

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO  
DE GASTROENTEROLOGIA

# DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS NO LACTENTE E NA CRIANÇA ABAIXO DE 4 ANOS:

UM GUIA PARA A PRÁTICA DIÁRIA





**sociedade  
brasileira  
de pediatria**

---

# **Distúrbios gastrointestinais funcionais no lactente e na criança abaixo de 4 anos: um guia para a prática diária**



**Departamento Científico de Gastroenterologia  
Sociedade Brasileira de Pediatria  
2022**



# Diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria 2019/2021

---

**Presidente:**

Luciana Rodrigues Silva

**1º vice-presidente:**

Clóvis Francisco Constantino

**2º vice-presidente:**

Edson Ferreira Liberal

**Secretário geral:**

Sidnei Ferreira

**1º secretário:**

Ana Cristina Ribeiro Zollner

**2º secretário:**

Paulo de Jesus Hartmann Nader

**3º secretário:**

Virgínia Resende Silva Weffort

**Diretora financeira:**

Maria Tereza Fonseca da Costa

**2ª Diretoria financeira:**

Cláudio Hoineff

**3ª Diretoria financeira:**

Hans Walter Ferreira Greve

**Diretoria dos departamentos  
científicos e Coordenação de  
documentos científicos:**

Dirceu Solé

**DEPARTAMENTO CIENTÍFICO  
DE GASTROENTEROLOGIA –  
CONSELHO CIENTÍFICO**

**Presidente:**

Cristina Helena Targa Ferreira

**Secretário:**

Marise Helena Cardoso Tófoli

**Membros:**

Elisa de Carvalho

Maria do Carmo Barros de Melo

Mauro Batista de Moraes

Roberto Paranhos Fragoso

Rose Terezinha Marcelino

Silvio da Rocha Carvalho

## **Agradecimentos**

à Nestlé Nutrição Infantil,  
que uma vez mais  
colaborou com a  
Sociedade Brasileira de Pediatria  
na edição deste manual,  
nossos agradecimentos.

# Apresentação

Caros Colegas

Com muito orgulho apresento este Manual sobre os Distúrbios gastrointestinais funcionais no lactente e na criança abaixo de 4 anos. Como sabemos o conhecimento cresce a cada dia em todas as áreas da medicina e as dúvidas se multiplicam! O Departamento de Gastroenterologia da Sociedade Brasileira de Pediatria traz uma atualização clara e concisa completa sobre o assunto, com a colaboração dos membros deste departamento coordenado pela Dra. Cristina Targa Ferreira de modo ímpar. Nosso maior objetivo da SBP é compartilhar o conhecimento para melhorar a assistência para nossas crianças! Aproveitem pois, pediatras brasileiros mais esta atualização primorosa.

Atenciosamente.

**Luciana Rodrigues Silva**

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria





# Sumário

Introdução .....	9
Regurgitação do lactente .....	14
Cólica do lactente .....	17
Disquesia do lactente .....	20
Constipação intestinal .....	21
Síndrome da ruminação .....	28
Síndrome dos vômitos cíclicos .....	30
Diarreia funcional .....	31
Comentários finais e Guia Prático .....	33
Referências .....	38



## Introdução

Os pediatras e também os especialistas lidam com o dilema diário que são os choros e a irritabilidade do bebê abaixo de 6 meses.<sup>1</sup> Esses sintomas podem ser decorrentes de distúrbios gastrointestinais funcionais como regurgitação, constipação, disquesia, cólica do lactente, e sabe-se que tudo isso decorre da imaturidade do sistema digestório. Esses sintomas, nessa faixa etária se confundem com doença do refluxo e alergia à proteína do leite de vaca. O diagnóstico diferencial as vezes é difícil, mas temos sempre que pensar que possa ser a mais comum de todas as alterações: os distúrbios gastrointestinais funcionais.<sup>1</sup>

Os distúrbios gastrointestinais funcionais, do nome em inglês *functional gastrointestinal disorders* ou a sigla FGIDS, e mais modernamente chamados DGBIs, da sigla em inglês *Disorders of Gut-Brain Interaction*, incluem uma combinação variável de sintomas crônicos ou recorrentes que não são explicados por anormalidades estruturais ou bioquímicas.<sup>1</sup>

Muitas vezes são lactentes com desenvolvimento normal nos quais os sintomas podem surgir de alterações mal adaptativas de comportamento, por estímulos internos e externos.<sup>1</sup> Essas alterações ocorrem, pois os lactentes estão passando por uma fase de crescimento rápido do intestino, de maturação funcional para digestão e absorção intestinal, alterações do sistema imunológico e de motilidade e a instalação da microbiota intestinal.<sup>1,2</sup>

Os FGIDS são comuns, ocorrem em 15 a 30% dos lactentes, sendo regurgitações e constipação funcional, os

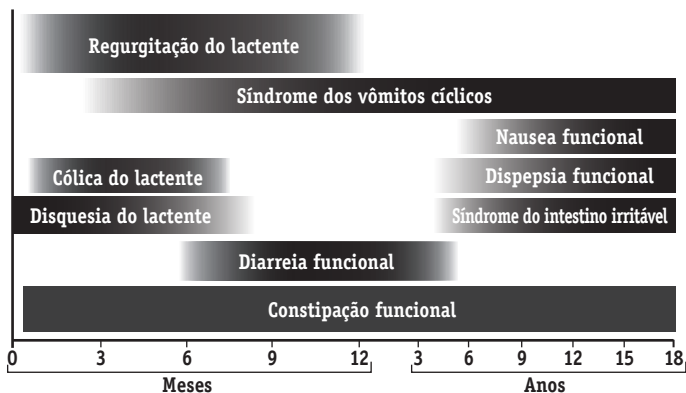
mais comuns entre eles.<sup>1,2,3</sup> Trazem efeitos negativos para a qualidade de vida e para a família e podem ocorrer juntos, ou seja, um mesmo lactente pode ter regurgitações e constipação funcional.<sup>1</sup>

Segundo os critérios de Roma IV<sup>1</sup> os FGIDS no lactente são assim classificados:

- Regurgitação do lactente
- Síndrome da ruminação
- Síndrome dos vômitos cíclicos
- Cólica do lactente
- Diarreia funcional
- Disquesia do lactente
- Constipação intestinal funcional

A faixa etária acometida pode ser representada na figura abaixo. (Figura 1)

**Figura 1. Idades que podem ocorrer FGIDs no lactente<sup>1</sup>**



Durante a gestação e nos primeiros anos de vida o ser humano apresenta processo de intenso desenvolvimento funcional que acompanha seu crescimento. Observa-se maturação funcional de órgãos e sistemas, incluindo o aparelho digestório.<sup>1</sup> Durante este processo, podem surgir manifestações clínicas digestivas isoladas ou em conjunto que podem ou não preencher os critérios diagnósticos preconizados para os distúrbios gastrointestinais funcionais.<sup>1,2,3,4</sup>

Os distúrbios funcionais do lactente, causam angústia aos pais e aos pacientes e levam a uma cascata de desconforto familiar, causando mais consultas médicas, alterações e trocas de fórmula, diminuição na amamentação e tratamentos medicamentosos ou não, que geram custos importantes.<sup>1,3</sup>

Os pais, frequentemente, buscam ajuda de parentes e amigos ou nas mídias sociais, que são muitas vezes inapropriadas.<sup>1,5</sup> O papel do profissional de saúde é fundamental para fortalecer a confiança dos pais e propor um tratamento comportamental e, as vezes alguma intervenção nutricional, evitando medicamentos e ações desnecessárias.<sup>6</sup>

Os FGIDs são queixas frequentes nos consultórios pediátricos e exigem muito envolvimento com os pais e cuidadores, sendo muitas vezes de difícil manejo, por isso são muito importantes atualmente.<sup>1,3,4,5</sup>

Os sinais e sintomas mais comuns no lactente são as regurgitações, os vômitos, a cólica, o choro, a distensão abdominal, a flatulência, a dificuldade e o esforço antes ou durante as evacuações, as fezes endurecidas, a diminuição ou o aumento da frequência de evacuações, entre outros. Essas manifestações clínicas podem ocasionar preocupação para os pais.<sup>1,2,3,4</sup> Neste contexto, manifestações menos complexas como flatulência excessiva pode ser uma queixa e um

problema para os pais quando na realidade não apresenta relevância clínica. No entanto, estas manifestações gastrointestinais podem provocar, adicionalmente aos desconfortos no lactente, anormalidades na dinâmica familiar, qualidade de vida, insegurança, ansiedade e depressão nos pais. Como consequência, pode haver maior número de consultas médicas, mudanças injustificadas na alimentação, utilização excessiva de medicamentos não justificados e realização de exames subsidiários desnecessários. Como consequência observa-se, também, expressivo impacto econômico.<sup>2,3,4,5</sup>

O choro é uma das formas mais precoces e mais poderosas de comunicação do bebê. Em estágios precoces da vida, os lactentes não são capazes de satisfazer suas próprias necessidades. O choro conecta os bebês aos seus cuidadores, que são suas fontes principais de cuidados, proteção e nutrição e esse comportamento evolucionário provavelmente aumenta suas chances de sobrevivência. A quantidade e o padrão do choro são dependentes da idade e muda durante os primeiros meses de vida. Embora haja variações no choro durante este período, há uma clara tendência que esteja presente e pode fazer parte da “curva normal do choro do bebê”.

Uma história clínica bem-feita, junto com um detalhado exame físico vai ajudar a confirmar a ausência de sinais e sintomas de alerta, excluindo doenças orgânicas. Assim, o pediatra poderá fazer um diagnóstico positivo, sem necessidade de exames laboratoriais e de imagem. Em menos do que 5% das crianças, com choro inconsolável vai haver uma causa orgânica para esse sintoma.<sup>1</sup>

Isso reforça um aspecto importante dos FGIDs do lactente que é reassegurar os pais e fazer com que se sintam confiantes de que seu filho não tem doença orgânica e

que choro e irritabilidade é uma manifestação normal do bebê.<sup>1</sup> Os exames só serão realizados se a criança apresentar “sinais de alerta”, ou seja, sinais de que possa ter alguma doença orgânica.

Com o objetivo de padronizar o diagnóstico dos distúrbios gastrointestinais funcionais são utilizados os chamados critérios de Roma.<sup>5</sup> Trata-se de uma iniciativa que vem sendo desenvolvida há algumas décadas e, periodicamente, são atualizados em conformidade com avanços dos conhecimentos científicos sobre os distúrbios gastrointestinais funcionais. A última versão foi publicada em 2016 e é denominada critérios de Roma IV.<sup>1,3,5</sup> Apesar de algumas particularidades para cada um dos distúrbios gastrointestinais funcionais, genericamente considera-se que sejam resultado da interação de fatores biopsicossociais. Na **Tabela 1** são apresentados os distúrbios gastrointestinais funcionais incluídos no critério de Roma para lactentes e crianças até 4 anos de idade.

**Tabela 1. Distúrbios gastrointestinais funcionais em lactentes e crianças com até 4 anos de idade segundo os critérios de Roma IV (2016)<sup>1</sup>**

- Regurgitação do lactente
- Síndrome da ruminação
- Síndrome dos vômitos cíclicos
- Cólica do lactente
- Diarreia funcional
- Disquesia do lactente
- Constipação intestinal funcional

## Regurgitação do lactente

Regurgitação é a manifestação clínica mais comum e, ocasionalmente, pode ocorrer associada a vômitos. Durante a anamnese é possível fazer a diferenciação entre regurgitação e vômitos. Muitas famílias consideram indevidamente as regurgitações como sendo vômitos e isso traz muito estresse. Apesar de poder ser decorrente de características anatômicas, o ponto mais importante na sua fisiopatologia é o aumento do número de relaxamentos do esfíncter esofágico inferior independentes das deglutições. As manifestações clínicas desaparecem ao longo do primeiro ano com a maturação funcional esfincteriana.<sup>5,6</sup>

Segundo as informações disponíveis, a prevalência de regurgitação do lactente (critério de Roma IV) situa-se entre 14%<sup>7</sup> e 24%<sup>8</sup> ao longo do primeiro ano de vida. No entanto, aos 4 meses de vida, pelo menos duas regurgitações por dia podem ser encontradas em 41 a 67% dos lactentes.<sup>1,5</sup> É frequente que estas regurgitações sejam motivo de preocupação para os pais.

Na prática, o termo regurgitação do lactente não é muito difundido entre os profissionais de saúde e na sociedade. Muitos utilizam a denominação “refluxo gastroesofágico fisiológico”. Na avaliação de um lactente com regurgitações deve-se ter em mente os critérios de Roma IV.<sup>1,5</sup> (**Tabela 2**) Deve-se ter atenção nos sinais de alarme (**Tabela 3**) indicativos de doença do refluxo gastroesofágico e de outras doenças que cursam com regurgitações e vômitos<sup>6</sup>. É importante que pais e cuidadores adquiram segurança em relação à benignidade do



processo. O controle da ansiedade em muito colabora com a aceitação da normalidade dos fatos.

Não há necessidade de intervenção com medicamentos, seja com procinético, inibidores de bomba de prótons ou antiácidos. Para lactentes em aleitamento materno exclusivo nada justifica a mudança no regime alimentar. Os lactentes devem sempre continuar com leite materno.

## **Tabela 2. Regurgitação por dia do lactente segundo o critério de Roma IV<sup>1</sup>**

Devem estar presentes as duas características seguintes entre as idades de 3 semanas e 12 meses, na ausência de outro problema de saúde:

1. Duas ou mais regurgitações por dia durante três ou mais semanas
2. Ausência de náuseas, hematêmese, aspiração, apneia, déficit de crescimento (*“failure to thrive”*), dificuldades na alimentação ou para a deglutição, postura anormal.

**Tabela 3. Sinais de alerta na avaliação do lactente com regurgitação do lactente e da doença do refluxo gastroesofágico**

<b>Gerais</b>	<b>Neurológicas</b>	<b>Gastrintestinais</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Perda de peso</li><li>• Letargia</li><li>• Febre</li><li>• Irritabilidade excessiva ou dor</li><li>• Disúria</li><li>• Início das regurgitações ou vômitos após 6 meses ou persistência/piora após 12 meses</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abaulamento de fontanela</li><li>• Aumento excessivo do perímetro cefálico</li><li>• Convulsões</li><li>• Microcefalia ou macrocefalia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vômitos intensos persistentes</li><li>• Vômitos noturnos</li><li>• Vômitos biliosos</li><li>• Hematêmese</li><li>• Diarreia crônica</li><li>• Sangramento retal</li><li>• Distensão abdominal</li></ul>

Modificado do posicionamento da NASPGHAN/ESPGHAN<sup>1,11</sup>

O preenchimento total do critério de Roma para regurgitação afasta a alergia ao leite de vaca e a doença do refluxo gastroesofágico. Portanto, nesse caso, não há justificativa para dietas de exclusão para a mãe ou trocas de fórmula no caso do lactente em uso dela. Nessas últimas, o uso de fórmulas infantis espessadas diminui a frequência e volume das regurgitações, porém não diminui o tempo de exposição do esôfago ao material regurgitado.<sup>1</sup> Há poucas evidências de que a redução de

volume e encurtamento do intervalo entres as refeições tenha eficácia<sup>5</sup>. A ausência de sinais de alarme justifica desconsiderar a hipótese de doença do refluxo gastroesofágico.

## **Cólica do lactente**

Choro, irritabilidade e inquietação são as principais manifestações clínicas do lactente. Princípios básicos da descrição da cólica do lactente descritos na década de 1950 (famosa regra dos 3 de Wessel) ainda são considerados no critério de Roma IV.<sup>5</sup> A Tabela 4 apresenta os critérios de Roma IV que contemplam dois cenários: prática pediátrica e pesquisa clínica.<sup>5</sup> Assim, no critério de Roma IV para prática pediátrica assistencial a definição foi ampliada para a ocorrência de paroxismos de choro e irritabilidade sem a obrigatoriedade de ocorrerem por pelo menos três horas diárias em três dias da semana anterior. (**Tabela 4**) Por outro lado, para pesquisa clínica, deve-se exigir e registrar a duração mínima de 3 horas de choro/irritabilidade por dia em três ou mais dias da semana. O estudo da prevalência fica prejudicado pelas diferentes definições e percepções dos pais, mas apesar disso, acredita-se que seja de até 20%<sup>3</sup>. Os pais e cuidadores percebem o trato gastrointestinal como causa da cólica do lactente, mas não há prova definitiva de que esteja relacionado a ele<sup>5</sup>. Nenhum dos comportamentos da criança relatados pelos pais e cuidadores durante a crise de choro guarda evidência de relação com dor ou doença orgânica<sup>5</sup>.

#### **Tabela 4. Cólica do lactente segundo o critério de Roma IV (2016)<sup>1</sup>**

1. Para fins de assistência clínica, devem estar presentes todas as três seguintes características:
  - 1.1. Idade inferior a 5 meses no início e término dos sintomas
  - 1.2. Períodos prolongados e recorrentes de choro, desconforto ou irritabilidade. Segundo os cuidadores estes episódios não têm uma causa evidente. Os cuidadores são incapazes de solucionar ou prevenir a sintomatologia.
  - 1.3. Ganho de peso normal e ausência de febre ou outras doenças.
2. Para fins de pesquisa clínica, devem estar presentes as manifestações apresentadas acima e as duas seguintes:
  - 2.1. Relato presencial ou telefônicos de choro, desconforto ou irritabilidade por mais de 3 horas, em 3 ou mais dias nos últimos 7 dias.
  - 2.2. Registro prospectivo de choro, desconforto e irritabilidade durante pelo menos um período de 24 horas.

No contexto biopsicossocial, destacam-se anormalidades na instalação da microbiota intestinal. No entanto, outros fatores participam da fisiopatologia do lactente, devendo ser destacados, também, as consequências no status psicológico e na qualidade de vida da família.<sup>5,9</sup>

Existem descrições de que os lactentes com choro/irritabilidade excessiva estão sujeitos à maior risco de serem vítimas de violência, entre as quais a síndrome do bebê sacudido.<sup>5,9</sup> Mesmo com as tentativas de explicar o choro incontrolável, ainda permanece a dúvida se ocorre apenas um processo natural de desenvolvimento ou relação com alguma alteração neurológica, ou mesmo algum distúrbio gastrointestinal.

O tratamento se baseia na tranquilização dos pais. O choro frequente é o desafio a essa conduta, e, portanto, é o desafio para o pediatra. Conhecer as vulnerabilidades dos pais e atuar nelas pode gerar a ajuda que precisam<sup>5</sup>.

No que se refere à alimentação, nos lactentes em aleitamento artificial, pode-se considerar uma fórmula infantil específica para distúrbios gastrintestinais funcionais. Quando o choro intenso persiste, pode ser necessário a troca para uma fórmula infantil com proteína extensamente hidrolisada para afastar a possibilidade de alergia à proteína do leite de vaca. No caso do lactente em uso exclusivo de leite materno, o teste pode exigir dieta de restrição materna. No entanto, essa conduta deve ser seguida do desafio, com a reintrodução do leite de vaca para a criança ou para a mãe. O desafio deve ser feito de 4 a 12 semanas após o afastamento<sup>1</sup>. Existe alguma evidência de que os Probióticos possam reduzir a duração diária de choro em lactentes em aleitamento natural<sup>5</sup> e em uso de fórmulas<sup>12</sup>.

Uma explicação do neurodesenvolvimento dos lactentes tem sido sugerida na cólica infantil.<sup>1</sup> A natureza inconsolável do choro levanta a questão de um processamento

sensorial diferente nesses bebês.<sup>1</sup> Esse achado pode implicar em falta temporária do controle neurológico do comportamento durante esse período de transição que normalmente acontece por volta dos 2 meses, quando o lactente ainda não tem os sistemas de controle do córtex cerebral bem maduros.<sup>1</sup> De acordo com essa hipótese, um estudo clínico, controlado, mostrou que lactentes com cólica tinham menor capacidade de regular seu choro após alguns estímulos.<sup>10</sup> A sacarose é conhecida por produzir um efeito calmante. Nesse estudo, os bebês com cólicas, quando comparados aos lactentes sem cólicas apresentavam o efeito regulatório da sacarose reduzido.<sup>10</sup> Isso sugere que o sistema opioide endógeno desses lactentes com cólica é alterado, pois os açúcares reduzem os estímulos excitatórios dos neurotransmissores nos bebês sem cólicas.<sup>10</sup>

Em combinação com uma diminuição do controle inibitório, para modular as experiências dolorosas, os lactentes parecem experimentar estímulos dolorosos mais intensamente do que as crianças maiores.<sup>1,2</sup>

## **Disquesia do lactente**

A disquesia do lactente é decorrente da incoordenação entre a contração da musculatura abdominal e o relaxamento do assoalho pélvico antes da ocorrência da evacuação.<sup>5</sup> Menciona-se que pode ocorrer também antes de tentativas de evacuação. Pode ser caracterizada até os 9 meses de idade e ocorre em cerca de 4% dos lactentes.<sup>8</sup> **A Tabela 5**

apresenta o critério de Roma IV para a caracterização da disquesia do lactente. Em geral os sintomas persistem por 10 a 20 minutos. O lactente se estica e por muitos minutos, grita, chora e fica com o rosto vermelho ou roxo a cada esforço para defecar<sup>5</sup>.

### **Tabela 5. Disquesia do lactente segundo o critério de Roma IV<sup>1</sup>**

Devem estar presentes as duas condições abaixo antes dos 9 meses de idade:

1. Pelo menos 10 minutos de esforço ou choro antes da eliminação com ou sem sucesso de fezes
2. Ausência de outros problemas de saúde

Apesar de não exigir nenhum tratamento e desaparecer espontaneamente, é fundamental seu reconhecimento para evitar que sejam adotadas práticas desnecessárias como por exemplo o uso de supositórios.<sup>5</sup> Não há indicação de laxantes. A conquista da confiança dos pais e cuidadores é obtida com esclarecimento sobre a ausência de doença no processo.

## **Constipação intestinal**

De acordo com o critério de Roma IV (**Tabela 6**), a prevalência de constipação intestinal varia entre 3% nos lactentes e 10% no segundo ano de vida<sup>5</sup>, parecendo ser mais elevada nos pré-escolares. Pode ocorrer em qualquer

idade e deve ser diferenciada da disquesia do lactente. Roma IV utiliza a idade de 4 anos como ponto de corte por considerar que a maioria das crianças acima de 4 anos já adquiriram controle esfinteriano.<sup>5</sup> A prevalência de constipação intestinal é menor na vigência do aleitamento natural exclusivo e aumenta principalmente no segundo semestre de vida quando se inicia a alimentação complementar.<sup>11</sup>

### **Tabela 6. Constipação intestinal funcional segundo o critério de Roma IV<sup>1</sup>**

Pelo menos dois dos seguintes por pelo menos um mês:

1. Duas ou menos evacuações por semana
2. Histórico de comportamento de retenção
3. Evacuações com dor ou dificuldade
4. Presença de grande quantidade de fezes no reto
5. Eliminação de fezes muito grossas

Para as crianças com menos de 4 anos com controle esfinteriano, considerar também:

6. Pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana
7. Eliminação de fezes de grande diâmetro que pode causar entupimento do vaso sanitário

Para ocorrer a constipação funcional é necessário que haja tentativas de retenção voluntária das fezes em decor-



rência de desconforto na eliminação delas. As fezes retidas sofrem desidratação pela absorção colônica e se tornam endurecidas. Nos primeiros anos de vida, dois momentos podem levar a essa situação. O início da alimentação complementar à láctea, principalmente quando do uso exclusivo do leite materno, e no pré-escolar quando do treino de toalete. Nesse último caso, pressão dos cuidadores para o controle da evacuação pela criança exerce importante papel na origem da constipação funcional. A constipação funcional se apresenta de modo diferente em lactentes e pré-escolares. Naqueles alguns evacuem menos de três vezes na semana, a maioria apresenta fezes endurecidas em quase todas as evacuações, e cerca de metade deles têm comportamento de retenção e impactação fecal<sup>5</sup>. Mais comum nos pré-escolares é a evacuação menos de duas vezes na semana, fezes endurecidas ou dolorosas; apesar da dificuldade devido a uso de fraldas, pode ser percebida incontinência fecal nessas crianças<sup>5</sup>.

A história clínica e o exame físico são fundamentais para a conclusão diagnóstica. A história de fezes endurecidas ou evacuações dolorosas, com ou sem presença de sangue ao evacuar, deve chamar atenção para a possibilidade de comportamento de retenção. Nesses casos, a criança chora, se esconde, pede colo aos pais ou cuidadores, se agacha ou se senta no chão demonstrando sua negação à evacuação. Pode ocorrer a incontinência fecal que, quando a história clínica for característica, pode ser confirmada pelo exame da região perianal, onde pode estar presente resíduos de fezes; muitas vezes nesses casos, pode ser percebida a presença de grande volume de fezes no exame

físico do abdome, feito bi manualmente nas laterais do músculo reto abdominal acima da borda pélvica<sup>5</sup>. O toque retal deve ser feito nos casos em que há falência do tratamento, incerteza quanto ao diagnóstico ou suspeita de anormalidade anatômica. Fissuras podem ser complicações em decorrência das fezes endurecidas e podem ser as responsáveis pela manutenção do círculo vicioso.

Deve-se ficar alerta para os sinais de alarme que podem indicar a possibilidade de doença de Hirschsprung (megacôlon congênito) ou outras doenças (**Tabela 7**). Eliminação de mecônio nas primeiras 24 horas ocorre quase na quase totalidade das crianças saudáveis e em menos de 10% dos pacientes com doença de Hirschsprung. Na presença de sinais de alarme o diagnóstico da doença de Hirschsprung deve ser estabelecido por biópsia retal. A acalasia pode levar também à constipação intestinal, mas diferentemente da doença de Hirschsprung, a biópsia retal mostra a presença de células ganglionares.<sup>5,11</sup>

O tratamento deve ser iniciado pela orientação aos pais e cuidadores sobre a constipação intestinal funcional. Deixar claro o que está acontecendo com a criança, seu comportamento de retenção assim como aos seus desdobramentos é de grande importância para a adesão ao tratamento tanto medicamentoso quanto para a percepção da importância das orientações gerais e alimentares. Captar a confiança dos pais para que não criem expectativas sobre a criança os torna aliados para controle da situação. Isso é conseguido quando se demonstra segurança e conhecimento sobre a situação e coleta de história e execução do exame físico minucioso.

## **Tabela 7. Sinais de alarme na avaliação do lactente com constipação intestinal**

- Constipação intestinal com início precoce (< 30 dias de vida)
- Primeira eliminação de mecônio depois de 48 horas de vida
- Antecedente familiar de doença de Hirschsprung
- Fezes em fita
- Sangue nas fezes não associado com fissura anal
- Déficit de ganho de peso
- Febre
- Vômitos biliosos
- Anormalidade na tireóide
- Fístula perianal
- Distensão abdominal intensa
- Posição anal anormal (anterior)
- Desvio fenda glútea

Modificado do posicionamento da NASPGHAN/ESPGHAN<sup>1,11</sup>

O uso de medicamentos e suplementação dietética está baseado em dados não sistematizados. Medicamentos com leite de magnésia, lactulose e polietilenoglicol (macrogol ou PEG) são usados visando tornar as fezes mais amolecidas e fáceis de serem eliminadas.<sup>11</sup> (**Tabela 8**) O óleo mineral que foi usado muito frequentemente no passado e atualmente deve ser evitado pelo risco de aspiração que é mais comum no lactente e em pacientes com comprometimento neurológico. Nos casos de impactação fecal, grande

volume de fezes endurecidas no reto, uso de doses altas do laxante deve ser feito. O polietilenoglicol tem a preferência para o tratamento da desimpactação e manutenção (**Tabela 8**)<sup>11</sup>. Deve-se ter em mente que o tratamento é demorado e após a desimpactação o tratamento de manutenção deve ser mantido por longo período, algumas vezes por anos. Quando não existe resposta satisfatória o Pediatra Gastroenterologista deve ser consultado.

Dados inconsistentes existem para correlacionar constipação intestinal e alergia a proteína do leite de vaca.<sup>1</sup> A constipação intestinal funcional ocorre mais na criança maior, quando se associa a retenção e o início do treinamento esfinteriano.<sup>1,5</sup> Em geral, os autores não conseguiram comprovar associação entre APLV e constipação crônica.<sup>1</sup> Entretanto, se uma história de APLV se associa a constipação no primeiro ano de vida, sugere-se fazer a tentativa de dieta de exclusão por 2 a 4 semanas.<sup>1,5</sup>

**Tabela 8. Principais medicamentos para desimpactação e tratamento de manutenção da constipação intestinal funcional**

	Dose	Efeitos colaterais	Observação
<b>Desimpactação</b>			
Polietileno- noglicol 3350 e 4000	1,0-1,5 g/Kg/ dia, via oral, máximo por 6 dias		

*continua...*

... continuação

	<b>Dose</b>	<b>Efeitos colaterais</b>	<b>Observação</b>
Enema fosfatado	2.5 mL/kg/dia, dose máxima de 133 mL/dose, via retal. Duração máxima da desimpactação: 6 dias. Não usar antes dos 2 anos de idade.	Risco de trauma mecânico no reto, distensão abdominal e vômitos. Pode provocar quadro grave e letal de hiperfosfatemia hipocalcêmica com tetania	Parcela dos eletrólitos é absorvida, mas se a função renal é normal não ocorre toxicidade. A maior parte dos efeitos colaterais é observado em pacientes com insuficiência renal ou doença de Hirschsprung.
<b>Tratamento de manutenção</b>			
Lactulose	1-3 mL/kg/dia, via oral	Efeitos colaterais: flatulência e dor abdominal	Bem tolerado a longo prazo
Leite de Magnésia (hidróxido de magnésia)	1-3 mL/kg/dia, via oral	Pode causar intoxicação por magnésio em lactentes. Sobredosagem pode ocasionar hipermagnesemia, hipofosfatemia e hipocalcemia. Não usar em pacientes com insuficiência renal.	Efeito osmótico. Libera colescistoquinina que estimula secreção e motilidade intestinal.

continua...

... continuação

	<b>Dose</b>	<b>Efeitos colaterais</b>	<b>Observação</b>
Óleo mineral	1-3 mL/kg/dia, via oral  Dose máxima: 60-90mL/dia  Não prescrever para lactentes e portadores de neuropatias	Se aspirado provoca pneumonia lipoídica. Teoricamente pode diminuir a absorção de vitaminas lipossolúveis, mas não existe comprovação em estudos clínicos. Perda anal indica dose superior do que a necessária.	
Polietileno- noglicol 3350 e 4000	0,2-0,8 g/Kg/ dia, via oral	Apresentação com eletrólitos tem menor aceitação e pode provocar náuseas e vômitos.	Bem tolerado, não há evidências sobre a segurança em lactentes.

De acordo com NASPGHAN com mínimas modificações.<sup>11</sup>

## Síndrome da ruminação

O diagnóstico da síndrome da ruminação no lactente e em crianças abaixo de 4 anos segue os critérios estabelecidos na **Tabela 9**. Trata-se de um distúrbio gastrointestinal funcional com escassez de publicações. Sua prevalência varia de 1,9 a 4,3%<sup>3-8</sup>. O conteúdo do estômago é voluntariamente regurgitado para a boca como objetivo de autoestimulação<sup>5</sup>. Surge no contexto de privação social prolongada, quando o comportamento materno não demonstra envolvi-

mento com a criança. Ocorre em qualquer idade, podendo envolver também transtornos neurológicos e psiquiátricos. Sua principal complicação é desnutrição devido aos frequentes retornos de alimento para a boca. O tratamento pode envolver a terapia comportamental nas crianças com distúrbios neurológicos, porém nenhuma técnica específica é preconizada visando o restabelecimento dos laços afetivos maternos<sup>5</sup>. A recuperação nutricional ocorrerá com o término da ruminação. Nenhum procedimento laboratorial ou de imagem é requerido para o diagnóstico no lactente.

### **Tabela 9. Síndrome da ruminação segundo o critério de Roma IV<sup>1</sup>**

Deve incluir todos os itens a seguir por pelo menos dois meses:

1. Contrações repetitivas dos músculos abdominais, diafragma e língua
2. Regurgitação sem esforço do conteúdo gástrico, que é expulso da boca ou mastigado e engolido novamente
3. Três ou mais dos seguintes:
  - a. Início entre 3 e 8 meses
  - b. Não responder ao tratamento da doença do refluxo gastroesofágico ou da regurgitação
  - c. Não acompanhado de desconforto
  - d. Não ocorrendo durante o sono e quando o lactente está interagindo com indivíduos no meio ambiente

## Síndrome dos vômitos cíclicos

Apesar de sua prevalência apresentar dados conflitantes, 0,7 a 1,9% em lactentes<sup>3-8</sup> e 1,5% em crianças entre 1 e 4 anos<sup>8</sup>, a síndrome dos vômitos cíclicos é mais comum entre os 2 e 7 anos. Os vômitos repetitivos dessa síndrome conduzem a alto grau de ansiedade familiar. Os critérios para o diagnóstico constam na **Tabela 10**. Tipicamente os paroxismos iniciam nos mesmos horários, em geral tarde da noite ou cedo pela manhã, podendo ou não ocorrer em intervalos regulares; a quantidade de paroxismo varia e pode ser tão alto quanto 70 em um ano<sup>5</sup>. Caso não haja distúrbio hidroeletrólítico, o retorno à normalidade é atingido tão logo cessem os vômitos. Em geral, máximo da intensidade é atingido logo nas primeiras horas, declinando em seguida, podendo existir náusea até o fim do paroxismo. Alguns sintomas e sinais podem ocorrer: intolerância à luz, barulhos ou sons; diarreia; febre e leucocitose<sup>5</sup>.

### **Tabela 10. Síndrome dos vômitos cíclicos segundo o critério de Roma IV<sup>1</sup>**

Deve incluir todos os itens a seguir:

1. Dois ou mais períodos paroxísticos de vômitos incessantes, com ou sem esforço, durando horas até dias em um período de 6 meses
2. Episódios estereotipados em cada paciente
3. Os episódios têm intervalos de semanas ou meses, com retorno à saúde normal entre os episódios de vômitos



Pode ocorrer história materna de enxaqueca e presença de eventos geradores de ansiedade ou estresse como desencadeadores. Devido à possibilidade de os vômitos derivarem de doenças metabólicas, neurológicas ou anatómicas em crianças abaixo de 2 anos, dosagem de eletrólitos, ureia creatinina, glicose e exame contrastado do trato digestório superior pode ser necessário. Iniciada a crise, precocemente, podem ser administrados inibidores de bomba de prótons, e lorazepan que apresenta função sedativa, ansiolítica e antiemética, além de correção de distúrbios hidroeletrólíticos. Pode ocorrer hematêmese por gastropatia de prolapso, síndrome de Mallory-Weiss ou esofagite péptica. No período entre as crises, quando elas são graves, frequentes ou prolongadas, pode ser usado ciproheptadina ou pizotifeno em crianças abaixo de 5 anos ou amitriptilina ou propranolol, diariamente com caráter profilático<sup>5</sup>.

## **Diarreia funcional**

O número de evacuações diárias considerado normal, principalmente no lactente, pode variar bastante. O aleitamento materno exclusivo geralmente está relacionado a um maior número de evacuações assim como de fezes menos consistentes. Entre 1 e 4 anos, a maioria das crianças evacua entre 3 vezes ao dia e dias alternados<sup>5</sup>. O critério para diagnóstico da diarreia funcional, anteriormente também chamada de diarreia crônica inespecífica, está na **Tabela 11**.

## **Tabela 11. Diarreia funcional segundo o critério de Roma IV<sup>1</sup>**

Deve incluir todos os itens a seguir:

1. Evacuação diária, indolor e recorrente, 4 vezes ou mais, de fezes malformadas em grande volume
2. Sintomas durando mais de 4 semanas
3. Início entre 6 e 60 meses
4. Não há déficit de crescimento (*“failure to thrive”*) caso haja ingestão adequada de calorias

Os estudos epidemiológicos mostram prevalência de até 7% em lactentes<sup>3</sup> e 0,6%<sup>8</sup>, porém os dados de publicações são um tanto conflitantes. A criança não apresenta alterações comportamentais ou sintomas, não demonstrando desconforto com a situação. Não há esteatorreia ou alterações hidroeletrolíticas. Fato importante para o diagnóstico é ocorrer ganho ponderal adequado, isto é, não estar abaixo do esperado para idade e sexo. Acredita-se que a alguns fatores relacionados à alimentação estejam implicados. O exagero no volume da alimentação, consumo excessivo de sucos de frutas, ingestão excessiva de carboidratos, principalmente frutose, com baixo consumo de gordura seriam fatores desencadeantes. Há também o uso industrial do sorbitol em alimentos para lactentes e crianças. Acredita-se que as refeições não interrompem o chamado complexo motor migratório do jejum, que estimula a movimentação do tubo digestório, levando a alteração pós-prandial da

motilidade no intestino delgado<sup>5</sup>. Diagnóstico diferencial com doença celíaca ou fibrose cística passa pelo desequilíbrio nutricional.

É importante buscar fatores desencadeantes para diarreia crônica. Anamnese buscando uso involuntário ou não de laxativos ou antibióticos; uso de alimentos que contenham sorbitol ou outros açúcares não absorvíveis; excesso de frutas ou de suco, industrializado ou não; consumo exagerado de leite e alimentos que contenham leite, assim como balas e doces. Nos pré-escolares, as fezes podem apresentar muco ou restos alimentares, e ainda se tornarem mais amolecidas a cada evacuação diária. Não ocorrem assaduras perianais ou na região da fralda, assim como não se encontram fezes impactadas no exame físico.

Apesar de gerar ansiedade nos pais e cuidadores, trata-se de um acometimento benigno, não havendo necessidade intervenção medicamentosa para o tratamento ou procedimentos médicos para o diagnóstico. Os sintomas parecem resolver na idade escolar. É recomendada a avaliação do que é consumido pela criança em sua alimentação, visando adequar e balancear a dieta<sup>5</sup>. Nesse momento, é fundamental o entendimento e colaboração dos pais, já que muitas vezes há redução da oferta de nutrientes para a criança devido a crenças ou temores.

## **Comentários finais e Guia Prático:**

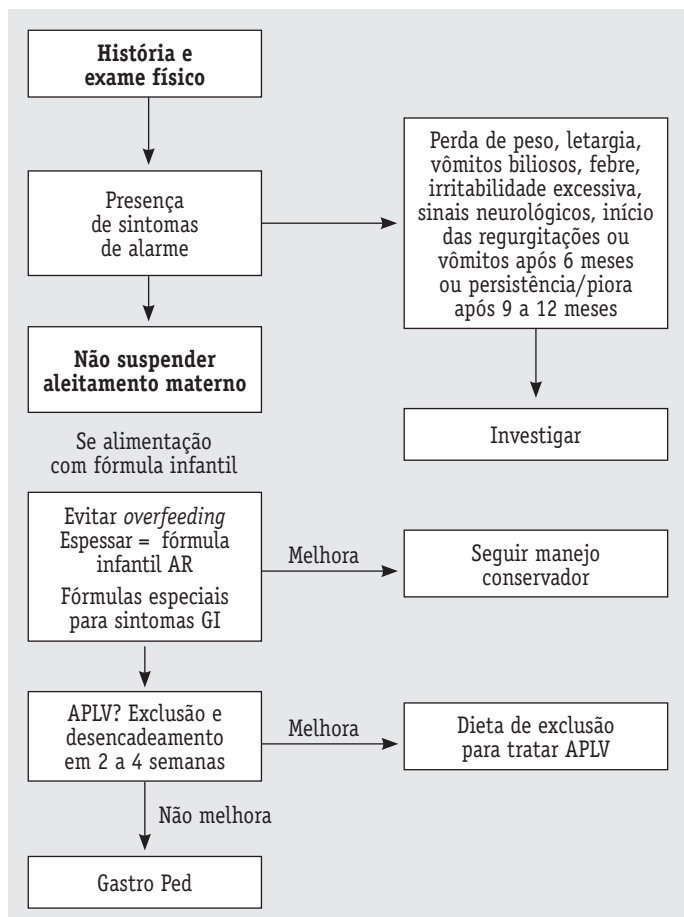
Os distúrbios gastrointestinais no lactente não devem ser negligenciados por provocarem desconfortos

no lactente, comprometimento da qualidade de vida do lactente e da família, interferir na dinâmica familiar e no emocional materno e paterno e, ainda, se associar com problemas futuros na infância e adolescência. Estes sintomas gastrointestinais não devem ser motivo de interrupção do aleitamento natural exclusivo. A maior parte das manifestações gastrointestinais com maior prevalência é autolimitada, entretanto, a constipação intestinal tende a permanecer após o primeiro ano de vida, muitas vezes, com agravamento das manifestações clínicas. Orientação e apoio aos pais, em conjunto com manejo nutricional embasado, podem reduzir os impactos negativos dos sintomas e sinais gastrointestinais no lactente.

O manejo primário desses FGIDs deve ser focado em melhorar os sintomas dos lactentes e a qualidade de vida das famílias. Se mais do que fortalecer os laços com as famílias e dar-lhes confiança for necessário, existem evidências para recomendar algumas alterações nutricionais que podem ajudar esses bebês.

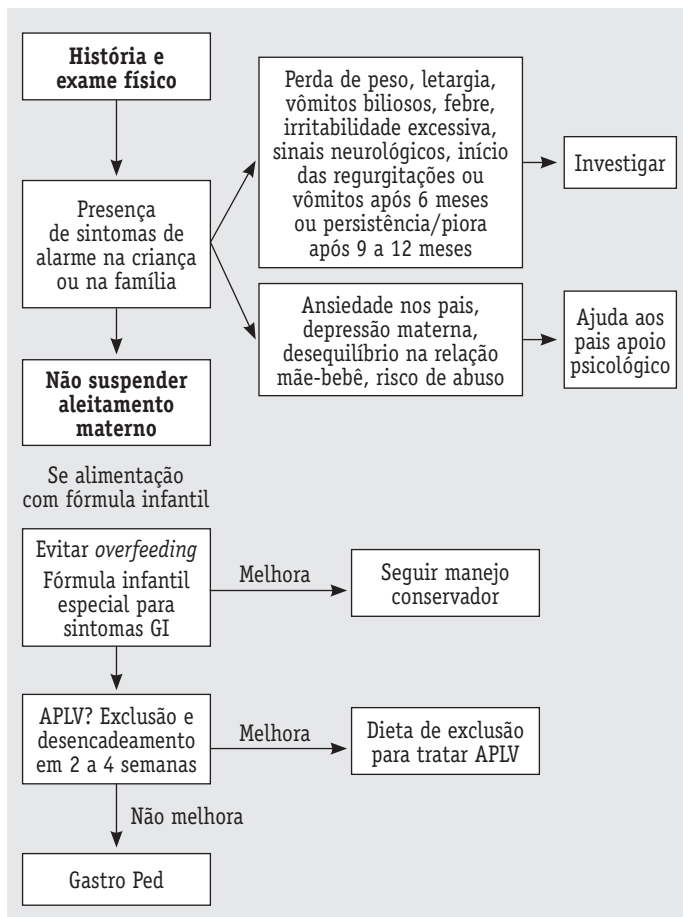
Sugerimos, baseados na literatura atual, alguns algoritmos práticos para o manejo dos FGIDs mais comuns (**Figuras 2,3 e 4**):

**Figura 2. Lactentes com regurgitações**



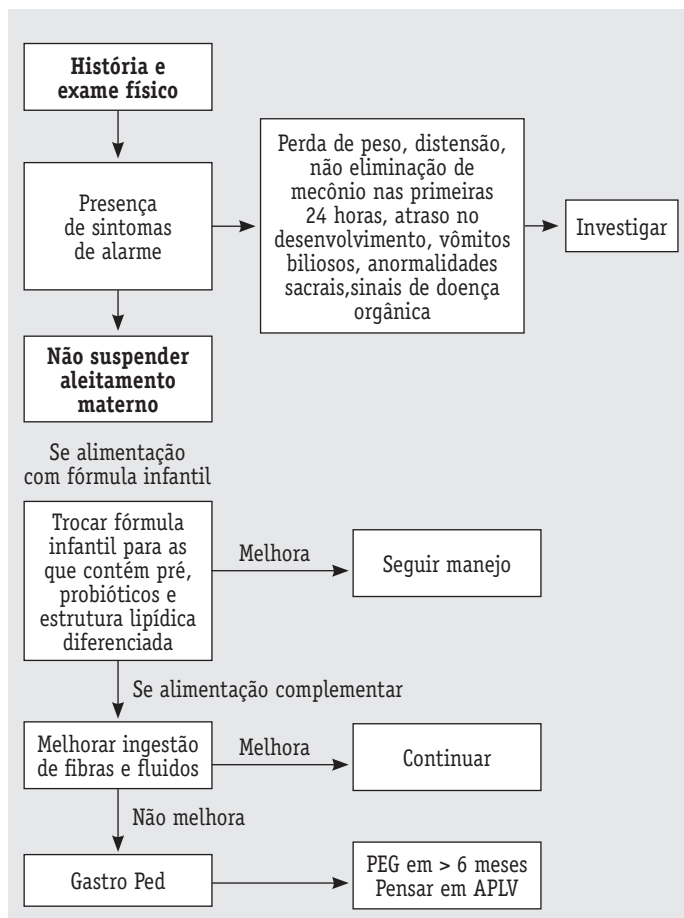
\*Adaptado de Vandenplas<sup>5</sup>

**Figura 3. Lactentes com cólicas**



\*Adaptado de Vandenplas<sup>5</sup>

## Figura 4. Lactentes com constipação



\*Adaptado de Vandenplas<sup>5</sup>

## Referências:

1. Benninga MA, Nurko S, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL. Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/toddler. *Gastroenterology* [Internet]. 2016;150(6):1443-1455.e2.
2. Morais MB de. Sinais e sintomas associados com o desenvolvimento do trato digestivo. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(3 (Suppl 1):S46-S56):56-62.
3. Vandenplas Y, Abkari A, Bellaiche M, Benninga M, Chouraqui JP, Çokuorap F, et al. Prevalence and health outcomes of functional gastrointestinal symptoms in infants from Birth to 12 Months of Age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015;61(5):531-7
4. Salvatore S, Abkari A, Cai W, Catto-Smith A, Cruchet S, Gottrand F, et al. Review shows that parental reassurance and nutritional advice help to optimise the management of functional gastrointestinal disorders in infants. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2018;107(9):1512-20.
5. Vandenplas Y, Hauser B, Salvatore S. Functional gastrointestinal disorders in infancy: Impact on the health of the infant and family. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2019;22(3):207-16.
6. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, Cabana M, Dilorenzo C, Gottrand F, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66(3):516-54.
7. Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, et al. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr*. 2018;195:134-9.
8. Steutel NF, Zeevenhooven J, Scarpato E, Vandenplas Y, Tabbers MM, Staiano A, et al. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in European Infants and Toddlers. *J Pediatr*. 2020;221:107-14.
9. Zeevenhooven J, Browne PD, L'Hoir MP, de Weerth C, Benninga MA. Infant colic: mechanisms and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018;15:479-496.



10. Leuchter, RHV, Darque, A, Hüppi, OS. Brain maturation, early sensory processing, and infant colic. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr* 2013; 57, S18–S25.
11. Tabbers MM, Dilorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. 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.
12. Chen K, Liu C, Li H et al. Infantile colic treated with *Bifidobacterium longum* CECT7894 and *Pediococcus pentosaceus* CECT 8330: a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *Frontiers Pediatr* 2021; 9: 635176.





