

Doença inflamatória intestinal na criança e no adolescente — doença de Crohn e retocolite ulcerativa

Quando suspeitar, calprotectina fecal, exames iniciais, encaminhamento, crise grave da retocolite (PUCAI ≥ 65) e o papel do pediatra, segundo SBP 2024/2025, PCDTs do Ministério da Saúde e ECCO-ESPGHAN

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A doença inflamatória intestinal (DII) — **doença de Crohn (DC)**, **retocolite ulcerativa (RCU)** e colite não classificada — começa antes dos 20 anos em cerca de 25% dos casos (SBP, DC nº 183/2024). Suspeite diante de **diarreia com sangue persistente, dor com sinais de alarme, perda de peso, desaceleração do crescimento ou atraso puberal, doença perianal, anemia, aftas de repetição, artrite ou eritema nodoso**. O pediatra pede **hemograma, PCR, VHS, albumina, ferritina, calprotectina fecal** e exames de fezes, e **encaminha com prioridade ao gastroenterologista pediátrico**: o diagnóstico exige endoscopia alta e ileocolonosopia com biópsias. Exames normais não excluem DII. O tratamento é do especialista — **nutrição enteral exclusiva na Crohn luminal**, 5-ASA na RCU leve a moderada, corticoide por curto período, imunomoduladores e anti-TNF. O pediatra segue junto: **vacinas antes da imunossupressão**, crescimento, nutrição, saúde mental e transição. **Crise grave de RCU (PUCAI ≥ 65), suspeita de megacólon tóxico, sangramento volumoso, obstrução ou abscesso: pronto-socorro (🔴).**

1. O que é e como se apresenta

Inflamação crônica, imunomediada e recidivante do tubo digestivo; na criança costuma ser **mais extensa e mais grave** que no adulto. Por idade de início (SBP, DC nº 183/2024): pediátrica < 17 anos; precoce < 10; **muito precoce (VEO-IBD) < 6**; infantil < 2. Abaixo de 6 anos cresce a chance de doença monogênica — ver **Doença inflamatória intestinal de início muito precoce (VEO-IBD)** (Temas SBP).

- **Doença de Crohn** (da boca ao ânus, descontínua, transmural): dor abdominal, diarreia muitas vezes **sem sangue** (ileal), perda de peso, febre baixa, **desaceleração do crescimento e atraso puberal** (às vezes isolados), **doença perianal** (fístula, abscesso, plicoma, fissuras múltiplas ou fora da linha média), quadro semelhante a apendicite, suboclusão.
- **Retocolite ulcerativa** (mucosa contínua a partir do reto): **diarreia com sangue e muco**, tenesmo, urgência, evacuações noturnas; nas formas extensas, febre, anemia e hipoalbuminemia; a forma fulminante pode evoluir para **megacólon tóxico**, perfuração e hemorragia.
- **Extraintestinais** (podem preceder o quadro digestivo): artralgia e artrite, aftas, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, uveíte, colangite esclerosante, osteopenia.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Dor crônica sem sinais de alarme , crescimento e exames normais, calprotectina normal; ou DII em remissão acompanhada pelo especialista	Seguimento pelo pediatra (distúrbio funcional ou seguimento conjunto da DII)
 Moderada	Suspeita de DII : diarreia com sangue persistente sem infecção, perda de peso, desaceleração do crescimento, atraso puberal, doença perianal, anemia, PCR/VHS ou calprotectina elevadas; ou DII em atividade leve a moderada (PUCAI 10–64)	Encaminhar com prioridade ao gastroenterologista pediátrico com os exames iniciais (com urgência se sangue com anemia, perda de peso importante ou doença perianal); discutir o caso enquanto aguarda (SBP)
 Grave	RCU com PUCAI ≥ 65 ; suspeita de megacólon tóxico ; sangramento volumoso ou instabilidade; obstrução, abdome agudo, abscesso perianal ou intra-abdominal; desidratação; febre com mau estado geral em uso de imunossupressor ou biológico	Pronto-socorro ou hospital com gastroenterologista e cirurgião pediátricos

PUCAI (Turner 2007; ECCO-ESPGHAN; AEP), de 0 a 85:

ITEM	PONTOS
Dor abdominal	Ausente 0; pode ser ignorada 5; não pode ser ignorada 10
Sangramento retal	Ausente 0; pouco, em < 50% das evacuações 10; pouco, na maioria 20; grande 30
Consistência das fezes	Formadas 0; parcialmente formadas 5; desformadas 10
Evacuações em 24 h	0–2 0; 3–5 5; 6–8 10; > 8 15
Evacuação noturna	Não 0; sim 10
Atividade	Sem limitação 0; ocasional 5; restrição importante 10

< 10 remissão; 10–34 leve; 35–64 moderada; ≥ 65 grave (ECCO-ESPGHAN 2018 e 2025).

Fatores que elevam a gravidade: idade < 6 anos, pancolite, doença perianal, estenose ou fístula, desnutrição ou retardo de crescimento; anemia grave, hipoalbuminemia; *C. difficile* ou citomegalovírus sobrepostos; uso de imunossupressor ou biológico; má adesão.

3. Diagnóstico no consultório

A suspeita é clínica e do pediatra (SBP). Avaliar duração da diarreia (crônica se > 30 dias — SBP 2023), sangue, evacuações noturnas, perda de peso, sintomas extraintestinais, história

familiar, antibióticos e anti-inflamatórios. Exame: **peso, estatura, velocidade de crescimento**, Tanner, aftas, massa abdominal, **inspeção perianal sempre**, articulações, pele e olhos.

Exames iniciais (SBP, DC nº 183/2024): **hemograma com plaquetas, PCR, VHS**, albumina, ferritina, eletrólitos, função renal, transaminases e GGT; **calprotectina fecal**; coprocultura, parasitológico (incluindo *E. histolytica*), **toxinas de *C. difficile***; antitransglutaminase IgA com IgA total. Infecção encontrada não exclui DII; **10–20% das crianças com DII têm exames normais** (SBP).

Calprotectina fecal — uso e limites:

- **Muito sensível e pouco específica** (SBP; AEP). Normal (< 100 µg/g acima de 12 meses — AEP) torna a DII improvável na criança **sem sinais de alarme**.
- **Não substitui a endoscopia**; sobe também em infecção, alergia, pólipos e uso de anti-inflamatório (SBP). Valores > 150–250 µg/g sugerem inflamação, mas **não há referência confiável abaixo de 4 anos** (SBP, DC nº 67/2026). Pedir longe de gastroenterite; repetir se limítrofe.
- **Sangue persistente nas fezes ou doença perianal: encaminhar mesmo com calprotectina normal** (revisão da Pediatrics, 2023). No SUS, incluída em 2026 para monitorar a Crohn colônica.

É do especialista: endoscopia alta e ileocolonosopia com biópsias, enterorressonância ou ultrassonografia de alças, ressonância pélvica na doença perianal, investigação imunológica e genética na VEO-IBD.

Diferencial que não pode passar: colites infecciosas (*Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *E. coli* êntero-hemorrágica, *C. difficile*, amebíase), **tuberculose intestinal e *Yersinia*** (simulam ileíte); no lactente, **proctocolite alérgica**; vasculite por IgA, divertículo de Meckel, pólipo juvenil (ver **Hemorragia digestiva na criança — alta e baixa**); celíaca, giardíase, intestino irritável (ver **Diarreia persistente e crônica e síndromes de má absorção**); no adolescente com lesão perianal, **IST** e avaliação de abuso.

4. Tratamento e seguimento

Tratamento e escalonamento são do gastroenterologista pediátrico, de preferência em centro de referência multidisciplinar (SBP). Meta: remissão clínica, bioquímica e endoscópica, com crescimento normal e mínimo de corticoide.

- **Crohn — indução na doença luminal: nutrição enteral exclusiva (NEE)**, fórmula polimérica por via oral, sem outros alimentos, **por no mínimo 8 semanas**, com reintrodução gradual (SBP, MO nº 212/2025); cicatriza a mucosa e favorece o crescimento. Corticoide se a NEE não for possível; **anti-TNF de início** no alto risco (perianal, estenose ou fístula, retardo grave de crescimento) (ECCO-ESPGHAN 2020); manutenção com azatioprina ou metotrexato.

- **RCU leve a moderada: mesalazina oral** ($\pm$ tópica na doença distal); corticoide se não houver resposta; azatioprina nas recaídas ou dependência de corticoide; infliximabe na refratária (PCDT 2024; ECCO-ESPGHAN 2025).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
NEE (fórmula polimérica)	Volume pela necessidade energética	Fracionada	≥ 8 semanas	1ª linha na Crohn (SBP, MO nº 212/2025); ECCO e AEP 6–8 semanas
Mesalazina oral (RCU)	30–50 mg/kg/dia (máx. 4,8 g/dia)	2–3 tomadas	Indução e manutenção	PCDT RCU 2024 (SBP sem dose); ECCO-ESPGHAN 2025: 50–70 (até 100) mg/kg/dia, máx. 4,8 g
Prednisona	RCU 1–2 mg/kg/dia (máx. 60 mg/dia)	1–2 $\times$ /dia	Curta, com redução gradual	PCDT RCU 2024 (máximo do adulto); ECCO-ESPGHAN 2025: 1 mg/kg/dia, máx. 40 mg, 1 $\times$ /dia
Azatioprina	2–2,5 mg/kg/dia	1 $\times$ /dia	Manutenção	PCDTs Crohn 2026 e RCU 2024; TPMT antes (ECCO)
Metotrexato (Crohn)	15 mg/m ² , máx. 25 mg	Semanal, SC	Manutenção	ECCO-ESPGHAN 2020; ácido fólico; teratogênico
Infliximabe	5 mg/kg	Semanas 0, 2, 6; depois 8/8 semanas	Manutenção	PCDTs; ≥ 6 anos; com imunomodulador na criança
Adalimumabe (Crohn)	≥ 40 kg 160/80 $\rightarrow$ 40 mg; < 40 kg 80/40 $\rightarrow$ 10–20 mg	Semanas 0 e 2; depois 2/2 semanas	Manutenção	PCDT Crohn 2026; ≥ 6 anos
Metilprednisolona IV (crise grave)	1 mg/kg/dia, máx. 40 mg (1,5 mg/kg, máx. 60 mg, nos mais graves)	1–2 $\times$ /dia	PUCAI no 3º e 5º dias	Hospital; ECCO-ESPGHAN 2018 (PCDT sem dose pediátrica)

No SUS, ustekinumabe, vedolizumabe e tofacitinibe só a partir de 18 anos (PCDTs).

Não usar: loperamida, opioides e anticolinérgicos na colite ativa (megacólon tóxico); **anti-inflamatórios não esteroides**; corticoide prolongado como manutenção; ciprofloxacino de rotina na criança (PCDT); dietas restritivas sem nutricionista.

O papel do pediatra (SBP; ECCO-ESPGHAN):

- **Vacinas** (coerente com **Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)**): ao diagnóstico, revisar carteira e sorologias (sarampo, varicela, hepatites A e B); **não vivas ≥ 2 semanas e vivas ≥ 4 semanas antes** do imunossupressor ou

biológico. **Biológicos em qualquer dose e prednisona ≥ 2 mg/kg/dia (até 10 kg) ou ≥ 20 mg/dia por ≥ 14 dias contraindicam vacinas vivas**; após o corticoide, aguardar 1 mês; azatioprina ≤ 3 mg/kg/dia e metotrexato $\leq 0,4$ mg/kg/semana, caso a caso (Manual dos CRIE 2023). Antes do anti-TNF: influenza, pneumocócica (VPC20 pelo CRIE), hepatite B, dT; HPV; vacinar conviventes. Recém-nascido de mãe em anti-TNF: **adiar a BCG** (PCDTs). Rastreio de tuberculose latente antes de biológico (PCDT).

- **Crescimento e puberdade** em toda consulta: desaceleração indica doença ativa ou excesso de corticoide.
- **Nutrição**: ferro (dose do documento **Anemia ferropriva**, SBP 2026), vitamina D, cálcio (acima de 4 anos, 1.200–1.600 mg/dia), folato e B12 monitorados e repostos (SBP, MO nº 212/2025).
- **Saúde mental**: ansiedade, depressão, imagem corporal, faltas escolares; apoio psicológico (SBP).
- **Transição** estruturada ao gastroenterologista de adultos, de preferência em remissão (SBP; ECCO-ESPGHAN 2025).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **RCU com PUCAI ≥ 65** , sobretudo com febre, taquicardia, anemia ou hipoalbuminemia.
- **Suspeita de megacólon tóxico**: distensão, dor intensa ou crescente, febre, taquicardia, desidratação, sonolência, hipotensão (cólon transversal > 56 mm, ou > 40 mm abaixo de 10 anos — ECCO-ESPGHAN 2018).
- **Sangramento volumoso** ou instabilidade; abdome agudo, **obstrução**, abscesso perianal ou intra-abdominal.
- Desidratação; febre com mau estado geral em uso de imunossupressor ou biológico.

Como encaminhar

1. Sinais vitais, perfusão, hidratação, PUCAI; **acesso venoso** e cristalóide se houver choque; **oxigênio para manter SpO₂ 94–98%** se necessário.
2. **Jejum** se houver suspeita de megacólon, obstrução ou abdome agudo.
3. **Não dar** loperamida, opioide, anticolinérgico nem anti-inflamatório; dor ou febre ($\geq 37,5$ °C axilar): paracetamol 10–15 mg/kg/dose ou dipirona 15 mg/kg/dose (padrão do site).
4. Não suspender o corticoide em uso (insuficiência adrenal).
5. Serviço com gastroenterologista e cirurgião pediátricos; SAMU (192) se instável.
6. **Relatório**: evolução, PUCAI, medicamentos e data da última dose do biológico, exames e vacinas.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A doença tem fases de calma e de crise; com tratamento, a maioria das crianças cresce e leva vida normal."
- "Os remédios são contínuos, mesmo com a criança bem: não suspenda sem falar com o especialista."
- "Na nutrição enteral exclusiva, só a fórmula, pelo tempo combinado."
- "Antes de qualquer vacina, conte que a criança usa remédio para a imunidade."
- "Não use ibuprofeno nem remédio para prender o intestino."
- **Pronto-socorro se houver:** muito sangue ou mais de 6 evacuações com sangue por dia; barriga inchada e muito dolorida; vômitos com parada de evacuar e de eliminar gases; febre com prostração; dor e inchaço no ânus com febre; tontura, desmaio ou desidratação.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Suspeita e encaminhamento	Sinais de alarme → exames e gastropatia (DC 183/2024)	PCDTs não tratam da triagem	Sem diretriz; revisão (Pediatrics 2023): sangue ou perianal → endoscopia	Equipe especializada	Clínica e calprotectina → endoscopia	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Calprotectina	Sensível, inespecífica; não substitui endoscopia	No SUS (2026) para monitorar Crohn colônica	Revisão: útil sem sinais de alarme	Na criança já encaminhada (HTG320)	Normal < 100 µg/g acima de 12 meses	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Indução na Crohn	NEE 1ª linha, ≥ 8 semanas	Fórmulas como suporte; imunomodulador precoce	Revisão: anti-TNF precoce no alto risco	Corticoide; enteral se preocupa o crescimento	NEE 6–8 semanas	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
RCU leve a moderada	Sem posição terapêutica	Mesalazina 30–50 mg/kg/dia; prednisona 1–2 mg/kg/dia	—	Aminossalicilato tópico e/ou oral	5-ASA; prednisona 1 mg/kg/dia	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Crise grave e biológicos	Internar; cirurgia no megacólon	Corticoide IV, ciclosporina ou infliximabe; biológicos ≥ 6 anos	—	Corticoide IV; ciclosporina ou cirurgia	PUCAI > 65 no 5º dia = refratária	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: todas concordam que a suspeita é clínica, que a calprotectina ajuda mas não substitui a ileocolonoscopia e que o tratamento é especializado, com mínimo de corticoide. As divergências são terapêuticas: a **SBP** e a ECCO-ESPGHAN põem a **nutrição enteral exclusiva como primeira linha** na Crohn (SBP ≥ 8 semanas; ECCO e AEP 6–8), o **PCDT** de

2026 só a cita como suporte e o **NICE** a reserva a quando preocupa o crescimento; o **PCDT de RCU** usa mesalazina **30–50 mg/kg/dia** e prednisona **1–2 mg/kg/dia**, contra 50–70 mg/kg/dia e 1 mg/kg/dia (máx. 40 mg) da ECCO-ESPGHAN 2025 (que cita ECR pediátrico com resposta semelhante entre 27–71 e 53–118 mg/kg/dia de mesalazina); o SUS limita os biológicos mais novos a maiores de 18 anos. **O site adota a SBP** (diagnóstico, papel do pediatra, NEE) e, nas doses sem posição da SBP, **o Ministério da Saúde (PCDTs)**; metotrexato e crise grave seguem a ECCO-ESPGHAN, que os PCDTs não detalham na criança.

PONTOS PRÁTICOS

1. Sangue persistente nas fezes, perda de peso, desaceleração do crescimento, atraso puberal ou doença perianal: pensar em DII e examinar o períneo.
2. Calprotectina normal afasta DII sem sinais de alarme; com sangue ou doença perianal, encaminhar mesmo assim.
3. Hemograma, PCR, VHS, albumina, ferritina, calprotectina, fezes e celíaca; encaminhar com prioridade ao gastroenterologista pediátrico.
4. PUCAI ≥ 65 , megacólon tóxico, sangramento volumoso, obstrução ou abscesso: pronto-socorro, sem antidiarreico, opioide ou anti-inflamatório.
5. Vacinas: não vivas ≥ 2 e vivas ≥ 4 semanas antes da imunossupressão; nada de vacina viva com biológico.

Veja também, nesta Biblioteca: **Diarreia persistente e crônica e síndromes de má absorção, Hemorragia digestiva na criança — alta e baixa e Doença celíaca na criança e no adolescente** (nesta área); **Doença inflamatória intestinal de início muito precoce (VEO-IBD)** (Temas SBP); **Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)** (Imunizações); **Dor abdominal crônica e distúrbios funcionais e Alergia à proteína do leite de vaca** (Patologias do consultório); **Anemia ferropriva**.

8. Fontes

- SBP, GT de DII. Doenças inflamatórias intestinais — pontos a enfatizar para o pediatra (DC nº 183), 2024. [PDF](#)
- SBP, GT de DII. Nutrição nas doenças inflamatórias intestinais em pediatria (MO nº 212), 2025. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT da Doença de Crohn (Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 51/2026). [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT da Retocolite Ulcerativa (Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 9/2024). [PDF](#)

- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 12.037/2026 — calprotectina fecal na Tabela do SUS. [PDF](#)
- van Rheenen PF et al. Medical management of paediatric Crohn's disease — ECCO-ESPGHAN, 2021. academic.oup.com
- Wine E et al. Management of paediatric ulcerative colitis, part 1 — ESPGHAN-ECCO, 2025. [PDF](#)
- Turner D et al. Management of paediatric ulcerative colitis, parts 1 e 2 — ECCO-ESPGHAN, 2018. [Parte 1](#); [Parte 2](#)
- Bouhuys M et al. Pediatric inflammatory bowel disease (revisão). Pediatrics, 2023. [resumo \(NCBI\)](#)
- NICE. Crohn's disease (NG129) e Ulcerative colitis (NG130), 2019. [NG129](#); [NG130](#)
- NICE. Faecal calprotectin diagnostic tests (DG11, atual HTG320), 2013. nice.org.uk
- AEP/SEGHNP. Colitis ulcerosa y EII no clasificada (Protocolos, 2022). [PDF](#)
- AEP/SEGHNP. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (doença de Crohn), 2023. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.