



COBRA REUMATOLOGIA

DESDE 1944



Doenças Inflamatórias Intestinais

Doenças Inflamatórias Intestinais

Doenças Inflamatórias Intestinais

Fernanda Barata da Cruz Nunes

1ª Edição
2024



Sumário



- 6** **Introdução**
- 8** **O que são Doenças Inflamatórias Intestinais (DII)?**
 - 9 Distribuição da doença no Brasil e no mundo
 - 10 Causas, fatores de risco e de proteção
- 12** **Entendendo as DII e suas particularidades**
 - 12 Sintomas das Doenças Inflamatórias Intestinais
 - 14 Doença de Crohn
 - 22 Retocolite Ulcerativa
- 25** **Como diagnosticar as DII**
- 28** **Como é o tratamento das DII**
 - 32 Escolha da medicação e tratamento não farmacológico
 - 37 Quando o tratamento pode ser cirúrgico
- 38** **DII na gravidez**
 - 38 Fertilidade
 - 39 Fatores de risco gestacionais
 - 40 Como ter uma gestação de baixo risco
 - 41 Medicação durante a gestação
- 42** **O que o paciente pode fazer para melhorar sua saúde?**
- 44** **Dúvidas frequentes**
- 49** **Considerações finais**

Introdução

Este *e-book* tem caráter informativo, e não deve servir de base para decisões terapêuticas, diagnóstico e automedicação. Converse sempre com o seu gastroenterologista.

A Imuno Brasil foi criada com a missão de expandir o acesso ao tratamento de qualidade das doenças imunomediadas, dentro das seguintes especialidades: reumatologia, neurologia, gastroenterologia, dermatologia e imunologia.

As doenças imunomediadas ocorrem quando o sistema imunológico ataca células saudáveis do corpo, gerando processos inflamatórios. Estão nesse grupo: Artrite Reumatoide, Artrite Psoriásica, Espondilite Anquilosante, Psoríase, Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa, Esclerose Múltipla e muitas outras.

Este *e-book* abordará as Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). Elas constituem um espectro de condições crônicas imunomediadas, que provocam inflamação no trato gastrointesti-



nal, com destaque para duas principais variantes: a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa.

Viver com uma doença inflamatória intestinal pode ser desafiador. Contudo, com o gerenciamento adequado dos sintomas e suporte médico, muitas pessoas conseguem manter uma boa qualidade de vida. É por isso que a gente precisa conscientizar a população sobre as DII.

Por fim, vale ressaltar que este *e-book* tem caráter informativo, e não deve servir de base para decisões terapêuticas, diagnóstico e automedicação. Converse sempre com o seu médico.

Imuno Brasil

O que são Doenças Inflamatórias Intestinais (DII)?

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são enfermidades inflamatórias, imunomediadas, sistêmicas. O que isso significa? São doenças imunomediadas porque são originadas por uma desregulação no sistema imune que ataca o próprio corpo, sobretudo, o sistema gastrointestinal. Dizemos que são sistêmicas, porque, além do intestino, esses distúrbios do estado de saúde podem afetar outros órgãos (sistemas). As DII são representadas principalmente pela Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn. Como veremos mais a diante, a causa é pouco conhecida, mas sabe-se que o seu desenvolvimento está ligado a diversos fatores genéticos e ambientais.



Distribuição da doença no Brasil e no mundo

Estima-se que as DII afetem mais de cinco milhões de pessoas no mundo, com maior incidência nos países desenvolvidos e com o número de casos aumentando a cada ano. Estudos mostram que no Brasil ocorre aumento progressivo de novos casos de Doenças Inflamatórias Intestinais, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste.

Os sintomas iniciais podem ocorrer em qualquer faixa etária, no entanto, a maioria dos casos acomete indivíduos jovens, entre a adolescência e a quarta década de vida. Apesar de ser um grupo de doenças ainda sem cura, a evolução do conhecimento médico e da tecnologia têm permitido o diagnóstico mais precoce, além do surgimento de novos medicamentos que aumentaram a expectativa e a qualidade de vida.




Causas, fatores de risco e de proteção

Já foram identificados alguns genes mais frequentes nos portadores de DII, e alguns estudos também mostram que o paciente de DII tem uma flora intestinal diferente das pessoas que não possuem a doença.

Alimentação ou estresse podem contribuir para piorar sintomas dessas doenças. Porém, não podemos dizer que esses fatores são deflagradores das DII. Entretanto, outros fatores de risco foram identificados, tais como tabagismo (Doença de

Crohn), infecções prévias por alguns germes, consumo de açúcares, alimentos processados e ultraprocessados, vida urbana, uso de alguns remédios como anti-inflamatórios não esteroidais e contraceptivos orais.

Por outro lado, atividade física, aleitamento materno, consumo de frutas e vegetais, contato com a natureza, contato com animais domésticos na infância, ter mais de dois irmãos e algumas infecções já foram objetos de estudo e mostraram ter correlação com efeito protetor para as DII.



As causas exatas das DII são desconhecidas. Porém, estudos mostram que há envolvimento de combinações de fatores genéticos, ambientais e do sistema imunológico. Acredita-se que algumas alterações na composição do microbioma intestinal (disbiose) no paciente com DII possam interferir de forma deletéria na ativação do sistema imune no intestino.

Entendendo as DII e suas particularidades

Sintomas das Doenças Inflamatórias Intestinais

Os sintomas mais frequentes da doença são dor abdominal, diarreia e emagrecimento. A duração superior a três meses dessas manifestações eleva a suspeição. Outros sintomas comuns incluem sangramento nas fezes, presença de muco, urgência para evacuar, febre e perda de apetite.

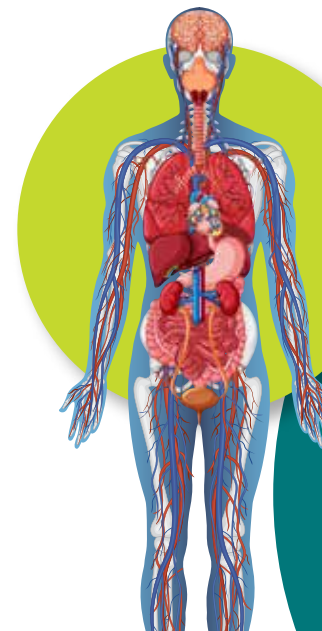
Apesar dos sintomas das doenças inflamatórias intestinais se darem sobretudo no trato gastrointestinal, elas são classificadas como doenças sistêmicas, isto é, pode haver manifestações em outros órgãos/sistemas do corpo as quais são denominadas manifestações extraintestinais.

As manifestações extraintestinais mais comuns são as articulares, provocando dores (artralgia) e inflamações (artrite), alterações na pele (eritema nodoso, pioderma gangrenoso) e olhos (uveítes, episclerites – com sintoma de olhos vermelhos). Podem acometer também os ossos, fígado, pulmões, cérebro e medula óssea. Tais manifestações podem ocorrer antes, durante ou depois dos sintomas gastrointestinais. Algumas destas manifestações estão relacionadas ao grau de inflamação da doença intestinal, e outras podem seguir um curso independente da atividade da doença.

As doenças inflamatórias intestinais são representadas principalmente por dois tipos de enfermidades, os quais guardam tanto semelhanças quanto diferenças – são elas a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa. Ambas são doenças crônicas recidivantes que geram sobretudo inflamação no intestino.



Na Doença de Crohn, a inflamação pode ocorrer em qualquer ponto do trato gastrointestinal (desde a boca até o ânus). Porém, é comum que se apresente no final do intestino delgado (íleo terminal) e intestino grosso (também chamado de cólon). A Retocolite Ulcerativa, por sua vez, é limitada ao reto e aos colóns.



Podem haver manifestações da doença em outros órgãos/sistemas do corpo, classificados como manifestações extraintestinais.

Doença de Crohn

Imagine que duas pessoas portadoras de Doença de Crohn, ao conversarem sobre a doença em comum, podem se surpreender por terem sintomas completamente diferentes uma das outras. A explicação para isso é que o grau de atividade de doença e, principalmente, os diferentes segmentos e órgãos envolvidos podem determinar um grande espectro de variações de sinais e de sintomas. Justamente por essa característica, o diagnóstico pode, por vezes, ser desafiador.

A Doença de Crohn pode atingir todo trato gastrointestinal da boca ao ânus, de forma descontínua e acometendo todas as camadas que revestem a parede do intestino (transmural).

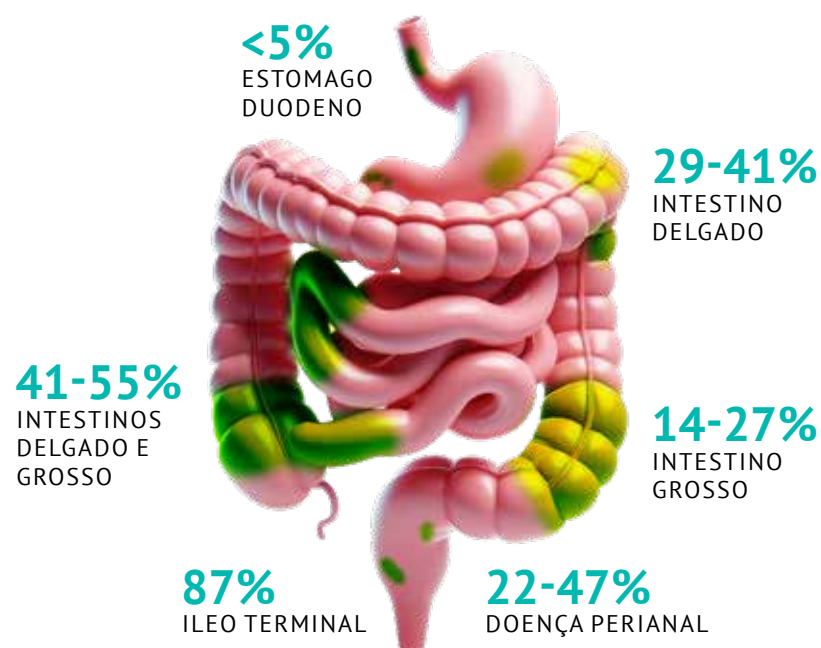


Figura – Percentual do acometimento da doença de Crohn nos diferentes segmentos do trato gastrointestinal.

Com isso, podemos entender o porquê de ocorrer certas complicações como as descritas a seguir:

Fístulas

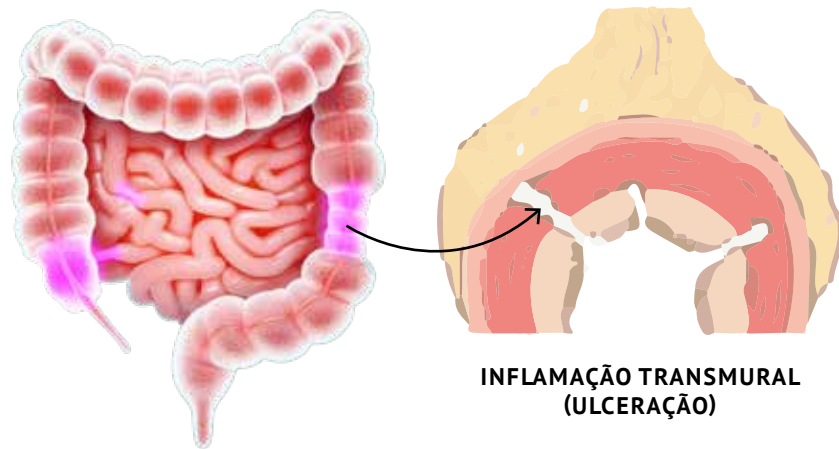
Consistem em comunicações anormais entre segmentos distintos do intestino ou do intestino com outros órgãos adjacentes. O processo inflamatório origina uma espécie de “cola” entre os órgãos com perfuração das camadas mais profundas a consequente comunicação com o órgão em contiguidade. As fístulas mais comuns são as perianais e as que se dão entre as alças intestinais (entero-entéricas ou entero-cólicas), intestino-bexiga (entero-vesicais), intestino-pele (entero-cutâneas), intestino-vagina (entero-vaginais). Cabe ressaltar que de 11 a 16% dos adultos desenvolverão essa forma de complicação. O tabagismo é considerado fator de risco.

Abscessos

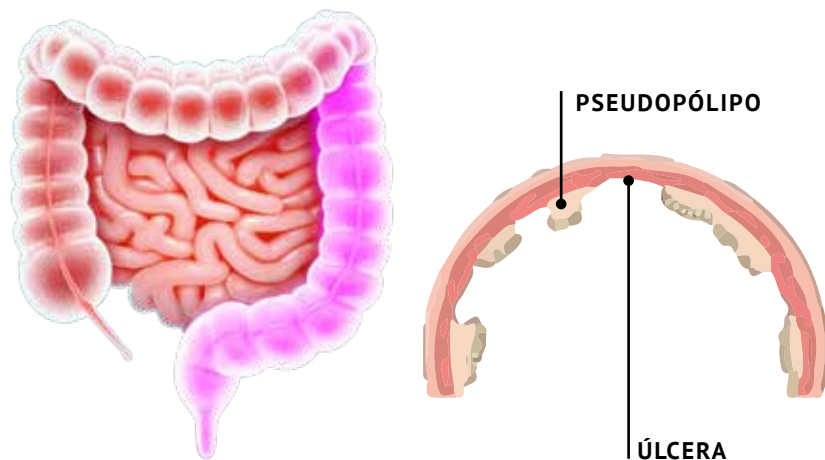
Representam coleções de pus associadas a um local gravemente inflamado. Podem trazer sintomas como febre, calafrios, dor abdominal ou perianal, caso seja formado na região do reto/ ânus. O tratamento é feito com antibióticos, podendo também ocorrer drenagens ou até procedimentos cirúrgicos maiores para tratamento. Um erro comum é o paciente demorar a procurar atendimento médico. A consequência é aumentar o risco do abscesso se tornar uma fístula.

Estenoses

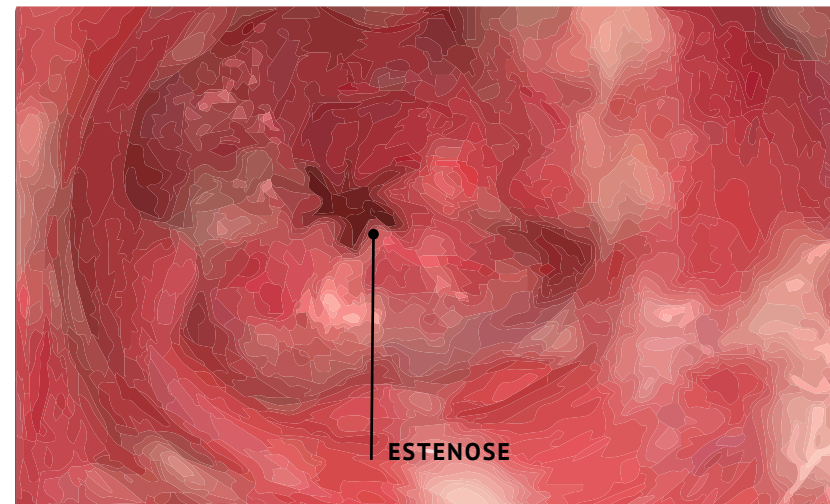
O processo inflamatório pode fazer estreitamentos intestinais que reduzem ou lentificam a passagem do conteúdo fecal ao longo do trato gastrointestinal. Se a estenose for acentuada/completa, pode ocasionar até obstrução intestinal, configurando uma emergência médica. Aproximadamente 25% dos pacientes necessitarão de cirurgia por sintomas relacionados a algum grau de obstrução.



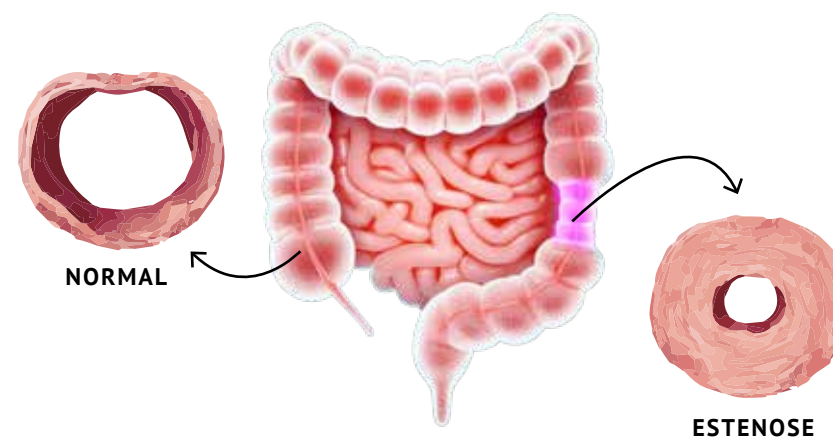
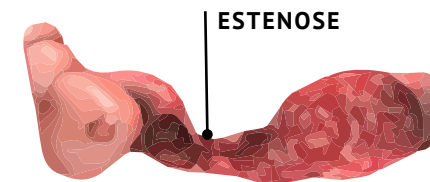
Figuras – Doença de Crohn: todas as paredes do intestino são afetadas pela doença.



Figuras – Retocolite ulcerativa: acomete apenas a mucosa e a submucosa. Não atinge as camadas mais profundas, sendo mais superficial.



Figuras – A Estenose na Doença de Crohn: acomete as camadas mais profundas, provocando o estreitamento das paredes intestinais. Apresenta complicações diferentes da retocolite.



A Doença de Crohn pode permanecer por anos assintomática ou bem pouco sintomática. Os principais sintomas, nesses casos, são diarreia e dor abdominal. Outros sintomas frequentes são: perda de peso, febre, anemia, fadiga e alterações na região perianal, como fístulas, úlceras e fissuras. Também podem ser observadas manifestações na cavidade oral, como úlceras e aftas orais. Além disso, a Doença de Crohn pode aumentar o risco de desenvolvimento de cálculos na vesícula biliar.

Aproximadamente dois terços dos pacientes com Doença de Crohn têm doença no intestino grosso (cólon). A doença nesse segmento tem como sintoma mais comum a diarreia, majoritariamente líquida e frequentemente acompanhada de muco, pus e/ou sangue. A diarreia com essas características é classificada como inflamatória. A doença de Crohn nessa localização pode muito se assemelhar a Retocolite Ulcerativa, que veremos detalhadamente mais adiante.

Em menor proporção, pode haver sintomas que acometam órgãos de localização mais alta, como esôfago, estômago e intestino delgado superior (duodeno e jejuno), gerando sintomas como dificuldade para engolir, sensação de estômago cheio, dores e/ou azia, enjoo e vômitos.

Apesar de a diarreia ser um sintoma muito prevalente na Doença de Crohn, a ausência do sintoma não exclui o diagnóstico – por exemplo, alguns pacientes com a forma estenosante da doença – cujos sintomas podem ser dor, distensão abdominal, náuseas e, vômitos.

Alguns diagnósticos indicam sinais de manifestações mais graves ou tardias, tais como fístulas e abscessos. A forma fistulizante pode trazer sintomas variáveis, dependendo de quais segmentos estão envolvidos no processo inflamatório. Por exemplo, quando as fístulas ocorrem de uma alça de intestino para a outra, a diarreia pode ser o principal sintoma; já se a comunicação ocorrer pela bexiga – sintomas de infecção uri-

nária ou impressão de gás e fezes na urina. Nas fístulas para a pele nota-se saída de secreção de conteúdo fecal ou gástrico. Fístulas vaginais podem determinar saída de gases ou secreções intestinais pela vagina.

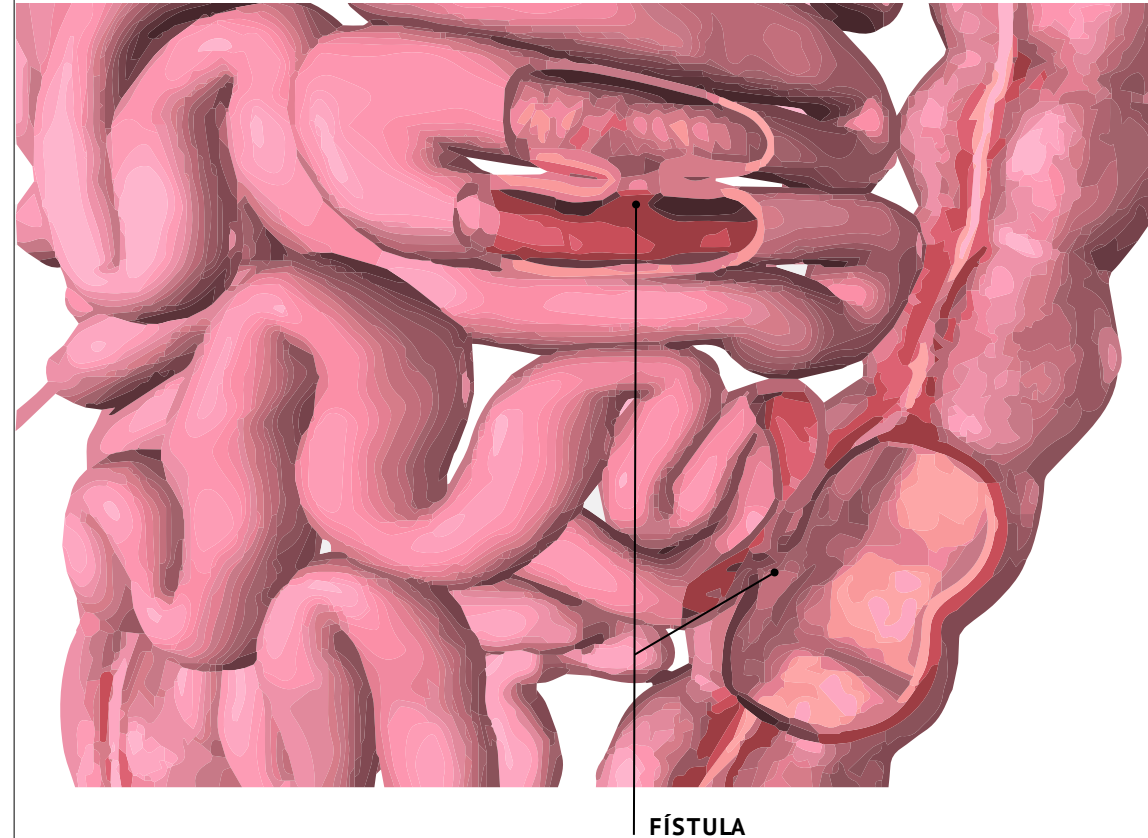


Figura – A Fístula é uma das complicações da Doença de Crohn: inflama as camadas das paredes intestinais e provoca erosão para as paredes adjacentes, atingindo outras alças do intestino. Pode comprometer outros órgãos adjacentes como bexiga, vagina, pele etc.

A região perianal é de grande importância para a Doença de Crohn, pois é uma área específica de acometimento da doença. O ânus é uma região que deve ser examinada com atenção para a presença de fístulas, úlceras, abscessos e fissuras. Na Retocolite ulcerativa esse segmento costuma ser poupado.

O envolvimento retal, já pode ser comum entre ambas as doenças, apresentando sintomas de proctalgia (dor no reto) e tenesmo (vontade intensa de evacuar com sensação de evacuação incompleta ou sem evacuação).

Como vimos, existem manifestações da doença que ocorrem fora do intestino capazes de anteceder os sintomas intestinais. Elas podem acompanhar e se relacionar com a intensidade dos sintomas inflamatórios intestinais, podendo o controle da doença intestinal levar também ao controle dos sintomas extraintestinais. No entanto, existem algumas manifestações extraintestinais que podem acontecer independentemente de a doença estar controlada – dizemos que elas seguem um curso independente. Algumas artrites periféricas, eritema nodoso, úlceras orais e episclerite são exemplos de manifestações que podem ser atenuadas com bom controle da doença intestinal. Pioderma gangrenoso, uveíte, colangite esclerosante primária e doença articular de coluna podem surgir mesmo com a mucosa de intestino cicatrizada.

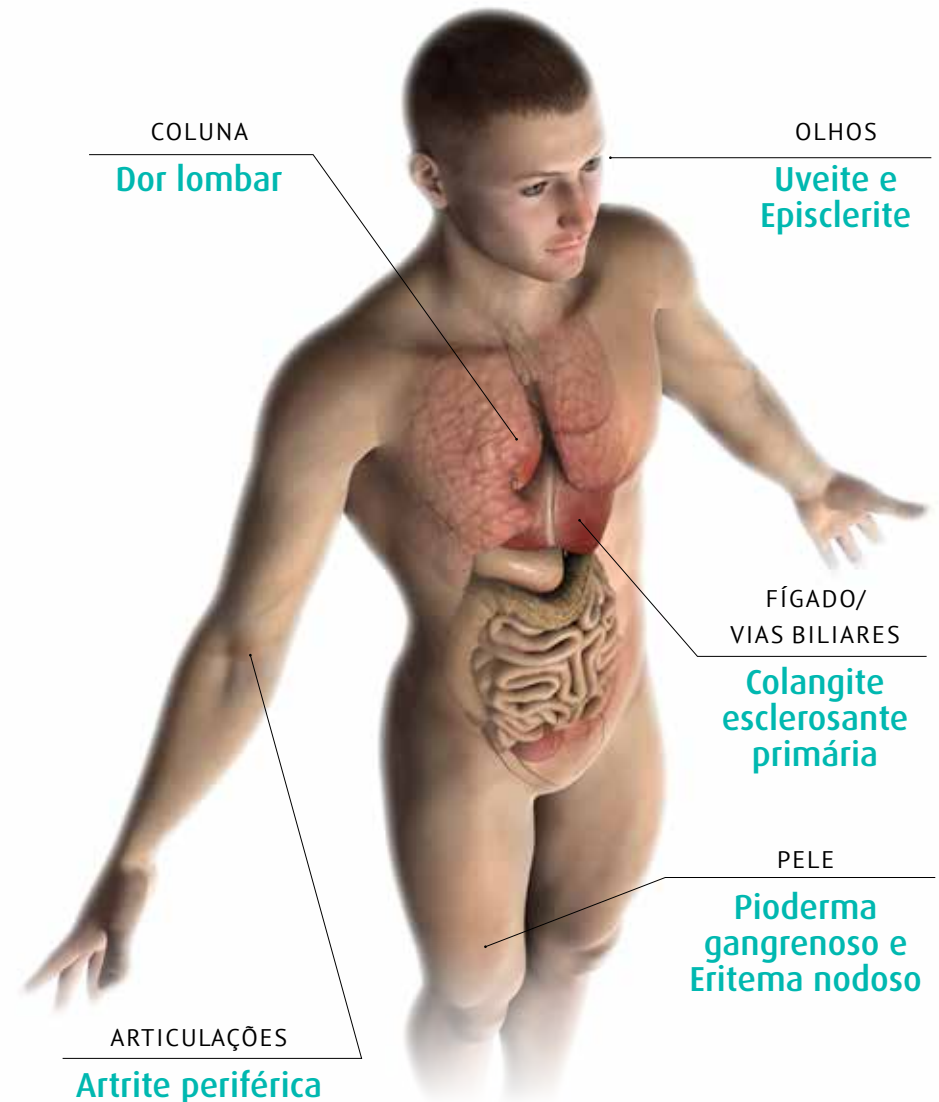


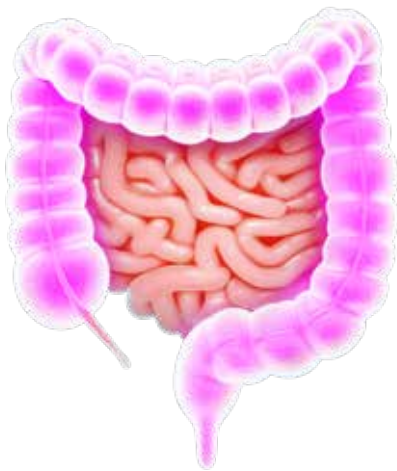
Figura – Manifestação extraintestinal para Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa.

Retocolite Ulcerativa

A Retocolite Ulcerativa é uma doença inflamatória crônica que afeta a mucosa colônica de forma contínua desde o reto, podendo se estender por todo o cólon. Pode apresentar graus variados de gravidade, bem como com episódios recorrentes de crises de inflamação e remissão de doença.

Apesar de poder se manifestar em qualquer faixa etária, é mais comum em adolescentes e adultos jovens. Apresenta um segundo pico de incidência por volta de 50-70 anos.

A localização de acometimento da doença também varia. Existe doença que é limitada ao reto (proctite – aproximadamente 57% dos casos); pode englobar, além do reto, o cólon esquerdo (colite esquerda – aproximadamente 22% dos casos) e pancolite – quando a extensão vai além do cólon esquerdo, podendo compreender todos os segmentos colônicos (aproximadamente 22%).



PANCOLITE



COLITE ESQUERDA

Os sintomas podem aparecer aos poucos ou agudamente, desde leves a graves, mesmo em pacientes com doença mais localizada, como na proctite. Por outro lado, a doença mais extensa (pancolite) é considerada fator de gravidade na Retocolite Ulcerativa.

A Retocolite Ulcerativa tem como principais sintomas diarreia, sangramento nas fezes, urgência para evacuar, sensação de evacuação incompleta e eliminação de muco ou pus pelas fezes. Pode haver dor e distensão abdominal. O despertar noturno para evacuar e a diarreia com sangue aumenta a suspeição sobre a doença, manifestações consideradas sinais de alarme. Os sintomas extraintestinais podem acometer um terço dos pacientes com Retocolite Ulcerativa, sendo os mais específicos: a artrite periférica, o pioderma gangrenoso e a colangite esclerosante primária.

Com base no exame clínico e auxílio de escores validados, o médico será capaz de delimitar a gravidade e avaliar se o caso será de tratamento ambulatorial ou se exigirá hospitalização, pelo menos inicialmente.



PROCTOSIMOIDITE

Figuras – Acometimento da Retocolite Ulcerativa no cólon.

Sinais e sintomas das Doenças Inflamatórias Intestinais

Sinais de alerta Doença de Crohn

Dor abdominal e diarreia por mais de quatro meses

Presença de catarro e/ou sangue nas fezes

Fadiga e cansaço frequentes

Perda de peso não intencional (5% do peso habitual) nos últimos três meses

Urgência para evacuar

Lesões na região do ânus de difícil cicatrização

Dores articulares e lesões na pele

Histórico de doença inflamatória intestinal da família

Como diagnosticar as DII

O diagnóstico muitas vezes pode apresentar certas complicações, já que não há apenas um único teste que confirme com segurança a doença. Por isso, há necessidade de avaliação dos sinais e sintomas pelo médico, bem como de alguns exames complementares como os laboratoriais sanguíneos e fecais (hemograma para detectar anemia, deficiência vitamínicas/minerais, marcadores de inflamação, sorológicos, hepáticos e renais), endoscópicos (endoscopia/colonoscopia), radiológicos (tomografias/ressonâncias) e anatomopatológicos (biópsias).

O diagnóstico correto é muito importante, pois a apresentação das doenças inflamatórias intestinais pode se confundir com doenças mais comuns, principalmente aquelas infecciosas que acometem o trato gastrointestinal. O diagnóstico rápido e certo – ainda na fase de inflamação – pode evitar complicações mais graves da doença que normalmente acometem pacientes em fases mais tardias.

Janela de oportunidade é o momento quando há menos danos nas áreas doentes, possibilitando aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e, com isso, melhora da qualidade de vida e redução das complicações.

Na consulta, o médico colherá alguns dados gerais que podem auxiliar o diagnóstico, entre eles, idade, histórico familiar de DII ou de outras doenças imunomediadas, cirurgias prévias e hábitos de vida, por exemplo, o tabagismo. Como são doenças com possibilidade de muitas manifestações em diferentes partes do corpo, mesmo fora do intestino, o paciente deve ser examinado da cabeça aos pés, incluindo a avaliação da região anal.

Exames de sangue podem apontar para anemia, muitas vezes relacionada à má absorção do ferro – essencial para a formação dos glóbulos vermelhos. Existem também marcadores inflamatórios que podem estar elevados no sangue ou nas fezes. Há um marcador inflamatório de suma importância dosado nas fezes chamado “Calprotectina fecal”, o qual, que além de poder auxiliar no diagnóstico, ajuda bastante no acompanhamento da doença.

Dependendo do local de acometimento da doença, pode haver deficiência de vitaminas e minerais que devem ser dosados inicialmente e monitorados em consultas de rotina.

Alguns exames radiológicos podem ser necessários, com destaque especial para a tomografia e a ressonância magnética, os quais requerem administração de contraste com o objetivo de pôr em evidência as alças intestinais que necessitam ser vistas com maior detalhamento.

Exames endoscópicos serão solicitados, podendo incluir a endoscopia digestiva alta – quando houver sintomas de esôfago/estômago – e a íleo-colonosopia para os sintomas intestinais. Este último exame consiste na passagem de um tubo para gerar imagens de visualização direta, o qual percorre todo o cólon até um segmento do intestino delgado chamado íleo terminal. Durante esses procedimentos endoscópicos é possível coletar biópsias que serão avaliadas por um médico patologista, de modo a agregar mais dados que conduzam ao diagnóstico correto.

Cabe ressaltar que nem sempre será necessário realizar todos os exames explicitados neste capítulo. O médico deve decidir os métodos pertinentes ao diagnóstico com base nos sinais, sintomas e localização da doença.



Em alguns casos, especificamente na Doença de Crohn, pode haver manifestação limitada à parte do intestino delgado – não acessadas via endoscopia ou colonoscopia. Dessa forma, podem ser necessárias outras ferramentas diagnósticas, tais como enteroscopia ou cápsula endoscópica. No exame de cápsula, o paciente ingere uma pílula que consiste em uma microcâmera capaz de capturar diversas imagens do intestino. Então, elas são armazenadas e interpretadas por um médico especialista para gerar um laudo que corrobore para o diagnóstico. Já a enteroscopia consiste em um aparelho semelhante ao da endoscopia e ao da colonoscopia, o qual tem a capacidade de percorrer partes mais altas do intestino que os outros dois não conseguem.

Como é o tratamento das DII

Muito embora ainda não exista medicação capaz de curar as DII, existem tratamentos que minimizam os sintomas, os quais podem levar o indivíduo a ficar pouco sintomático ou mesmo assintomático durante longos períodos de tempo, permitindo uma boa qualidade de vida. Esse estágio da doença é denominado remissão clínica.

O tratamento mais adequado será avaliado pelo médico, de modo a verificar a dependência do tipo, bem como a gravidade dos sintomas, localização, extensão, grau de resposta ou falha de tratamentos previamente utilizados. É importante que o paciente nunca se automedique e que siga as orientações individualizadas para o seu caso.

Algumas medidas não farmacológicas podem auxiliar o tratamento, como alimentação e hábitos saudáveis.

Em termos gerais, a dieta deve ser saudável, evitando alimentos processados e ultraprocessados. Trata-se de orientação personalizada, a qual leva em conta as queixas do paciente.

Parar de fumar é essencial e faz parte do tratamento. O tabagismo pode piorar a inflamação e reduzir a taxa de sucesso tanto no tratamento clínico quanto no cirúrgico.

Ao longo dos anos, estudos mostraram que a meta do tratamento não deveria se limitar em somente promover a melhora dos sintomas, mas também devem ser perseguidos alvos terapêuticos que promovam a total cicatrização da mucosa inflamada o mais precocemente possível para evitar sequelas – a chamada janela de oportunidade terapêutica – enquan-

to houver predomínio de inflamação e poucos danos permanentes. Os demais objetivos consistem em estabilizar alterações laboratoriais, biomarcadores de atividade de doença, por exemplo, a calprotectina fecal e, por fim, promover a total cicatrização da mucosa inflamada. Estudos mostram que ter essas metas atendidas oferecem ao paciente a obtenção de mais sucesso na remissão sustentada da doença, redução das taxas de complicações e menor risco de desenvolvimento de cânceres do trato gastrointestinal.

É comum ao longo da vida haver trocas e adaptações de tratamentos para que essas metas sejam atingidas. A doença pode variar a localização de acometimento e sua intensidade com o passar dos anos. Assim, fica fácil de entender que o paciente necessitará de uma avaliação regular e dinâmica feita pelo médico especialista.

Disciplina com consultas regulares e o comprometimento na realização dos exames complementares no período estabelecido pelo médico, são condutas essenciais para o sucesso no tratamento. Assim como é sempre necessário montar um quebra-cabeças para dar o diagnóstico da doença, é preciso reunir novamente suas peças – dos exames clínico, laboratorial e endoscópico – a fim de verificar se as metas do tratamento foram atendidas. O importante é que as eventuais inadequações de resultados sejam vistas o mais breve possível para realizar alguma mudança no tratamento com o mínimo de dano ao paciente.

A doença pode variar a localização de acometimento e sua intensidade com o passar dos anos.

Conheça os principais medicamentos utilizados no tratamento das DII:

Aminossalicilatos

Representados pela sulfassalazina e os derivados salicílicos (5ASA) – medicamentos orais disponíveis em cápsulas, comprimidos, sachês, enemas ou supositórios. São medicações que atuam no cólon, os quais são indicados para a Retocolite Ulcerativa com atividade de leve/moderada. Atuam diminuindo a inflamação, sem suprimir o sistema imunológico.

Corticosteroides

Conhecidos de longa data por serem potentes anti-inflamatórios, os mais utilizados são prednisona, prednisolona e budesonida. São apresentados em comprimidos para administração via oral. Os corticosteroides venosos empregados são a hidrocortisona e metilprednisolona. São drogas importantes e muito utilizadas para induzir a remissão de doença. Nunca serão utilizadas para a manutenção de remissão de doença, ou seja, o seu uso deve ser sempre temporário. O uso a longo prazo tem efeitos colaterais. Costumamos dizer que serve como uma ponte para um próximo tratamento.

Imunossupressores

As medicações deste grupo incluem a azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexato e ciclosporina. Possuem atuação direta na supressão do sistema imunológico para controle da doença. Seu uso requer monitoramento médico mais rígido do que para os aminossalicilatos, e esses fármacos podem ser usados para terapia e manutenção na doença de moderada a grave.



Antibióticos

Podem ser úteis para tratar complicações após procedimentos cirúrgicos e como terapia auxiliar no tratamento de fístulas. Ciprofloxacino e Metronidazol são empregados com frequência.

Terapia biológica (Imunobiológicos)

São fármacos desenvolvidas por engenharia genética que atuam neutralizando substâncias produzidas pelo processo inflamatório da doença. Existem várias vias inflamatórias implicadas nas DII. Cada classe de imunobiológicos foi elaborada para contemplar a neutralização de vias específicas de inflamação. Essas medicações têm propriedades imunomoduladoras, e seu uso requer cuidados específicos, apresentando formulações para via injetável subcutânea ou intravenosa. São indicados na doença de moderada a grave.

Pequenas moléculas

Assim como os imunobiológicos, as pequenas moléculas atuam neutralizando substâncias da cascata inflamatória implicadas na doença, agindo em pontos diferentes na via de inflamação. O desenvolvimento dessas moléculas trouxe um grande ganho para o tratamento das DII uma vez que uma parcela considerável dos pacientes não responde a determinados tratamentos ou perde a boa resposta com o passar do tempo. Apresentadas em comprimidos para administração via oral, são indicadas na Retocolite Ulcerativa.

Veja as medicações imunobiológicas e pequenas moléculas disponíveis para tratar DII, quando o acometimento for de moderado a grave.

RETICOLITE ULCERATIVA

Infliximabe (venoso ou subcutâneo), **Adalimumabe** (subcutâneo), **Golimumabe** (subcutâneo), **Vedolizumabe** (venoso ou subcutâneo), **Ustequinumabe** (intravenoso/subcutâneo), **Tofacitinibe** (oral), **Upadacitinibe** (oral).

DOENÇA DE CROHN

Infliximabe (venoso ou subcutâneo), **Adalimumabe** (subcutâneo), **Certolizumabe** (subcutâneo), **Vedolizumabe** (venoso ou subcutâneo), **Ustequinumabe** (intravenoso/subcutâneo).

Escolha da medicação e tratamento não farmacológico

Qual medicação devo usar? Qual via de administração?

Diversos aspectos serão levados em conta para esta decidir pela correta medicação, por exemplo, idade, estilo de vida, doenças associadas, fatores de risco específicos, exposição prévia a outros tratamentos, localização da doença, gravidade, presença de manifestações extraintestinais etc.

Algumas vezes poderá haver mais de uma medicação adequada, caso em que a decisão poderá ser compartilhada com o paciente.

Tratamento não farmacológico existe?

Existem modalidades de tratamento cirúrgico, como veremos adiante. Porém, quando falamos de tratamento clínico, infelizmente, as DII em atividade no adulto não podem ser tratadas exclusivamente com medidas não farmacológicas, muito embora contribuam bastante com a terapia medicamentosa para aliviar os sintomas e manter a doença em remissão.

Alimentação

Apesar de não haver uma dieta específica para a DII, estudos revelaram estratégias que trazem melhoras na remissão clínica da doença, entre elas, a redução do uso de remédios.

Algumas dietas se baseiam na diversidade da microbiota intestinal. Existem bactérias benéficas que vivem no intestino e se alimentam do que é ingerido para produzir nutrientes essenciais, tais como ácidos graxos de cadeia curta, hormônios e vitamina B12. Incentivar o consumo de alimentos ricos em prebióticos (aveia, vegetais crus etc.) auxilia no metabolismo dessas “bactérias boas” que utilizam esses nutrientes como matéria-prima. Os probióticos são alimentos que têm bactérias vivas em sua constituição (iogurte natural, vegetais fermentados, kefir, missô), e seu consumo auxilia na diversificação do microbioma. Com a maior variedade na microbiota, será possível melhor geração de ácidos graxos de cadeia curta que interferem na produção de substâncias inflamatórias no intestino nas DII. A redução de alimentos considerados inflamatórios, como os ricos em gordura saturada, lactose, trigo, açúcar refinado, entre outros, trazem benefício adicional.

A dieta mediterrânea foi apontada como um fator protetor na Doença de Crohn, já que esse tipo de alimentação caracteriza-se pelo alto consumo de oleaginosas, proteínas de peixes, grãos, hortaliças, frutas e alimentos com gordura poli-insaturada.

Recentemente, foram incluídos alguns alertas nos rótulos que você já deve ter visto, como por exemplo: “alto em gordura saturada” ou “alto em adição de açúcar”. Felizmente tais avisos vieram para facilitar a leitura das letras miúdas.



ALTO TEOR DE UM NUTRIENTE



ALTO TEOR DE DOIS NUTRIENTES



ALTO TEOR DE TRÊS NUTRIENTES



Figura – Informações no rótulo frontal indica alto teor de açúcar, gordura e sódio – Anvisa.



É muito importante contar com o auxílio do nutricionista que faz parte da equipe multidisciplinar de cuidados para esclarecer as orientações dos alimentos no cardápio. Cabe ressaltar que muitas estratégias benéficas para a maior parte dos pacientes podem não ser exatamente tão adequadas para outros. Pacientes com estenoses, por exemplo, podem não se sentir bem com alimentos ricos em fibras insolúveis e necessitar de adequação personalizada. Déficits nutricionais podem requerer suplementação além da alimentação. Em razão de ser muito complicado fazer recomendações nutricionais genéricas, a estratégia deve ser sempre personalizada ao estado atual de saúde do paciente.



É fundamental valer-se da estratégia “descascar mais e desembalar menos”, que demanda atenção aos rótulos, de modo a evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.



Tabagismo

Hoje em dia, é de conhecimento geral que o tabagismo promove o aumento do risco de cânceres, trombozes e de morte por doença cardiovascular. No que diz respeito às DII, o tabagismo também causa o aumento do risco de desenvolver Doença de Crohn e piorar sua atividade em seus portadores.

Além disso, nesta doença o tabagismo aumenta o risco de complicações graves como fístulas e piora a recuperação pós-operatória. Dessa forma, interromper o tabagismo é uma parte importante do tratamento.

Atividade física

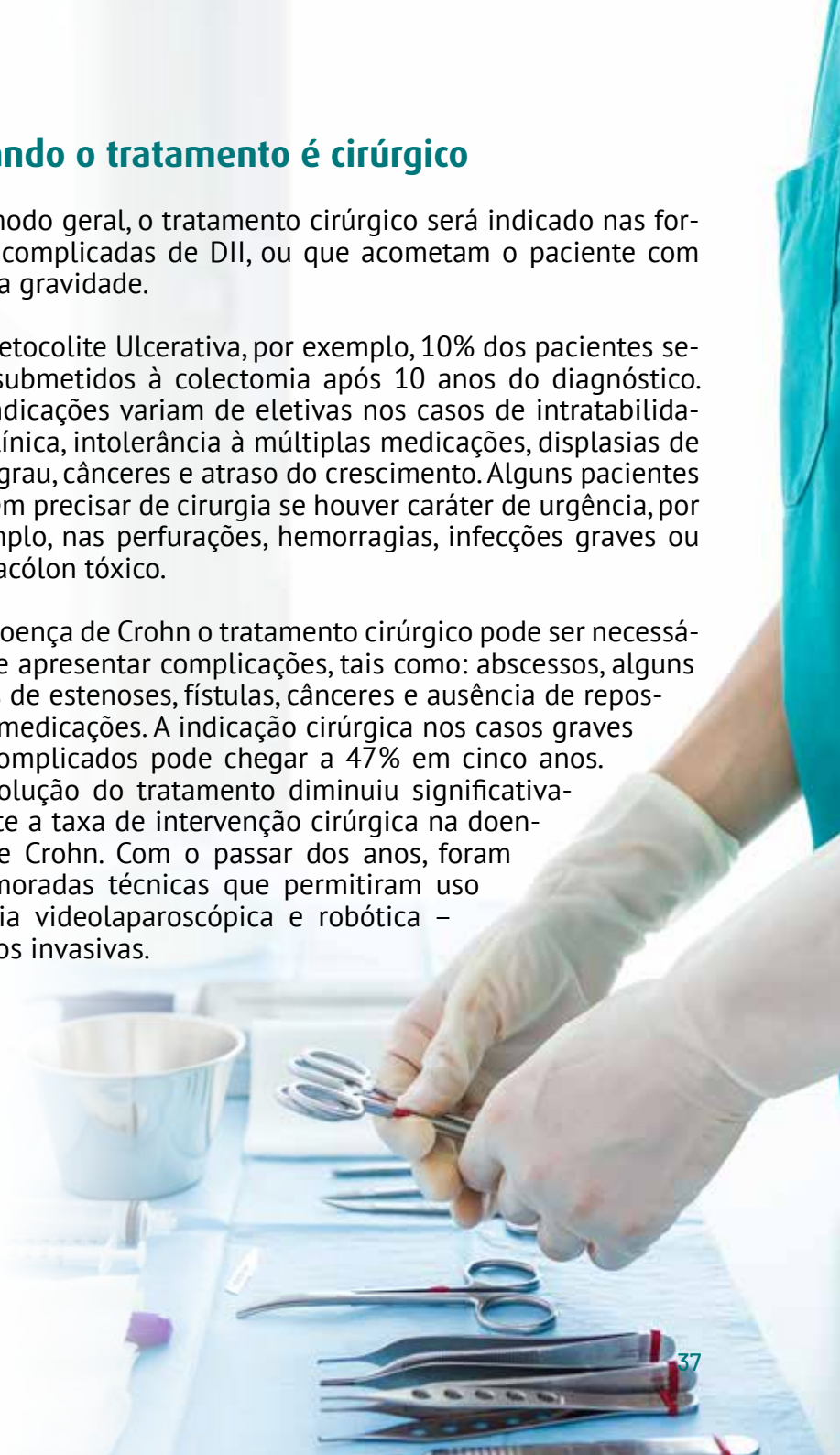
Você já sabe que a atividade física diminui a mortalidade por doenças cardiovasculares, reduz o risco de cânceres e ajuda a controlar o peso. O que você também precisa saber é que a prática de exercícios físicos estimula positivamente o sistema imunológico, fortalece o sistema musculoesquelético e melhora a disposição, reduz a fadiga, permite a recuperação pós-operatória, promove melhoria da sensação de bem-estar e da qualidade de vida, bem como interfere de forma positiva no eixo cérebro-intestino. Além dos malefícios conhecidos, cabe destacar que a obesidade pode reduzir a ação da medicação para DII no organismo.

Quando o tratamento é cirúrgico

De modo geral, o tratamento cirúrgico será indicado nas formas complicadas de DII, ou que acometam o paciente com muita gravidade.

Na Retocolite Ulcerativa, por exemplo, 10% dos pacientes serão submetidos à colectomia após 10 anos do diagnóstico. As indicações variam de eletivas nos casos de intratabilidade clínica, intolerância à múltiplas medicações, displasias de alto grau, cânceres e atraso do crescimento. Alguns pacientes podem precisar de cirurgia se houver caráter de urgência, por exemplo, nas perfurações, hemorragias, infecções graves ou megacólon tóxico.

Na Doença de Crohn o tratamento cirúrgico pode ser necessário se apresentar complicações, tais como: abscessos, alguns tipos de estenoses, fístulas, cânceres e ausência de resposta a medicações. A indicação cirúrgica nos casos graves ou complicados pode chegar a 47% em cinco anos. A evolução do tratamento diminuiu significativamente a taxa de intervenção cirúrgica na doença de Crohn. Com o passar dos anos, foram aprimoradas técnicas que permitiram uso da via videolaparoscópica e robótica – menos invasivas.



DII na gravidez

Fertilidade

As doenças inflamatórias intestinais, como a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa, não estão diretamente associadas à infertilidade, mas podem afetar a capacidade reprodutiva de maneira indireta por causa de fatores como inflamação, cirurgias e uso de certos medicamentos.

Algumas situações podem reduzir a fertilidade, por exemplo, mulheres com atividade inflamatória de doença, operadas sobretudo em cirurgias de proctocolectomia ou colectomia com bolsa ileoanal. Algumas poucas medicações que tratam DII podem interferir nesse aspecto. Sintomas como fadiga e comprometimento de autoimagem podem contribuir para queda na fertilidade. No homem, a fertilidade tende a estar normal, mas podendo variar nos casos de ter sido submetido a uma das cirurgias mencionadas, algumas medicações e fatores psicológicos.



Fatores de risco gestacionais

O principal fator de risco para a gestação é a doença em atividade. Cerca de 80% das mulheres que concebem com doença em remissão permanecerão assintomáticas durante a gestação. Por outro lado, 66% das pacientes que engravidam com doença ativa permanecerão com a atividade ou com piora durante o período gestacional.

Os riscos são tanto para a mãe quanto para o bebê. Para o bebê, há risco de aborto e natimorto, maiores taxas de internação em UTI, até quatro vezes mais risco de prematuridade, baixo peso e pouco comprimento ao nascimento. Para a gestante, as chances de trombose e conversão em parto cesariano tendem a aumentar.



Como ter uma gestação de baixo risco

É essencial fazer um planejamento gestacional junto ao seu médico e estar com a doença controlada.


O ideal é que a paciente esteja livre de medicação corticoesteróide por, pelo menos, três meses e com doença em remissão, confirmada por exame clínico, endoscópico, laboratorial e biomarcadores. É importante também estar em boas condições nutricionais e realizar suplementações conforme orientação médica, bem como ter cessado o uso de tabaco, álcool e outras drogas.

Como na população em geral, realizar a rotina pré-natal. É de fundamental importância não interromper nem iniciar medicações sem orientação médica.

Medicação durante a gestação

É muito comum pensar que a medicação para DII pode prejudicar o bebê e, não raro, muitas pessoas que por conta própria, decidem interromper o uso dos remédios. Destaque-se que somente a minoria dos tratamentos necessitará ser interrompida. A maior parte das medicações já se mostrou segura tanto para gestação quanto ao período do aleitamento. Como vimos, o maior risco gestacional é a DII em atividade, condição causada pela suspensão da medicação prescrita pelo médico.

O planejamento gestacional junto ao médico é fundamental para entender se realmente será necessário interromper alguma medicação e se é um momento seguro para a gravidez.



Via de parto: na maioria das vezes seguir a indicação obstétrica usual. Em situações muito particulares a cesariana pode ser recomendada, por exemplo, na presença de fístulas perianais.

O que o paciente pode fazer para melhorar sua saúde?

Compareça às consultas médicas no intervalo estabelecido pelo seu médico

Nas consultas será avaliada a condição clínica, sintomas, exames complementares e todas as informações que permitam concluir se o tratamento está sendo efetivo. O médico poderá perceber pequenas alterações, mesmo no paciente assintomático. Exames alterados podem predizer atividade de doença antes da identificação de sintomas claros no corpo. O tratamento precoce permitirá mais conforto, segurança e manutenção da qualidade de vida do paciente.

Esteja com seu cartão vacinal atualizado

Seu médico cuidará de indicar as vacinas corretas para a sua condição levando em conta as medicações que utiliza. Lembre-se de que algumas vacinações podem ser contraindicadas, ao passo que vacinas adicionais fora do calendário podem ser indicadas.

Parar de fumar faz parte do tratamento

O cigarro contém muitas substâncias químicas, a maioria delas, cancerígenas. Aumenta o risco de desenvolver Doença de Crohn, piora a inflamação nos portadores da doença e também das complicações, tais como abscessos, fístulas e necessidades cirúrgicas. Pode piorar também a recuperação pós-operatória. O tabagismo aumenta o risco de trombose. A DII em atividade pode por si só aumentar a formação de trombos. Por que, então, ampliar os riscos?



Tenha uma alimentação saudável

Priorize alimentação natural, e evite os alimentos industrializados. Dependendo da localização da doença, pode haver recomendações específicas. Sempre que não se sentir bem com determinado tipo de alimento evite-o até conversar com seu médico ou nutricionista.

Pratique atividade física

O exercício físico traz benefícios na redução do estresse, controle de obesidade, fortalece os sistemas musculoesquelético e imunológico. Melhora o bem-estar físico e psicológico. Diminui a mortalidade por meio da redução das doenças cardiovasculares e o risco de cânceres.



Não se automedique e evite anti-inflamatórios não hormonais (AINES)

Esses anti-inflamatórios (ex. ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco etc.) são utilizados de forma comum para tratamento de febre, inflamações e dores. Não exigem receita médica, motivo de as pessoas preferirem fazer automedicação. Podem contribuir para ativar a doença inflamatória intestinal. Informe ao seu médico sobre o uso de outras medicações e nunca se automedique.

Cuide da sua saúde mental

Procure se envolver em atividades que tragam bem-estar, felicidade e redução do estresse. Invista em ampliar seus relacionamentos interpessoais de forma que possam contribuir para despertar bons hábitos e sentimentos. Cuide da sua doença com disciplina, mas não deixe que isso domine todos os seus pensamentos.

Dúvidas frequentes

✔ Essas doenças têm cura?

Como vimos neste e-book, não existem medicamentos que curem definitivamente as DII. O tratamento visa a aliviar ou a fazer desaparecer os sintomas. A doença controlada permite ao paciente desfrutar de uma vida normal.

✔ Como a doença não tem cura, terei de tomar remédio por toda a vida?

Até o momento, a resposta é sim, para quase todos os casos. Usar a medicação mesmo quando está sem sintomas é importante para evitar o retorno da atividade da doença. Complicações podem ocorrer mesmo com o paciente assintomático/pouco sintomático, o que requer sempre uma vigilância ativa. Na maioria dos casos, ainda não há estudos suficientes que embasem a retirada de medicação de forma segura.

✔ Quais efeitos colaterais posso ter?

Qualquer medicação tem potencial para causar efeito adverso. Quando um tratamento é indicado, entende-se que os benefícios superam os riscos. Prevenções específicas poderão ser indicadas para minimizar eventuais efeitos colaterais. Tenha um bom diálogo com seu médico, siga as orientações, compareça às consultas e informe bem os seus sintomas para que qualquer alteração possa ser vista precocemente.

✔ O que poderá acontecer se o tratamento for interrompido?

Nunca interrompa o tratamento por conta própria. Caso haja indicação de interrupção, isso partirá do médico especialista. O risco é reativar a doença, que poderá se manifestar

com sintomas de gravidade imprevisível ou mesmo causar danos irreversíveis.

✔ Retirar a parte inflamada com cirurgia pode acabar definitivamente com a doença?

As cirurgias são destinadas ao tratamento de complicações e reservadas a alguns casos em que os tratamentos medicamentosos não resolvam.

Na Retocolite Ulcerativa, de fato, a cirurgia pode proporcionar a cura da inflamação. No entanto, trata-se de uma cirurgia de grande porte, com potencial para complicações. Além disso, no pós-operatório existe a possibilidade de o hábito intestinal sofrer importantes mudanças. A tendência geral é que seja otimizado o tratamento medicamentoso antes de propor alguma intervenção.

Na doença de Crohn, mesmo que algum segmento inflamado seja removido cirurgicamente, a doença pode se manifestar em várias outras partes. Nesse caso, deve-se evitar ao máximo a remoção de parte de um tecido, estrutura ou órgão pouco necessárias, uma vez que pode deixar o paciente com intestino curto. Essa complicação pode causar um dano irreversível ao acarretar problemas de absorção de nutrientes muito graves. Esse é o motivo de insistirmos no tratamento clínico.

✔ Precisarei usar aquela bolsinha (ostomia) na barriga?

As ostomias são desvios do intestino para a pele. Pode ser desviado o intestino delgado (ileostomia) ou o intestino grosso (colostomia). Em geral, isso pode ser necessário em casos muito graves ou quando ocorrem complicações específicas. Na maior parte dos casos, esses desvios são temporários. Quando o paciente se encontra estável e com a inflamação controlada pode ser proposta uma segunda cirurgia para reconstrução do trânsito intestinal. Em uma menor parte dos

casos existe a possibilidade de a ostomia ser definitiva. Apesar de ser algo popularmente indesejado, tal procedimento pode salvar vidas e melhorar bastante a qualidade de vida de alguns pacientes.

✔ Uma pessoa com DII pode engravidar?

A resposta é SIM! Porém, é fundamental que o intestino NÃO esteja inflamado. Em gestantes com doença em atividade há aumento dos riscos para a mãe e para o feto. A atividade inflamatória confere maior risco de abortamento, baixo peso ao nascer e prematuridade. Então, planeje a gestação com seu médico.

✔ Como existe um componente genético, a doença pode ser transmitida aos meus filhos? Caso isso ocorra, a quem devo recorrer?

Apesar de as chances de desenvolver a doença aumentarem quando se tem um familiar com DII, a probabilidade é pequena. A herança genética não é o único fator, mas sim um dos diversos fatores implicados no desenvolvimento da doença. Aproximadamente 5% dos pacientes com DII podem ter filhos que desenvolvam a doença. Caso ambos os pais tenham DII, a probabilidade se torna considerável, em torno de 30%. Caso você tenha um familiar criança com sintomas suspeitos, você deve procurar um especialista na doença, sendo mais indicados os gastroenterologistas pediátricos, pois têm especial dedicação ao tratamento das DII, uma vez que essas enfermidades nas crianças exigem cuidados diferenciados da população adulta.

✔ O que posso comer para não piorar o meu problema?

Não existe uma dieta específica para as DII. No geral, prefira uma alimentação saudável com consumo mínimo de alimentos processados e ultraprocessados. O nutricionista poderá ajudar nesse cuidado multidisciplinar. Será avaliado o esta-

do nutricional do paciente, o tipo de queixa, a localização da doença e se há complicações. Em pacientes que têm estenoses, por exemplo, evita-se fibras insolúveis por potencializar a piora dos sintomas. Porém, o consumo pode ser benéfico para outros tipos de pacientes. Suplementação pode ser recomendada para corrigir déficits nutricionais.

✔ Poderei tomar vacinas?

A vacinação é de fundamental importância para a população em geral, mas sobretudo ao paciente com DII. A maior parte dos tratamentos direcionados para as DII atuam reduzindo ou modificando a imunidade específica ao combate de infecções bacterianas e virais. Por conta desses tratamentos são contraindicadas vacinas de vírus vivos. Dessa forma, seu médico deve indicar as vacinas que poderão ser aplicadas e cuidará para orientar um cartão vacinal atualizado. O melhor momento para a atualização do cartão é antes do início do tratamento, porém algumas vacinas poderão ser feitas depois. Alguns pacientes terão indicações de vacinas suplementares, ou seja, que estão fora do calendário vacinal da população em geral.

✔ As DII causam câncer?

O intestino inflamado por muitos anos pode gerar condições que aumentam o câncer intestinal em relação à população em geral. Apesar de haver aumento de casos de câncer de intestino nas DII, isso não significa que irá acontecer. O intestino bem tratado, livre de inflamação, diminui muito esse risco. Exames de vigilância, como a colonoscopia, serão indicados com maior frequência para essa prevenção.

✔ O que é colonoscopia?

Procedimento que utiliza um tubo longo, fino e flexível com diâmetro de até 1,3cm e mede até 1,85cm de comprimento. Possui na sua ponta uma microcâmera que transmite as imagens para um monitor. Permite visualização direta de todo o

intestino grosso até a parte final do intestino delgado (íleo terminal). Permitirá observar se há evidências de atividade de doença na mucosa e diagnosticar outras doenças como tumores ou lesões pré-tumorais.

O aparelho possui um canal que possibilita a passagem de algumas ferramentas para realização de biópsias e alguns outros procedimentos, por exemplo, a retirada de pólipos. Dizemos que a colonoscopia é um procedimento tanto diagnóstico quanto terapêutico em razão de permitir o tratamento com resolução de algumas condições. Será necessário tomar laxativos para limpeza intestinal. É um exame seguro, feito sob anestesia venosa, com dose minimamente necessária para que o paciente não sinta dor.

✔ É possível se prevenir quanto ao desenvolvimento da doença?

Ainda são necessários mais estudos que embasem recomendações fortes nesse sentido. Porém, existem algumas evidências de estratégias que podem ser benéficas, por exemplo, o incentivo ao aleitamento materno entre 6-12 meses de vida, atividade física moderada, redução do estresse, controle de peso, aumento do consumo de fibras e vegetais, peixes, gorduras poli-insaturadas, evitar consumo de alimentos processados e ultraprocessados (estratégia “descascar mais do que desembalar”), evitar tabagismo, minimizar o uso de anti-inflamatórios e antibióticos, sobretudo na primeira infância (seis primeiros anos de vida).

Considerações finais

Acreditamos que o acesso à informação permite capacitar o paciente para gerenciar melhor a própria condição de saúde. O conhecimento, sem dúvidas, permite o empoderamento das pessoas com DII. Quando há melhor compreensão sobre a condição de saúde, há melhor engajamento e comprometimento no cuidado. Isso pode levar a melhores resultados clínicos e menor probabilidade de complicações em longo prazo.

A informação pode ajudar a reduzir o estigma e a ansiedade associados à doença. À medida que se tornam mais informados, os pacientes são capacitados a lidar com os desafios que enfrentam, com melhoria da autoestima e do bem-estar. Tornar-se defensor ativo da própria saúde permite maior envolvimento no processo de tomada de decisão em seu tratamento, bem como exposição mais adequada de suas necessidades e preocupações para a equipe de assistência à saúde.

Referências

BURISCH, J.; Munkholm, P. The epidemiology of inflammatory bowel disease. **Scand J Gastroenterol.** v. 50, n. 8, p. 942-951, aug., 2015.

BUSH, M. C.; et al. **Fetal Neonatal Med.** v. 15, p. 237-241, 2004.

COLOMBEL, J. F.; D'HAENS, G.; LEE, W. J.; PETERSSON, J.; PANACHIONNE, R. Outcomes and strategies to support a treat-to-target approach in inflammatory bowel disease: a systematic review. **J Crohns Colitis.** v. 14, n. 2, p. 254-266, feb., 2020.

ELTEN, M.; BENCHIMOL, E. I.; FELL, D. B.; KUENZIG, M. E.; SMITH, G.; et al. Residential greenspace in childhood reduces risk of pediatric inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. **Am J Gastroenterol.** 1 v. 116, n. 2, p. 347-353, feb., 2021.

FEDORKOW, D. M.; et al. **Am J Obstet Gynecol.** v. 160, p. 998-1001, 1989.

FRITSCH, J.; GARCES, L.; QUINTERO, M. A.; Pignac-Kobinger, J.; SANTANDER, A. M.; et al. Low-fat, high-fiber diet reduces markers of inflammation and dysbiosis and improves quality of life in patients with ulcerative colitis. **Clin Gastroenterol Hepatol.** v. 19, n. 6, p. 1189-1199, jun., 2021.

GALANDIUK, S.; KIMBERLING, J.; AL-MISHLAB, T. G.; STROMBERG, A. J. Perianal Crohn disease: predictors of need for permanent diversion. **Ann Surg.** v. 241, n. 5, p. 796-801, may, 2005.

GODNY, L.; MAHARSHACK, N.; RESCHEF, L.; GOREN, I.; YAHAV, L.; et al. Fruit consumption is associated with alterations in microbial composition and lower rates of pouchitis. **J Crohns Colitis.** v. 13, n. 10, p. 1265-1272, sept., 2019.

Gomollón, F.; DIGNASS, A.; ANNESE, V.; TILG, H.; VAN ASSCHE, G.; et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management, **Journal of Crohn's and Colitis,** v. 11, n. 1, p. 3-25, jan. 2017.

HARBORD, M.; ELIAKIM, R.; BETTENWORTH, D.; KARMIRIS, K.; KATSANOS, K.; et al. European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. **J Crohns Colitis.** v.11, n. 7, p. 769-784, jul. 2019.

Khalili, H.; Ananthakrishnan, N. A.; Konijeti, G. G.; LIAO, X.; Higuchi, L. M.; Physical activity and risk of inflammatory bowel disease: prospective study from the Nurses' Health Study cohorts. **BMJ.** v. 14, n. 347, nov., 2013.

KOULAOUZIDIS, A.; ROONDONOTTI, E.; KARARGYRIS, A. Small-bowel capsule endoscopy: a ten-point contemporary review. **World J Gastroenterol.** v. 19, n. 24, p. 3726-3746, jun., 2013.

LEVINE, A.; RHODES, J. M.; LINDSAY, J. O.; ABREU, M. T.; KAMM, M. A.; et al. Dietary Guidance from the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases. **Clin Gastroenterol Hepatol.** v. 18, n. 6, p. 1381-1392, may, 2020.

MAASER, C.; STURM, A.; VAVRICKA, S. R.; KUCHARZIK, T.; FIORINO, G.; et al. European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO] and the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology [ESGAR]. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications. **J Crohns Colitis.** v. 13, n. 2, p. 144-164, feb., 2019.

MAGRO, F.; Gionchetti, P.; ELIAKIM, R.; Ardizzone, S.; Armuzzi, A.; et al. European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagno-

sis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. **J Crohns Colitis**. v. 11, n. 6, p. 649-670, jun., 2017.

MAHADEVAN, U.; RORINSON, C.; BERNASKO, N.; BOLAND, B.; CHAMBERS, C.; et al. Inflammatory bowel disease in pregnancy clinical care pathway: a report from the American Gastroenterological Association IBD Parenthood Project Working Group. **Gastroenterology**. v. 156, n. 5, p.1508-1524, apr., 2019.

MORALES, M.; et al. **Hepatogastroenterology**. V. 47, p. 1595-1598, 2000.

NIELSEN, OH. **Scand J Gastroenterol**. v. 18, p. 735-742, 1983.

PIOVANI, D.; DANESE, S.; Peyrin-Biroulet, L.; Nikolopoulos, G. K.; LYTRAS, T.; et al. Environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: an umbrella review of meta-analyses. **Gastroenterology**. v. 157, n. 3, p. 647-659, sept., 2019.

QUARESMA, A. B.; DAMIÃO, A. O. M. C.; COY, C. S. R.; MAGRO, D. O.; HINO, A. A. F.; et al. Temporal trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases in the public healthcare system in Brazil: a large population-based study. **Lancet Reg Health Am.**, v. 9, n.13, jun., 2022.

REDDY, D.; et al. **Am J Gastroenterol**. V. 103, p. 1203-1209, 2008.

RIEGLER, G.; TARTAGLIONE, M. T.; CARRATÚ, R.; D'INCÁ, R.; VALPIANI, D.; et al. Age-related clinical severity at diagnosis in 1705 patients with ulcerative colitis: a study by GISC (Italian Colon-Rectum Study Group). **Dig Dis Sci**. v. 45, n. 3, p. 462-465, mar., 2000.

RUBIN, D. T.; Ananthakrishnan, A. N.; SIEGEL, C. A.; SAUER, B. G.; LONG, M. D. ACG Clinical Guideline: ulcerative colitis in adults. **Am J Gastroenterol**. v. 114, n. 3, p. 384-413, mar., 2019.

SHAN, Y.; LEER, M.; CHANG, E. B. The Gut Microbiome and Inflammatory Bowel Diseases. **Annu Rev Med**. v. 73, p. 455-468, jan., 2022.

SPINELLI, A.; BONOVAS, S.; BURISCH, J.; KUCHARZIK, T.; ADAMINA, M.; et al. ECCO Guidelines on therapeutics in ulcerative colitis: surgical treatment. **J Crohns Colitis**. v. 16, n. 2, p. 179-189, feb., 2022.

TORRES, J.; Mehandru, S.; Colombel, J. F.; Peyrin-Biroulet, L. Crohn's disease. **Lancet**. V. 389, n. 10080, p. 1741-1755, apr., 2017.

UNGARO, R.; MEHANDRU, S.; ALLEN, P. B.; Peyrin-Biroulet, L.; COLOMBEL, J. F. Ulcerative colitis. **Lancet**. v. 389, n. 10080, p. 1756-1770, apr., 2017.

VAVRICKA, S. R.; SCHOEPFER, A.; SCHARL, M.; LAKATOSD, P. L.; NAVARINII, A.; et al. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. **Inflamm Bowel Dis**. v. 21, n. 8, p. 1982-1892, aug., 2015.



**Dra. Fernanda Barata
da Cruz Nunes**

Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina Souza Marques, Fernanda Barata da Cruz Nunes tem residência em Clínica Médica e Gastroenterologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Foi professora substituta na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Além do atendimento ambulatorial, atua em hepatologia e transplante hepático desde 2019. É também médica no Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF). Dedicar-se especialmente ao atendimento a Doenças Inflamatórias Intestinais, pela Imuno Brasil, atuando nos centros de terapia infusional de medicamentos imunobiológicos no Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), Casa de Saúde São José e Hospital São Lucas, ambos no Rio de Janeiro.

Ficha técnica

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO E-BOOK | ORGANIZAÇÃO

Fernanda Barata da Cruz Nunes – CRM 52.105406-6

CONSELHO EDITORIAL

Camille Pinto Figueiredo
Felipe Mendonça de Santana
Jaqueline Barros Lopes
Jayme Fogagnolo Cobra
Luiza Fuoco da Rocha
Mariana Ortega Perez
Natália Spolidoro
Renata Faria Simm
Rodrigo Favoreto

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Keila Prado Costa

EDIÇÃO DE TEXTOS

Aline Tomé

DIREÇÃO DE ARTE

2024 © Marcello de Oliveira

ASSISTENTE DE ARTE

Victor Bellini Damasceno

REVISÃO

Murilo Oliveira de Castro Coelho

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio, sem autorização escrita.

Copyright © 2024 KPMO Cultura e Arte
Todos os direitos reservados.

Referência ABNT 6023

NUNES, Fernanda Barata da Cruz. Doenças inflamatórias intestinais. São Paulo: KPMO Cultura e Arte, 2024.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária Juliana Farias Motta CRB7/5880

Nunes, Fernanda Barata da Cruz

Doenças inflamatórias intestinais / Fernanda Barata da Cruz Nunes.
– 1ª ed. – São Paulo: KPMO Cultura e Arte, 2024.

58 p.; ilustrada, fotos
ISBN 978-65-86913-18-7

1. Doenças inflamatórias intestinais.

CDD

Índice para catálogo sistemático:

1. Doenças inflamatória intestinais

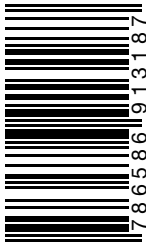
Maior, 2024
Primeira edição

Nesta publicação, respeitou-se
o Novo Acordo Ortográfico
da Língua Portuguesa.

CONTATO

KPMO Cultura e Arte
Tels. 55 (11) 98138-2992 e 2422-0448
www.kpmo.com.br

ISBN 978-65-86913-18-7



9 786586 913187

 **Imuno
Brasil**



www.imunobrasil.com.br



Imuno Brasil



[imuno.brasil](https://www.instagram.com/imuno.brasil)