

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO FINAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE VÔMITOS CÍCLICOS.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND FINAL DIAGNOSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENT WITH SUSPECT OF CYCLIC VOMITING SYNDROME.

Ana Paula **SCHUSTER**¹, Aristides Schier **DA CRUZ**², Juliana Gabriele **MOLINI**¹.

Rev. Méd. Paraná/1364

Schuster AP, Da Cruz AS, Molini JG. Características clínicas e diagnóstico final em crianças e adolescentes com suspeita de síndrome de vômitos cíclicos. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):22-26.

RESUMO - A síndrome de vômitos cíclicos (SVC) é caracterizada por episódios recorrentes de náusea, vômitos incontroláveis, dor abdominal e prostração. Durando horas à dias, com intervalos de semanas ou meses assintomáticos entre as crises. Acomete principalmente crianças e adolescentes. O objetivo foi analisar as características clínicas, diagnóstico final e evolução de crianças e adolescentes com suspeita de SVC atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba entre os anos de 2010 a 2014. Foram avaliados 68 pacientes, com idade mediana do início das crises de 3,5 anos e da primeira consulta ao gastroenterologista de 9 anos. O atendimento emergencial ocorreu em 69% dos casos e a desidratação em mais da metade. É necessário aprimorar o atendimento emergencial e a precocidade do diagnóstico visto que há em média um atraso de 5 anos entre o início dos sintomas e a visita ao especialista e um desconhecimento da doença por parte dos médicos e da população.

DESCRITORES - Síndrome dos Vômitos Cíclicos, Vômitos, Cefaleia, Náusea.

INTRODUÇÃO

Síndrome de vômitos cíclicos (SVC) é a ocorrência de episódios recorrentes de náusea, vômitos incontroláveis, dor abdominal, prostração, com duração de horas ou dias e intervalo de semanas ou meses assintomáticos entre as crises ^(1,2,3). Acomete principalmente crianças e adolescentes ⁽⁴⁾. Promove grande sofrimento e risco metabólico, geralmente com necessidade de suporte hospitalar. ⁽⁵⁾

Atualmente é classificada como uma dismotilidade gastrointestinal funcional, de acordo com os Critérios de Roma III ⁽⁶⁾. A frequência dos episódios é bastante variável, mas tendem a iniciar na mesma hora, geralmente de manhã ou durante a noite ⁽²⁾. Atualmente considera-se que a SVC possui a mesma fisiopatogenia da enxaqueca, e por isto há associação freqüente com outros sintomas: palidez, fotofobia, fonofobia, salivação, dor abdominal, cefaléia, taquicardia, hipertensão, febre, diarreia, manchas na pele, leucocitose, distúrbios emocionais ^(2,7,8). Do mesmo modo que na enxaqueca, em cerca de 80%

dos pacientes é possível identificar um fator desencadeante para as crises. ⁽¹⁰⁾

Os critérios de Roma III para diagnosticar o paciente como portador da SVC exigem dois ou mais episódios de vômitos paroxísticos estereotipados e/ou náusea intensa, com retorno ao estado de saúde normal, livre de sintomas, durante semanas ou meses ^(11,12). Como critérios de apoio tem-se a história mórbida pessoal ou histórico familiar de cefaléia do tipo enxaqueca. ⁽³⁾

Suas características recorrentes e com ataques agressivos de náuseas, vômitos e os demais sintomas causam morbidade substancial e falta às atividades escolares ⁽⁸⁾. Apesar de o reconhecimento diagnóstico ser bastante simples apenas com a observância dos Critérios de Roma III, baseada em histórico clínico, é necessária uma investigação minuciosa, pois uma parcela considerável de pacientes com histórico semelhante acabam sendo surpreendidos com diagnósticos de doenças orgânicas graves, situações em que é descartado o diagnóstico de SVC ⁽²⁾.

O objetivo desta pesquisa foi analisar as ca-

racterísticas clínicas e diagnóstico final de crianças e adolescentes com suspeita de SVC atendidos em um ambulatório de gastroenterologia pediátrica. Foi também avaliado o nível de conhecimento dos familiares sobre a SVC.

MATERIAIS E MÉTODO

O estudo realizado por avaliação dos prontuários de crianças e adolescentes com suspeita de SVC atendidos no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba nos anos 2010 a 2014. A avaliação dos prontuários para atender os abjetivos desta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente do Paraná.

Os pacientes com suspeita de SVC neste ambulatório são sempre submetidos a exames complementares para investigação de causas orgânicas: conforme a necessidade em cada caso são realizados exames laboratoriais de fezes, de urina, de sangue (hematológico, bioquímico, metabólico, inflamatório, imunológico), ultrassonografia abdominal, seriografia de esôfago, estômago e duodeno, seriografia de intestino delgado, endoscopia digestiva alta, tomografia computadorizada cerebral, entre outros.

Os resultados são apresentados na forma de número e proporção para as variáveis categóricas e mediana e intervalo interquartil (IIQ percentil 25– percentil 75) para as variáveis quantitativas. Para a comparação do grupo de pacientes portadores de cefaleia com o grupo de pacientes sem cefaleia foram utilizados o teste de Mann-Whitney para as variáveis quantitativas e o teste do *qui-quadrado de Pearson* ou teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. A análise foi realizada em modo bicaudal e as diferenças consideradas significativas quando $p \leq 0,05$. Para realizar o estudo estatístico foi utilizado o programa Bioestat 5.0.

RESULTADOS

Foram atendidas 68 crianças e adolescentes com suspeita de SVC no período de estudo. A tabela 1 apresenta as características gerais e das crises dos 68 pacientes. Houve predomínio de meninas (59%), e a idade mediana do início das crises foi 3,5 anos (IIQ – 1 e 6 anos). A idade mediana na primeira consulta foi 9 anos (IIQ – 7 e 11 anos). A frequência mediana de 17 crises por ano (IIQ – 7 e 45). Em 47 pacientes (69%) não havia horário predominante para início das crises. Em 47 pacientes (69%) havia necessidade periódica de ser atendido na emergência e em 38 (56%) necessitavam hidratação venosa.

O número de vômitos por crise foi inferior a 5 em 15 pacientes (22%) e superior a 5 episódios por crise em 53 casos (78%). A duração mediana das crises foi 12 horas (IIQ – 4 e 72 horas).

A tabela 2 apresenta a prevalência de fatores

desencadeantes, transtornos neuropsiquiátricos, história familiar de enxaqueca, estado antropométrico, diagnóstico final de SVC e o número total de consultas no ambulatório.

Em 30 pacientes (44%) algum fator desencadeante de crises foi encontrado, entre os quais: desencadeantes relativos aos alimentos e refeições (15 casos); fatores psicológicos e emocionais (10 casos: ansiedade, contrariedade, briga na família, doença ou morte de familiar); infecção e tosse (3 casos); odor desagradável (1 caso); atividade física (1 caso).

Em 12 pacientes (18%) havia história familiar de enxaqueca. Transtorno neuropsiquiátrico estava presente em 10 pacientes (15%), entre os quais microcefalia, síndrome neuro-genética com hidrocefalia, parestesia de extremidades, transtorno de hiperatividade e *deficit* de atenção, depressão, transtorno bipolar, transtorno desafiador-opositor, distímia, luto.

O diagnóstico final em 56 pacientes (82%) foi síndrome de vômitos cíclicos (SVC). Os 12 pacientes restantes tiveram outros diagnósticos: 10 casos de outras desordens funcionais (vômitos habituais em 5, enxaqueca abdominal em 3, dor abdominal funcional em 1, e enxaqueca comum em 1); apenas dois pacientes com diagnóstico de doença orgânica (alergia à proteína do leite de vaca; brida cirúrgica).

Comparação entre pacientes com cefaleia e sem cefaleia

As tabelas 1 e 2 expõem as características analisadas nos 40 pacientes sem cefaleia e nos 28 pacientes com cefaleia. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em nenhuma das variáveis analisadas. Apesar da grande diferença na proporção de sexo feminino, frequência das crises por ano e ocorrência de tontura, o nível de significância não chegou a ser atingindo ($p=0,057$ a $p=0,076$).

Os pais ou responsáveis de 65 pacientes (96%) desconheciam a existência da SVC e nunca tinham sido informados sobre a existência desta condição. Apenas 3 pacientes vieram já com hipótese diagnóstica de SVC, encaminhados pela emergência ou enfermagem de pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS E CARACTERÍSTICAS DAS CRISES NO TOTAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DE SÍNDROME DE VÔMITOS CÍCLICOS E NOS GRUPOS COM E SEM CEFALEIA DURANTE AS CRISES

	Total n = 68	Sem Cefaleia n = 40	Com Cefaleia n = 28
Sexo feminino – n (%)	40 (58,8%)	20 (50%)	20 (71,4%)
Idade na primeira consulta	9	8,5	9
Med (IIQ:P25-P75)*	(7-11)	(6-11)	(7-10,75)

Idade de início dos sintoma Med (IIQ:P25-P75)	3,5 (1-6)	3 (1-6)	4 (1,25 – 6)
Frequência de crises por ano Med (IIQ:P25-P75)	17 (6,75-45)	12 (4-45)	24 (12-45)
Procura por emergência – n (%)	47 (69,1%)	29 (72,5%)	18 (64,3%)
Sem outros sintomas – n (%)	20 (29,4%)	20 (50%)	0 (0%)
Febre – n (%)	16 (23,5%)	10 (25%)	6 (21,4%)
Cefaleia – n (%)	28 (41,2%)	0 (0%)	28 (100%)
Tontura – n (%)	8 (11,8%)	2 (5%)	6 (21,4%)
Diarreia – n (%)	17 (25%)	12 (30%)	5 (17,9%)
Desidratação – n (%)	38 (55,9%)	25 (62,5%)	13 (46,4%)
Número de vômitos/crise – n (%)			
2 a 4 – n (%)	15 (22,1%)	10 (25%)	5 (17,9%)
5 ou mais – n (%)	53 (77,9%)	30 (75%)	23 (82,1%)
Duração da crise em horas Med (IIQ:P25-P75)	24 (13-72)	24 (13-72)	24 (14-48)

Fonte: o autor, 2015

*Med (IIQ-P25-P75): mediana (intervalo interquartil: percentil 25-percentil 75)

TABELA 2 DADOS RELEVANTES DE HISTÓRICO CLÍNICO, ESTADO ANTROPOMÉTRICO, DIAGNÓSTICO FINAL DE SÍNDROME DE VÔMITOS CÍCLICOS E EVOLUÇÃO CLÍNICA DO TOTAL DE PACIENTES E DOS GRUPOS COM E SEM CEFALeia DURANTE ASCRISSES.

	Total n = 68	Sem Cefaleia n = 40	Com Cefaleia n = 28
Presença de fator desencadeante – n (%)	30 (44,1%)	19 (47,5%)	11 (39,3%)
Presença de transtornos neuropsiquiátricos – n (%)	10 (14,7%)	4 (10%)	6 (21,4%)
Presença de histórico familiar de enxaqueca – n (%)	12 (17,6%)	6 (15%)	6 (21,4%)
Diagnóstico final de SVC# – n (%)	56 (82,4%)	32 (80%)	24 (85,7%)
Evolução			
Remissão – n (%)	20 (29,4%)	15 (37,5%)	5 (17,9%)
Persistência – n (%)	14 (20,6%)	6 (15%)	8 (28,6%)
Desconhecida – n (%)	34 (50%)	19 (47,5%)	15 (53,6%)
Número de consultas Med (IIQ:P25-P75)*	2,5 (2-5)	2,5 (1,25-4,75)	2,5 (2-5,75)

Fonte: o autor, 2015

*SVC –síndrome de vômitoscíclicos

**Med(IIQ:P25-P75): mediana (intervalo interquartil: percentil 25-percentil 75)

DISCUSSÃO

Embora a SVC possa ocorrer em várias idades, a idade média do começo dos sintomas está entre 5,2-6,9 anos segundo Li e Balint, discrepante da mediana encontrada no serviço que foi de 3,5 anos.

A mediana da duração das crises encontrada no ambulatório foi de 12 horas contrastando com a literatura em que, segundo Kenny, a duração frequente de um episódio é de 1 a 4 dias, chegando a mais de 14 dias em casos extremos. Ainda segundo Kenny, as crises ocorrem geralmente entre 1-70 vezes por ano, já no ambulatório estudado a frequência de crises por ano foi predominante na faixa entre 6,75 – 45 vezes.

De acordo com Lindley e Andrews as crises costumam ter uma periodicidade e frequência de ocorrência em 75% dos casos, sendo mais comum a noite e nas primeiras horas da manhã. Esses dados não condizem com os encontrados no ambulatório, em que 69% dos pacientes tinham início das crises em horários imprevisíveis e em apenas 25% dos pacientes as crises ocorriam sempre durante a madrugada ou de manhã ao acordar.

O número de pacientes que apresentaram fator desencadeante das crises (44,1%) foi menor do que os encontrados por Lindley e Andrews (80%). Segundo esse mesmo estudo os fatores desencadeantes mais encontrados foram presença de infecção (40%) e estresse psicológico (35%) comparados respectivamente com 2,9% e 16,2% encontrados no ambulatório em Curitiba. Quanto ao estresse psicológico, os dados do ambulatório e aproximaram mais dos encontrados por Lee que em uma amostra de 11 indivíduos crianças em que 22% sofriam desse mal.

Dos indivíduos atendidos no ambulatório 38 (56%) necessitavam de reidratação endovenosa, esse dado foi muito semelhante ao encontrado por Keyne em sua amostra (62%). Os dados ainda são semelhantes quando se trata dos sintomas dos pacientes: a cefaleia estava presente em 27– 41% dos indivíduos, a diarreia em 24 – 30%, tontura em 24% e a febre em 23% e no levantamento realizado no ambulatório 41% dos indivíduos apresentavam cefaleia, diarreia 25%, tontura 12% e febre 24%.

Comparando os dados obtidos dos prontuários no ambulatório em subgrupos com suspeita de SVC e com o sintoma cefaleia e com suspeita de SVC sem cefaleia; analisando as características clínicas e individuais não houve diferença significativa entre os grupos. Entretanto existem estudos que relacionam características da doença e características individuais dos pacientes com esse sintoma. Um desses estudos foi realizado por Wengert *et al.*, que demonstrou que a idade de início das crises foi menor no subgrupo com cefaleia ($p=0,001$).

Segundo Yang existe uma forte associação entre SVC e enxaqueca, sugerindo que a fisiopatologia pode ser a mesma, pois, além de apresentarem similaridades de sintomas têm evolução e resposta positiva ao uso de medicamentos anti-enxaqueca, além disso, a relação

entre história familiar de cefaleia SVC é de 39-81%, entretanto, no ambulatório foi encontrada uma relação de 17,6%.

O diagnóstico final de SVC confirmado no ambulatório (82,4%) foi muito semelhante ao encontrado na literatura (88%). Os distúrbios gastrointestinais foram parecidos concomitantemente na literatura 5% comparado com 5,9% do ambulatório encontrado por Yang.

Uma reconhecida limitação deste estudo foi o fato de que vários pacientes, pelo menos 25% deles, não retornaram após a solicitação dos exames complementares, ou não chegaram a realizar todos os exames. O abandono do ambulatório após apenas uma ou duas consultas (ocorrido em 25% dos pacientes), é um reflexo de dois fenômenos prováveis: 1) grande dificuldade burocrática e logística para que os pacientes do SUS tenham seguimento ambulatorial com especialistas atualmente no Brasil; 2) várias famílias perdem o interesse em continuar o acompanhamento ambulatorial, ou porque em alguns casos a SVC cursa com crises bastante esporádicas, ou porque entraram em remissão. Por todos estes motivos a evolução clínica permaneceu desconhecida em 50% dos pacientes. Dos pacientes que tiveram evolução conhecida, 60% entraram em remissão da doença. Outra limitação foi o tamanho amostral pequeno dos subgrupos com e sem cefaleia, o que pode resultar em erro *beta* na análise estatística.

Há uma necessidade de mais estudos prospectivos de coorte e ensaios clínicos randomizados para ajudara otimizar as estratégias de gestão corrente e para ajudar a desenvolver novas intervenções médicas.

CONCLUSÃO

Foi possível observar que os pacientes acometidos pela síndrome de vômitos cíclicos demoram cerca de 5 anos desde o início dos sintomas até o atendimento por um especialista. As crises geralmente ocorrem várias vezes ao ano, são debilitantes, com prostração, incapacidade de realizar as atividades diárias com modificação na rotina da família. Mais da metade dos pacientes foram socorridos na emergência para reidratação ou medicação.

Em alguns pacientes, ocorriam fatores desencadeantes, sendo os mais frequentes os fatores emocionais e alimentares. Entre os sintomas associados à síndrome, a cefaleia foi o mais prevalente, porém quando comparadas as características dos subgrupos com cefaleia e o subgrupo sem cefaleia, as diferenças não foram significativas. Quanto ao desenvolvimento da doença, quase um terço dos pacientes atendidos entraram em remissão durante o acompanhamento e menos de 20% tiveram como diagnóstico final outra causa que não a SVC.

Com essas características analisadas, é possível perceber a extrema importância dos conhecimentos dos médicos, em particular nas emergências, visto que, a procura direta nos prontos-socorros é recorrente. É preciso que esses profissionais sejam capacitados e alertados quanto a epidemiologia e as características clínicas da SVC, sejam instruídos a manejar as crises e quando necessário encaminhar para o especialista.

Schuster AP, Da Cruz AS, Molini JG. Clinical characteristics and final diagnosis in children and adolescent with suspect of cyclic vomiting syndrome. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):22-26.

ABSTRACT - The cyclic vomiting syndrome (CVS) is characterized by recurrent episodes of nausea, uncontrollable vomiting, abdominal pain and prostration. Lasting hours to days, and weeks or months asymptomatic intervals between attacks. It mainly affects children and adolescents. The objective was to analyze the clinical, final diagnosis and evolution of children and adolescents with suspected SVC treated at pediatric gastroenterology clinic of the Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, between 2010 to 2014. We evaluated 68 patients, which median age of onset of seizures of 3.5 years and the first medical appointment with a gastroenterologist was 9 years. The emergency response was seen in 69% of cases and dehydration by more than half. It needs better training of professionals to improve emergency care and early diagnosis as there is on average a delay of five years between the onset of symptoms and the visit to the specialist and an ignorance of the disease by physicians and the public.

KEYWORDS - Cyclic Vomiting Syndrome, Vomiting, Migraine, Nausea.

REFERÊNCIAS

1. Bu L., BALINT J.P. Cyclic vomiting syndrome: evolution in our understanding of a brain-gut disorder. *Adv Pediatr. Ohio*, 2000;(47) 117-60.
 2. Buk, L; Williams S. Cyclic vomiting syndrome clinical features and comorbidities. *Contemporary Pediatrics*, 2012 set; (29): 34-46.
 3. Weng W.C., Lin Y.P., Ni Y.H., Lee W.T. Cyclic Vomiting Syndrome and Migraine in Children. *J. Formos Med Assoc.* (110): 382-387.
 4. Fleisher D.R. Management of cyclic vomiting syndrome. *Journal Pediatric gastroenterology nutrition. Columbia*. 1995 dez.; (21): 52-6.
 5. Lindley K.J., Andrews P.L. Pathogenesis and Treatment of Cyclical Vomiting. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Londres*. 2005 set; (41): 57-38.
 6. Drossman A.D. The Functional Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology, Chapel Hill* 2006 abr.; (130): 1377-1386.
 7. Evans R.W.; Whyte C. Cyclic vomiting syndrome and abdominal migraine adults and children. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*
-

- 2013 jun.; (53): 984-993.
8. Fleisher D.R, Gornowicz B., Adams K., Burch R., Feldman E.J. Cyclic Vomiting Syndrome in 41 adults: the illness, the patients, and problems of management. *BMC med.* 2005, dez.; (3):20.
 9. Pércoppe S. N. R. G. Síndrome dos vômitos cíclicos. *Boletim Informativo da SOPERJ.* Rio de Janeiro. 2012 set.; (4).
 10. Rasquin A., Di Lorenzo C., Forbes D., Guiraldes E., Hyams J.S., Staiano A., Walker L.S. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology.* 2006 abr.; (130): 1527-1537.
 11. Yang H. Recent concepts on cyclic vomiting syndrome in children. *Journal of neurogastroenterology and motility.* Seoul. 2010 abr; (16):139-47.
 12. Leichtner A.M. et al. NASPGHAN Guidelines for Training in Pediatric Gastroenterology. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2013 jan; (56): 38- 28.
 13. Pareek N.; Fleisher D.R.; Abell, T. Cyclic vomiting syndrome: what a gastroenterologist needs to know. *Am J. Gastroenterology.* Mississippi. 2007 dez; (102): 2832-40.
 14. Tan M.L.N., Liwanag M.J., Quak S.H. Cyclical vomiting syndrome: Recognition, assessment and management. *World Journal Clinic Pediatric.* Singapore. 2014 ago.;(8): 54-58.
 15. Tarbell S., BU, L. Psychiatric symptoms in children and adolescents with cyclic vomiting syndrome and their parents. *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* 2007 dez; (48): 259-66.
 16. Kenny P. Síndrome de vômitos cíclicos: un enigma pediátrico vigente. *Arch. argent. pediatr.* Buenos Aires. 2000; (98) 34-40.
-