

Colite ulcerativa inespecífica em crianças e adolescentes: análise de casuística

Non-specific ulcerative colitis in children and adolescents: casuistic analysis

Adelma A. de Figueirêdo ¹
 Joaquim A. C. Mota ²
 Francisco J. Penna ³
 Gisélia Alves Pontes Silva ⁴

¹ Departamento clínico. Faculdade de Medicina. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Roraima. Av. Ene Garcês, 2413. Boa Vista, RR, Brasil. CEP: 69.304-000

^{2,3} Departamento de Pediatria. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

⁴ Departamento de Pediatria. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Abstract

Objectives: to describe a series of non-specific ulcerative colitis with focus on the initial manifestation of the disease, propedeutics and interval between the first symptoms and diagnosis.

Methods: retrospective analysis of non-specific ulcerative colitis with symptoms appearing before 20 years old. Patients were selected in the Pediatrics Gastroenterology Services of the Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais and of the Instituto Materno Infantil de Pernambuco.

Results: 29 patients with the diagnosis of non-specific ulcerative colitis were identified with fifteen patients (51.7%) of the male sex. The age of the beginning of the symptoms varied between 0.3 to 15.8. The most frequent symptoms of the diagnosis were diarrhea (89.7%) and abdominal pain (82.8%). The most common extra-intestinal manifestation was arthralgia/arthritis (41.4%) The weight for age ratio was below the 3 percentile in 13.8% of the patients. Time interval between symptoms appearance and diagnosis varied between 01 and 10.9 years old.

Conclusions: time interval between initial symptoms and diagnosis remains high in our Region due to many different factors.

Key words *Ulcerative colities, Adolescent, Child*

Resumo

Objetivos: descrever uma série de casos de colite ulcerativa inespecífica, com ênfase nas manifestações iniciais, propedêutica e intervalo entre os primeiros sintomas e o diagnóstico.

Métodos: análise retrospectiva de casos de colite ulcerativa inespecífica, cujos sintomas iniciaram antes de 20 anos de idade. Os pacientes foram selecionados nos Serviços de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e do Instituto Materno Infantil de Pernambuco.

Resultados: foram encontrados 29 pacientes com diagnóstico de colite ulcerativa inespecífica, sendo 15 (51,7%) pacientes do sexo masculino. A idade ao início dos sintomas variou entre 0,3 a 15,8 anos. Os sintomas mais frequentes ao diagnóstico foram diarreia (89,7%) e dor abdominal (82,8%). A manifestação extra-intestinal mais comum foi artralgia/artrite (41,4%). A relação peso para a idade estava abaixo do percentil 3 em 13,8% dos pacientes. O intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico variou entre 0,1 e 10,9 anos.

Conclusões: o intervalo entre os sintomas iniciais e o diagnóstico ainda continua elevado na nossa Região devido ao somatório de vários fatores.

Palavras-chave *Colite ulcerativa, Adolescente, Criança*

Introdução

Colite ulcerativa inespecífica (CUI) é um processo inflamatório crônico, restrito às camadas mucosa e submucosa do intestino grosso, que geralmente tem início no reto, podendo estender-se cranialmente, sempre em continuidade, comprometendo parte ou todo o cólon. Essa afecção, juntamente com a doença de Crohn, compõe as doenças inflamatórias intestinais. Em aproximadamente 10% dos casos não é possível, no momento do diagnóstico, a diferenciação entre a CUI e a doença de Crohn colônica.¹ Essas enfermidades vêm aumentando de incidência nas últimas décadas, especialmente a doença de Crohn, apesar de algumas casuísticas apontarem maior incremento da incidência da CUI que da doença de Crohn.² A CUI foi identificada em crianças desde 1920, porém até hoje é pouco lembrada como afecção possível no grupo pediátrico.³ Aproximadamente 20% de todos os casos de CUI iniciam a sintomatologia antes dos 20 anos de idade. Nessa faixa etária, a doença incide mais em adolescentes que em crianças, embora possa acometer até lactentes.^{1,4,5}

O quadro clínico da CUI nos pacientes pediátricos é menos típico que em adultos. Muitas vezes, os sintomas intestinais são discretos ou inexistentes por meses ou anos, durante os quais predominam as manifestações extra-intestinais ou as repercussões sistêmicas da doença. Fato que torna o diagnóstico mais difícil nessa faixa etária.⁶⁻⁸ Essa dificuldade colide com a necessidade de diagnóstico mais precoce para esses pacientes que para adultos, devido às suas particularidades, como velocidade de crescimento elevada, mudanças físicas e labilidade psíquica, que os tornam mais susceptíveis às consequências do atraso no diagnóstico.^{8,9} Além disso, a CUI em crianças e adolescentes tem propensão para curso mais complicado, com tendência a extensão pancolônica e malignização ao longo da evolução.¹⁰⁻¹⁴

No nosso país, a prevalência elevada das doenças infectoparasitárias, as quais podem manifestar-se com colite, é uma dificuldade a mais para o diagnóstico da CUI, sobretudo se há resistência em se pensar nessa afecção em crianças. Embora as afecções infectoparasitárias devam ser consideradas por sua importância epidemiológica, principalmente nas classes economicamente desfavorecidas, não podemos negar a esses pacientes a chance de diagnóstico diferencial com precocidade, quando for necessário.^{15,16}

As manifestações iniciais e os métodos diagnósticos da CUI já estão bastante consolidados na literatura. Contudo, a pequena divulgação das casuísticas nacionais contribui para a não uniformização dos dados e a perpetuação de possíveis erros. O objetivo deste trabalho é descrever uma série de casos de CUI

em crianças e adolescentes, com ênfase nas formas de apresentação, na propedêutica e no intervalo entre o primeiro sintoma e o diagnóstico.

Métodos

O estudo foi delineado como uma série de casos de CUI, cujos sintomas iniciaram antes de 20 anos de idade. Os pacientes foram selecionados através de busca ativa nos registros ambulatoriais dos Serviços de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Recife, Pernambuco, Brasil. Ambos são hospitais terciários que atendem aos usuários do Sistema Único de Saúde e estão localizados em grandes centros urbanos, das regiões Sudeste e Nordeste do país, respectivamente. Encontraram-se 29 pacientes com diagnóstico de CUI, atendidos entre outubro de 1987 e março de 2001. Foram considerados casos aqueles pacientes que preencheram um ou mais dos seguintes critérios: a) processo inflamatório restrito a mucosa e submucosa dos cólons, com depleção de mucina e abscessos criptícos; b) processo inflamatório inespecífico na mucosa e submucosa colônicas, sem presença de granulomas não caseosos; c) pancolite endoscópica e ileíte distal, essa sem ulcerações; d) alterações contínuas da mucosa colônica, vistas ao enema opaco e/ou endoscopicamente, em paciente com clínica sugestiva de CUI.

As informações relevantes para o estudo foram anotadas em protocolo confeccionado especificamente para permitir conhecer aspectos clínicos e diagnósticos. Nessa ferramenta constavam as seguintes variáveis: sexo, procedência, idade ao início dos sintomas, idade ao diagnóstico, manifestações clínicas (intestinais e extra-intestinais), dados antropométricos do National Center for Health Statistics (NCHS), história familiar e exames complementares realizados até o diagnóstico.

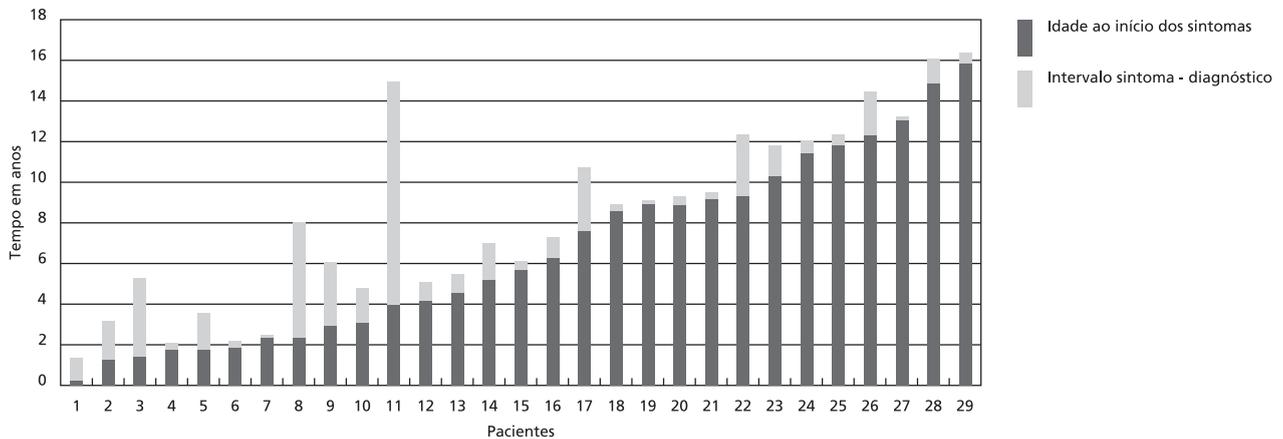
Esse estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e do IMIP.

Resultados

Quinze dos 29 (51,7%) pacientes são do sexo masculino. Treze (44,8%) pacientes residiam na capital ou região metropolitana, os demais eram procedentes do interior. A idade ao início dos sintomas variou entre 0,3 e 15,8 anos, com média e mediana de 6,6 e 5,7 anos, respectivamente. Apenas 7 (24,1%) pacientes estavam acima de 10 anos de idade ao início do quadro clínico (Figura 1).

Figura 1

Distribuição de 29 pacientes com colite ulcerativa inespecífica segundo a idade ao início dos sintomas e o intervalo de tempo entre os sintomas iniciais e o diagnóstico. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP, outubro de 1987 a março de 2001.



Os sintomas mais frequentes ao diagnóstico foram diarreia (89,7%) e dor abdominal (82,8%) (Tabela 1). A diarreia era intermitente na metade dos casos. A dor era referida difusamente por todo o abdômen em nove pacientes, pélvica em três, epigástrica e/ou em fossa ilíaca esquerda em outros três pacientes. Essa variável estava citada apenas em 15 prontuários. A manifestação extra-intestinal mais frequente foi artralgia/artrite (12 pacientes), seguida por aftas de repetição (dois pacientes), pioderma gangrenoso (dois pacientes) e hepatopatias (dois pacientes). As manifestações osteoarticulares estavam em associação com outras manifestações extra-intestinais em três pacientes, dos quais dois tinham aftas de repetição e um hepatopatia. As artralgias/artrites antecederam os sintomas digestivos em cinco pacientes. Em dois desses, as queixas articulares surgiram vários anos antes do diagnóstico de CUI, sendo os pacientes submetidos à tratamentos reumatológicos. Um dos pacientes com doença hepática tinha colangite esclerosante primária e o outro não tinha diagnóstico definido da sua hepatopatia. A Tabela 2 discrimina os sintomas conforme o tipo das anotações nos prontuários.

A presença de anemia foi mensurada através da hematimetria em todos os pacientes. A hemoglobina média dos pacientes com anemia (n = 16) foi igual a 9,0 g/dl. A relação peso para a idade estava abaixo do percentil 3 à primeira consulta em 13,8% (n = 4) dos pacientes (Tabela 3).

Tabela 1

Sintomas iniciais da colite ulcerativa inespecífica em 29 crianças e adolescentes. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP, outubro de 1987 a março de 2001.

Sintomas	N	%
Diarreia	26	89,7
Dor abdominal	24	82,8
Diarreia com sangue	22	75,9
Perda de peso	16	55,2
Anemia	16	55,2
Manifestações extra-intestinais	15	51,7
Febre	15	51,7
Evacuação noturna	12	41,4
Anorexia / Hiporexia	12	41,4
Sangramento retal	11	37,9
Vômitos	8	27,6
Constipação	6	20,7
Inapetência	6	20,7
Urgência evacuatória	6	20,7
Tenesmo	4	13,8

Esta tabela representa o número vezes que cada sintoma foi positivo nos prontuários, mas não informa em quantos prontuários havia referência ao sintoma.

Tabela 2

Discriminação dos sintomas iniciais da colite ulcerativa inespecífica em 29 crianças e adolescentes. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP, outubro de 1987 a março de 2001.

Sintoma	Positivo	Negativo	Sem informação
Dor abdominal	24	4	1
Alívio da dor com a evacuação	1	8	15
Perda de peso	16	11	2
Evacuação noturna	12	8	9
Sangramento retal	11	17	1
Resto alimentar nas fezes	4	1	24
Tenesmo	4	3	22
Urgência evacuatória	6	5	18
Febre	15	13	1
Anorexia	12	10	7
Inapetência	6	12	11
Artrites / artralguas	12	7	10
Lesões de pele	4	6	19
Hepatopatias	2	6	21

O item sem informação indica ausência de referência ao sintoma no prontuário do paciente, mas não exclui a possibilidade desse ter sido perguntado pelo médico durante a consulta.

Tabela 3

Distribuição de 29 pacientes com colite ulcerativa inespecífica conforme a relação peso/idade à primeira consulta com gastroenterologista pediátrico. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP, outubro de 1987 a março de 2001.

Pacientes	99,9 - 97	97 - 66	66 - 50	50 - 16	16 - 3	3 - 0,1	< 0,1
n	1	0	4	13	7	3	1
%	3,5	0,0	13,8	44,8	24,1	10,3	3,5

O intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico variou entre 0,1 e 10,9 anos, média = 1,7 anos e mediana = 1,0 ano; sendo que, sete pacientes foram diagnosticados até seis meses do início dos sintomas, onze dos seis meses até um ano, seis de um ano até dois anos e sete após dois anos do início dos sintomas (Figura 1). Tanto os pacientes com os menores intervalos diagnósticos (n = 7) quanto aqueles com os maiores intervalos (n = 7) apresentavam diarreia com sangue ou sangramento retal sem diarreia, exceto um paciente. Esse queixa-

va-se de dor em região pélvica, que o despertava do sono, evacuação noturna e urgência evacuatória.

Para o diagnóstico de CUI foram realizadas colonoscopias em 21 pacientes e retossigmoidoscopias mais enema baritado nos oito restantes. Em todos exames endoscópicos foram realizadas biópsias da mucosa intestinal para estudo histopatológico, porém não foram utilizados índices histológicos para o diagnóstico de CUI. A extensão do processo inflamatório estava restrita ao reto em dois pacientes, ao retossigmoido em quatro e em dois casos

a inflamação progredia até o cólon esquerdo. Doze pacientes apresentavam pancolite e outros nove pancolite com ileíte de refluxo. A velocidade de hemossedimentação estava elevada (>20 mm/h) em 16 dos 21 (76,2%) pacientes que realizaram o exame. A proteína C reativa foi qualitativamente positiva em 10 dos 12 (83,3%) pacientes aferidos. A albumina sérica estava abaixo dos valores de referência (3,2 mg%) em 5 dos 8 (62,5%) pacientes mensurados. Evidenciou-se plaquetose (>350.000 plaq/mm³) em 7 de 10 (70%) pacientes.

Em relação à história familiar, um paciente tinha a mãe e a avó materna acometidas por colite ulcerativa inespecífica; dois pacientes da casuística eram irmãos; um paciente tinha a irmã acometida por doença de Crohn; dois pacientes tinham parentes de primeiro grau com *Diabetes Mellitus* tipo I e outros dois antecedentes familiares de psoríase e polipose colônica familiar, isoladamente.

Discussão

A presteza no diagnóstico da CUI é de grande importância por tratar-se de doença crônica, sem tratamento clínico curativo e cuja demora na terapêutica pode levar a seqüelas graves, como baixa estatura, desnutrição, transtornos psicossociais e câncer intestinal.

Na presente casuística não houve diferença significativa de freqüência entre os sexos. Os sintomas tiveram início antes dos 10 anos de idade em 75,8% dos pacientes, diferentemente do que é observado na maior parte das casuísticas cujas médias de idade ao início dos sintomas estão na segunda década de vida.^{2,5,17} Um motivo do desvio para baixo dessa média pode ser um viés de seleção, pois, apesar destes ambulatorios atenderem adolescentes até 20 anos de idade, o ingresso de pacientes nesses serviços se dá majoritariamente em idade inferior a 14 anos.

A prevalência dos sintomas assemelhou-se ao descrito na literatura, sendo os principais: diarreia com sangue, dor abdominal, perda de peso e anemia.¹⁵ A dor abdominal era difusa na maioria dos pacientes, em discordância com a literatura, onde geralmente ela é referida em abdômen inferior.¹⁵ Essa diferença pode ser devida à falta de localização da dor em nove prontuários e à faixa etária mais baixa da presente casuística, pois quanto mais jovem a criança maior a dificuldade de se caracterizar o sintoma.

A perda de peso estava presente como sintoma em 55,2% dos pacientes e a relação peso para a idade

estava abaixo do percentil 3 em 13,8% dos casos na primeira consulta. O que ressalta a importância da avaliação antropométrica pelo pediatra.

A presença de diarreia com sangue não foi estatisticamente mais freqüente no grupo com menor intervalo diagnóstico, provavelmente, por ocorrer em crises, intercalada com períodos de hábito intestinal normal. Essas diarreias são, erradamente, interpretadas como episódios recorrentes de gastroenterite infecciosa e os pacientes não recebem a investigação necessária para o diagnóstico diferencial.

A média de 1,7 anos (19 meses) para o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi mais elevada que a referida na literatura. Em serviços de saúde que atendem a populações economicamente menos privilegiadas, como os dois hospitais deste estudo, há maior dificuldade de controle periódico dos pacientes. O que pode explicar, em parte, o maior atraso no diagnóstico. No trabalho de Spivack *et al.*,¹⁵ realizado em Nova York com crianças portadoras de doença inflamatória intestinal sem e com seguro saúde, encontrou-se intervalo diagnóstico médio de 10,3 meses para as crianças sem seguro e 2,7 meses para aquelas seguradas. Ratificando que, mesmo em locais onde há maior acesso à assistência médica, os pacientes do serviço público têm maior atraso no diagnóstico. Vários fatores corroboram para isto, entre eles, a alternância de médicos. A existência de um protocolo sistematizado para o diagnóstico provavelmente minimizaria esse problema.

As artralguas/artrites foram as manifestações extra-intestinais mais freqüentes (41,4%), semelhante à maioria das casuísticas.^{16,17} Nenhum dos pacientes apresentou eritema nodoso ou uveíte. Porém, uveíte não foi pesquisada na maioria dos pacientes. Na casuística de Passo *et al.*¹⁸ de 44 crianças com CUI tinham artralguas (31,8%) e quatro artrites (9,1%). Os dois pacientes da presente casuística com artrite e que haviam recebido tratamento para doenças reumatológicas tinham a relação peso para a idade abaixo da média, o que deveria ter sido utilizado como sinal de alerta para a investigação de outras afecções. É comum que a anamnese meticulosa e retrospectiva ao diagnóstico de CUI encontre sintomas mínimos que passaram despercebidos durante anos.¹⁹ O que poderia ser evitado através da utilização de protocolos para o diagnóstico, constando as repercussões sistêmicas e as manifestações extra-intestinais das doenças inflamatórias intestinais. A incidência de hepatopatias (6,9%) foi semelhante à maioria das casuísticas, embora seja difícil avaliar se esta reflete a realidade, pois não houve critérios uniformes para a triagem, tais como dosagem de enzi-

mas hepáticas e colangiografia endoscópica retrógrada.

Quanto ao diagnóstico, o colonoscópio de fibra ótica e os procedimentos anestésicos seguros em crianças, tornaram a colonoscopia o exame de eleição para diagnosticar CUI. Ela permite, além da visualização completa dos cólons e do íleo distal, a realização de biópsias seriadas em todos os segmentos.²⁰⁻²³ Uma maior suspeição do diagnóstico e indicações precisas otimizariam a realização desse exame em serviços com recursos parcos. O enema opaco não tem a mesma sensibilidade que a colonoscopia com exame histológico.²³ A não realização desse último em todos os pacientes diminui a força do diagnóstico e prejudica a avaliação da extensão do processo inflamatório. Devido a esse fato não foram feitas inferências na casuística do presente estudo entre sintomas, atraso diagnóstico e extensão do processo inflamatório.

Avaliando-se separadamente cada prova inflamatória, elas foram positivas acima de 50% das vezes em que foram realizadas. À semelhança da importância de um protocolo para a anamnese, o estudo

de Beattie *et al.*²⁴ ilustra a importância da sistematização laboratorial ao investigar-se os casos suspeitos de CUI. De 13 crianças com a enfermidade apenas uma teve a triagem laboratorial (plaquetas, hemoglobina, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa e albumina) totalmente negativa, a despeito de sangramento retal evidente.

Conclusões

O intervalo diagnóstico ainda continua elevado no nosso meio, provavelmente pelo somatório de vários fatores, tais como, problemas socioeconômicos, dificuldades organizacionais e a falta de sistematização para o diagnóstico. Vimos nesta casuística que algumas variáveis importantes na caracterização da CUI não constavam nos prontuários. A utilização sistemática de um protocolo para o diagnóstico evitaria a perda de informações importantes, uniformizaria a investigação, viabilizaria a realização de estudos retrospectivos e, provavelmente, anteciparia o diagnóstico.

Referências

- Baldassano RN, Piccoli DA. Inflammatory bowel disease in pediatric and adolescent patients. *Gastroenterol Clin North Am* 1999; 28: 445-58.
- Lindenberg E, Lindquist B, Holmquist L, Hildebrand H. Inflammatory bowel disease in children and adolescents in Sweden, 1984-1995. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 259-64.
- Walker-Smith JA. Chronic inflammatory bowel disease in children: a complex problem in management. *Postgrad Med J* 2000; 76: 469-72.
- Russel MG. Changes in the incidence of inflammatory bowel disease: What does it mean? *Eur J Intern Med* 2000; 11: 191-6.
- Falcone RA, Lewis LG, Warner BW. Predicting the need for colectomy in pediatric patients with ulcerative colitis. *J Gastroenterol Surg* 2000; 4: 201-6.
- Sakata T, Niwa Y, Goto H, Hirooka Y, Hayakawa T, Ohmiya N, Kobayashi S. Asymptomatic inflammatory bowel disease with special reference to ulcerative colitis in apparently healthy persons. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 735-9.
- Haller C, Markowitz JA. Perspective on inflammatory bowel disease in the child and adolescent at the turn of the millennium. *Cur Gastroenterol Rep* 2001; 3: 263-71.
- Büller HA. Problems in diagnosis of IBD in children. *Neth J Med* 1997; 50: S8-S11.
- Saha MT, Ruuska T, Laippala P, Lenko HI. Growth of pubertal children with inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; 26: 310-4.
- Rivosecchi M, Lucchetti MC, Dall'Oglio L, Ponticelli A, Federici G, Zaccara A, Ferretti F, Castro M. Ulcerative colitis in children under 10 years of age: medical and surgical treatment. *Acta Chir Belg* 1996; 96: 104-7.
- Verhave M, Winter HS, Grand RJ. Azathioprine in the treatment of children with inflammatory bowel disease. *J Pediatr* 1990; 117: 809-14.
- Ferguson A. Assessment and management of ulcerative colitis in children. *Eur Gastroenterol Hepatol* 1997; 9: 958-63.
- Mir-Madjlessi SH, Michener WM, Farmer RG. Course and prognosis of Idiopathic ulcerative proctosigmoiditis in young patients. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1986; 5: 571-5.
- Kirschner BS. Ulcerative colitis in children. *Pediatr Clin N Am* 1996; 43: 235-54.
- Spivak W, Sockolow R, Rigas A. The relationship between insurance class and severity of presentation of inflammatory bowel disease in children. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 982-7.
- Watson AJ, Johnston AT, Barker PM, Youngson GG, Bisset WM, Mahomed AA. The presentation and management of juvenile-onset chronic inflammatory bowel disease in

- Northeastern Scotland. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 83-6.
17. Hyams JS. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 19: 7-21.
 18. Passo MH, Fitzgerald JF, Brandt KD. Arthritis associated with inflammatory bowel disease in children. Relationship of joint disease to activity and severity of bowel lesion. *Dig Dis Sci* 1986; 31: 492-7.
 19. Israel DM, Olson AD, Ilowite NT, Davidson M. Arthritis as the initial manifestation of inflammatory bowel disease in early infancy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1989; 9: 123-5.
 20. Goldman H. Colonic mucosal biopsy in inflammatory bowel disease. *Surg Pathol* 1991; 4: 3-24.
 22. Chong SKF, Blackshaw AJ, Boyle S, Williams CB, Walker-Smith JA. Histological diagnosis of chronic inflammatory bowel disease in childhood. *Gut* 1985; 26: 55-9.
 23. Aideyan UO, Smith WL. Inflammatory bowel disease in children. *Radiol Clin N Am* 1996; 34: 885-901.
 24. Beattie RM, Walker-Smith JA, Murch SH. Indications for investigation of chronic gastrointestinal symptoms. *Arch Dis Child* 1995; 73: 354-5.

Recebido em 26 de janeiro de 2004.

Versão final apresentada em 24 de maio de 2004

Aprovado em 21 de julho de 2004