

DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS: PONTOS A ENFATIZAR PARA O PEDIATRA

GRUPO DE TRABALHO DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS (GESTÃO 2022-2024)

COORDENADORAS: Luciana Rodrigues Silva e Maraci Rodrigues

MEMBROS: Elizete Aparecida Lomazi, Hildênia Baltasar Ribeiro, Michela Marmo, Roberta Fragoso, Silvio da Rocha Carvalho, Vanessa Scheffer, Vera Lucia Sdepanian

INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) representam um desafio significativo na pediatria, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico precoce e ao diagnóstico diferencial. Caracterizam-se por um quadro de inflamação crônica e progressiva, e podem manifestar-se de diversas formas, com sintomas que frequentemente se

sobrepõem a outras condições gastrointestinais comuns na infância. Reconhecer precocemente o diagnóstico é crucial para evitar complicações e identificar um acompanhamento e tratamento eficazes.¹ Neste documento serão abordadas as estratégias diagnósticas atuais, incluindo a avaliação clínica e exames complementares, além de discutir as principais condições que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial das DII na faixa etária pediátrica.

O pediatra é o médico habilitado para assistir crianças e adolescentes e deve estar atento para o diagnóstico precoce destas condições, encaminhando estes pacientes para o gastroenterologista pediátrico, especialista que, em equipe multidisciplinar, deve dar assistência a tais pacientes. O pediatra deve continuar junto à esta equipe acompanhando estes pacientes, pois são doenças para toda a vida com períodos de atividade e períodos de exacerbação de sintomas. A solicitação de exames complementares mais invasivos e a condução terapêutica dos pacientes pediátricos com DII devem ser feitas pelo gastroenterologista pediátrico, de modo ideal em centros de referência para estas condições. Os pacientes devem ser sempre individualizados e bem avaliados em cada consulta. Os pacientes pediátricos com DII apresentam muitas vezes quadros mais extensos e mais graves que os adultos.

A equipe multidisciplinar habitualmente é composta de gastroenterologista pediátrico, enfermeira, nutricionista, cirurgião, endoscopista, radiologista, imunologista, anatomopatologista, psicólogo e muito frequentemente outros profissionais podem também ser necessários para acompanhamento em alguns casos. Frequentemente são realizadas discussões para se encontrar o melhor encaminhamento terapêutico para cada caso. O pediatra tem papel essencial para o diagnóstico precoce, para o encaminhamento oportuno ao especialista que vai garantir abordagem terapêutica personalizada rápida e eficaz.^{1,2}

EPIDEMIOLOGIA E ETIOPATOGENIA

As DII são condições de caráter crônico, imunomediadas e de evolução marcada por recidivas, podendo acometer várias áreas do trato gastrointestinal. São representadas pela doença de Crohn (DC), colite ulcerativa (CU) e uma pequena parcela de colite não classificada (CNC).³ A DC pode acometer todos os segmentos do tra-

to digestório, da boca ao ânus, a CU pode acometer segmentos do cólon e reto e a colite não classificada apresenta elementos diagnósticos que não preenchem os critérios de nenhuma das duas condições e na maioria das vezes com a evolução da doença passa a apresentar características de uma das duas condições.

A epidemiologia das doenças inflamatórias na infância revela um cenário global caracterizado por um aumento substancial da incidência em diversas regiões. Nos países ocidentais, como Estados Unidos, Canadá e partes da Europa, os casos têm crescido de maneira acentuada nas últimas décadas, o que pode estar relacionado a mudanças no estilo de vida, dieta e exposição a agentes ambientais.⁴ Estudos sugerem que a urbanização, associada ao consumo de dietas ricas em gorduras e alimentos processados, pode desempenhar papel importante no aumento das doenças inflamatórias. Em contrapartida, países em desenvolvimento vêm observando uma elevação gradual nas taxas de diagnóstico dessas condições, à medida que sistemas de saúde avançam e ferramentas diagnósticas mais modernas se tornam amplamente disponíveis e provavelmente também refletindo exposição às mudanças ambientais e alimentares. No entanto, a subnotificação de casos ainda é um desafio nas áreas menos desenvolvidas, o que dificulta a obtenção de uma visão completa da real magnitude do problema.⁵

Cerca de 25% dos casos de DII iniciam-se antes dos 20 anos, identificando-se um pico de incidência ao redor da adolescência. A CU é mais prevalente que a DC nos pré-escolares e a DC nas crianças mais velhas.⁶ Pacientes com DC iniciada antes dos 16 anos parecem ter doença mais grave que em outras faixas etárias, apesar de haver controvérsias.⁷ Quando as DII têm início na idade pediátrica, predominantemente antes dos seis anos de idade, há cerca de 30% de chance de ser doença de determinação genética monogênica (erro inato de imunidade), enquanto que nas demais idades pediátricas e nos adultos, a doença monogênica é muito me-

nos frequente, sendo aquelas de herança poligênica clássica as mais comuns.⁸

Estudos de associação genômica identificaram mais de 200 loci genéticos essenciais para a imunidade inata e adaptativa, bem como para a autofagia e a manutenção da integridade da barreira mucosa, que estão relacionados à DII. Assim, sugere-se que a fisiopatologia das DII na idade pediátrica envolva uma resposta imune desregulada, geradora de inflamação crônica, desencadeada pela combinação de fatores genéticos, ambientais, microbioma intestinal, dieta e outros.⁹

Ter conhecimento da classificação das DII na faixa etária pediátrica pode facilitar o diagnóstico. Esta classificação considera a localização e extensão da inflamação, a gravidade dos sintomas e a resposta ao tratamento. Em pediatria, a classificação considera também a faixa etária de início das manifestações clínicas (Quadro 1). É importante pontuar que tem sido observado um crescente aumento no diagnóstico em crianças menores de seis anos, denominada DII de início muito precoce (do inglês: *very early onset inflammatory bowel disease* - VEO-IBD), com apresentações clínicas que diferem fenotípica e geneticamente das DIIp de início após os seis anos. Essa classificação tem permitido uma abordagem mais precisa na escolha do tratamento.² Outras classificações são utilizadas para caracterizar a extensão e gravidade das doenças a fim de traçar terapêutica mais racional.

Quadro 1. Classificação de subgrupos de DII de acordo com a idade

DII pediátrica < 17 anos
DII início precoce < 10 anos
DII início muito precoce < 6 anos (VEO-IBD)
DII infantil < 2 anos
DII neonatal até 28 dias de vida

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das DII envolve uma abordagem cuidadosa e sistemática, enfatizando sempre as manifestações clínicas da doença, manifestações para as quais o pediatra deve estar atento para encaminhar o paciente o mais precocemente possível para o gastropediatra. O reconhecimento precoce da criança com DII e o encaminhamento adequado para o especialista, contribui para diminuir o risco acrescido de complicações com a progressão da doença, tais como estenoses e/ou fístulas internas e comprometimento do crescimento linear e atraso puberal.¹ O pediatra portanto pode fazer a diferença ao pensar na possibilidade destas condições e encaminhar para o gastropediatra, que analisará e indicará as endoscopias alta e baixa e os exames de imagem e outros exames de acordo com o caso individual do paciente.

Em uma coorte de mais de mil crianças e adolescentes canadenses, os sintomas da DII incipiente, foram classificados de acordo com sua frequência e com o diagnóstico definitivo de DC e CU. Nos pacientes com DC, o sintoma mais frequente na apresentação clínica foi a dor abdominal, considerado como o sintoma mais importante por 51% dos pacientes. A diarreia foi referida no início das manifestações clínicas por dois terços das crianças, e mais da metade dos pacientes não identificaram sangue nas fezes. A seguir, por ordem decrescente de frequência, aparece a queixa de perda de peso (71% dos pacientes) e prejuízo do crescimento linear, identificado em 22% dos casos.³

O cenário sintomático no início da CU incluiu a tríade diarreia, dor abdominal e perda de peso, referidas com percentuais de 92, 81 e 62%, respectivamente, enfatizando que na CU, a imensa maioria dos pacientes referiu diarreia sanguinolenta como principal sintoma (60%).^{1,2}

É necessário identificar se a DC acomete o intestino delgado e/ou o cólon e/ou a região perianal e/ou outras áreas e identificar se o paciente tem a forma inflamatória, estenosante ou pene-

trante/fistulizante. Vale ressaltar que durante a evolução pode haver mudança de um padrão para outro, após alguns anos de doença. A doença anorretal/perianal pode apresentar-se isolada ou combinada com o acometimento de outras áreas e tende a ser muito debilitante e grave, causando dor intensa para defecar, dor anorretal, ardor e secreção purulenta que suja a roupa, com a presença de fístulas e abscessos; esses sintomas aumentam e as lesões podem ser múltiplas e bastante complexas. A proctite pode ser a apresentação inicial. No envolvimento perianal pode haver a presença de cicatrizes, fissuras, abscessos e fístulas, lesões e ulceração do canal anal, incontinência e estenose retal. O períneo deve ser sempre avaliado, pois quando se encontram alterações nessa área aumentam as chances para o diagnóstico de DC. As fístulas podem ser minimamente sintomáticas ou extensas, estendendo-se a outros segmentos do trato digestório (enteroentéricas, enterocolônicas, enterogástricas, cologástricas), pele, saco escrotal, vagina, bexiga e aparelho urinário, outros órgãos, peritônio. Por outro lado, as estenoses podem ocorrer em qualquer segmento intestinal, com manifestação dolorosa e evoluindo para obstrução. Nos pacientes com envolvimento do intestino delgado, em extensão considerável pode haver sintomas e sinais compatíveis com má absorção: borboríngos aumentados, crises de diarreia, parada no crescimento, falta de ganho de peso, dor abdominal, anorexia e desnutrição.

A má absorção pode envolver vários nutrientes, além de zinco, ferro, folato, vitamina B12, cálcio, magnésio e determinar hipoalbuminemia, e todos esses elementos devem ser sistematicamente investigados. Ao acometer o trato digestório alto, fato menos usual, pode comprometer boca, esôfago, estômago e duodeno. A DC determina em geral dor abdominal, náuseas, saciedade precoce, dispepsia, anorexia, disfagia, pirose, estenose, vômitos, dor torácica e perda de peso, além de aftas orais e faríngeas e até má-absorção. Em casos avançados também pode determinar o aparecimento de fístulas em várias áreas. As manifestações clínicas serão sempre dependentes da localização e

extensão das lesões, o que também necessita de reflexão sobre as possibilidades de diagnóstico diferencial.^{1,2}

Alguns pacientes com DC apresentam quadro de dor abdominal periumbelical aguda com irradiação para fossa ilíaca direita, rigidez abdominal, febre, vômitos, diminuição ou ausência dos ruídos hidroaéreos, sintomas e sinais que corroboram para o diagnóstico de apendicite aguda. Parte destes pacientes são diagnosticados com apendicite granulomatosa como manifestação inicial da DC ou apenas tardiamente com recorrência da dor abdominal.

A CU é representada por um quadro inflamatório que acomete o intestino grosso, de extensão continuada na mucosa e na submucosa, que na maioria das vezes se estende a partir do reto. Geralmente se suspeita desse diagnóstico quando o paciente tem diarreia sanguinolenta, tenesmo, dor abdominal, e nos casos mais graves há febre, perda de peso, anemia e fadiga. Nas fases de recaída, a astenia e o emagrecimento acompanham a diarreia sanguinolenta. A CU na faixa etária pediátrica habitualmente cursa com acometimento mais extenso, com comprometimento nutricional, atraso puberal e manifestações clínicas mais floridas. Os pacientes que apresentam apenas o acometimento retal podem apresentar sangramento retal, urgência evacuatória e fezes com sangue e pus, sendo comum a sensação de peso retal com desejo constante de evacuar. Na colite mais extensa, os sintomas são mais intensos, com diarreia noturna. Na forma fulminante da CU, o paciente apresenta mais de 10 evacuações diárias, febre, taquicardia, anemia significativa com provas de atividade inflamatória muito alteradas, e pode ou não ser acompanhado de megacólon tóxico. Sempre nesses casos é necessária a avaliação do cirurgião em conjunto com o gastropediatra, pois pode haver hemorragia maciça, estenose, obstrução, perfuração e complicações sistêmicas. Nos quadros graves de megacólon tóxico, os pacientes devem sempre ser hospitalizados com acompanhamento contínuo para avaliação da necessidade de intervenção cirúrgica precoce.^{1,2}

A dor abdominal é frequente em várias condições que acometem o trato digestório e é também comum nos pacientes com DII. Cerca de 1% das crianças com dor abdominal serão diagnosticadas com DII durante o acompanhamento.⁴

A presença de um sinal de alerta em associação com a dor abdominal indica a necessidade de investigação laboratorial. Perda de peso, perda do apetite, náusea, sinais físicos indicativos de anemia, febre, dor articular, fadiga, diarreia com despertar noturno, presença de sangue nas fezes, alterações na região perianal, parada no crescimento e retardo puberal representam sinais de alerta que indicam a necessidade da investigação imediata para DII. Estes pacientes requerem exames complementares tais como hemograma com plaquetas, proteína C-reativa, VHS e calprotectina fecal como exames iniciais.

Os sinais de alerta menores em crianças com dor abdominal crônica incluem diarreia, antecedente familiar de DII, perda de peso involuntária e presença de manifestações extraintestinais.⁵ Pacientes com estas apresentações devem então ser encaminhados ao gastropediatra no centro de referência mais próximos e até que sejam atendidos podem ser discutidos com este especialista.^{1,2}

Em alguns casos, o envolvimento de órgãos extraintestinais é mais proeminente do que os sintomas intestinais. Os órgãos mais frequentemente envolvidos são as articulações, sendo a artralgia mais frequente que artrite, a mucosa oral, com estomatite aftosa, manifestações cutâneas (incluindo eritema nodoso e pioderma gangrenoso), oculares (uveíte e episclerite) e hepáticas (incluindo colangite esclerosante primária e hepatite autoimune).⁶ O atraso no crescimento e o atraso puberal podem ser sintomas isolados ou combinados com outros na apresentação das DII, particularmente na DC.⁷ Outros achados significativos são representados pela sarcopenia, osteopenia, osteoporose e alterações emocionais e psíquicas.

Diarreia crônica se apresenta como manifestação comum das DII pediátricas.⁷ Sob a condição

de diarreia crônica (superior a quatro semanas), deve-se procurar sinais associados à diarreia, em particular febre, presença ou não de sangue nas fezes, perda de peso, anemia, doença perianal e fadiga. As evacuações que ocorrem no período noturno são também reconhecidas como frequentes na diarreia das DII.

As características da diarreia na DII dependem da extensão, profundidade e localização da inflamação. Quando o acometimento inflamatório é isolado no íleo terminal, as evacuações apresentam pouco ou nenhum sangue. No acometimento pancolônico, os episódios são constituídos por evacuações volumosas, com volumes maiores de sangue e presença de muco. O acometimento do reto e sigmoide, produz evacuações de fezes amolecidas ou líquidas com sangue, muco e, em geral, o paciente refere tenesmo. O exame da região perianal é obrigatório nestes pacientes para identificar fístulas ou abscessos.

Sobre as apresentações extraintestinais nas DII, um registro sueco identificou retrospectivamente as manifestações iniciais de 329 pacientes diagnosticados no período de 2007 a 2019, no qual 16,7% dos pacientes apresentaram manifestações extraintestinais ao diagnóstico e em 25% desses pacientes esta manifestação precedeu qualquer outra manifestação clínica da doença. As manifestações extraintestinais mais frequentes das DII foram a artralgia periférica e a estomatite aftosa.¹⁰

Exames laboratoriais gerais podem dar indícios de DII, tais como: presença de anemia, leucocitose, trombocitose, hipoalbuminemia e alterações de provas inflamatórias, tais como velocidade de hemossedimentação (VHS) e PCR podem estar elevados em casos de inflamação ativa. Estes exames não são patognômicos, mas em conjunto com a anamnese e exame físico reforçam a suspeita diagnóstica. Exames de função hepática e renal alterados podem sugerir a presença de complicações.⁸ Porém, um resultado normal em exames laboratoriais não descarta a possibilidade de DII, uma vez que cerca de 10% a 20% das crianças com essa condição podem

apresentar resultados laboratoriais dentro da normalidade.¹¹

A calprotectina fecal, uma proteína proveniente de neutrófilos que apresenta níveis elevados em casos de inflamação intestinal, tem se destacado como um biomarcador da atividade da doença, porém é necessário para a confirmação diagnóstica exames endoscópico e histopatológico, e não é exclusiva destas condições; em quadros de atividade significativa das DII com acometimento colônico a calprotectina encontra-se bem elevada.¹²

É importante a investigação diagnóstica durante as fases de atividade da doença sobre presença de infecções concomitantes, desde gastroenterites infecciosas bacterianas e parasitárias por agentes habituais até *Clostridium difficile* e citomegalovírus, supercrescimento bacteriano e tuberculose, pois o tratamento imunossupressor e com imunobiológicos aumenta a chance de infecções nesses doentes. Mesmo que o isolamento de um agente infeccioso bacteriano, parasitário ou viral ocorra, isto não exclui a possibilidade da DII. Sorologias podem ser solicitadas, eventualmente, para complementação diagnóstica e diferenciação entre DC e CU, quando o diagnóstico definitivo não puder ser firmado com demais exames. Anticorpos antineutrofílicos perinucleares citoplásmicos (pANCA) sugerem CU, enquanto anticorpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) sugerem DC, embora não estejam sempre presentes. A dosagem de albumina é importante nos pacientes com doença inflamatória, sobretudo naqueles com acometimento do intestino delgado, e a hipoalbuminemia pode estar presente nos pacientes mais graves com comprometimento nutricional significativo.

Embora não avalie a atividade inflamatória, a dosagem de eletrólitos precisa ser realizada nos pacientes com quadro diarreico para avaliar perdas, assim como outros exames podem ser necessários a depender do quadro clínico do doente. Podem estar alteradas as aminotransferases e outras provas de função hepática, sugerindo acometimento hepático. Culturas podem ser

necessárias, radiografias de tórax, exames para afastar tuberculose (sempre necessário) e outras sorologias a depender do quadro apresentado pelo paciente, e devem ser solicitadas de modo crítico.

A endoscopia digestiva alta e a ileocolonosopia com biópsias permanecem como os métodos imprescindíveis para o diagnóstico e classificação das DII em crianças. A avaliação sistematizada com ileocolonosopia e endoscopia alta deve ser feita na abordagem inicial e sempre que necessário no acompanhamento, com obtenção de múltiplas biópsias para avaliação adequada da doença, além de se biopsiarem todas as lesões suspeitas de transformação neoplásica e de fazer a avaliação sistemática do íleo. Os achados macroscópicos e histopatológicos são essenciais para avaliar a gravidade e a extensão da doença, além de diferenciar a CU da DC. Enfatiza-se a necessidade de serem solicitadas pelo gastropediatra que deve ter interlocução próxima com os endoscopistas e anatomopatologistas, pois algumas vezes pode haver dúvidas quantos aos achados para fechar o diagnóstico. Os endoscopistas e anatomopatologistas devem ter experiência com a realização dos exames de DII na faixa etária pediátrica. A endoscopia por cápsula de vídeo, eventualmente, pode ser recomendada para examinar o intestino delgado proximal quando há suspeita elevada de DC e os resultados de endoscopias convencionais e exames de imagem não confirmam o diagnóstico.¹¹

Exames de imagem podem auxiliar no diagnóstico e devem ser realizados por radiologistas experientes e devem ser sempre feitos quando disponíveis no início do diagnóstico e na evolução quando necessário, principalmente no mapeamento de áreas onde o exame endoscópico não consegue avaliar, podendo, também, identificar complicações, como fístulas, abscessos e estenoses intestinais. Também nesta solicitação, o gastropediatra deve ter uma interlocução próxima com os radiologistas para discussão dos casos e a análise crítica do melhor exame a ser realizado em cada paciente de forma precisa, se

a ressonância magnética, a tomografia computadorizada ou a ultrassonografia. Os exames de imagem têm grande importância na avaliação da extensão da doença e presença de complicações, no acompanhamento da evolução, e podem ser utilizados vários métodos. A escolha está intimamente relacionada com a disponibilidade dos serviços, de acordo com o local considerado e com a experiência dos médicos que realizam tais exames na faixa etária pediátrica. A aplicação de ultrassonografia com Doppler no diagnóstico e seguimento do paciente com DII vem sendo considerada cada vez mais importante, principalmente por se tratar de um método não invasivo, universal, de baixo custo, sem radiação ionizante. Os exames de imagem devem ser realizados após o diagnóstico endoscópico. Para a avaliação de abscessos e fístulas perianais, a ressonância magnética pélvica e a ultrassonografia endoscópica retal, em centros com experiência, são as técnicas preferidas.¹⁰

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As DII podem se apresentar clinicamente de várias formas, incluindo apresentações iniciais atípicas, como aquelas relacionadas às manifestações extraintestinais, ou mais sugestivas, como a presença de doença perianal ou diarreia crônica com sangue, assim como as inespecíficas, tais como perda ponderal, baixa estatura e atraso puberal.¹⁰ Se considerarmos as principais manifestações, dor abdominal, sangramento retal e diarreia, o escopo do diagnóstico diferencial se torna ainda maior.⁹ Infelizmente não existem biomarcadores ou outros exames com-

plementares que possam colaborar claramente nesse diagnóstico diferencial. O diagnóstico diferencial das DII é extenso e variável, dependendo da extensão e área acometida. Em muitos pacientes os sintomas iniciais são inespecíficos e leves. Podem entrar no diagnóstico diferencial mais comumente as situações descritas no Quadro 2.

Sem dúvida os principais diagnósticos diferenciais envolvem doenças infecciosas ou inflamatórias e alergia à proteína do leite de vaca. Mas se considerarmos as doenças com início precoce e muito precoce, esta relação irá se expandir para condições relacionadas aos erros inatos da imunidade, em uma grande lista de doenças que determina a necessidade em algumas situações do acompanhamento conjunto do gastropediatra com o imunologista.⁹ No Quadro 3 são apresentadas as considerações sobre as doenças monogênicas no diagnóstico diferencial com as DII.

Nos lactentes, deve ser destacada a proctocolite e a enterocolite alérgica, quadros comuns associados à alergia alimentar, que cursam com sangue nas fezes, podendo ser de maior ou menor monta na proctocolite, ou presença de diarreia muco-sanguinolenta na enterocolite.¹¹

Considerando as apresentações clássicas da doença inflamatória, com diarreia e sangue nas fezes, uma série de doenças infecciosas, inflamatórias, vasculares, neoplásicas e de outras naturezas podem se comportar de forma semelhante às DII.

Nas crianças jovens deve-se avaliar a possibilidade de alergia alimentar, hiperplasia linfóide e gastroenterite eosinofílica como causas comuns de diarreia com sangue.

Quadro 2. Diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais.¹

Intestino irritável: fenômenos de intestino irritável podem estar presentes em alguns pacientes com doença inflamatória, mas essa é uma situação que frequentemente deve ser lembrada no diagnóstico diferencial;

Intolerância à lactose: também pode ser concomitante em alguns pacientes com doença inflamatória, durante a fase de inflamação mais pronunciada;

Gastroenterites e enterocolites infecciosas: devem ser descartadas sobretudo em quadros agudos acompanhados de diarreia, alguns com sangue nas fezes geralmente causados por bactérias tais como *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *E. coli* êntero-hemorrágica e após tratamento antibiótico enfatizar o *Clostridioides difficile*; parasitas que também não podem ser esquecidos, como a *Entamoeba histolytica*. Muitas vezes a colite por citomegalovírus em imunossuprimidos e mesmo nos pacientes com doença inflamatória pode estar presente. Outro diagnóstico que deve sempre ser pensado é a tuberculose intestinal e a ileíte por *Yersinia*, ambas situações podendo causar um quadro de ileíte semelhante ao da DC;

Doenças sexualmente transmissíveis: devem ser descartadas sobretudo as que causam lesões retais e fístulas perianais, como *Neisseria gonorrhoea* e *Clamídia tracomatis* em pacientes adolescentes com vida sexual ativa ou com suspeita de abuso.

Malformações arteriovenosas podem confundir com DC ao provocar diarreia com sangue ou síndrome hemolítica urêmica e púrpuras.

Outras condições mais raras eventualmente podem ser confundidas com DC. São elas: doença de Behçet, enterite por radiação, enterite por drogas tais como anti-inflamatórios e anticoncepcionais, gravidez ectópica, torção de ovário, doença inflamatória pélvica, doença crônica granulomatosa, amiloidose, sarcoidose e doença relacionada a transplante.

Vasculites de diversas naturezas podem acometer o trato digestório e mimetizar a DC, tais como Henoch-Schönlein, lúpus, Takayasu, arterite de células gigantes, vasculite reumatoide e tromboangiíte obliterante.

Várias outras condições devem entrar no diagnóstico diferencial a depender da área envolvida, tais como apendicite, diverticulite, divertículo de Meckel, colite isquêmica, linfoma e outras neoplasias, pólipos, polipose, adenite mesentérica, isquemia, endometriose, cisto ovariano, que podem dar um quadro obstrutivo ou semiobstrutivo, com ou sem sangramento, e em algumas situações o diagnóstico da DII ocorre no ato cirúrgico ou depois com o exame histológico da peça cirúrgica.

Condições acompanhadas de má absorção, perda de peso, tais como doença celíaca, fibrose cística, supercrescimento bacteriano, parasitoses altas como estrongiloidíase ou giardíase, neoplasias podem mimetizar o diagnóstico, como também manifestações mais altas de vômitos, síndrome péptica e aftas de repetição.

Entre as **manifestações extraintestinais**, cada uma delas deve entrar no diagnóstico diferencial. Entre as manifestações articulares, além de pensar nas DII, é necessário afastar outras causas de artralgia e artrite, desde febre reumática, artrite reumatoide, lúpus até a espondilite. Entre as manifestações hepáticas da CU ou DC com elevação de transaminases, afastar outras causas de hepatite autoimune e colangite esclerosante. Afastar outras condições diante do eritema nodoso e do pioderma gangrenoso é fundamental.^{1,2}

Quando há parada no crescimento, desnutrição, retardo do desenvolvimento puberal, sinais de osteopenia, deve-se sistematicamente pensar sobretudo em DC, não esquecendo o vasto diagnóstico diferencial dessas condições. Deve-se procurar investigar de acordo com cada paciente de modo individualizado e sistematizado, doenças endócrinas (hipotireoidismo, raquitismo, deficiência ou resistência ao hormônio do crescimento), doenças metabólicas e sistêmicas, carência econômica, erro alimentar, doença celíaca, alergia alimentar, fibrose cística, problemas mecânicos do trato digestório, doenças reumáticas, cardiopatias, hepatopatias, nefropatias, anorexia nervosa, neoplasias, Aids, anemia falciforme, insuficiência respiratória, colagenoses.

Aids: síndrome da imunodeficiência adquirida; CU: colite ulcerativa;

DC: doença de Crohn; DII: doença inflamatória intestinal.

No Quadro 3 são apresentadas as considerações sobre as doenças monogênicas no diagnóstico diferencial com as DII.

Quadro 3. Investigação para diferenciar doenças monogênicas e doenças inflamatórias intestinais.¹

Os sinais de alerta para doença monogênica são: história familiar positiva para doença monogênica, consanguinidade dos pais, muitos casos familiares de doença de início muito precoce, histórico pessoal de infecções graves recorrentes ou infecções atípicas consistentes com critérios diagnósticos de imunodeficiência primária, linfo-histiocitose hemofagocítica, síndrome de desregulação imune, poliendocrinopatia e enteropatia ligada ao X (IPEX),

malignidades extraintestinais, atresias intestinais múltiplas;

A maioria dos casos de DII monogênica terá início de apresentação antes dos seis anos, sendo ainda mais frequente em menores de dois anos de idade;

A avaliação genética é importante na suspeita de casos de DII monogênica. Sempre que possível, a avaliação multidisciplinar é recomendada. É recomendado investigar-se todo paciente com início da apresentação clínica antes dos dois anos e deve ser considerada nos pacientes menores de seis anos, com sinais de alerta para doença monogênica, comorbidades ou história familiar positiva;

Pacientes pediátricos maiores de seis anos e adultos também podem se beneficiar de avaliação genética, também em casos com outras comorbidades, refratários ao tratamento ou com história familiar positiva. A investigação deve levar em conta recursos individuais e locais;

O sequenciamento genético é recomendado nos casos suspeitos, podendo ser utilizados desde painéis de sequenciamento até o genoma na investigação, de acordo com a análise de cada paciente e a disponibilidade;

Outros exames para avaliação que podem sugerir doença monogênica incluem dosagem de imunoglobulinas – IgA, IgM e IgG –, subpopulação linfocitária – CD3, CD4, CD8, teste da di-hidrorodamina (DHR), além da dosagem da investigação de doença granulomatosa e dosagem do IL-10 e do seu receptor.

De acordo com a apresentação clínica, é recomendada a triagem de doenças infecciosas, como tuberculose e HIV, e de outras doenças autoimunes, como doença celíaca.

MULTIDISCIPLINARIDADE

O tratamento médico das DII requer uma abordagem multidisciplinar para o diagnóstico e tratamento a fim de contribuir com a boa qualidade de vida do paciente seja adequada e será discutido em outro documento.

Quando se trata de crianças e adolescentes a demanda ainda é maior. Apesar disso, ainda são poucos os centros que promovem o atendimento de forma multidisciplinar.

Crianças e adolescentes com DII, em geral, apresentam formas mais graves de doença que

os adultos. As manifestações dos déficits nutricionais presentes na DII envolvem a ação do processo inflamatório sistêmico, e no caso de crianças e adolescentes, o crescimento poderá sofrer drásticas consequências. O acompanhamento por nutricionista torna-se importante, mesmo nos casos de doença leve, pois a ação de determinados alimentos pode aumentar a inflamação. A terapia nutricional de forma obtém ótimos resultados na indução da remissão em crianças com doença de Crohn leve a moderada, demonstrando o efeito significativo dos alimentos na modificação da microbiota, contribuindo para a reconstrução da eubiose e da permeabilidade intestinal, diminuindo a inflamação. Em outros

pacientes a terapia nutricional também é importante junto aos tratamentos medicamentosos.

Muito importante na equipe é a presença do cirurgião experiente, pois em muitas circunstâncias será indispensável sua participação no tratamento de cirurgias em quadros de doença perianal, fístulas, abscessos, não resposta a tratamento medicamentoso, quadros emergenciais e quadros graves.

Um outro olhar agregador é fornecido pela enfermagem. Além da atuação clínica, o enfermeiro promove os cuidados que visam estabelecer melhor qualidade de vida ao paciente com doença pediátrica, acolhendo e buscando encontrar soluções que assegurem a melhor resposta e adesão ao tratamento além de tornar mais eficiente o acompanhamento de pacientes ostomizados e portadores outros tipos de lesões. Muitas vezes a assistente social pode contribuir também com os processos burocráticos na obtenção dos medicamentos e na adesão aos tratamentos instituídos.¹

O suporte psicológico é importante no acompanhamento das crianças e adolescentes com DII. A qualidade de vida desses pacientes com estas condições crônicas está comprometida em quase todas as áreas, o que justifica a intervenção de profissional especializada em muitas situações, pois são comuns as dificuldades escolares, a interação social com os pares, o início da vida sexual. Este é apenas um exemplo que ilustra a necessidade da inserção do psicólogo na equipe multidisciplinar. Os diversos sentimentos e necessidades da família também merecem atenção e cuidados que podem ser oferecidos por este profissional.

Junto a esses profissionais coordenados pelo gastropediatra, o pediatra desempenha o papel de suporte à criança e ao adolescente fora do ambiente no qual o tratamento específico se desenvolve. O pediatra geral representa a interface

entre o paciente e o gastroenterologista pediátrico. Conhecer e se envolver com o tratamento, é de suma importância, uma vez que foi o pediatra quem iniciou a investigação ou mesmo diagnosticou a doença e acompanhará aquela criança ou adolescente, desempenhando o papel de elo entre paciente e serviço especializado. No fim da adolescência o gastropediatra deverá discutir o caso do paciente com o gastroenterologista de adulto, fazendo então a transição adequada dos cuidados, quando o paciente se encontrar em remissão da doença.^{1,2}

CONCLUSÃO

As DII são doenças complexas, de diagnóstico muitas vezes difícil, mas que podem oferecer algumas pistas em suas manifestações iniciais. Como sua incidência vem aumentando, sintomas como crescimento insuficiente ou dor abdominal e diarreia crônica com sangue, além de outros achados devem despertar a atenção para a possibilidade da doença. Na presença da possibilidade do diagnóstico, se faz necessária a investigação laboratorial, e quando a suspeita é significativa deve-se encaminhar ao gastropediatra para avaliação clínica e solicitação de exames de imagem específicos e endoscópicos. A suspeita e a investigação inicial cabem ao pediatra; o diagnóstico final e a condução do tratamento, ao gastroenterologista pediátrico, mas com a continuidade do acompanhamento e vigilância do pediatra.

A equipe multidisciplinar atua visando manter o tratamento adequado e sua continuidade, além de procurar garantir a melhor qualidade de vida da criança ou do adolescente. O pediatra desempenha papel fundamental nesse momento, pois atua de forma garantidora desses itens, mas também sendo a interface com a família.

REFERÊNCIAS

01. Scheeffer V, Rodrigues M, Silva, LR. Doenças Inflamatórias Intestinais in: Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas Diagnóstico e Tratamento. Editora Manole, 131-153, 2024.
02. Rodrigues M, Silva, LR, Carvalho, SR, Fragoso, RP. Doença inflamatória intestinal In Silva LR, Solé D, Silva CA, Constantino CF, Liberal EF. Tratado de Pediatria, 5ª ed, 2022, Editora Manole, Barueri, pag: 1355-1370
03. Ricciuto A, Mack DR, Huynh HQ, Jacobson K, Otley AR, deBruyn J, et al. Diagnostic Delay Is Associated With Complicated Disease and Growth Impairment in Paediatric Crohn's Disease. J Crohns Colitis. 2021;15(3):419-431.
04. Levine A, Koletzko S, Turner D, Escher JC, Cucchiara S, de Ridder L, et al. ESPGHAN revised porto criteria for the diagnosis of inflammatory bowel disease in children and adolescents. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;58(6):795-806.
05. Dhaliwal J, Walters TD, Mack DR, Huynh HQ, Jacobson K, Otley AR, et al. Phenotypic Variation in Paediatric Inflammatory Bowel Disease by Age: A Multicentre Prospective Inception Cohort Study of the Canadian Children IBD Network. J Crohns Colitis. 2020;14(4):445-454.
06. Sjolund J, Uusijarvi A, Tornkvist NT. Prevalence and progression of recurrent abdominal pain, from early childhood to adolescence. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021;19(5):930–938.e8
07. Van de Vijver E, Heida A, Ioannou S. CACATU Consortium. Test strategies to predict inflammatory bowel disease among children with nonbloody diarrhea. Pediatrics. 2020;146(2):e20192235.
08. Jang HJ, Kang B, Choe BH. The difference in extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease for children and adults. Transl Pediatr. 2019;8(1): 4–15.
09. Aziz DA, Moin M, Majeed A, Sadiq K, Biloo AG. Paediatric Inflammatory Bowel Disease: Clinical Presentation and Disease Location. Pak J Med Sci. 2017;33(4):793-797.
10. Zholudev A, Zurakowski D, Young W, Leichtner A, Bousvaros A. Testes sorológicos com ANCA, ASCA e anti-OmpC em crianças e adultos jovens com doença de Crohn e colite ulcerativa: valor diagnóstico e correlação com o fenótipo da doença. Am J Gastroenterol. 2004;99(11): 2235–2241.
11. Hall CHT, de Zoeten EF. Understanding very early onset inflammatory bowel disease (VEOIBD) in relation to inborn errors of immunity. Immunol Rev. 2024;322(1):329-338



Diretoria Plena

Triênio 2022/2024

PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º VICE-PRESIDENTE:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

3º SECRETÁRIO:

Claudio Hoinoff (RJ)

DIRETOR FINANCEIRO:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º DIRETOR FINANCEIRO:

Maria Angelica Barcellos Svaier (RJ)

2º DIRETOR FINANCEIRO:

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE: Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE: Maryneia Silva do Vale (MA)

SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL: Cristina Targa Ferreira (RS)

CENTRO-OESTE: Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Maryneia Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTE:

Analiária Moraes Pimentel (PE)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Sulim Abramovici (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Lígia Maria Moreira (BA)

Carilindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

SUPLENTE:

Jocileide Sales Campos (CE)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

Gilberto Pascolat (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Rossiceli de Souza Pinheiro (AM)

Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Maria Angelica Barcellos Svaier (RJ)

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Sidnei Ferreira (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Mauro Batista de Moraes (SP)

Kerstin Taniguchi Abagge (PR)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:

Hélio Villaca Simões (RJ)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

MEMBROS:

Clóvis Francisco Constantino (SP) - Licenciado

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SÉRIADA

COORDENAÇÃO:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

MEMBROS:

João Carlos Batista Santana (RS)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

DIRETOR:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

DIRETORIA ADJUNTA:

Sidnei Ferreira (RJ)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Claudio Orestes Britto Filho (PB)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

Carilindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

MÍDIAS EDUCACIONAIS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Rosana Alves (ES)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)

Tulio Konstanyer (SP)

Claudia Bezerra Almeida (SP)

NEONATOLOGIA - PRORON

Renato Soibermann Procianny (RS)

Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPEP

Werther Brownow de Carvalho (SP)

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP

Claudio Leone (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP

Hany Simon Júnior (SP)

Gilberto Pascolat (PR)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

PUBLICAÇÕES

TRATADO DE PEDIATRIA

Fábio Ancona Lopes (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Clóvis Artur Almeida da Silva (SP)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

OUTROS LIVROS

Fábio Ancona Lopes (SP)

Dirceu Solé (SP)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETORA:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS - REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS - SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

COORDENAÇÃO GERAL:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO OPERACIONAL:

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Renata Dejtar Waksman (SP)

MEMBROS:

Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

Marcia de Freitas (SP)

Nelson Grisard (SC)

Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

PORTAL SBP

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

Claudio Hoinoff (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Maria Angelica Barcellos Svaier (RJ)

Donizetti Dimer Giambardino (PR)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

Cassio da Cunha Ibiapina (MG)

Luiz Anderson Lopes (SP)

Silvia Regina Marques (SP)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)

Mariana Tschopke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:

Renato Soibermann Procianny (RS)

MEMBROS:

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)

João Guilherme Bezerra Alves (PE)

Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Gisela Alves Pontes da Silva (PE)

Dirceu Solé (SP)

Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

Marielene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORIA ADJUNTA:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Mariana Tschopke Aires (RJ)

Maria De Fatima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

Leonardo Rodrigues Campos (RJ)

Alvaro Jorge Madeira Leite (CE)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Carmen C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)

Angélica Maria Bicudo (SP)

EDITORES ASSOCIADOS:

Danilo Blank (RS)

Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)

Renata Dejtar Waksman (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Angélica Maria Bicudo (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:

Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS: