

Perfil de pacientes pediátricos com doenças inflamatórias intestinais, atendidos em ambulatório de referência na Cidade do Salvador

Profile of pediatric patients with inflammatory bowel diseases, assisted outpatient in reference in the City of Salvador

Manuela Mendonca Lima¹, Luciana Rodrigues Silva², Rita de Cassia Pereira Franca³,
Genoile Oliveira Santana⁴, Isabela Tavares Ribeiro⁵

¹Médica Residente de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital Universitário
Professor Edgar Santos da UFBA.

²Professora Titular Doutora do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas da UFBA

³Médica Preceptora Doutora do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas da UFBA

⁴Professora Doutora da UNEB, Médica Preceptora do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia da UFBA

⁵Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia-UFBA

Resumo

Introdução: as doenças inflamatórias intestinais são doenças heterogêneas, decorrentes de um processo inflamatório crônico e que se iniciam na faixa etária pediátrica em torno de 25% dos casos. As crianças, em geral, apresentam quadros iniciais mais graves e extensos da doença e importante comprometimento nutricional. Nas últimas décadas, estudos epidemiológicos evidenciaram um aumento da incidência dessas patologias. **Objetivo:** avaliar uma série de casos de crianças e adolescentes com doenças inflamatórias intestinais, atendidas em um ambulatório especializado no Estado da Bahia, no ano de 2012. **Metodologia:** os pacientes foram selecionados através de busca ativa dos prontuários, com os seguintes critérios de inclusão: acompanhamento regular no serviço, diagnosticados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2012, com critérios clínicos, radiológicos, endoscópicos e/ou histopatológicos que comprovassem o diagnóstico de doença inflamatória intestinal. **Resultados:** foram selecionados 30 pacientes e houve predominância do diagnóstico de RCU, quando comparada à DC (60% e 40%, respectivamente). Os sintomas tiveram início antes dos 10 anos de idade em 70% dos pacientes. O período entre o início dos sintomas das DII e o diagnóstico foi superior a 1 ano em 46,6% dos casos. A relação peso para idade foi abaixo do percentil 3 em 60% dos pacientes ao diagnóstico. **Conclusão:** é necessária uma maior divulgação de protocolos diagnósticos com o objetivo de ampliar o conhecimento dos pediatras acerca das doenças inflamatórias intestinais, a fim de que o diagnóstico seja mais precoce e o encaminhamento feito de modo adequado para os serviços de referência.

Palavras-chave: Proctocolite. Doença de Crohn. Pediatria.

Abstract

Introduction: the inflammatory bowel diseases are heterogeneous diseases, caused by a chronic inflammatory process that begins and pediatric around 25% of cases. Children generally have initial profiles more severe and extensive disease and important nutritional impairment. In recent decades, epidemiologic studies showed an increased incidence of these pathologies. **Objective:** To evaluate a number of cases of children and adolescents with inflammatory bowel disease treated at a specialized clinic in Bahia, in 2012. **Methodology:** patients were selected through an active search of the records, with the following inclusion criteria: regular monitoring service, diagnosed from January 2006 to December 2012, with clinical, radiologic, endoscopic and / or histological proving that diagnosing inflammatory bowel disease. **Results:** we selected 30 patients and were predominantly diagnosed with UC when compared to DC (60% and 40%, respectively). Symptoms began before 10 years of age in 70% of patients. The period between onset of symptoms and diagnosis of IBD was more than 1 year in 46.6% of cases. The weight-for-age was below the 3rd percentile in 60% of patients at diagnosis. **Conclusion:** there is a need for greater dissemination of diagnostic protocols in order to increase the knowledge of pediatricians about the inflammatory bowel diseases, so that the diagnosis is made early and referral as appropriate for referral services.

Keywords: Proctocolitis. Crohn disease. Pediatrics.

INTRODUÇÃO

O grupo de doenças inflamatórias intestinais é composto pela Doença de Crohn (DC), Retocolite Ulcerativa (RCU) e Colite Indeterminada (CI). São aceitas como doenças heterogêneas, com larga variedade de apresentações clínicas, decorrentes de um processo inflamatório crônico, caracterizadas por períodos de remissões e recidivas. Sua fisiopatologia é complexa, envolvendo fatores genéticos e imunológicos na sua patogênese, com seus múltiplos genes de suscetibilidade, além de fatores ambientais pouco conhecidos.¹⁸

Nas últimas décadas, estudos epidemiológicos evidenciaram um aumento da incidência da DC e RCU, com um predomínio importante da DC, tanto em adultos como em crianças.¹ Inicialmente, essa patologia era mais prevalente nos países desenvolvidos. Entretanto, houve um aumento importante da sua incidência nas regiões nas quais a DII era considerada rara, como a Ásia. Fatores ambientais, especialmente a industrialização e a ocidentalização da sociedade, vem sendo atribuídos como possíveis causas do aumento da incidência dessa patologia nesses países.⁵

As doenças inflamatórias intestinais são condições crônicas que se iniciam na faixa etária pediátrica em torno de 25% dos casos. Na pediatria, o pico do início dos sintomas ocorre na adolescência, mas crianças menores de cinco anos podem ser acometidas em 4% dos casos. As crianças, em geral, apresentam quadros iniciais mais graves e extensos da doença, maior prevalência de manifestações extraintestinais e importante comprometimento nutricional, além de particularidades como atraso do crescimento e do desenvolvimento, quando comparadas aos adultos. Tais fatos podem ser decorrentes do controle inadequado da inflamação, do retardo no diagnóstico, da resposta imune, de fatores ambientais, dietéticos, do microbioma, das manifestações extraintestinais e da dificuldade de se obter a manutenção da remissão ou ainda dos efeitos colaterais do tratamento.¹³

Estudos sugerem que os fatores genéticos podem ser mais importantes na apresentação da doença inflamatória na faixa etária pediátrica em relação aos adultos. Após a descoberta dos genes de suscetibilidade para a DC, como as mutações do gene NOD2/CARD15, ficou estabelecida a complexidade genética de tal patologia.⁵ Frequentemente, existe uma história familiar positiva, que pode variar de 26% a 42%, e este representa um fator de risco importante.¹⁰

A DC caracteriza-se pelo acometimento assimétrico, não homogêneo do tubo digestivo em qualquer dos seus segmentos, podendo ser focal com presença de úlceras aftóides ou transmuralis, quando acomete toda a parede da mucosa até a serosa, desde a boca até o ânus. Nas crianças, o local mais comumente atingido é o íleo terminal e a região ileocecal. Ressalte-se que mais de 50% das crianças apresentam envolvimento colônico, principalmente de ceco e colón ascendente.²

O quadro clínico depende, primariamente, da localização e extensão das lesões, além da idade da apresentação da doença. Nas crianças menores de cinco anos, que apresentam mais envolvimento do intestino grosso, o sintoma mais observado é a diarreia com sangue e dor abdominal em até 91% dos pacientes, podendo ser observados lesões perianais.¹³

A RCU é caracterizada por uma inflamação difusa das camadas mucosa e submucosa, que não se aprofunda na parede da mucosa, limitada ao colón, que geralmente se inicia no reto e avança cranialmente, de forma contínua. A doença pode ser classificada pela extensão do acometimento da mucosa. De acordo com Classificação de Montreal, essa patologia é considerada proctite, quando está confinada ao reto, colite esquerda, com acometimento até a flexura esplênica, e colite extensa, quando envolve além do ângulo esplênico.¹⁷ O acometimento superficial do íleo terminal, que se chama ileíte de refluxo, pode ser observado nesses pacientes.

A RCU na população pediátrica tem um quadro clínico semelhante ao encontrado em adultos. Devido ao intenso quadro inflamatório na mucosa, os sintomas mais prevalentes são sangramento retal, diarreia, dor abdominal, tenesmo e urgência fecal.

A colite indeterminada é um termo utilizado para os pacientes que apresentam características clínicas, endoscópicas e histológicas compatíveis com o diagnóstico de doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa, não permitindo a diferenciação entre essas duas patologias. Cerca de 10% dos casos são classificados com CI. Os sistemas de classificação mais novos recomendam que o termo colite indeterminada seja reservado para os pacientes que permaneçam indefinidos após a colectomia e análise histológica. Os demais deverão ser considerados DII não classificada.⁸

Nenhum parâmetro clínico e laboratorial é útil em prever isoladamente a gravidade dessas doenças em crianças. Especificamente na DC, foi criado um escore, denominado PCDAI (Pediatric Crohn's Disease Activity Index), com o objetivo de avaliar a gravidade da doença, com grande utilidade no acompanhamento clínico das crianças. Um escore maior que 30 ocorre na doença moderada a grave, o que sinaliza para a necessidade de uma terapêutica mais agressiva.⁹ Já na RCU, utiliza-se o PUCAI (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index), o qual utiliza apenas sintomas relatados pelos pacientes. O escore é dividido em doença sem atividade (<10), atividade leve (10-34), atividade moderada (35-64) e atividade grave (> ou igual a 65). Existem algumas limitações nesse escore, não devendo ser utilizado em pacientes com doença restrita ao reto, além disso, ele não é capaz em diferenciar a colite fulminante da colite grave.²⁰

O tratamento dos pacientes com DII depende da gravidade e localização da doença, e consiste em induzir e manter a remissão clínica, diminuindo a frequência das recidivas. A terapêutica é sempre individualizada a depender do quadro, da gravidade, extensão da doença e das suas complicações.

As drogas imunossupressoras e a terapia biológica, com anticorpo monoclonal anti-TNF, ampliaram o tratamento das DII na faixa etária pediátrica. Possibilitam melhores resultados para obtenção de remissão e manutenção de remissão em uma parte dos pacientes, suspensão dos corticosteroides nos pacientes corticodependentes, além de promover o fechamento de fístulas. Segundo estudo brasileiro realizado em 2010, o infliximabe foi efetivo em reduzir os índices de atividade da doença, com uma importante melhora clínica dos pacientes e redução da dose de corticosteroides até a semana 22.¹⁹

As doenças inflamatórias intestinais são patologias associadas à elevada morbidade, com forte impacto negativo no crescimento e desenvolvimento na faixa etária pediátrica¹. Devido ao aumento no número de casos, não podem ser consideradas mais como doenças raras.⁵ No Brasil, principalmente na região Nordeste, existem poucos estudos que abordem as características das crianças acometidas por doenças inflamatórias intestinais. O objetivo do presente trabalho é analisar uma série de casos de crianças e adolescentes com doenças inflamatórias intestinais, atendidas em um ambulatório especializado no Estado da Bahia no ano de 2012, com ênfase no quadro clínico, laboratorial e endoscópico desses pacientes, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2012.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo de uma série de casos de doença inflamatória intestinal na faixa etária pediátrica. Os pacientes foram selecionados através de busca ativa dos prontuários de crianças atendidas no ambulatório de doença inflamatória intestinal, do serviço de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia, na cidade de Salvador, no estado da Bahia, no período de janeiro a dezembro de 2012. Nesse período, trinta e três pacientes foram atendidos com o diagnóstico de doença inflamatória intestinal. Foram selecionados 30 pacientes, com os seguintes critérios de inclusão: acompanhamento regular no serviço, diagnosticados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2012, com critérios clínicos, radiológicos, endoscópicos e/ou histopatológicos que comprovassem o diagnóstico de doença inflamatória intestinal. Apenas os pacientes do período referido foram atendidos pela primeira autora, excluindo-se pacientes de períodos anteriores.

Os dados colhidos dos prontuários foram anotados em questionário para a obtenção do perfil clínico, diagnóstico e terapêutico desse pacientes. As variáveis selecionadas foram: sexo, idade do início dos sintomas, idade do diagnóstico, manifestações clínicas (intestinais e extraintestinais), estado nutricional no momento do diagnóstico, estado nutricional atual, as alterações laboratoriais, radiológicas, endoscópi-

cas e histológicas, história familiar de DII, comorbidades associadas, tratamento empregado, resposta ao tratamento, complicações e necessidade de tratamento cirúrgico.

A gravidade da patologia à época do diagnóstico, assim como a resposta ao tratamento empregado, foi definida através da aplicação dos escores de PCDAI e PUCAI. O PCDAI é um instrumento validado para definir a gravidade da doença e inclui os seguintes parâmetros: dor abdominal, número de episódios de diarreia, estado geral, peso, velocidade de crescimento, presença de dor ou massa abdominal à palpação, doença perianal, manifestações extraintestinais, valores de hematócritos, velocidade de hemossedimentação, proteína c reativa e nível de albumina sérica.⁹ O PUCAI foi desenvolvido com o objetivo de classificar a gravidade da RCU e utiliza apenas sintomas clínicos, tais como: dor abdominal, sangramento retal, consistência das fezes, número de dejeções diárias, presença de diarreia noturna e estado geral.²⁰

Para a análise dos dados obtidos, utilizaram-se as médias. As variáveis qualitativas foram descritas em termos de proporções e as variáveis quantitativas foram avaliadas por medidas de tendência central e dispersão, com auxílio do Software Statical Package For The Social Sciences (SPSS versão 9.0).

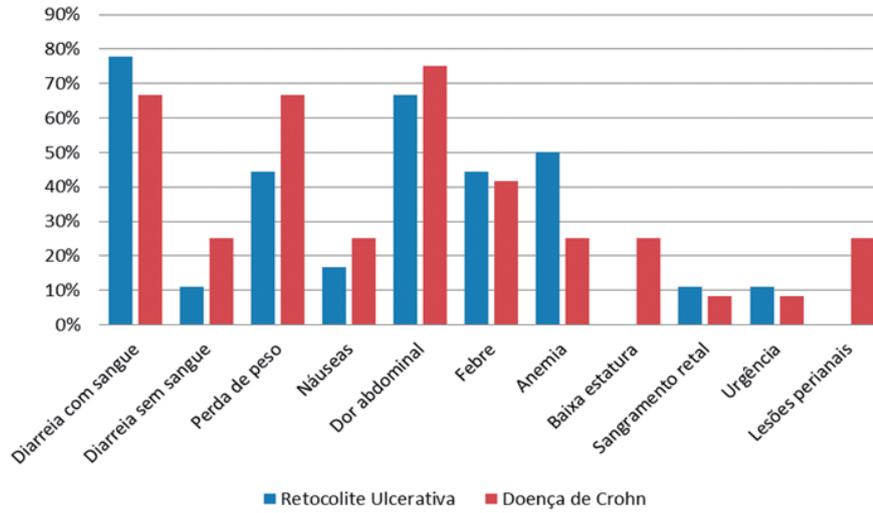
De acordo com as normas propostas para pesquisas envolvendo seres humanos, o protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUPES.

RESULTADOS

Dos 30 pacientes que participaram do estudo, 18 pacientes (60%) foram do sexo masculino e 12 (40%) do sexo feminino. A idade do início dos sintomas variou de um ano a 13 anos, com uma média de 6 anos e mediana de 8 anos. Apenas 9 pacientes (30%) estavam acima de 10 anos ao início do quadro clínico. Dezoito pacientes (60%) tinham o diagnóstico de RCU, 12 (40%) de DC e nenhum de colite indeterminada. Doze indivíduos (40%) residiam na capital e região metropolitana, o restante foi proveniente do interior.

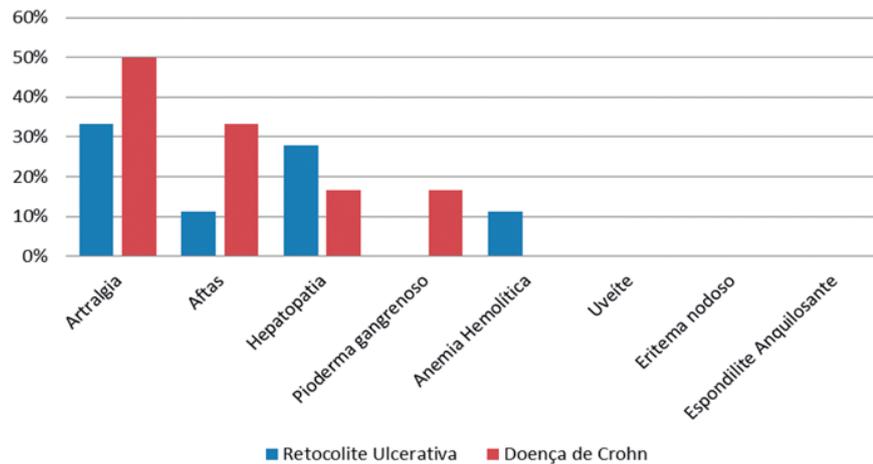
A duração entre o período do início dos sintomas dessas patologias e o diagnóstico foi inferior a 1 ano em 14 crianças (46,6%), sendo que em 16 (53,4%), foi observado um período superior a um ano. Na RCU, o principal sintoma foi a diarreia com sangue, presente em 16 casos (88,8%). Por outro lado, na DC, a dor abdominal foi a manifestação mais comum, presente em nove casos (75%). No que se refere à avaliação nutricional, 10 crianças (83%) com DC e 8 (44,4%) com RCU tiveram o peso abaixo do percentil 3. Contudo, no pacientes em geral, houve recuperação do peso em nove indivíduos (75%) com DC, enquanto que, na RCU, 10 pacientes (55,5%) recuperaram seu peso após o início do tratamento.

Figura 1. Sintomas relatados pelos pacientes pediátricos com Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn no momento do diagnóstico.



As manifestações extraintestinais estiveram presentes em 10 crianças (55,5%) com RCU e 8 (66%) com DC, sendo que a artralgia foi o achado mais comum em ambos os grupos. Na RCU, 6 crianças (60%) tiveram artralgia, 2 (20%) aftas e 2 (20%) anemia hemolítica. Na DC, 6 indivíduos (75%) apresentaram artralgia, 4 (50%) aftas e 2 (25%) pioderma gangrenoso.

Figura 2. Ocorrências de manifestações extra-intestinais no momento do diagnóstico de crianças com Doenças Inflamatórias Intestinais.

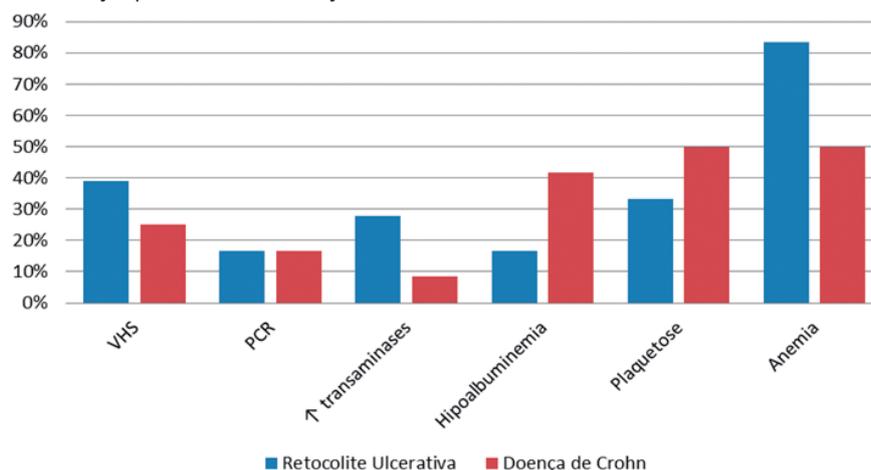


A associação com doença hepática foi observada nas duas patologias, sendo mais frequente, contudo, na RCU. Seis crianças (33,3%) com RCU apresentaram hepatopatia, sendo que 3 (50%) obtiveram o diagnóstico de colangite esclerosante e 3 (50%) o diagnóstico de hepatite autoimune. Por outro lado, no grupo com DC, apenas 1 paciente (8,3%) apresentou doença hepática (hepatite autoimune).

Um paciente (5,5%) com RCU apresentou esferocitose como comorbidade, ao passo que um paciente (8,3%) com DC possuía trombose de veia porta. Apenas em uma criança (3,3%) houve relato de história familiar de DII.

A anemia foi a alteração laboratorial mais comum, encontrada em 16 pacientes (88,8%) de RCU e em 6 (50%) de DC. A hipoalbuminemia foi encontrada em 5 crianças (41%) na DC, enquanto que, na RCU, somente 3 (16,6%) apresentavam essa alteração.

Figura 3. Ocorrências de alterações laboratoriais detectadas no momento do diagnóstico nas crianças portadoras de doenças inflamatórias intestinais.



Com relação ao primeiro exame endoscópico, todas as crianças que participaram do estudo apresentavam alterações à colonoscopia sugestivas de DII. Onze pacientes com DC (97%) exibiram lesões à endoscopia alta, enquanto que 4 (66%) também apresentaram alterações à tomografia computadorizada do abdômen.

Quanto à extensão da doença, nos pacientes com DC: em 7 (58,3%) foi ileocólica, em 3 (25%) restrita ao íleo terminal e em 12 (16%) foi colite de Crohn. Quatro pacientes (33,3%) com DC apresentaram lesões em região perianal. Já na RCU: 11 pacientes (61,1%) apresentaram colite extensa, 2 (11,1%) proctite e 2 (11,1%) colite esquerda. O exame anatomopatológico do intestino, coletado durante a colonoscopia, foi diagnóstico em 22 pacientes (73,3%) e inespecífico nos 8 (26,6%) restantes. Naquelas crianças cuja biópsia foi considerada inespecífica, o diagnóstico de DII se deu devido à presença de alterações sugestivas na história clínica e exames laboratoriais, além de uma boa resposta à terapêutica empregada.

Em relação aos índices de atividade de doença ao diagnóstico, no grupo com DC, 10 pacientes (83,3%) obtiveram um escore maior que 30 e foram classificadas como doença moderada a grave ao serem diagnosticadas. Já no grupo dos pacientes com RCU: 3 (16,6%) apresentaram atividade leve, 11 (61,1%) atividade moderada e 1 (3,3%) atividade grave. Nesse grupo, três pacientes não puderam ser classificados, no momento do diagnóstico, devido à ausência de dados necessários para o PUCAI nos prontuários analisados.

O corticoide foi o medicamento utilizado na indução da remissão em 17 indivíduos (94,4%) no grupo da RCU e em 11 (91,6%) no grupo da DC. Nos pacientes com RCU, na terapia de manutenção da remissão foram utilizados os aminossalicilatos em 12 (66,6%) e a azatioprina em 8 (33,4%). Por outro lado, o tratamento de manutenção do grupo com DC foi realizado com aminossalicilatos em 2 crianças (16,6%) e azatioprina em 7 (58,3%). Houve

necessidade de terapia enteral exclusiva em 3 dos pacientes (25%) com DC, em decorrência do importante comprometimento nutricional apresentado, e três (25%) crianças foram tratadas com infliximabe.

Devido às complicações das fistulas perianais, 3 dos pacientes (25%) com DC necessitaram de procedimento cirúrgico. Nenhum paciente com RCU foi submetido à intervenção cirúrgica nesta população no período estudado.

No momento da coleta de dados nos prontuários, 7 dos pacientes (46,6%) com RCU estavam em remissão e 6 (58,3%) no grupo com DC. Durante o acompanhamento desses indivíduos, 11 (61,1%) com RCU e 7 (58,3%) com DC já apresentaram reativação da doença em algum momento do tratamento.

DISCUSSÃO

No presente estudo, os pacientes do sexo masculino foram mais frequentes do que o sexo feminino. Essa diferença é ainda mais evidente no grupo com DC, com 75% das crianças pertencentes ao sexo masculino. Esse dado foi semelhante ao encontrado em outros estudos internacionais, como aqueles realizados por Kappelman et al e Castro et al, observaram que a DC foi ligeiramente mais prevalente no sexo masculino.^{1,3,12} No entanto, estudos multicêntricos são necessários para avaliar a real distribuição das DII na faixa etária pediátrica, de acordo com o sexo e a área geográfica considerada.

Houve predominância do diagnóstico de RCU, quando comparada à DC (60% e 40%, respectivamente). Esses resultados foram semelhantes aos encontrados em pesquisas realizadas na Itália, enquanto que, em estudos realizados na Inglaterra e nos Estados Unidos, observou-se uma maior prevalência da DC sobre a RCU, na faixa etária pediátrica.^{3,12,13}

Os sintomas tiveram início antes dos 10 anos de idade em 70% dos pacientes, o que difere da maioria das casuísticas. Na faixa etária pediátrica, as doenças infla-

matérias intestinais apresentam incidência mais elevada em adolescentes do que em crianças, com uma média de idade ao diagnóstico de 11,9 anos.^{6,13,15} Tal fato, provavelmente, resulta da idade do ingresso dessas crianças ao ambulatório, que se dá principalmente em idade inferior a 16 anos, o que pode ter acarretado um viés de seleção.

A duração entre o período do início dos sintomas das DII e o diagnóstico foi superior a um ano em 46,6% dos casos, o que é consistente com o período observado em outros estudos realizados no Brasil.^{6,7} Vários fatores corroboram para esse resultado, entre eles, maior incidência de pacientes desprovidos de recursos econômicos, dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados e à exames de alta complexidade, o que leva a um maior atraso no diagnóstico.

A relação peso para idade foi abaixo do percentil 3 em 60% dos pacientes no momento do diagnóstico, semelhante ao descrito na literatura. Esse dado deve ser ressaltado, pois torna a avaliação antropométrica, realizada pelo pediatra, uma etapa primordial da consulta, devido às particularidades das doenças inflamatórias intestinais na faixa etária pediátrica, com repercussões sistêmicas importantes, como a desaceleração do crescimento, que podem inclusive também orientar a terapêutica.^{10,18}

A diarreia com sangue foi o principal sintoma observado na RCU e esteve presente em 88,8% das crianças, assim como a dor abdominal foi a manifestação mais comum no grupo da DC, acometendo 75% dos casos. Não foram observadas diferenças, em relação aos sintomas apresentados no momento do diagnóstico, com o que é observado na literatura internacional.³

O presente estudo mostrou uma alta prevalência de manifestações extraintestinais, sendo 55,5% crianças com RCU e 66% com DC acometidas. A literatura internacional relata que, na faixa etária pediátrica, cerca de 25% das crianças apresentam pelo menos uma manifestação extraintestinal no momento do diagnóstico. Além disso, estudos prévios já demonstraram que sintomas como artralgia, artrites e o eritema nodoso, tendem a ser mais evidentes nos períodos de atividade da doença.⁴ Como os dados foram colhidos no momento do diagnóstico, antes do início da terapêutica específica e com a doença em atividade, tal fato pode ter sido responsável por uma maior porcentagem de manifestações extraintestinais no presente estudo.

A artralgia foi observada em 40% dos pacientes com doença inflamatória intestinal. Esse dado é semelhante à aquele reportado por Jose et al que observou uma maior incidência desse sintomas tanto na RCU quanto na DC.¹¹

Envolvimento hepático esteve presente em 23,3% do total dos pacientes com doença inflamatória intestinal, sendo mais frequente naqueles com RCU. Tanto a colangite esclerosante quanto a hepatite autoimune foram diagnosticadas em igual porcentagem no

grupo com RCU. As casuísticas mundiais relatam um menor acometimento hepático na faixa etária pediátrica em comparação com adultos, sendo observado em 6% dos pacientes com RCU, decorrente do fato de não apresentar sintomas e da ausência de investigação diagnóstica rotineira.¹⁸

Uma história familiar de doença inflamatória intestinal está presente em 26% a 42% dos parentes de primeiro grau das crianças diagnosticadas.¹⁷ No presente estudo, apenas uma criança (3,3%) relatava história familiar de DII. Tal fato pode ser decorrente da dificuldade de acesso dos familiares aos centros especializados, assim como aos exames de alta complexidade necessários para o diagnóstico e a falta da familiaridade dos profissionais de saúde em relação a esta enfermidade.

A extensão da RCU foi muito semelhante à descrita na literatura, com 61,1% dos pacientes apresentando colite extensa.^{13,16} No grupo com DC, a região mais acometida foi a ileocólica, seguida por lesões no íleo terminal e colite de Crohn. A literatura descreve um maior acometimento do íleo terminal em crianças mais velhas, semelhante ao que ocorre no adulto. Já nas crianças menores de 5 anos, observa-se um envolvimento colônico de modo mais frequente, tanto na sua forma isolada quanto em associação com o acometimento do intestino delgado.^{2,10,13}

Em relação ao tratamento, na maioria dos pacientes com DC foi necessária a introdução precoce de imunossupressores, correspondendo a 58,3% das crianças. Esses números são decorrentes da uma apresentação clínica inicial dos pacientes estudados, onde 83,3% apresentavam doença moderada a grave. O uso precoce dos imunossupressores vem sendo preconizada nesse grupo de pacientes, com o objetivo de induzir e manter remissão da patologia.¹⁶

CONCLUSÃO

As doenças inflamatórias intestinais são patologias associadas à elevada morbidade na faixa etária pediátrica, com repercussão no crescimento em mais da metade das crianças acometidas.

Nos últimos anos, vêm-se observando um aumento na sua incidência, que aliado a uma maior gravidade dessas doenças nesses pacientes, torna imprescindível o seu diagnóstico precoce.

O intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico dessas patologias ainda permanece elevado no Brasil, como observado no presente estudo. Além disso, a porcentagem de história familiar positiva encontrada nessa casuística foi inferior aos números relatados em outros estudos, devido ao somatório de circunstâncias, como o baixo nível socioeconômico da população, dificuldade de acesso a centros especializados e a ausência de protocolos clínicos, destinados aos pediatras, que orientem o diagnóstico.

Sendo assim, é necessária uma maior divulgação de protocolos diagnósticos com o objetivo de ampliar o

conhecimento dos pediatras acerca das DII, de modo que essas patologias sejam mais lembradas e, conseqüentemente, leve a um encaminhamento mais rápido ao especialista, minimizando os danos potenciais que essas patologias podem causar às crianças.

REFERÊNCIAS

1. BENCHIMOL E, F. K. et al. Epidemiology of pediatric IBD: a systematic review of international trends. **Inflamm. Bowel Dis.**, New York, v. 17, n. 1, p. 423-439, 2011.
2. BOUSVAROS, A. et al. Differentiating ulcerative colitis from Crohn disease in children and young adults: report of a Working Group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and the Crohn's and Colitis Foundation of America. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, New York, v. 44, n. 5, p. 653-74, 2007.
3. CASTRO, M. et al. Inflammatory bowel disease in children and multi-center in Italy: Data from the Pediatric National IBD Register (1996-2003). **Inflamm. Bowel Dis.**, New York, v. 14, n. 9, p. 1246-52, 2008.
4. DOTSON, J. L. et al. Extraintestinal manifestations of pediatric inflammatory bowel disease and their relation to disease type and severity. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, New York, v. 501, n. 2, p. 140-45, 2010.
5. ECONOMOU M, P. G. New global map of Chron's disease: genetic, environmental, and socioeconomic correlations. **Inflamm. Bowel Dis.**, New York, v. 14, n. 5, p. 709-720, 2008.
6. ELIA, P. P. et al. Análise descritiva dos perfis social, clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 332-39, 2007.
7. FIGUEREDO, A. A. et al. Colite ulcerativa inespecífica em crianças e adolescentes: análise de casuística. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 309-315, 2004.
8. HEYMAN, M. B. et al. Children with early-onset inflammatory bowel disease (IBD): analysis of a pediatric IBD Consortium Registry. **J. Pediatr.**, St. Louis, v. 146, n. 1, p. 35-40, 2005.
9. HYAMS, J. S. et al. Evaluation of pediatric Crohn's disease activity index: a prospective multicenter experience. Pediatric Inflammatory Bowel Disease Collaborative Research Group. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, New York, v. 41, n. 4, p. 416-21, 2005.
10. IBD Working Group of the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). Inflammatory bowel disease in children and adolescents: recommendations for diagnosis – the Porto criteria. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, New York, v. 41, n. 1, p. 1-7, 2005.
11. JOSE, F.A. et al. Development of extraintestinal manifestations in pediatric patients with inflammatory bowel disease. **Inflamm. Bowel Dis.**, New York, v. 15, n. 1, p. 63-8, 2009.
12. KAPPELMAN, M.D. et al. The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States. **Clín. Gastroenterol. Hepatol.**, Philadelphia, v. 5, n. 12, p.1424-9, 2007.
13. KELSEN, J.; BALDASSANO, R. N. Inflammatory bowel disease: the difference between children and adults. **Inflamm. Bowel Dis.**, New York, v. 14, (supp 2):S9-11. 2008.
14. RIBD Working Group. Refractory Inflammatory Bowel Disease in Children. **J Pediatr. Gastroenterol .Nutr.**, New York, v. 47, n. 2, p. 266-72, 2008.
15. SANDHU, B. K. et al.Guidelines for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Children in the United Kingdom. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, New York, v. 50, n. 1, S1-S13, 2010.
16. SHERLOCK, M. E.; GRIFFITHS, A. M. Medical therapy for pediatric inflammatory bowel disease. **Curr. Gastroenterol. Rep.**, Philadelphia, v. 14, n. 2, p.166-173, 2012.
17. SILVERBERG, M.S. et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel diseases report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. **Can. J. Gastroenterol.**, Oakville, v. 19, suppl A: 5A- 36A, 2005.
18. SOKOL, H. et al. Disease activity and cancer risk in inflammatory bowel disease associated with primary sclerosing cholangitis. **World J. Gastroenterol.**, Beijing, v. 14, n. 22, p. 3497-503, 2008.
19. TIEMI, J.; KOMATI, S.; SDEPANIAN, V.L. Effectiveness of infliximab in Brazilian children and adolescents with Crohn disease and ulcerative colitis according to clinical manifestations, activity indices of inflammatory bowel disease, and corticosteroid use. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, New York, v.50, n. 6, p. 628-33. 2010.
20. TURNER, D. et al. Development and evaluation of a Pediatric Ulcerative Activity Index (PUCAI): a prospective multicenter study. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 133, n. 2, p.423-32, 2007.

Submetido em 17.02.2013;

Aceito em 18.06.2013.