

JEAN PIERRE DE BARROS

PE 438

**DIARRÉIA CRÔNICA EM PEDIATRIA: CASUÍSTICA EM
CONSULTÓRIO ESPECIALIZADO**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1997

JEAN PIERRE DE BARROS

**DIARRÉIA CRÔNICA EM PEDIATRIA: CASUÍSTICA EM
CONSULTÓRIO ESPECIALIZADO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Dr. Luiz Alberto Gastaldi

FLORIANÓPOLIS

1997

Barros, Jean Pierre. *Diarréia Crônica em Pediatria: Casuística de Consultório Especializado*. Florianópolis, 1997
38p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal De Santa Catarina, para a conclusão no Curso de Graduação em Medicina-UFSC.

1. Diarréia Crônica 2. Má-absorção 3. Desnutrição 4. Diagnóstico 5. Faixa etária

AGRADECIMENTOS

**AO MEU ORIENTADOR, DR. LUIZ ALBERTO GASTALDI, PELA SABEDORIA
E PACIÊNCIA.**

À MINHA QUERIDA ESPOSA, ANDRÉIA, PELA DEDICAÇÃO E CARINHO.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
OBJETIVO.....	7
MÉTODO.....	8
RESULTADOS.....	10
DISCUSSÃO.....	24
CONCLUSÕES.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

1. INTRODUÇÃO

Diarréia é a alteração da função gastrointestinal, caracterizada por um aumento da frequência e volume das evacuações, com diminuição da consistência das fezes conseqüente à má-absorção e/ou secreção de água e eletrólitos ^{1,2}. É rotulada como crônica quando sua duração excede a trinta dias indicando caráter não autolimitado ^{1,3,4,5}.

A Diarréia Crônica (DC) em Pediatria, constitui queixa comum nos consultórios, seja do pediatra geral ou gastroenterologista ². É responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade nos países em desenvolvimento ^{6,7}, estando ela associada a aspectos ambientais como sanitização, higiene, desmame e enterites infecciosas ⁸, acarretando risco potencial de desnutrição.

Clinicamente, a DC pode se manifestar como alta ou baixa, guardando relação com o segmento intestinal acometido, delgado ou cólon, respectivamente. Frequência evacuatória pequena, distensão abdominal, com fezes volumosas caracterizam a diarréia de delgado. Em contrapartida, um grande número de evacuações, com volume fecal pequeno e presença de muco, pus ou sangue direcionam para o acometimento colônico ⁹.

Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na gênese da DC são do tipo osmolar, secretor, exsudativo-inflamatório e motor, podendo ocorrer isoladamente ou combinados, mas geralmente com predomínio de um deles. As diarréias osmóticas são causadas pela ingestão de solutos que não podem ser digeridos e/ou absorvidos, como a lactose na deficiência de lactase ⁹, ou por doenças que envolvam lesão da mucosa entérica com diminuição da digestão ou absorção de açúcares ². O acúmulo desses solutos resulta em aumento da pressão osmótica intraluminal, retardando a absorção de água e eletrólitos ^{1,6}.

Clinicamente, se observa a presença de distensão abdominal, gases em abundância e dermatite perianal, com boa resposta à dieta. Nas diarréias secretoras, as aminas bioativas, os hormônios, as prostaglandinas, os ácidos biliares desconjugados e as toxinas bacterianas induzem o aumento da secreção de água e eletrólitos, via adenosina ou guanina monofosfatos cíclicos ^{2,6}. A diarréia é alta, intensa e não responde à dieta. Nos processos exsudativos-inflamatórios existe a presença de produtos patológicos como muco, pus e/ou sangue. Ocorre exsudação de plasma e secreção produzida por prostaglandinas. Por último, o mecanismo motor geralmente representa exacerbação do reflexo gastro-cólico, as evacuações se situam próximas das refeições e com predomínio matinal.

São muitas as doenças que levam à DC na infância, desde afecções muito simples, como a Diarréia Crônica Benigna Inespecífica(DCBI), até doenças graves, como a Mucoviscidose e a Doença Celíaca. Visto que inúmeras são as causas, não são poucos os aspectos a serem considerados na abordagem da criança com DC¹⁰.

Em nosso meio, o pediatra ao defrontar-se com a DC, especialmente em lactentes, deve, infelizmente, em primeiro lugar, preocupar-se com as causas oriundas do chamado ambiente hostil: má sanitarização, higiene precária, desmame precoce, enterites infecciosas e suas conseqüências ¹¹, associado ainda ao mau manejo dietético e medicamentoso ¹². Neste contexto, podem estar presentes contaminação do intestino delgado ⁵, lesão entérica epitelial em graus variáveis, deficiência secundária de lactase e intolerância a proteína alimentar do leite de vaca. Por conseguinte, a exclusão das condições do ambiente hostil e a ausência de resposta à terapêutica bem orientada, autorizam a pensar em causas primárias. O diagnóstico, então, envolve relação com a faixa etária, com a

introdução de alimentos específicos, com a presença de sinais clínicos muito sugestivos e investigação especializada, como a biópsia intestinal ⁹.

Por fim, não se pode deixar de avaliar o grau de nutrição numa criança com DC, pois a presença de desnutrição pode diferenciar pacientes com processos mau-absortivos graves daqueles com diarréia benigna, mudando totalmente a investigação ².

Neste estudo apresenta-se casuística de DC em consultório pediátrico especializado, enfocando dados e evidências clínicas, de obtenção na anamnese e exame físico que podem guardar relação com a conduta diagnóstica adequada frente ao problema.

2. OBJETIVO

Apresentar e discutir casuística sobre diarreia crônica em crianças atendidas por gastroenterologista pediátrico em consultório.

3. MÉTODO

Foram estudados retrospectivamente, os prontuários de 180 pacientes, atendidos em consultório de Gastroenterologia Pediátrica, localizado no Centro Especializado Pediátrico(CEPE), situado à Avenida Hercílio Luz, município de Florianópolis-SC, cuja queixa principal foi diarreia crônica, no período de janeiro de 1990 a março de 1997.

Dos 180 prontuários, foram excluídos 28 por ausência de diagnóstico confirmado pelo quadro clínico, exames laboratoriais ou anátomo-patologia, em virtude dos pacientes não retornarem para seguimento.

Após revisada a literatura, foi elaborado o protocolo para a coleta de dados, que basicamente se dividiu em 3 partes, a seguir: 1) Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento, sexo, raça, procedência e profissão dos pais; 2) História Clínica e Exame Físico: peso e estatura na primeira consulta, tempo de duração da diarreia, localização da diarreia, sinais e sintomas de interesse; 3) Conduta Diagnóstica: exames complementares realizados e diagnóstico.

Os dados obtidos dos prontuários foram transcritos para o protocolo, e analisados posteriormente, a fim de organizar os resultados.

Utilizando a idade e o peso dos pacientes registrados na primeira consulta, e os dados obtidos da pesquisa de Santo André elaborada por Marcondes(1978), os pacientes foram classificados quanto ao seu grau de nutrição, segundo os critérios de Gomez.

Os pacientes foram divididos em várias categorias, a saber: 2 em relação ao sexo: masculino ou feminino; 3 quanto à procedência: os que residem no município de Florianópolis, os que residem em municípios da região da Grande

Florianópolis(Antônio Carlos, Biguaçu, Governador Celso Ramos, Palhoça, Paulo Lopes, São José e Santo Amaro da Imperatriz), e , os que residem em outros municípios do estado de Santa Catarina; 2 quanto a profissão das mães: aqueles aonde as mães tem emprego fixo, e aqueles cujas mães não trabalham fora, que foram consideradas do lar; 2 quanto a localização das diarreias: alta ou baixa; 3 quanto à faixa etária: a) Lactentes, aonde foram incluídos pacientes cuja idade de início da diarreia variou entre 0 e 2 anos incompletos; b) Pré-escolares, cuja idade esteve entre 2 e 7 anos incompletos e c) Escolares, entre 7 e 15 anos incompletos. Posteriormente, os lactentes e pré-escolares foram novamente divididos, desta feita em intervalos de 6 meses.

Os resultados foram elaborados utilizando ainda, os diagnósticos encontrados e o grau de nutrição dos pacientes, com o auxílio do programa Microsoft Excel para confecção dos histogramas e tabelas.

4. RESULTADOS

Dos 152 prontuários estudados, 86(56,58%) eram de crianças do sexo masculino e 66(43,42%) do sexo feminino.

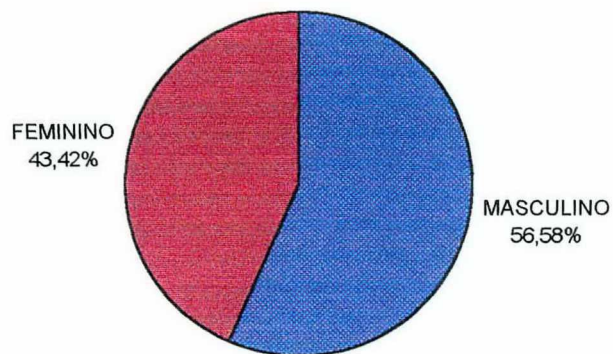


Figura 1- Distribuição dos pacientes quanto ao sexo

A distribuição dos pacientes segundo a procedência foi a seguinte: 57(37,5%) eram procedentes do município de Florianópolis; 28(18,42%) de municípios da Grande Florianópolis(Antônio Carlos, Biguaçu, Governador Celso Ramos, Palhoça, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz e São José) e 67(44,08%) de outros municípios de Santa Catarina, conforme a figura 2, abaixo.

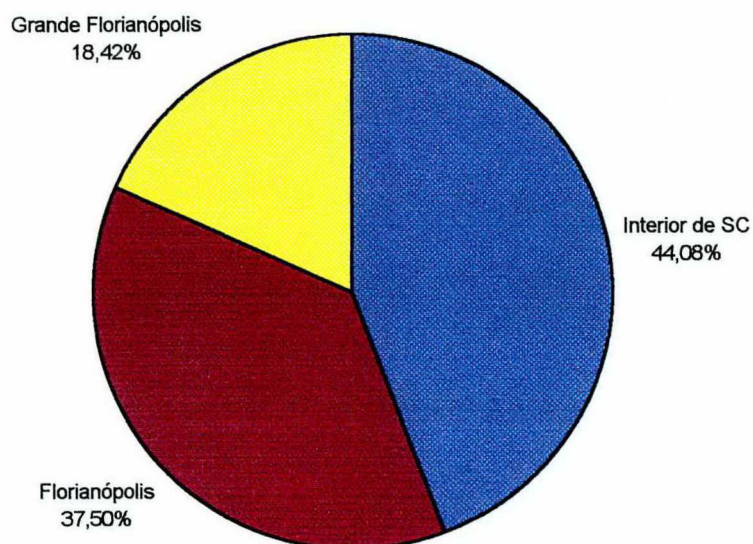


Figura 2- Distribuição dos pacientes quanto a procedência

Das 152 mães dos pacientes , 86(56,58%) tinham emprego fixo e 66(43,42%) eram do lar , conforme figura 3, abaixo.

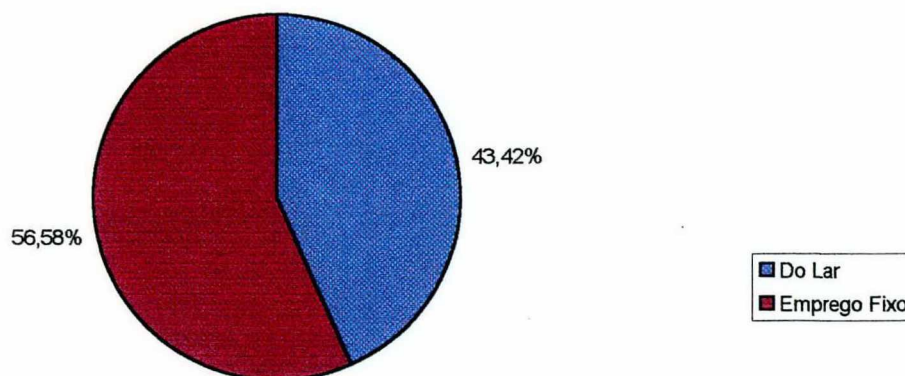


Figura 3- Distribuição dos pacientes quanto a profissão das mães

Das 98 mães de lactentes, 58(59,18%) tinham emprego fixo e 40(40,82%) eram do lar. Das 43 mães de pré-escolares, 23(53,49%) tinham emprego fixo e 20(46,51%) eram do lar. Das 11 mães de escolares, 5(45,45%) tinham emprego fixo e 6(54,55%) eram do lar(figura 4).

Das 8 mães de crianças entre 0 e 6 meses, 6(75%) tinham emprego fixo e 2(25%) eram do lar. De 22 entre 6 e 12 meses, 12(54,55%) tinham emprego fixo e 10(45,45%) eram do lar. De 42 entre 12 e 18 meses, 26(61,9%) tinham emprego fixo e 16(38,1%) eram do lar. De 26 entre 18 e 24 meses, 14(53,85%) tinham emprego fixo e 12(46,15%) eram do lar(figura 5).

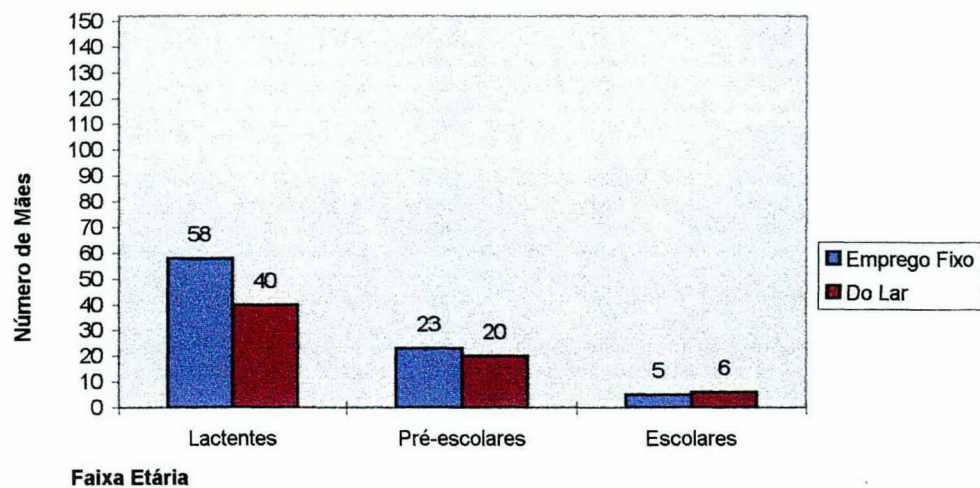


Figura 4- Profissão das Mães x Faixa Etária da criança

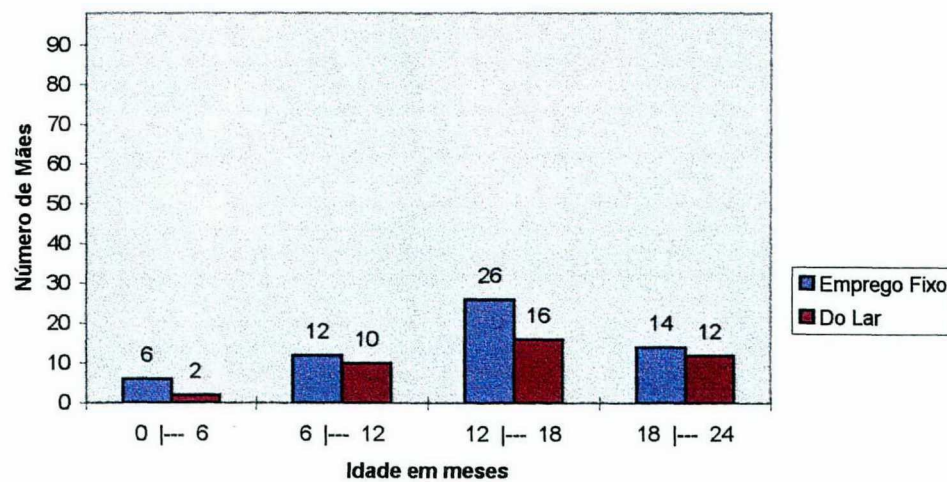


Figura 5- Profissão das mães entre os lactentes

Quanto à localização das diarréias, 144(94,74%) foram classificadas como alta e 8(5,26%) como baixa, conforme demonstrado na figura 6.

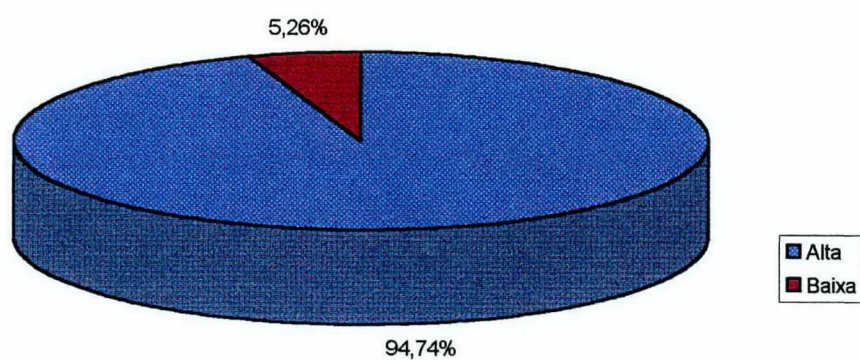


Figura 6- Distribuição das Diarréias quanto a localização

Do total de 152 prontuários, 98(64,47%) eram de lactentes; 43(28,29%) de pré-escolares e 11(7,24%) pertenciam aos escolares(figura 7).

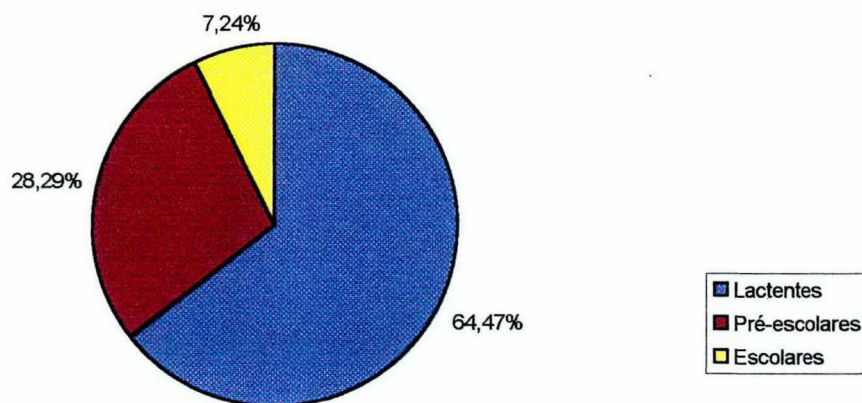


Figura 7- Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.

Entre os 98 lactentes, 8(8,16%)tinham idade entre 0 e 6 meses incompletos; 22(22,45 %) entre 6 e 12 meses incompletos; 42(42,86%) entre 12 e 18 meses incompletos e 26(26,53%) entre 18 e 24 meses incompletos(figura 8).

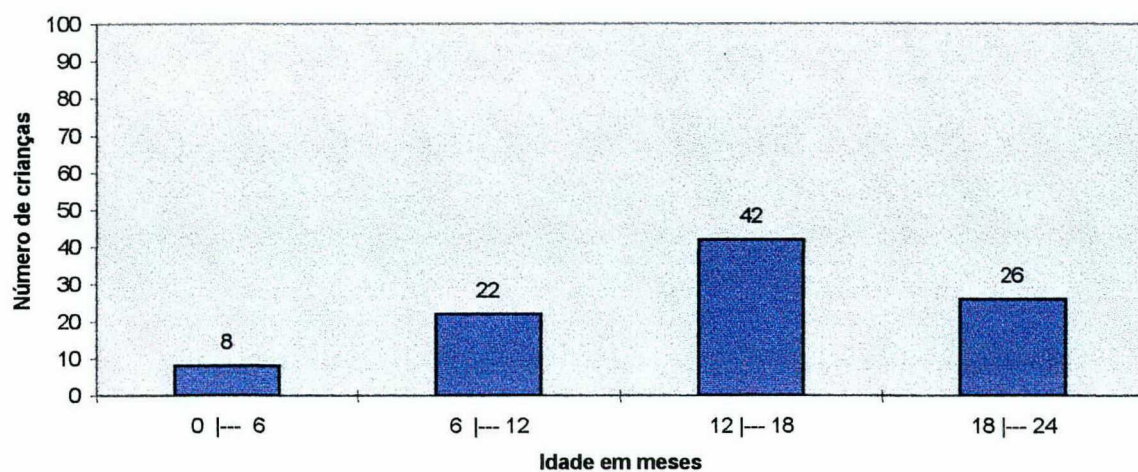


Figura 8- Casos de Diarreia Crônica em Lactentes

Dos 43 pré-escolares, 18(41,86%) tinham entre 2 e 2,5 anos incompletos; 5(11,63%) entre 2,5 e 3 anos incompletos; 5(11,63%) entre 3 e 3,5 anos incompletos; 3(6,98%) entre 3,5 e 4 anos incompletos; 2(4,65%) entre 4 e 4,5 anos incompletos; 2(4,65%) entre 4,5 e 5 anos incompletos; 5(11,63%) entre 5 e 5,5 anos incompletos; 1(2,32%) entre 5,5 e 6 anos incompletos; 1(2,32%) entre 6 e 6,5 anos incompletos e 1(2,32%) entre 6,5 e 7 anos incompletos (figura 9).

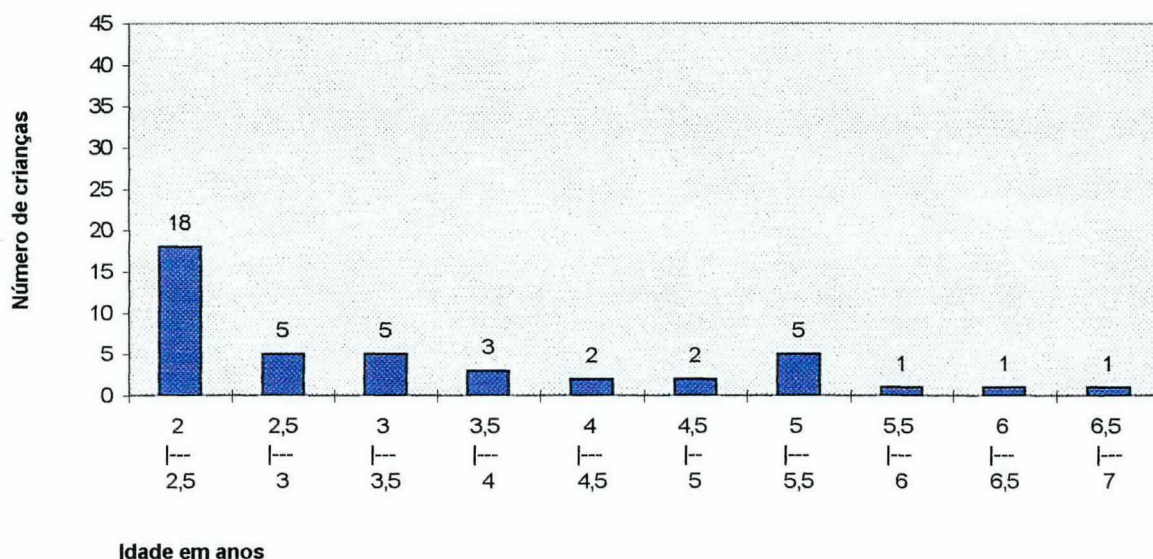


Figura 9- Casos de Diarréia Crônica em Pré-escolares

Dos 11 escolares, 9(81,82%) tinham entre 7 e 11 anos incompletos e 2(18,18%) entre 11 e 15 anos incompletos.

Na classificação de Gomez, 70(46,05%) crianças foram classificadas como nutridas; 61(40,13%) eram desnutridas grau I, 21(13,82%) desnutridas grau II e 0(0%) desnutridas grau III(figura 10).

Ainda, segundo Gomez, dos 98 lactentes, 50(51,02%) eram nutridos, 34(34,69%) desnutridos grau I e 14(14,29%) desnutridos grau II; dos 43 pré-escolares, 14(32,56%) eram nutridos, 25(58,14%) desnutridos grau I e 4(9,3%) desnutridos grau II; dos 11 escolares, 6(54,54%) eram nutridos, 2(18,18%) desnutridos grau I, 3(27,28%) grau II.

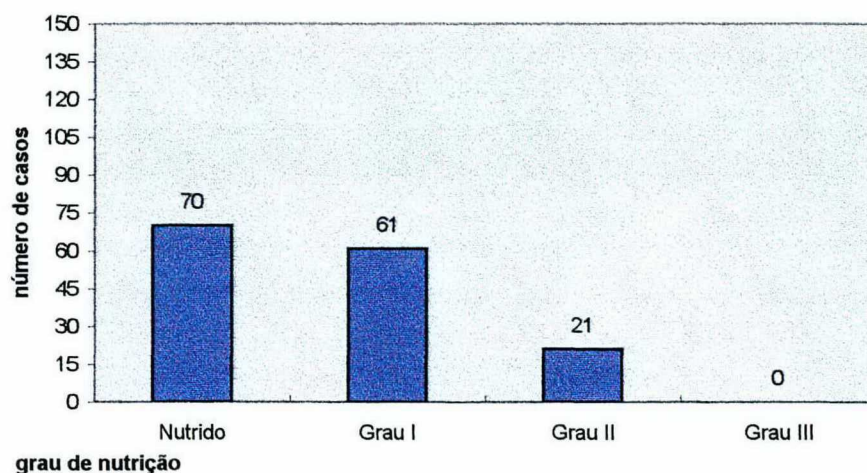


Figura 10- Grau de nutrição segundo Gomez

Dos diagnósticos encontrados, a Alergia ao Leite de Vaca correspondeu a 40 (26,32%) casos; a Diarréia Crônica Benigna Inespecífica a 31(20,39%); as Parasitoses a 26 (17,1%); a Doença Celíaca a 18 (11,84%); a Síndrome Pós-Enterite Aguda a 16 (10,53%) e a Intolerância à Lactose a 14 (9,21%). As outras causas: Intolerância à Frutose e Hiperplasia Linfóide do Cólon com 2 (1,31%) casos; a Mucoviscidose , o Campylobacter jejuni e a Colite, estes últimos responsáveis por 1 (0,66%) caso cada, foram consideradas em conjunto na figura 11, abaixo.

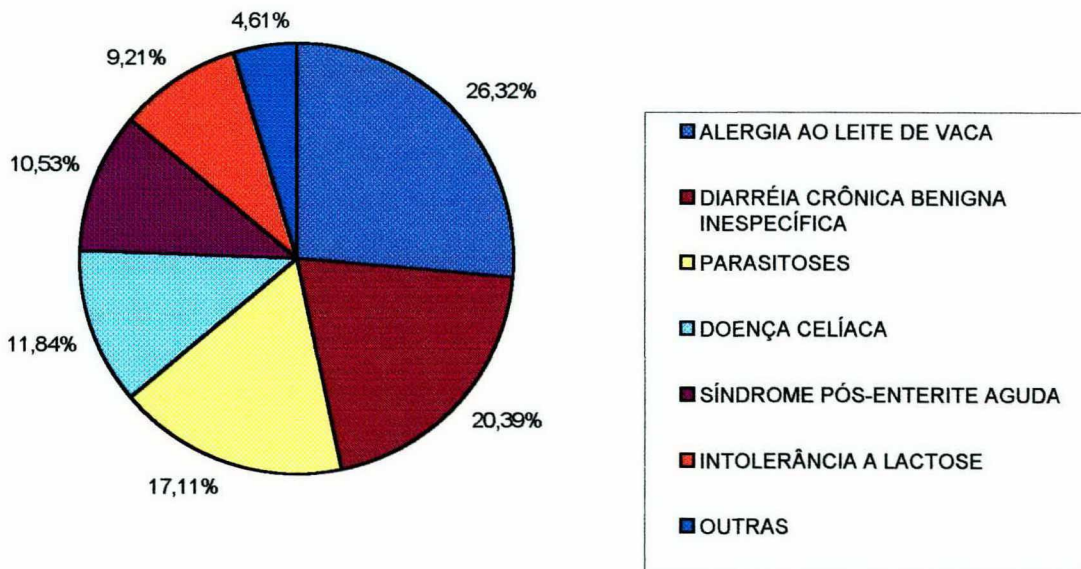


Figura 11- Diagnósticos Encontrados

Os diagnósticos encontrados foram distribuídos entre as faixas etárias, conforme a tabela I, abaixo.

Tabela I- Distribuição dos diagnósticos segundo a faixa etária.

DIAGNÓSTICOS	0 --- 2 ANOS	2 --- 7 ANOS	7 --- 15 ANOS	TOTAL
INTOLERÂNCIA AO LEITE DE VACA	<u>31</u>	7	2	40
DCBI	17	<u>13</u>	1	31
PARASITOSSES	16	5	<u>5</u>	26
DOENÇA CELÍACA	10	7	1	18
SÍNDROME PÓS-ENTERITE AGUDA	14	1	1	16
INTOLERÂNCIA A LACTOSE	7	6	1	14
HIPERPLASIA LINFÓIDE DO CÓLON	1	1	-	2
INTOLERÂNCIA A FRUTOSE	-	2	-	2
CAMPYLOBACTER JEJUNI	1	-	-	1
MUCOVISCIDOSE	1	-	-	1
DOENÇA DE CROHN	-	1	-	1

Na tabela II, representada abaixo, é demonstrada a distribuição dos diagnósticos entre os lactentes.

Tabela II- Distribuição dos diagnósticos entre os lactentes

DIAGNÓSTICOS	0 --6 m	6 --12 m	12 --18 m	18 --24 m	TOTAL
ALERGIA AO LEITE DE VACA	5	7	11	8	31
DCBI	-	1	9	7	17
PARASITOSSES	-	4	7	5	16
SÍND. PÓS-ENTERITE AGUDA	1	5	6	2	14
DOENÇA CELÍACA	-	2	6	2	10
INTOLERÂNCIA A LACTOSE	-	3	2	2	7
HIPERPLASIA LINFÓIDE	-	-	1	-	1
CAMPYLOBACTER	1	-	-	-	1
MUCOVISCIDOSE	1	-	-	-	1
DOENÇA DE CROHN	-	-	-	-	-
INTOLERÂNCIA A FRUTOSE	-	-	-	-	-

A tabela III, representada abaixo, demonstra a prevalência dos diagnósticos entre os Pré-escolares.

Tabela III- Distribuição dos Diagnósticos entre os Pré-escolares

DIAGNÓSTICOS	número / %
DCBI*	13 / 30,2%
ALERGIA AO LEITE DE VACA	7 / 16,2%
DOENÇA CELÍACA	7 / 16,2%
INTOLERÂNCIA A LACTOSE	6 / 13,9%
PARASITOSSES	5 / 11,6%
INTOLERÂNCIA A FRUTOSE	2 / 4,6%
SÍND. PÓS-ENTERITE AGUDA	1 / 2,4%
HIPERPLASIA LINFÓIDE	1 / 2,4%
DOENÇA DE CROHN	1 / 2,4%
MUCOVISCIDOSE	-
CAMPYLOBACTER	-

* DIARRÉIA CRÔNICA BENIGNA INESPECÍFICA

Usando a Classificação de Gomez , os diagnósticos encontrados foram relacionados com o grau de nutrição, conforme demonstrado na Tabela IV.

Tabela IV- Grau de nutrição quanto ao diagnóstico

DIAGNÓSTICOS	NORMAL	GRAU I	GRAU II	GRAU III
INTOLERÂNCIA AO LEITE DE VACA	17 / 42,%	17 / 42,5%	6 / 15%	-
DCBI	20 / 64,5%	11 / 35,5%	-	-
PARASITOSSES	17 / 65,4%	9 / 34,6%	-	-
DOENÇA CELÍACA	3 / 16,7%	6 / 33,3%	9 / 50%	-
SÍNDROME PÓS-ENTERITE AGUDA	7 / 43,7%	5 / 31,3%	4 / 25%	-
INTOLERÂNCIA A LACTOSE	5 / 35,7%	8 / 57,1%	1 / 7,2%	-
HIPERPLASIA LINFÓIDE DO CÓLON	-	2 / 100%	-	-
INTOLERÂNCIA A FRUTOSE	-	2 / 100%	-	-
CAMPYLOBACTER JEJUNI	1 / 100%	-	-	-
MUCOVISCIDOSE	-	-	1 / 100%	-
DOENÇA DE CROHN	-	1 / 100%	-	-

5. DISCUSSÃO

Dos 152 pacientes, 86 (56,58%) eram do sexo masculino e 66 (43,42%) do sexo feminino, sendo que todos da raça branca.

Com relação à procedência dos pacientes, observou-se que 44,08% vieram de outros municípios de Santa Catarina, revelando a busca por recurso especializado, seja por encaminhamento médico ou vontade própria dos pais.

Segundo Victora et al.¹³, uma das causas de desmame é a ausência da mãe ao lado da criança, em virtude da necessidade de trabalhar. Com a finalidade de relacionar esta circunstância, dividimos os pacientes em dois grupos: no primeiro, incluímos os que as mães tinham emprego fixo e no segundo, aquelas cujas mães haviam referido ser do lar. Houve predomínio de mães que trabalham fora, constatado na faixa etária mais acometida pela diarreia, os lactentes. Entre estes, ocorreu diferença significativa entre os 12 e 18 meses, aonde, das 42 mães de crianças com DC, 62% tinham emprego fixo. Nesta mesma idade, encontrou-se a maior prevalência da DC, salientando a importância da mãe junto à criança.

Observando a localização da DC, confirmou-se que a grande maioria (94,74%) correspondeu às diarreias acometedoras do intestino delgado, ou seja, as diarreias referidas como altas, conforme literatura.²

Através dos resultados, observou-se que os lactentes foram os mais acometidos (64,47%). Isto pode ser explicado pelo fato de que nesta faixa etária o sistema imunológico ainda é imaturo, o que significa maior vulnerabilidade destas crianças a enterites que mais facilmente agravam o quadro.

Mbori-Ngacha¹⁴ et al. estudando crianças com DC em Nairobi-Kênia observaram pico de incidência aos 9 meses. Analisando separadamente os lactentes, a maior prevalência ocorreu entre 12 e 18 meses, justificada talvez pelo

fato de correlacionar-se ao início da Diarréia Crônica Benigna Inespecífica (DCBI) ⁷ e Doença Celíaca. Ainda com base nos resultados, apenas 8 (8,16%) casos corresponderam a faixa dos 0 aos 6 meses, sendo que a partir desta idade aumentou a prevalência. Para tentar explicar este fato, vale a pena ressaltar que, além dos fatores específicos de proteção do leite materno, o uso exclusivo deste como alimento da criança, evita a ingestão de água e alimentos contaminados ^{13, 15}.

Entre os pré-escolares houve uma concentração de casos entre 2 e 2,5 anos. (18 dos 43, ou 41,86%). Visto que esses pré-escolares foram divididos de 6 em 6 meses, o que representa um total de 10 “faixas etárias”, é muito significativo o valor encontrado. Provavelmente, isto se deveu aos mesmos fatores relacionados ainda com a maior prevalência em lactentes.

Setenta crianças(46,05%) eram nutridas, o que pode corresponder ao grande número de casos de DCBI como será discutido adiante; ou mesmo à busca precoce de atendimento. Tivemos 21 casos de desnutridos grau II (13,82%. Isso vem refletir a gravidade com que podem cursar algumas causas de DC, como a Doença Celíaca (50% deles eram desnutridos grau II). Não encontramos desnutridos de grau III.

As etiologia da DC pode variar segundo o serviço estudado. Sabrá et al. ² descreveram a Síndrome Pós-Enterite Aguda(SPEA) como a principal causa, seguido da Intolerância à Lactose e Intolerância a Proteína do Leite de Vaca. Guiraldes ⁴ encontrou a Giardíase, a DCBI e a Doença Celíaca correspondendo a aproximadamente 70% das causas de DC no Chile.

Segundo Clifford et al ⁷, a Intolerância à Proteína do Leite de Vaca (IPLV) ocorre geralmente antes dos 6 meses e os sintomas desaparecem espontaneamente até os 2 anos, na maioria dos casos. Em nosso estudo, a IPLV

respondeu por 40(26,32%) dos 152 diagnósticos encontrados, sendo que 31(79,5%) ocorreram em lactentes.

A DCBI ocorre classicamente entre os 6 e 30 meses de idade, sem evidências clínicas de má-absorção, retardo do crescimento e desidratação ^{16,17}. Pode estar associada a níveis elevados de prostaglandinas ¹⁸ no plasma. Em nossos estudos, a faixa etária dos 6 aos 30 meses correspondeu a 77,42% dos casos de DCBI. Após os quatro anos, ocorreram 12,9% de casos concordando com a baixa prevalência prevista por Branski et al. ⁶ Notadamente, não houve nenhum caso de desnutrido grau II, o que nos faria pensar em má-absorção. Isto reforça a presença de quadro clínico favorável e ausência de déficit pôndero-estatural, como têm sido descrito. A DCBI foi a segunda causa prevalente em nosso estudo, com 31 dos 152 casos de DC, ou seja, 17,1%.

Em estudo realizado por Sullivan et al ¹⁹, 45% das causas de DC estavam relacionadas a Giardíase, que segundo Guiraldes ⁴ foi a principal responsável em crianças chilenas. Ao analisarmos os nossos resultados, as parasitoses cercaram 17,1% do total, com 26 dos 152 casos. Isso revela que a prevalência dessa etiologia pode variar dependendo de diversos fatores.

Em quarto lugar, em nossos estudos, aparece a Doença Celíaca, perfazendo 11,84% dos diagnósticos. Esta entidade clínica merece atenção especial, pois comumente cursa com má-absorção e quando não diagnosticada precocemente e manuseada corretamente, traduz-se por repercussões graves sobre o estado nutricional. No Brasil, não há dados seguros sobre a incidência de Doença Celíaca, mas estima-se que seja muito alta ¹⁰, principalmente em desnutridos com DC. Larcher et al. ²⁰, ao estudarem lactentes com déficit de crescimento e DC, observaram que 33% correspondiam a doentes celíacos. Na Irlanda, é descrita prevalência de 1 caso de Doença Celíaca para cada 300 habitantes, porém, em outros países da Europa, estes números são bem menores ⁷. A idade de início

freqüentemente varia entre 6 e 18 meses, sendo fator determinante a introdução precoce de alimentos sólidos e, conseqüentemente, do glúten na dieta. A Doença Celíaca é descrita como rara antes dos seis meses de vida ¹⁰. No nosso estudo, 55,5% dos doentes celíacos tinham idade abaixo de dois anos, sendo nenhum caso foi registrado antes dos seis meses. As dificuldades diagnósticas e terapêuticas, associadas a mau maneja anterior e à quantidade e tempo de glúten na dieta, podem ser consideradas para explicar os 44,45% casos que ocorreram após os 2 anos. O fato de que 50% das crianças celíacas apresentavam-se desnutridas grau II, com quadro mau-absortivo implícito. Isso contrasta com o outro pólo das DC, a DCBI, abordada anteriormente. Ainda, 42,85% do total de desnutridos grau II encontrados em nosso estudo, corresponderam a doentes celíacos, alertando para a deterioração progressiva do estado nutricional, desde o início da diarreia.

Encontramos 16 casos atribuídos a Síndrome Pós-Enterite Aguda como entidade causadora da DC, ou 10,53% do total de diagnósticos. É importante observar que, se somarmos estes números com os encontrados nas Parasitoses, chegamos a 27,63%, ou seja, mais de $\frac{1}{4}$ das causas de DC. Isto pode estar relacionado ao mau ambiente e seus fatores de risco, mesmo a nível de consultório privado.

Quanto à Intolerância a Lactose, vamos considerá-la na sua forma secundária, visto que a Intolerância Primária a Lactose apresenta-se como uma enfermidade rara ⁶. Então, a sua forma mais comum, freqüentemente está associada a enterites. Isto decorre do fato da lactase ser a enzima mais periféricamente localizada na membrana microvilositária, sendo, portanto, mais vulnerável a situações que determinam lesão da mucosa intestinal, como Alergia a Proteína do Leite de Vaca e Doença Celíaca, por exemplo. Neste estudo, foi a sexta causa prevalente, com 9,21% dos casos.

As outras causas de DC(Hiperplasia Linfóide do Cólon, Doença de Crohn, Intolerância a Frutose, Campylobacter e Mucoviscidose) responderam por número pequeno de casos, e juntos, foram 4,6% do total encontrado, confirmando que são raras².

6. CONCLUSÕES

Um número significativo de pacientes procedentes de outros municípios buscam auxílio para tratar a Diarréia Crônica(DC) a nível de consultório do gastroenterologista pediátrico.

As crianças cujas mães trabalham fora, são mais acometidas pela DC, em especial, os lactentes.

O intestino delgado prevalece significativamente como o órgão mais afetado na DC.

A faixa etária mais prevalente na DC corresponde dos 6 aos 30 meses, com queda significativa a partir desta idade.

A Alergia à Proteína do Leite de Vaca é o principal diagnóstico encontrado, com 40 dos 152 casos, ou seja, 26,32%.

A Diarréia Crônica Benigna Inespecífica é frequente causa de DC em consultórios privados (20,39% dos diagnósticos).

Em nosso meio, ainda há grande número de Parasitoses(17,11% dos casos) chegando ao consultório do especialista.

Mais da metade (53,95%) dos pacientes com DC apresentam algum grau de desnutrição.

A presença de desnutrição está intimamente relacionada com doenças que cursam com má-absorção.

Setenta e cinco por cento dos pacientes com Doença Celíaca são desnutridos, sendo 25% grau I e 50% grau II.

Não há desnutridos grau II com Diarréia Crônica Benigna Inespecífica, entidade clínica que não cursa com má-absorção.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baldassano RN, Liacouras CA. Diarréia Crônica: acesso prático para o pediatra. *Diagnósticos difíceis em Pediatria* 1990; 709-29.
2. Sabrá A, Calçado AC, Gracia J, Percoppe S. Diarréia Crônica. *J Bras Med* 1984; 46 (4): 15-9.
3. Viaro T. Diarréia crônica. Conceitos atuais e abordagem clínica. *Pediatr. Mod.* 1984; (19): 416-5.
4. Guiraldes EC. Enfoque diagnóstico del paciente pediátrico com diarréia crônica. *Bol Hosp "S.J. de Dios"* 1992; 39 (1): 10-5.
5. Boisseu D, Chaussain M, Raymond J, Dupont C. Small Bowel Bacterial Overgrowth in Children with Chronic Diarrhea, Abdominal Pain, or Both. *Journ of Ped* 1996; 128 (2): 203-5.
6. Branski D, Lerner A, Lebenthal E. *Clínicas Pediátricas da América do Norte.* Interlivros Edições Ltda. 1996; 308-17.
7. Clifford WL, Walker WA. A Chronic Protracted Diarrhea of Infancy. *Pediatrics* 1983; 786-95.

8. Blake PA, Ramos S , MacDonald KL, Rassi V, Gomes TAT, Ivey C et al. Pathogen-Specific Risk Factors and Protective Factors for Acute Diarrheal Disease in Urban Brazilian Infants. *Jour Inf Dis* 1993; 167: 627-32.
9. Pereira Filho RA, Pereira AS, Magalhães AFN. Conduta na diarreia crônica. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica* 1986; 15(4): 86-92.
10. Duarte AM, Penna FJ. Diarreia Crônica na Infância. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. *Manual de Gastroenterologia Pediátrica*. São Paulo; 1996 p. 119-31.
11. Gorbach SL. Bacterial diarrhea and its treatment. *The Lancet* 1987; 1378-82.
12. Ahmed M, Billoo AG, Murtaza G. Risk factors of persistent diarrhea in children below five years of age. *JAMA J Pak Med Assoc* 1995; 45: 11, 290-7.
13. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB, et al. Evidence for Protection By Breast Feeding against Infant Deaths from Infection Diseases in Brazil. *The Lancet* 1987m 8554 (2): 319-5.
14. Mbori-Ngacha DA, Otieno JÁ, Njeru EK, Onyango FE. Prevalence of persistent diarrhea in children aged 3-36 months at the Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *East Afr Med J* 1995; 72: 11, 711-4.
15. Martins MC, Lima FMLS, Patricio FRS, Toledo MRF, Machado NL, Fagundes Neto U. Enteropatia ambiental assintomática: Alterações funcionais e morfológicas na mucosa jejunal decorrentes do ambiente desfavorável.

16. Cohan SQ. Chronic nonspecific diarrhea in infants and children treated with diiodohydroxyquinoline. *Pediatrics* 1956; 18: 424
17. Davidson M. The irritable of childhood. *J Pediatr* 1966; 69: 1027
18. Dodge JÁ, Handi IA, Burns GM. Toddler diarrhea and prostaglandins. *Arch Dis Child* 1981; 56: 705
19. Sullivan PB, Marsch MN, Philips MB, Dewit O, Neale G, Cevallos AM, Farthing MJ. Prevalence and treatment of giardiasis in chronic diarrhea and malnutrition. *Arch Dis Child* 1991; 66: 304-6.
20. Larcher VF, Shepherd R, Francis DEM. Protracted diarrhea in infancy. *Arch Dis Child* 1977; 52: 597

Diarréia Crônica: Análise de Casuística em Consultório de Gastroenterologia Pediátrica *

JEAN PIERRE DE BARROS ¹ LUIZ ALBERTO GASTALDI ²

RESUMO

Este estudo visa analisar casuística sobre Diarréia Crônica(DC) em consultório especializado, enfatizando as principais faixas etárias acometidas e relacionando o grau de nutrição com o diagnóstico. Foram estudados retrospectivamente, os prontuários de 180 pacientes, atendidos por gastroenterologista no Centro Especializado Pediátrico (Florianópolis-SC), no período de janeiro de 1990 a março de 1997. Vinte e oito prontuários foram descartados por ausência de retorno dos pacientes. Os dados obtidos foram registrados em protocolo, que constava basicamente de dados gerais de identificação; anamnese e exame físico; exames complementares e diagnóstico. Os resultados mostraram que dos 152 pacientes com DC, 86(56,58%) deles tinham mães que trabalhavam fora, em especial os lactentes. Noventa e cinco por cento das DC eram de intestino delgado e os lactentes foram a faixa etária mais acometida(64,47%), com predomínio entre os 6 e 30 meses. Os diagnósticos mais encontrados foram a Intolerância à Proteína do Leite de Vaca(26,32%), Diarréia Crônica Benigna Inespecífica(20,39%) e as Parasitoses(17,11%). Oitenta e duas(53,95%) crianças apresentavam algum grau de desnutrição, sendo que 50% dos doentes celíacos eram desnutridos grau II, situação que não ocorreu em pacientes cujas doenças cursam sem má-absorção.

1 ACADÊMICO DA 12A FASE DO CURSO DE MEDICINA DA UFSC.

2 PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA UFSC.

* TRABALHO APRESENTADO À UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PARA A CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, EM DEZEMBRO DE 1997.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

R.DOUGLAS S. LEVIER, 80, APTO. 302
TRINDADE- FLORIANÓPOLIS-SC
CEP: 88040-410

DESCRITORES: - DIARRÉIA CRÔNICA
- MÁ-ABSORÇÃO
- DIAGNÓSTICO
- DESNUTRIÇÃO

ABSTRACT

The purpose of this study, is to evaluate Chronic Diarrhea(CD) on children seen at pediatric gastroenterologist, focussing principals ages attacked by and relating nutrition grade with diagnosis founded. This is a retrospective study, including 152 patients(28 were previously discarded), seen from January of 1990 to March of 1997, on Clínica Especializada Pediátrica(Florianópolis-SC). The protocol was based in three parts: identification; clinical findings; complement exams and diagnosis. The results showed that 86(56,58%) of 152 children with CD, had mothers who leaves home to work, especially sucklips. About ninety-five per cent of CD, were located at the small bowel and sucklips were the principal group attacked by CD(64,47% of cases), prevailing from 6 to 30 months. The most common diagnosis founded were Cow's Milk Allergy(26,32%), Chronic Nonspecific Diarrhea(20,39%) and Parasitic Infection(17,11%). Eighty-two children presented any kind of malnutrition; 50% of celiac patients were grade II by Gomez Classification, but this fact didn't occur in children whose illness currents without malabsortion, as Chronic Nonspecific Diarrhea.

APÊNDICE

DIARRÉIA CRÔNICA EM PEDIATRIA PROTOCOLO PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS

I- IDENTIFICAÇÃO

- ⇒ NOME:
- ⇒ IDADE:
- ⇒ DATA DE NASC.:
- ⇒ PROCEDÊNCIA:
- ⇒ OCUPAÇÃO DOS PAIS:
- ⇒ SEXO:
- ⇒ RAÇA:

II- HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

- ⇒ PESO:
- ⇒ ESTATURA:
- ⇒ TEMPO DE DURAÇÃO DA DIARRÉIA:
- ⇒ LOCALIZAÇÃO DA DIARRÉIA:
 - ALTA
 - BAIXA
- ⇒ SINAIS E SINTOMAS DE INTERESSE:
- ⇒ GRAU DE NUTRIÇÃO:
 - NUTRIDO
 - GRAU I
 - GRAU II
 - GRAU III

III- CONDUTA DIAGNÓSTICA

- ⇒ RESULTADO DE EXAMES:

- ⇒⇒ DIAGNÓSTICO:

**TCC
UFSC
PE
0438**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0438

Autor: Barros, Jean Pierr

Título: Diarréia crônica em pediatria :



972804951

Ac. 254033

Ex.1 UFSC BSCCSM