

# Desvendando as principais doenças da infância

## ORGANIZADORAS

Camila Reis Campos   Beatriz Paccini Alves Silva

Clara de Oliveira Pereira   Lívia Santos Vilela   Roberta Silveira Troca



# Desvendando as principais doenças da infância

## ORGANIZADORAS

Camila Reis Campos   Beatriz Paccini Alves Silva

Clara de Oliveira Pereira   Lívia Santos Vilela   Roberta Silveira Troca



<b>Editora chefe</b>	
Prof <sup>a</sup> Dr <sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira	
<b>Editora executiva</b>	
Natalia Oliveira	
<b>Assistente editorial</b>	
Flávia Roberta Barão	
<b>Bibliotecária</b>	
Janaina Ramos	
<b>Projeto gráfico</b>	
Camila Alves de Cremo	
Daphynny Pamplona	
Luiza Alves Batista	2021 by Atena Editora
Maria Alice Pinheiro	Copyright © Atena Editora
Natália Sandrini de Azevedo	Copyright do texto © 2021 Os autores
<b>Imagens da capa</b>	Copyright da edição © 2021 Atena Editora
iStock	Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora
<b>Edição de arte</b>	pelos autores.
Luiza Alves Batista	Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

#### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

# Desvendando as principais doenças da infância

**Diagramação:** Natália Sandrini de Azevedo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Gabriel Motomu Teshima  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadoras:** Beatriz Paccini Alves Silva  
Camila Reis Campos  
Clara de Oliveira Pereira  
Lívia Santos Vilela  
Roberta Silveira Troca

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D478 Desvendando as principais doenças da infância /  
Organizadoras Beatriz Paccini Alves Silva, Camila Reis  
Campos, Clara de Oliveira Pereira, et al. – Ponta Grossa  
- PR: Atena, 2021.

Outras organizadoras  
Lívia Santos Vilela  
Roberta Silveira Troca

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-5983-608-6  
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.086210311>

1. Doenças infantis. I. Silva, Beatriz Paccini Alves  
(Organizadora). II. Campos, Camila Reis (Organizadora). III.  
Pereira, Clara De Oliveira (Organizadora). IV. Título.  
CDD 618.92

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de e-commerce, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

## PREFÁCIO

Caro leitor,

Este livro foi elaborado com a intenção de facilitar e simplificar o acesso às informações sobre doenças comuns da infância, é destinado a um público amplo, envolvendo tanto os pais e cuidadores, quanto os estudantes e outras pessoas interessadas na área. Nosso enfoque não foi abordar o tratamento dessas doenças, mas sim explicar de maneira sucinta e compreensível o que é cada patologia, sua etiologia, suas características principais, sinais e sintomas comuns e como prevenir a doença.

O livro é dividido em três principais sistemas: respiratório, gastrointestinal e tegumentar. No início de cada bloco, introduzimos de maneira breve e ilustrativa a fisiologia básica do sistema em questão e posteriormente os capítulos sobre cada patologia.

A ideia de criar este livro surgiu com o intuito de trazer um conhecimento de qualidade com um conteúdo de fácil entendimento e aplicável ao cotidiano infantil. Afinal, a seleção das patologias foi baseada na prática clínica de nossos preceptores da área pediátrica e, os tópicos abordados em cada capítulo foram aqueles que nós, estudantes e docentes, julgamos deficitário no entendimento por parte dos responsáveis.

Portanto, nosso propósito é levar a informação científica de forma mais palpável ao entendimento do público sobre as patologias comuns da infância. Porém, nada disso seria possível sem a orientação da nossa coordenadora e pediatra Roberta Silveira Troca, que acolheu esse projeto desde o princípio e mesmo com sua rotina clínica e de docente, conseguiu nos auxiliar em todo o processo de seleção, escrita e correção deste material. Uma preceptora excepcional e amante dos baixinhos, que coloca o bem dos seus pacientes à frente da sua vida pessoal. Nossos mais sinceros agradecimentos à toda sua dedicação neste livro e para com a pediatria.

Atenciosamente,

Camila Reis Campos

## SUMÁRIO

### PRIMEIRO BLOCO - SISTEMA GASTRO INTESTINAL

<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>1</b>
------------------------	----------

#### APARELHO GASTRO INTESTINAL

Vitor Faria Soares Ferreira

Camila Reis Campos

Beatriz Paccini Alves Silva

Luiz Felipe Xavier Fonseca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103111>

<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>4</b>
------------------------	----------

#### CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Renata Renó Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103112>

<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>10</b>
------------------------	-----------

#### AMEBÍASE

Beatriz Paccini Alves Silva

Camila Reis Campos

Vitor Faria Soares Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103113>

<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>15</b>
------------------------	-----------

#### ASCARIDÍASE

Larissa de Fátima Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103114>

<b>CAPÍTULO 5.....</b>	<b>21</b>
------------------------	-----------

#### OXIÚRUS

Vívian de Lima Goulart

Luiz Felipe Xavier Fonseca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103115>

<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>27</b>
------------------------	-----------

#### DIARRÉIA

Camila Reis Campos

Vitor Faria Soares Ferreira

Beatriz Paccini Alves Silva

Luiz Felipe Xavier Fonseca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103116>

<b>CAPÍTULO 7.....</b>	<b>36</b>
<b>INTOLERÂNCIA A LACTOSE</b>	
Lucio Donizete de Souza Junior	
Luiz Felipe Xavier Fonseca	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103117">https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103117</a>	
<b>CAPÍTULO 8.....</b>	<b>43</b>
<b>DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO</b>	
Beatriz Campos Garcia	
Luiz Felipe Xavier Fonseca	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103118">https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103118</a>	
<b>SEGUNDO BLOCO - SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>	
<b>CAPÍTULO 9.....</b>	<b>52</b>
<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
Vitor Faria Soares Ferreira	
Camila Reis Campos	
Beatriz Paccini Alves Silva	
Luiz Felipe Xavier Fonseca	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103119">https://doi.org/10.22533/at.ed.0862103119</a>	
<b>CAPÍTULO 10.....</b>	<b>55</b>
<b>RINOFARINGITE AGUDA (RESFRIADO COMUM)</b>	
Lanna Antunes de Faria Lima	
Luiz Felipe Xavier Fonseca	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031110">https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031110</a>	
<b>CAPÍTULO 11.....</b>	<b>61</b>
<b>FARINGOAMIGDALITE</b>	
Gabriela Teixeira Bazuco	
Luiz Felipe Xavier Fonseca	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031111">https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031111</a>	
<b>CAPÍTULO 12.....</b>	<b>65</b>
<b>OTITE MÉDIA AGUDA (OMA)</b>	
Eduarda Cassia Souza Peloso	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031112">https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031112</a>	
<b>CAPÍTULO 13.....</b>	<b>70</b>
<b>SINUSITE AGUDA</b>	
Deisy Gonçalves Mendes	

Luiz Felipe Xavier Fonseca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031113>

**CAPÍTULO 14.....75**

**PNEUMONIA**

Ana Luísa da Silva Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031114>

**CAPÍTULO 15.....82**

**ASMA**

Marina Botazini Braga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031115>

**CAPÍTULO 16.....91**

**BRONQUIOLITE**

Alyne Werner Mota Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031116>

**TERCEIRO BLOCO - SISTEMA TEGUMENTAR**

**CAPÍTULO 17.....97**

**SISTEMA TEGUMENTAR**

Vitor Faria Soares Ferreira

Camila Reis Campos

Beatriz Paccini Alves Silva

Luiz Felipe Xavier Fonseca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031117>

**CAPÍTULO 18.....100**

**DERMATITE ATÓPICA**

Monique Angela Freire Carciliano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031118>

**CAPÍTULO 19.....106**

**DERMATITE SEBORRÉICA**

José Gama Guimarães Neto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031119>

**CAPÍTULO 20.....112**

**DERMATITE DE FRALDAS**

Ana Beatriz Bortolini Missiato

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031120>

**CAPÍTULO 21.....120**

NEVOS

Lucas Tardioli Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031121>

**CAPÍTULO 22.....126**

MILIÁRIA

Natália Pedersoli de Moraes Sarmento

Mayara Guedes Dutra Maciel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031122>

**CAPÍTULO 23.....130**

HEMANGIOMA

Matheus Rufino Faria

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031123>

**CAPÍTULO 24.....136**

HERPANGINA (SÍNDROME MÃO- PÉ- BOCA)

Marina Fiúza Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031124>

**CAPÍTULO 25.....142**

SARAMPO

Lívia Santos Vilela

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031125>

**CAPÍTULO 26.....148**

RUBÉOLA

Clara de Oliveira Pereira

Lívia Santos Vilela

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031126>

**CAPÍTULO 27.....153**

VARICELA (CATAPORA)

Milena Tadeia Tucci Castilho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031127>

<b>CAPÍTULO 28.....</b>	<b>158</b>
EXANTEMA SÚBITO	
Nádyá Gislene de Melo	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031128">https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031128</a>	
<b>CAPÍTULO 29.....</b>	<b>161</b>
ESCARLATINA	
Sabrina Silva Rodrigues de Oliveira	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031129">https://doi.org/10.22533/at.ed.08621031129</a>	
<b>SOBRE AS ORGANIZADORAS .....</b>	<b>167</b>

## DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Data de aceite: 17/09/2021

**Beatriz Campos Garcia**

Instituição de Ensino: Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS  
Cidade: Alfenas

**Luiz Felipe Xavier Fonseca**

Instituição de Ensino: Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS  
Cidade: Paraguaçu - MG

### INTRODUÇÃO

Para se ter um bom entendimento sobre da doença do refluxo gastresofágico (DRGE) é necessário saber diferenciá-la e ter conhecimento sobre a sua forma “benigna”, o refluxo gastresofágico fisiológico (RGE) ou regurgitação do lactente, muito mais comum e inofensivo que a doença em si.

O refluxo gastresofágico é a passagem do conteúdo presente no estômago para o esôfago, sem o controle do indivíduo, de forma repetida, independente da causa, com ou sem a presença de regurgitação e/ou vômito. Pode atingir em alguns casos até a faringe, boca e nariz. Ele se diferencia do vômito pois não há esforço da criança para a eliminação do conteúdo. Geralmente é chamado de “regurgitação” ou “golfada”. É uma das queixas mais frequentes em consultórios de Pediatria e de Gastroenterologia

Pediátrica por ser a doença que mais acomete o esôfago na faixa etária pediátrica e adulta (7).

O refluxo é mais comum nos bebês porque nos primeiros meses de vida, a válvula, que é o músculo que separa o esôfago do estômago ainda é imatura, o que facilita o retorno dos alimentos (Figura 1) (7).

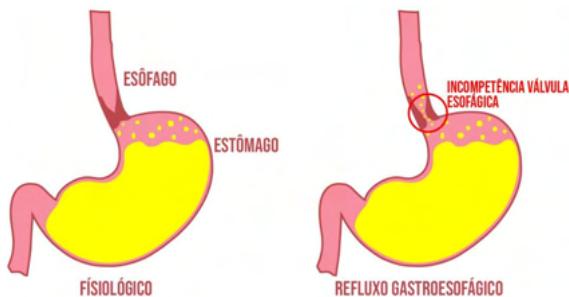


Figura 1: Foto ilustrativa da fisiopatologia do refluxo gastroesofágico. Ilustrador: Luiz Felipe Xavier Fonseca

O refluxo gastroesofágico apresenta-se muito mais frequente em lactentes, até os 6 meses de idade, quando o bebê preferencialmente está em aleitamento materno exclusivo e passa a maior parte do tempo deitado. Mas pode ser observado em todas as fases da vida, desde o nascimento até a vida adulta (7).

O RGE é considerado normal, fisiológico, e ocorre várias vezes ao dia, quando ocasiona poucos ou nenhum sintoma. Ocorrem então em indivíduos saudáveis em episódios que duram menos de 3 minutos, principalmente após

a alimentação/ amamentação (7). Embora podendo cursar com condições ameaçadoras à vida, como as crises de apnéia, o refluxo fisiológico tem, na maior parte dos casos, uma boa evolução, sem comprometimento dos hábitos de vida, sono, crescimento e desenvolvimento da criança (3).

Já a doença do refluxo gastresofágico é caracterizada quando o RGE leva a sintomas incômodos que afeta a rotina da criança e/ou causa complicações a curto, médio ou longo prazo. Há impacto clínico como déficit do crescimento, dor abdominal, irritabilidade, hemorragias digestivas, broncoespasmo, pneumonias de repetição ou complicações otorrinolaringológicas, exigindo habilidade no diagnóstico e atenção na escolha do tratamento mais adequado a cada caso. Por isso tem um prognóstico mais grave, além de abordagens diagnóstica e terapêutica diferentes do RGE (6).

Devido a variabilidade dos sintomas e o curso clínico da doença apresentados pode se tornar difícil realizar a diferenciação entre o RGE, mas deve ser feita pela história e exame clínico minuciosos, que determinam se o lactente, criança ou adolescente necessita ou não de intervenção terapêutica, investigação laboratorial, radiológica e/ou endoscópica (7).

## EPIDEMIOLOGIA

A regurgitação infantil ocorre pelo menos uma vez ao dia em quase 70% dos lactentes menores de 4 meses. Já a prevalência de refluxo gastroesofágico patológico foi de 11,15 % no primeiro ano de vida, sendo mais alta durante os dois primeiros trimestres de vida: 14,62 % no primeiro e 13,76% no segundo (2).

## SINTOMAS

Os sintomas da DRGE têm variabilidade conforme a idade, possíveis complicações associadas e comorbidades. Mas o seu quadro clássico é caracterizado por vômitos, regurgitação e pirose, principalmente no período pós-prandial (7).

Nos lactentes os sintomas são muito variáveis, indo desde choro excessivo, irritabilidade, soluços, vômitos e regurgitações (manifestação mais comum) à retardo do crescimento, desnutrição e anemia. Já nas crianças e nos adolescentes os sintomas são praticamente idênticos aos encontrados na doença quando afeta a vida adulta, caracterizado por períodos de fase ativa e inativa. Trata-se de pirose/ regurgitação, dor epigástrica, queimação, dificuldade ou dor para engolir (disfagia), vômito com presença de sangue, recusa alimentar, sono agitado, anemia, ou até mesmo sintomas otorrinolaringológicos como tosse seca e dor de garganta (odinofagia) (7).

Existem crianças que necessitam de um olhar mais crítico por apresentarem

doenças subjacentes que ao serem somadas a DRGE podem trazer complicações a curto e longo prazo. Esse grupo de risco é composto por crianças previamente operadas devido a patologias do trato digestivo, como a atresia esofágica e a hérnia de hiato, neuropatas, àqueles com doenças pulmonares como fibrose cística, transplantados, pacientes em uso de quimioterapia, prematuros e obesos (2).

É necessário salientar que mesmo sendo poucos aqueles que são considerados grupo de risco a doença pode apresentar um curso silencioso independentemente da idade, o que pode trazer consequências no futuro.

Existem manifestações clínicas raras, síndromes, que cursam com a presença da DRGE em sua evolução, como a síndrome de Sandifer e a ainda mais rara tríade de Herbst, comporta pela DRGE, hérnia de hiato e baqueteamento digital (2).

SINAIS E SINTOMAS GERAIS DA DRGE	
GERAIS	
Recusa alimentar	Perda de peso
Erosão dentária	Postura distônica do pescoço (síndrome de Sandifer)
Anemia	Desconforto/irritabilidade
GASTROINTESTINAIS	
Dor epigástrica	Azia/dor de torácica
Esofagite	Regurgitações recorrentes com ou sem vômitos
Sangramento gastrointestinal	Disfagia/odinofagia
VIAS AÉREAS	
Apnéia	Otite média recorrente
Asma	Tosse
Pneumonia recorrente por aspiração	Estridor
Sibilância	Rouquidão

Quadro 1. Sinais e sintomas gerais presentes na DRGE(2)

## DIAGNÓSTICO

Para a investigação diagnóstica da doença do refluxo gastroesofágico são utilizados 3 métodos: (6)(3)

- Avaliação dos sinais e sintomas através de perguntas realizadas pelo médico.
- Exame complementar para quantificar o refluxo, como a cintilografia, a impedânci esofágica e a pHmetria.

- Exame para quantificar a inflamação: endoscopia digestiva alta com possível biópsia.

Mesmo existindo muitos exames que podem ser utilizados para corroborar a hipótese diagnóstica de DRGE é primordial que se faça uma boa anamnese, contendo toda história clínica e a partir dos sintomas apresentados realize ou não o diagnóstico definitivo da doença, não sendo obrigatório fazer uso dos exames complementares disponíveis (7).

Idealmente deve-se realizar os exames complementares em casos que apresentam sinais agravantes, naqueles em que procura-se documentar a presença de DRGE e suas complicações, estabelecer uma relação entre a doença e os sintomas, avaliar um tratamento previamente utilizado e até mesmo excluir outras patologias (4).

Sabe-se que nenhum exame complementar disponível atualmente consegue ter 100% de eficácia e sensibilidade para todas as questões levantadas anteriormente e por essa razão é preciso dosar a real necessidade de realização de cada um para evitar gastos e principalmente evitar que as crianças passem por procedimentos invasivos e situações de estresse que são dispensáveis.

A radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno (Rx EED) deve ser proposta para casos em que seja preciso visualizar a anatomia do sistema digestório alto, como em crianças que apresentam disfagia, vômitos biliosos, suspeita de obstrução, volvulo, estenose. Avalia apenas o refluxo gastroesofágico pós-prandial imediato, não conseguindo quantificá-lo (6).

A ultrassonografia abdominal é útil apenas naqueles casos de suspeita clínica de estenose hipertrófica de piloro e má-rotação intestinal. Não é capaz de diferenciar o RGE da DRGE (3).

A cintilografia gastroesofágica avalia o esvaziamento gástrico, sendo assim indicado para aqueles com sintomas de retenção gástrica. Também pode auxiliar na detecção de aspiração pulmonar (3).

A pHmetria esofágica de 24 horas equivale ao registro contínuo do pH intraesofágico. É indicada para sintomas atípicos ou extra-esofagianos, avaliação de resposta de tratamento daqueles refratários. Já foi considerado padrão-ouro para o diagnóstico de DRGE, mas atualmente sabe-se da sua baixa eficácia em detectar os refluxos fracamente ácidos ou alcalinos (3).

A endoscopia digestiva alta (EDA) avalia a irritação/ inflamação da mucosa esofágica, eficiente para diagnóstico de esofagite. Deve ser sempre realizada uma biópsia do tecido juntamente com a EDA para afastar outras patologias como a esofagite eosinofílica e o esôfago de Barret (3).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico da DRGE deve ser realizado de todas patologias que envolvem a faixa etária pediátrica e à presença de vômitos, dando especial destaque ao refluxo gastroesfágico fisiológico previamente debatido neste capítulo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VÔMITOS DE CAUSAS GASTROINTESTINAIS EM LACTENTES E CRIANÇAS		
Estenose pilórica	Duplicação intestinal	Hérnia encarcerada
Má-rotação com volvo intermitente	Doença de Hirschsprung	Membrana duodenal/antral
Acalasia	Alergia alimentar	Pancreatite
Gastroparesia	Esofagite Eosinofílica	Apendicite
Gastroenterite	Doença Inflamatória Intestinal	Úlcera Péptica

Quadro 2. Principais diagnósticos diferenciais de vômito de origem gastrotintestinal em lactentes e crianças (7)

Para diferenciar a DRGE do refluxo gastroesfágico fisiológico é necessário realizar uma história clínica completa.<sup>(7)</sup> Casos que se apresentam com regurgitações em lactentes e crianças de baixa idade sem outras queixas ou alterações ao exame, sugere-se RGE fisiológico. Quando é evidenciado perda de peso, irritabilidade, choro excessivo, sangramentos digestivos, anemia, broncoespasmo, tosse, pneumonias de repetição associado aos vômitos é preciso pensar na presença da DRGE, podendo ser necessário a realização dos exames complementares (2).

Muitas vezes a diferenciação do refluxo gastroesfágico fisiológico em lactentes da DRGE uma vez que sinais e sintomas podem ser confluentes. Por isso os critérios de Roma IV definem que para o diagnóstico de refluxo gastroesfágico fisiológico do lactente precisa-se obrigatoriamente ter os seguintes parâmetros: (7)

- Lactente saudável entre 3 semanas e 12 meses.
- Dois ou mais episódios diários de regurgitação por no mínimo 3 semanas.
- Ausência de náuseas, sangramentos digestivos, apneia, dificuldade para ganho de peso, dificuldade de alimentação, postura anormal.

Nos lactentes também é de fundamental importância, como primeiro passo para o tratamento da DRGE a exclusão da proteína do leite na alimentação da criança, pois o diagnóstico diferencial entre a DRGE e a alergia à proteína do leite de vaca (APLV) pode ser difícil (7).

## TRATAMENTO

Mediante a terapia, tem-se como objetivo a garantia do alívio significativo dos sintomas, cicatrização das lesões teciduais, além de ganho de peso e crescimento adequados em pacientes que apresentam DRGE.

O primeiro passo a ser tomado, como já discutido anteriormente nesse capítulo é realizar a diferenciação entre as crianças com RGE fisiológico e aquelas com DRGE. A resolução da doença geralmente é espontânea e de curso benigno, com baixa proporção de complicações. Nos casos em que não é tratado durante o crescimento, trata-se basicamente alterando hábitos de vida e alimentação e em poucos casos são necessários medicamentos (7).

A decisão de tratar a DRGE deve ser realizada a fim de evitar as consequências negativas para a criança tanto no presente quanto no futuro. O tratamento deve ser instituído de maneira progressiva, etapa por etapa, começando com medidas gerais e alterações nos hábitos de vida, passando por terapias medicamentosas e terminando muitas vezes em técnicas endoscópicas ou cirúrgicas, mais invasivas. Além disso, vale ressaltar que cursos prolongados ou repetidos de medicações devem ser indicados apenas após a confirmação do diagnóstico de DRGE (3).

### 1. Tratamento conservador

A orientação e suporte à família é uma medida necessária. É indicado para todos àqueles com RGE e DRGE, independentemente da gravidade, as mudanças dos hábitos cotidianos que podem influenciar muito no curso das patologias como não usar roupas apertadas; sugerir a troca das fraldas antes das mamadas; evitar o uso de fármacos que exacerbam o RGE; evitar o tabagismo (ativo ou passivo, além das orientações dietéticas e da postura anti-RGE) (3).

### 2. Orientações posturais

A posição prona (de bruços) é, comprovadamente a melhor postura quando se trata de DRGE, porém, há uma grande relação entre esse decúbito e a ocorrência de morte súbita em lactentes, sendo assim, ao analisar o risco e benefício, não sendo mais indicada. Dessa forma recomenda-se, para os lactentes normais ou para os portadores de DRGE, posição supina (barriga para cima) e com a cabeceira elevada em torno de 30° para dormir. Já para os adolescentes a melhor posição é o decúbito lateral esquerdo, com a cabeceira elevada (4)(3).

É necessário que o responsável do lactente o coloque em posição vertical cerca de 20 a 30 minutos após a mamada a fim de facilitar a eructação e o esvaziamento gástrico e assim evitar a ocorrência de refluxo gastroesofágico.

### 3. Orientações dietéticas

As mudanças dietéticas devem respeitar as necessidades de cada criança de acordo com sua particularidade. Alimentos gordurosos e com altas taxas calóricas não são recomendados pois interferem na digestão, assim como chocolate, refrigerante, café e chá. Além disso é importante evitar comer antes de dormir e realizar refeições menores para que não haja grande volume gástrico e consequentemente aumente os episódios de refluxo (6).

As fórmulas AR (anti-refluxo) e o espessamento da dieta podem ser favoráveis em alguns casos, podendo diminuir a frequência e o volume dos episódios de RGE.

### 4. Tratamento farmacológico

Não é indicado o tratamento medicamentoso para o RGE, apenas para aqueles casos de DRGE com sintomas mais graves ou com complicações da doença. Basicamente são utilizados nos dias de hoje os antiácidos de contato, recomendados apenas como sintomáticos, para sintomas esporádicos; os procinéticos, que ajudam a controlar os sintomas, principalmente de vômitos e regurgitação; e os medicamentos que diminuem a secreção ácida (antagonistas do receptor H<sub>2</sub> da histamina ou IBPs) (7).

### 5. Tratamento Cirúrgico

Indicado nos casos graves e refratários ao tratamento clínico ou quando o paciente é portador de condições crônicas que apresentam riscos significativos de complicações relacionadas à DRGE (fibrose cística ou doenças neurológicas) (7).

## CONCLUSÕES

O refluxo gastroesofágico fisiológico ou regurgitação do lactente, é uma condição que comumente afeta as crianças menores de 1 ano, dessa forma é preciso ficar atento aos sinais que possam indicar a presença da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e diferenciá-la do refluxo gastroesofágico fisiológico, como a dificuldade de alimentação, dificuldade de ganho de peso e choro excessivo (7).

Nas crianças maiores e nos adolescentes pode ser mais fácil identificar o DRGE, uma vez que sabem verbalizar com mais clareza os sintomas, sendo esses mais específicos (epigastralgia, queimação e plenitude gástrica) (7).

Para o diagnóstico é preciso obter uma história clínica completa, com todos os sintomas apresentados pelas crianças e deixar os exames complementares para aqueles casos que são exceção (7).

Medidas gerais como postura, correção de erros alimentares e estilo de vida são sempre necessários para o tratamento de qualquer criança com DRGE, deixando o tratamento medicamentoso especialmente para aqueles com complicações, patologias

associadas ou com sintomas mais graves e de forte intensidade (4).

Cuidado com lactentes, que podem fazer uso de medicamentos apenas quando há a comprovação clara de DRGE (3).

## REFERÊNCIAS

1. Mindlina I. **Diagnosis and management of Sandifer syndrome in children with intractable neurological symptoms.** Eur J Pediatr. 2020 Feb;179(2):243-250. doi: 10.1007/s00431-019-03567-6. Epub 2020 Jan 11. PMID: 31925500; PMCID: PMC6971150.
2. PÉRCOPE, Sheila; PÉRCOPE, Fernanda; GRACIA. Josher. **Sorpej-pediatria: Gastroenterologia.** 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 1-280.
3. FA, CAMPOS Jr. D. **Tratado de Pediatria.** Sociedade Brasileira de Pediatria. 4<sup>a</sup> Ed. Editora Manole, 2017.
4. MARCONDES, Eduardo. **Pediatria Básica**, vol. 1 e 2 – Editora Sarvier. 8 edição.
5. CURIEN-CHOTARD, M.; JANTCHOU, P. **Natural history of gastroesophageal reflux in infancy: new data from a prospective cohort.** BMC Pediatrics, v. 20, n 1. p. 152, 2020.
6. SINGENDONK, M.; GOUDSWAARD, E.; LANGENDAM, M.; WIJK, M.; ETTEL-JAMALUDIN, F.; BENNINGA, M.; TABBERS, M. **Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms in Infants and Children.** Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, v. 68, n 6. p. 811-817, 2019.
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de Gastroenterologia. **Regurgitação no lactente (Refluxo Gastroesofágico Fisiológico) e Doença do Refluxo Gastroesofágico na Pediatria.** Documento Científico, n. 2, 2017.

## **SEGUNDO BLOCO - SISTEMA RESPIRATÓRIO**

# Desvendando as principais doenças da infância

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](http://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 



 **Athena**  
Editora  
Ano 2021

# Desvendando as principais doenças da infância

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

@atenaeditora 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](http://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 



**Atena**  
Editora  
Ano 2021