

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

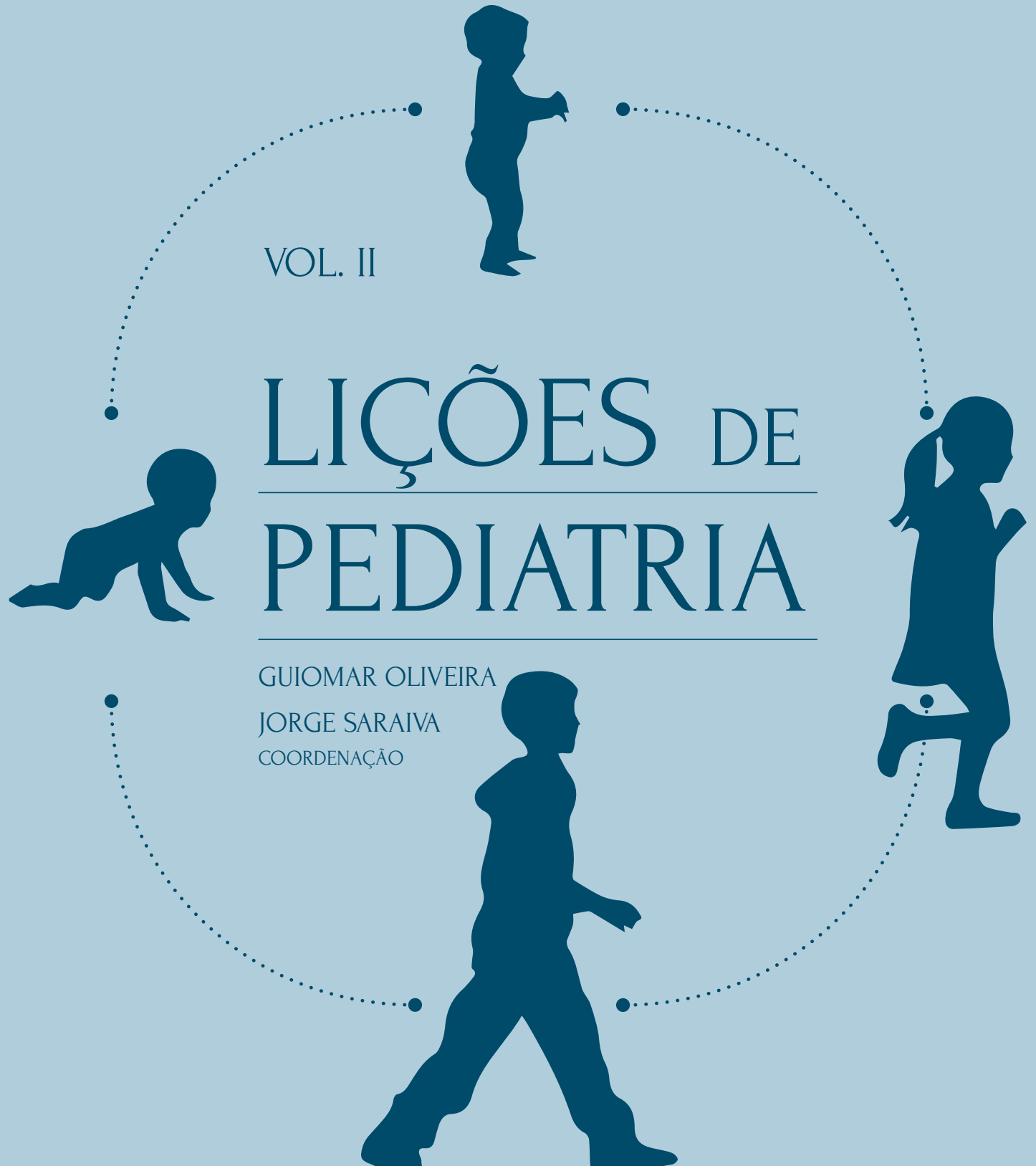
VOL. II

LIÇÕES DE
PEDIATRIA

GUIOMAR OLIVEIRA

JORGE SARAIVA

COORDENAÇÃO



Capítulo 24.
Dor abdominal aguda e crónica

24

Ricardo Ferreira

DOI: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_24

24.1 CONTEXTO

A dor abdominal é uma das queixas mais frequentes em Pediatria. Apesar da sua frequência, na grande maioria dos casos trata-se de uma situação benigna. Pode até inclusive tratar-se de uma situação não abdominal, como por exemplo a dor referida ao abdómen na pneumonia da base ou a simples somatização de estados de ansiedade.

Apesar de apenas cerca de 1% dos casos de dor abdominal aguda ser de causa cirúrgica, esses casos têm que ser atempadamente diagnosticados, sob pena de se perder definitivamente parte do intestino ou até serem causa de mortalidade de que são exemplos a invaginação, a isquémia, e o volvo intestinais.

24.2 DESCRIÇÃO DO TEMA

Tipos de dor

Classicamente são classificados três tipos de dor: dor visceral, dor somato-parietal e dor referida, consoante a origem do estímulo doloroso e a condução neurológica dos estímulos nociceptivos (tipo de fibra nervosa, nível de entrada na espinhal medula). A dor visceral é indefinida, de localização vaga e tem origem na serosa, no mesentério, na camada muscular e até na mucosa das vísceras ocas. A dor somato-parietal é mais precisa na sua localização, mais intensa e situa-se no local de maior inflamação. Traduz envolvimento do peritoneu parietal e da musculatura abdominal, é agravada pelo movimento, pelo que habitualmente o doente está imóvel e concentrado na dor. A dor referida, apesar de ser relativamente

definida na sua localização, tem a característica, tal como o nome indica, de doer num local muito diferente do local da lesão (*i.e.* dor no ombro da patologia subdiafragmática ou dor abdominal na pneumonia da base).

Etiologia

Como se referiu anteriormente, as causas de dor abdominal são múltiplas, podendo ser gastrointestinais ou envolver outros órgãos e sistemas intra-abdominais (génito-urinário por exemplo) ou até ter a sua causa fora do abdómen (causas pulmonares, cardíacas, hematológicas, metabólicas, neurológicas ou até causas desconhecidas ou mal definidas (*i.e.* dor abdominal funcional, cólicas do lactente – primeiro trimestre).

A idade da criança é um fator importante a ter em conta ao elencar as hipóteses de diagnóstico causal. Se é verdade que a GEA ou a obstipação podem ocorrer em qualquer idade, há patologias mais frequentes em alguns grupos etários. As causas com componente malformativo congénito são obviamente mais frequentes no pequeno lactente (malrotação intestinal com volvo, doença de Hirschsprung, por exemplo) mas por vezes podem manifestar-se mais tarde. A invaginação intestinal é mais frequente nos primeiros meses de vida (3 a 18 meses) e se ocorrer acima dos dois anos deve pensar-se numa doença de base que predisponha à invaginação do intestino (ver lição de vómitos). A doença inflamatória intestinal é mais frequente a partir da idade pré-pubertária.

A GEA, a obstipação ou uma banal infeção viral aguda são as causas médicas mais frequentes de dor abdominal e a causa cirúrgica mais frequente é sem dúvida a apendicite aguda, mas

outras etiologias podem estar envolvidas e não podem ser esquecidas pois o atraso diagnóstico acarreta acréscimo de morbidade e até de mortalidade. São exemplo as situações associadas a hemorragia digestiva, oclusão ou perfuração intestinal, mas também causas extra-digestivas que põem em risco a vida como a miocardite ou pericardite, cetoacidose diabética e outras causas de hipoperfusão intestinal e ainda as vasculites e o síndrome hemolítico-urémico.

Diagnóstico

Uma história clínica detalhada e uma observação clínica minuciosa são primordiais para a orientação diagnóstica. No entanto, em muitos casos o diagnóstico definitivo não é conseguido após uma única observação, pois numa fase inicial a clínica pode ser demasiado inespecífica, pelo que a vigilância, as observações seriadas e o uso judicioso de alguns exames complementares são fundamentais.

No que diz respeito à semiologia diagnóstica da dor abdominal, embora esta seja frequentemente mal definida, as lesões com origem no esfago distal e estômago apresentam dor epigástrica, as do intestino delgado apresentam dor na região abdominal mediana ou peri-umbilical e as do cólon nos quadrantes abdominais inferiores. As lesões relacionadas com a obstrução intestinal são classicamente do tipo cólica com ou sem intervalo livre e acompanhadas de vômitos que poderão ser biliares se a obstrução é abaixo da ampola de Vater. Um exemplo clássico em Pediatria de oclusão do tubo digestivo sem vômitos biliares é a estenose hipertrófica do piloro, mas habitualmente a dor não é um sinal predominante. Um doente com vômitos biliares deve sempre levantar a suspeita

de abdómen cirúrgico, nomeadamente oclusão intestinal. Para além das características da dor, é muito importante inquirir acerca dos fatores que a precipitam, agravam ou aliviam, assim como a progressão dos sintomas associados. Por exemplo, em relação ao vômito, classicamente nas situações cirúrgicas a dor precede o vômito e por vezes alivia com o mesmo, enquanto nas situações médicas o vômito precede a dor e esta é menos cíclica.

As situações médicas e cirúrgicas mais frequentemente envolvidas na dor abdominal aguda (GEA e apendicite aguda, respetivamente) muitas vezes apresentam uma progressão de sintomas clássicos que importa conhecer, embora algumas vezes possam ter uma apresentação atípica. Na GEA habitualmente há febre a preceder ou desde o início do quadro, anorexia, náusea ou vômitos que por vezes podem ser incoercíveis mas raramente são biliares. O abdómen pode apresentar-se com distensão ligeira a moderada mas não localizada e habitualmente os ruídos abdominais estão aumentados de frequência mas não de timbre. As dejeções são líquidas e abundantes caso a infeção seja predominantemente do intestino delgado (frequentemente por rotavírus ou vírus *Norwalk* - género *Norovirus*). Quando a infeção afeta predominantemente o intestino grosso (colite infecciosa), as dejeções podem ser de pequena quantidade, com muco e/ou sangue e nestes casos a etiologia bacteriana é mais provável (*Salmonella*, *Campylobacter*, *Escherichia coli*, de entre outros). Na apendicite aguda habitualmente há anorexia e a dor tem um padrão de evolução muito típica, dependendo da intensidade da inflamação, da progressão do quadro e das estruturas anatómicas e fibras nervosas envolvidas na condução

do estímulo nervoso. Inicialmente a dor é mal definida e *surda* de localização peri-umbilical e só depois progride para uma dor do tipo parietal, intensa e bem localizada à fossa ilíaca direita.

A anamnese e o exame objetivo devem obviamente ser completos, dada a multiplicidade de etiologias médicas e cirúrgicas potencialmente envolvidas. Claro, não devem ser esquecidos os dados epidemiológicos que possam sugerir etiologia infecciosa (viagens, coabitantes com a mesma sintomatologia), nem os dados relacionados com a medicação, por exemplo, anti-inflamatórios não esteroides (gastrite), anti-epiléticos, imunossupressores (pancreatite) ou com antecedentes cirúrgicos (bridas).

O rebate sobre o estado geral e hemodinâmico é um dado essencial, pois podem estar em causa situações que exijam um esclarecimento rápido (volvulo intestinal, invaginação intestinal, hemorragia digestiva significativa). A presença de febre traduz habitualmente infeção ou inflamação e está presente nos casos médicos mais precocemente do que nos casos cirúrgicos. O doente grave pode apresentar-se muito irritado (ou pelo contrário prostrado), com gemido e com alteração do tempo de reperfusão capilar, sugerindo mau preenchimento vascular. Nas situações de dor parietal com irritação peritoneal habitualmente o doente tenta manter-se imóvel, enquanto nas situações de dor visceral mexe-se com frequência não apresentando posição de conforto. A presença de icterícia e/ou colúria com ou sem acolia sugerem fortemente um envolvimento hepatobiliar. Por outro lado, a dor epigástrica em barra com irradiação para o dorso pode indiciar patologia pancreática ou doença

ulcerosa duodenal. O exame abdominal é de importância primordial, sendo todos os seus aspetos igualmente importantes (inspeção, auscultação, palpação e percussão). Na palpação abdominal o local que previsivelmente seja mais doloroso deve ser deixado para último, para não perdermos a confiança da criança, sem a qual toda a observação fica comprometida. Logo quando vamos iniciar a palpação podemos detetar algumas pistas: o doente com dor abdominal real habitualmente está a olhar para as nossas mãos, com receio que a palpação desencadeie dor, enquanto o doente com dor por ansiedade ou com simulação não olha para as nossas mãos e por vezes nem sequer olha para nós, está relativamente alheio ao que estamos a fazer. Para além dos pontos dolorosos clássicos, é obrigatório procurar sinais de irritação peritoneal, visceromegálias, massas palpáveis ou a presença de ascite ou de ar livre intra-peritoneal.

A obstipação é uma causa relativamente frequente de dor abdominal (aguda e crónica). Muitas crianças obstipadas podem apresentar dejeções diárias ou em dias alternados, o que por vezes pode atrasar o diagnóstico de obstipação. O diagnóstico de obstipação não deve basear-se apenas na frequência das dejeções, pois este critério por vezes é enganador. Deve inquirir-se acerca dos hábitos defecatórios para identificar restantes características: esforço ao defecar, consistência das fezes, diâmetro das mesmas. Apesar de terem dejeções diárias que por vezes até parecem ser diarreicas (falsa diarreia da obstipação), algumas crianças apresentam retenção fecal significativa. A palpação abdominal permite identificar fecalomas retidos e em alguns casos está indicada a radiografia simples do abdómen para avaliação da massa fecal.

Por vezes a chave para o diagnóstico causal encontra-se fora do abdómen, como já foi dito anteriormente. É o caso da púrpura de Henoch-Schönlein, uma doença clássica da Pediatria. Por vezes a dor abdominal precede o exantema que tem distribuição e características típicas, pelo que a criança pode apresentar dor tipo cólica e até sintomas sub-oclusivos e dejeções com muco e sangue e só quando surge o exantema e/ou alterações articulares é que o diagnóstico se torna óbvio.

Os exames complementares a realizar evidentemente devem ser orientados pela história clínica. São úteis não apenas para o diagnóstico, mas também para a deteção de complicações. A pesquisa de vírus nas fezes, pela rapidez do seu resultado é um excelente exame a pedir nos casos em que há dúvida acerca da presença de GEA. Já a coprocultura tem pouco interesse prático, não deve ser solicitada por rotina até porque mesmo na diarreia aguda bacteriana nem sempre está indicada a antibioterapia. A ecografia abdominal é um exame facilmente disponível, sem radiações e em mãos experientes é altamente informativo. É particularmente útil na suspeita de invaginação intestinal, onde tem uma acuidade diagnóstica elevada e até pode ser terapêutica (redução hidrostática da invaginação). Permite também diagnosticar uma série de situações médicas e cirúrgicas e suas complicações (patologia hepatobiliar e pancreática, nefro-urológica, apendicite aguda, malrotação intestinal, ascite). Nos últimos anos tem-se revelado extremamente útil na suspeita diagnóstica de doença inflamatória intestinal (doença de *Crohn* e colite ulcerosa),

patologia cuja incidência tem vindo a aumentar de forma consistente entre nós. Na suspeita de doença inflamatória intestinal, os marcadores inflamatórios podem ajudar, particularmente na doença de *Crohn*, nomeadamente a velocidade de sedimentação e a proteína C reactiva, mas também a trombocitose e a anemia normocrómica normocítica (anemia da doença crónica). Na doença de *Crohn* por vezes não está presente a tríade clássica (dor abdominal, diarreia e emagrecimento) e a dor abdominal crónica associada a paragem no crescimento ou atraso pubertário podem ser os únicos sinais clínicos. Na suspeita de oclusão ou de perfuração intestinal, a radiografia simples do abdómen continua a ser fundamental. De preferência deve ser obtida de pé (em alternativa se deitado, solicitar com raios horizontais). Ter atenção ao ar livre intra-abdominal (que com o doente de pé se pode coletar na região subdiafragmática direita), à presença de níveis hidroaéreos, mas também à distribuição das ansas, que sendo muito assimétrica pode também ser uma pista para sub-oclusão.

No que diz respeito à terapêutica da dor abdominal, esta vai depender do diagnóstico em causa. No entanto, não é raro não se conseguir identificar a etiologia para a dor abdominal. Por vezes esta torna-se recidivante, podendo configurar um quadro de patologia funcional (dor abdominal funcional recorrente) cujas características se encontram agrupadas na classificação internacional dos distúrbios funcionais do aparelho digestivo, desenvolvida e atualizada periodicamente por um grupo de peritos internacionais (Critérios de Roma IV).