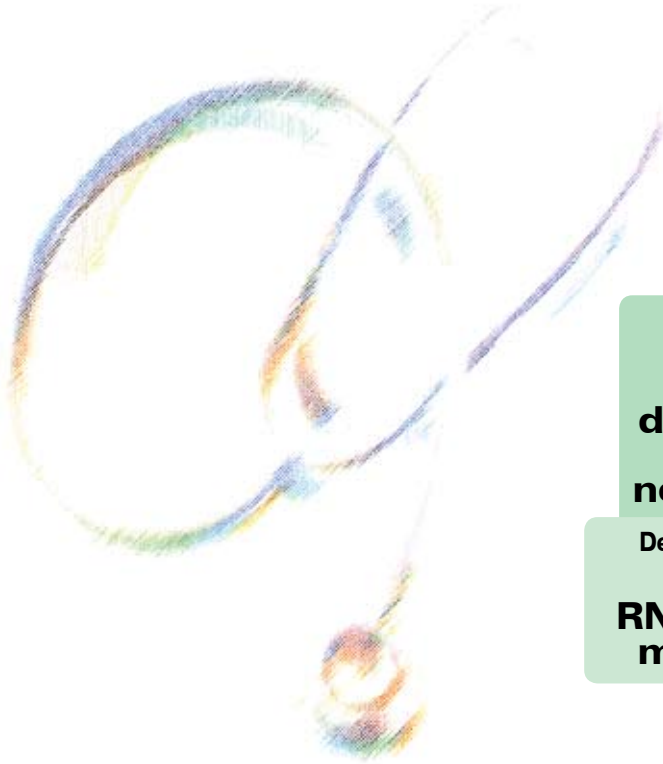


# recomendações

## Atualização de Condutas em Pediatria

nº **39**

Departamentos Científicos da SPSP,  
gestão 2007-2009.



Departamento de  
Gastroenterologia

**Hemorragia  
digestiva baixa  
na criança e  
no adolescente**

Departamento de Neonatologia

**Imunização em  
RN prematuros de  
muito baixo peso**



**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Alameda Santos, 211, 5º andar  
01419-000 São Paulo, SP  
(11) 3284-9809

# Hemorragia digestiva baixa na criança e no adolescente

O trato gastrointestinal perde diariamente 0,5 a 1,5 ml de sangue, em condições fisiológicas, não detectados em testes de sangue oculto nas fezes.

Denominamos hemorragia digestiva baixa (HDB) a hemorragia distal ao ligamento de Treitz. A hema-toquezia é a passagem de sangue vivo pelo ânus, isoladamente ou misturado com fezes formadas, coágulos ou diarreia sanguinolenta, em geral associados à HDB. Enterorragia é o sangramento digestivo volumoso, não digerido, líquido, mesclado ou não com coágulos, podendo ou não estar associado à HDB. O sangramento digestivo oculto é a perda sangüínea não visível nas fezes, confirmada pelo teste de sangue oculto nas fezes, com atenção aos resultados falso-negativos ou falso-positivos. (Tabela 1).

## História clínica

O diagnóstico diferencial do sangramento digestivo baixo é extenso, mas pode

ser facilitado correlacionando-se a idade da criança e os sintomas (Tabela 2). A associação dos sintomas pode auxiliar a definir o diagnóstico. A história completa inclui a duração, frequência e gravidade dos sintomas.

## Exame físico

A gravidade do sangramento gastrointestinal é determinada pela avaliação do estado cardiovascular do paciente, incluindo a frequência cardíaca e a pressão arterial (Tabelas 3 e 4).

## Testes laboratoriais

A solicitação dos testes laboratoriais, endoscópicos, cintilográficos e outros de maior complexidade, dependerá de história clínica e exame físico, implicando suspeitas diagnósticas para cada paciente.

Existem três grupos de testes de pesquisa de sangue oculto nas fezes. Os testes baseados em guáico são os mais usados. Contudo, eles não identificam fontes

### Autor:

Maraci Rodrigues

**DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA**  
Gestão 2007-2009

### Presidente:

Mauro Sérgio Toporovski

### Vice-Presidente:

Eraldo Samogin Fiore

### Secretário:

Vera Lúcia Sdepanian

### Membros:

Adriano de Castro Filho,

Ana Maria Magni,

Ceres Concilio Romaldini,

Cesar Augusto Lunardi,

Dorina Barbieri,

Eliana Vidolin, Gilda Porta,

Helga Verena L. Maffei,

Izaura G. Ramos Assumpção,

José Espin Neto,

Liliane Maria Salgado de Castro,

Livia Carvalho Galvão,

Luiz Henrique Hercowitz,

Maraci Rodrigues,

Maria Fernanda M. D'Amico,

Maria Inez M. Fernandes,

Maria Teresa T. Alves,

Mauro Batista de Moraes,

Nancy T. B. Cordovani,

Ramiro Anthero de Azevedo,

Regina Savamura,

Renata Alessandra Cazzaniga,

Rosa Helena M. Bigelli,

Silvio Kazuo Ogata,

Soraia Tahan, Soraya Goshima,

Ulysses Fagundes Neto,

Yu Kar Ling Koda.

### **Tabela 1** **Pesquisa de sangue oculto nas fezes: falso-negativos e falso-positivos**

#### **Falso-negativos:**

ingestão de grande quantidade de ácido ascórbico;

fezes secas, reagentes vencidos e conversão de hemoglobina para porfíria pela flora intestinal.

#### **Falso-positivos:**

ingestão de carne vermelha;

ingestão de frutas e vegetais contendo

peroxidase: melão, brócolis, rabanete ou nabos;

fissuras no seio materno;

epístaxe: melena;

hematúria;

sangramento menstrual;

prolapso uretral.

mais altas de hemorragia e apresentam resultados falso-positivos e falso-negativos com razoável frequência. Os testes imunoquímicos são mais caros, porém, são mais sensíveis para lesões distais. Os testes com base na heme-porfirina permitem a identificação de causas mais altas, mas necessitam de aparato laboratorial complexo e apresentam altas taxas de falso-positivos, com custos semelhantes aos dos testes imunoquímicos, sendo, portanto, de uso clínico limitado.

Em pacientes com sangue oculto presente nas fezes, a colonoscopia é o exame inicial de escolha, na tentativa de encontro da causa da HDB, apesar de ser possível perder lesões durante esse exame. Apesar da possibilidade do sítio de lesão ser o intestino delgado, diante dos resultados negativos de EDA (endoscopia digestiva alta) e colonoscopia, a repetição de tais procedimentos é uma precaução justificável na maioria das vezes, antes de se prosseguir com a investigação (Tabela 5).

## **expediente**

**Diretoria da Sociedade de  
Pediatría de São Paulo**  
Triênio 2007 - 2009

**Diretoria Executiva**  
**Presidente:**

José Hugo Lins Pessoa

**1º Vice-Presidente:**

João Coriolano Rego Barros

**2º Vice-Presidente:**

Mário Roberto Hirschheimer

**Secretário Geral:**

Maria Fernanda B. de Almeida

**1º Secretário:**

Sulim Abramovici

**2º Secretário:**

Fábio Eliseo F. Álvares Leite

**1º Tesoureiro:**

Lucimar Aparecida Françaço

**2º Tesoureiro:**

Aderbal Tadeu Mariotti

**Diretoria de Publicações**

**Diretor:**

Cléa Rodrigues Leone

**Editor Revista Paulista Pediatría:**

Ruth Guinsburg

**Editores executivos:**

Amélia Miyashiro N. Santos

Antônio A. Barros Filho

Antônio Carlos Pastorino

Mário Cicero Falcão

Sônia Regina T.S. Ramos

**Departamentos Científicos**

**Coordenadores:**

Ciro João Bertoli

Mauro Batista de Moraes

Sérgio Antônio B. Sarrubbo



**Produção editorial:**  
L.F. Comunicações Ltda.

**Editor:**

Luiz Laerte Fontes  
LLFontes@LFComunicacoes.com.br

**Revisão:**

Otacília da Paz Pereira

**Arte:**

Lucia Fontes  
Lucia@LFComunicacoes.com.br

**Tabela 2**  
**Causas de sangramento digestivo baixo em crianças e adolescentes**

### **RN**

- Alergia PLV
- Deglutição de sangue materno por meio de rachadura do mamilo
- HDA
- Enterocolite necrosante

### **Crianças (1m-2a)**

- Alergia PLV
- Fissura anal
- Intussuscepção
- HDA
- Enterocolite infecciosa
- *D.Meckel*
- Malformação AV colônica

### **Criança (2-12a)**

- Fissura anal
- Pólipo juvenil
- Enterocolite infecciosa
- DII (Doença inflamatória intestinal)
- Úlcera retal solitária
- Duplicação intestinal
- Púrpura Henoch-Schönlein
- S.Hemolítico-Urêmico
- Malformação AV colônica

### **Adolescente (12-18a)**

- Fissura anal
- Enterocolite infecciosa
- DII (Doença inflamatória intestinal)
- Pólipo juvenil
- Úlcera retal solitária
- Malformação AV colônica
- Hemorróida
- Duplicação intestinal
- Colopatia hipertensiva portal

### **Causas de sangramento gastrointestinal baixo**

As principais causas de hemorragia digestiva baixa estão listadas na Tabela 6.

Um exemplo real da dificuldade na localização da HDB é exemplificado pelo quadro clínico de MEVB, 5 anos, feminino, brasileira, natural e procedente de São Paulo (capital). Apresentou episódio de enterorragia aos dois meses de vida, diagnóstico inicial de alergia à proteína do leite de vaca (APLV) e tratada com fórmula hipoalergênica. Manteve anemia ferropriva e recebeu duas transfusões sanguíneas até

os três anos, apesar de colonoscopia e EDA normais. Avaliada no Hospital Sant Joan de Déu, Universidade de Barcelona, com palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, sopro sistólico e sangue oculto presente nas fezes. Foram afastados APLV e doença celíaca (DC), por meio de retirada do leite de vaca. Entretanto, houve a manutenção dos sintomas clínicos, mas o anticorpo antiendomísio e a biópsia de mucosa duodenal foram normais. O EDA mostrou esofagite erosiva superficial em terço médio e inferior, com pesquisa de *H. pylori* negativa e a cintilografia para Divertículo de Meckel

### **Tabela 3 Avaliação e exame físico no paciente com hemorragia digestiva baixa**

#### **Exame físico geral:**

Temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, perfusão periférica, nível de consciência;

Taquicardia: perda sanguínea aguda e grave;

Palidez, hipotensão, retardo do enchimento capilar, sudorese, confusão mental: hipovolemia grave e choque;

Febre: processo de infecção ou inflamação.

com Tc99 também negativa. A arteriografia abdominal indicou pequenas lesões no íleo. O exame com cápsula endoscópica aos 4 anos confirmou uma área de mucosa eritematosa no íleo médio-proximal pseudopoliposa (angiodisplasia). A cintilografia com hemá-

cias marcadas não evidenciou sangramento ativo. A colonoscopia foi normal. Foi repetida a EDA, após tratamento com inibidor de bomba de prótons, com normalização do exame. Evoluiu com persistência de sangue oculto nas fezes, palidez cutâneo-mucosa,

### **Tabela 4** **Avaliação e exame físico no** **paciente com hemorragia digestiva** **baixa**

#### **Exame físico especial:**

- Exame do ânus  
fissura, fístula DC (doença de Crohn)  
toque retal: presença de pólipos
- Pele  
eczema: associação com APLV  
pioderma gangrenoso, eritema nodoso: DII  
hemangioma cutâneo ou telangiectasia: lesão gastrointestinal  
petéquias, equimose ou púrpura: coagulopatia, trombocitopenia ou P. Henoch-Schönlein  
pigmentação cutânea, perioral ou oral: S. Peutz-Jeghers  
tumores de tecidos moles ou ósseos: S. Gardner  
dedos hipocráticos: cirrose hepática, DII, FC (fibrose cística),  
icterícia, aranhas vasculares, eritema palmar,  
ginecomastia: cirrose  
abdome: tenso ou massa no quadrante inferior direito: intussuscepção, duplicação intestinal, DII

adinamia e recebeu sucessivas transfusões sangüíneas. Foi proposto aos familiares tratamento com talidomina, fármaco com efetividade no sangramento digestivo secundário à angiodisplasia intestinal ou tratamento cirúrgico. Os familiares recusaram a conduta cirúrgica, voltando para o Brasil. Aqui, foi administrada sandostatina de liberação lenta intramuscular uma vez ao mês, com aparente sucesso nos dois primeiros meses, mas voltando aos sintomas anteriores após esse período. Foi iniciado o tratamento com talidomida, sem resposta clínica após quatro meses. Foi

encaminhada para equipe cirúrgica pediátrica, porém os familiares desistiram mais uma vez da opção cirúrgica, descontinuando o seguimento ambulatorial.

### Conclusão

O diagnóstico diferencial da hemorragia digestiva baixa varia desde entidades benignas, autolimitadas a situações de emergência, implicando diagnóstico e tratamento imediatos. É muito importante para o diagnóstico o trabalho conjunto do pediatra, do gastroenterologista pediátrico e, em algumas situações, do cirurgião pediátrico.

### **Tabela 5** **Hemorragia digestiva em Pediatria:** **diagnóstico**

- 99 mTc marcado com enxofre: sangramento contínuo (0,1 ml/min)
- Cintilografia com hemácias marcadas com 99 mTc: sangramento GI contínuo/intermitente (0,3 ml/min)
- Angiografia abdominal seletiva (1 ml/min)
- Cápsula endoscópica
- Laparotomia/laparoscopia + enteroscopia intraoperatória

### Causas mais freqüentes de sangramento d

Idade	História
Neonato	Distensão abdominal, vômito bilioso, irritabilidade, prematuridade e pequeno para a idade gestacional
Neonatos e crianças	História benigna de fezes com sangue visível ou oculto
Todos, mais comum em crianças menores de 2 anos	Sangramento intestinal súbito, maciça, ausência de dor abdominal
Todos, mais comum entre 3 meses a 3 anos	Passagem de fezes com aspecto de geléia de morango, vômito bilioso
Todos, mais comum entre a infância e pré-escolares	Perfil do cuidador, história médica
Mais comum em crianças menores de 5 anos	Diarréia mucosangüinolenta e dor abdominal
Crianças menores de 7 anos	Dor abdominal e artralguas
Mais comum entre a idade de 3 a 10 anos	Sangramento retal vermelho vivo, indolor
Todos, mais comum no pré-escolar e escolar	Defecação dolorosa, fezes infreqüentes, duras, diminuição de apetite, comportamento retencionista, escape fecal
Todos, mais comum em pré-escolar e escolar	Viagem a outro país, ingestão de alimentos contaminados, nadar e beber água de lagos, açude etc.; contato domiciliar com pessoa doente e permanência em creche; cólica abdominal, diarréia, urgência; uso de antibióticos
Todos	Constipação crônica, hipertensão portal, doença hepática, ardor e dor perianal
Todos	Sangue nas fezes, ausência de dor retal e dor abdominal
Todos	História familiar positiva de violência ou abuso, história não combina com exame físico
Rara em crianças	Sangramento intestinal e anemia intensa recorrente
Neonatos e infância	Sangramento gastrointestinal baixo raro, anemia, constipação intestinal



### Capítulo 6 Doença Digestiva baixo em crianças e adolescentes

Exame físico/teste	Diagnóstico
Abdome tenso, Rx de abdome com sinais de pneumatose intestinal	Enterocolite necrosante
Normal, sangue oculto positivo, histologia com aumento de eosinófilos na mucosa intestinal/CGA (campo grande aumento)	Colite a proteína de leite de vaca
Instabilidade hemodinâmica, cintilografia nuclear para Divertículo de Meckel	Divertículo de Meckel
Massa abdominal palpável, distensão abdominal, enema gastrográfico positiva	Intussuscepção
Sangue não pertence à criança	Síndrome de Munchausen
Trombocitopenia, anemia hemolítica, insuficiência renal	Síndrome Hemolítica-urêmica
Lesões cutâneas purpúricas e urticariformes	Púrpura Henoch-Schönlein
Possível massa retal palpável, exame físico normal (exceto sangue nas fezes), remoção endoscópica com confirmação histológica	Pólipo juvenil
Exame retal: reto alargado, fezes endurecidas, fissuras, distensão abdominal Rx de abdome: retenção fecal	Constipação intestinal
Febre, diarréia sangüinolenta, cultura de fezes positiva	Infecção, suspeita de <i>Clostridium difficile</i>
Nódulos azulados protusos do ânus, esplenomagalia	Hemorróida
Exame físico normal. Pode minetizar DII, no enema opaco, a colonoscopia e biópsia confirmam o diagnóstico	Hiperplasia nodular linfóide
Fissura perianal ou dilaceração, queimadura da área perianal ou outro sinal de abuso físico	Abuso sexual infantil
Palidez intensa, colonoscopia, cintilografia para pesquisa de sangramento intestinal, cápsula endoscópica	Angiodisplasia
Proctoscopia: múltiplas lesões planas compatíveis com hemangiomas submucosos planos no reto e no sigmóide; a tomografia do abdome: dilatação dos vasos pélvicos; hipertrofia óssea e de tecidos moles	Síndrome de Klippel-Trenaunay