

BMJ Best Practice

Cólica infantil

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	9
Diagnóstico diferencial	10
Tratamento	13
Abordagem passo a passo do tratamento	13
Visão geral do tratamento	14
Opções de tratamento	16
Novidades	18
Acompanhamento	19
Recomendações	19
Complicações	19
Prognóstico	20
Diretrizes	21
Diretrizes de diagnóstico	21
Diretrizes de tratamento	21
Recursos online	22
Nível de evidência	23
Referências	24
Aviso legal	27

Resumo

- ◇ Caracteriza-se por paroxismos de choro incontrolável em lactente saudável e bem alimentado com idade <5 meses, duração do choro >3 horas por dia e >3 dias por semana por pelo menos 3 semanas.
- ◇ O choro começa tipicamente nas primeiras semanas de vida e cessa aos 4 a 5 meses de idade.
- ◇ A alergia alimentar pode desempenhar um papel importante na patogênese.
- ◇ A afecção pode causar muito estresse para a família.
- ◇ O manejo é de orientação de suporte, tranquilização e alterações alimentares (se indicado).

Definição

A cólica infantil é definida como paroxismos de choro incontrolável ou lamentoso em lactente saudável e bem alimentado com idade <5 meses. A duração do choro é >3 horas por dia, >3 dias por semana, por pelo menos 3 semanas.[1] O choro começa tipicamente nas primeiras semanas de vida e cessa aos 4 a 5 meses de idade.

Epidemiologia

As taxas de prevalência em pessoas brancas variam consideravelmente. Em estudos prospectivos, as taxas variam de 3% a 28% e, em estudos retrospectivos, de 8% a 40%.[2] [3] [4] A taxa de prevalência na população asiática é consideravelmente menor.[5] A grande variação na taxa de prevalência pode ser explicada pelas diferenças no desenho do estudo, método de coleta de dados, local de recrutamento, diferenças étnicas e definição de cólica infantil. Estudos prospectivos são mais confiáveis, uma vez que estudos retrospectivos estão sujeitos a viés de memória.

Cólica ocorre igualmente em meninos e meninas.[6] Crianças com cólica tendem a ter irmãos que também manifestam essa condição. Embora alguns investigadores relataram uma incidência maior nas crianças primogênicas,[3] outros não acharam essa associação.[7] Um pequeno número de investigadores observou que a condição é mais comum em crianças com baixo peso ao nascer,[8] mas não se trata de um achado consistente.[3]

Etiologia

A etiologia não é completamente compreendida, mas parece ser multifatorial.

1. Alergia alimentar

- Existem evidências crescentes de que proteínas do leite bovino desempenham um papel importante na patogênese da cólica infantil.[9] [10]
- A ingestão de ovos, chocolate, frutas cítricas e certos frutos do mar pela mãe nutriz também pode resultar em cólica infantil.[11]

2. Fatores parentais

- A exposição à fumaça de cigarro (durante e após a gestação) está associada a um aumento do risco de cólica infantil.[12] A prevalência de cólica é aproximadamente o dobro entre lactentes de mães tabagistas.[13]
- Lactentes têm menor probabilidade de apresentar cólica infantil.[13] [14]
- Existe uma associação entre a incidência de cólica infantil e fatores psicológicos parentais, como estresse durante a gestação, depressão pós-parto, ansiedade parental, insatisfação com o relacionamento sexual e experiências negativas durante o nascimento, além de habilidades parentais deficientes.[4] [15] [16] Existe uma correlação entre cólica infantil e pais mais velhos, mais inteligentes e nível educacional mais elevado.[3] Tal fato pode ser decorrente de uma maior frequência de relatos ou menos tolerância aos sintomas da cólica entre esses pais.[17]

3. Flatulência

- A flatulência resulta da ingestão excessiva de ar durante a alimentação ou eructação inadequada após a alimentação.[17]
- O excesso de gás intestinal, que causa distensão abdominal e espasmo intestinal, pode causar cólica infantil.[18]

Fisiopatologia

A permeabilidade intestinal a macromoléculas é maior em algumas crianças com cólica; isso reflete um funcionamento imaturo do trato gastrointestinal e contribui para alergia alimentar adquirida.[19]

A cólica infantil está associada a níveis elevados de motilina.[12] [19] A motilina estimula a motilidade gástrica e intestinal, e altos níveis de motilina podem causar espasmo intestinal. A exposição à fumaça de cigarro está associada a níveis plasmáticos e intestinais elevados de motilina.[12]

Também existem evidências de contratilidade reduzida da vesícula biliar em crianças com cólica.[20] Essa hipocontratilidade pode ser causada por um distúrbio na secreção da colecistoquinina.

Prevenção primária

Recomenda-se que lactentes não sejam alimentados em excesso ou deficiência. Sempre que possível, lactentes devem ser amamentados. Alimentar o lactente em posição semiereta pode evitar a aerofagia e deve-se favorecer a eructação adequada da criança após cada alimentação. Deve-se estimular fortemente os pais a abandonarem o tabagismo e também orientá-los a não superestimular a criança.^[23]

Caso clínico

Caso clínico #1

Um menino de 2 meses de idade apresenta choro inconsolável. A duração do choro é de pelo menos 3 a 4 horas por dia e já dura por um mês. Durante os episódios de choro, ele grita, dobra os joelhos para cima ao encontro do abdome e parece sentir muita dor. Os episódios geralmente ocorrem no fim da tarde ou à noite. A temperatura é normal. Exceto por isso, a criança está saudável, com crescimento e desenvolvimento normais.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A cólica infantil é um diagnóstico clínico e a avaliação deve ser direcionada para a exclusão de causas de sofrimento. Menos de 5% das crianças com sofrimento têm afecções médicas identificáveis para seu choro.^[24] Geralmente, não há necessidade de realizar investigações.

História e fatores de risco

A história deve documentar a idade de início dos sintomas, os padrões de choro, a resposta dos pais ao choro da criança, a intensidade do choro e fatores que aliviam ou agravam o choro associados aos episódios.^[17]

Deve-se pesquisar a forma como a criança é alimentada. A posição do lactente durante a alimentação, o tempo gasto na alimentação e se ele sempre eructa após a alimentação devem ser determinados. Se o lactente for alimentado com mamadeira, deve-se revisar o tipo de leite e de bico da mamadeira. Informações sobre a alimentação da mãe são importantes se a criança for amamentada.

Para excluir outros diagnósticos, como infecção do trato urinário (ITU), devem-se avaliar os padrões de evacuação, micção e sono em busca de anormalidades; qualquer história de febre, vômitos ou trauma recorrentes deve ser observada.

Exame físico

O exame físico é importante para excluir outras causas possíveis para os gritos e o choro, como otite média, intussuscepção, fratura, abrasão da córnea, hérnia encarcerada ou fissura anal.^[17]

Peso, altura e perímetro cefálico devem ser marcados em gráficos de crescimento padrão, uma vez que o crescimento insatisfatório pode sugerir a possibilidade de um distúrbio sistêmico crônico subjacente.

Os sinais vitais devem ser registrados. Febre indica uma infecção subjacente. Pode-se suspeitar de infecção do trato urinário quando a criança apresenta febre ou urina de odor desagradável e não está se alimentando bem ou não está ganhando peso.

Investigações

Não é necessário realizar investigações para o diagnóstico da cólica, mas se existirem achados clínicos sugestivos de outra causa, uma investigação adequada pode ser indicada.

Fatores de risco

Fortes

lactentes <5 meses de idade

- Ocorre principalmente em lactentes nas primeiras cinco semanas de vida e termina por volta de 4 a 5 meses de idade.[\[17\]](#) [\[21\]](#)

sensibilidade alimentar

- Existem evidências crescentes de que proteínas do leite bovino podem desempenhar um papel importante na patogênese da cólica infantil.[\[9\]](#) [\[10\]](#)
- A ingestão de ovos, chocolate, frutas cítricas e certos frutos do mar pela mãe nutriz também pode resultar em cólica infantil.[\[11\]](#)

exposição à fumaça de cigarro

- A prevalência de cólica é aproximadamente o dobro entre lactentes de mães tabagistas.[\[12\]](#) [\[13\]](#) [\[22\]](#)

ausência de amamentação

- Lactentes têm menor probabilidade de apresentar cólica infantil.[\[13\]](#) [\[14\]](#)

fatores psicossociais parentais

- Existe uma associação entre a incidência de cólica infantil e fatores psicológicos parentais, como estresse durante a gestação, depressão pós-parto, ansiedade parental, insatisfação com o relacionamento sexual e experiências negativas durante o nascimento, além de habilidades parentais deficientes.[\[4\]](#) [\[15\]](#) [\[16\]](#) [\[22\]](#)

Fracos

pais mais velhos

- Observou-se uma correlação entre cólica infantil e idade parental mais elevada.[\[3\]](#) Esse fato pode refletir uma maior frequência de relato ou um menor nível de tolerância aos sintomas.[\[17\]](#)

pais com níveis de inteligência e educacionais mais elevados

- Observou-se uma correlação entre cólica infantil e pais com níveis de inteligência e educacionais mais altos.[\[3\]](#) Esse fato pode refletir uma maior frequência de relato ou um menor nível de tolerância aos sintomas.[\[17\]](#)

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco principais incluem idade <5 meses, sensibilidade alimentar, exposição a fumaça de cigarro, ausência de amamentação e fatores psicossociais parentais.

em geral, bom estado de saúde e crescimento pômdero-estatural (comum)

- O exame físico deve confirmar o bom estado de saúde da criança com cólica infantil. Caso contrário, o choro inconsolável pode ser decorrente de uma causa orgânica. Desenvolvimento insatisfatório sugere a possibilidade de uma infecção subjacente.

Outros fatores de diagnóstico

urina normal (comum)

- Urina de odor desagradável sugere uma infecção do trato urinário (ITU).

ausência de vômitos recorrentes (comum)

- Vômitos recorrentes sugerem obstrução intestinal, refluxo gastroesofágico ou gastroenterite recorrente.

ausência de diarreia (comum)

- A presença de diarreia prolongada sugere diarreia intratável da primeira infância, doença celíaca ou fibrose cística.

temperatura normal (comum)

- Febre indica uma infecção subjacente.

ausência de distensão abdominal (comum)

- Indica obstrução intestinal ou má absorção.

membrana timpânica normal (comum)

- Uma membrana timpânica abaulada e hiperêmica sugere otite média.

ausência de sinais de trauma físico (comum)

- Lesões traumáticas na criança consistem uma causa alternativa de irritabilidade.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
avaliação clínica <ul style="list-style-type: none"> • A cólica infantil é um diagnóstico clínico e a avaliação deve ser direcionada para a exclusão de causas de sofrimento. Menos de 5% das crianças com sofrimento têm afecções médicas identificáveis para seu choro.^[24] • Geralmente, não há necessidade de realizar investigações. 	o diagnóstico é clínico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
urinálise <ul style="list-style-type: none"> Raramente necessária. É solicitada somente quando há dúvida no diagnóstico e existe suspeita de infecção do trato urinário (ITU), situação em que pode apresentar piúria e bacteriúria. 	normal
urocultura <ul style="list-style-type: none"> Raramente necessária. É solicitada somente quando há dúvida no diagnóstico e existe suspeita de ITU, caso em que a cultura pode ser positiva. 	normal
radiografia simples da área com suspeita de fratura <ul style="list-style-type: none"> Raramente necessária. É solicitada somente quando há dúvida no diagnóstico e existe suspeita de fratura. 	normal
radiografia abdominal <ul style="list-style-type: none"> Raramente necessária. É solicitada somente quando há dúvida no diagnóstico e existe suspeita de obstrução intestinal, caso em que pode mostrar intestinos distendidos e vários níveis hidroaéreos. 	normal

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Infecção do trato urinário	<ul style="list-style-type: none"> Nos primeiros meses de vida, os sintomas de infecção do trato urinário (ITU) são frequentemente inespecíficos e incluem febre, irritabilidade, letargia, baixa aceitação alimentar e ganho de peso insatisfatório. Urina de odor desagradável é altamente sugestivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Urinálise e cultura de urina positivas.
Otite média	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente >6 meses de idade. Autolimitada (raramente permanece por >3 semanas). Apresenta febre, irritabilidade e choro persistente. Algumas crianças ficam cutucando ou puxando a orelha afetada. A membrana timpânica está hiperêmica, abaulada e opaca, com mobilidade fraca ou ausente. Otorreia indica perfuração do tímpano. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de regurgitação no nascimento, que se torna mais pronunciada na segunda ou na terceira semana de vida. A regurgitação frequentemente é sem esforço e pior após as refeições, quando a criança está em uma posição de decúbito, ou quando se aplica pressão no abdome. • Algumas crianças podem apresentar complicações como retardo do crescimento pômbero-estatural, pneumonia por aspiração e hemorragia digestiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é principalmente clínico. Quando o diagnóstico é ambíguo ou quando existe suspeita de complicações, investigações adicionais podem ser necessárias. • Esofagografia baritada e fluoroscopia podem mostrar o refluxo gastroesofágico e a presença de esofagite péptica. • A gastroesofagografia com radionuclídeos é um teste não invasivo para demonstrar o refluxo gastroesofágico. O refluxo gastroesofágico associado à aparência do radiotraçador no pulmão fornece evidência de que os sintomas respiratórios estão relacionados ao refluxo. • O monitoramento do pH intraesofágico por 24 horas pode ser usado para diagnosticar o refluxo gastroesofágico e determinar sua intensidade.
Intussuscepção	<ul style="list-style-type: none"> • Cólica abdominal, irritabilidade, letargia, vômitos e passagem de fezes com aspecto de geleia de groselha. • O sinal patognomônico é uma massa alongada no quadrante superior direito ou no epigástrio com uma sensação de vazio no quadrante inferior direito (sinal de Dance). 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografias abdominais simples podem mostrar uma alça intestinal dilatada, níveis hidroaéreos, pouco ar no quadrante inferior direito, conteúdo fecal mínimo e uma massa macia na região mesogástrica ou no abdome direito. • A ultrassonografia abdominal pode mostrar uma massa tubular (sinal de sanduíche ou pseudorrim) nas vistas longitudinais e uma aparência de alvo (anéis concêntricos lembrando uma rosquinha) nas vistas transversais. • Caso a dúvida permaneça, o diagnóstico pode ser confirmado por radiografia com bário ou insuflação de ar; ambos os procedimentos são terapêuticos e diagnósticos.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Fratura	<ul style="list-style-type: none"> História de trauma. Dor e sensibilidade no local afetado e incapacidade de mover a parte afetada são características. Hematomas e edema na área adjacente. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografia da área afetada confirma a fratura.
Fissura anal	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente, há presença de sangue na superfície das fezes. Constipação é comum. O exame físico mostra uma fissura na área anal. Muitas vezes, a fissura é posterior, abaixo da linha dentada. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Estenose pilórica	<ul style="list-style-type: none"> Tipicamente ocorre em lactentes com 3 a 6 semanas de idade, mas pode ser observada entre 2 e 12 semanas. Manifesta-se com vômitos não biliosos em jato após a alimentação. Uma massa abdominal (oliva) pode ser detectada na palpação. 	<ul style="list-style-type: none"> A ultrassonografia abdominal mostra o comprimento do canal pilórico >17 mm e espessura do músculo pilórico >4 mm.

Abordagem passo a passo do tratamento

A intensidade da cólica infantil é extremamente subjetiva e depende da tolerância dos pais. Alguns pais ficam tão exaustos com o choro, que precisam se afastar da criança, e eles devem ser orientados a fazer isso. Deve-se estimular os pais a discutirem seus sentimentos e preocupações entre si, para suporte emocional mútuo.[17]

Recomendações gerais

A super ou a subalimentação da criança deve ser evitada. Recomenda-se alimentar o lactente em posição semiereta para evitar a aerofagia e deve-se favorecer a eructação adequada da criança após cada alimentação.

Não existe base científica para o uso de chupetas. Os pais podem pegar a criança no colo e niná-la o quanto quiserem. Estimulação sensorial aumentada na forma de massagem corporal, estimulação em passeios no carrinho, berço de ninar ou vibratório foram tão eficazes quanto o placebo. Evitar estímulos em excesso pode beneficiar lactentes com cólica.

Lactentes

Mães nutrizas devem continuar amamentando.[25]

O uso de alimentação hipoalergênica deve ser considerado para mães nutrizas, pelo menos no caso de lactentes com cólica intensa ou com características atópicas, como dermatite atópica (lesões cutâneas eczematosas), asma (sibilância, tosse) e rinite alérgica (olhos vermelhos, espirros).[25] 1[C]Evidence Essas mães devem considerar a eliminação do leite bovino de sua alimentação e evitar substâncias potencialmente alergênicas, como cafeína, chocolate, ovos e nozes.[25]

Lactentes alimentados com fórmula

Em bebês alimentados com mamadeira, o furo no bico da mamadeira deve ser do tamanho correto para cada criança. Furos ou fendas no bico devem ser aumentados no caso de bebês que sugam com entusiasmo; caso contrário, a criança não consegue sugar o leite suficientemente rápido e acaba engolindo ar em excesso. Mamadeiras anticólica podem ajudar a reduzir a deglutição de ar.[17]

Fórmulas hipoalergênicas apresentaram efeitos benéficos no manejo de algumas crianças com cólica infantil. Em crianças alimentadas com fórmula, a cólica pode melhorar após mudança de uma fórmula padrão à base de leite bovino para uma fórmula alternativa. Entretanto, o consenso é que essa mudança para uma outra fórmula geralmente não é necessária para crianças alimentadas com fórmula que apresentam cólica leve a moderada.[25] Crianças com cólica intensa, especialmente aquelas com características atópicas ou uma história familiar forte de atopia, podem se beneficiar de uma fórmula hipoalergênica, como hidrolisados de soro de leite2[C]Evidence ou hidrolisados de caseína.[25] 3[C]Evidence Testes de desencadeamento alimentar periódicos em intervalos mensais são usados para certificar que a melhora está relacionada à modificação alimentar e não a um desfecho natural.[25]

De modo geral, deve-se evitar o uso de fórmulas à base de soja no tratamento da cólica infantil, porque a proteína da soja é um alérgeno importante na primeira infância e seu uso pode ter efeitos prejudiciais em longo prazo na saúde reprodutiva.[25] [26] [27] Adicionalmente, existem preocupações quanto ao teor de fitoestrógeno da fórmula baseada em soja e os possíveis riscos para crianças cujas fontes nutricionais

sejam oriundas unicamente dessa fórmula. Em particular, o uso de fórmulas baseadas em soja deve ser evitado em lactentes prematuros e naqueles com hipotireoidismo congênito.

Descobriu-se que fórmulas suplementadas com fibra não apresentam nenhum efeito no tratamento da cólica. No entanto, a remoção de carboidratos mal digeridos da dieta da criança é promissora, mas ainda é necessário realizar mais estudos antes que uma recomendação possa ser feita.^[28]

Cólica persistente

Embora alguns lactentes não respondam bem ao tratamento acima descrito e o nível de sofrimento dos pais possa ficar muito elevado durante as sessões de choro da cólica, deve-se tranquilizá-los informando-os que essa condição vai passar naturalmente e a criança continuará com o crescimento pândero-estatural.^[17]

Uso de medicamentos

Os medicamentos que são de uso seguro nos primeiros meses de vida não apresentaram nenhum benefício. Embora a dicicloverina (diciclomina) tenha sido considerada um medicamento eficaz para o tratamento da cólica infantil, esse medicamento agora é contraindicado para crianças <6 meses de idade por causa de relatos de dificuldades respiratórias, apneia, coma e morte associados a ele.^[17]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)		
aleitamento materno		
■ cólica intensa ou com história pessoal/familiar de atopia	1a	alimentação adequada + posição ereta durante a amamentação + eructação adequada após a amamentação
	mais	eliminação do leite bovino e possíveis alérgenos da alimentação materna
alimentação com fórmula		
■ cólica intensa ou com história pessoal/familiar de atopia	1a	fatores mecânicos da mamadeira
	mais	alimentação adequada + posição ereta durante a amamentação + eructação adequada após a amamentação
	mais	uso de fórmula hipoalergênica
Em curso (resumo)		

Em curso		(resumo)
cólica persistente apesar das modificações comportamentais e alimentares		
	1a	tranquilização dos pais

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

aleitamento materno

aleitamento materno

1a

alimentação adequada + posição ereta durante a amamentação + eructação adequada após a amamentação

» Prosseguir com esta abordagem até a diminuição da cólica.

- **cólica intensa ou com história pessoal/familiar de atopia**

mais

eliminação do leite bovino e possíveis alérgenos da alimentação materna

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Mães nutrizes de crianças com cólica intensa ou evidência de atopia devem ser orientadas a eliminar o leite bovino de sua própria alimentação e evitar substâncias potencialmente alergênicas.^{1[C]Evidence}

» Substâncias potencialmente alergênicas incluem cafeína, chocolate, ovos e nozes.^[25]

alimentação com fórmula

1a

fatores mecânicos da mamadeira

» O furo no bico da mamadeira deve ser do tamanho correto, adequado à velocidade de alimentação da criança.

» Mamadeiras anticólica podem ajudar a reduzir a deglutição de ar.^[17]

mais

alimentação adequada + posição ereta durante a amamentação + eructação adequada após a amamentação

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Prosseguir com esta abordagem até a diminuição da cólica.

- **cólica intensa ou com história pessoal/familiar de atopia**

mais

uso de fórmula hipoalergênica

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O uso temporário de uma fórmula hipoalergênica, como hidrolisados de soro de leite^{2[C]Evidence} ou hidrolisados de caseína,^{3[C]Evidence} deve ser considerado para crianças com cólica intensa, especialmente

Agudo

aquelas com características atópicas ou uma história familiar forte de atopia.^{[23] [25]}

» De modo geral, deve-se evitar o uso de fórmulas à base de soja no tratamento da cólica infantil, porque a proteína da soja é um alérgeno importante na primeira infância e seu uso pode ter efeitos prejudiciais em longo prazo na saúde reprodutiva.^{[25] [26] [27]} Adicionalmente, existem preocupações quanto ao teor de fitoestrógeno da fórmula baseada em soja e os possíveis riscos para crianças cujas fontes nutricionais sejam oriundas unicamente dessa fórmula. Em particular, o uso de fórmulas baseadas em soja deve ser evitado em lactentes prematuros e naqueles com hipotireoidismo congênito.

» Testes de desencadeamento alimentar periódicos em intervalos mensais devem ser realizados para certificar que a melhora está relacionada à modificação alimentar e não a um desfecho natural.^[25]

Em curso

cólica persistente apesar das modificações comportamentais e alimentares

1a tranquilização dos pais

» O médico deve tranquilizar os pais, informando-os que essa condição vai passar naturalmente e a criança continuará com o crescimento pômdero-estatural.^[17]

Novidades

Lactobacillus reuteri

O *L. reuteri* é um probiótico. Foi demonstrado que algumas crianças com cólica apresentam uma contagem mais baixa de lactobacilos intestinais.^{[29] [30]} Postula-se que o *L. reuteri* auxilie na mudança do equilíbrio ecológico intestinal de uma flora potencialmente prejudicial para uma benéfica e, com isso, reduza o risco de infecções gastrointestinais e de doenças alérgicas.^{[31] [32]} Vários estudos têm demonstrado alguma melhora dos sintomas.^{[33] [34] [35] [36] [37] [38] [39] [40]}

Recomendações

Monitoramento

A cólica infantil é uma condição benigna. Não é necessário acompanhamento em longo prazo, exceto para fins de pesquisa.

Instruções ao paciente

Deve-se enfatizar a importância de técnicas de alimentação adequadas, como alimentação em posição ereta, eructação e garantia de que o bico da mamadeira seja do tamanho correto para a criança. Recursos online podem ser úteis. [\[NHS Choices: colic\]](#)

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
impacto psicossocial negativo nos pais	curto prazo	média
<p>Uma criança com cólica frequentemente faz com que os pais ignorem suas próprias necessidades. A cólica infantil pode interferir com o bem estar dos pais, causando estresse, ansiedade, fadiga, depressão, raiva, hostilidade, desarmonia no casamento, violência doméstica, culpa, sentimentos de desespero, ambivalência de funções e interação insatisfatória dos pais com a criança.[17]</p> <p>Deve-se tranquilizar os pais, informando-os que essa condição vai passar naturalmente e a criança continuará com o crescimento pôndero-estatural.</p> <p>Alguns pais ficam tão exaustos com o choro que precisam se afastar da criança. Deve-se estimulá-los a discutir seus sentimentos e preocupações entre si, para que se deem suporte emocional mútuo.</p>		
abuso infantil	curto prazo	baixa
<p>O estresse, raiva, hostilidade e depressão dos pais pode resultar em abuso infantil.</p> <p>Os pais necessitam de apoio emocional mútuo, além do apoio de outros membros da família e amigos.</p>		
dor abdominal recorrente	longo prazo	baixa
<p>Taxas elevadas de dor abdominal recorrente em crianças que sofreram de cólica infantil foram observadas em um estudo.[43] Outros estudos não revelaram nenhuma diferença.[44]</p>		
distúrbios alérgicos: bronquite asmática, rinite, conjuntivite, polinose	longo prazo	baixa
<p>Taxas elevadas de bronquite asmática, rinite alérgica, conjuntivite, polinose, dermatite atópica e alergia alimentar em crianças que sofreram de cólica infantil foram observadas em um estudo.[43] Outros estudos não revelaram nenhuma diferença.[45]</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
distúrbios alérgicos: dermatite atópica	longo prazo	baixa
Taxas elevadas de rinite alérgica, conjuntivite, bronquite asmática, polinose, dermatite atópica e alergia alimentar em crianças que sofreram de cólica infantil foram observadas em um estudo. ^[43] Outros estudos não revelaram nenhuma diferença. ^[45]		
distúrbios alérgicos: alergia alimentar	longo prazo	baixa
Taxas elevadas de rinite alérgica, conjuntivite, bronquite asmática, polinose, dermatite atópica e alergia alimentar em crianças que sofreram de cólica infantil foram observadas em um estudo. ^[43] Outros estudos não revelaram nenhuma diferença. ^[45]		
transtornos psicológicos na infância	longo prazo	baixa
Taxas elevadas de distúrbios do sono, agressividade, irritação e sentimento de supremacia em crianças que sofreram de cólica infantil foram observadas em um estudo. ^[43]		
disfunção familiar	variável	baixa
Famílias de crianças que tiveram cólica infantil intensa apresentaram mais dificuldades de comunicação, mais conflitos não resolvidos, mais insatisfação e menos empatia que as famílias em um grupo-controle de crianças sem cólica e crianças com cólica moderada na avaliação de 1 ano. ^[41] Ao rever essas crianças aos 3 anos de idade, a dinâmica da família parecia ter se normalizado. ^[42]		

Prognóstico

Na maioria dos neonatos, a cólica infantil remite entre 3 e 4 meses de idade, embora possa persistir até o quarto ou quinto mês em até 30% dos casos.^[17]

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Postnatal care up to 8 weeks after birth

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2015

Diretrizes de tratamento

Europa

Appropriate prescribing of specialist infant formulae (foods for special medical purposes)

Publicado por: PrescQIPP

Última publicação em:
2017

Postnatal care up to 8 weeks after birth

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2015

Treatment of infant colic

Publicado por: The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Última publicação em:
2009

América do Norte

Infantile colic: is there a role for dietary interventions? (reaffirmed 2016)

Publicado por: Canadian Paediatric Society

Última publicação em:
2011

Concerns for the use of soy-based formulas in infant nutrition (reaffirmed 2016)

Publicado por: Canadian Paediatric Society

Última publicação em:
2009

Recursos online

1. [NHS Choices: colic](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Duração do choro: existem evidências de baixa qualidade de que uma alimentação hipoalergênica para mães nutrizes é mais eficaz que uma alimentação-controle na redução da duração do choro de bebês com cólica que são amamentados.

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

2. Duração do choro: existem evidências de baixa qualidade de que hidrolisados de soro de leite sejam mais eficazes que a alimentação com fórmulas à base de leite de vaca na redução da duração do choro de bebês com cólica que são alimentados com mamadeira.

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

3. Duração do choro: existem evidências de baixa qualidade de que leite com hidrolisado de caseína sejam mais eficazes que a alimentação com fórmulas à base de leite de vaca na redução da duração do choro de bebês com cólica que são alimentados com mamadeira.

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Leung AK, Lemay JF. Infantile colic: a review. J R Soc Promot Health. 2004;124:162-166.
- Nutrition Committee, Canadian Paediatric Society. Infantile colic: is there a role for dietary interventions? Pediatr Child Health. 2011;16:47-49. [Texto completo](#)

Referências

1. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, et al. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic." Pediatrics. 1954;14:421-435.
2. Canivet C, Hagander B, Jakobsson I, et al. Infantile colic - less common than previously estimated? Acta Paediatr. 1996;85:454-458.
3. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic: questionnaire study covering 76,747 infants. BMJ. 1997;314:1325-1328.
4. Hogdall CK, Vestermark V, Birch M, et al. The significance of pregnancy, delivery and postpartum factors for the development of infantile colic. J Perinat Med. 1991;19:251-257.
5. Lee K. The crying pattern of Korean infants and related factors. Dev Med Child Neurol. 1994;36:601-607.
6. Lucassen PL, Assendelft WJ, van Eijk JT, et al. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. Arch Dis Child. 2001;84:398-403. [Texto completo](#)
7. St. James-Roberts I, Halil T. Infant crying patterns in the first year: normative community and clinical findings. J Child Psychol Psychiatry. 1991;32:951-968.
8. Sondergaard C, Skajaa E, Henriksen TB. Fetal growth and infantile colic. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2000;83:F44-F47.
9. Estep DC, Kulczycki A Jr. Treatment of infant colic with amino acid-based infant formula: a preliminary study. Acta Paediatr. 2000;89:22-27.
10. Hill DJ, Hosking CS. Infantile colic and food hypersensitivity. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2000;30:S67-S76.
11. Hill DJ, Hudson IL, Sheffield LJ, et al. A low allergen diet is a significant intervention in infantile colic: results of a community-based study. J Allergy Clin Immunol. 1995;96:886-892.
12. Shenassa ED, Brown MJ. Maternal smoking and infantile gastrointestinal dysregulation: the case of colic. Pediatrics. 2004;114:e497-e505.

13. Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Infantile colic: maternal smoking as potential risk factor. *Arch Dis Child*. 2000;83:302-303.
14. Howard CR, Lanphear N, Lanphear BP, et al. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. *Breastfeeding Med*. 2006;1:146-155.
15. Akman I, Kuşçu K, Özdemir N, et al. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child*. 2006;91:417-419. [Texto completo](#)
16. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *BMJ*. 1993;307:600-604.
17. Leung AK, Lemay JF. Infantile colic: a review. *J R Soc Promot Health*. 2004;124:162-166.
18. Treem WR. Infant colic. A pediatric gastroenterologist's perspective. *Pediatr Clin North Am*. 1994;41:1121-1138.
19. Lothe L, Lindberg T, Jakobsson I. Macromolecular absorption in infants with infantile colic. *Acta Paediatr Scand*. 1990;79:417-421.
20. Lehtonen L, Svedstrom E, Korvenranta H. Gallbladder hypocontractility in infantile colic. *Acta Paediatr*. 1994;83:1174-1177.
21. Savino F, Tarasco V. New treatments for infant colic. *Curr Opin Pediatr*. 2010;22:791-797.
22. Yalcin SS, Orun E, Mutlu B, et al. Why are they having infant colic? A nested case-control study. *Pediatr Perinat Epidemiol*. 2010;24:584-596.
23. The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. Treatment of infant colic. 2009. <http://www.kunnskapssenteret.no> (last accessed 12 July 2017). [Texto completo](#)
24. Heine RG. Allergic gastrointestinal motility disorders in infancy and early childhood. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008;19:383-391.
25. Nutrition Committee, Canadian Paediatric Society. Infantile colic: is there a role for dietary interventions? *Pediatr Child Health*. 2011;16:47-49. [Texto completo](#)
26. Chief Medical Officer. Advice issued on soya-based infant formulas. CMO's update 37. January 2004. <http://www.dh.gov.uk/> (last accessed 12 July 2017). [Texto completo](#)
27. Nutrition Committee, Canadian Paediatric Society. Concerns for the use of soy-based formulas in infant nutrition. *Paediatr Child Health*. 2009;14:109-113. [Texto completo](#)
28. Iacovou M, Ralston RA, Muir J, et al. Dietary management of infantile colic: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2012;16:1319-1331.
29. Savino F, Cresi F, Pautasso S, et al. Intestinal microflora in breastfed colicky and non-colicky infants. *Acta Paediatr*. 2004;93:825-829.

30. Savino F, Bailo E, Oggero R, et al. Bacterial counts of intestinal *Lactobacillus* species in infants with colic. *Pediatr Allergy Immunol*. 2005;16:72-75.
31. Neu J, Caicedo R. Probiotics: protecting the intestinal ecosystem? *J Pediatr*. 2005;147:143-146.
32. Weizman Z, Asli G, Alsheikh A. Effect of a probiotic infant formula on infections in child care centers: comparison of two probiotic agents. *Pediatrics*. 2005;115:5-9.
33. Savino F, Cordisco L, Tarasco V, et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics*. 2010;126:e526-e533.
34. Savino F, Pelle E, Palumeri E, et al. *Lactobacillus reuteri* (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. *Pediatrics*. 2007;119:e124-e130.
35. Szajewska H, Gyrczuk E, Horvath A. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for the management of infantile colic in breastfed infants: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pediatr*. 2013;162:257-262.
36. Sung V, Collett S, de Gooyer T, et al. Probiotics to prevent or treat excessive infant crying: systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2013;167:1150-1157.
37. Indrio F, Di Mauro A, Riezzo G, et al. Prophylactic use of a probiotic in the prevention of colic, regurgitation, and functional constipation: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2014;168:228-233. [Texto completo](#)
38. Sung V, Hiscock H, Tang ML, et al. Treating infant colic with the probiotic *Lactobacillus reuteri*: double blind, placebo controlled randomised trial. *BMJ*. 2014;348:g2107. [Texto completo](#)
39. Chau K, Lau E, Greenberg S, et al. Probiotics for infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial investigating *Lactobacillus reuteri* DSM 17938. *J Pediatr*. 2015;166:74-78. [Texto completo](#)
40. Sung V, D'Amico F, Cabana MD, et al. *Lactobacillus reuteri* to treat infant colic: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2018;141(1):e20171811 [Texto completo](#)
41. Raiha H, Lehtonen L, Korhonen T, et al. Family life 1 year after infantile colic. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150:1032-1036.
42. Raiha H, Lehtonen L, Korhonen T, et al. Family functioning 3 years after infantile colic. *J Dev Behav Pediatr*. 1997;18:290-294.
43. Savino F, Castagno E, Bretto R, et al. A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatr Suppl*. 2005;94:129-132.
44. Joseph AY, Lupu GH. Recurrent abdominal pain and infantile colic. *Am J Dis Child*. 1984;138:990-991.
45. Castro-Rodriguez JA, Stern DA, Halonen M, et al. Relation between infantile colic and asthma/atopy: a prospective study in an unselected population. *Pediatrics*. 2001;108:878-882.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Mar 01, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Alexander K.C. Leung, MB BS, FRCPC, FRCP, FRCPCH, FAAP

Clinical Professor of Pediatrics

The University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada

DIVULGAÇÕES: AKCL is an author of a number of references cited in this monograph.

Jean-François Lemay, MD, FRCPC

Professor of Pediatrics

The University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada

DIVULGAÇÕES: J-FL is an author of a reference cited in this monograph.

// Colegas revisores:

Deepak Kamat, MD, PhD

Professor of Pediatrics

Wayne State University, Vice Chair of Education, Director, Institute of Medical Education, The Carman and Ann Adams Department of Pediatrics, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI

DIVULGAÇÕES: DK declares that he has no competing interests.

Ellis Hon, MD, FAAP

Professor of Pediatrics

The Chinese University of Hong Kong, Sha Tin, New Territories, Hong Kong SAR, The People's Republic of China

DIVULGAÇÕES: EH declares that he has no competing interests.