta-se ainda que estudo com base populacional de crianças de áreas urbanas demonstrou declínio importante da prevalência de parasitoses intestinais em crianças menores de cinco anos (FERREIRA; FERREIRA; MONTEIRO; 2000), sendo, portanto, alvo de crítica a conduta usual de se medicar com antiparasitários crianças com dor abdominal recorrente (PUCCINI; BRESOLIN, 2003).

Como já foi dito, o **diagnóstico** da dor abdominal crônica funcional é clínico com base em critérios previamente estabelecidos, entretanto nos casos suspeitos de patologia orgânica, quando há presença de sinais de alerta, é necessária a solicitação de exames complementares. Exames como hemograma, velocidade de hemossedimentação, exame do sedimento urinário, urocultura, parasitológico de fezes (três amostras), radiografia de abdome e ultrassonografia de abdome podem ser úteis e realizados inicialmente nos casos não definidos clinicamente como dor abdominal funcional. Entretanto, dependendo de alterações laboratoriais, sinais de alerta, ou má evolução do caso, outros exames subsidiários são necessários: endoscopia digestiva alta, teste de absorção de lactose, colonoscopia e exames específicos do trato urinário como urografia escretora, entre outros. Em alguns casos, a sintomatologia já direciona para exames específicos, por exemplo, quando a criança tem dor abdominal noturna que a faz acordar e há história familiar positiva de doença péptica, a endoscopia digestiva alta está indicada.

Nos casos de diagnóstico de dor abdominal crônica funcional, é importante que o médico oriente a família que a dor é uma dor real, e não uma mera simulação da criança (MOTTA; SILVA, 2008). Ainda nesses casos, não se deve rotular a criança como portadora de distúrbios psicológicos ou psiquiátricos, considerando a ausência de anormalidades orgânicas. Ressalta-se ainda que, na grande maioria dos pacientes com dor abdominal funcional, não há necessidade de terapêutica psicológica (MOTTA; SILVA, 2008), sendo que em parcela deles o acompanhamento médico rotineiro, com uma boa relação médico-paciente, influencia positivamente para amenizar as crises. As famílias das crianças com dor abdominal crônica funcional também devem ser orientadas a identificar e neutralizar fatores de tensão e estresse, não permitir que a criança falte na escola, bem como evitar atitudes que atuem como reforço para a dor. As atitudes mais comuns de reforço para a dor são o uso de analgésicos e antiespasmódicos, massagens no abdome e dispensar a criança de suas obrigações por ocasião dos episódios dolorosos. Os pais e professores devem ser sensibilizados para valorizar mais a criança que sua dor (MOTTA; SILVA, 2008).

Os casos de dor abdominal crônica de origem orgânica devem receber tratamento de acordo com o diagnóstico etiológico.

REFERÊNCIAS

- FERREIRA, U. M.; FERREIRA, C. S.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev Saúde Pública**, v. 34, p. 73-82, 2000.
- LUNARDI, C. A.; AZEVEDO, L. A.; AZEVEDO, L. C. P. Dor abdominal crônica recorrente no ambulatório de gastropediatria. **J Pediatr**, v. 73, n. 3, p. 180-188, 1997.
- MORAIS, M. B. Dor abdominal recorrente. In: CARVALHO, E. S.; CARVALHO, W. B. **Terapêutica e Prática Pediátrica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 699-702.
- MORAIS, M. B.; TAHAN, S. Constipação Intestinal. **Pediatr Mod**, v. 45, p. 79-98, 2009.
- MOTTA, M. E. F. A.; SILVA, G. A. P. Dor abdominal. In: FREIRE, L. M. S. **Diagnóstico Diferencial em Pediatria**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p. 427-431.
- PINTO, P. C. G.; DUARTE, M. A. Associação entre eventos estressantes de vida e dor abdominal recorrente não orgânica: revisão. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, n. 4, Supl. 1, p. S83-S89, 2008.
- PUCCINI, R. F.; BRESOLIN, A. M. B. Dores recorrentes na infância e adolescência. **J Pediatr**, v. 79, Supl. 1, p. S65-S76, 2003.
- RASQUIN, A. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. **Gastroenterology**, v. 130, p. 1527-1537, 2006.