



ARTIGO ORIGINAL

Dor abdominal crônica recorrente no ambulatório de gastropediatria

Recurrent Abdominal Pain at the Pediatric Gastroenterology Outpatient Clinic

Cesar A. Lunardi¹, Luciana A. Azevedo², Luciano C. P. Azevedo³

Resumo

Objetivo: Analisar as características de pacientes pediátricos com dor abdominal crônica recorrente, identificar os principais diagnósticos etiológicos e suas diferenças clínicas e laboratoriais.

Pacientes e Métodos: Foram estudados retrospectivamente 167 crianças atendidas no ambulatório de gastroenterologia pediátrica. Após a análise de toda a amostra, os pacientes foram divididos em grupos de acordo com o diagnóstico encontrado. Aqueles com mais de um diagnóstico foram reunidos em um subgrupo denominado de múltiplos diagnósticos. A análise estatística constou de teste de Kruskal-Wallis para variáveis numéricas e qui-quadrado para não numéricas.

Resultados: A idade dos pacientes variou entre 3 e 17 anos (mediana de 9), o número de consultas entre 1 e 16 (mediana de 2), o tempo de acompanhamento entre 1 e 37 meses (mediana de 4). A dor foi predominantemente periumbilical (35,8%) do tipo cólica (76,1%). Os principais diagnósticos encontrados foram constipação intestinal crônica (58,6%), parasitose intestinal (22,8%) e doença péptica (15,6%). Em 34 pacientes (20,3%) não foi possível estabelecer o diagnóstico. As diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de diagnósticos ocorreram quanto a idade ($p=0,00003$), número de consultas ($p=0,00004$), tempo de acompanhamento ($p=0,00001$), tipo de dor ($p=0,0003$), hábito intestinal ($p=0,0002$), característica das fezes ($p=0,0001$) e evolução clínica ($p=0,0006$).

Conclusões: Os autores concluem que o achado de doença orgânica em pacientes com dor abdominal crônica recorrente é muito mais comum do que o esperado, devendo-se sempre considerar a possibilidade de etiologia multifatorial para o quadro desses pacientes.

J. pediatr. (Rio J.). 1997; 73(3):180-188: dor abdominal crônica recorrente, constipação, doença péptica.

Abstract

Objective: To analyze the features of pediatric patients with recurrent abdominal pain, identify the main etiologic diagnoses and their clinical and laboratorial differences.

Patients and Methods: We studied the medical records from 167 children attended at a pediatric gastroenterology outpatient clinic. After analysis of the entire sample, the patients were divided in groups according to their diagnosis. Those patients with more than one diagnosis were arranged into a subgroup named multiple diagnosis. Statistical analysis was performed with Kruskal-Wallis test for numeric variables and chi-square test for non-numeric variables.

Results: The patients age ranged from 3 to 17 years (median 9), the number of consultations ranged from 1 to 16 (median 2) and the period of attendance ranged from 1 to 37 months (median 4). The pain was mainly periumbilical (35.8%) and crampy-like (76.1%). The main diagnoses found were chronic intestinal constipation (58.6%), intestinal parasitosis (22.8%), and peptic disease (20.4%). In 34 patients (20.3%) we were not able to establish the diagnosis. Among the groups, there was statistically significant difference in age ($p=0.00003$), number of consultations ($p=0.00004$), period of attendance ($p=0.00001$), kind of pain ($p=0.0003$), intestinal habit ($p=0.0002$), stool features ($p=0.0001$), and evolution ($p=0.0006$).

Conclusions: The authors conclude that finding organic disease in patients with recurrent abdominal pain is much more common than it was expected. The pediatrician always has to consider the possibility of multifactorial origin for these patients' complaints.

J. pediatr. (Rio J.). 1997; 73(3):180-188: recurrent abdominal pain, constipation, peptic disease.

Introdução

Dor abdominal crônica recorrente (DACR) é referida como um dos quadros mais comuns no universo pediátrico com incidência estimada em cerca de 10% das crianças em idade escolar¹. Frequentemente, tal sintomatologia é reconhecida como um desafio à capacidade diagnóstica do médico pediatra, na medida em que parte dos casos não conseguem ter uma etiologia específica esclarecida.

1. Médico Encarregado do Setor de Gastroenterologia Pediátrica - Serviço de Pediatria Clínica - Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" - IAMSPE - SP.

2. Interna do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" - IAMSPE - SP / 1996.

3. Interno do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" - IAMSPE - SP / 1996.

Os critérios para a classificação de DACR foram propostos por Apley e cols.² e são caracterizados pela ocorrência de pelo menos três episódios de dor abdominal, durante pelo menos três meses, em crianças acima de três anos, tendo a dor intensidade suficiente para interferir com as atividades diárias da criança.

De acordo com estudos anteriores, em no máximo 15% dos pacientes seria possível chegar a um diagnóstico de causa orgânica para tal sintoma³. Contudo, alguns relatos mais recentes têm sugerido que, em algumas séries, a investigação poderia resultar em uma quantidade significativa de pacientes com alterações funcionais e morfológicas do trato gastrointestinal⁴.

O objetivo deste estudo é avaliar as características dos pacientes atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica de um hospital geral com queixa de dor abdominal crônica recorrente, caracterizar os principais diagnósticos etiológicos e suas diferenças clínicas e laboratoriais.

Pacientes e Métodos

Foram estudados retrospectivamente os registros hospitalares de pacientes atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" - IAMSPE - São Paulo com queixa de dor abdominal de qualquer duração no período de dezembro de 1988 a dezembro de 1995. Estes foram analisados quanto a sexo, idade (em meses), número de consultas realizadas, tempo de acompanhamento (em meses), tempo de dor (em meses), local da dor, tipo, frequência, sintomas associados, tipo de dieta, hábito intestinal, característica das fezes, alterações do exame físico, exames complementares realizados, diagnóstico nutricional, diagnóstico psicológico (quando disponível), diagnóstico patológico, tratamento dietético, medicamentoso e evolução. Para fins de classificação nutricional, utilizaram-se os critérios de Gomez e Waterloo.

O conceito de dor abdominal recorrente citado por Apley² foi utilizado para selecionar os pacientes incluídos no estudo. Foram excluídos aqueles que não realizaram pelo menos três dos quatro exames complementares considerados como gerais, a saber, hemograma, urina tipo I, parasitológico de fezes e raio-x simples de abdome.

Inicialmente foram analisadas as características gerais da população estudada, tendo a seguir sido divididos os pacientes de acordo com o diagnóstico patológico. Para efeito de análise estatística, aqueles que apresentaram mais de um diagnóstico foram reunidos em um grupo único denominado de múltiplos diagnósticos, e 2 pacientes que apresentaram hipóteses diagnósticas de doença celíaca e epilepsia abdominal foram excluídos da análise. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para variáveis não-numéricas e o teste de Kruskal-Wallis para variáveis numéricas. O nível de significância estatística foi de 5%.

Resultados

Foram analisados os registros hospitalares de 255 pacientes. Destes, foram incluídos no estudo 167 e eliminados 88, sendo 58 por apresentarem dor abdominal aguda, 18 por não terem realizado uma quantidade mínima de exames complementares gerais suficientes para estabelecer o diagnóstico, 6 por terem idade abaixo de 3 anos à época da primeira consulta, 4 por apresentarem menos de 3 episódios de dor abdominal e 2 por falta de dados no prontuário.

Dos 167 pacientes estudados, 93 (55,7%) eram do sexo feminino e a idade variou de 3 a 17 anos (mediana de 9). O tempo de dor abdominal variou de 3 a 120 meses (mediana de 12), o número de consultas variou de 1 a 16 (mediana de 2) e o tempo de acompanhamento variou de 1 a 37 meses (mediana de 4).

Na Tabela 1 observamos as características da dor abdominal. Em 162 pacientes (97,0%) foi caracterizado o local da dor, sendo os mais frequentes a região periumbilical (35,8%) e epigástrica (34,6%). Em 138 (83,0%), o tipo da dor, sendo a cólica a mais frequente (76,1%). Houve piora da dor com a alimentação em 22 pacientes (13,0%) e melhora em 2 (1,2%).

Tabela 1 - Características da dor nos pacientes com DACR

Local	N	%	Tipo	N	%
Periumbilical	58	35,8	Cólica	105	76,1
Epigástrica	56	34,6	Queimação	18	13,1
Hipogástrica	12	7,4	Pontada	9	6,5
Difusa	10	6,2	Contínua	6	4,3
Outros *	26	16,0	Total	138	100,0
Total	162	100,0			

Sintomas associados ocorreram em 80 crianças (48,0%), sendo vômito em 30 (18,0%), náuseas em 12 (7,1%), distensão abdominal em 11 (6,6%), leucorréia em 10 (6,6%), acordar à noite com dor em 9 (5,4%), febre em 5 (2,3%) e outros sintomas em 26 (15,5%).

Havia registro do tipo de dieta em 108 pacientes (64,6%). A dieta geral foi observada em 79 pacientes (73,1%), obstipante em 25 (23,2%) e laxante em 4 (3,7%). Obtiveram-se dados a respeito do hábito intestinal e característica das fezes em 157 pacientes (94,0%). O hábito intestinal diário foi observado em 83 pacientes (52,9%), 1 vez a cada 2 dias em 46 (29,3%), 1 vez a cada 3 dias em 18 (11,5%), 2 vezes por dia em 9 (5,7%), 1 vez por semana em 1 (0,6%) e escape fecal em 30 pacientes (18,0%). As fezes pastosas foram observadas em 81 pacientes (51,6%), duras em 75 (47,8%) e moles em 1 (0,6%).

Ao exame físico, 94 crianças (56,3%) apresentavam alterações. No abdome foram observadas fezes palpáveis

em 70 pacientes (42,0%), dor à palpação em 17 (10,2%) e diástase de reto abdominal em 1 (0,6%). Ao exame da região anogenital, observaram-se fezes endurecidas ao toque retal em 17 pacientes (10,2%), plicoma anal em 6 (3,6%) e leucorréia em 2 (1,2%), sendo que 17 pacientes possuíam mais de um achado.

Em relação aos exames laboratoriais, 151 pacientes (90,0%) realizaram hemograma (Tabela 2) e 113 (68,0%), a velocidade de hemossedimentação (VHS). O VHS foi aumentado em 17 pacientes (15,0%). O exame de urina tipo I foi feito em 142 pacientes (85,0%) apresentando leucocitúria em 11 (7,7%), hematuria em 5 (3,5%) e presença de oxalato de cálcio em 1 (0,8%). A urocultura foi realizada em 70 pacientes (42,0%), tendo somente em uma delas crescido *Escherichia coli*. O parasitológico de fezes foi realizado em 146 pacientes (87,4%) (Tabela 3). Setenta e três pacientes (44,0%) realizaram dosagens de transaminases por método colorimétrico, estando a TGO aumentada em 3 (4,1%), a TGP aumentada em 2 (2,7%) e ambas aumentadas em 4 (5,5%). Sessenta e sete pacientes (40,1%) realizaram a amilase, estando elevada em 11 (16,4%), e 34 pacientes (20,3%) realizaram o PPD, sendo não reator em 24 (70,5%), reator forte em 8 (23,5%) e reator fraco em 2 (6,0%). Duas crianças reator forte realizaram quimioprofilaxia com isoniazida.

Tabela 2 - Hemograma nos pacientes com DACR

Hemograma	N	%
Normal	104	68,9
Eosinofilia	24	15,9
Anemia hipocrômica/microcítica	11	7,3
Anemia normocrômica/normocítica	7	4,6
Leucocitose	4	2,6
Leucocitose + eosinofilia	1	0,7
Total	151	100,0

Tabela 3 - Parasitológico de fezes nos pacientes com DACR

Parasitológico de Fezes	N	%
Negativo	97	66,5
Parasita não patogênico	19	13,0
Parasita patogênico	30	20,5
Total	146	100,0
Parasita Patogênico *	N	%
<i>A.lumbricoides</i>	12	8,2
<i>G.lambliia</i>	8	5,5
<i>T.trichiuris</i>	3	2,0
<i>S.stercoralis</i>	3	2,0
<i>E.histolytica</i>	3	2,0
Cistos/larvas degeneradas	3	2,0
<i>E.vermicularis</i>	2	1,3
Total	34	-

* 4 pacientes apresentaram 2 parasitas.

Dos exames de diagnóstico por imagem, 82 pacientes (49,1%) realizaram o raio-x simples de abdome, sendo normal em 53 (64,6%), maior quantidade de fezes em 13 (15,9%), espinha bífida em 7 (8,5%), fusão do arco posterior de L₅-S₁ em 6 (7,3%) e outras alterações em 3 (3,7%). Sessenta e dois pacientes (37,1%) realizaram o enema opaco, estando normal em 37 (59,7%), presença de dólco sigmóide em 14 (22,6%), retenção de contraste após 24 horas em 6 (9,7%), presença de grande quantidade de fezes em 3 (4,8%), dilatação da ampola retal em 1 (1,6%) e sigmóide espástico em 1 (1,6%). Oitenta e seis pacientes (51,5%) realizaram a ultra-sonografia abdominal, sendo normal em 80 (93,0%), presença de esplenomegalia em 3 (3,4%), dilatação pelo calicial em 1 (1,2%), rim vicariante em 1 (1,2%) e hidronefrose em 1 (1,2%). Trinta e quatro pacientes do sexo feminino (36,5%) realizaram a ultra-sonografia pélvica, encontrando-se cisto ovariano em 6 (17,6%).

Endoscopia digestiva alta foi realizada em 46 pacientes (27,5%) (Tabela 4). Dos 26 pacientes nos quais foi encontrada doença péptica, 11 realizaram biópsia gástrica, encontrando-se gastrite crônica em 7 (63,6%) e infiltrado inflamatório e edema em 4 (36,4%). A pesquisa de *H. pylori* através de coloração por Giemsa foi realizada em 6 pacientes, sendo positiva em 2 (33,3%). Um paciente realizou biópsia esofágica com esofagite leve e um a biópsia duodenal com atrofia total de vilosidades com hipertrofia de criptas.

Tabela 4 - Endoscopia digestiva alta nos pacientes com DACR*

Endoscopia **	N	%
Normal	20	43,5
Gastrite	20	43,5
- Enantematosa	6	13,1
- Crônica	6	13,1
- Leve	5	10,8
- Erosiva	3	6,5
Esofagite	4	8,7
Úlcera Duodenal Cicatrizada	3	6,5
Bulboduodenite	2	4,3
Refluxo Duodeno-Gástrico	1	2,1

* Exame realizado em 46 pacientes.

** 4 pacientes apresentaram mais de um achado endoscópico.

Quarenta e seis pacientes (27,5%) realizaram outros exames, além dos acima referidos.

O diagnóstico nutricional foi realizado em 161 pacientes (96,4%) e está demonstrado na Tabela 5. Na avaliação psicológica observou-se distúrbio de conduta em 15 pacientes (9,0%) e deficiência mental em 3 (1,8%), sendo este diagnóstico confirmado pela Psiquiatria Infantil em 11 deles.

Tabela 5 - Diagnóstico nutricional dos pacientes com DACR

Diagnóstico	N	%
Eutrofia	131	81,4
Baixa Estatura	12	7,5
Desnutrição	11	6,8
- Crônica	8	5,0
- Pgressa	2	1,2
- Atual	1	0,6
Obeso	5	3,1
Sobrepeso	2	1,2
Total	161	100,0

Os diagnósticos etiológicos mais comumente encontrados foram: constipação intestinal crônica em 98 (58,6%), parasitose intestinal em 38 (22,8%), doença péptica em 26 (15,6%), doença celíaca em 1 (0,6%), epilepsia abdominal em 1 (0,6%) e indeterminado em 34 (20,3%). O grupo referido como indeterminado foi composto por pacientes em que não se identificou uma etiologia. Trinta e um pacientes apresentaram 2 destes diagnósticos e 8 pacientes tiveram diagnóstico clínico de parasitose (enterobíase). A Tabela 6 identifica os grupos de pacientes em que foram observados mais de um diagnóstico. Outros diagnósticos encontrados estão na Tabela 7.

Tabela 6 - Principais diagnósticos encontrados nos pacientes com DACR

Diagnóstico	N	%
Constipação Intestinal Crônica	72	43,1
Indeterminado	34	20,3
Constipação Intestinal Crônica + Parasitose	18	10,8
Parasitose Intestinal	15	9,0
Doença Péptica	13	7,8
Constipação Intestinal Crônica + Doença Péptica	8	4,8
Doença Péptica + Parasitose Intestinal	5	3,0
Doença Celíaca	1	0,6
Epilepsia Abdominal	1	0,6
Total	167	100,0

Houve manipulação dietética no tratamento de 112 pacientes (67,0%) (Tabela 8). Os principais medicamentos utilizados no tratamento foram óleo mineral em 34 (20,4%), mebendazol em 25 (15,0%), metronidazol em 21 (12,6%), enema em 16 (9,6%), cimetidina em 13 (7,8%) e outros medicamentos em 19 (11,8%). Essas drogas foram utilizadas isoladamente ou em associação. Quanto à evolução clínica, 70 pacientes (41,9%) tiveram remissão total dos sintomas, 39 (23,3%) não retornaram à consulta, 30 (18,0%) permaneceram inalterados ou pioraram e 28 (16,8%) tiveram remissão parcial.

Tabela 7 - Outros diagnósticos encontrados nos pacientes com DACR

Diagnóstico *	N	%
Anemia	11	6,6
Vulvovaginite	7	4,2
Epilepsia	3	1,8
Prolapso de Valva Mitral	3	1,8
Traço Falciforme	3	1,8
Astrocitoma	2	1,2
Comunicação Interventricular	2	1,2
Sopro Cardíaco Funcional	2	1,2
Agnesia Lobo Tireóide	1	0,6
Alopécia Areata	1	0,6
Deficiência G6PD	1	0,6
Dismenorréia	1	0,6
<i>Diabetes mellitus</i>	1	0,6
Glomerulonefrite Difusa Aguda	1	0,6
Hipoglicemia a esclarecer	1	0,6
Infecção de Trato Urinário	1	0,6
Toxocaríase	1	0,6
Total	42	25,2

Cada paciente apresenta também 1 diagnóstico do Quadro 25.

Os pacientes foram a seguir divididos em grupos para análise estatística de acordo com os diagnósticos referidos na Tabela 6. Aqueles com mais de um diagnóstico foram incluídos em um grupo único denominado de múltiplos diagnósticos. As duas crianças que apresentaram diagnóstico de doença celíaca e epilepsia abdominal foram excluídas da análise.

A comparação dos diferentes diagnósticos quanto ao sexo, não demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p=43$).

Quanto à idade, número de consultas, tempo de acompanhamento ambulatorial e tempo de surgimento da dor foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos para idade, número de consultas e tempo de acompanhamento, mas não para o tempo de surgimento da dor, conforme mostra a Tabela 9. Os pacientes com constipação intestinal tiveram em média idade menor do que os outros e aqueles com doença péptica idade maior. Quanto ao número de consultas e meses de acompanhamento, observa-se que o grupo de pacientes com múltiplas doenças, compareceu mais vezes à consulta e foi acompanhado durante um período mais prolongado.

Tabela 8 - Manipulação dietética no tratamento de pacientes com DACR

Manipulação Dietética	N	%
Dieta Laxante	73	65,2
Dieta Laxante + Farelo de Trigo	19	17,0
Dieta para Ulceroso	13	11,6
Dieta Laxante para Ulceroso	6	5,4
Dieta isenta de Glúten	1	0,8
Total	112	100,0

Tabela 9 - Distribuição dos grupos estudados com DACR quanto à idade (meses), número de consultas, tempo de acompanhamento (meses), tempo de surgimento da dor (meses). Valores expressos como *mediana* (mínimo-máximo)

Diagnóstico	Idade	Consultas	Acompanhamento	Tempo Dor
Constipação Intestinal Crônica	96 (36-180)	2 (1-8)	4 (1-36)	12 (3-72)
Doença Péptica	144 (60-192)	2 (1-8)	2 (1-24)	12 (3-36)
Indeterminado	118 (47-204)	2 (1-4)	2 (1-19)	12 (3-120)
Parasitose Intestinal	108 (52-168)	2 (2-6)	5 (2-36)	12 (3-42)
Múltiplos Diagnósticos	121 (48-204)	4 (1-16)	10 (1-37)	12 (3-120)
Valor p	0,00003	0,00004	0,00001	0,43
Teste de Kruskal-Wallis				

A comparação dos grupos estudados quanto ao local da dor não demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,45$).

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos pacientes quanto ao tipo da dor. Os pacientes com doença péptica apresentaram uma frequência maior de dor do tipo queimação, sendo a diferença entre os grupos estatisticamente significativa ($p=0,00003$).

Quando os grupos de pacientes com dor abdominal crônica recorrente (DACR) foram comparados quanto ao tipo de dieta, não houve diferença estatisticamente signifi-

cante ($p=0,14$).

A Tabela 11 mostra a distribuição dos pacientes quanto ao hábito intestinal. Houve diferença estatisticamente significativa, com o grupo da constipação intestinal crônica apresentando uma frequência de evacuações menor que os outros grupos ($p=0,0002$).

Quanto à característica das fezes, houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,0001$), apresentando os pacientes com constipação intestinal crônica uma frequência maior de fezes endurecidas.

Tabela 10 - Distribuição percentual dos grupos estudados com DACR quanto ao tipo de dor

Diagnóstico	Tipo da Dor				Total
	Cólica	Queimação	Pontada	Contínua	
Constipação Intestinal Crônica	86,0	3,5	3,5	7,0	100,0
Doença Péptica	27,3	72,7	0,0	0,0	100,0
Indeterminado	76,6	6,7	10,0	6,7	100,0
Parasitose Intestinal	91,7	8,3	0,0	0,0	100,0
Múltiplos Diagnósticos	69,2	19,2	11,6	0,0	100,0

$p = 0,00003$

Teste do qui-quadrado

Tabela 11 - Distribuição percentual dos grupos estudados com DACR quanto ao hábito intestinal

Diagnóstico	Frequência das Evacuações					Total
	1x/d	1x/2d	1x/3d	1x/7d	2x/d	
Constipação Intestinal Crônica	32,9	47,1	17,1	0,0	2,9	100,0
Doença Péptica	90,0	10,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Indeterminado	77,4	9,7	3,2	0,0	9,7	100,0
Parasitose Intestinal	84,6	7,7	0,0	0,0	7,7	100,0
Múltiplos Diagnósticos	45,2	25,8	16,1	3,2	9,7	100,0

$p = 0,0002$

Teste do qui-quadrado

As análises estatísticas realizadas com relação aos exames complementares gerais não revelaram diferença estatisticamente significativa para nenhum dos grupos. Evidentemente, os exames considerados diagnósticos como parasitológico de fezes e endoscopia não foram testados.

Quanto à comparação dos grupos estudados com DACR quanto ao estado nutricional, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,8$). Quando comparados quanto à evolução clínica das crianças, houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 12).

Discussão

Em nosso estudo, houve uma maior frequência de casos do sexo feminino (5:4), coincidindo com relatos da literatura internacional que afirmam ser a menina mais acometida, numa relação de aproximadamente 5:3⁵. A idade mediana de início dos sintomas foi de 9 anos, resultado também observado por outros autores, que afirmam ser a faixa etária mais acometida aquela entre 8 e 10 anos⁵.

Quanto ao local da dor, observamos a preponderância de dor periumbilical e epigástrica, o que confirma dados da literatura⁵. Contudo, a noção de que quanto maior a distância da dor em relação ao umbigo, maior a possibilidade de tratar-se de doença orgânica³ deve ser lembrada com cautela, na medida em que em muitos casos em que identificamos a etiologia, a dor era periumbilical. Isso tende a ser mais freqüente quanto menor a idade, já que a criança menor apresenta maiores dificuldades para definir o tipo e o local da dor.

Dos pacientes estudados, a dor foi em cólica em 76,1%, confirmando relatos anteriores como o de Stone e cols.⁶, que, estudando 102 crianças com DACR, observaram uma incidência de 67,0%. Uma característica importante da dor, a piora após alimentação, foi observada em 13,0% dos pacientes e parece ser até certo ponto freqüente, na medida em que Stone e cols.⁶ relataram esse sintoma em 20% dos pacientes.

Stickler e cols.¹ e Mavromichalis e cols.⁷ observaram a concomitância de sintomas associados na grande maioria dos casos de DACR. Os sintomas mais freqüentes em seus estudos foram náuseas (40%) e vômitos (30%), ao passo que nós observamos uma incidência inversa: vômitos (18,0%) e náuseas (7,1%).

Em nosso estudo, a maioria dos pacientes tinha uma dieta geral para idade, o que parece representar um paradoxo, pois apenas 23,2% destes tinham dieta obstipante e em 58,0% dos casos diagnosticou-se constipação intestinal, isolada ou associada a outra doença. Tal fato pode representar uma pequena influência da dieta na gênese da constipação intestinal destes pacientes. Outro dado interessante é o fato de que a maioria das crianças apresenta hábito intestinal diário com fezes pastosas, o que pode representar provavelmente falta de confiabilidade no relato dos informantes, já que ao exame físico em 47,0% encontrou-se um achado sugestivo de constipação intestinal, quer seja presença de alça intestinal palpável com fezes, ampola retal com fezes endurecidas ao toque ou presença de plicoma anal.

No hemograma, verificamos uma normalidade em torno de 70% e, mesmo nos casos em que houve resultado anormal, este foi de pouca valia no estabelecimento do diagnóstico. A eosinofilia, por exemplo, apesar de ser citada como relacionada a parasitose intestinal, em nosso estudo ocorreu em 24 pacientes e, destes, apenas 7 tinham parasitose comprovada pelo parasitológico de fezes, indicando a inespecificidade desse achado ou, talvez, a baixa sensibilidade da pesquisa de parasitas nas fezes. Stickler e cols.¹ realizaram hemograma de mais de 150 crianças com DACR e observaram resultados normais em todos, assim como Stone e cols.⁶ e Mcgrath e cols.⁸ A velocidade de hemossedimentação aumentada foi vista neste estudo em 15% dos pacientes que a realizaram, obtendo dados similares aos de Stickler e cols.¹, embora não tenhamos conseguido correlacionar este fato e qualquer doença.

Tabela 12 - Distribuição percentual dos grupos estudados com DACR quanto à evolução clínica

Diagnóstico	Evolução Clínica				Total
	Melhora	Melhora Parcial	Inalterado/Piora	Sem Retorno	
Constipação Intestinal Crônica	47,2	18,1	13,9	20,8	100,0
Doença Péptica	30,8	0,0	23,1	46,2	100,0
Indeterminado	20,6	5,9	35,3	38,2	100,0
Parasitose Intestinal	53,3	26,7	20,0	0,0	100,0
Múltiplos Diagnósticos	54,8	25,8	3,2	16,1	100,0

$p = 0,0006$

Teste do qui-quadrado

A identificação de leucocitúria em 7,7% dos pacientes que realizaram exame de urina tipo I provavelmente reflete coleta inadequada na grande maioria dos casos ou a presença de vulvovaginite, já que cerca de 90,0% destas crianças eram meninas e, de todas as uroculturas realizadas, em apenas uma houve resultado positivo. Já a presença de hematúria parece sugerir doença orgânica. Dos 5 pacientes que tiveram hematúria ao exame, em um foi diagnosticado glomerulonefrite difusa aguda, um não retornou para esclarecimento diagnóstico, e nos outros 3, apesar de exaustivamente investigados, não se chegou à etiologia. Dos trabalhos da literatura, em nenhum foi encontrada alteração no exame de urina^{1,8}.

A incidência de parasitose intestinal encontrada em nosso estudo foi muito superior à da literatura em geral^{6,8}. Apenas no estudo de Stone e cols.⁶ foi encontrado um único caso de giardíase, o que demonstra que em nossa população os níveis de higiene e saneamento são provavelmente piores que os dos trabalhos citados. Assim, apesar de a literatura não enfatizar a possibilidade de parasitose nos pacientes com DACR, em nosso país e nos outros países em desenvolvimento, o pediatra deve sempre ter em mente a possibilidade dessa etiologia para o quadro doloroso, tornando-se então o parasitológico de fezes exame obrigatório.

As transaminases estavam aumentadas em cerca de 9,0% dos pacientes que as realizaram, e este achado foi inespecífico. A amilase teve um maior percentual de resultados elevados (16,4%), embora em nenhum dos casos pudesse ser estabelecida uma correlação entre a elevação dessa enzima e as doenças diagnosticadas. Wheeler e cols.⁹ dosaram a amilase de 50 pacientes com DACR e concluíram que esse exame não contribuiu para o estabelecimento do diagnóstico.

O enema opaco foi caracterizado como normal em 59,7% dos casos e as anormalidades verificadas nos exames restantes ajudaram no diagnóstico de constipação intestinal crônica como retenção de fezes, dilatação da ampola retal e sigmóide espástico.

Nos anos recentes, a ultra-sonografia tem assumido um relevante papel na avaliação de crianças com dor abdominal recorrente. Isso se deve ao fato de ser um exame indolor, não invasivo e não associado à irradiação. Shanon e cols.¹⁰ realizaram ultra-sonografia em 65 pacientes com DACR e observaram normalidade em 81%. Em nosso estudo, observamos estudo ultra-sonográfico abdominal normal em 93,0% dos pacientes e pélvico em 82,4%. As principais anormalidades encontradas tanto no estudo de Shanon e cols.¹⁰ quanto neste foram esplenomegalia, hidronefrose e cistos ovarianos. Pudemos notar um elevado número de exames com resultado normal.

A constipação intestinal crônica (CIC) é um dos problemas mais freqüentes encontrados em nosso meio. Estimase que cerca de 40% dos escolares do ciclo básico das escolas públicas de Botucatu, São Paulo, apresentem essa doença¹¹. Maffei e cols.¹¹ observaram dor abdominal re-

corrente em cerca de 61% dos pacientes com constipação intestinal. Dessa forma, a constipação intestinal crônica é reconhecida como um dos principais distúrbios encontrados em crianças com DACR¹². As crianças geralmente apresentam constipação intestinal crônica numa idade mais precoce que as outras doenças da infância, razão pela qual procuram o médico mais cedo, tal como está demonstrado na Tabela 9. A constipação pode levar a distensão colônica, formação de gás e defecação dolorosa⁵, e a dor parece relacionar-se a espasmo colônico, defecação ineficaz, trânsito intestinal demorado ou insensibilidade ao reflexo gastrocólico¹³. A dor da constipação intestinal crônica tem sido relatada na literatura como localizada predominantemente em região periumbilical ou hipogástrico¹⁴. Embora esses dados sejam decorrentes de experiência clínica, observamos em nosso estudo que a dor abdominal foi principalmente periumbilical, no entanto sem diferença estatisticamente significativa. Como demonstrado na Tabela 10 e em concordância com a literatura¹⁴, a dor tipo cólica foi a mais comum, tendo havido diferença estatística significativa entre os diversos grupos.

Outros achados freqüentes em pacientes com constipação intestinal crônica são alças intestinais palpáveis com fezes endurecidas em seu interior e doença orificial¹². Em alguns pacientes, pode ocorrer escape fecal, comumente confundido com má higiene¹⁴. Maffei e cols.¹¹ encontraram escape fecal em 45% dos pacientes com constipação intestinal.

O tratamento da constipação intestinal crônica é descrito como sendo dieta laxante, óleo mineral e, se necessário, enema de fosfato hipertônico¹². Em nosso estudo, o tratamento baseou-se fundamentalmente nesses itens e houve melhora total ou parcial do quadro doloroso e da constipação intestinal crônica em cerca de 65% dos casos. O óleo mineral é insípido, assumindo o sabor do veículo com o qual é misturado, devendo ser dado entre as refeições para minimizar seu efeito negativo sobre a absorção de vitaminas lipossolúveis¹².

Os recentes estudos a respeito da infecção por *H. pylori*, gastrite e úlcera péptica têm proporcionado uma nova perspectiva e uma conduta diagnóstica mais invasiva em crianças com DACR¹⁵. Diversos estudos^{7,15} têm tentado relacionar esses pacientes com achados endoscópicos de úlcera e gastrite. Ashorn e cols.¹⁵, analisando com endoscopia 82 crianças com DACR, encontraram sinais de doença ulcerosa duodenal em 3,7% e gastrite por *H. pylori* em 22%. Já Mavromichalis e cols.⁷ realizaram endoscopia com biópsia de 71 crianças com DACR e observaram 93% dos casos com lesão inflamatória do trato gastro-intestinal e incidência de *H. pylori* de 7,5%. Em nosso estudo, a infecção por essa bactéria ocorreu em apenas 2 pacientes (8,0%); contudo, na grande maioria dos casos, não foi realizada pesquisa. Dessa forma, o papel do *H. Pylori* como causador de gastrite não foi completamente estabelecido em crianças com doença péptica^{7,15,16}, embora a incidência pareça ser baixa¹⁷.

Neste trabalho, os pacientes com DACR relacionada a doença péptica pareceram apresentar o quadro sintomático numa idade mais avançada que os dos outros, com dor predominantemente epigástrica, em caráter de queimação e, na maior parte dos casos, uma vez realizado o diagnóstico, não retornaram à consulta. Essas características da dor são compatíveis com o que é descrito na literatura¹⁴. Alguns trabalhos^{6,7,15} tem evidenciado uma maior quantidade de doença péptica em casos de DACR do que havia sido previamente divulgado.

Há relatos de que a síndrome de DACR pode ser o correspondente pediátrico da síndrome do cólon irritável no adulto¹⁸. Piñero-Carrero e cols.¹⁹ demonstraram que crianças com DACR têm motilidade gastroduodenal alterada, o que poderia ser o mecanismo causador. Outras evidências vêm do estudo de Feldman e cols.²⁰, que conseguiram a melhora da sintomatologia num número estatisticamente significativo de pacientes através da dieta com fibras e sugeriram que tal efeito benéfico deve-se à diminuição do tempo de trânsito pela fibra, de forma semelhante ao que ocorre na síndrome do cólon irritável do adulto. Dessa forma, outros estudos devem ser realizados para confirmar o papel dessa doença em pacientes com DACR.

Desde o estudo de Apley e cols.², muito se tem discutido a respeito de um possível componente psicogênico nessa síndrome. Segundo alguns trabalhos, uma causa orgânica só poderia ser encontrada em cerca de 5% dos pacientes com DACR¹⁸. A favor dessa teoria, observou-se que na maior parte dos casos ocorre uma melhora do quadro doloroso com o passar do tempo, mesmo sem tratamento². Assim, foram realizados inúmeros estudos com o objetivo de tentar caracterizar uma maior prevalência de depressão ou outros distúrbios psicológicos nessas crianças^{8,21,22}. De uma maneira geral, esses trabalhos não conseguiram observar maior incidência de fatores psicológicos e sintomas depressivos em crianças com DACR quando comparados aos controles^{8,21,22}. Neste estudo, observamos que 18 crianças pareciam apresentar distúrbios de conduta ou deficiência mental. Destas 18, somente 3 não tiveram diagnóstico etiológico estabelecido. Há, então, a possibilidade de que o distúrbio de conduta possa ser causa, consequência ou ainda associar-se ao quadro de dor abdominal.

Os autores concluem que parece haver uma maior quantidade de doenças orgânicas na gênese da dor abdominal crônica recorrente em pediatria do que havia sido anteriormente relatado. As doenças mais encontradas na população estudada foram a constipação intestinal crônica, a doença péptica e a parasitose intestinal. Algumas pistas quanto ao diagnóstico podem ser dadas pela idade do paciente, características da dor, hábito intestinal, característica das fezes e pelo exame físico, embora em nenhum caso esses achados possam ser patognomônicos. Há ainda a necessidade de que os pediatras não se contentem com o diagnóstico único de distúrbio de conduta como causador de dor abdominal, na medida em que em muitos casos é

grande a possibilidade de etiologia multifatorial para a doença.

Agradecimentos

Os autores agradecem o Dr. Renato S. Grinbaum, médico do Serviço de Moléstias Infecciosas do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" - IAMSPE - SP, pela colaboração na análise estatística.

Referências bibliográficas

1. Stickler GB, Murphy DB. Recurrent abdominal pain. *Am J Dis Child* 1979; 133:486-9.
2. Apley J, Hale B. Children with recurrent abdominal pain: How do they grow up? *Br Med J* 1973; 3:7-9.
3. Barbero GJ. Recurrent abdominal pain in childhood. *Pediatr Rev* 1982; 4:29-34.
4. Murphy MS. Management of recurrent abdominal pain. *Arch Dis Child* 1993; 69:409-11.
5. Oberlander TF, Rappaport LA. Recurrent abdominal pain during childhood. *Pediatr Rev* 1993; 8:313-9.
6. Stone RT, Barbero GJ. Recurrent abdominal pain in childhood. *Pediatrics* 1970; 45:732-8.
7. Mavromichalis I, Zamboukas T, Richman PI, Slavin G. Recurrent abdominal pain of gastro-intestinal origin. *Eur J Pediatr* 1992; 151:560-3.
8. Mcgrath PJ, Goodman JT, Firestone P, Shipman R, Peters S. Recurrent abdominal pain: a psychogenic disorder? *Arch Dis Child* 1983; 58:888-90.
9. Wheeler RA, Colquhoun-Flannery WA, Johnson CD. Plasma amylase estimation in recurrent abdominal pain in children. *Ann R Coll Surg Engl* 1992; 74:335-7.
10. Shanon A, Martin DJ, Feldman W. Ultrasonographic studies in the management of recurrent abdominal pain. *Pediatrics* 1990; 86:35-8.
11. Maffei HVL, Moreira FL, Kissimoto M, Chaves SMF, Faro SE, Aleixo AM. História clínica e alimentar de crianças atendidas em ambulatório de gastroenterologia pediátrica (GEP) com constipação intestinal crônica funcional (CICF) e suas possíveis complicações. *J pediatr (Rio J.)* 1994; 70:280-6.
12. Fitzgerald J. Constipation in children. *Pediatr Rev* 1987; 8:299-302.
13. Coleman WL, Levine MD. Recurrent abdominal pain: The cost of the aches and the aches of the cost. *Pediatr Rev* 1986; 8:143-51.
14. Levine MD, Rappaport LA. Recurrent abdominal pain in school children: The loneliness of the long-distance physician. *Pediatr Clin North Am* 1984; 31:969-91.
15. Ashorn M, Maki M, Ruuska T et al. Upper gastrointestinal endoscopy in recurrent abdominal pain of childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1993; 16:273-7.
16. Lindberg T. Recurrent abdominal pain in childhood. *Acta Paediatr* 1994; 83:775-6.

17. Scott RB. Recurrent abdominal pain during childhood. *Can Fam Physician* 1994; 40:539-47.
18. 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.
19. Piñeiro-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.
20. 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.
21. Hodges K, Kline JJ, Barbero G, Flanery R. Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and their families. *J Pediatr* 1985; 107:622-6.
22. Raymer D, Weininger O, Hamilton JR. Psychological problems in children with abdominal pain. *Lancet* 1984; 1:439-40.

Endereço para correspondência:

Dr. Cesar A. Lunardi

Rua Urano, 65 - apto 44-B

CEP 01529-010 - São Paulo- SP

Fone: (011) 277.2244 / 277.3765 - Fax: (011) 277.2245