

## Doenças Intestinais

### Abordagem:

Neste tópico será abordado o tema diarréia e as doenças que são suas respectivas causas como, as doenças inflamatórias intestinais (**Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa**), colite pseudo membranosa, síndrome do intestino irritável e câncer de colon.

### Diarréia

#### Classificações

Alta	Baixa
Baixa frequência Grande volume Restos alimentares Sem tenesmo	Alta frequência (>10) Pequeno volume Sangue, muco, pus Tenesmo

Aguda (< 2 semanas)	Persistente (2-4 semanas)	Crônica (> 4 semanas)
> 90 % infecciosa <b>Virais:</b> norovirus, rotavirus, adenovirus, astro-virus <b>Bacterianas:</b> salmo- nella, campy-lobacter, shigella, E. coli, C. difficile		<b>Infecciosa:</b> strongiloidí- ase, amebíase, giardíase... <b>Não infecciosa:</b> Doenças inflamatórias, neoplasias, doenças disarbsortivas, síndrome do intestino irritável

#### Quando investigar?

Diarréia aquosa volumosa com sinais de hipovolemia;

Diarréia com sangue, muco ou pus;

Febre;

Dor abdominal intensa;

Persistência por > 48 horas;

Hospitalização recente com uso de antibióticos;

Diarréia em idosos, grávidas e imunossuprimidos

#### *Quando considerar antibioticoterapia?*

Diarréia com características invasivas (febre, sangue, muco, pus ) , em idosos, e imunossuprimidos;

Fazer fluoroquinilonas (ex: Ciprofloxacina) por 3-5 dias.

#### *Para a prova ...*

Rotavírus > diarréia viral em crianças < 2 anos

E. coli enterotoxigênica > diarréia dos viajantes

E.coli entero-hemorrágica (O157: H7) e Shigella > síndrome hemolítico urêmica (anemia microangiopática, insuficiência renal e plaquetopenia)

S. aureus > toxina termoestável . Incubação 1-6 horas.

Campylobacter: pode complicar com Guillain Barré.

O teste de Schilling consiste em uma sequência de exames cujo objetivo inclui avaliar a deficiência de vitamina B12 (cobalamina). Entre as possíveis causas identificáveis estão anemia perniciosa, pancreatite crônica, acloridria, super crescimento bacteriano intestinal e disfunção ileal.

### **Doença Inflamatória Intestinal**

As doenças inflamatórias intestinais (**Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa**) são

enfermidades crônicas do trato gastrointestinal. São diagnosticadas por um grupo de características clínicas, endoscópicas, radiológicas e histológicas, e ainda assim, alguns permanecem com diagnóstico de colite indeterminada. A incidência é igual entre homens e mulheres para ambas as doenças, com dois picos: 15-25 anos e 55-65 anos.

O **fator de risco** mais importante para DII é a história familiar. O fumo é fator de risco para DC porém protetor na RCU.

#### Características clínicas:

RCU : Pode variar desde proctite a pancolite. Predomina diarreia baixa com muco, pus e sangue.

DC: Diarréia, dor abdominal, febre e emagrecimento. Mais comum é ileíte.

#### Características endoscópicas

RCU: Mucosa eritematosa, edemaciada, friável, granular com exsudato.

DC: úlceras serpiginosas intercaladas com mucosa normal.

#### Características histológicas:

RCU: Doença contínua e ascendente restrita ao cólon com acometimento da mucosa. Abscessos em criptas.

DC: Inflamação transmural, salteada da boca ao ânus. Presença de úlceras aftóides e granulomas não caseosos.

#### **Autoanticorpos sugerem:**

RCU: p – ANCA      DC: ASCA

#### Complicações:

RCU: colite, megacólon tóxico e perfuração

DC: fístulas, estenoses, abscessos

Ambas: neoplasia colorretal > principalmente na RCU

Manifestações extraintestinais:

**Dermatológicas:** Eritema nodoso ( DC ) , pioderma gangrenoso (RCU)

**Reumatológicos:** artrite periférica (DC) , espondilite anquilosante, sacroileíte

**Oculares:** conjuntivite, uveíte anterior, episclerite

**Hepatobiliares:** Colangite esclerosante (RCU), colelitíase - presente em 10 - 35% dos paciente com doença de Crohn (DC) e ileíte ou ressecção do íleo. Ocorre pela redução da absorção de ácidos biliares no íleo, diminuindo o pool de sais biliares, e levando à secreção de uma bile litogênica

**Renal:** Nefrolitíase - os ácidos biliares também têm sua absorção comprometida na doença extensa, e quando aumentados na luz intestinal, ligam-se ao cálcio. A diminuição do cálcio, portanto, deixa o oxalato livre na luz do intestino para ser prontamente absorvido no cólon inflamado. Assim, a gênese dos cálculos renais nesses doentes é a hiperoxalemia e consequente **hiperoxalúria**.

Relacionadas à atividade de doença intestinal : eritema nodoso, artrite periférica.

Tratamento:

Doença Leve a moderada: baseado nos compostos de 5-ASA (sulfassalazina, mesalazina);

Doença Grave: corticóides, imunossupressores (azatioprina, infliximab), antibióticos (metronidazol, ciprofloxacino) para controle da doença perianal;

Cirurgia : colectomia é curativa na RCU. Na DC, cirurgia está indicada apenas quando há obstrução grave, hemorragias incoercíveis, abscessos, e fístulas refratárias.

### **Doença Celíaca**

Caracterizada por acometer intestino delgado causando inflamação da mucosa,

atrofia de vilosidades, hiperplasia de criptas devido à exposição à dieta contendo glúten ( trigo, centeio, cevada e aveia).

Sintomas gerais incluem emagrecimento, atraso puberal, déficit de crescimento, diarreia disabsortiva, anemia, osteoporose, e sintomas neurológicos (depressão, epilepsia, enxaqueca, ataxia cerebelar).

Associação com diabetes, tireoidite, cirrose biliar primária, dermatite hepertiforme, linfoma T intestinal.

Padrão ouro para o diagnóstico é a biópsia com atrofia de vilosidades duodenais e hiperplasia de criptas. Os autoanticorpos (antiendomísio, antigliadina, antitransglutaminase) podem ajudar no rastreio e diagnóstico.

Tratamento : abstinência de alimentos que contêm glúten.

### **Colite Pseudomembranosa**

**Clostridium difficile** coloniza o trato gastrointestinal após alteração da flora intestinal por antibioticoterapia, causando uma colite associada a produções de toxinas A (secretória ) e B (citotóxica) com formação de pseudomembranas.

Quadro clínico varia desde diarreia aquosa até megacólon tóxico. Qualquer antibiotico pode estar associado, porém os principais são: **clindamicina, penicilinas, cefalosporinas, fluoroquinolonas.**

Diagnóstico:

Detecção de toxina A ou B nas fezes, detecção do Clostridium difficile por PCR nas fezes ou visualização de pseudomembranas características na colonoscopia.

Tratamento:

Suspender antibioticoterapia vigente

**Metronidazol via oral** – primeira escolha

**Vancomicina via oral** – droga de escolha para pacientes mais graves ou que venham deteriorando o quadro clínico apesar do metronidazol.

Nunca usar antidiarréicos

### **Síndrome do Intestino Irritável**

Dor abdominal crônica + alteração do hábito intestinal sem evidência de doença orgânica.

Predomina em mulheres com distúrbios psiquiátricos associados.

Quadro clínico : Dor ou desconforto abdominal associado à alteração na aparência ou frequência das evacuações, que alivia com a evacuação.

Tratamento: consiste em aumento na ingestão de fibras, sintomáticos (procinéticos, antiespasmódicos, laxativos ou antidiarreicos), antidepressivos e psicoterapia.

### **Câncer De Cólon**

Fatores de risco: Dieta rica em calorias, gorduras, etilismo, tabagismo, doença inflamatória intestinal, polipose intestinal, história familiar , entre outros.

Quadro Clínico: assintomático precocemente, porém evolui com sangramentos ocultos ou visíveis ( principalmente se de cólon direito) e suboclusão ou obstrução intestinal ( principalmente se cólon esquerdo e sigmóide)

Diagnóstico: colonoscopia com biópsia sendo o local mais comum: cólon direito e ceco.

Tratamento: cirúrgico dependendo da localização + QT. Se reto : QT + RT. Ressecção de metástases hepáticas e pulmonares, quando possível, aumenta sobrevida.

Rastreio:

Na população geral : iniciar aos 50 anos

História familiar em parentes de 1 grau : iniciar aos 40 anos ou 10 anos antes do caso índice.

*Como?* **Colonoscopia a cada 10 anos ( melhor método).**

Rastreio diferenciado para os casos de câncer colorretal hereditário não polipose, poliposes hereditárias e doença inflamatória intestinal.

