

CAPÍTULO 16

O lactente que regurgita e a criança que vomita

Marcella Moura Ceratti | Ricardo Katsuya Toma

RESPOSTAS

1. O primeiro passo na abordagem de um paciente com náuseas e vômitos é a identificação de sinais de alarme, para identificar patologias possivelmente graves. Este paciente possui dois sinais de alarme: emagrecimento e despertar noturno, o que dá ainda maior importância para a investigação do quadro.
2. Os sinais e sintomas são sugestivos de vômitos por doença péptica, mais especificamente, uma provável gastrite ou doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) com esofagite associada ao uso de anti-inflamatório. É importante questionar sobre as características dos vômitos, se é realmente um vômito (expulsão forçada) ou regurgitação (refluxo passivo de alimento) e reconhecer suas características (sanguinolento, bilioso etc.). Além disso, deve-se perguntar a respeito de hábitos alimentares (se o quadro costuma piorar em jejum ou quando ingere alimentos mais agressivos à mucosa gástrica como refrigerantes, alimentos ácidos e industrializados).
3. Um diagnóstico diferencial poderia ser uma reação adversa a um alimento, por exemplo, intolerância alimentar. Neste caso, os vômitos seriam precedidos pela ingestão de um alimento específico, o que não parece ser o caso.

Outro diagnóstico diferencial é dispepsia funcional, em que dor epigástrica em queimação e vômitos crônicos podem estar presentes, porém não são acompanhados de sinais de alarme como emagrecimento ou despertar noturno e, além disso, tem como critério estar presente por mais de 2 meses.

A enxaqueca abdominal é uma etiologia de vômitos recorrentes em jovens. Neste caso, em que o paciente tem cefaleia, é um diagnóstico diferencial importante. Entretanto, a enxaqueca abdominal não costuma cursar com sintomas pépticos como dor epigástrica em queimação, pirose e azia. Seria importante investigar se a cefaleia possui características de enxaqueca, como pulsatilidade, forte intensidade, incapacitante, precedida por desencadeantes e associada a foto ou fonofobia, por exemplo.

Outro diagnóstico diferencial são as causas neurológicas. Entretanto, geralmente se apresentam com cefaleia progressiva, alterações neurológicas e vômitos sem náusea, o que não é compatível com o quadro descrito.

Pancreatite crônica é um diagnóstico diferencial possível, já que pode cursar com dor epigástrica, náuseas e vômitos e nem sempre causa esteatorreia. Porém, é menos prevalente, podendo ser considerada caso não haja melhora dos sintomas com as medidas iniciais.

4. A conduta neste momento é realizar um teste terapêutico com a suspensão de ibuprofeno e substituição por outro analgésico como dipirona ou paracetamol para tratar a cefaleia. Além disso, deve-se orientar medidas comportamentais, como manejo de obesidade, caso aplicado, evitar alimentos que pioram os sintomas (geralmente chocolate, cafeína, comidas apimentadas e refrigerantes), evitar comer muito e se deitar em seguida, dormir com cabeceira elevada e cessação de drogas como tabagismo, *vaping* e álcool, caso aplicado.
5. Caso os sintomas não melhorem com as medidas comportamentais, o próximo passo é o teste terapêutico com supressão ácida (inibidor de bomba de prótons ou famotidina) por 2 a 4 semanas. Caso ainda assim não haja melhora ou os sintomas retornarem após suspender o medicamento após 4-8 semanas, deve ser encaminhado a um gastroenterologista pediátrico ou solicitada uma endoscopia digestiva alta.