

ABORDAGEM PROPEDÊUTICA DA DOR ABDOMINAL CRÔNICA NA INFÂNCIA.

Clóvis Duarte Costa¹, Cesar Augusto Lunardi²

INTRODUÇÃO

A dor abdominal crônica é uma queixa frequente no consultório pediátrico. Pode ser a queixa principal ou acompanhar outros sintomas.

É importante salientar que cerca de 10-15% das crianças entre 5 e 15 anos manifestam quadro sob a designação de dor abdominal recorrente (DAR), quando ocorre pelo menos 3 episódios de dor, interferindo frequentemente com a rotina diária. A duração deve ser superior a 3 meses.⁶

A DAR é um dos capítulos mais intrincados na prática pediátrica. É necessário que o pediatra geral se sinta confiante e possa manejar com confiança e competência esses casos difíceis.⁸

Atualmente a DAR é classificada em 3 grupos: disfuncional (grande maioria dos pacientes); psicogênica (10-20%) e orgânica (5%).

A dor abdominal disfuncional manifesta-se por episódios dolorosos, com duração variável entre 1 e 3 horas. A dor é periumbelical, vaga, sem relação com as refeições ou ritmo intestinal, podendo ocorrer cefaléia, palidez, tontura e cansaço. Pode manifestar-se sob a forma de cólon irritável com constipação. Parece ser provocada por uma anormalidade na regulação da motilidade intestinal pelo sistema nervoso.

Já a dor abdominal psicogênica é considerada uma reação de conversão inconsciente conseqüente a um conflito psicológico. Acomete crianças com mais de 12 anos, tendo como fator desencadeante um problema familiar, por exemplo pais com depressão.⁷

A dor abdominal orgânica é secundária a várias doenças, de vários órgãos e sistemas: doença inflamatória intestinal, pancreatite crônica, intolerância a carboidratos, calcúlo renal e biliar etc (tabela I e II).³

Na avaliação destes pacientes é muito importante os dados clínicos. A anamnese é uma técnica de investigação extraordinária que constitui a parte mais importante da avaliação clínica de pacientes com queixas gastrointestinais. Seu valor,

contudo, depende não somente da perspicácia e experiência do profissional, mas também da capacidade e disposição do paciente em relatar suas manifestações subjetivas. Ressalta-se ainda, que as informações dadas ao pediatra pelos pais ou acompanhantes pode até ser um obstáculo. De fato a mãe poderá frequentemente subestimar ou supervalorizar sintomas de acordo com sua própria experiência. Por outro lado, o médico pode inconscientemente manipular as queixas, num esforço em torná-las mais típicas e estabelecer um diagnóstico pré-concebido.¹⁰

Neste artigo os autores abordam os aspectos semiológicos da DAC de causa digestiva na criança.

ANAMNESE

O principal objetivo quando se atende uma criança com dor abdominal é distinguir se o sintoma tem origem orgânica ou não. Para tanto é importante obter uma história detalhada da criança assim como das crises inicial e subseqüentes.

Na identificação, devem ser anotados o nome, idade, sexo, cor, raça, nacionalidade, residência e locais habitados anteriormente. Certas doenças tem caráter familiar (disgamaglobulinemia, doença péptica, anemia falciforme etc), podem estar relacionadas ao sexo (megacolon agangliônico e a estenose hipertrófica de piloro) ou podem estar relacionadas ao lugar habitado ou freqüentado (leishmaniose visceral, esquistossomose, ancilostomíase e a doença de Chagas). Quanto a idade do doente é prudente admitir, em princípio, que a dor abdominal em menores de 4 anos costuma ser de causa orgânica.⁵

Verificar ainda: quando começou a dor abdominal, como começou, como evoluiu, qual a

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 3, n. 1, p. 3-9, 2001

1. Professor Titular do Depto. de Medicina - CCMB/PUC-SP.
2. Ex-Chefe do Setor de Gastroenterologia - Serviço de Pediatria Clínica - Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" - IAMSPE - São Paulo.

situação atual, exames complementares realizados, terapêutica recomendada e utilizada. Devemos indagar a presença de fatores desencadeantes, principalmente da primeira crise: se relacionada com doença concomitante ou foi um episódio isolado, sendo necessário então analisar o procedimento familiar na ocasião. Observar possível coincidência da dor com a morte ou afastamento de pessoa estimada, como separação dos pais ou com outros problemas em casa e na escola. Fatos não valorizados pelos adultos, muitas vezes, são obstáculos para a criança. Constatar possíveis benefícios que a criança pode obter em função de seu sintoma.

Sede da dor: embora não sirva como critério absoluto, as dores não orgânicas costumam ser de localização umbilical ou periumbilical. É clássica a afirmativa de que “quanto mais distante do umbigo, maior a possibilidade de causa orgânica”; entretanto, a dor referida na região umbilical não exclui origem orgânica. A repetição da dor sempre no mesmo local, principalmente quando distante do umbigo, sugere problemas orgânicos. Em crianças maiores, a descrição da irradiação da dor pode auxiliar no diagnóstico.

No lactente jovem, a dor abdominal apresenta uma resposta global. Este paciente não informa, não mostra o local acometido e a dor é exteriorizada através do choro ou grito, inquietação, gemidos, flexão dos membros inferiores sobre o abdome, irritabilidade e desconforto. Este quadro clínico, costuma ser chamado de “cólica do lactente” podendo durar até o 4º mês de vida.²

Já na idade pré-escolar, a criança mostra o abdome, podendo inclusive definir o ponto em que sente a dor. A relação da dor com as refeições pode indicar doença péptica ou constipação, e a relação com determinados alimentos, em intolerância ou alergia alimentar.

Posições assumidas no momento da crise podem auxiliar na suspeita, como a de prece maometana ou de cócoras, forçando os joelhos contra o peito, nas pancreatites.

Indagar sobre os fatores de melhora e piora durante as crises; se elas desaparecem espontaneamente ou exigem atenção e, às vezes, massagens no abdome. A dor prejudica as atividades habituais da criança ou faz com que ela procure o leito? A criança tem crises quando está brincando ou durante alguma atividade que prende sua atenção,

como televisão etc. Verificar se a criança costuma ser despertada pela dor; diz-se que nesse caso existe maior possibilidade de causa orgânica. Observar se o horário em que as crises predominam tem alguma relação com escola ou outras atividades que, embora os adultos não percebam, a criança não quer ou teme realizar.

A duração de cada crise, assim como a frequência dos surtos são variáveis segundo vários autores, não sendo portanto um elemento seguro para a diferenciação da doença orgânica ou não. Admite-se que a dor em cólica é mais provável ser de causa orgânica que a dor vaga, difusa no abdome. A associação de sintomas ocasionais como vômito, diarreia, náuseas, cefaléia e palidez também não são suficientes para uma caracterização de doença orgânica.

Verificar o funcionamento intestinal na ocasião das crises, tanto para possível relacionamento com infecções (diarreia) ou com constipação. A constipação intestinal constitui causa frequente de dor abdominal na idade escolar e pré-escolar. Em pacientes com dor abdominal é importante indagar sobre o hábito intestinal (número diário, aspecto das evacuações, esforço para evacuar, presença de fezes ressecadas, fecalomas ou em cíbalos) e a presença de “soiling” (escape fecal). Estes dados, muitas vezes, não são conseguidos na primeira anamnese, pois os pais não sabem caracterizar as evacuações, sobretudo no escolar. Assim sendo, solicitamos melhor observação do hábito intestinal de seu filho, para que possamos completar a anamnese em uma próxima consulta.⁶ Quanto à dieta, a anamnese deve ser detalhada, verificando o teor de fibras etc. Estes dados são de grande valia no diagnóstico da dor abdominal, evitando a feitura de exames subsidiários de alto custo.

A anamnese deve incluir ainda *aspectos gerais* como peso, temperatura, disposição, traumas (inclusive abdominal) etc. A verificação de perda de peso, atraso estatural, anemia e a impressão clínica de uma criança que não está bem, com aparência doentia, são dados que levam à suspeita de doença orgânica. Indagar sobre dentição, lesões orais, mastigação, deglutição, respiração bucal. Valorizar também sintomatologia relacionadas a outros aparelhos; no aparelho respiratório, a presença ou antecedentes de pneumopatias.

Avaliar o comportamento da criança em casa e na escola (comparação desfavorável com irmãos, relacionamento com professores e colegas). Indagar como reage frente a situações desagradáveis e se é portadora de outros sintomas que podem ter origem emocional como enurese, roer unhas, dores recorrentes nas pernas etc.

Geralmente a consulta de um paciente com dor abdominal é mais demorada que as consultas de crianças com outras queixas. Na criança maior, o pediatra deve entrevistar os pais na presença da criança e a sós. Os pais podem relatar temores (medo de câncer etc) que não seriam mencionados na presença do paciente. Por sua vez, a criança deve ser ouvida à parte quanto a sua queixa.

Valorizar os antecedentes familiares. Além dos dados da doença do paciente, inquirir sobre casos semelhantes na família, assim como portadores de “dores crônicas”, de doenças digestivas tais como úlcera péptica e cólon irritável, ou enxaqueca, calculose renal e outras. Perguntar aos pais suas impressões e receios a respeito da doença do filho. A apreensão pode estar relacionada a algum caso grave ou mesmo fatal, de seu conhecimento que começou com a dor abdominal. Verificar o relacionamento familiar e a conduta frente às crises. Muitas vezes, apenas depois de algumas entrevistas é que se consegue perceber (ou os pais já tem confiança para relatar) um ambiente familiar propício ao desencadeamento de distúrbios emocionais na criança.

Toda doença crônica acarreta, por si mesma, um forte componente emocional. É preciso cautela para este fator não ser indevidamente supervalorizado e responsabilizado, de modo exclusivo, pela sintomatologia do doente.

Os sinais de alerta para doença orgânica são:¹

- crianças menores de 4 anos;
- dor localizada, longe do umbigo e com irradiação para os flancos ou que interrompe o sono;
- comprometimento do estado geral, nutricional e/ou crescimento;
- azia;
- sangue nas fezes;
- sintomas extra-intestinais (rush cutâneo, febre, artralgia, disúria etc);

- diarreia acentuada;
- distensão abdominal;
- anemia;
- aftas recorrentes;
- sonolência acompanhando as crises de dor;
- história familiar de úlcera péptica e doença inflamatória intestinal.

A tabela I contém as características clínicas da dor abdominal das principais doenças do tubo digestivo.

EXAME FÍSICO

O exame físico deve ser completo, tanto nas crises como fora delas, posto que, em alguns casos, embora a queixa seja abdominal, existe uma doença sistêmica ou localizada em outro setor que pode explicar a sintomatologia. O exame minucioso e completo deve ser realizado na presença dos pais, visto que nas dores de origem psíquica, já se está iniciando o tratamento; os responsáveis sentem-se mais tranqüilos pelo fato da criança ter sido bem examinada, diminuindo a ansiedade familiar.

Peso, estatura e pressão arterial devem ser registrados em gráficos apropriados e, sempre que possível, comparados com medidas anteriores, verificando-se assim, por um período mais longo de evolução, se a doença está repercutindo no desenvolvimento físico da criança, dado que faz supor a existência de problema orgânico.

O exame do abdome deve ser ainda mais detalhado, e as alterações porventura encontradas, devidamente avaliadas e exploradas. Exames que uma criança maior recusa inicialmente, como ginecológico ou toque retal, devem ser explicados e discutidos quanto a sua necessidade. Se necessários poderão ser realizados na consulta seguinte, desde que não exista uma situação de urgência.

O exame físico do abdome compreende inspeção, ausculta, percussão e palpação, podendo abordar de modo diverso, de acordo com a colaboração da criança e as peculiaridades de cada caso.⁹

À inspeção verificar a presença de protuberâncias, retrações, ondas peristálticas, circulação venosa etc.

À percussão delimitar a borda superior do fígado e do baço (a partir do tórax), massas tumorais, timpanismos, alças distendidas, ascite por macicez

Tabela I - Características clínicas da Dor do Trato Gastrointestinal em Crianças

Doença	Início	Localização	Irradiação	Qualidade	Comentários
Funcional: Síndrome do Cólon Iritável	Recorrente	Periumbilical	Nenhuma	Espasmo leve, Intermitente, 2 hs de duração	tensão familiar, fobia escolar, início em geral aos 5 anos de idade
Refluxo Gastroesofágico	Recorrente, 1 h após a alimentação	Substernal	Tórax	Queimação	Gosto amargo na boca, Síndrome de Sandifer
Úlcera duodenal	Recorrente, entre as refeições, à noite	Epigástrica	Dorso	Queimação intensa	Alivia com a alimentação, leite e antiácidos
Pancreatites	Aguda	Epigástrica, quadrante superior esquerdo	Dorso	Constante, aguda, perfurante	Nausea, vômitos, tensão
Obstrução intestinal	Aguda ou gradual	Periumbilical, abdome inferior	Dorso	Alternando períodos com e sem dor (cólica)	Distensão, obstipação, vômito, aumento dos ruidos hidroaéreos.
Apendicite	Aguda	Periumbilical, localizada no quadrante direito ou esquerdo	Dorso, pelve se retrocecal	agudo, constante	Náusea, vômito, tensão local, febre
Divertículo de Meckel	Recorrente	Periumbilical, abdome inferior	Nenhuma	agudo	Hematoquezia
Doença Inflamatória Intestinal	Recorrente	Abdome inferior	região lombar	Cólicas leves, tenesmo	Febre, perda de peso, hematoquezia
Intussuscepção	Aguda	Periumbilical, abdome inferior	Nenhuma	Cólicas, com períodos sem dor	Hematoquezia, ângulo arrastado para posição superior
Intolerância a Lactose	Recorrente com leite e seus derivados	Abdome inferior	Nenhum	Cólicas	Distensão, diarreia, aumento dos ruidos hidroaéreos

e maciez móvel e pontos de sensibilidade dolorosa.

À ausculta observar os ruídos hidroaéreos (borborigmo), aumentados na diarreia, em quadros obstrutivos intestinais e reduzidos ou ausentes no íleo paralítico.

A palpação é o método que mais dados fornece no exame do abdome. De início a palpação deve ser superficial e delicada para surpreender a sensibilidade, pontos dolorosos, massas tumorais da parede ou massas abdominais grandes. Procurar sentir a parede, que pode apresentar-se resistente e/ou dolorosa (defesa), indício freqüente de irritação peritoneal. A resistência pode ser voluntária, sendo necessário calma e paciência, a fim de contornar a oposição da criança. Habitualmente palpa-se o fígado até 2 cm do rebordo costal na linha hemiclavicular direita até a idade pré-escolar. Averiguar a superfície, a consistência e a dor. O baço em condições normais não é palpado. Tanto fígado quanto baço podem parecer aumentados nos processos pulmonares decorrentes do rebaixamento do diafragma (bronquiolite, asma etc). Pela palpação estabelece-se a localização e os limites dos tumores e analisa-se a superfície, consistência, aderência a tecidos ou

órgãos vizinhos e também a sensibilidade. A palpação deslizante, desde o epigástrio até as fossas ilíacas, nos dá informes sobre o estômago, a região epigástrica e o colo transversos; à direita, ceco e apêndice e, à esquerda, descendente e sigmóide. Nos pacientes com constipação intestinal podemos palpar fezes, endurecidas ou não, na região hipogástrica e fossa ilíaca esquerda. Esta palpação é em geral, dolorosa e reflete a dor que o paciente sente. A dor no hipocôndrio direito sugere colecistopatias, no hipogástrio, problema urogenital. As hérnias da parede abdominal encontram base diagnóstica ao exame físico, pela inspeção, palpação e, eventualmente, pela percussão e ausculta.

Ao se retirar as vestes íntimas devemos observar a presença de fezes, secreções e sangue. No exame do períneo e ânus, devemos observar a pele com presença de dermatites, ulcerações, condilomas, fissuras, plicomas, fístulas e prolapso retal.

O toque retal revela-se muito útil. Para praticá-lo, a criança fica em decúbito lateral esquerdo, com a perna esquerda semi-estendida e a direita fletida. O lactente pode permanecer em

decúbito dorsal. Nos primeiros meses usa-se o dedo mínimo; depois o indicador. Este procedimento é feito com luva lubrificada, introduzindo-se o dedo de modo lento e delicado, observando-se o tônus do esfíncter, as dimensões da ampola retal, a presença de fezes e suas características, dor, fissuras, pólipos e hemorróidas. Ao retirar o dedo observar se há presença de fezes e/ou sangue nas luvas.⁹

EXAMES COMPLEMENTARES

Os meios de complementação diagnóstica recomendados para o esclarecimento da dor abdominal podem variar de um simples exame parasitológico de fezes até a laparotomia exploradora. Nunca é demais insistir que uma história bem tomada, um exame físico completo e poucos exames complementares serão suficientes para a identificação correta de grande parte das dores orgânicas.

Exames desnecessários e sofisticados são muitas vezes pedidos, mais por receio de uma falha diagnóstica, que para benefício do doente. São comuns, então, os exames negativos feitos apenas para afastar determinadas etiologias, quando história e exame físico cuidadosos seriam suficientes. É claro que, quando existe forte suspeita de doença orgânica, as investigações indicadas devem ser realizadas. Não é correto de início, solicitar uma extensa lista de exames, para, a partir daí, avaliar o caso. Por outro lado, havendo dados a favor de doença orgânica, os exames necessários para o esclarecimento deverão ser pedidos de imediato.

Se com história e exame físico, não se evidenciou alteração que indique a realização de alguma prova específica, o exame parasitológico de fezes (3 amostras), urina tipo I, urocultura, hemograma, hemossedimentação, às vezes uréia sangüínea e creatinina, sangue oculto nas fezes, radiografia simples do abdome, ultra-som abdominal, e nem sempre todos eles, serão suficientes na maioria das vezes, para orientação do caso.

Na urina tipo I, a glicosúria indica hiperglicemia ou redução da capacidade reabsortiva do túbulo proximal. Cetonúria indica cetose diabética ou jejum prolongado. Bilirrubina positiva indica aumento da fração conjugada, hidrossolúvel, no plasma. Urobilinogênio normalmente esta presente até 1/20 e reduz-se ou torna-se indetectável nas

obstruções biliares. Aumenta nas hemólises e em algumas hepatites. Aumento dos leucócitos indica processo inflamatório do trato urinário, localizado em qualquer local, do glomérulo à uretra, podendo ser de causa infecciosa ou não. Encontra-se leucocitúria com urocultura negativa em glomerulonefrites proliferativas, nefrites túbulointersticiais, calculose, rejeição de enxerto renal, quadros febris na infância, infecção por *Clamídia* ou na tuberculose. Nas hematúrias deve ser feita a pesquisa de dismorfismo eritrocitário (presença de acantócitos ou codócitos). Hematúrias glomerulares apresentam-se com dismorfismo. Presença de cristais de cistina faz o diagnóstico de cistinúria.

No hemograma, o critrograma é útil no diagnóstico diferencial das anemias e poliglobulias; e o leucograma, no esclarecimento de processos infecciosos, inflamatórios, tóxicos e leucêmicos.

A velocidade de hemossedimentação está aumentada em processos infecciosos, inflamatórios e neoplásicos. É um exame inespecífico, porém bastante sensível no rastreamento destes processos.

A uréia e a creatinina são usadas como parâmetro da função renal.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes é utilizada na pesquisa de lesões sangrantes do trato digestório (lesões tumorais, inflamatórias, anomalias vasculares e doença péptica).

O ultra-som abdominal pode avaliar todos os órgãos sólidos do abdome. Em alguns casos alterações histológicas podem ser identificadas. Podemos avaliar o fígado, vias biliares, baço, pâncreas, rins, suprarenais, vias urinárias, trato ginecológico, além de vasos abdominais. Algumas condições gastrointestinais podem ser avaliadas pela ultrassonografia como a estenose hipertrófica de piloro, a intussuscepção e a apendicite.

Quando estes exames, feitos em períodos assintomáticos e na crise, não fornecerem dados conclusivos e continua a dúvida de problema orgânico, outros exames devem ser feitos de acordo com a suspeita clínica. Deste modo, pode-se lançar mão de testes para verificação de intolerância aos hidratos de carbono (lactose), assim como dietas de exclusão na alergia alimentar. Evitar dietas restritivas prolongadas e estar seguro quanto ao critério diagnóstico de alergia alimentar.

Às vezes pode ser necessário a realização de exames para evidenciar doenças pancreáticas, hepáticas ou biliares. Na suspeita de patologia esofágica e gastrointestinal indica-se estudo radiológico e/ou esofagogastroduodenoscopia.

Posteriormente, pode-se recorrer a procedimentos como cintilografia, colonoscopia e laparoscopia. A laparotomia exploradora só deve ser realizada quando existirem indicações formais.

As formas de apresentação da dor abdominal incluem inúmeras possibilidades etiológicas (tabela

II). Apesar disso, as doenças orgânicas são responsáveis por uma pequena parcela dos casos de dor abdominal crônica.⁴

Numa tentativa de facilitar o raciocínio clínico para o diagnóstico e tratamento da dor abdominal crônica, a figura 1 propõe uma abordagem de maneira objetiva.

Finalizando, um alerta aos pediatras: “*se o caso está complicado, antes de solicitar mais exames laboratoriais, refaça a anamnese e o exame físico*”.

Tabela II - Formas de Apresentação Clínica da Dor Abdominal Crônica.

Formas de apresentação clínica		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor abdominal com crises isoladas • Dor abdominal funcional • Impactação fecal • Infestação parasitária • Obstrução parcial do intestino delgado <ol style="list-style-type: none"> 1. Doença de Crohn 2. Malrotação com ou sem volvo 3. Intussuscepção 4. Aderências pós cirúrgicas 5. Linfoma de intestino delgado 6. Gastroenterite eosinofílica 7. Infecção (tuberculose, <i>Yersinia</i>) 8. Edema angioneurótico • Obstrução da junção uretero-pélvica • Dismenorréia • Endometriose • Gravidez ectópica • Doença inflamatória pélvica com aderências • Teratoma cístico do ovário • Desordens músculo-esqueléticas • Dor muscular • Hérnia de linha alba • Discite • Desordens vasculares • Trombose mesentérica • Poliarterite nodosa • Enxaqueca abdominal • Porfíria aguda intermitente • Desordens psiquiátricas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor abdominal associada com sintomas de dispepsia (dor associada com a alimentação, epigástrica, náusea, vômitos, pirose, regurgitação, saciedade precoce, soluço freqüente, eructação). • Associada com inflamação do trato gastrointestinal superior. <ol style="list-style-type: none"> 17. Doença do refluxo gastroesofágico 18. Úlcera péptica 19. Gastrite por <i>Helicobacter pylori</i> 20. Úlcera por anti-inflamatórios não hormonais 21. Doença de Crohn 22. Gastrite eosinofílica 23. Síndrome de Menétrier 24. Gastrite por Citomegalovírus 25. Infestação parasitária (<i>Giardia</i>, <i>Blastocystis hominis</i>) 26. Gastrite varioliforme 27. Gastrite linfocítica / Doença Celíaca 28. Púrpura de Henoch-Shönlein • Alterações da Motilidade • 29. Gastroparesia idiopática • 30. Discinesia biliar • 31. Pseudo-obstrução intestinal • Obstrução parcial do Intestino Delgado • Desordens extraintestinal • 32. Pancreatite crônica • 33. Hepatite crônica • 34. Colecistite crônica • 35. Obstrução da junção uretero-pélvica • 36. Enxaqueca abdominal • 37. Desordens psiquiátricas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor abdominal associada com alteração do hábito intestinal (diarréia, constipação, sensação de evacuação incompleta) • Desordens inflamatórias intestinais idiopáticas <ol style="list-style-type: none"> 38. Colite ulcerativa 39. Doença de Crohn 40. Colite microscópica com distorção críptica 41. Colite linfocítica 42. Colite por colagenose • Desordens infecciosas <ol style="list-style-type: none"> 43. Parasitária (<i>Giardia</i>, <i>Blastocystis hominis</i>, <i>Dientamoeba fragilis</i>) 44. Bacteriana (<i>Clostridium difficile</i>, <i>Yersinia</i>, <i>Campylobacter</i>, tuberculose) • Intolerância a Lactose • Complicações da Constipação Intestinal (megacólon, encoprese, volvo de sigmóide intermitente) • Diarréia e Constipação intestinal induzida por drogas • Desordens ginecológicas • Neoplasias (linfoma, carcinoma) • Desordens psiquiátricas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hemograma, VHS, urina tipo I, cultura de urina, parasitológico de fezes. 2. EED, enema opaco, US abdominal, endoscopia digestiva alta, colonoscopia 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Hemograma, VHS, pesquisa de sangue oculto nas fezes, sorologia para <i>H.pylori</i>, amilaseemia, lipaseemia, transaminases, parasitológico de fezes. 4. EED, US abdominal, Endoscopia digestiva alta, colangiopancreatografia retrógrada. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Hemograma, VHS, parasitológico de fezes, pesquisa de toxina de <i>C.difficile</i> nas fezes, testes para absorção de lactose, enema opaco 6. colonoscopia

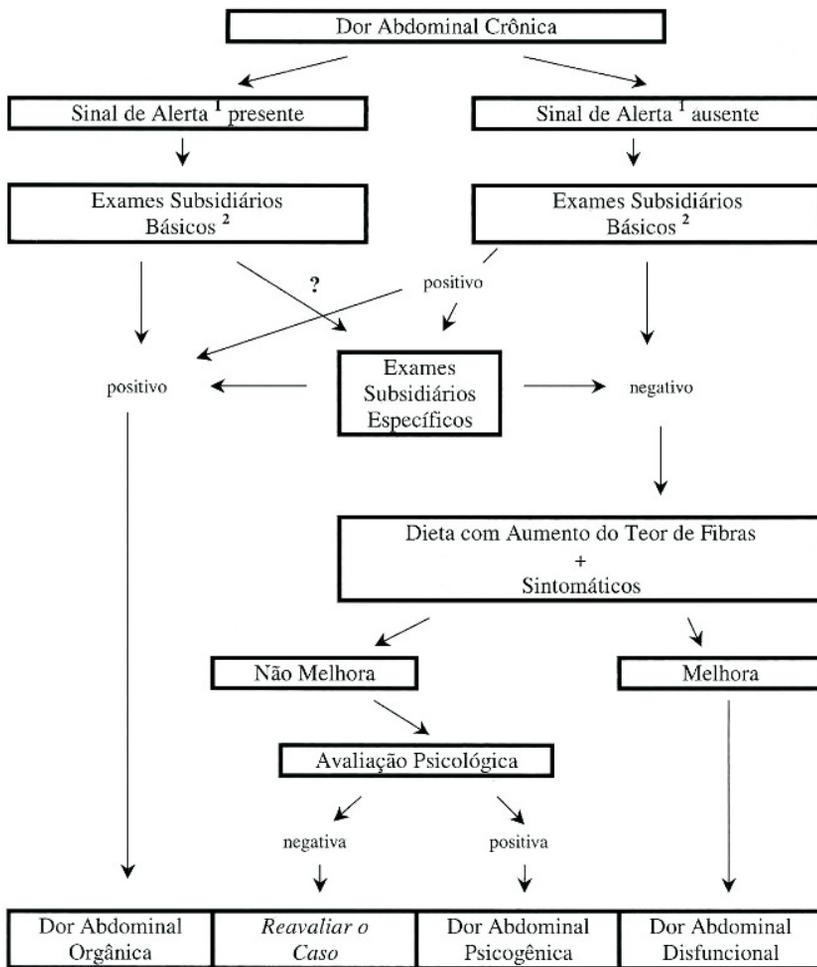


Figura 1 - Algoritmo proposto na abordagem diagnóstica da dor abdominal crônica.

1. **SINAIS DE ALERTA:**

Criança menor de 4 anos, dor localizada longe do umbigo e com irradiação para os flancos ou que interrompe o sono, comprometimento do estado geral, nutricional e/ou crescimento, azia, sangue nas fezes, sintomas extra intestinais (rush cutâneo, febre, artralgia, disúria etc), diarreia acentuada, distensão abdominal, anemia, aftas recorrentes, sonolência acompanhando as crises de dor, história familiar de úlcera péptica e doença inflamatória intestinal.

2. **EXAMES SUBSIDIÁRIOS BÁSICOS:**

Parasitológico de fezes (3 amostras), urina tipo I, urocultura, hemograma, hemossedimentação, uréia e creatina sérica, sangue oculto nas fezes, radiografia simples do abdome e ultra-som abdominal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOYLE, J.T. Recurrent abdominal pain: a update. *Pediatr. Rev.*, v.18, n.9, p.310-21, 1997.
- COSTA, C.D. Abordagem da dor abdominal crônica de causa digestiva no paciente pediátrico. In: *Perguntas e respostas da 2ª Conferência das Universidades e da SPSP*. São Paulo: SPSP, 1999. p.21-33.
- HAMILTON, J.R. Major symptoms and signs of digestive tract disorders. In: *Nelson textbook of pediatrics*. 14.ed. Philadelphia: Saunders, 1992. p.938-9.
- KODA, Y.K.L. Dor abdominal recorrente. In: BARBIERI, D.; KODA, Y.K.L. *Doenças gastroenterológicas em pediatria*. São Paulo: Atheneu, 1996. p.412-8.
- LEÃO, E.; FERREIRA, R.A. Dor abdominal crônica recorrente. In: FAGUNDES NETO, U.; PENNA, F.J.; WEHBA, J. *Gastroenterologia pediátrica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1991. p.673-7.
- LUNARDI, C.A.; AZEVEDO, L.A.; AZEVEDO, L.C.P. Dor abdominal crônica recorrente no ambulatório de gastropediatria. *J. Pediatr. (Rio de Janeiro)*, v.73, n.3, p.180-8, 1997.
- MORAIS, M.B. Dor abdominal recorrente. In: *Terapêutica e prática pediátrica*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996. p.223-5.
- Murahovschi, J. Dor abdominal recorrente. *Pediatr. In*, v.9, n.1, p.488-9, 2000.
- Pernetta, C. *Semiologia pediátrica*. 4.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. p.173-200.
- Roy, C.C.; Silverman, A.; Cozzetto, F.J. Symptoms. In: SILVERMAN, A.; ROY, C.C. *Pediatric clinical gastroenterology*. 2.ed. Saint Louis: Mosby, 1975. p.3-40.