Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 21/07/2025
Data de Aprovação: 09/09/2025

RELATO DE CASO

Foco no sinal de alarme: dor abdominal crônica na pediatria - Relato de caso

Focus on red flags: chronic abdominal pain in pediatrics - Case report

Larissa Trevisan Carvalho[1], Elizete Aparecida Lomazi[1], Daniel Lahan Martins[2], Denise Barbieri Marmo[1]

Palavras-chave:
Pediatria,
Dor abdominal,
Desnutrição.

Resumo

Objetivo: a dor abdominal crônica (DAC) tem alta prevalência na população pediátrica e apresenta desafio na prática clínica devido à variedade de diagnósticos relacionados, sendo, em sua maioria, distúrbios funcionais. O objetivo na descrição deste caso é atentar para a importância de observar os sinais de alarme durante a investigação do quadro, a fim de não atrasar o diagnóstico de doenças orgânicas. **Relato de caso:** menino escolar com queixa de DAC em que o diagnóstico definitivo foi retardado em 2 anos devido à interpretação da dor como decorrente de constipação intestinal funcional. O diagnóstico foi considerado apesar da presença de desnutrição e anemia. Após a correção cirúrgica com procedimento de Ladd, apresentou melhora dos sintomas. O caso descrito serve de alerta para que os sinais de alarme sejam sempre levados em consideração durante a investigação de DAC. **Comentários:** os autores abordam a fisiopatologia da dor abdominal que acompanha a constipação intestinal funcional e sugerem um algoritmo de investigação da dor abdominal crônica em pediatria.

Keywords:
Pediatrics,
Abdominal Pain,
Malnutrition.

Abstract

Objective: chronic abdominal pain is highly prevalent in the pediatric population and presents a challenge in clinical practice due to the variety of related diagnoses, most of which are functional disorders. The objective of this case report is to highlight the importance of observing redflags during the investigation of the condition, in order to avoid delaying the diagnosis of organic diseases. **Case report:** male child with a complaint of chronic abdominal pain in which the definitive diagnosis was delayed for 2 years due to the misinterpretation of the pain as resulting from functional constipation. The diagnosis was considered despite the presence of malnutrition and anemia. After surgical correction with the Ladds procedure, the patients symptoms improved. The case described serves as a warning that red flags should always be considered during the investigation of chronic abdominal pain. **Comments:** the authors approaches the pathophysiology of abdominal pain that follows functional intestinal constipation and suggest an algorithm for investigating chronic abdominal pain in pediatrics.

[1] Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Pediatria - Campinas - São Paulo - Brasil.
[2] Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Radiologia - Campinas - São Paulo - Brasil.

Endereço para correspondência:
Larissa Trevisan Carvalho
Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Rua Vital Brasil, 80, Cidade Universitária, CEP: 13.083-888 – Campinas, SP, Brasil. E-mail: lariltc@hotmail.com

DOI: https://doi.org/10.25060/residpediatr-2026-1518

Creative Commons. Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International.

INTRODUÇÃO

A dor abdominal crônica (DAC) tem alta prevalência em pediatria. Revisão sistemática de 2024 envolvendo 119 estudos, com 1.043.878 crianças, identificou ocorrência de 17% em países europeus[1]. O diagnóstico etiológico da DAC representa um desafio na prática clínica de pediatras e gastropediatras devido à variedade de doenças com essa manifestação[2].

A investigação da DAC deve iniciar pesquisando sinais de alarme que orientem a necessidade de investigação complementar[3].

O caso clínico envolve paciente pediátrico cuja causa da DAC foi uma condição pouco comum e com apresentação tardia[4], sendo erroneamente interpretada como decorrente de constipação intestinal crônica (CIC) funcional, outra entidade altamente prevalente nessa faixa etária[5].

RELATO DE CASO

Menino de 7 anos iniciou acompanhamento em ambulatório de hospital terciário em novembro de 2019, devido à ureterohidronefrose bilateral não obstrutiva, diagnosticada em ultrassonografia fetal, com episódio único de infecção do trato urinário (ITU) no período neonatal. Referia também enurese noturna primária.

Desde a primeira consulta, foram identificados sintomas característicos de CIC com início aos 2 anos, após o desfralde, com necessidade frequente de supositórios e clister. Referia fezes em cíbalos, tipo 1 na escala de Bristol e incontinência fecal retentiva.

Após um ano, foi encaminhado ao ambulatório de crescimento por baixa estatura, onde se verificou que apresentava também desnutrição e anemia ferropriva.

Em julho de 2021, aos 9 anos, relata pela primeira vez queixa de dor abdominal há mais de dois anos. Localizada em abdome superior, intermitente, relacionava piora com constipação intestinal e ingestão de alimentos, acompanhada de inapetência progressiva, com melhora após vômito e uso de analgésicos simples.

Apresentou piora progressiva da dor e, em outubro de 2022, durante cintilografia renal, foi encaminhado à Unidade de Emergência Referenciada do serviço devido à dor abdominal intensa. Foi realizada radiografia de abdome agudo, mostrando grande quantidade de fezes. Apresentou melhora após clister e recebeu alta.

Em agosto de 2023, foram solicitados exames: radiografia de coluna lombossacral — sem alterações; ultrassonografia de abdome total — mostrando apenas as alterações de trato urinário já conhecidas. Foi indicado manejo colônico e Senna alexandrina 5mg por dia, com retornos frequentes para reavaliação. Apresentou boa resposta, mas recorria dor abdominal e constipação quando fazia uso irregular do medicamento.

Em abril de 2024, durante exame de Urodinâmica, foi observado peristaltismo intestinal visível, o que alertou a equipe para possibilidade de causa orgânica para o quadro.

Em maio do mesmo ano, foi realizado Enema Opaco (Figura 1) e, em agosto, foi submetido à Seriografia Esôfago Estômago Duodeno (SEED) (Figura 1), com sinais sugestivos de distúrbio de rotação intestinal (DRI), sendo proposta cirurgia eletiva para correção.

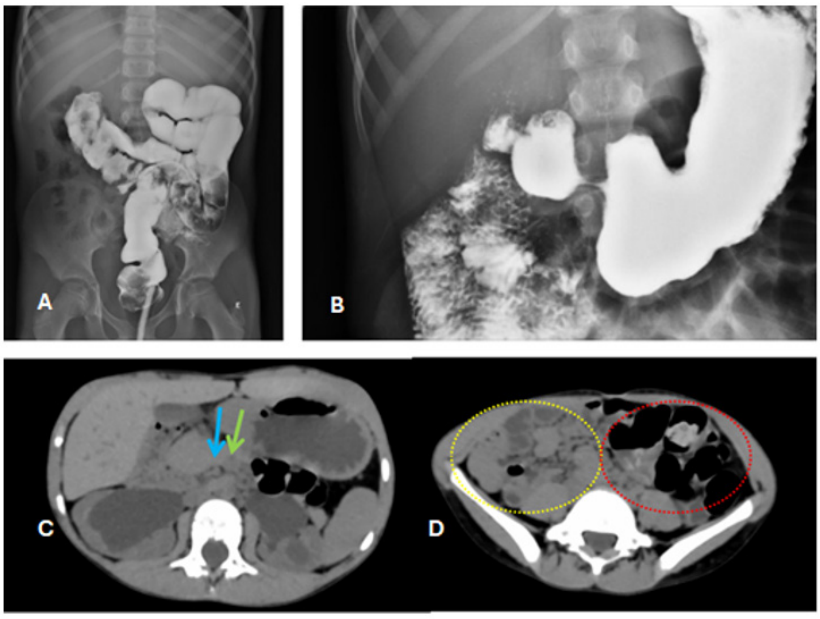


Figura 1. A: Enema Opaco: praticamente todo o cólon à esquerda (ceco e cólon direito não estão na topografia habitual); **B.** SEED: transição duodeno-jejunal à direita da linha média; **C.** Tomografia computadorizada (TC) de abdome sem contraste: inversão na posição da artéria (seta azul) e veia (seta verde) mesentéricas superiores; **D.** TC de abdome: praticamente todo o cólon à esquerda (círculo vermelho) e intestino delgado (círculo amarelo) à direita.

Teve sua primeira internação em outubro de 2024, devido à associação da DAC com anemia ferropriva (hemoglobina 8,5g/dL) e desnutrição. Fez uso de Polietilenoglicol (PEG) 1g/kg/dia e clister por 6 dias; realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome (Figura 1) e Manometria Anorretal (com resultado dentro da normalidade).

Recebeu alta e internou novamente no final do mesmo mês para cirurgia eletiva de correção de provável DRI. Foi submetido à laparotomia exploradora, que confirmou a má rotação intestinal, ausência de fixação dos cólons e banda de Ladd na altura da segunda porção duodenal, sendo realizado procedimento de Ladd (ressecção de banda de Ladd, retornado alças para a cavidade, mantendo delgado em hemiabdome direito e cólons em hemiabdome esquerdo, com ceco em hipocôndrio esquerdo e apendicectomia tática).

Apresentou boa evolução no pós-operatório, recebendo alta hospitalar após 7 dias para acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

O caso ilustra um problema frequentemente encontrado na prática clínica do Pediatra e do Gastropediatra: o desafio em identificar o etiologia da DAC. A DAC é a expressão de uma grande variedade de diagnósticos, tanto orgânicos como funcionais, sendo mais frequentes os funcionais[1,2]. No caso, o diagnóstico foi interpretado como CIC funcional (CICF). Os sinais de alarme, como a desnutrição e a anemia, foram negligenciados inicialmente, o que atrasou o diagnóstico de DRI, só definido após dois anos de a queixa ter sido trazida pela primeira vez. Após a abordagem cirúrgica com procedimento de Ladd, o paciente apresentou melhora dos sintomas.

O diagnóstico da DAC tem como base um algoritmo que classifica as causas em orgânicas e funcionais[6]. Quando o sintoma predominante é a DAC, a orientação é iniciar pela identificação de sinais de alarme, como disfagia, vômitos persistentes, hemorragias gastrointestinais, perda de peso, desaceleração do crescimento, febre e história familiar positiva[7]. Quando presentes, determinam necessidade de investigação complementar precoce.

Embora sejam orientadores, algumas causas de DAC de origem orgânica podem cursar sem sinais de alarme. São exemplos a intolerância ao excesso de carboidratos, as fases iniciais da doença inflamatória intestinal, doenças pépticas do trato gastrointestinal, doença celíaca, inflamação e/ou litíase vesicular, refluxo gastroesofágico, esofagite eosinofílica, entre outras[7].

Finalmente, é necessário considerar doenças decorrentes dos distúrbios do eixo cérebro-intestino-microbiota (antes conhecidas como doenças gastrointestinais funcionais). Elas englobam as causas mais prevalentes de DAC, de acordo com estudos observacionais realizados tanto em coortes ambulatoriais quanto populacionais[2]. Os distúrbios funcionais não determinam, por definição, a ocorrência de sinais de alarme e são diagnosticadas pelos critérios de Roma[6,7].

A CICF foi definida pelos critérios de Roma IV[6], que não incluem a queixa de dor abdominal (no caso de Síndrome do Intestino Irritável do tipo constipação, é caracterizada por alívio da dor abdominal após evacuação). Contudo, investigações demonstraram que a distensão do cólon por fezes retidas no sigmoide pode estimular receptores nociceptivos determinando sensação dolorosa, fato comumente observado na clínica[8]. A investigação por anamnese ativa pode identificar sintomas de constipação não referidos espontaneamente, preenchendo assim os critérios de Roma[6]. A CICF não cursa com sinais de alarme, mesmo na presença de grandes retenções fecais, o paciente não apresenta sinais de obstrução intestinal, distensão abdominal ou prejuízo antropométrico, como o paciente do caso.

A radiografia de abdome em pacientes com dor abdominal relacionada à constipação sem sinais de alarme tem pouca utilidade[9,10]. No diagnóstico diferencial, pode ser útil, podendo ser avaliadas distribuição de gases, presença de nível líquido e distribuição de fezes. É realizada em posição ortostática, decúbito dorsal e decúbito lateral com raios horizontais[9], mas estudos mostram pouca correlação entre as imagens com impactação fecal e sintomas clínicos. É ainda possível que, firmar o diagnóstico de constipação como causa da DAC com base em radiografias de abdome pode mascarar condições cirúrgicas, não consideradas clinicamente[9,10]. A constipação deve ser diagnosticada por critérios clínicos e exame físico, que pode incluir exame retal digital[10].

O DRI acomete 1 a cada 500 nascidos vivos[4]. Ocorre por uma falha na rotação intestinal e na fixação do mesentério na embriogênese[11]. Essa rotação ocorre em 3 estágios. No primeiro (5ª a 10ª semanas), ocorre a protrusão do intestino delgado para fora da cavidade abdominal, rotação anti-horária em 90° em torno da artéria mesentérica superior e retorno para a cavidade. No segundo (11ª semana), acontece mais uma rotação anti-horária de 180°, terminando com o cólon ascendente à direita, o transverso acima e o descendente à esquerda do abdome. No terceiro, ocorre a fusão e fixação do mesentério na parede abdominal posterior[11].

Falhas nesse processo podem levar a diferentes DRIs, desde a não rotação (completa falha da rotação intestinal em torno da artéria mesentérica superior, resultando na junção duodeno-jejunal ao lado direito do abdome, o íleo adentrando o ceco pelo lado direito e o intestino grosso ao lado esquerdo), até vários graus de má rotação e fixação, com diferentes possibilidades de posicionamento das alças, e formações de bandas de Ladd (estruturas fibrosas formadas entre as alças que podem determinar compressão extrínseca dessas durante os movimentos peristálticos)[11]. No caso descrito, podemos observar nos exames de imagem indícios de não rotação.

Em 50% a 70% dos casos, a apresentação clínica ocorre no período neonatal e, em até 90%, no primeiro ano de vida. Os sintomas incluem vômitos biliosos, distensão abdominal, hematoquezia e peritonite[4,12]. No caso, os sintomas foram inespecíficos, tardios e insidiosos. Crianças após os primeiros

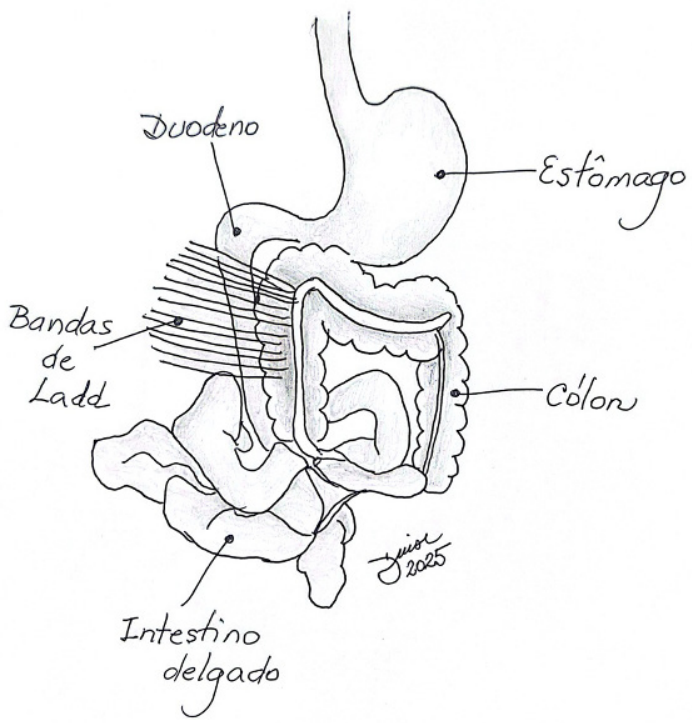


Figura 2. Ilustração de distúrbio de rotação intestinal, mostrando intestino delgado à direita, cólon à esquerda e Bandas de Ladd.

anos de vida e adultos geralmente apresentam dor abdominal intermitente, náuseas, vômitos, diarreia, constipação, sangramento gastrointestinal e desnutrição[12]. A prevalência em adultos varia de 0,2% a 0,5%[12].

O quadro clínico resulta da torção do intestino e mesentério durante os movimentos peristálticos, que promove obstrução do lúmen e dos fluxos arterial, venoso e linfático, com consequente isquemia, o que resulta na dor abdominal[2].

O exame padrão-ouro é a SEED, para avaliar a posição da junção duodeno-jejunal[4,13]. O enema contrastado pode ser normal em 20% dos doentes e, mesmo quando a posição do ceco está alterada, pode decorrer de variação da normalidade, sem representar necessariamente um DRI[13]. Mais recentemente, a TC de abdome vem se tornando rotina, especialmente em adultos, não só demonstrando achados preditivos de má rotação, como inversão da posição das artéria e veia mesentéricas superiores, mas também mostrando a presença de complicações[2,13]. Todos esses exames foram realizados no caso e apresentavam alterações sugestivas.

O diagnóstico definitivo e o tratamento são cirúrgicos. O procedimento de Ladd, descrito em 1932 pelo Doutor Wiliam Ladd, consiste em desfazer torção do intestino se houver volvo; ressecar bandas de Ladd; alargamento do mesentério; posicionar o intestino delgado à direita e cólon à esquerda e apendicectomia tática[14,15], assim como o realizado no paciente.

O caso serve de alerta para que os sinais de alarme sejam sempre levados em consideração durante a investigação de DAC.

REFERÊNCIAS

1. Chambers CT, Dol J, Tutelman PR, Langley CL, Parker JA, Cormier BT, et al. The prevalence of chronic pain in children and adolescents: a systematic review update and meta-analysis. Pain. 2024;165(10):2215-34. DOI: https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003267
2. McClellan N, Ahlawat R. Functional abdominal pain in children. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Available from: https:/.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537298/
3. Chopra J, Patel N, Basude D, Gil-Zaragozano E, Paul SP. Abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in children. Br J Nurs. 2017;26(11):624-31. DOI: https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.11.624
4. Svetanoff WJ, Srivatsa S, Diefenbach K, Nwomeh BC. Diagnosis and management of intestinal rotational abnormalities with or without volvulus in the pediatric population. Semin Pediatr Surg. 2022;31(1):151141. DOI: https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2022.151141
5. Classen M, Righini-Grunder F, Schumann S, von Gontard A, Laffolie J. Constipation in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2022;119(41):697-708. DOI: https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0309
6. Zeevenhooven J, Koppen IJN, Benninga MA. The new Rome IV criteria for functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2017;20(1):1-13. DOI: https://doi.org/10.5223/pghn.2017.20.1.1
7. Delin M, Berglund SK. Validation of red flags in the workup of children with long-term abdominal pain: a retrospective study. Acta Paediatr. 2024;113(5):1095-102. DOI: https://doi.org/10.1111/apa.17169
8. Gijsbers CFM, Kneepkens CMF, Vergouwe Y, Büller HA. Occult constipation: faecal retention as a cause of recurrent abdominal pain in children. Eur J Pediatr. 2014;173(6):781-5. DOI: https://doi.org/10.1007/s00431-013-2257-3
9. Beinvogl B, Sabharwal S, McSweeney M, Nurko S. Are we using abdominal radiographs appropriately in the management of pediatric constipation? J Pediatr. 2017;191:179-83. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.08.075

10. Reuchlin-Vroklage LM, Bierma-Zeinstra SMA, Benninga MA, Berger MY. Diagnostic value of abdominal radiography in constipated children: a systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005;159(7):671-8. DOI: https://doi.org/10.1001/archpedi.159.7.671
11. Kluth D, Jaeschke-Melli S, Fiegel H. The embryology of gut rotation. Semin Pediatr Surg. 2003;12(4):275-9. DOI: https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2003.08.009
12. Nehra D, Goldstein AM. Intestinal malrotation: varied clinical presentation from infancy through adulthood. Surgery. 2011;149(3):386-93. DOI: https://doi.org/10.1016/j.surg.2010.07.004
13. Applegate KE, Anderson JM, Klatte EC. Intestinal malrotation in children: a problem-solving approach to the upper gastrointestinal series. Radiographics. 2006;26(5):1485-500. DOI: https://doi.org/10.1148/rg.265055167
14. Ladd WE. Congenital obstruction of the duodenum in children. N Engl J Med. 1932;206(6):277-83. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJM193202112060601
15. Zhang Z, Chen Y, Yan J. Laparoscopic versus open Ladd's procedure for intestinal malrotation in infants and children: a systematic review and meta-analysis. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2022;32(2):204-12. DOI: https://doi.org/10.1089/lap.2021.0436