



# Residência **RP** Pediátrica

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria

CASO INTERATIVO

Data de Submissão: 10/06/2019

Data de Aprovação: 20/06/2019

## Um paciente com massa abdominal de consistência pétreia. Qual o seu diagnóstico?

*A patient with a stone-hard abdominal mass. What is your diagnosis?*

Adriana Paiva de Mesquita<sup>1</sup>, Verônica Oliveira<sup>2</sup>, Bruno Ribeiro da Rocha<sup>3</sup>, Bernarda Silva Ferreira<sup>3</sup>, Julia Leite<sup>4</sup>, Bruna de Brito Silva Fernandes<sup>5</sup>, Gabriela Freitas Milagres<sup>5</sup>, Gabriela de Albuquerque e Albuquerque<sup>5</sup>

Organizadoras: Sandra Mara Amaral e Patricia F. Barreto Costa

Paciente com 7 anos de idade, do sexo masculino, é encaminhado da Clínica da Família ao Ambulatório para avaliação e tratamento de asma.

Apresentava sintomas de asma e rinite não controlados.

História patológica pregressa de bronquiolite viral aguda aos 3 meses, necessitando internação. Evolução com sibilância recorrente, apresentando crises a cada 2 meses. Nunca fez tratamento intercrítico.

Tem prurido nasal e ocular, roncos noturnos que não interferem com o sono.

Submetido à cirurgia por hérnia umbilical e de parede abdominal, criptorquidia e fimose.

Desde 2 anos de idade, apresenta constipação intestinal com *soiling*. Não consegue evacuar no vaso sanitário. Refere dor e medo de defecar, fazendo-o “prender as fezes”. Diariamente, o paciente acorda com escape fecal. Nega infecção do trato urinário.

Foi internado aos 3 meses, aos 2 anos e aos 6 anos, sempre por quadro de sibilância, na última vez com pneumonia.

Nasceu a termo, de parto vaginal, após gestação sem intercorrências. Mãe com febre reumática. Peso de nascimento 3315g. Teste do pezinho negativo.

Amamentado com leite materno até os 6 meses. Sua dieta atual é quantitativamente suficiente, mas de qualidade ruim. Ingesta acentuada de doces, farinhas e biscoitos.

Calendário vacinal em dia faltando apenas a dose anual de vacina contra influenza.

História familiar de alergias e rinite. Avó paterna com constipação e é fumante.

Casa limpa com cloro. Uso de amaciantes na lavagem das roupas. Ausência de animais domésticos.

Pais separados. Vive com a mãe e avó materna. Tem pouco contato com o pai. O paciente dorme na cama com a mãe. Muda com frequência de escola e tem mau rendimento escolar. Não há boa relação entre as famílias materna e paterna.

### EXAME FÍSICO

P= 19900g, E= 118cm, IMC= 14,3 (score Z entre 0 e 2)

Bom estado geral. Pele ressecada e estigmas de atopia.

FC, FR e PA normais

Sibilos esparsos

Abdome globoso, flácido e depressível. Peristalse presente.

Massa palpável em hipogastro, de consistência pétreia. Ânus sem fissuras.

### PERGUNTAS

1. A constipação é uma causa de dor abdominal crônica. Qual das opções abaixo sugere um maior risco de doença orgânica nos pacientes com dor abdominal crônica?

<sup>1</sup> Professora auxiliar de Saúde da Criança e Adolescência UNESA, Pneumologista e Alergista Pediátrica do Hospital Municipal Jesus

<sup>2</sup> Professora auxiliar de Saúde da Criança e Adolescência UNESA, Gastroenterologista Pediátrica do Hospital Federal de Bonsucesso e Hospital Municipal Jesus

<sup>3</sup> Gastroenterologista Pediátrico do Hospital Municipal Jesus

<sup>4</sup> Residente de Pediatria do Hospital Municipal Jesus

<sup>5</sup> Doutoranda de Medicina UNESA

#### Endereço para correspondência:

Patrícia Barreto Costa

IFF. Av. Rui Barbosa 716. Rio de Janeiro, RJ. Brasil. CEP: 22250-020. E-mail: pfbcosta@gmail.com

- A- Dor persistente no quadrante superior esquerdo (QSE)
- B- Febre alta
- C- Velocidade de hemossedimentação diminuída
- D- Dor persistente no quadrante inferior direito (QID)
- E- NRA

Dor abdominal crônica é uma queixa frequente em Pediatria. Entre os sinais que sugerem um maior risco de doença orgânica, estão:<sup>1</sup>

- Perda de peso ou parada de crescimento
- Hemorragia gastrointestinal
- Vômito bilioso ou protraído
- Odinofagia e disfagia
- Diarreia crônica grave
- Evacuações durante o período noturno e dor que acorda o paciente durante a noite
- Dor persistente nos QSD e QID
- Anormalidades no exame físico como massas, visceromegalias, anormalidades perianais, dor localizada
- Achados laboratoriais como aumento da proteína C reativa, da velocidade de hemossedimentação e presença de sangue oculto nas fezes
- História familiar de doença intestinal inflamatória

2. Qual das opções abaixo representa um sinal de alerta para condições orgânicas nos pacientes com constipação crônica?

- A- Tufo piloso sobre região da coluna vertebral
- B- Reflexo anal ou clemastérico ausente
- C- Sinus na região sacra
- D- Visceromegalias
- E- Todas as respostas anteriores

A maioria dos casos de constipação é funcional. Alguns sinais de alerta sugerindo causa orgânica são:<sup>2-4</sup>

- Início no 1º mês de vida
- Eliminação de mecônio após 48h de vida
- Hipodesenvolvimento
- Diarreia intermitente e fezes explosivas. Distensão abdominal
- Reto vazio
- Seio pilonidal coberto por tufo de pelos
- Anormalidades pigmentares da região espinhal inferior
- Exame neurológico anormal como reflexo clemastérico ausente e tônus e/ou reflexos de membros inferiores diminuídos ou ausentes
- Sangue oculto nas fezes
- Sintomas extraintestinais
- Jorro de fezes ao toque retal
- Ausência de retenção ou *soiling*

- Ausência de resposta ao tratamento convencional

3. Que condição endócrina ou metabólica está associada à constipação?

- A- Hipertireoidismo
- B- Hipercalemia
- C- Hipocalcemia
- D- Hipovitaminose D
- E- Diabetes mellitus

Entre as condições endócrinas e metabólicas que podem causar constipação estão incluídas:<sup>5-7</sup>

- Hipotireoidismo
- Diabetes mellitus
- Fibrose cística
- Enteropatia por glúten
- Neoplasia endócrina múltipla tipo 2B
- Hipocalemia
- Hipercalemia
- Porfiria

Outras causas orgânicas de constipação são:

- Malformações anatômicas
- Neuropatias
- Miopatias e distúrbios de nervos intestinais
- Anormalidades da parede abdominal
- Doenças do tecido conjuntivo
- Drogas como opioides, fenobarbital, antiácidos, antidepressivos, simpaticomiméticos, anti-hipertensivos, etc
- Outros: intoxicação por chumbo e outros metais pesados, intoxicação por vitamina D, botulismo e intolerância à proteína do leite de vaca

4. O atual sistema de classificação de diagnóstico dos distúrbios gastrointestinais funcionais para crianças é:<sup>8</sup>

- A- Roma II
- B- Roma III
- C- Roma IV
- D- Roma V
- E- O sistema Roma não foi validado para crianças.

Em 1990 o Comitê da Fundação Roma estabeleceu pela primeira vez os critérios para diagnóstico e conduta nas doenças gastrointestinais funcionais. Somente em 1999 as crianças passaram a ser contempladas pelo sistema Roma (Roma II). Desde 2016, o sistema vigente é o Roma IV.

O Roma IV, como todos os seus antecessores, é um sistema baseado em sintomas e algumas mudanças ocorreram em relação ao Roma III.

O Roma IV contempla os adultos e crianças, sendo que para os pacientes pediátricos é dividido em função da faixa etária: um para neonatos e crianças até os 3-4 anos e outro para crianças maiores e adolescentes.

5. De acordo com os critérios de Roma IV, não é considerado critério diagnóstico.<sup>4,9,10</sup>

- A- História de defecações difíceis e dolorosas
- B- História de postura retentiva ou retenção voluntária excessiva
- C- Três evacuações por semana
- D- Presença de grande massa fecal no reto
- E- História de fezes de grande diâmetro

Os critérios diagnósticos do ROMA IV para constipação funcional incluem pelo menos dois dos 6 critérios abaixo, desde que ocorram pelo menos 1 vez por semana por um mínimo de 1 mês, com critérios insuficientes para preencher o diagnóstico de síndrome do intestino irritável

e após avaliação minuciosa não explicada por uma outra condição clínica.

- Duas ou menos evacuações por semana
- História de postura retentiva ou retenção fecal voluntária excessiva
- História de defecações difíceis ou dolorosas
- Presença de grande massa fecal no reto
- História de fezes de grande diâmetro
- Para crianças já treinadas no uso do vaso sanitário, dois critérios adicionais:
  - Pelo menos um episódio semanal de incontinência fecal
  - História de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário

### IMPRESSÃO INICIAL E CONDUTA

O diagnóstico inicial foi de asma e rinite não controlados e constipação crônica com massa abdominal (fecaloma? neoplasia?). Realizada ultrassonografia de urgência (Figura 1).

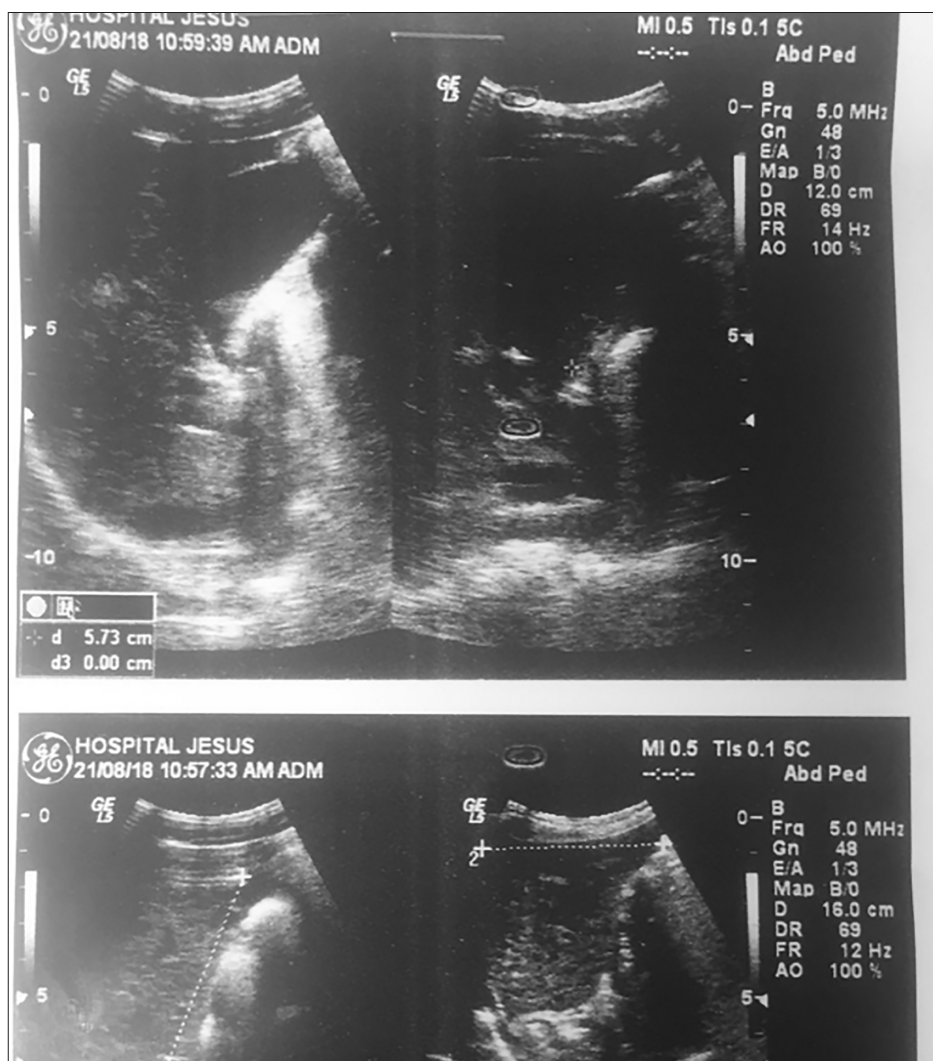


Figura 1. Ultrassonografia abdominal.

Fígado de forma, volume e ecogenicidade normais sem evidência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas.

Vesícula biliar normodistendida, de paredes finas com conteúdo anecoico habitual.

Baço de volume normal e ecotextura homogênea.

Pâncreas sem alterações ao método.

Rins tópicos, com dimensões e ecogenicidades normais e dissociação corticomedular preservada. Rim direito mede 7,6cm e o esquerdo 7,7cm no eixo longitudinal. Não há evidências de hidronefrose ou cálculos.

Bexiga com boa capacidade (v=55ml), paredes finas e conteúdo anecoico.

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

Importante distensão de sigmoide com grande quantidade de resíduos fecais (fecaloma).

Foram solicitadas radiografias de tórax em AP e perfil e radiografia de abdome em AP e oblíqua (Figuras 2A, 2B, 3A e 3B, respectivamente).

## EVOLUÇÃO

Após clister, o paciente melhorou e recebeu alta. Prescritos budesonida nasal e beclometasona inalatória e laxativo osmótico (cloreto de sódio+macrogol+bicarbonato de sódio+cloreto de potássio) 2 sachês por dia, além de orientações dietéticas.

Na revisão realizada 10 dias após a primeira consulta, observou-se melhora significativa dos sintomas de asma, rinite e do quadro de constipação. Encaminhado ao ambulatório de Gastroenterologia para investigação complementar. O laxativo osmótico não irritante foi substituído por polietilenoglicol 4000 (20g/dia). Paciente evoluiu com bom controle clínico.

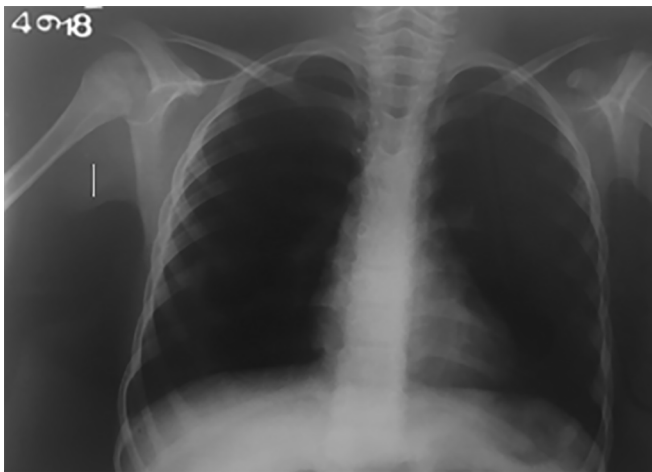


Figura 2A. Radiografia de tórax em AP - hiperinsuflação.

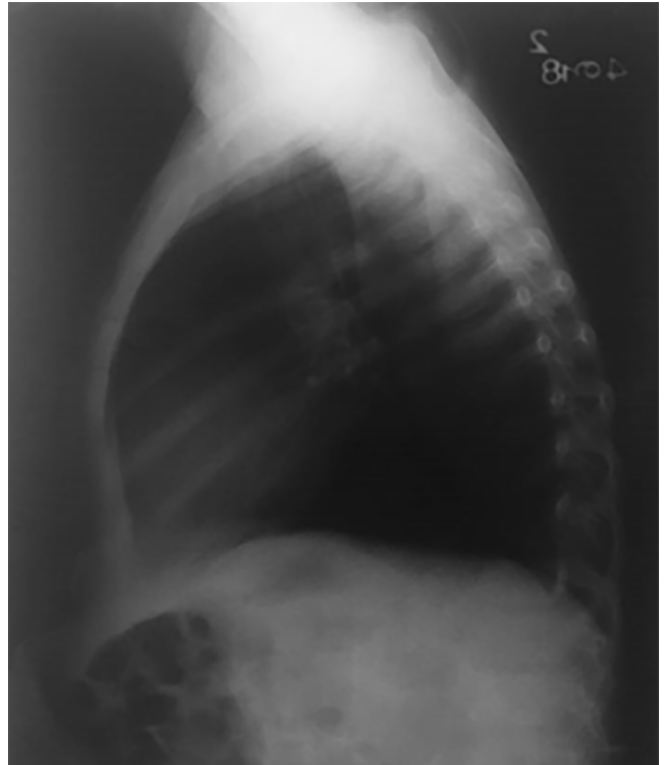


Figura 2B. Radiografia de tórax em perfil - hiperinsuflação.



Figura 3A. Radiografia de abdome em AP - grande quantidade de fezes em toda a extensão do cólon.



Figura 3B. Volumosa quantidade de material fecal em toda extensão do cólon.

## CONCLUSÃO

A constipação crônica é uma causa importante de dor abdominal na criança, ocasionando um número significativo de consultas ao Departamento de Emergência e ao Ambulatório de Gastroenterologia. Apresenta morbidade significativa, com grande impacto na qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.

A grande maioria dos casos é funcional, mas é preciso atenção aos sinais de alerta que possam indicar uma possível causa orgânica.

Os critérios de diagnóstico dos distúrbios gastrointestinais funcionais nas crianças e nos adultos foram revisados em 2016 e constituem o ROMA IV. O quadro gastrointestinal do paciente do caso relatado preencheu os critérios estabelecidos pelo ROMA IV de constipação funcional.

## REFERÊNCIAS

1. Zeitel DK. Abdominal Pain in Children: From the Eternal City to the Examination Room. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64(3):525-41.
2. Nurko S, Zimmerman LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents. *Am Fam Physician.* 2014;90(2):82-90.
3. Philichi L. Management of Childhood Functional Constipation. *J Pediatr Health Care.* 2018;32(1):103-11.
4. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langerdan MW, Nurko S, et al.; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; North American Society for Pediatric Gastroenterology. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58(2):258-74.
5. Andromanakos NP, Pinis SI, Kostakis AI. Chronic severe constipation: current pathophysiological aspects, new diagnostic approaches, and therapeutic options. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2015;27(3):204-14.
6. Petersen B. Diagnosis and management of functional constipation: a common pediatric problem. *Nurse Pract.* 2014;39(8):1-6.
7. Blackmer AB, Farrington EA. Constipation in the pediatric patient: an overview and pharmacologic considerations. *J Pediatr Health Care.* 2010;24(6):385-99.
8. Koppens IJ, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Benninga MA. The pediatric Rome IV criteria: what's new? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2017;11(3):193-201.
9. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Functional Disorders: Children and Adolescents. *Gastroenterology.* 2016. pii: S0016-5085(16)00181-5.
10. Zeevenhooven J, Koppen IJ, Benninga MA. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2017;20(1):1-13.