



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

VIRGÍLIO MIGUEL DIAS DA SILVA

Abordagem da ileíte terminal no doente pediátrico

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

Trabalho realizado sob orientação de:

DRA JULIANA LOUREIRO FIDALGO RODA

PROFESSORA DOUTORA GUIOMAR GONÇALVES OLIVEIRA

ABRIL / 2018



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

VIRGÍLIO MIGUEL DIAS DA SILVA

Abordagem da ileíte terminal no doente pediátrico

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

Trabalho realizado sob orientação de:
DRA JULIANA LOUREIRO FIDALGO RODA
PROFESSORA DOUTORA GUIOMAR GONÇALVES OLIVEIRA

ABRIL / 2018

Índice

Lista de abreviaturas	4
Resumo	5
Abstract	6
Introdução	7
Materiais e Métodos	9
Diagnósticos Diferenciais	10
1. Doença Inflamatória Intestinal	12
1.1. Doença de Crohn	14
1.2. Colite Ulcerosa	16
2. Gastroenterite Aguda	18
3. Hiperplasia Nodular Linfóide	21
4. Púrpura de Henoch-Schönlein	22
5. Doença de Behçet	24
6. Gastroenterite eosinofílica	26
7. Endometriose	28
Discussão	30
Conclusão	36
Agradecimentos	37
Referências Bibliográficas	38

Lista de abreviaturas

AINEs – Anti-inflamatórios Não Esteróides

BWI – *Backwash ileitis*

CU – Colite Ulcerosa

DC – Doença de Crohn

DII – Doença Inflamatória Intestinal

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

GEA – Gastroenterite Aguda

IT – Ileíte Terminal

LES – Lúpus Eritematoso Sistémico

MCD – Meios Complementares de Diagnóstico

PHS – Púrpura de Henoch-Schönlein

RM – Ressonância Magnética

TC – Tomografia Computorizada

TI – Tuberculose Intestinal

Resumo

A ileíte terminal é uma patologia inflamatória da porção terminal do íleon, caracterizando-se por um espessamento da parede intestinal superior a 3mm, frequentemente detectado em ecografia abdominal. Embora alguns casos sejam assintomáticos, pode cursar com um quadro agudo ou crónico de dor abdominal no quadrante inferior direito e/ou diarreia, ou sintomas obstrutivos, hemorragia e manifestações extra-intestinais.

No passado, era exclusivamente associada à doença de Crohn. No entanto, actualmente sabe-se que se encontra aliada a várias patologias. Assim sendo, o diagnóstico diferencial da ileíte terminal é um desafio à prática clínica do pediatra, sendo necessário uma história clínica e exame físico completos, bem como a realização de exames complementares de diagnóstico adequados e direccionados às suspeitas clínicas.

Este projecto tem como objectivo realizar uma revisão da literatura dos diferentes achados e patologias associadas à ileíte terminal, tendo como foco de estudo o doente pediátrico. Para além disso, visará fornecer um melhor entendimento da mesma como entidade comum a diversas patologias, tanto do foro gastroenterológico como sistémico.

Palavras-chave: Doença de Crohn, Colite ulcerativa, Gastroenterite, Síndrome de Behçet, Púrpura de Schoenlein-Henoch, Endometriose

Abstract

Terminal ileitis is an inflammatory condition of the terminal portion of the ileum, characterized by thickening of the intestinal wall greater than 3 mm, often detected in abdominal ultrasound. Although some cases are asymptomatic, it can occur with acute or chronic abdominal pain in the lower right quadrant and/or diarrhea, or chronic obstructive symptoms, hemorrhage and extra-intestinal manifestations.

In the past, it was exclusively associated with Crohn's disease. However, it is now known that it is associated with several pathologies. Therefore, the differential diagnosis of terminal ileitis is a challenge to the pediatrician's clinical practice, requiring a complete clinical history and physical examination, as well as adequate complementary diagnostic tests directed at clinical suspicions.

This project aims to carry out a literature review of the different findings and pathologies associated with terminal ileitis, focusing on the pediatric patient. In addition, it will aim to provide a better understanding of it as an entity common to several pathologies, both gastroenterological and systemic.

Keywords: Crohn Disease; Colitis, Ulcerative; Gastroenteritis; Behcet Syndrome; Purpura, Schoenlein-Henoch; Endometriosis

Introdução

A ileíte terminal (IT) é definida como uma inflamação do íleon terminal descrita há bastante tempo na literatura médica, tendo sofrido uma evolução no seu conceito e caracterização ao longo do seu estudo. Diagnostica-se primariamente através de ecografia, traduzindo-se por um espessamento da parede intestinal superior a 3 mm.^{1,2}

Tal como outros processos inflamatórios do trato gastrointestinal, pensa-se que o seu desenvolvimento encontra-se associado a uma desregulação da homeostasia entre a flora comensal do íleon terminal e o hospedeiro. Esta condição constitui um *trigger* do sistema imunitário, desencadeando-se uma resposta inflamatória que irá integrar a fisiopatologia das suas diferentes causas. Apesar dos vários estudos efectuados, ainda existem várias lacunas que impedem uma total compreensão deste processo.²

A sua apresentação é variável, podendo ser detectada em indivíduos assintomáticos, ou ter um curso clínico agudo ou crónico. A forma aguda manifesta-se tipicamente sob a forma de dor abdominal no quadrante inferior direito ou diarreia (podendo mimetizar apendicite aguda ou patologia do ovário), enquanto a forma crónica encontra-se associada a complicações como diarreia arrastada, hemorragia, sintomas obstrutivos ou manifestações extra-intestinais, como na Doença Inflamatória Intestinal (DII).^{3,4}

Esta condição é causada frequentemente pela Doença de Crohn (DC), mas outras patologias, tanto agudas como crónicas, também lhe estão associadas. Estas outras etiologias podem inclusivamente reproduzir os achados encontrados na DC, a nível clínico, histológico e/ou endoscópico, induzindo um incorrecto raciocínio clínico e consequentes diagnósticos e terapêuticas. Tais procedimentos erróneos têm potencial para serem maléficos para o doente, uma vez que o mesmo poderá ter uma resposta inadequada ao tratamento instituído (ausência

ou pouca melhoria clínica e/ou efeitos secundários indesejáveis), bem como será sujeito a meios complementares de diagnóstico (MCD) desnecessários.^{2,3,5}

Portanto, a suspeita e/ou observação objectiva da IT num doente pode constituir um dilema clínico para o médico, quer a nível da sua abordagem inicial, quer do seu *follow-up* (a curto ou longo prazo), tendo em conta a diversidade e complexidade de etiologias distintas, seus tratamentos e possíveis efeitos. Assim sendo, é considerado um achado que deve ser encarado com especial atenção e cuidado por parte do clínico.^{2,3}

Tendo em conta que o doente pediátrico faz parte de um grupo populacional específico, devido à incidência e história natural de diferentes patologias, comparativamente ao adulto, a IT na criança/adolescente também merece uma abordagem distinta. Para além disso, existem poucos estudos com amostras significativas que tenham analisado a evolução da IT, resultando em lacunas importantes no conhecimento científico do tema.³

Com base no que foi referido, esta revisão tem como objectivo discutir alguns diagnósticos diferenciais associados à IT no doente pediátrico, fornecendo um melhor entendimento desta entidade comum a diversas patologias, tanto gastrointestinais como sistémicas, agudas ou crónicas.

Materiais e Métodos

A pesquisa para esta revisão bibliográfica foi realizada na base de dados *PubMed*. Inclui artigos e *guidelines* publicados entre os anos 2003 e 2018, pesquisados de acordo com as palavras-chave.

Realizou-se inicialmente uma pesquisa com base nos *abstracts*, sendo seleccionados um total de 72 artigos e *guidelines*, e utilizados somente 33 para esta revisão, os quais abordavam essencialmente o objectivo pretendido.

Diagnósticos Diferenciais

Atendendo ao facto de a IT poder surgir associada a diversas patologias, torna-se importante realizar uma abordagem teórica acerca das mesmas, elucidando também a forma como este achado clínico em específico é originado nas suas diferentes fisiopatologias.

No entanto, a mesma doença que ocorre no adulto pode diferir em vários aspectos em relação ao paciente pediátrico. Por esta razão, apenas algumas serão abordadas mais especificamente, atendendo às suas características peculiares e à sua afecção nas crianças e adolescentes. Na Tabela 1 estão resumidas várias patologias que podem cursar com IT, encontrando-se destacadas as que serão alvo de abordagem nesta revisão.

Na abordagem de qualquer um destes diagnósticos diferenciais torna-se imperativa a realização de uma história clínica completa, com caracterização dos sintomas, factores de risco, antecedentes pessoais e familiares do doente, hábitos, entre outros aspectos. O mesmo sucede com o exame objectivo, que deve procurar fazer uma revisão de todos os aparelhos e sistemas, de modo a detectar achados que possam auxiliar na confirmação/exclusão de hipóteses.

A escolha da realização de MCD deve ser criteriosa, procurando responder a dúvidas ou à origem de sinais de alarme que possam surgir na apresentação clínica, bem como são meios úteis na detecção de factores de morbilidade associados à patologia em questão. Devem ter em conta, nomeadamente no doente pediátrico, as suas peculiaridades, evitando métodos desnecessários ou em que o benefício não ultrapassa o malefício. Quando indicados e quando a suspeita clínica o sugere, devem ser realizados MCD específicos.

Assim, será possível traçar um plano terapêutico individualizado e adequado ao doente sem lhe causar maior transtorno que a sua própria doença, caminhando para a sua cura ou, quando esta não é possível, para o seu controlo.

Doença Inflamatória Intestinal ^X

- Doença de Crohn
- Colite Ulcerosa/*Backwash Ileitis*

GEA ^X

- Bactérias (com destaque para *Salmonella*, *Yersinia*, e *Clostridium difficile*)
- Vírus
- Parasitas

Hiperplasia Nodular Linfóide ^X

Vasculites

- Púrpura de Henoch-Schonlein ^X
- Doença de Behçet ^X
- LES
- Poliartrite Nodosa

Doenças Infiltrativas

- Gastroenterite eosinofílica ^X
- Sarcoidose
- Amiloidose
- Mastocitose Sistémica

Endometriose ^X

Doença Maligna

- Linfoma
- Tumor carcinóide
- Adenocarcinoma
- Leiomiossarcoma

Ileíte Medicamentosa

- AINEs
- Ouro parentérico
- Contraceptivos Orais
- Anti-hipertensivos

Ileíte associada a espondilartropatias

Tabela 1. Diagnósticos diferenciais relativos à ileíte terminal. ^X, doenças abordadas nesta revisão. AINEs, anti-inflamatórios não esteróides. LES, Lúpus Eritematoso Sistémico. GEA, Gastroenterite Aguda. ^{2,5,6}

1. Doença Inflamatória Intestinal

A DII é um grupo de doenças inflamatórias crónicas do trato gastrointestinal, afectando tipicamente o intestino, e que se manifesta mais frequentemente no adolescente e jovem adulto nos países desenvolvidos (25% dos doentes apresentam manifestações antes dos 20 anos de idade). Tem uma natureza auto-imune e poligénica, e etiologia multifactorial, sendo que 20% das crianças tem um familiar com a mesma doença. A sua incidência tem vindo a aumentar com o tempo, encontrando-se uma correlação directa entre este aumento e o desenvolvimento de um país.^{2,7,8}

Actualmente sabe-se que o doente com DII apresenta alterações da biodiversidade da sua flora bacteriana intestinal, levando a uma representação superior de alguns grupos taxonómicos relativamente a outros.⁷

No doente pediátrico esta entidade merece especial destaque. Por um lado, a sua apresentação clínica é variável neste grupo populacional, sendo que 22% surge com manifestações iniciais atípicas solitárias (atraso do crescimento, sintomas extra-intestinais ou doença perianal). Inclusive, os sintomas extra-intestinais podem estar presentes no diagnóstico de 6 a 23% das crianças, sendo mais frequentes em idades superiores a 6 anos. Por outro lado, as consequências inerentes ao processo inflamatório, sintomatologia e história natural terão repercussões a longo prazo significativas, incluindo défice de micronutrientes, alterações do crescimento e metabolismo ósseo, risco de desenvolvimento de cancro do cólon, e surgimento de distúrbios de ansiedade e/ou depressivos.^{7,9}

A sua classificação é complexa e alberga fenótipos raros com apresentações atípicas. É representada pela Doença de Crohn e pela Colite Ulcerosa (CU), bem como por uma “DII não classificada” cujos achados encontrados na colite não a permite integrar em nenhuma das designações anteriores no momento do diagnóstico.⁹

Um dos pontos essenciais ao seu diagnóstico correcto é a exclusão de causas infecciosas que possam provocar a inflamação do intestino, característica comum entre estes dois grupos de patologias.⁹

Vários marcadores inflamatórios são usados para auxiliar o diagnóstico de DII, nomeadamente, a trombocitose, a proteína C reactiva e a velocidade de sedimentação, mas a calprotectina fecal assume actualmente um papel importante comparativamente aos restantes marcadores sistémicos. Tem demonstrado, tanto em adultos como em crianças, ter uma alta sensibilidade (98% no segundo grupo etário) para distinguir DII de outros sintomas funcionais intestinais, levando a uma redução da realização de colonoscopia em 67% dos casos. Para além disso, os seus níveis apresentam uma boa correlação com os achados endoscópicos e histológicos, assumindo um papel promissor a vários níveis de abordagem da DII. No entanto, não é específica de DII, podendo também estar elevada nas infecções gastrointestinais.^{7,10}

A obtenção de métodos de imagem para o estudo e caracterização da DII é um passo essencial na sua abordagem.

A avaliação endoscópica por colonoscopia é recomendada em todos os doentes em idade pediátrica no diagnóstico, na avaliação de resposta do plano terapêutico individualizado, e quando a apresentação ou curso clínicos assim o justificam.^{8,11,12} De acordo com as *guidelines* da Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, é recomendada a associação de ileoscopia à colonoscopia aquando da suspeita de DII.¹³ As mesmas *guidelines* sugerem, na abordagem inicial da DII no doente pediátrico, a realização de uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA), para avaliação da extensão da doença.^{11,14}

1.1. Doença de Crohn

Pode ocorrer em qualquer local do trato gastrointestinal, desde a boca até ao ânus, envolvendo com maior frequência o íleon terminal e o cólon.^{2,7} Em comparação com a CU, esta doença afecta mais a população adolescente, tendo uma distribuição bimodal, com um pico na segunda ou terceira décadas de vida, e outro na sexta ou sétima décadas.⁸

Sob o ponto de vista clínico, a doença manifesta-se habitualmente sob a forma de diarreia crónica com muco e/ou sangue, dor abdominal, perda de peso, anemia e febre.^{2,9,15} A febre de origem desconhecida é um sinal que surge em 10 a 15% dos pacientes antes do diagnóstico definitivo.¹⁵ A tríade sintomatológica de dor abdominal, diarreia e perda de peso surge apenas em 25% dos doentes.⁹ Em alguns casos pode apresentar-se inicialmente com manifestações extra-intestinais (eg uveíte, artrite ou eritema nodoso), sendo que o diagnóstico definitivo requer evidência de patologia gastrointestinal.^{7,9} O envolvimento perianal ocorre em 20% das crianças diagnosticadas, surgindo sob a forma de fístulas, fissuras e/ou abscessos.⁷

Na endoscopia, é característico surgirem: lesões descontínuas de inflamação transmural que atingem todas as camadas do órgão afectado; ulcerações aftosas; ulcerações lineares profundas, que podem coalescer e formar um padrão em “pedra de calçada”; e/ou lesões estenóticas intestinais.^{2,7,9}

O estudo histológico de biópsias revela inflamação neutrofílica com abscesso das criptas intestinais, espessamento da camada mucosa e distorção da arquitectura intestinal ileal, com ou sem metaplasia. Pode estar associada a granulomas não caseosos ocasionais, sendo que 60% dos doentes pediátricos apresentam este achado, o que no correcto contexto clínico e patológico de cada caso pode ajudar na distinção com a CU.^{2,5,7}

A realização de exames endoscópicos e/ou radiológicos do trato gastrointestinal, e sua interpretação por radiologistas e gastroenterologistas experientes, estão descritos como passos de vital importância na abordagem da DC.¹²

O exame imagiológico de primeira linha é a ecografia abdominal que permite identificar espessamentos da parede intestinal (de carácter inflamatório ou estenótico) e outras complicações, nomeadamente envolvimento da gordura do mesentério, abscessos e fazer o diagnóstico diferencial com apendicite ou adenite mesentérica.

Não obstante, nem sempre é possível a caracterização completa dos achados clínicos e/ou endoscópicos associados à DC, sendo necessário recorrer a métodos de imagem alternativos.^{8,12} Assim, a sua associação permitirá obter uma avaliação e caracterização completas da extensão e severidade da inflamação intestinal, bem como dos sintomas ou complicações extra-intestinais.¹²

A Tomografia Computorizada (TC) tornou-se inicialmente um método radiológico bastante usado na prática clínica, devido à sua eficácia, rapidez na obtenção de imagem, baixo custo e acessibilidade em muitas instituições de saúde. A sua associação com a aplicação de contraste levou a uma melhor estudo do intestino, bem como forneceu novos meios para caracterização de outros achados sugestivos de complicações associadas à DC. No entanto, ao contrário da Ressonância Magnética (RM), e especialmente no doente pediátrico, apresenta como grande limitação o recurso a radiação ionizante para a obtenção de imagem, estando-lhe inerentes os malefícios referidos neste grupo populacional.^{12,13} Um estudo realizado por Silverstein et al. sugeriu que a RM associada à enterografia tem um potencial papel na classificação de diferentes graus de inflamação da mucosa intestinal na DC, uma vez que foi atribuída uma correlação significativa entre os achados deste exame radiológico e o Pediatric Crohn's Disease Activity Index (um método validado pela comunidade científica para avaliar actividade da doença).¹² Outro estudo realizado por Laghi et al. também retirou conclusões

que apoiavam o uso da RM, provando ser um método sensível e específico para a detecção de ileíte distal e para a diferenciação com outras patologias inflamatórias do intestino, apresentando boa correlação com os achados endoscópicos e histológicos.¹⁶ Assim sendo, a RM deve ser tida em conta como MCD seguro, não invasivo e de primeira linha para a abordagem da DC, apesar dos seus elevados custos, pouca acessibilidade nas instituições de saúde e dispêndio de tempo na obtenção de imagem.^{12,16}

1.2. Colite Ulcerosa

A CU surge na idade pediátrica em 15 a 20% dos doentes.¹¹ Os adolescentes com CU têm mais tendência a manifestarem-se clinicamente de forma mais severa comparativamente aos adultos, sendo que 90% apresentam envolvimento total do cólon na altura do diagnóstico - pancolite.⁸

O achado mais típico da doença corresponde a uma inflamação crónica do cólon que se estende a partir do recto, em sentido proximal e de forma contínua e variável, sem que ocorra envolvimento do intestino delgado.¹¹ No entanto, estão descritos actualmente cinco tipos de fenótipos atípicos na apresentação da doença: com preservação do recto, variante de curta duração, *cecal patch*, com envolvimento do trato gastrointestinal superior, e colite aguda severa.⁹

Sob o ponto de vista clínico, a doença apresenta-se mais comumente sob a forma de diarreia sanguinolenta, tenesmo e dor abdominal. No entanto, é necessário ter especial atenção às diferentes formas de apresentação supracitadas, que podem cursar com outro tipo de manifestações.^{9,11}

Na endoscopia, é mais comum surgir uma lesão contínua inflamatória do cólon, estendendo-se a partir do recto.^{5,11}

O estudo histológico de biópsias revela frequentemente uma inflamação neutrofílica com envolvimento limitado à camada mucosa, bem como a distorção da arquitectura intestinal também presente na DC.^{7,11}

Apesar de ter sido referida anteriormente a típica ausência de inflamação do intestino delgado nesta doença, existe uma entidade reconhecida na literatura e associada à CU designada por *backwash ileitis* (BWI), que também foi descrita em crianças.⁹ Esta é definida como uma ileíte terminal leve não estenótica sem granulomas, afectando as porções mais distais deste segmento de intestino delgado.^{6,9} A severidade da ileíte encontra-se correlacionada com a severidade de inflamação do cólon, sendo que é mais comum surgir associadamente a pancolite e envolvimento do cego.⁶

De facto, quando ocorre uma insuficiência funcional da válvula ileo-cecal na CU severa, ocorre refluxo de conteúdo do cólon para o íleon terminal. Conjuntamente com a hipomotilidade do cólon induzida pela inflamação, ou com a progressão contígua deste processo a partir deste órgão, desencadeia-se um estado de estase intestinal do íleon terminal, reunindo condições favoráveis à sua inflamação.²

Não existem actualmente critérios definidos para o diagnóstico de BWI.⁶ A presença de características microscópicas e macroscópicas típicas da DC referidas anteriormente podem ajudar a distinguir estas duas patologias, mas esta distinção torna-se um desafio clínico quando as mesmas estão ausentes.^{2,6} Nesta situação, pode estar presente um espessamento da parede do íleon terminal detectado na ecografia.

2. Gastroenterite Aguda

A gastroenterite aguda (GEA), de acordo com as *guidelines* da Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, consiste numa diminuição da consistência das fezes e/ou aumento da frequência das dejectões para três ou mais episódios em 24 horas, podendo estar associada a febre ou vómitos. É tipicamente limitada no tempo, durando entre 7 a 14 dias.¹⁷

Esta doença corresponde à causa mais frequente de internamento em crianças com menos de 3 anos de idade, sendo que tem como etiologia mais frequente na Europa o Rotavírus. No entanto, com o surgimento de vacinação segura e eficaz contra este agente, o número de casos de GEA por Norovírus tem vindo a aumentar nos locais em que esta prevenção é implementada, podendo este microorganismo ocupar o primeiro lugar no que concerne à causa da patologia.¹⁷ Para além dos agentes víricos, tanto as bactérias como os fungos e protozoários ocupam um lugar de destaque na etiologia da doença, embora sejam menos comuns.¹⁷

A sua abordagem diagnóstica geralmente não é dirigida a nenhuma etiologia específica. No entanto, a clínica e os achados do exame objectivo podem levar a alguma suspeita específica e, conseqüentemente, à realização de MCD capazes de fornecer um maior esclarecimento quanto aos mesmos. Técnicas de endoscopia geralmente não estão indicadas, exceptuando nos casos em que a DII é bastante sugestiva ou em situações especificamente seleccionadas.¹⁷

A GEA, ao ocorrer no trato gastrointestinal, pode afectar o íleon terminal cursando com a sua inflamação. Tendo em conta os dados anteriores, o facto de a GEA associada a IT poder mimetizar a DII tanto na clínica como nos achados endoscópicos, e reconhecendo as

peculiaridades do doente pediátrico, torna-se imperativo a sua diferenciação de outras patologias associadas a esta afecção ileal.^{2,5,17}

De facto, vários géneros de bactérias que cursam com GEA foram associados à ocorrência de IT. Entre esses incluem-se a *Yersinia*, a *Salmonella* e o *Clostridium difficile*. Contudo, estes microorganismos apresentam algumas características que podem servir de apoio a uma maior suspeita de um agente causal relativamente a outro, as quais estão resumidas na Tabela 2.

O diagnóstico faz-se por isolamento do gérmen por coprocultura, a qual nem sempre é esclarecedora. Por este motivo, quando a suspeita clínica é grande e a doença associa-se a IT, a terapêutica antibiótica pode ser iniciada empiricamente, de acordo com os padrões de resistência locais. A ciprofloxacina e o metronidazol cobrem a maior parte dos agentes, podendo ser usadas concomitantemente.¹⁷

Yersinia

- Meio de contaminação:
 - Ingestão de comida ou água contaminadas
 - Contacto com animais infectados (menos comum)
- Manifestações clínicas:
 - Diarreia, febre baixa, dor abdominal, vômitos (15 a 40% dos casos)
 - Se infecção grave → sintomas de perfuração intestinal e rectorragias
 - Outras → poliartrite reactiva, septicémia
 - Pode provocar adenite mesentérica associada a IT, mimetizando apendicite aguda
- Diagnóstico definitivo: ileocolonoscopia com biópsia + exame cultural das fezes
- Achados imagiológicos:
 - Radiologia → mucosa ileal espessada com padrão nodular, ausência de fístulas ou lesões estenóticas
 - Ileocolonoscopia lesões aftosas do cego e íleo terminal, úlceras com elevações redondas ou ovais, mais uniformes no tamanho e forma *versus* DC
- Tratamento:
 - Existem poucos dados que permitam assegurar a eficácia do uso de antibióticos
 - 1ª linha → aminoglicosídeos
 - Usados nos casos de bacteriémia ou infecções extra-intestinais

Salmonella

- Meio de contaminação:
 - Ingestão de comida de origem animal contaminada
 - *S. typhi* → contacto pessoa com pessoa
 - Foram implicados alguns alimentos e contacto com animais exóticos
- Manifestações clínicas:
 - Sintomas auto-limitados de GEA (mais comum)
 - Bacteriémia
 - Infecções vasculares
 - Estado de portador crónico
 - Pode provocar adenite mesentérica associada a IT, mimetizando apendicite aguda
- Diagnóstico definitivo: exame cultural das fezes
- Achados imagiológicos:
 - TC → espessamento circunferencial e homogéneo da parede do íleo terminal
- Tratamento:
 - 1ª linha → Ceftriaxone
 - Alternativas → Azitromicina, Ciprofloxacina, Cotrimoxazol

Clostridium difficile

- Meio de contaminação: alteração da flora comensal intestinal + perda da resistência à colonização
- Manifestações clínicas:
 - Dor abdominal ou pélvica, febre baixa, aumento do fluxo fecal em doentes com ileostomia
 - Causa uma colite associada à antibioterapia
- Diagnóstico definitivo: ileocolonoscopia (observação de pequenas membranas) + Exame cultural das fezes (evidência de organismos produtores de toxinas)
- Achados imagiológicos:
 - Ileocolonoscopia → observação de pequenas membranas
- Tratamento:
 - 1ª linha → Metronidazol
 - Alternativa → Vancomicina
 - Descontinuação do antibiótico causador → pode resolver sintomas em infecções leves

Tabela 2. Características fisiopatológicas, diagnósticas e imagiológicas das bactérias *Yersinia*, *Salmonella* e *Clostridium difficile*. IT, ileíte terminal. DC, Doença de Crohn. GEA, gastroenterite aguda. TC, Tomografia Computorizada^{2,5,6,17}

3. Hiperplasia Nodular Linfóide

Corresponde a um distúrbio do tecido linfóide e é caracterizado pela presença de nódulos entre 2 a 10 mm de diâmetro (habitualmente menores que 5 mm). É um achado comum em colonoscopias em crianças com menos de 10 anos de idade. Tanto a sua incidência como a sua patogênese são ainda desconhecidas.^{18,19}

Normalmente surge em crianças saudáveis, mas pode encontrar-se associada a várias patologias, entre as quais a imunodeficiência comum variável, deficiência IgA selectiva, infecção por *Giardia*, e mais raramente HIV, doença celíaca e infecção por *Helicobacter pylori*.¹⁹

Nas crianças é normalmente restrita ao íleon terminal, cólon e recto, tendo um curso benigno e regredindo espontaneamente. No entanto, foi sugerido que este achado é um factor de risco associado a linfoma, tanto intestinal como extra-intestinal (menos comum).¹⁹

Quanto às manifestações clínicas, pode surgir num indivíduo assintomático na maioria dos casos, ou acompanhar-se de sintomas não específicos que incluem diarreia crónica, dor abdominal, sintomas obstrutivos e/ou hemorragia gastrointestinal. Os casos de hiperplasia massiva podem resultar em obstrução intestinal ou intussuscepção, sendo muito raros e melhor descritos em crianças.¹⁹

O diagnóstico envolve a realização de colonoscopia e estudo histológico de biópsias, sendo necessária a exclusão de patologias como DII ou infecções para considerar este achado benigno.^{19,20}

O tratamento é dirigido às patologias a que se encontra associada, pelo que a maioria não necessita. Se não coexistir com outros achados considerados patológicos, pode ser apenas sujeita a observação clínica e tratamento sintomático.^{19,20}

4. Púrpura de Henoch-Schönlein

A Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) corresponde a uma vasculite de pequenos vasos auto-imune mediada por IgA, com envolvimento multiorgânico. Apresenta um pico de incidência entre os 4 e os 6 anos de idade, sendo que 90% dos casos diagnosticados correspondem a crianças e a doentes com menos de 10 anos.²¹

A sua etiologia é desconhecida, mas encontra-se associada a infecções, medicamentos, vacinação, tumores, défice de α 1-antitripsina e Febre Familiar Mediterrânica. A sua interacção, conjuntamente com a autoimunidade, leva à formação de complexos imunes constituídos por IgA, que se depositam nos pequenos vasos e activam a via alternativa do complemento. Tal acontecimento resulta em inflamação e, conseqüentemente, num processo vasculítico (sem reacção granulomatosa).²¹

A PHS apresenta uma tríade clássica de púrpura palpável não trombocitopénica, artralguas, e envolvimento gastrointestinal e renal.²² Raramente, surgem sintomas noutras sistemas, como pulmão, sistema nervoso central e trato genitourinário.²¹

As afecções cutâneas surgem em 50% dos casos na apresentação inicial sob a forma de lesões eritematosas, maculares ou ainda púrpura palpável que não desaparece à digito-pressão, sendo tipicamente simétricas e predominantes nas nádegas e membros inferiores.²¹

O envolvimento articular surge em 2/3 dos doentes, podendo ser a manifestação inicial em 25% dos casos. É mais comum no adulto comparativamente com a criança. Tipicamente apresenta-se sob a forma de poliartralguas não migratórias, simétricas e que envolvem as articulações dos joelhos e tornozelos.²¹

No que concerne ao rim, a hematúria é o sinal mais comum, surgindo habitualmente com proteinúria. O envolvimento renal corresponde ao mais importante factor de prognóstico determinante da morbi-mortalidade dos doentes com PHS.²¹

Os achados clínicos gastrointestinais são secundários à vasculite que afecta a circulação esplâncnica.²¹ Em 10 a 15% dos casos podem preceder os sintomas cutâneos em 4 ou mais semanas.⁶ O mais frequente é a dor abdominal no quadrante inferior direito, do tipo cólica e que piora com os alimentos.^{6,21} Outros sintomas podem surgir, nomeadamente náuseas, vômitos, hemorragia gastrointestinal, e mais raramente pancreatite, cirrose biliar e perfuração intestinal, entre outros.²¹ O local mais afectado é a segunda porção do duodeno. A ileíte terminal é um achado raro no doente pediátrico, o que pode atrasar o diagnóstico por fraca suspeita. Por um lado, este segmento intestinal está associado a um quadro clínico mais severo comparativamente a outros locais do tubo digestivo, e por outro lado mimetiza radiologicamente patologias associadas a abdómen agudo (ex.: apendicite).^{21,22}

O diagnóstico é feito com base na clínica e exame físico, sendo definitivo quando objectivada a característica vasculite de pequenos vasos mediada por IgA. A análise histológica de biópsias assume especial importância quando os doentes surgem com apresentações atípicas, tal como no caso da clínica sugestiva de ileíte terminal.²¹

O prognóstico desta patologia é bom, sendo que a maior parte dos casos é auto-limitado e a taxa de sobrevivência em 5 anos é de 95%. No entanto, em qualquer altura da sua vida, 1/3 dos pacientes terão uma recidiva, mais leve e curta comparativamente com a apresentação inicial, que normalmente envolve os mesmos órgãos afectados nesse episódio.²¹

5. Doença de Behçet

Corresponde a uma doença vascular inflamatória crônica, multissistêmica e com um padrão recorrente. É rara, e tem etiologia desconhecida. Envolve qualquer tipo de vaso (predominantemente veias), e de qualquer tamanho. Ambos os sexos são afetados de igual forma, e normalmente surge entre os 25 e 35 anos. No entanto, é rara na idade pediátrica.²³⁻²⁵

A sua patogênese envolve uma associação de vários factores, incluindo o perfil genético e sistema imunitário do hospedeiro, e factores ambientais. Tem um forte componente genético, sendo que 10-50% dos doentes têm história familiar.²³⁻²⁵

O gene HLA-B51 foi associado a esta patologia, estando mais implicado nos homens. Para além disso, foi associado à maior ocorrência de úlceras genitais e manifestações cutâneas e oculares, e menor ocorrência de manifestações intestinais.^{23,25}

A Doença de Behçet Juvenil é definida como a doença de Behçet que se manifesta antes dos 16 anos de idade. Esta é particularmente difícil de diagnosticar, devido à heterogeneidade de manifestações clínicas associadas.^{24,25}

No que diz respeito ao trato gastrointestinal, qualquer local pode ser afetado, sendo que o mais comum corresponde à região ileocecal, podendo culminar com IT. Este é atingido em 5 a 50% dos casos da doença. Os pacientes referem mais frequentemente dor abdominal isolada ou desconforto, podendo estar associados a hemorragia ou aftas. As suas manifestações, achados endoscópicos e histologia podem ser bastante similares à DC. Quando comparada a esta, a doença de Behçet apresenta úlceras redondas ou ovaladas, com bordos mais discretos, menor número de lesões, inflamação não específica e ausência de granulomas não caseosos.^{2,25}

O diagnóstico no doente pediátrico baseia-se na clínica, sendo necessários ocorrer três dos seis achados seguintes: úlceras aftosas orais pelo menos 3 vezes durante 1 ano, úlceras

genitais tipicamente com cicatrização, lesões cutâneas, lesões oculares, sinais neurológicos (exceptuando cefaleias isoladas), e sinais vasculares.²³

6. Gastroenterite eosinofílica

A gastroenterite eosinofílica corresponde à infiltração de eosinófilos no estômago e intestino, e a sua etiologia é desconhecida.²⁶

É mais prevalente nas classes socioeconómicas altas e países ocidentais, e cerca de 50-75% dos doentes tem história pessoal e/ou familiar de alergias sazonais, sensibilidades alimentares, asma, rinite alérgica ou eczema.²⁶⁻²⁹

Afecta todas as idades, mas tem pico de incidência entre a terceira e quinta décadas de vida. Na criança ocorre mais raramente.²⁹

Os locais mais afectados correspondem ao estômago e intestino delgado proximal, seguidos da porção distal do delgado e, mais raramente, o cólon. Assim sendo, a IT pode ser, embora não tão comum, um achado associado à doença.²⁸

As manifestações clínicas dependem da extensão e do grau de infiltração dos eosinófilos na parede gastrointestinal. Klein et al. dividiram o envolvimento das diferentes porções da parede em três tipos.^{27,29}

O envolvimento da mucosa, o mais comum, pode surgir com dor abdominal, náuseas, vômitos, anorexia, e/ou diarreia. Se a infiltração for extensa ao longo desta camada, os doentes podem surgir com má absorção, enteropatia perdedora de proteínas e/ou perda ponderal.^{27,29}

A infiltração da camada muscular leva a um espessamento da parede, resultando em sintomas obstrutivos (raros no intestino distal). Em casos mais graves, pode inclusive ocorrer perfuração.^{27,29}

O envolvimento da camada serosa resulta numa ascite eosinofílica, podendo estar associada a sintomas característicos da infiltração das outras camadas da parede.^{27,29}

O diagnóstico desta doença é um dilema para o clínico. Deve ser suspeitado quando existem sintomas gastrointestinais associado a eosinofilia periférica (que ocorre em 70% dos doentes) e/ou níveis elevados de IgE. Devem também ser descartadas outras causas de eosinofilia. Passa a ser definitivo quando se evidenciam eosinófilos em maior número do que o expectável na análise histológica de biópsias. São necessárias várias biópsias, porque os infiltrados apresentam uma distribuição heterogénea e podem coexistir com uma mucosa intestinal normal. Biópsias negativas não descartam a hipótese do doente ter gastroenterite eosinofílica, porque os infiltrados podem estar confinados a camadas mais profundas. Tal é solucionado com a realização de biópsias cirúrgicas.^{26,27,29}

As outras doenças/condições que podem cursar com infiltrados eosinofílicos correspondem, por exemplo, a DII, infecções víricas e parasitárias, síndrome hipereosinofílica, doenças do tecido conjuntivo, neoplasias mieloproliferativas, ou sensibilidade a fármacos.²⁹

O tratamento baseia-se em dietas de evicção quando se suspeita de um alérgeno alimentar responsável. A corticoterapia (que contribui para a diminuição da produção de IL-3, IL-5 e GM-CSF) é usada nos casos mais graves ou nos que as alterações dietéticas não surtiram efeito. A maioria dos doentes beneficia no uso de um curso inicial de 20-40 mg de prednisona durante 2 a 6 semanas, posteriormente com doses de manutenção durante semanas a meses. Estas duas medidas resolvem os sintomas em 90% dos doentes, mas alguns têm um curso clínico crónico com remissões.²⁷⁻²⁹

7. Endometriose

Corresponde à deposição de tecido endometrial funcional sob a forma de lesões benignas fora do útero. Afecta 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva, sendo mais comum na segunda metade desta fase entre os 35 e os 45 anos.³⁰⁻³²

No entanto, a maioria das mulheres referem os primeiros sintomas na adolescência, mais frequentemente dismenorreia em comparação com dor pélvica ou dispareunia, também característicos da doença.^{30,32} Assim sendo, é necessária especial atenção por parte do pediatra na suspeita desta patologia, de modo a referenciar atempadamente a doente para abordagem especializada, evitando a sua progressão e inerentes consequências.³⁰

A sua etiologia é desconhecida, mas são propostas duas teorias explicativas. Por um lado, a teoria da implantação sugere que a menstruação retrógrada, comum na maioria das mulheres, ocorre em direcção às trompas uterinas e pode conduzir à saída de tecido endometrial para a cavidade pélvica. Tal acontecimento, juntamente com as disseminações hematogénica e linfática e factores que não favorecem a sua eliminação, pode levar ao seu depósito em tecidos ectópicos. Por outro lado, a teoria da metaplasia celómica defende a transformação de células pluripotentes mesoteliais em tecido endometrial, depositando-se nos tecidos ectópicos graças a factores semelhantes aos descritos anteriormente.^{6,30}

Os locais mais comuns de deposição incluem os ovários, trompas uterinas, fundo de saco de Douglas e peritoneu pélvico, seguidos do trato gastrointestinal, vagina e ligamento redondo.³¹ 85% das doentes apresentam focos lesivos no cólon sigmóide e recto, e 1 a 7% no íleo terminal. Focos extra-abdominais também ocorrem, sendo ainda mais raros.^{6,31}

A endometriose intestinal, quando sintomática, apresenta-se mais comumente sob a forma de hemorragia gastrointestinal coincidente com a ocorrência de mudanças hormonais cíclicas e a menstruação, podendo estar associada a obstipação ou outro sintoma sugestivo de

obstrução intestinal, como dor. A causa mais comum deste último achado clínico é uma estenose, o que poderá mimetizar a DC ou alguma neoplasia local, induzindo em erro o raciocínio clínico.^{6,31} Para além disso, outras manifestações características da DC foram implicadas na endometriose intestinal, incluindo abscessos ou fístulas perianais e o aparecimento de pseudotumores inflamatórios no apêndice, íleo terminal e cego.³¹

Embora os achados clínicos e os exames de imagem possam ser úteis no diagnóstico desta patologia, têm utilidade limitada, não permitindo assegurá-lo de forma definitiva.³⁰⁻³² Para além disso, muitos estudos avaliaram o papel de vários biomarcadores na sua abordagem diagnóstica, não revelando resultados promissores.³⁰

O *gold standard* para o diagnóstico desta patologia continua a ser a análise de biópsias das lesões encontradas no órgão afectado, sendo estas recolhidas por via cirúrgica laparoscópica.³⁰ As lesões encontradas nos adolescentes são mais frequentemente atípicas comparativamente às dos adultos, surgindo lesões vermelhas ou claras *versus* lesões do tipo *powder-burn*, respectivamente.³²

Discussão

A IT é uma condição inflamatória do íleon terminal que pode estar implicada na fisiopatologia de várias doenças, tanto agudas como crónicas. Encontra-se frequentemente associada à DC, mas nem sempre esta é a causa do seu surgimento.

Apesar de se apresentar frequentemente por dor abdominal no quadrante inferior direito, também pode estar associada a achados clínicos muitas vezes inespecíficos, o que se torna um problema para o raciocínio clínico feito pelo médico, que procura fornecer alívio sintomático e, se possível, auxiliar no tratamento da sua patologia de base. Assim sendo, constitui um desafio para todos os profissionais de saúde.

Actualmente, existem poucos estudos com amostras significativamente representativas da população que permitam retirar conclusões acerca da abordagem ideal de um doente com IT sintomática. Tal pode levar à realização de MCD e a abordagens terapêuticas desnecessárias, pouco informativas e, muitas vezes, com efeitos indesejáveis para o doente. Consequentemente, este será colocado numa situação de *stress*, tanto físico como psicológico, sendo-lhe causado maior transtorno do que o que a sua condição clínica lhe provoca, violando o médico o princípio da beneficência.

O doente pediátrico, comparativamente com os restantes grupos populacionais, é especial em vários aspectos. Em primeiro lugar, o seu organismo apresenta um estado fisiológico bastante distinto em relação ao do adulto, conduzindo regularmente a manifestações atípicas da mesma doença. Em segundo lugar, várias patologias prevalentes na população em geral apresentam aspectos epidemiológicos diferentes neste grupo etário, sendo umas mais comuns em relação a outras, inclusive nas suas diferentes idades. Em terceiro lugar, algumas consequências dos actos médicos nas crianças e adolescentes são mais significativas em relação aos adultos, na medida em que a sua intensa renovação celular e

reduzido tamanho corporal conduz a um aumento do seu risco, tal como acontece na exposição a radiação ionizante por MCD usados comumente no adulto. Por último, as consequências que estas patologias poderão ter na criança e adolescente, nomeadamente o atraso de crescimento e a perda ponderal, serão mais significativas comparativamente ao adulto, que já terminou grande parte do seu desenvolvimento.

Tal como em qualquer raciocínio clínico, a realização de uma história clínica e exame físico completos constitui a sua base. Sem estes dois aspectos, o clínico não consegue progredir na sua decisão de abordagem.

A história clínica, em toda a sua definição, deve caracterizar de forma completa os sintomas a vários níveis, bem como relatar os antecedentes pessoais e familiares, hábitos, condições habitacionais e outros aspectos essenciais para a descrição do episódio e do doente. Para além disso, são identificados factores de risco que possam levantar suspeita para uma ou mais patologias específicas. No caso da IT, é comum o doente surgir com dor abdominal no quadrante inferior direito ou diarreia, sendo estes achados inespecíficos e podendo aparecer atipicamente na criança. Para além disso, estão identificados sinais de alarme no doente pediátrico no que concerne à sua avaliação em qualquer patologia, como perda de peso, atraso no crescimento, sinais de hemorragia digestiva, desidratação ou febre. Estes são indicativos de urgência na sua actuação e tratamento, pelo que devem ser prontamente identificados.

O exame físico também tem capital importância, na medida em que determinados achados podem ajudar a apoiar o aparecimento de algumas patologias. Este inclui uma análise do estado geral e hidratação, exame de todos os aparelhos e sistemas, e medição sinais vitais, todos de importância similar comparativamente ao adulto. Assim, a informação recolhida nesta fase do estudo complementa a obtida durante a história clínica.

Após esta avaliação inicial, o médico deverá ser capaz de diferenciar quais os casos urgentes dos não urgentes, sendo que os primeiros necessitarão de intervenção imediata e, se

tal se justificar, avaliação especializada. Para além da sua vigilância apertada e constante de acordo com os sintomas e sinais, é necessário instituir tratamento imediato sintomatológico e, se possível, curativo. Os casos não urgentes também serão sujeitos, para além de tratamento sintomático, a reavaliações constantes de modo a evidenciar a evolução dos seus sintomas, bem como para detectar achados novos ou que não foram alvo de atenção por parte do clínico.

Terminada esta fase, o médico já terá em mente várias hipóteses de diagnóstico de acordo com a informação recolhida, delineando quais os factores a favor e contra os mesmos. No caso da IT, a lista de diagnósticos diferenciais pode ser exaustiva. Atendendo aos achados da anamnese do doente pediátrico e aos diferentes dados epidemiológicos das causas de IT, alguns diagnósticos acabam por se tornar mais prováveis em detrimento de outros.

Como passo seguinte, encontra-se a requisição de MCD que permitam um melhor esclarecimento da situação clínica do doente e, se possível, auxiliar prontamente a estabelecer um diagnóstico etiológico para a sintomatologia. No caso do doente pediátrico, é necessário tomar algumas precauções.

No que diz respeito aos exames laboratoriais, devem ser pedidos apenas se for necessário e/ou urgente avaliar a morbidade associada à patologia em questão (como anemia, estado de desidratação, avaliação de parâmetros inflamatórios, entre outros), para além dos exames específicos que auxiliem o diagnóstico de alguma patologia específica na mente do clínico, como a coprocultura no caso de GEA causado por *Yersinia* ou *Clostridium difficile*.

Relativamente aos exames de imagem, é necessário ter em conta, não só as vantagens e desvantagens de cada um para a avaliação da sintomatologia e diagnóstico, como também os riscos que apresentam para o doente pediátrico. Torna-se assim imperativo evitar o seu uso desmesurado neste grupo populacional.

A ecografia abdominal é o exame de imagem de primeira linha que permite identificar a ileíte terminal e fornecer mais dados que ajudem no diagnóstico diferencial, sendo definida como um espessamento da parede ileal superior a 3 mm.

No caso da IT, a ileocolonosopia (com recolha de biópsias e sua análise histológica) é o exame que permite o diagnóstico definitivo, no entanto, em grande parte dos casos a sua realização pode ser protelada e até dispensável. Nomeadamente, nos casos de GEA bacteriana com resposta favorável ao tratamento antibiótico, a colonoscopia não deve ser realizada. No entanto, quando radiologicamente persiste inflamação no íleon terminal, esta é essencial para a confirmação/exclusão de DII.

Esta pode encontrar achados que sugiram outro diagnóstico, ou ainda demonstrar achados não específicos que não permitam um diagnóstico definitivo. Para além disso, há que ter em conta os efeitos secundários relativos à sedação, uma técnica muitas vezes necessária no doente pediátrico para a realização desta técnica.

Relativamente aos restantes exames de imagem, torna-se importante ponderar a realização de RM para melhor complementar a informação. Estudos recentes têm vindo a apoiar a utilização da RM com enterografia para o estudo da DC comparativamente com à TC, na medida em que tem uma elevada sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de doenças intra-abdominais, apresenta boa resolução de imagem, e não expõe o doente a radiação ionizante.³³ No entanto, não se encontra disponível em todas as instituições de saúde, e é um exame demorado e caro. Apesar de todas as vantagens da TC com enterografia para o diagnóstico de DC, bem como para o estudo de outras manifestações que lhe estão associadas, a radiação ionizante inerente à técnica constitui um grave entrave ao seu uso no doente pediátrico. Inclusive, alguns estudos têm vindo a defender a sua substituição na abordagem desta doença pela RM.

Após a realização de todo o estudo do doente e evidência de IT associada a vários achados, serão retiradas conclusões essenciais para curso terapêutico do doente. Se as conclusões apoiarem uma patologia específica como etiologia da IT, tratamento dirigido deverá ser iniciado. No entanto, se tanto os achados clínicos como os achados endoscópicos e/ou imagiológicos forem inespecíficos e/ou inconclusivos, o médico não possuirá dados consistentes para um diagnóstico específico.

Kedia et al. realizaram um estudo em adultos, tendo como objectivo analisar a história natural da IT sintomática, e propuseram um algoritmo para a sua abordagem. Após seleccionarem uma amostra de 898 doentes, submeteram-nos à realização de ileocolonosopia e recolha de várias biópsias, as quais foram submetidas a análise histológica. Posteriormente, dividiram os achados encontrados por três grupos: os compatíveis com DC, os compatíveis com Tuberculose Intestinal (TI), e os achados inespecíficos (alterações que não incluíam granulomas, plasmocitose basal ou distorção da arquitectura das criptas intestinais). Após o tratamento (ora específico das patologias anteriores, ora sintomático no caso dos achados inespecíficos) e seguimento destes doentes, concluíram que, na ausência da clínica significativa (febre, diarreia, hemorragia gastrointestinal ou perda de peso), mais de 90% dos doentes com achados inespecíficos receberam apenas tratamento sintomático, apresentando uma evolução clínica favorável. Logo, uma grande parte dos doentes poderá não ser sujeita a actos médicos dispensáveis, e ainda conseguir recuperar da IT somente com tratamento sintomático. Assim sendo, este dado pode constituir um início para uma melhor abordagem da ileíte terminal no adulto, e futuramente no doente pediátrico, evitando os problemas inerentes à complexidades da patologia e aos actos médicos. No entanto, são necessários mais estudos, nomeadamente com amostras maiores, mais representativas e com um *follow-up* mais alargado.³

Finalmente, após a instituição de um plano terapêutico, independentemente deste ser específico para uma patologia ou apenas sintomático, é importante a realização de um *follow-up* dos doentes, de modo a detectar complicações ou sinais de alarme de exacerbação da doença e/ou tratamento. Para além de história clínica e exame físico completos, MCD podem também ser empregues, mas apenas atendendo às suas indicações e às características inerentes ao doente. A realização de ileocolonosopia e outros MCD devem respeitar as suas indicações de acordo com as *guidelines* da Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, não sendo necessárias num doente tratado sintomaticamente e com melhoria clínica.

Conclusão

Tendo em conta o que foi referido durante esta revisão, a IT constitui um grande desafio para o médico na sua abordagem, nomeadamente no doente pediátrico, já que os achados clínicos e/ou dos MCD são frequentemente inespecíficos, e tendo em conta as particularidades deste grupo etário. Assim sendo, a decisão de abordagem deve ser individualizada, tendo grande importância para o raciocínio clínico as manifestações iniciais, o resultado dos MCD e a evolução do doente ao longo do estudo.

Para além disso, é essencial a atenção do médico na avaliação desta patologia por duas razões essenciais. Por um lado, a sua prática médica pode induzir em erro o seu raciocínio, levando-o a atribuir IT a causas erróneas, e sujeitando o doente a transtorno físico e/ou psicológico consequente dos actos do clínico. Por outro lado, alguns achados importantes para um diagnóstico específico podem não sofrer a devida atenção, o que comprometerá todo o estudo e abordagem.

Assim sendo, torna-se imperativa a realização de mais estudos que complementem a informação já obtida acerca da abordagem da IT, de modo a se fazerem novas descobertas que permitam, no futuro, realizar um algoritmo prático que permita uma abordagem mais completa e adequada no doente pediátrico.

Agradecimentos

Agradeço à Dr.^a Juliana Roda pelo seu ensino dedicado e orientação, bem como pelas constantes preocupações, disponibilidade e inspiração para a prática médica futura na área de Pediatria.

Também agradeço à Professora Doutora Guiomar Oliveira pelos conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Pediatria e pela orientação prestada.

Congratulo também os meus pais, irmão e amigos chegados pelos sacrifícios e apoios contínuos, duradouros e impagáveis (tanto físicos como psicológicos) na ingressão e conclusão do Mestrado Integrado em Medicina.

Por último, agradeço à Dr.^a Ivone Saavedra pela compreensão relativa ao tempo despendido para a realização desta revisão, bem como pela alegria e motivação contagiante.

Referências Bibliográficas

1. Strobel D, Goertz RS, Bernatik T. Diagnostics in inflammatory bowel disease: Ultrasound. *World J Gastroenterol*. 2011;17(27):3192–7.
2. De R, Goulart A, Barbalho SM, Gasparini RG, De Cassio A, De Carvalho A. Facing Terminal Ileitis: Going Beyond Crohn’s Disease. *Rev Gastroenterol Res*. 2016;9(1):1–9.
3. Kedia S, Kurrey L, Pratap Mouli V, Dhingra R, Srivastava S, Pradhan R, et al. Frequency, natural course and clinical significance of symptomatic terminal ileitis. *J Dig Dis*. 2016;
4. Angel M, Gutiérrez M, Nodal EM, Díez JP, María P, Aparicio R, et al. Acute Terminal Ileitis in Children A Retrospective Study in Pediatric Emergency Department. 2018;0(0):9–11.
5. Bojic D, Markovic S. Terminal ileitis is not always Crohn’s disease. *Ann Gastroenterol [Internet]*. 2011;24:271–5.
6. Dilauro S, Crum-Cianflone NF. Ileitis: When it is not Crohn’s disease. *Current Gastroenterology Reports*. 2010.
7. Rosen MJ, Dhawan A, Saeed SA. Inflammatory bowel disease in children and adolescents. *JAMA Pediatr*. 2015;169(11):1053–60.
8. Duigenan S, Gee MS. Imaging of pediatric patients with inflammatory bowel disease. *Am J Roentgenol*. 2012;199(4):907–15.
9. Levine A, Koletzko S, Turner D, Escher JC, Cucchiara S, De Ridder L, et al. ESPGHAN revised porto criteria for the diagnosis of inflammatory bowel disease in children and adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(6):795–806.
10. Brookes MJ, Whitehead S, Gaya DR, Hawthorne AB. Practical guidance on the use of

- faecal calprotectin. *Frontline Gastroenterol* [Internet]. 2017;flgastro-2016-100762.
11. Turner D, Levine A, Escher JC, Griffiths AM, Russell RK, Dignass A, et al. Management of pediatric ulcerative colitis: Joint ECCO and ESPGHAN evidence-based consensus guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;55(3):340–61.
 12. Silverstein J, Grand D, Kawatu D, Shah SA, Steinkeler J, Leleiko N. Feasibility of using mr enterography for the assessment of terminal ileitis and inflammatory activity in children with crohn disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;55(2):173–7.
 13. Dillman JR, Adler J, Zimmermann EM, Strouse PJ. CT enterography of pediatric Crohn disease. *Pediatr Radiol*. 2010;40(1):97–105.
 14. Thomson M, Tringali A, Dumonceau J-M, Tavares M, Tabbers MM, Furlano R, et al. Paediatric Gastrointestinal Endoscopy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2017;64(1):133–53.
 15. Mazza CM, Steele RW. Fever for 14 weeks. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(9):896–8.
 16. Laghi A, Borrelli O, Paolantonio P, Dito L, Buena de Mesquita M, Falconieri P, et al. Contrast enhanced magnetic resonance imaging of the terminal ileum in children with Crohn's disease. *Gut* [Internet]. 2003 Mar [cited 2018 Mar 27];52(3):393–7.
 17. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H. European society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/european society for pediatric infectious diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: Update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;59(1):132–52.
 18. Bansal R, Ghevariya V, Ching Companioni RA, Rajnish I. Nodular lymphoid hyperplasia of the GI tract. *Gastrointest Endosc* [Internet]. 2016;83(5):1042–3.
 19. Albuquerque A. Nodular lymphoid hyperplasia in the gastrointestinal tract in adult patients: A review. *World J Gastrointest Endosc* [Internet]. 2014;6(11):534.

20. Lucarelli S, Lastrucci G, Di Nardo G, D'Alfonso Y, Aloï M, Oliva S, et al. Intestinal lymphoid nodular hyperplasia in children: The relationship to food allergy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2015;26(1):18–24.
21. Sohagia AB, Gunturu SG, Tong TR, Hertan HI. Henoch-Schonlein Purpura—A Case Report and Review of the Literature. *Gastroenterol Res Pract* [Internet]. 2010;2010:1–7.
22. Kanik A, Kose E, Baran M, Sirin Kose S, Eliacik K, Sayan A, et al. Henoch–Schönlein Purpura in Two Pediatric Patients Presenting as Terminal Ileitis. *Dig Dis Sci*. 2014;60(1):269–71.
23. Koné-Paut I. Behçet's disease in children, an overview. *Pediatr Rheumatol* [Internet]. 2016;14(1):1–8.
24. Vaiopoulos AG, Kanakis MA, Kapsimali V, Vaiopoulos G, Kaklamanis PG, Zouboulis CC. Juvenile Adamantiades-Behçet Disease. *Dermatology*. 2016;232(2):129–36.
25. Gallizzi R, Vivo D De, Valenti S, Pidone C, Romeo C, Caruso R, et al. Intestinal and neurological involvement in Behcet disease : a clinical case. 2017;1–5.
26. Samiullah, Bhurgri H, Sohail U. Eosinophilic Disorders of the Gastrointestinal Tract. *Prim Care - Clin Off Pract* [Internet]. 2016;43(3):495–504.
27. Fahey LM, Liacouras CA. Eosinophilic Gastrointestinal Disorders. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(3):475–85.
28. Munjal A, Al-Sabban A, Bull-Henry K. Eosinophilic Enteritis: A Delayed Diagnosis. *J Investig Med High Impact Case Reports* [Internet]. 2017;5(4):232470961773424.
29. Uppal V, Kreiger P, Kutsch E. Eosinophilic gastroenteritis and colitis: A comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2016;50(2):175–88.
30. Parasar P, Ozcan P, Terry KL, Surgery R. Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. 2018;6(1):34–41.

31. Karaman K, Pala EE, Bayol U, Akman O, Olmez M, Unluoglu S, et al. Endometriosis of the terminal ileum: a diagnostic dilemma. *Case Rep Pathol* [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 27];2012:742035.
32. de Sanctis V, Matalliotakis M, Soliman AT, Elsefdy H, Di Maio S, Fiscina B. A focus on the distinctions and current evidence of endometriosis in adolescents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018;
33. Hijaz N, Friesen C, Health P. Managing acute abdominal pain in pediatric patients : current perspectives. *Pediatr Heal Med Ther* [Internet]. 2017;Volume 8:83–91.