

Protocolo Clínico e de Regulação para Dor Abdominal Aguda na Criança **106**

Luis Donizeti da Silva Stracieri

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A dor abdominal é uma situação frequente na infância e pode ser indício de afecções dos outros órgãos abdominais, de órgãos vizinhos da cavidade abdominal e mesmo de áreas extra-abdominais, particularmente do tórax ou crânio.

As doenças que cursam com dor abdominal podem ser de tratamento clínico ou cirúrgico. Por conseguinte, sua interpretação rápida e correta constitui tarefa de grande responsabilidade, já que frequentemente se relaciona com decisões urgentes e inadiáveis.

A procura constante pelo atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Pronto Atendimento (UPA) leva o pediatra a lidar com essa situação e, conseqüentemente, traçar estratégias para elucidar a origem da dor abdominal, bem como promover o tratamento das suas causas.

O objetivo desse capítulo é propor um fluxograma para o atendimento das crianças com dor abdominal propiciando que casos pouco relevantes não demandem exames desnecessários para sua elucidação e que, por outro lado, casos mais graves e urgentes não tenham seu tratamento postergado.

Apesar do apelo para utilização do aparato tecnológico para elucidação diagnóstica das mais variadas doenças, é importante salientar que a anamnese completa, associada a um exame clínico minucioso, nos conduz ao diagnóstico correto em grande parte das crianças com dor abdominal.

Dessa forma, pode-se afirmar que a maioria dos casos é resolvida nas UBSs sem a necessidade de encaminhamento para os outros níveis de atenção.

Por outro lado, um contingente de crianças que necessitam de transferência para exames subsidiários mais complexos e outro que necessita de internação

e tratamento mais urgentes precisam ser identificados e prontamente preparados para transferência para hospitais de referência com o apoio do Complexo Regulador.

Alguns questionamentos constantes da anamnese devem ser reenfaturados de acordo com as Tabelas 106-1 a 106-4. A coleta de tais dados é mais difícil na criança, daí a importância dos pais ou acompanhantes na oferta de informações.

TABELA 106-1 Aspectos a serem enfatizados na anamnese da criança com dor abdominal

Idade

Comorbidades

Cirurgias prévias

Uso de medicações

Quadro clínico de dor:

- fatores de melhora e piora da dor;
- tipo ou qualidade da dor (contínua, em cólica, aperto, facada etc.);
- local de início e irradiação;
- gradação da dor (escala de 0 a 10);
- duração e repetição do quadro.

Febre

Última refeição

Hábito intestinal

Diarreia

Constipação

Náuseas

Vômitos

Disúria

TABELA 106-2. Causas de dor abdominal de origem extra-abdominal

Pneumonia

Intoxicações e efeitos colaterais de medicamentos

Anemia falciforme

Infecção do sistema nervoso central

Pericardite aguda

Acidose diabética

Linfocitose infecciosa aguda

Doenças reumáticas

Leucemia aguda

Artrite coxofemoral

TABELA 106-3 Causas não cirúrgicas de dor abdominal

Dor abdominal aguda inespecífica
Dor abdominal crônica de diversas etiologias
Dispepsias
Constipação intestinal
Gastroenterocolites
Parasitoses intestinais
Pancreatite aguda
Hepatite aguda

TABELA 106-4 Afecções cirúrgicas mais frequentes do abdome

Apendicite aguda
Diverticulite aguda
Obstrução intestinal
Invaginação intestinal
Torções intestinais
Torção de ovário
Peritonite aguda

APRESENTAÇÃO DOS QUADROS MAIS FREQUENTES DE DOR ABDOMINAL**Cenário I**

Menina com 5 anos de idade é atendida numa UBS com história de dor abdominal há 2 horas, do tipo cólica, difusa, de pequena intensidade, não associada a febre, náuseas, vômitos, diarreia ou disúria. Não evacua há três dias. Tem história de constipação intestinal leve e já teve quadros semelhantes no último ano. O exame físico não revela alterações de nota, exceto dor à palpação profunda do andar inferior do abdome.

A constipação intestinal, diagnóstico mais provável desse cenário, é a causa mais frequente de procura por atendimento em UBS por dor abdominal. Geralmente os antecedentes são claros e as manifestações clínicas são bem frustras, não havendo peritonismo ou quaisquer sinais sistêmicos de alarme.

Esse cenário ressalta o exemplo de caso em que a resolução se faz naquele atendimento e com poucos recursos diagnósticos e terapêuticos. A constipação

intestinal pode ser tratada com supositório de glicerina, *fleet* enema ou lavagens intestinais. Requer, portanto, pouco para o seu diagnóstico, como, por exemplo, eventualmente, como exame subsidiário, uma radiografia abdominal.

O quadro descrito também pode ser caracterizado como o de dor abdominal crônica, pois já houve outros episódios e possivelmente outros atendimentos. É queixa habitual em 10% a 15% das crianças e adolescentes, portanto colaborando com grande parte dos atendimentos em UBS. A quase totalidade tem base funcional e seu diagnóstico não deve ser de exclusão de causas orgânicas, mas, sim, elaborado por meio de anamnese cuidadosa, da situação emocional e do ambiente da criança e da família. Na ausência de sinais de alarme, uma abordagem holística e um pedido mínimo de exames são suficientes para o diagnóstico. Uma orientação eficiente permite evitar retornos desnecessários às UBS.

Deve ser destacado que a parasitose intestinal, apesar de grandes avanços na saúde pública nas últimas décadas, consiste em causa frequente de dor abdominal. Contudo, à semelhança do que ocorre na constipação intestinal, o exame físico não é exuberante e os sinais sistêmicos de alarme também não ocorrem.

A pancreatite aguda é afecção pouco prevalente na criança, principalmente nos dias atuais, quando a caxumba já não representa a etiologia mais frequente, principalmente com o advento da vacinação. Contudo, casos muito graves também podem acontecer na infância. No início dos sintomas, as manifestações podem ser muito discretas. Um aspecto característico é a dissociação entre a intensidade da dor e a pobreza do exame abdominal, geralmente sem sinais de peritonismo. Sua etiologia pode, diferentemente do adulto, ser mais diversa e secundária a doenças sistêmicas, metabólicas, traumas e uso de fármacos. Também pode estar associada a infecções, litíase biliar (nos casos de hemoglobinopatias) e ao uso crônico de anticonvulsivantes. Eventualmente os casos são enquadrados como de natureza idiopática.

Cenário II

Menino com 8 anos de idade, história de náuseas, vômitos e diarreia há 5 horas, seguidos de dor abdominal do tipo cólica de leve intensidade. A temperatura máxima medida pela mãe foi de 37,7°C, e o que mais a preocupa nesse momento são os vômitos. Ao exame físico, apresenta-se levemente desidratado, eupneico, afebril e com frequência cardíaca de 112 bpm. Tem dor abdominal difusa à palpação profunda, principalmente na vigência da cólica. Apresenta descompressão brusca dolorosa em todo o abdome.

No cenário 1, a hipótese de gastroenterocolite, em sua fase inicial, poderia não ser descartada de imediato, porém, no cenário atual, a gastroenterocolite surge como o principal diagnóstico. Ela também motiva uma grande demanda nos atendimentos. De etiologia variada, é frequente em qualquer fase da infância. A dor abdominal pode ser muito intensa, particularmente na shigelose.

Quando o quadro se apresenta de modo completo, com cólicas, febre, diarreia aquosa e mucossanguinolenta, não resta muita dúvida sobre o diagnóstico. Contudo ocasionalmente a diarreia pode aparecer mais tardiamente, o que dificulta o diagnóstico. O exame físico pode ter expressões maiores, inclusive com peritonismo, o que pode mimetizar apendicite aguda. Além disso, desidratação e sinais de alarme são frequentes. Portanto este paciente merece maior atenção e maior tempo de observação, inclusive com reposição de fluidos e reavaliação da dor abdominal. A piora do quadro pode sugerir a necessidade de transferência e internação hospitalar.

Cenário III

Menino com 6 anos de idade, história de coriza nasal, tosse e inapetência há três dias associadas a febre alta (39°C) e taquipneia há 24 horas. Há 12 horas começou a queixar-se de dor abdominal difusa, sem náuseas, vômitos ou alteração do hábito intestinal. A semiologia pulmonar revela discreta diminuição do murmúrio vesicular na base do pulmão direito. A pneumonia é um diagnóstico provável para este cenário e também é uma das causas de dor abdominal, principalmente quando se localiza na base direita. Além da dor espontânea, há sensibilidade à palpação; via de regra não há dor à palpação profunda ou descompressão brusca dolorosa. A dor exacerba-se muito com tosse, espirro ou respiração profunda e cessa com a imobilização do tórax. Adquire grande valor a presença de alguns sinais como taquipneia, movimento das asas do nariz, tosse, cianose, febre alta e prostração acentuada. A semiologia pulmonar, com exceção de casos raros, auxiliada pela radiografia de tórax, comprova a pneumonia. Apresenta-se, portanto, como uma das causas de dor abdominal de origem extra-abdominal, salientando que não é incomum no atendimento primário e que o diagnóstico de pneumonia pode também ser feito na UBS ou UPA. A radiografia de abdome e o hemograma podem ajudar na confirmação diagnóstica. Contudo o paciente já apresenta sinais de alarme, como febre e taquipneia. O tratamento ambulatorial ou hospitalar será parte de outro julgamento e depende de outros fatores.

Outras causas de origem extra-abdominal devem ser consideradas, como:

1. intoxicações e efeitos colaterais de medicamentos: a dor abdominal é violenta e ocorre em grande número de intoxicações por substâncias corrosivas como chumbo, mercúrio, ácido bórico, ferro, fósforo e flúor. Vários medicamentos têm, como ação colateral, cólicas por irritação gastroentérica ou contração da musculatura lisa intestinal, como adrenalina, vasopressina e neostigmina. Comumente, nesses casos, a dissociação entre a intensidade da dor e a expressão do exame abdominal caracteriza tais situações;
2. anemia falciforme, na qual as chamadas crises abdominais caracterizadas por dor intensa e, por vezes, rigidez da parede abdominal, podem ter diagnóstico diferencial com apendicite aguda ou outras afecções agudas intra-abdo-

- minais. Portanto, em crianças mulatas ou negras, mesmo sem antecedentes claros desta hemopatia, o diagnóstico deve ser descartado. Necessário se faz, contudo, não perder de vista que um abdome agudo de tratamento cirúrgico pode sobrevir em criança com anemia falciforme. Outras anemias hemolíticas podem também cursar com a mesma expressão clínica;
3. as infecções do sistema nervoso central, meningites e meningoencefalites acarretam algumas vezes dor abdominal, vômitos e febre, à maneira do abdome agudo. Os sinais neurológicos esclarecem a situação. Na meningite tuberculosa, mais rara nos dias de hoje, o quadro abdominal pode ser muito semelhante ao da apendicite aguda.

Cenário IV

Menino com 3 anos de idade, história de dor abdominal há três dias seguida de vômitos, diarreia com pequeno volume e pequena frequência. Iniciou febre há 30 horas (último episódio há 3 horas, com temperatura axilar de 38,3°C). A dor abdominal se intensificou nas últimas 24 horas. Está hiporético e ligeiramente apático. O exame físico revela desidratação moderada, frequência cardíaca de 138 bpm e frequência respiratória de 36 ipm. Tem, à palpação abdominal, dor intensa, principalmente no andar inferior do abdome, onde há descompressão brusca dolorosa.

É importante salientar que, embora a história inicial desse cenário seja compatível com uma afecção abdominal aguda cirúrgica, não é raro ser precedida por uma afecção extra-abdominal ou uma causa não cirúrgica de dor abdominal. Exemplos que elucidam respectivamente essas situações são a pneumonia e a gastroenterocolite que precedem, por exemplo, uma invaginação intestinal. Nessas situações, é comum o atraso diagnóstico e que o ato operatório seja conduzido em estágios mais avançados da afecção aguda abdominal.

A apendicite aguda (AA) é a afecção abdominal cirúrgica mais frequente na infância. As anormalidades do quadro clínico amiúde observadas, o caráter insidioso da evolução e as providências terapêuticas que se fazem necessárias conferem a essa afecção um lugar de destaque na semiologia das dores abdominais.

Embora se observe em qualquer idade, a AA é pouco frequente antes dos 2 anos. Isso se torna muitas vezes motivo para o retardo diagnóstico, aumentando a morbidade, porque a cirurgia indicada em estágios mais avançados associa-se a peritonites generalizadas.

A dor, se não é sempre o primeiro sintoma, é o mais importante e inicia-se de maneira rápida e repentina. Em geral, no início não provoca choro, porém, com o avançar das horas, pode ser muito intensa e, muitas vezes, impede o exame abdominal e aumenta com o movimento, com a inspiração profunda ou com a tosse. Isso a diferencia das cólicas abdominais. Caracteristicamente, nas primeiras horas ou no primeiro dia, mantém-se vaga, predominando na

região periumbilical ou epigástrica. O caráter migratório da dor, com início impreciso e localização secundária no quadrante inferior direito do abdome, é uma das mais valiosas contribuições da anamnese ao diagnóstico. Com o progredir da doença e o comprometimento difuso do peritônio, a dor se intensifica e se estende a todo o abdome. Não raras vezes, no atendimento secundário ou terciário, são vistas crianças nesse estágio de evolução, o que, grosso modo, caracteriza retardo no diagnóstico.

Os vômitos, a hiporexia e a febre baixa são sintomas que se instalam horas depois. É importante salientar que a ausência de febre não exclui o diagnóstico de apendicite aguda. É imperiosa a interpretação da disúria ou da diarreia (geralmente reflexa e em pequena quantidade, como descrito no cenário atual), pois na criança são sintomas associados à apendicite aguda.

O exame abdominal demonstrando descompressão brusca dolorosa na fossa ilíaca direita (sinal de Blumberg) geralmente dá consistência ao diagnóstico. Embora esse sinal possa, em raras situações, não ser indicativo de cirurgia, é um motivo para transferência do paciente para o hospital.

O hemograma e a radiografia ortostática do abdome podem oferecer auxílio ao diagnóstico e consequentemente propiciar encaminhamento mais adequado. O que se pode observar é uma discreta leucocitose no início. A radiografia pode demonstrar a presença de fecalito na projeção anatômica do apêndice, além de níveis hidroaéreos na fossa ilíaca direita. Embora em pequeno percentual de casos, a ultrassonografia ou a tomografia abdominais são necessárias para elucidação diagnóstica, a sua realização não deve ser motivo de encaminhamento desnecessário para os hospitais, como, por exemplo, na dor que se iniciou há 1 hora sem sinais de alarme associados.

Portanto, a AA apresenta-se como diagnóstico mais provável para esse cenário. Os sinais de alarme com repercussões denunciam a necessidade de iniciar condutas rápidas como a reposição de fluidos e a transferência para o hospital, sem perda de tempo com exames subsidiários.

A obstrução intestinal, outra hipótese diagnóstica para o cenário em questão, é afecção que se inicia de maneira repentina, com dor de intensidade variável que se manifesta em curtos paroxismos. Com o passar do tempo, intensifica-se e torna-se contínua, com período de exacerbação. Esse caráter progressivo, aliado a vômitos que se acentuam, distensão abdominal, ruídos hidroaéreos hiperativos, peristaltismo visível e parada de eliminação de gases e fezes, orienta o diagnóstico. Nem sempre todos os sinais e sintomas estão presentes. É importante caracterizar os vômitos, que no início são biliosos e fecaloides mais tardiamente.

Uma série de afecções pode ocasionar a obstrução intestinal. O bolo de áscaris, mais frequente no passado, ainda aparece em regiões mais pobres. Também a obstrução intestinal por bridas (em crianças com cirurgias prévias), a hérnia inguinal encarcerada e a invaginação intestinal (discutida adiante) são causas a serem consideradas.

A radiografia simples do abdome em posição ortostática na maioria das vezes ajuda a confirmar o diagnóstico, demonstrando níveis hidroaéreos no intestino delgado.

A invaginação intestinal ou intussuscepção, embora se manifeste por uma obstrução intestinal, é descrita com uma expressão clínica muito característica na criança. Inicia-se de modo súbito, com dor abdominal do tipo cólica seguida por vômitos. Sua incidência é maior até os 2 anos de vida, mormente dos 6 meses ao 1º ano. Cerca de 75% dos casos acontecem no sexo masculino. No início, a palpação abdominal pode não traduzir peritonismo. Porém, com o evoluir das horas, torna-se mais relevante. Frequentemente se palpa tumoração em forma de chouriço, fato importante ao diagnóstico, e há eliminação de muco com sangue, o que confere o aspecto de geleia de morango, extremamente característico dessa afecção. Febre e leucocitose apresentam-se tardiamente e estão associadas a maior possibilidade de necrose intestinal. Nessa situação, sinais outros de alarme como prostração intensa, desidratação e choque devem ser encontrados. A confirmação diagnóstica e o tratamento devem ser ainda mais acelerados.

Portanto mais uma hipótese se apresenta para este cenário.

Em suma, o mais importante na dor abdominal aguda, seja na UPA ou na UBS, é, enfatizando novamente, caracterizar a necessidade de:

- A) dispensar o paciente após uma observação clínica adequada;
- B) observar o paciente por mais tempo, seja em casa, na UBS ou UPA;
- C) identificar o paciente que necessita ser encaminhado para conduta diagnóstica e terapêutica;
- D) identificar o paciente que necessita ser encaminhado para tratamento cirúrgico especializado.

O diagnóstico etiológico não é o principal objetivo do atendimento; a meta é a adoção de medidas de estabilização e transporte para tratamento definitivo.

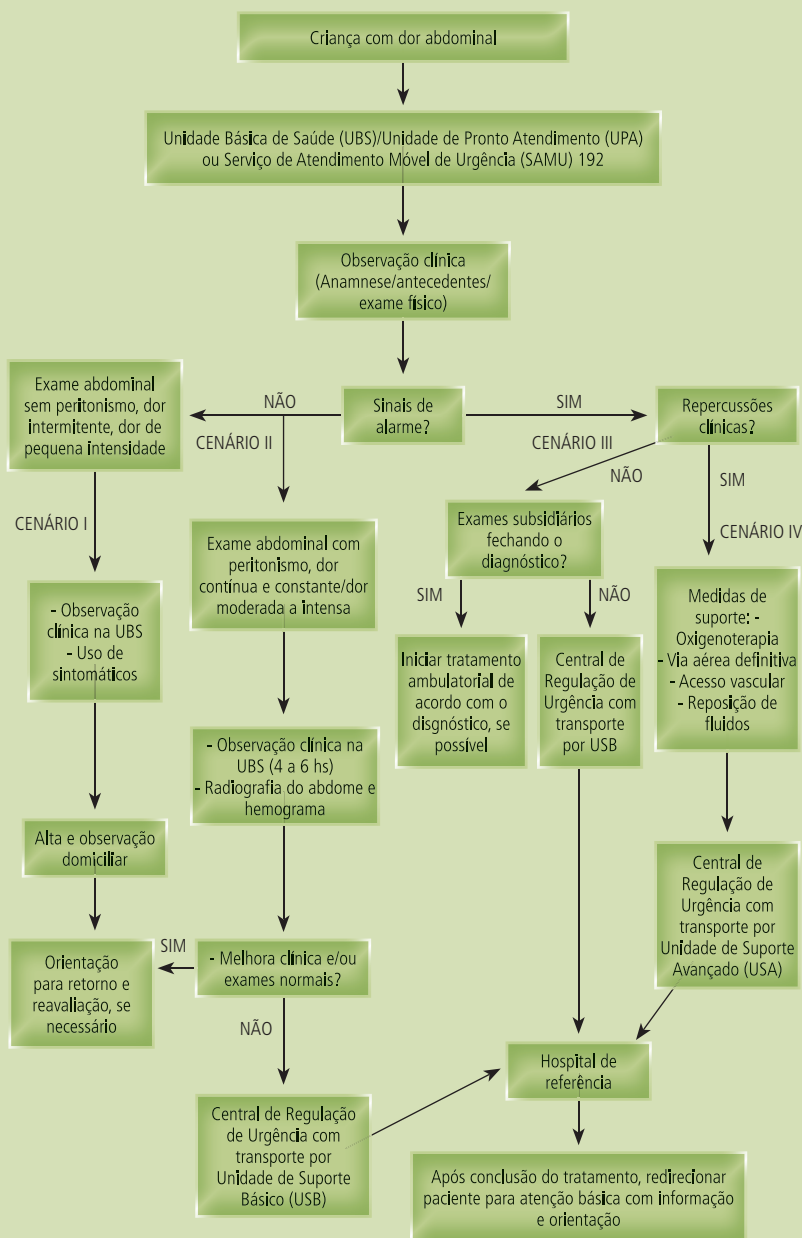
O reconhecimento dos sinais de alarme é fundamental para a condução desses casos. Dessa maneira, afecções simples podem ser tratadas de maneira rápida e eficaz, impedindo complicações, que podem se tornar graves por atraso na terapêutica.

O fluxograma 106-1 mostra a condução do quadro clínico de uma criança com dor abdominal a partir da UBS/PA.

BIBLIOGRAFIA

- Calçado AC. Dor abdominal crônica. In: Lopez FA, Campos Jr D. Tratado de pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri: Manole; 2007. p. 849-53.
- Davies Y, Berquist W. Pancreatitis. In: Ferreira CT, Carvalho E, Silva LR. Gastroenterologia e hepatologia em pediatria. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 305-13.
- Loening Baucke V, Swidsinski A. Constipation as cause of acute abdominal pain in children. J Pediatr. 2007;151(6):666-9.

- Silen W. Abdominal pain. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. Baltimore: McGraw-Hill; 2008. p. 1-95.
- Spee LA, van der Hurk AP, van Leeuwen Y, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SMA, Passchier J, et al. Childhood abdominal pain in primary care: design and patient selection of the HONEUR abdominal pain cohort. *BMC Fam Pract.* 2010;11:27.



Fluxograma 106-1 Para condução da criança com dor abdominal a partir da atenção básica.