



---

## ARTIGO DE REVISÃO

---

# *Dor abdominal recorrente*

## *Recurrent abdominal pain*

Marco A. Duarte\*, Joaquim A.C. Mota\*

### Resumo

**Objetivo:** Apresentar conceitos atualizados do diagnóstico e revisar as bases da abordagem terapêutica da dor abdominal recorrente em crianças e adolescentes.

**Método:** Foram obtidas referências na Medline, em artigos recentes de revisão e em arquivos pessoais. Também foram utilizados capítulos de livros e teses sobre o assunto. Foram citados apenas os artigos de maior relevância.

**Resultado:** A dor abdominal recorrente é a principal causa de dor crônica em crianças entre 4 e 16 anos de idade. É definida como a ocorrência de três ou mais ataques de dor no abdome, em período não inferior a três meses, graves o suficiente para interromper as atividades cotidianas, sendo que entre episódios dolorosos a criança mantém-se assintomática. O diagnóstico baseia-se em uma história clínica detalhada, exame físico aprimorado e poucos testes laboratoriais. Pode se manifestar com paroxismos isolados de dor periumbilical, dor no abdome com dispepsia e dor abdominal com disfunção do tubo digestivo. O tratamento deve enfatizar os fatores cognitivo-comportamentais da dor recorrente.

**Conclusões:** A abordagem da dor abdominal recorrente visa a alcançar o equilíbrio, não perdendo tempo desnecessário, nem queimando etapas no processo de investigação e de tratamento dessa entidade.

*J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76 (Supl.2): S165-S172: dor, dor abdominal.*

### Introdução

Do nascimento até a adolescência ocorrem síndromes dolorosas. Essas queixas de dor acometem número considerável de crianças, causando sofrimento delas e de seus familiares, além de demandar gastos sociais. No primeiro ano predominam as cólicas, nos pré-escolares as “dores de crescimento”, entre os 4 e 12 anos as dores abdominais, e nos adolescentes as cefaléias<sup>1</sup>.

Novas causas orgânicas para a dor abdominal recorrente (DAR) têm sido identificadas. As informações da motricidade do tubo digestivo na infância começam a crescer.

### Abstract

**Objective:** To present current concepts on diagnosis and review the basis of the accepted therapeutic approach to recurrent abdominal pain in children and adolescents.

**Methods:** References were obtained from Medline, recent review articles and personal files. Books and dissertations were also analyzed. Only the most important articles were included in this review.

**Results:** Recurrent abdominal pain is the main cause of chronic pain in children between 4 and 16 years old. It is defined as the occurrence of three or more abdominal pain attacks, that persist for more than three months, and are severe enough to interrupt routine activities, with the child remaining asymptomatic between the pain events. The diagnosis is based on a detailed clinical history, improved physical examination, and a few laboratory tests. It can present with isolated paroxysms of umbilical pain, abdominal pain with dyspeptic symptoms and abdominal pain with digestive tract dysfunction. The treatment must emphasize the cognitive-behavioral factors of the recurrent pain.

**Conclusions:** The treatment presented here for recurrent abdominal pain seeks a balanced approach which neither wastes time unnecessarily, nor skips any stages of investigation or treatment of this condition.

*J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76 (Supl.2): S165-S172: pain, abdominal pain.*

Está estabelecido que a dor tem um componente nociceptivo (estruturas nervosas para receber e transmitir a dor) e um componente emocional (estado mental), ambos influenciados pela genética, experiências individuais e ambiente cultural. O conhecimento das influências biopsicossociais entre criança e dor recorrente tem aumentado<sup>2</sup>. Essas aquisições permitem novas abordagens diagnósticas e terapêuticas para a DAR na infância. A DAR não é apenas um sintoma, e sim uma entidade pediátrica distinta.

### Definição e classificação

A DAR, em crianças, é definida quando da ocorrência de três ou mais episódios de dor no abdome, em período não inferior a três meses. Esses episódios devem ser graves o

---

\* Professor Adjunto, Doutor em Medicina, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

suficiente para interromper as atividades cotidianas. O paciente mantém-se assintomático entre as crises dolorosas<sup>3,4</sup>.

A DAR é a causa mais comum de dor recorrente em escolares. Pode ser de origem orgânica ou funcional (DARF). Esta última é definida quando não se estabelece uma causa anatômica, infecciosa, inflamatória não infecciosa ou bioquímica para a dor<sup>5</sup>. Como sua etiologia e patogênese não estão estabelecidas, e não há marcadores específicos, a DARF é um diagnóstico de exclusão baseado em história clínica detalhada, exame físico aprimorado e poucos testes laboratoriais<sup>6,7</sup>. A DAR pode manifestar-se como paroxismos isolados de dor periumbilical, dor no abdome com dispepsia e dor abdominal com disfunção do tubo digestivo. Sinais e sintomas de dispepsia incluem náusea, vômito, regurgitação, pirose, saciedade precoce, soluços e desconforto abdominal. As manifestações de disfunção do tubo digestivo incluem diarreia, constipação e sensação de evacuação incompleta. Setenta e cinco por cento das DARs são funcionais com paroxismos isolados de dor em torno do umbigo e 20% apresentam manifestações de dispepsia ou disfunção do tubo digestivo. Apenas cerca de 5% a 10% das crianças que manifestam DAR apresentam uma causa orgânica<sup>6,8</sup>.

### Epidemiologia

Vários estudos mostram que a DAR incide em 10% a 18% das crianças entre 4 e 16 anos. Essas variações devem-se a diferenças geográficas, raciais e critérios de diagnóstico. Outros 15% de escolares e adolescentes apresentam episódios de dor abdominal em período superior a 3 meses, porém sem comprometimento das atividades<sup>6</sup>. As meninas são mais acometidas em proporção próxima de 1,5:1 em relação aos meninos. 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<sup>3</sup>. Determinar o início da DAR é importante por apresentar valor no prognóstico. O aparecimento precoce da dor está associado à sua má evolução.

### Etiologia e fisiopatologia da DARF

Na etiologia e fisiopatologia da DARF devem ser considerados a predisposição genética, o sistema nervoso autônomo, o estresse e o processo inflamatório do tubo digestivo. Como existem pacientes com manifestações concomitantes de dispepsia e movimentos anormais do intestino, parece que as diversas manifestações dolorosas são devidas ao mesmo processo. Estudos controlados não demonstraram relação entre alterações emocionais e a dor recorrente<sup>9,10</sup>. As alterações psíquicas não são causas primárias da DARF, porém, evidentemente, os processos emocionais funcionam como gatilhos da dor.

Nas famílias de crianças com DARF é frequente a identificação de queixas dolorosas tais como úlcera péptica, colo irritável e enxaqueca, sugerindo predisposição

genética para a dor e comprometimentos funcionais nestes pacientes. A presença de cefaléia, palidez e vertigem nessas crianças revela a participação do sistema nervoso autônomo. Fatores estressantes, físicos e psicossociais, muitas vezes desencadeiam as crises dolorosas. Deve haver participação da inervação extrínseca dos intestinos e/ou sistema nervoso central com alteração no limiar da percepção dolorosa. Encontra-se em todo o tubo digestivo das crianças com DARF processo inflamatório discreto e inespecífico, causa ou conseqüência da motilidade intestinal alterada. Esta inflamação afeta funções endócrinas e neurais que influenciam processos imunológicos. As células imuno-competentes residentes do intestino secretam citocinas e mediadores inflamatórios que atuam nos neurônios entéricos. O sistema nervoso intestinal e central modulam a resposta imunológica através de neurotransmissores e neuropeptídeos que afetam a função linfocitária. Essas inter-relações têm implicações na dor DARF<sup>6,11</sup>.

A patogênese atualmente mais aceita da DARF são mudanças na motilidade gastrintestinal e/ou hipersensibilidade visceral. Padrão específico de alterações motoras intestinais na DARF não foi determinado. Estudos em grupos heterogêneos de adultos com DARF mostram aumento da intensidade da contração muscular do intestino e trânsito aumentado. Poucos estudos controlados em crianças mostram aumento de trânsito intestinal, resposta motora colônica exacerbada à estimulação farmacológica e contrações duodenais de grande amplitude<sup>6,12,13</sup>.

O aumento da sensibilidade dolorosa visceral em crianças com DARF é sugerido por estudos feitos em adultos com cólon irritável que mostram diminuição do limiar de dor em todos os segmentos do tubo digestivo<sup>14-16</sup>. A melhora da dor recorrente com a alteração da dieta pela retirada de substâncias produtoras de gases (lactose, frutose, sorbitol), provocadoras de distensão do tubo digestivo, ou de ácidos graxos, que modificam a motilidade entérica, apontam para alterações da sensibilidade visceral ou da motilidade intestinal presentes na DARF<sup>6,17,18</sup>.

Estudo recente, em crianças com DARF, mostrou a associação entre diminuição do limiar de dor, induzida por pressão, em toda a superfície corporal, sugerindo o comprometimento do sistema nervoso central na percepção dolorosa desses pacientes. O limiar de dor diminuído predisporia ou iniciaria as crises de dor<sup>19</sup>.

### Fatores que exacerbam a DARF

Freqüentemente as crianças com DARF apresentam má adaptação ao processo doloroso. São fatores de ordem ambiental, comportamental e emocional que as fazem sentir mais dor ou as predispoem a novos episódios dolorosos.

#### *Fatores ambientais*

Pacientes com DARF não têm conhecimento sobre a etiologia e o prognóstico das crises dolorosas. Mantêm expectativa de que as dores irão recorrer. Não conseguem impedir novos episódios dolorosos e não dominam técnicas que os amenizem. Em conseqüência, ocorre o aumento do

estresse emocional, predispondo a maior percepção dolorosa. O pouco conhecimento sobre dor leva os pais a atribuírem a certos fatores externos o desencadeamento das crises, dentre os quais estão os alimentos, as condições do ambiente e as atividades cotidianas normais da vida infantil. A ansiedade da criança frente a esses falsos gatilhos desencadeia ou intensifica a dor. O paciente passa a ter comportamento fóbico com atividades sociais e escolares restritas, levando uma vida muito diferente da de outras crianças. Esse estresse cria ou intensifica os episódios dolorosos<sup>20</sup>.

#### ***Fatores comportamentais***

O que a criança sabe sobre dor vem de sua própria experiência, do conhecimento de seus pais e familiares e da sociedade. Aprende a comunicar as crises com palavras e mudanças de comportamento e adquire técnicas para aliviar o processo doloroso. Geralmente os pais não sabem como lidar com a dor. Eles respondem de maneira ambígua à crise dolorosa. Algumas vezes dispensam grandes cuidados físicos e emocionais. Em outros episódios sugerem que o paciente seja o único responsável no manejo da dor. A criança entende que as manifestações dolorosas devem ser comunicadas com atitudes exageradas para receber um melhor suporte parental. Este comportamento mantém a dor. Os pais também encorajam o filho, após as crises, a não ir à escola, repousar, evitar atividades físicas estressantes, não cumprir compromissos sociais e não fazer atividades desagradáveis. Dispensam-no das responsabilidades familiares. Ocorrem, portanto, ganhos secundários que iniciam ou prolongam o processo doloroso. A criança torna-se frustrada, isolada e ansiosa. Adquire atitudes passivas frente à dor. A passividade intensifica a percepção dolorosa. Todos esses aprendizados irão manter e intensificar a DARF<sup>20</sup>.

#### ***Fatores emocionais***

A dor de repetição é de natureza aversiva, causando estresse prolongado na família e no paciente. A criança torna-se ansiosa, medrosa, frustrada, irada, triste e deprimida. Essas emoções exacerbam o estresse que inicia ou mantém a dor, criando um círculo vicioso: dor - estresse emocional - dor<sup>20</sup>.

A criança com DARF apresenta grande expectativa sobre ela própria em vários aspectos da vida (escola, família e esporte). Deseja altos padrões de performance mesmo que tenha um desempenho adequado. Em consequência, frustra-se com frequência, aumentando o risco de desenvolver manifestações somáticas de estresse<sup>20</sup>.

Em resumo, as crianças com DARF não apresentam acurácia no entendimento da doença, mantêm controle limitado da mesma, desconhecem os resultados do tratamento e prognóstico, têm distúrbios do comportamento e apresentam grau elevado de ansiedade e medo. Esses fatores estressantes são predisponentes à mudança na percepção

dor dolorosa, tornando a vida com mais dor limitada e de baixa qualidade, além de causar sofrimento familiar.

#### **DARF com paroxismos isolados de dor periumbilical**

Neste tipo de DARF os episódios de dor duram menos de 1 hora em 50% das crianças e menos de 3 horas em 40%. O tempo é mais prolongado no restante. As dores variam de gravidade e frequência no mesmo paciente. A criança aponta com a mão para a região do umbigo como o local onde a dor é mais intensa. Não há relato de irradiação dolorosa. Raramente há relação temporal com alimentos, atividades e hábitos intestinais. Os paroxismos não ocorrem durante o sono, mas podem impedir a criança de dormir. Durante as crises mais intensas podem ocorrer sinais e sintomas associados: cefaléia, palidez, náusea, vertigem, prostração e febre baixa (37,2°C a 37,7°C). Também são observados sinais motores para o alívio da dor, como dobrar o corpo sobre o abdome e comprimi-lo com as mãos<sup>4,21-23</sup>.

Entre as crises, a criança apresenta-se sem queixas e sem alterações ao exame físico. Na história progressiva é comum o relato de cólicas, refluxo gastroesofágico, anorexia, mudanças de fórmulas lácteas, medo, distúrbios do sono, temores, enurese noturna e dificuldade escolar. Na história familiar são freqüentes relatos de sintomas psicofisiológicos e doenças funcionais como intestino espástico, colo irritável, colite mucosa ou espástica, assim como problemas maritais, desavenças entre irmãos, doenças recentes de parentes ou outros conflitos. Ao examinarmos a personalidade, encontramos pacientes hiperativos, superexigentes e com intolerância à frustração. São “boas crianças” em termos de atitudes, comportamento e maturidade. Assumem mais responsabilidade em relação à faixa etária. São agressivos com a falta de sensibilidade dos adultos para com a sua doença, toleram pouco a crítica e vivem sob medo<sup>4,9,24-27</sup>.

As causas de DAR com paroxismos isolados de dor periumbilical são listadas na Tabela 1. Um diagnóstico positivo da apresentação funcional é feito quando estiverem presentes os seguintes achados:

- a) início da dor entre 4 e 16 anos;
- b) cronicidade do processo, com pelo menos 3 episódios de dor em período não inferior a 3 meses;
- c) crises dolorosas periumbilicais sem irradiação;
- d) exame físico normal, incluindo toque retal;
- e) identificação, no ambiente, de fatores que reforçam o comportamento doloroso;
- f) exames laboratoriais normais: hemograma, velocidade de hemossedimentação, rotina e cultura de urina, parasitológico de fezes, presença de sangue nas fezes, radiografia simples e ultra-som abdominais.

O hemograma orienta sobre a presença de infecções e anemias hemolíticas. A hemossedimentação alterada aponta para doenças inflamatórias. Exames de urina sugerem infecções ou cálculos. O parasitológico de fezes deve ser

feito pela elevada prevalência de parasitas em nosso meio. A identificação de sangue nas fezes aponta para doenças inflamatórias intestinais. Rx e ultra-som abdominais mostram a presença de cálculos renais e biliares, malformações anatômicas e principalmente constipação oculta. Uma abordagem diagnóstica da DARF com paroxismos isolados de dor periumbilical é mostrada na Figura 1.

Há sinais e sintomas de alerta que sugerem origem orgânica para os paroxismos isolados de dor abdominal, tais como perda de peso, desaceleração do crescimento, dor distante da região umbilical, dor que acorda a criança à noite, manifestações extra-intestinais (febre, erupções na pele, dor articular, aftas recorrentes e disúria), presença de sangue nas fezes, diarreia crônica, anemia, velocidade de hemossedimentação elevada e história familiar de doença ulcerosa ou inflamatória do tubo digestivo<sup>3,4</sup>. A presença dessas alterações, associadas a outras mais específicas de cada causa orgânica, orienta para propedêutica específica (Tabela 1).

O tratamento da DARF deve enfatizar os fatores emocionais, por meio de conversas com a família, usando abordagem positiva quando o problema estiver sendo exposto. À

**Tabela 1** - Causas de dor abdominal recorrente(DAR) com paroxismos isolados de dor periumbilical

---

DAR funcional
Impactação fecal
Infecções parasitárias
Obstrução parcial do intestino delgado
– Doença de Crohn
– Má-rotação com ou sem volvo
– Intussuscepção intestinal
– Aderências pós cirúrgica
– Linfoma do intestino delgado
– Infecção
– Gastroenterite eosinofílica
– Edema angioneurótico
Obstrução da junção ureteropélvica
Cólica do apêndice cecal
Dismenorréia
– Endometriose
– Gravidez ectópica
– Aderências de doença inflamatória pélvica
Cisto de teratoma ovariano
Doenças músculo-esqueléticas
– Dor muscular
– Hérnia da linha alba
– Discites
Doenças vasculares
– Trombose mesentérica
– Poliarterite nodosa
Enxaqueca abdominal
Porfiria aguda e intermitente
Doenças psiquiátricas

---

Adaptado de Boyle<sup>6</sup>

medida que a transição do enfoque orgânico para o funcional ocorre, o paciente terá alívio da dor sem necessitar de maiores intervenções cognitivo-comportamentais. O primeiro e mais importante passo é a obtenção de uma história detalhada. Para alcançar esse objetivo, é necessário deixar a família e a criança falarem; seu corpo, seus gestos, sua voz têm que ser ouvidos. Entrevistas conjuntas e individuais com os pais e a criança são componentes essenciais dessa ausculta. Detalhes da dor, do ambiente familiar, social e escolar, dos antecedentes familiares e pessoais são importantes para compor o diagnóstico. Deve-se procurar identificar o que motivou a procura de auxílio médico naquele momento de um processo crônico como o da DAR, e saber por que os pais e, eventualmente, a criança, elegeram aquele episódio de dor para consultar. Além disso, deve-se valorizar cada episódio de dor como sendo dor aguda, já que uma criança com DAR não está isenta de desenvolver uma doença aguda, como por exemplo apendicite. O tratamento da DARF, que começa na primeira consulta, visa a:

- a) esclarecer os pais quanto à autenticidade da dor; não se trata de simulação ou imaginação, e sim de dor real;
- b) introduzir o conceito de doença funcional;
- c) explicar o possível papel da alteração de motilidade do tubo digestivo e da sensibilidade visceral na gênese da dor;
- d) orientar sobre a relação entre sistema nervoso central, motilidade e sensibilidade intestinais; o comportamento doloroso deve ser explicado na perspectiva de um aprendizado social;
- e) mostrar a benignidade da DARF;
- f) tranquilizar familiares e a criança quanto à possibilidade de doenças orgânicas graves;
- g) introduzir o conceito de gatilho no desencadeamento das crises nas doenças funcionais;
- h) diagnosticar possíveis fatores do comportamento da criança que desencadeiam ou pioram o quadro doloroso;
- i) abolir os ganhos secundários da dor recorrente como mimos, privilégios e maior atenção familiar;
- j) aconselhar os pais a ignorar comportamentos dolorosos não verbais e redirecionar a criança para uma atividade, quando houver um comunicado verbal da dor. Se a criança concordar, deve receber elogios, e serão ignoradas novas queixas se estas continuarem. Os cuidados parentais serão firmes e discretos. A crise dolorosa não deve subverter a dinâmica familiar;
- k) garantir que a vida do paciente seja normal. As atividades só serão interrompidas no momento da crise. Isso é válido tanto no ambiente familiar quanto no ambiente social e na escola. Após a crise, a vida continua. Serão feitos reforços comportamentais para os dias sem dor. Eles serão registrados, por exemplo, em calendário e, para um número de dias na semana sem comportamento doloroso, pode ser dada uma recompensa escolhida pela criança. Esse procedimento, feito durante todo o trata-

**Figura 1** - Algoritmo para o diagnóstico da dor abdominal recorrente funcional (DARF) com paroxismos isolados de dor periumbilical

mento, será revisto periodicamente com o objetivo de aumentar o número de dias livres de dor para as novas premiações. O uso de escala para avaliar a intensidade da dor, como a de cores, permite ao paciente verificar de forma objetiva seus progressos;

- l) ensinar ao paciente técnicas que diminuam a intensidade da dor durante as crises, desviando a atenção da percepção dolorosa, como assoviar, cantar, pular, correr, estalar os dedos, contar ou fazer cálculos matemáticos com o pensamento. Também orienta-se sobre técnicas de relaxamento, para diminuir a dor, como assentar, escrever, andar e deitar de forma confortável. Se as crises não melhorarem, ensina-se o auto-reforço com auto-verbalização positiva. A dor persistindo utili-

zam-se estratégias de imaginação, onde, por exemplo, a dor está sendo destruída pelo seu super-herói ou o paciente imagina e coloca-se em situações agradáveis;

- m) elucidar o que são sinais de alerta, mostrando a importância da comunicação imediata com o médico quando forem observados<sup>27,28</sup>.

Esses procedimentos têm como objetivo diminuir a ansiedade dos pais e pacientes e, principalmente, abolir comportamentos e situações que desencadeiam, mantêm ou intensificam a percepção dolorosa<sup>27,28</sup>. Um estudo usando esses procedimentos mostrou que 87% das crianças estavam livres da dor em 3 meses. No grupo controle, onde era feito tratamento convencional, apenas 37,5% ficaram assintomáticas<sup>29</sup>.

A criança deve fazer consultas periódicas, principalmente nos primeiros 6 meses, para que sejam reforçados e esclarecidos os conceitos de DARF e as maneiras de lidar com a dor. Verificam-se nesses encontros se ainda estão presentes os ganhos secundários, gatilhos, sinais e sintomas de alerta ou outros achados que sugiram doença orgânica. Trata-se, portanto, de uma observação ativa do paciente, da sua família e de seu ambiente.

O tratamento psiquiátrico só está indicado quando a criança internalizar de forma extrema o comportamento doloroso (depressão, ansiedade e baixa auto-estima, ou quando verificados sintomas de conversão), não conseguir levar uma vida normal apesar de terem sido retirados os fatores danosos do ambiente, ou a família não conseguir lidar com o processo doloroso<sup>6</sup>.

O uso contínuo de medicação (anticolinérgicos, antiespasmódicos, anticonvulsivantes) no tratamento da DARF não foi comprovado como benéfico, ao contrário, irá manter o comportamento doloroso. Drogas em crianças com DARF reforçam o estado de hipocondria e a dependência medicamentosa<sup>6</sup>.

Um único trabalho randomizado, duplo cego, placebo controlado mostrou redução de 50% das crises de dor ao acrescentar fibra na dieta dessas crianças<sup>30</sup>. Estes resultados não foram reproduzidos. Algumas vezes a diminuição de açúcares (lactose, frutose, sorbitol e amido) na dieta tem mostrado alguma melhora das crises<sup>6,17,18</sup>. Provavelmente a fermentação dos carboidratos produz gás que distende o intestino hipersensível causando dor ou aumentando a osmolaridade do bolo alimentar que alteraria a motilidade intestinal.

### DARF com dispepsia

A manifestação de dispepsia é definida como dor recorrente ou persistente ou como desconforto que ocorrem na parte superior do abdome, causada por doenças orgânicas (refluxo, doença péptica, doença de Crohn) ou funcionais. Estas últimas apresentam manifestações semelhantes à úlcera péptica ou às alterações da motilidade intestinal. No padrão ulceroso predomina a dor epigástrica que precede a alimentação e é aliviada por alimentos e antiácidos. Nas alterações de motilidade a dor não é o principal sintoma. Ocorrem regurgitações, vômitos, náuseas, saciedade precoce e desconforto abdominal. Entretanto, há variações consideráveis e sobreposição de sinais e sintomas entre os grupos<sup>6</sup>.

A DARF com dispepsia é influenciada pelos mesmos fatores ambientais e do comportamento que os paroxismos isolados de dor periumbilical. Não há sinais e sintomas que possam distinguir entre dispepsia orgânica e funcional. O diagnóstico só deve ser feito quando houver história característica de dor recorrente com exame físico normal (exceto alguma dor à palpação no andar superior do abdome) e exames complementares inalterados: hemograma, velocidade de hemossedimentação, amilase e lipase séricas, ami-

notransferases, pesquisa para *H. pylori*, parasitológico de fezes, estudo radiológico contrastado do esôfago, estômago, duodeno e intestino, ultra-som abdominal e endoscopia digestiva alta<sup>6</sup>.

Os sinais sintomas de alerta para causas orgânicas são a dor epigástrica que irradia para as costas, sangue nas fezes ou nos vômitos, perda de peso, febre, vômitos persistentes, diarreia, disfagia, hepatomegalia, esplenomegalia, massa ou maciez abdominal e edema articular. As causas de DAR com dispepsia são listadas na Tabela 2.

O tratamento da DARF com dispepsia baseia-se em orientar o paciente e os pais sobre a autenticidade da dor, sobre conceitos de dor funcional, sobre fatores que mantêm, pioram e melhoram o processo doloroso e sobre o prognóstico da doença. Essa abordagem é discutida na DARF com paroxismos isolados de dor periumbilical.

Os adultos com dispepsias funcionais são às vezes tratados com medicações. Os que apresentam padrão ulceroso recebem antagonistas de receptores histamínicos 2 e recomendação para o não uso de fumo, cafeína, medicação antiinflamatória não esteróide e ácido acetil salicílico. Os que têm sinais e sintomas sugerindo motilidade alterada são medicados com procinéticos (cisaprida ou metoclorpramida). Não há dados comprobatórios dos benefícios destas intervenções em crianças com DARF e dispepsia. O uso de medicações reforça o comportamento doloroso<sup>6</sup>.

**Tabela 2 -** Causas de dor abdominal recorrente(DAR) com dispepsia

---

DAR funcional
Inflamação gastrointestinal alta
- Doença do refluxo gastroesofágico
- Úlcera péptica
- Gastrite por <i>Helicobacter pylori</i>
- Úlcera por antiinflamatórios não esteróides
- Doença de Crohn
- Gastroenterite eosinofílica
- Síndrome de Menetrier
- Gastrite por citomegalovírus
- Infecção parasitária
- Gastrite linfocítica / doença celíaca
- Púrpura de Henoch-Schönlein
Alterações da motilidade
- Gastroparesia idiopática
- Discinesia biliar
- Pseudo-obstrução intestinal
Obstrução parcial do intestino delgado
Doenças extra-intestinais
- Pancreatite crônica
- Hepatite crônica
- Colecistite crônica
- Obstrução da junção ureteropélvica
- Enxaqueca abdominal
- Doença psiquiátrica

---

Adaptado de Boyle<sup>6</sup>

### DARF com disfunção do tubo digestivo

A DAR com disfunção intestinal é caracterizada por dor habitualmente no andar inferior do abdome, que é exacerbada ou aliviada com os movimentos intestinais. Há o alívio da dor com as evacuações ou a associação de dor com mudanças na frequência ou consistência das fezes, sensação de evacuação incompleta, urgência ou esforço evacuatório, passagem de muco, desconforto e distensão abdominal<sup>31-33</sup>.

A causa mais freqüente de DARF com disfunção do tubo digestivo é a síndrome do intestino irritável funcional que é equivalente ao intestino irritável do adulto. Acomete principalmente adolescentes e manifesta-se de duas maneiras, com predomínio da diarreia ou da constipação, com padrões variáveis de defecação. O diagnóstico é feito pela história típica (DARF com padrão de disfunção intestinal), exame físico normal, inclusive com toque retal e testes laboratoriais sem alterações: hemograma, velocidade de hemossedimentação, pesquisa de parasitas, ovos, cistos e sangue oculto nas fezes<sup>31-33</sup>.

Os sinais e sintomas de alerta sugerindo doença orgânica são dor ou diarreia que interrompem o sono, presença de sangue nas fezes, atraso do crescimento, febre, erupções na pele, dor ou edema articular, fístula, fissuras ou úlceras perianais. As causas de DARF com disfunção do tubo digestivo estão listadas na Tabela 3.

O tratamento da síndrome do intestino irritável funcional segue as mesmas orientações da DARF com paroxismos isolados de dor periumbilical. Deve-se dar orientação aos pais e ao paciente sobre a autenticidade da dor, o conceito de dor funcional, os fatores que mantêm, intensificam e atenuam a crise dolorosa, assim como orientação sobre o prognóstico. Entretanto, os pacientes nos quais predomina

o sinal diarreia beneficiam-se com o uso de antidiarréicos. As crianças com tendência à constipação melhoram com procinéticos e uso de fibras. O uso excessivo de carboidratos deve ser evitado pela produção de gases. Deve-se dar orientação sobre como se alimentar pausadamente, evitando aerofagia. Em algumas crianças recomenda-se o uso de simeticona<sup>31-33</sup>.

### Prognóstico da DARF

Alguns estudos retrospectivos e poucos prospectivos avaliam a evolução da DARF na infância. Dois meses após o diagnóstico, 30% a 50% das crianças acometidas não mais se queixam de DAR. Isso ocorre quando pais e pacientes aceitam a associação entre estresse e dor. Alguns (25%) continuam com sintomas dolorosos por 5 anos. Trinta a cinquenta por cento irão ter dores abdominais na idade adulta, porém em 70% a dor não interfere com as atividades. Um terço das crianças com DARF desenvolverão outras dores quando adultos: cefaléias, dores nas costas e dores menstruais. Trinta por cento dos adultos com síndrome do colo irritável relataram seu início na infância. A possibilidade de as crianças desenvolverem doença orgânica, como doença de Crohn, é menor que 2%<sup>6,34,35</sup>.

O melhor prognóstico da DARF ocorre em famílias sem queixas de dor; em meninas; quando o início das crises de dor é após os 6 anos; quando o tratamento inicia-se antes de 6 meses de duração do processo doloroso. O pior prognóstico é observado nas famílias com manifestações dolorosas; em meninos; quando o início da dor for antes dos 6 anos; quando ocorre procura tardia pelo tratamento.

### Conclusões

A ambigüidade de atitudes que essas dores provocam na maioria dos médicos e das famílias induz, freqüentemente, a uma plethora de exames. De há muito conhece-se a impropriedade dessa postura. Em revisão de prontuários de crianças internadas para avaliação de crescimento deficiente, naquelas com problemas orgânicos o diagnóstico foi, em todos os casos, fortemente sugerido pela história e pelo exame físico. Nenhum exame teve valor positivo sem indicação específica da avaliação clínica<sup>36</sup>. Quando se realizam muitos exames sem critério, além do desconforto e do custo acarretado, existem outras razões para ser previdente nos casos da criança com dor recorrente. Há a possibilidade de se encontrar algum exame falso positivo e o paciente ser diagnosticado e, freqüentemente, tratado de algo inexistente. A falha em reconhecer isso já foi jocosa e nomeada como síndrome de Ulisses, em alusão ao herói mitológico grego: o uso desnecessário e não crítico de exames laboratoriais induzindo a longas jornadas de investigação, levando a criança e sua família à expedição desnecessária, dispendiosa e às vezes perigosa, para chegar ao ponto de partida<sup>37</sup>. Alcançar um equilíbrio, saber a medida das coisas, não perder tempo, nem suprimir etapas no processo de investigação e de tratamento da DARF deve ser o objetivo do pediatra, colocado frente a uma criança e sua

**Tabela 3** - Causas de dor abdominal recorrente (DAR) com padrão intestinal alterado

DAR funcional
Doenças intestinais inflamatórias idiopáticas
– Colite ulcerativa
– Doença de Crohn
– Colite microscópica com alteração cripta
– Colite linfocítica
– Colite colagenosa
Doenças infecciosas
– Parasitoses
– Bacterianas
Intolerância à lactose
Complicações de constipação (megacólon, encoprese, volvo intermitente do sigmóide)
Diarreia induzida por drogas, constipação
Doenças ginecológicas
Neoplasias (linfoma, carcinoma)
Doenças psiquiátricas

Adaptado de Boyle<sup>6</sup>

família com esse problema. Não como um porto seguro, mas como uma bússola, deve-se saber que o prognóstico da DARF é bom, que apenas cerca de ¼ dos paciente continuam a apresentar sintomas dolorosos, após cinco anos do início das dores. As complicações orgânicas tardias nesse grupo de crianças são raras. Essas atitudes ajudam o pediatra a navegar nessas águas calmas, porém não cristalinas<sup>38-40</sup>.

### Referências bibliográficas

- Kristjansdottir G. Prevalence of pain combinations and overall pain: a study of headache, stomach pain and back pain among school-children. *Scand J Soc Med* 1997; 25:58-63.
- Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *J Pediatr* 1998; 133:473-8.
- Apley J, Naish N. Children with recurrent abdominal pains: A field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child* 1958; 33:165-70.
- Apley J. *The child with abdominal pains*. 2ª ed. London: Blackwell Scientific Publications, 1975.
- Zigheboim J, Talley NJ. What are functional bowel disorders? *Gastroenterology* 1993; 104:1196-201.
- Boyle JT. Recurrent abdominal pains: an update. *Pediatr Rev* 1997; 18:310-20.
- Oster J. Recurrent abdominal pain, headache, and limb pains in children and adolescents. *Pediatrics* 1972; 50:429-36.
- 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.
- McGrath PJ, Goodman JT, Firestone P, Shipman R, Peters S. Recurrent abdominal pain: a psychogenic disorder? *Arc Dis Child* 1983; 58:888-90.
- Raymer D, Weininger O, Hamilton JR. Psychological problems in children with abdominal pain. *Lancet* 1984; 1:439-40.
- Boyle JT. Abdominal pain. In: Walker WA, Durine PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB, eds. *Pediatric gastrointestinal disease: pathophysiology-diagnosis-management*. 2ª ed. St. Louis: Mosby-Yearbook; 1996. p.205-27.
- Christensen MF. Motilin in children with recurrent abdominal pain: a controlled study. *Acta Paediatr* 1994; 83:542-4.
- Pineiro-Carrero VM, Andres JM, Davis RH, Mathias JR. Abnormal gastroduodenal motility in children and adolescents with recurrent functional abdominal pain. *J Pediatr* 1988; 113:820-5.
- Camilleri M, Choi MG. Irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11:3-15.
- Ritchie J. Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable bowel syndrome. *Gut* 1973; 14:125-32.
- Prior A, Maxton DG, Whorwell PJ. Anorectal manometry in irritable bowel syndrome: differences between diarrhoea and constipation predominant subjects. *Gut* 1990; 31:458-62.
- Ceriani R, Zuccato E, Fontana M. Lactose malabsorption and recurrent abdominal pain in Italian children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988; 7:852-7.
- Hyams JS, Conn H. Chronic abdominal pain caused by sorbitol malabsorption. *J Pediatr* 1982; 100:772-3.
- Duarte MA. Estudo do limiar de dor por pressão em crianças com e sem dor abdominal recorrente [tese]. Belo Horizonte: UFMG; 1999.
- McGrath PA. Psychological aspects of pain perception. In: Schechter ML, Berde CB, Yaster M, eds. *Pain in infants, children, and adolescents*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993. p. 39-63.
- Green M. Diagnosis and treatment: psychogenic, recurrent, abdominal pain. *Pediatrics* 1967; 40:84-9.
- Guiraldes E, Carrasco E, Olivari C, Cerfogli C, Trivino X, Parada H, et al.. Caracterización clínica y psicológica de escolares y adolescentes con dolor abdominal recorrente. *Rev Med Chil* 1995; 123:1341-8.
- Liebman WM. Recurrent abdominal pain in children. A retrospective survey of 119 patients. *Clin Pediatr* 1978; 17:149-53.
- Garber J, Van Slyke DA, Walker LS. Concordance between mothers' and children's reports of somatic and emotional symptoms in patients with recurrent abdominal pain or emotional disorders. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26:381-91.
- Hodges K, Kline JJ, Barbero G, Flanery R. Life events occurring in families of children with recurrent abdominal pain. *J Psychosom Res* 1984; 28:185-8.
- Hodges K, Kline JJ, Barbero G, Flanery R. Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and in their families. *J Pediatr* 1985; 107:622-6.
- Scharff L. Recurrent abdominal pain in children: a review of psychological factors and treatment. *Clin Psychol Rev* 1997; 17:145-66.
- Li B. Recurrent abdominal pain in childhood: an approach to common disorders. *Comprehensive Therapy* 1987; 13:46-53.
- Sanders MR, Rebgetz M, Morrison M, Bor W, Gordon A, Dadds M, et al. Cognitive-behavioral treatment of recurrent nonspecific abdominal pain in children: an analysis of generalization, maintenance and side effects. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:294-300.
- Feldman W, McGrath P, Hodgson C, Ritter H, Shipman RT. The use of dietary fiber in the management of simple, childhood, idiopathic, recurrent, abdominal pain. *Am J Dis Child* 1985; 139:1216-8.
- Hyams JS, Treem WR, Justinich CJ, Davis P, Shoup M, Burke G. Characterization of symptoms in children with recurrent abdominal pain: resemblance to irritable bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995; 20:209-14.
- Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Androlonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *J Pediatr* 1996; 129:220-6.
- Walker LS, Guite JW, Duke M, Barnard JA, Greene JW. Recurrent abdominal pain: a potential precursor of irritable bowel syndrome in adolescents and young adults. *J Pediatr* 1998; 32:1010-5.
- Christensen MF, Mortensen O. Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. *Arch Dis Child* 1975; 50:110-4.
- Magni MP, Donzelli F. Recurrent abdominal pain in children: a long term follow-up. *Eur J Pediatr* 1987; 146:72-4.
- Sills RH. Failure-to-thrive. The role of clinical and laboratorial evaluation. *Am J Dis Child* 1978; 132:967-9.
- Rang M. The Ulysses syndrome. *Can Med Assoc J* 1972; 106:122-3.
- Christensen MF, Mortensen O. Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. *Arc Dis Child* 1975; 50:110-4.
- Hotopf M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ* 1998; 316:1196-200.
- Magni G, Pierre M, Donzelli F. Recurrent abdominal pain in children: a long term follow-up. *Eur J Pediatr* 1987; 146:72-4.

Endereço para correspondência:

Dr. Marco Antônio Duarte  
 Faculdade de Medicina - Departamento de Pediatria  
 Av. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia,  
 Belo Horizonte - MG - CEP 30130-000  
 Fones: (31) 248.9772 - 248.9773 - Fax: (31) 248.9770  
 E-mail: duartema@dedalus.lcc.ufmg.br