

Distúrbios gastrointestinais funcionais (DGIFs) e alergia à proteína do leite de vaca (APLV) em bebês

Este material informativo aborda os distúrbios gastrointestinais funcionais (DGIFs), a alergia à proteína do leite de vaca (APLV) não mediada por IgE e a sobreposição dessas condições. Existe uma série de DGIFs que podem ocorrer em lactentes e crianças pequenas e, neste material, nos concentraremos nos três mais comuns: cólica, constipação e regurgitação.¹ Embora consideremos cada distúrbio separadamente, na prática clínica, muitos bebês podem apresentar uma combinação de DGIFs.²

DGIFs:

DGIFs são definidos pelos critérios de ROMA IV, como: "distúrbios do sistema digestivo cujos sintomas não podem ser explicados pela presença de anormalidade estrutural ou tecidual (ou bioquímica), com base em sintomas clínicos."³

Um estudo analisou a prevalência global e os resultados de saúde relacionados a DGIF, em lactentes desde o seu nascimento até 1 ano de idade, sendo 20% para cólica, 15% para constipação funcional e 30% para regurgitação.⁴

Choro e agitação comuns versus DGIFs

Choro e agitação são normais durante a primeira infância. A duração do choro atinge um pico médio de 2¼ horas/dia em bebês com cerca de seis semanas de vida.⁵ Menos de 5% dos bebês que choram têm uma causa orgânica para seus sintomas.⁶ No entanto, se houver preocupação dos pais, é importante ficar atento a sinais de alerta, como:⁷

- Choro extremo ou agudo.
- Sintomas que persistem por mais de 4 meses.
- Presença de regurgitação frequente, vômito, diarreia e/ou perda de peso.
- Falha de crescimento.
- Histórico familiar de atopia ou enxaqueca;
- Exame físico anormal.
- Febre ou doença.
- Ansiedade ou depressão grave dos pais.
- Outros (de acordo com o julgamento clínico).

Critérios de diagnóstico para DGIFs:

Cólica

Os critérios de diagnóstico para cólica infantil são os seguintes:¹

1. Períodos recorrentes e prolongados de choro, agitação ou irritabilidade do bebê, que ocorrem sem causa óbvia e não podem ser prevenidos ou resolvidos.
2. Lactente < 5 meses de idade quando os sintomas começam e param.
3. Nenhuma evidência de falha de crescimento, febre ou doença.

Para fins clínicos, o diagnóstico deve incluir todos os critérios listados acima.

Constipação

Para o diagnóstico de constipação funcional, bebês de até quatro anos devem apresentar pelo menos dois dos seguintes critérios, por pelo menos um mês:¹

1. Duas ou menos evacuações por semana.
2. Histórico de retenção excessiva de fezes.
3. Histórico de evacuações dolorosas ou duras.
4. Histórico de fezes de grande diâmetro.
5. Presença de uma grande massa fecal no reto.

Para o diagnóstico de crianças < 9 meses de idade, é importante diferenciar entre constipação e disquesia infantil (pelo menos 10 minutos de esforço e choro antes da passagem bem ou malsucedida das fezes, na ausência de outros problemas de saúde).

Regurgitação infantil

A regurgitação infantil se refere ao movimento involuntário retrógrado do conteúdo gástrico para fora do estômago, sendo frequentemente referida como refluxo gastroesofágico. Quando o refluxo é alto o suficiente para ser visualizado, é chamado de regurgitação. O refluxo é diagnosticado quando ambos os critérios a seguir são atendidos em um bebê saudável de três semanas a 12 meses:¹

1. Regurgitação duas ou mais vezes por dia por 3 ou mais semanas.
2. Ausência de vômito, hematêmese, aspiração, apneia, falha de crescimento, dificuldades de alimentação ou deglutição ou postura anormal.

O refluxo gastroesofágico (RGE) se torna doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) quando sintomas incômodos ou complicações ocorrem como resultado do RGE, exigindo suporte adicional.

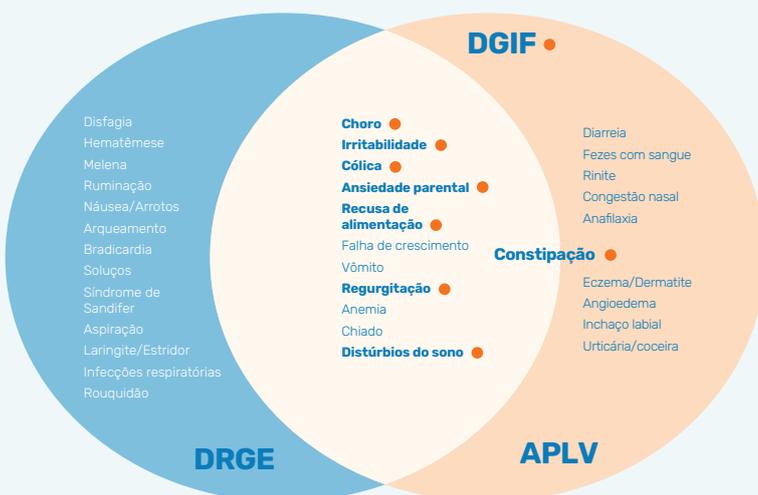
APLV não mediada por IgE

Ao contrário dos DGIFs, para que um diagnóstico de APLV seja feito, os bebês precisam apresentar vários dos sintomas listados abaixo:⁸

- Choro.
- Irritabilidade.
- Cólica.
- Recusa de alimentação.
- Regurgitação.
- Constipação.
- Distúrbios do sono.

Os sintomas acima são comuns em bebês saudáveis, bem como em crianças com DRGE e DGIFs. Isso pode dificultar o diagnóstico e, portanto, a avaliação clínica é necessária (Figura 1).

A APLV é um fator de risco para o desenvolvimento de DGIFs em um momento posterior da vida, como a doença do intestino irritável (DII).⁹ Portanto, é importante que seja reconhecida e adequadamente tratada. Um estudo demonstrou que 44% dos pacientes (n = 52) que tiveram APLV apresentaram sintomas gastrointestinais (GI) em comparação com 20% dos controles (n = 53).⁹ Dos pacientes com APLV, 19% preencheram os critérios de Roma III para DGIFs em comparação com nenhum no GRUPO CONTROLE.⁹



"Figura 1. Sobreposição entre APLV e DGIFs"

Manejo nutricional e clínico

O manejo da APLV ou de qualquer DGIF começa pela análise do relato dos pais e reconhecimento do estresse relacionado ao problema.¹⁰

Cólica

Na maioria das vezes, o tratamento da cólica envolve oferecer suporte aos pais para lidar com esse período de desenvolvimento. É importante explicar os padrões normais de choro aos pais. Em caso de sinais de alerta, como ansiedade ou depressão dos pais, ofereça suporte e segurança conforme necessário.¹⁰

Em bebês amamentados (AM), evite superalimentação e superestimulação.¹⁰ Na impossibilidade do aleitamento materno, os principais consensos e *guidelines* sugerem o uso de fórmula infantil com proteína parcialmente hidrolisada, com menor teor de lactose em conjunto com uma mistura de prebióticos.¹⁰

Constipação

A constipação funcional é rara em bebês em AM¹⁰, no entanto, se ocorrer, tranquilize os pais e oriente as mães a continuar com a amamentação, se possível.¹⁰

Na impossibilidade do aleitamento materno, os principais consensos e *guidelines* sugerem o uso de fórmula infantil com proteína parcialmente hidrolisada, prebióticos e beta-palmitato.¹⁰

Se o bebê estiver em alimentação complementar, é importante verificar a ingestão de líquidos e fibras.¹⁰

Regurgitação infantil (refluxo)

O refluxo é muito comum nos primeiros meses de vida e geralmente diminui sem intervenção em 12 meses.¹¹ Se não houver sinais de alerta, o refluxo deve ser controlado de forma conservadora.

Ele não é um motivo para interromper a amamentação, que deve ser continuada sempre que possível.¹⁰ Um profissional poderá verificar a técnica de amamentação da mãe. Isso é importante, já que uma pega inadequada pode influenciar nos sintomas de refluxo. Na impossibilidade do aleitamento materno, os principais consensos e *guidelines* sugerem o uso de fórmula infantil espessada.^{10,12}

Se essas técnicas com cólica e constipação forem ineficazes e houver suspeita de APLV, as diretrizes recomendam 2 a 4 semanas de fórmula extensamente hidrolisada (FEH) em bebês AF ou uma dieta de eliminação de LV em bebês AM.^{10,12} Em pacientes com APLV não IgE, remover o LV da dieta melhora os sintomas de refluxo.¹³ Se a dieta for considerada benéfica, um teste de provocação oral (TPO) com fórmula à base de leite de vaca deve ser planejado para confirmar o diagnóstico de APLV.

APLV não mediada por IgE

Se os sintomas persistirem apesar das medidas de primeira linha, é provável que estejam relacionados à alergia. Dietas de exclusão devem ser consideradas apenas se a história clínica e o TPO sugerirem fortemente a APLV.¹⁰

Além disso, é importante garantir que o desenvolvimento da habilidade motora oral seja mantido, pois pacientes com alergias não mediadas por IgE podem ter maior risco de desenvolver dificuldades de alimentação.¹⁴

O manejo da APLV não mediada por IgE começa com uma dieta de eliminação de LV de 2 a 4 semanas, seguida pela reintrodução para confirmar o diagnóstico.¹⁰ Clínicos e pais devem tentar seguir as orientações da Organização Mundial da Saúde sobre AM,¹⁵ uma vez que o leite materno é a forma padrão-ouro de nutrição para bebês. A AM ajuda o microbioma do bebê por meio da via enteromamária, pela qual as bactérias intestinais são transferidas do trato gastrointestinal da mãe através do leite materno.¹⁶ As bactérias também são transferidas quando o bebê suga o mamilo da mãe.¹⁶

Em um bebê em aleitamento materno e APLV, as diretrizes recomendam que a mãe siga uma dieta livre de LV.^{17,18} É importante ajudar a mãe a garantir uma ingestão adequada de cálcio e vitamina D.^{18,19} Orientar a mãe a continuar amamentando sempre que possível e educar sobre a lei de rotulagem de alimentos, fontes ocultas de LV e receitas relevantes.

Na impossibilidade do aleitamento materno, para lactentes com suspeita de APLV, existem três categorias de fórmulas adequadas:²⁰

- Fórmula Extensamente Hidrolisada (FEH), por exemplo, FEH-soro de leite, FEH-caseína.
- Fórmulas de Aminoácidos (FAA).
- Proteínas não lácteas, por exemplo, soja (adequada apenas nas alergias IgE mediadas).

A FEH é recomendada como primeira opção para a maioria das intervenções de primeira linha para lactentes com APLV.²¹ A FAA é indicada em casos de esofagite eosinofílica, anafilaxia, “falha de crescimento” e persistência de sintomas com FEH.²¹ A suplementação com vitaminas A e D, cálcio, ferro e zinco deve ser considerada.²²

Globalmente, existe uma alta prevalência de DGIFs entre bebês, embora sua etiologia não seja clara.⁴ Curiosamente, a pesquisa mostra que a APLV pode levar a DGIFs em momentos posteriores da vida. Diferenciar entre DGIFs e APLV é desafiador, mas importante, e o diagnóstico deve ser confirmado por uma dieta de eliminação, seguida por um teste de provocação oral (TPO).¹⁰ Na ausência de sinais de alerta, testes e tratamento farmacológico devem ser evitados.

Considerações para a prática clínica

- Considere o impacto que uma mudança de alimentação tem sobre os sintomas reais ou percebidos dos bebês e a saúde psicológica dos pais.
- Certifique-se de reservar tempo suficiente na consulta para ouvir os pais, a fim de ajudá-los a tomar decisões.
- Qualquer mudança de alimentação deve aproximá-lo de uma resposta diagnóstica.
- Faça o acompanhamento adequado para garantir que a dieta diagnóstica esteja correta e que o novo TPO ocorra.

Referências:

1. Benninga M, Nurko S, Faure C, Hyman P, St. James Roberts I, Schechter N. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1443-1455.e2.
2. Bellaiche M, Ategbro S, Krumholz F, Ludwig T, Miqdady M, Abkari A et al. A large-scale study to describe the prevalence, characteristics and management of functional gastrointestinal disorders in African infants. *Acta Paediatrica*. 2020;109(11):2366-2373.
3. Drossman D. Rome IV Functional Gastrointestinal Disorders for Primary Care and Non-GI Clinicians. 1st ed. Raleigh: The Rome Foundation; 2017.
4. Vandenplas Y, Abkari A, Bellaiche M, Benninga M, Chouraqui J, Çokura F et al. Prevalence and Health Outcomes of Functional Gastrointestinal Symptoms in Infants From Birth to 12 Months of Age. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2016;61(5):531-537.
5. Brazelton T. Crying in Infancy. *Pediatrics*. 1962;29(4):579-588.
6. Akhnikh S, Engelberts A, van Sleuwen B, L'Hoir M, Benninga M. The Excessively Crying Infant: Etiology and Treatment. *Pediatric Annals*. 2014;43(4):e69-e75.
7. Zeevenhooven J, Browne PD, L'Hoir MP, de Weerth C, Benninga MA. Infant colic: mechanisms and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018 Aug;15(8):479-496. doi: 10.1038/s41575-018-0008-7. PMID: 29760502.
8. Salvatore S, Vandenplas Y. Gastroesophageal Reflux and Cow Milk Allergy: Is there a link? *Pediatrics* 2002;110;972-984.
9. Saps M, Lu P, Bonilla S. Cow's-Milk Allergy Is a Risk Factor for the Development of FGIDs in Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. 2011;52(2):166-169.
10. Vandenplas Y, Hauser B, Salvatore S. Functional Gastrointestinal Disorders in Infancy: Impact on the Health of the Infant and Family. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*. 2019;22(3):207-216.
11. Martin A, Pratt N, Kennedy J, Ryan P, Ruffin R, Miles H et al. Natural History and Familial Relationships of Infant Spilling to 9 Years of Age. *Pediatrics*. 2002;109(6):1061-1067.
12. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, Cabana M, DiLorenzo C, Gottrand F et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. 2018;66(3):516-554.
13. Omari T, Tobin J, McCall L, Savage K, Ferris L, Hammond P et al. Characterization of Upper Gastrointestinal Motility in Infants With Persistent Distress and Non-IgE-mediated Cow's Milk Protein Allergy. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. 2020;70(4):489-496.
14. Chehade, Mirna, Rosan Meyer, and Alexia Beauregard. "Feeding difficulties in children with non-IgE-mediated food allergic gastrointestinal disorders." *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 122.6 (2019): 603-609.
15. Breastfeeding [Internet]. World Health Organization. [cited 5 March 2021]. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2.
16. Fernández L, Langa S, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Martín R et al. The human milk microbiota: Origin and potential roles in health and disease. *Pharmacological Research*. 2013;69(1):1-10.
17. Fiocchi A, Brozek J, Schünemann H, Bahna S, von Berg A, Beyer K et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2010;21(Suppl.21):1-125.
18. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias J, Heuschkel R, Husby S et al. Diagnostic Approach and Management of Cow's-Milk Protein Allergy in Infants and Children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. 2012;55(2):221-229.
19. Thomassen R, Kvammen J, Eskerud M, Júlíusson P, Henriksen C, Rugtveit J. Iodine Status and Growth In 0-2-Year-Old Infants With Cow's Milk Protein Allergy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2017;64(5):806-811. 20.
20. Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Beyer K, Bindslev-Jensen C et al. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines: diagnosis and management of food allerg. *Allergy*. 2014;69(8):1008-1025.
21. Meyer R, Groetch M, Venter C. When Should Infants with Cow's Milk Protein Allergy Use an Amino Acid Formula? A Practical Guide. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2018;6(2):383-399.
22. Meyer, Rosan. "Dietetic management of non-IgE mediated allergies in children." *Paediatrics and Child Health* 28.5 (2018): 241-244.