SUBSTITUIR OS ALIMENTOS QUE SÃO CONTRA-INDICADOS PARA QUEM TEM DII. É POSSÍVEL?

ABCD em

www.abcd.org.br

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

FOCO

Ano X
nº 38
Inverno
2009

Diagnósticos diferenciais das doenças do sistema digestivo

Saiba nesta edição

ATIVIDADES 2009 - CONSULTE NOSSA AGENDA

1 2 3 4 5 6 7

8 9 10 11 12 13 14

15 16 17 18 19 20 21

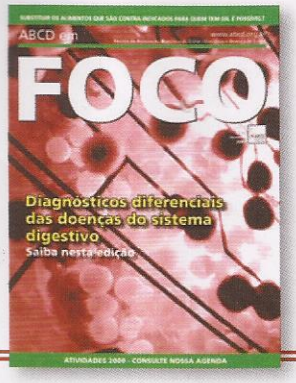
22 23 24 25 26 27 28

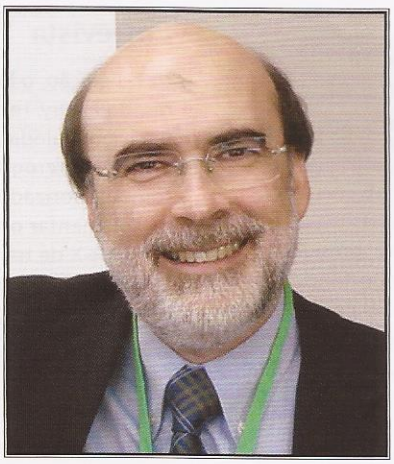
29 30 31 32 33 34 35

36 37

A Revista **ABCD em Foco** esteve com você em todos os momentos durante os últimos 10 anos. Confira todas as Capas da publicação e escolha qual assunto você mais gostou. Mande sua opinião para secretaria@abcd.org.br e participe de um sorteio com prêmio surpresa.

Associado, se quiser repetir esta história de sucesso, por mais 10 anos, contribua com a ABCD. Envie qualquer quantia para o Banco Real – Grupo Santander, Agência: 0413, C/C: 0712323-2, Favorecido: Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. Contamos com você, para que todos possam contar sempre com a gente!





Caros leitores,

A revista ABCD em Foco é feita com muito cuidado e carinho para que todos vocês possam ter uma leitura de credibilidade, que traga informações científicas e também interessantes, mas sempre com o intuito de atualizar e instruir da melhor maneira possível.

A sua opinião é sempre muito importante para que possamos cada vez mais nos aproximar daquilo que realmente importa, que é a satisfação dos leitores. Infelizmente em junho perdemos uma de nossas mais queridas leitoras, a Sra. Sophia de Barros que faleceu aos 92 anos. Dona Sophia como a chamava era uma pessoa boa, isto diz tudo e desde a primeira edição da publicação sempre fazia uma observação acerca da revista. Adorava as frases e sempre tinha uma palavra de estímulo ou crítica construtiva. Os céus estão em boa companhia.

Não deixem de ler com atenção a entrevista com o Dr. Dario Tiferes e a matéria sobre as doenças intestinais que às vezes confundem os médicos na hora do diagnóstico.

No mês de julho tivemos a visita do Dr. Stephen Hanauer, da Universidade de Chicago, ao Brasil, para palestrar sobre DII, no Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Os eventos estão se multiplicando e com isto o conhecimento se difunde e cada vez mais professores estrangeiros de grande renome visitam o nosso país. Muito bom!

Desejo a todos uma excelente leitura e me despeço com duas frases para meditação, ainda mais quando idealizadas por um gênio.

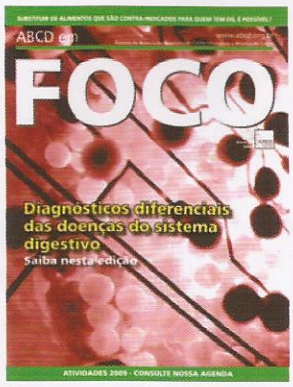
Boa leitura,
Dr. Flavio Steinwurz
Presidente da ABCD

"Nada beneficiará mais a saúde da humanidade e aumentará as chances de sobrevivência da vida na Terra quanto a dieta vegetariana."

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original."

Albert Einstein

Sumário



Editorial

Dr. Flavio Steinwurz, presidente da ABCD, explica a importância da participação dos leitores para o melhor relacionamento da entidade com seus associados.....Pág.3

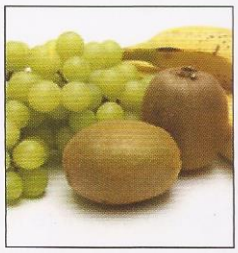
Entrevista

Nesta edição, o Prof. Dr. Dario Tiferes, do Fleury, revela as aplicações de um exame ainda pouco utilizado no Brasil, a enterografia por tomografia computadorizada, que chega para complementar o tradicional exame de Raios-X de trânsito intestinal, auxiliando na detecção de patologias do intestino.....Pág.18

Carta dos Leitores

Espaço reservado para aqueles que quiserem opinar, sugerir, criticar ou elogiar sobre qualquer conteúdo da publicação e nossas atividades.....Pág.5

A Boa Comida - Dicas



Artigo preparado pela Dra. Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos, nutricionista, ensina aos pacientes - das doenças abordadas em Capa - quais hábitos alimentares podem auxiliar na remissão dos sintomas . Pág.20

De Olho no Íleo

Conheça duas atualizações clínicas que podem alterar o tratamento das doenças que acometem o intestino: dietas sem glúten reduzem bactérias benéficas e como diminuir os sintomas da doença de Crohn com o auxílio de helmintos Pág.8

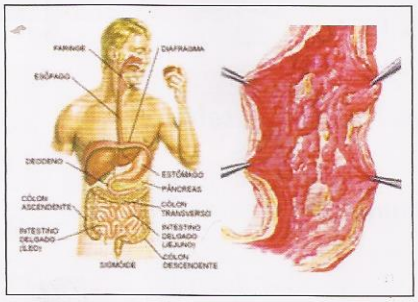
News

Infecções bacterianas podem aumentar o risco das DIIs, foi tema de um dos painéis apresentados na DDW 2009; e evento em São Paulo realizado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz que abordou os avanços no tratamento das DIIs Pág.10

Agenda de Eventos

Programe com antecedência a sua participação nas atividades e eventos promovidos ou apoiados pela ABCD Pág.22

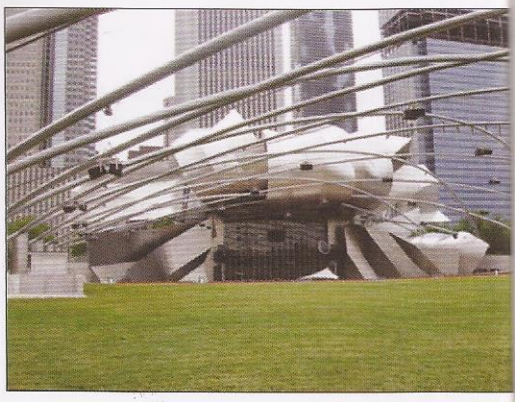
Matéria de Capa



Quais são as diferenças da doença de Crohn, colite ulcerativa, síndrome do intestino irritável, celíaca e intolerância à lactose. Saiba tudo sobre seus sintomas, diagnósticos e alimentação mais adequada ...Pág.12

ABCD em Festa

Eventos internacionais e nacionais movimentaram os especialistas em gastroenterologia. Confira as fotos destes encontros e quem participou pela ABCD Pág.....24



"Meu voto vai para a Capa de nº 06; gostei muito também da nº 28. Meu nome é Ieda, tenho 45 anos, atualmente moro em Andradas (MG). Sou portadora da Doença de Crohn desde 1997. Meu Crohn não é dos agressivos, mas já passei por vários processos, cirurgia, internações, crises... Gostei desses temas, pois acredito piamente que o Crohn é de fator emocional, psicossomático, sem dúvida alguma, onde faço tudo que está ao meu alcance, tipo: esportes radicais, terapias, enfim tudo que possa me ajudar emocionalmente. Como dizem que o esporte faz bem para o corpo e para a alma, tento de alguma forma mudar os meus hábitos, em vez de sair de carro saio de bicicleta, faço uma boa leitura com livros de auto-ajuda, escuto boas músicas, faço artesanato, etc. Coisas desse tipo que alegram o meu espírito e isso me ajuda muito em não entrar em crises. Aonde moro tem muita natureza, animais, voo de paraglider... Como disse faço tudo que está ao meu alcance. Sim a doença existe, isto é um fato, mas depende também de nos alimentarmos de coisas boas e digerir o que nos faz bem em tudo. Agradeço à ABCD pelo seu êxito, pela ajuda que nos dá, portadores da doença. É um trabalho sério e acredito que a crise exista para nos fortalecer e deixarmos ainda mais fortes. Agradeço em primeiro lugar ao Dr. Flavio Steinwurz e a toda sua equipe, onde um dia me mostrou seu projeto da ABCD que se materializou, a ele um forte abraço."

Um abraço fraterno a todos da ABCD,

Ieda de Carvalho
E-mail recebido no dia 20 de maio de 2009

"Venho deixar registrado o meu prazer por esta revista. Tenho em casa um paciente de Crohn e vejo nesta revista uma forma maior de esclarecimento.

Gostaria de ver mais sobre o fator emocional, alimentação e gravidez. Pois, estou tentando engravidar e eu e meu esposo temos dúvida se nosso bebê possa vir a ter essa doença."

Desde já agradeço,

Ana Paula
E-mail recebido no dia
27 de maio de 2009.

Revista ABCD em Foco

A/C Renata Donaduzzi - Editora
Alameda Lorena, 1304 - conj. 802
CEP: 01424-001 - São Paulo - SP
E-mail: secretaria@abcd.org.br

EXPEDIENTE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN
Al. Lorena, 1304 - cj.802
São Paulo-SP CEP 01424-001
Tel./Fax: (11) 3064-2992
Site: www.abcd.org.br
E-mail: secretaria@abcd.org.br
PARA ANUNCIAR (11) 3064-2992

Presidente
Dr. Flavio Steinwurz

Vice-Presidente
Dr. Mathew Kazmirik

1ª Secretária
Maria Amália Bernardi Caccuri

2ª Secretário
Paulo César Giacomelli

1º Tesoureiro
Sergio Luiz Savone

2ª Tesoureira
Dra. Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos

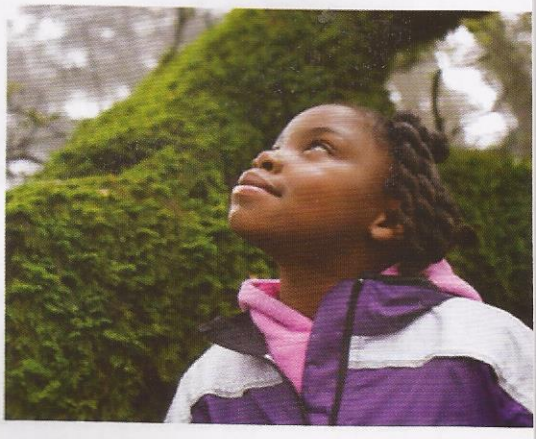
Jornalista Responsável
Renata Donaduzzi
MTB 27.737-SP

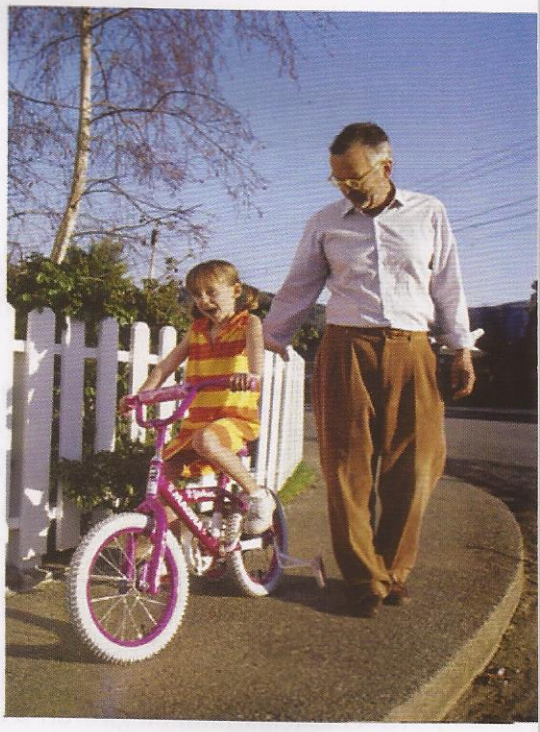
Produção e Impressão
GT Editora

Uma História de Cuidados com a Saúde

Transformar ciência em cuidado, de forma apaixonada e dedicada. Esta é a essência do trabalho que a Abbott realiza há mais de um século. Seus produtos acompanham as pessoas desde o nascimento até a maturidade, com a missão de renovar a esperança na vida.

ABBOTT CENTER - Central de Relacionamento com o Cliente
0800-7031050
e-mail: abbottcenter@abbott.com
www.abbottbrasil.com.br

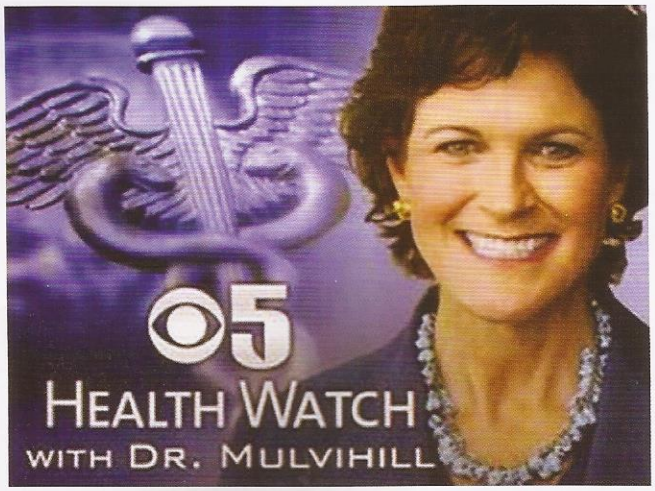




Abbott

A Promise for Life

Alguns procuram os ancilostomídeos para reduzir os sintomas de Crohn



Resumo: Pacientes com doença de Crohn estão experimentando utilizar os parasitas- ancilostomídeos para aliviar seus sintomas. Ancilostomídeos, que não são um tratamento aprovado pela FDA, segregam uma substância química que desvia o sistema imunológico e reduz a sua resposta. "Não é uma terapia que posso oficialmente endossar ou condenar", um gastroenterologista disse, acrescentando, "mas, ao mesmo tempo, há um crescente corpo clínico que sugere que isso pode fazer algum sentido. Não é uma ideia maluca."

KPIX-TV (São Francisco) (21/5/09)

Uma terapia experimental envolvendo helmintos ou ancilostomídeos está sendo testada em humanos na tentativa de melhorar suas vidas. O músico Scott Richards e a artista Debora Wade são dois pacientes com doença de Crohn, de São Francisco, que fazem o tratamento. Quando confrontados com a utilização de um parasita como terapia, aceitaram porque sentiram que não tinham nada a perder.

O Dr. Jonathan Terdiman, gastroenterologista da UC São Francisco Medical Center, trata Richards e Wade durante anos. "Crohn, é um distúrbio imune destrutivo. O sistema imunológico do seu organismo é mais reativo ou hiper-reativo a coisas do meio ambiente que são mais importantes para as bactérias que estão no seu intestino. E você tem uma reação que, em última instância, prejudica o intestino".

Ambos sentiam desconforto até que os ancilostomídeos entraram em suas vidas. A fim de viver no interior do ser humano (hospedeiro), o parasita tem de convencer o sistema imune dos anfitriões para acalmá-los e não tentar rejeitá-los. Com os ancilostomídeos, segregam uma substância química que desvia o sistema imunológico, e estabelecem a sua resposta.

Nos Estados Unidos, graças aos avanços nas técnicas modernas de saneamento, os tratamentos com os ancilostomídeos para as doenças imunológicas são raros, mas em ascensão.

Estudos sugerem que a presença de ancilostomídeos no intestino humano pode ser benéfica, pois secretam uma substância química que desliga automaticamente uma resposta imune. Mas a terapia não está regulamentada pela Food and Drug Administration (FDA).

Para lutar contra suas doenças, Scott e Debora aceitaram ser infectados, porém tiveram que adquirir vermes de uma maneira diferente.

Scott foi para o México onde conheceu Garin Aglietti que lhe forneceu os ancilostomídeos. Aglietti acredita que os pacientes que entraram em contato são "verdadeiros pioneiros". Aglietti, que chama a si próprio um ecologista gastrointestinal, leva os pacientes do outro lado da fronteira onde ele aplica um curativo em seus braços. Sobre a gaze do curativo existem larvas dos ancilóstomos.

O que acontece é o seguinte: os ancilostomídeos viajam da corrente sanguínea para os pulmões, onde uma vez lá, fazem com que o paciente tussa naturalmente. O paciente ao tossir engole os helmintos. Esta é a forma como os ancilostomídeos chegam ao intestino, onde se fixam, e começam a crescer.

Debora pegou ancilostomídeos diretamente de uma empresa em Santa Cruz, que é gerida por Jasper Lawrence, que garante infecção por três anos se você comprar os helmintos através dele.

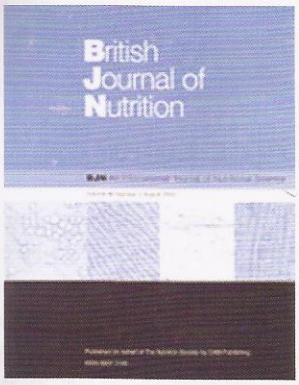
Scott e Debora dizem que tal terapia faz com que eles sintam alívio rápido da dor e que, hoje, podem comer alimentos que doentes com Crohn não poderiam (pizza, por exemplo). Alguns acreditam que a mesma pode ajudar uma série de doenças imunológicas, incluindo

asma, alergias, até esclerose múltipla. Mas as provas ainda são insuficientes.

Debora acha que os resultados não são mais expressivos porque ninguém está disposto a financiar a investigação que envolva helmintos: "As opções que temos são tão pequenas, enquanto são gastos milhões em outras terapias, e, eles não colocam dinheiro algum nesta pesquisa", disse ela, que continuará usando os ancilostomídeos como terapia, pois não está disposta a esperar.

Fonte: CBS 5 – Programa Health Watch com Kim Mulvihill, MD

Dieta "sem glúten" reduz bactérias benéficas no intestino



Resumo: Num pequeno grupo de estudo envolvendo 10 pessoas que seguiram uma dieta sem glúten encontrou-se menos bactérias benéficas no intestino, como Bifidobacterium e Lactobacillus, e mais bactérias potencialmente prejudiciais, tais como Enterobacteriaceae e de Escherichia coli. Os investigadores verificaram que as pessoas sob dieta também apresentavam baixa imunidade devido à falta de glúten.

Seguir uma dieta sem glúten pode ser prejudicial à saúde do intestino, além de também poder afetar o sistema imunológico, segundo um novo estudo do Conselho Nacional de Pesquisa Espanhol.

De acordo com os resultados de um pequeno estudo com 10 pessoas que seguem uma dieta sem glúten, populações de bactérias benéficas do intestino, tais como Lactobacillus e Bifidobacterium, diminuíram, enquanto a contagem de Enterobacteriaceae e de Escherichia coli aumentou.

"Assim, a dieta sem glúten, pode constituir uma variável alimentar a ser considerada apenas para pacientes com doença celíaca devido aos seus possíveis efeitos sobre a flora da saúde intestinal", escreveram os autores no British Journal of Nutrition.

Doença celíaca, uma condição caracterizada por uma intolerância ao glúten, é relatada por afetar até 1% das crianças e 1,2% dos adultos, de acordo com um estudo da revista BMJ's Gut.

"Doença celíaca é uma intolerância permanente ao glúten, proteína de cereais, e a única terapêutica para os pacientes é a adesão ao longo da vida de uma dieta sem glúten (GFD)", explicaram os autores, liderados por Giada De Palma.

Os pesquisadores espanhóis analisaram a microflora intestinal de dez indivíduos saudáveis com uma idade média de 30 anos que tiveram que fazer uma dieta sem glúten por um mês. Consumir alimentos e bebidas sem glúten não alterou significativamente o aporte normal para os voluntários, com exceção de polissacarídeos, que foram reduzidos.

Na análise dos participantes "as fezes mostraram que populações de Bifidobacterium, Clostridium lituseburense e Faecalibacterium prausnitzii diminuíram após a dieta sem glúten, enquanto as populações de Enterobacteriaceae e de Escherichia coli aumentaram.

Marcadores do sistema imunológico, tais como TNF-alfa, interferon-gama, interleucina-10 (IL-10) e IL-8, que seriam produzidos quando o sistema imune dos anfitriões fosse contestado também foram reduzidos após o consumo de dieta sem glúten.

"Portanto, a GFD levou a reduções nas populações das bactérias benéficas no intestino e uma capacidade menor do sistema imunológico em estimular o hospedeiro foi verificada nas amostras de fezes", concluíram os pesquisadores.

Fonte: British Journal of Nutrition
"Efeitos da dieta isenta de glúten no intestino, microbiota e função imunológica em seres humanos adultos saudáveis"
Autores: G. De Palma, I. Nadal, M.C. Collado, Y. Sanz

Evento debate novas técnicas para DIIs

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz promoveu, nos dias 17 e 18 de julho de 2009, o I Simpósio Internacional de Atualização em Doenças Inflamatórias Intestinais, no seu Anfiteatro. Liderado por uma das mais importantes cirurgiãs do aparelho digestivo do Brasil, Dra. Angelita Habr-Gama, o evento apresentou aos profissionais brasileiros as recentes inovações no tratamento clínico e cirúrgico das DIIs.

Da esq. p/ dir.: Drs. João de Aguiar Pupo Neto, Angelita Habr-Gama, Stephen Hanauer, Flavio Steinwurz e Heda Amarante

Entre os temas debatidos no evento estiveram os aspectos clínicos e tipos de evolução dessas doenças, os diagnósticos e sua importância, bem como as práticas cirúrgicas de tratamento. De acordo com a Dra. Angelita Habr-Gama, as discussões em torno da Doença de Crohn provocaram os maiores debates no evento. "Recebemos o médico norte-americano Stephen Hanauer, que participa de praticamente todos os protocolos de pesquisa com novas drogas. Discutimos o uso dessas drogas no tratamento da doença. Além disso, contamos com a participação também do médico francês Yves Panis, que apresentou uma técnica cirúrgica – ainda controversa – desenvolvida para tratamento da Doença de Crohn", disse a cirurgiã.

O evento contou com a coordenação científica dos seguintes doutores: Flavio Steinwurz, Magaly Gemio Teixeira, Joaquim Gama-Rodrigues.

Fonte: LVBA Comunicação

Infecções bacterianas aumentam o risco de doença de Crohn e colite

Infecção por Salmonella ou Campylobacter aumentou quase três vezes a incidência de doença inflamatória intestinal entre os pacientes, de acordo com um estudo de base populacional realizado na Dinamarca. Os pesquisadores disseram que o maior risco foi observado durante o período de 15 anos de estudo.

Um estudo de coorte de base populacional, realizado na Dinamarca mostrou uma incidência quase três vezes maior de doenças inflamatórias intestinais (DIIs), após infecção por Salmonella ou Campylobacter, anunciaram pesquisadores dinamarqueses durante a DDW 2009, encontro sobre doença digestiva.

"O maior risco foi observado em indivíduos expostos ao longo dos 15 anos do período de observação. Acredita-se que fatores genéticos e ambientais, incluindo infecções, estão envolvidos na patogênese da DII," relatou o Dr. Henrik Nielsen, professor de doenças infecciosas no Hospital Aalborg, na Dinamarca.

Os pesquisadores dinamarqueses compararam o risco para DII em dois grupos de North Jutland e condados Aarhus, na Dinamarca, entre 1991 e 2003: 13.149 pacientes com confirmação laboratorial de Salmonella (6.464 casos) ou Campylobacter (6.685 casos) e gastroenterite (26.218 casos) de idade e sexo pareados não expostos aos controles. Pacientes com história de DII foram excluídos da análise.

Os indivíduos foram acompanhados por até 15 anos (média de 7,5 anos). O diagnóstico de DII foi relatado pela primeira vez em 107 indivíduos expostos (1,2%) e 74 indivíduos não expostos (0,5%) durante o estudo.

A equipe do Dr. Nielsen calculou uma taxa de risco ratio para DII de 2,9 (95% intervalo de confiança [CI], 2,1 - 3,9) com mais de 15 anos de retorno. Houve uma taxa de risco ratio de 1,9 (CI 95%, 1,3 - 2,6) "Foi excluído após o primeiro ano a infecção por Salmonella/Campylobacter. O maior risco foi semelhante para Salmonella e Campylobacter, independente da idade e sexo do paciente nos demais anos da pesquisa," disse o Dr. Nielsen.

O aumento no risco do diagnóstico da doença de Crohn pela primeira vez (47 casos) e colite ulcerativa (134 casos) não foi significativamente diferente. "Não existe nenhuma imagem clara de causalidade entre as doenças de origem alimentar e DII," disse o Dr. Nielsen.

"Se acreditamos que estes sejam organismos causadores e, em seguida, estes pacientes estão em risco, temos de acompanhar atentamente os sintomas gastrintestinais de sinais de DII após resolução da infecção inicial," concluiu a Dra. Sunanda V. Kane, professora de Medicina, do Departamento de Gastroenterologia e Hepatologia na Mayo Clinic em Rochester, Minnesota (EUA), e moderadora dos painéis.

"É importante uma vez que a incidência destas infecções está aumentando rapidamente. É possível que esses pacientes estejam predispostos a DII de outras formas, por outras razões, tais como o tabagismo, o ambiente, medicamentos, e assim por diante. Penso que, se estas infecções são associadas com DII, elas não são causas, mas podem ser o estopim. Os dois eventos podem estar acontecendo em paralelo. Precisamos olhar para outras populações", observou a Dra. Kane. O estudo não foi financiado comercialmente.

Fonte: Digestive Disease Week (DDW) 2009: Resumo 80. Apresentado em 1º de junho de 2009

Tratamento **COMPLETO** na doença de Crohn:[1,2]

- **Remissão** rápida e sustentada[1-3]
- **Redução** de corticoides[5-8]
- **Cicatrização** da mucosa[4-6]
- **Redução** de complicações[4,5,7]
- **Redução** de cirurgias[4-7]

Remicade®
infliximabe

Eficácia mais rápida e sustentada[1-3]

Central de Atendimento
0800-117788

www.remicade.com.br
Rua Antônio das Chagas, 1.657 - CEP 04714-002 - São Paulo - SP - Brasil - Tel.: 55 11 5188-5158
Fax: 55 11 5188-5358 www.mantecorp.com - Licenciado por SOL (Empresa do grupo Schering Plough)

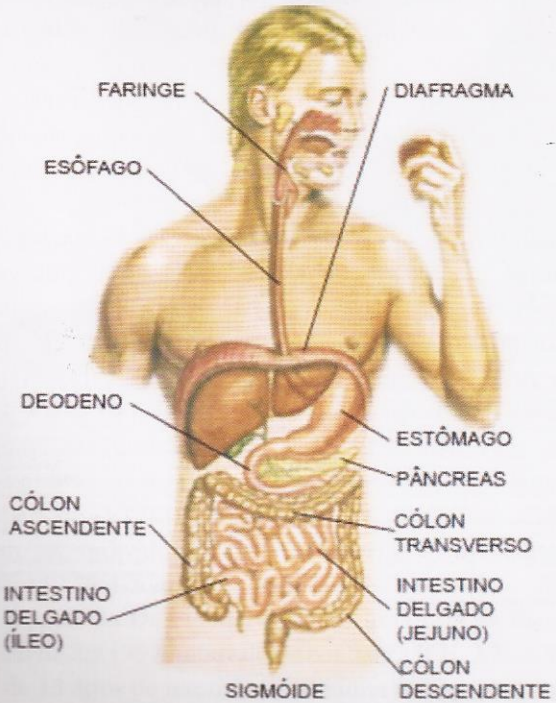
Mantecorp

Diagnósticos diferenciais das doenças do sistema digestivo

Existem diversas doenças que acometem o intestino. Antes de explicar um pouco sobre cada uma delas é preciso entender melhor a anatomia humana. Para exemplificar, pense que você fará uma viagem pelo interior do seu corpo e a sua primeira parada será no sistema digestório ou digestivo.

Lá você encontrará o tubo digestivo que começa na boca, onde se inicia a digestão dos alimentos que serão transformados num bolo pastoso, para descerem pela faringe e pelo esôfago - tubo que corre pelo mediastino (espaço entre os dois pulmões) e atravessa o diafragma -, até chegar ao estômago, onde tem início a digestão das proteínas, que está ligado ao duodeno, primeiro segmento do intestino delgado (os outros dois são o jejuno e o íleo). No duodeno, desembocam o colédoco, canal resultante da união do cístico (que vem da vesícula biliar) e do hepático (que vem do fígado), e o canal de Wirsung, que traz do pâncreas enzimas importantes para a digestão.

Na junção entre o íleo e o intestino grosso situa-se a válvula íleocecal. Ceco (parte arredondada e de fundo cego), cólon, reto e canal anal constituem regiões integradas do intestino grosso, onde ocorre a formação das fezes, que serão eliminadas, e a reabsorção da água utilizada durante a digestão. O cólon é uma estrutura que sobe pelo lado direito do abdome, desde o ceco até a altura do fígado (cólon ascendente). Ao virar para a esquerda, transforma-se no cólon transverso, que corre horizontalmente até alcançar a região do baço. A partir desse ponto, começa a descer pelo lado esquerdo do abdome. É o cólon descendente que termina no cólon sigmóide e este, no reto.



Está difícil de entender, não é! Bom, mas continue, não desista. Volte para o intestino e perceba que ele é constituído por duas partes: o intestino delgado e o intestino grosso. O delgado (formado pelo duodeno, jejuno e íleo) estende-se do piloro – válvula que separa o estômago do duodeno - até a junção íleocecal, onde começa o intestino grosso que vai desembocar no reto. O intestino tem enervação própria e hormônios que regulam sua capacidade de excretar. Uma informação importante: a parede do tubo digestivo tem a mesma estrutura da boca ao ânus, sendo formada por quatro camadas: mucosa, submucosa, muscular e serosa.

Agora, após esta explicação sintetizada. Conheça as principais doenças que atingem parte dos órgãos do aparelho digestivo, a saber:

Doença de Crohn

A doença de Crohn foi descrita pela primeira vez em 1932 pelo Dr. Burril B. Crohn, da cidade de Nova York, e é caracterizada por uma inflamação crônica que afeta a mucosa intestinal. Ocorre mais frequentemente entre os 10 e 40 anos, atingindo igualmente homens e mulheres. A causa da doença é desconhecida, porém as teorias recentes incluem fatores genéticos, infecciosos e imunológicos. Fatores psicológicos são provavelmente primários, mas podem estar envolvidos com a doença.

O aparelho digestivo possui uma superfície de contato muito grande, de aproximadamente 250 m^2. Esta área é importante para absorção dos alimentos e água ingeridos. Por causa deste contato com substâncias exógenas, o trato digestivo possui um grande número de células do sistema imunológico que, dentre outras funções, defendem nosso organismo da invasão de substâncias estranhas que acompanham os alimentos.

A barreira imunológica mais importante no intestino, é representada por um tipo de imunoglobina, a Ig A, que possui funções diferentes da Ig G encontrada no sangue.

Estudos científicos têm mostrado que na doença inflamatória intestinal ativa crônica, a proporção entre Ig A e Ig G, muda a favor dessa última, na parede intestinal. Enquanto a Ig A normalmente mantém antígenos distante das paredes do intestino, a Ig G não possui esta capacidade, permitindo a ligação de antígenos ao tecido intestinal, podendo contribuir para a inflamação intestinal.

Além disso, a Ig G, combinada com antígenos e anticorpos, forma "complexos imunes" que podem ser transportados a outros órgãos do corpo causando processos inflamatórios distantes do intestino. Este fato explica as manifestações articulares muito comum da doença. Os pacientes apresentam fator reumatóide negativo e a artralgia relaciona-se à atividade inflamatória intestinal, melhorando junto com o controle da mesma. Além disso, 10% dos pacientes com doença de Crohn podem apresentar alterações oculares como: epiesclerite, a esclerite e uveíte.

Mudanças na pele e na mucosa ocorrem ao redor de 40% dos pacientes com Crohn. Lesões avermelhadas dolorosas, que em muitos casos são observadas antes das manifestações intestinais da doença. Os dermatologistas chamam atenção para alterações de inflamações granulomatosas presentes na mucosa bucal ou na região anal.

Não existe um padrão dietético para pacientes com Crohn, mas alguns parâmetros nutricionais podem auxiliar os pacientes a evitar erros na dieta. Doces e frutas em compota com alto grau de açúcar exacerbam a atividade da doença em muitas pessoas. Pão branco, pão de forma e comidas altamente condimentadas não fazem parte da dieta para pacientes com doença de Crohn e deveriam ser substituídos por alimentos com alta quantidade de fibras. Importantes fontes de fibra podem ser encontradas em pão integral e em muitos tipos de vegetais. As fibras vegetais auxiliam as funções intestinais.

Em relação à terapêutica farmacológica, os aminossalicilatos e os corticosteróides são as drogas classicamente usadas.

Como a doença de Crohn pode comprometer qualquer parte do aparelho digestivo, é preciso localizar quais as acometidas por ela. Para isto pode-se examinar esôfago e estômago - apenas 2% ou 3% dos casos ocorrem nessa região – com o auxílio da endoscopia digestiva alta. Já a colonoscopia permite ver o cólon e o limite entre o ceco e o íleo, parte terminal do intestino delgado onde ocorrem 80% das lesões.

Depois, podemos pedir outro exame de imagem: Raios-X do trânsito intestinal. A pessoa toma contraste baritado e seu trajeto pelo intestino vai sendo acompanhado para localizar possíveis lesões. Por fim, podemos recorrer à tomografia que dá informações não só sobre o interior da alça intestinal, mas também sobre a parede, se está espessada, com gânglios ou alterações da gordura ao redor das alças intestinais. (veja mais sobre este exame na Entrevista desta edição).

Em última instância, quando o exame de Raios-X não localiza lesões, podemos recorrer a uma sofisticada cápsula endoscópica que bate 50.000 fotografias. A pessoa ingere a cápsula, que vai fotografando por onde passa. Depois é feito um software para estudo detalhado. Esse método permite o diagnóstico de lesões típicas da doença de Crohn. Alguns exames de sangue também são fundamentais para determinar anemia por deficiência de ferro, proteínas da fase reativa ligadas ao processo inflamatório e se há albumina suficiente para evitar a desnutrição. Se todos esses exames não bastarem para esclarecer o diagnóstico e houver séria suspeita de que o paciente tem doença de Crohn, pode-se realizar uma intervenção cirúrgica para olhar diretamente a região afetada.

1. gânglios mesetéricos aumentados
2. estreitamento (estenose) do intestino secundário ao processo inflamatório
3. lesões aftóides (como aftas) na superfície do intestino delgado.

Crédito: Dr. João Caetano D. Marchesini possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1987) e mestrado em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Universidade Federal do Paraná (1995). Membro Titular do Colégio Brasileiro dos Cirurgiões, da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Tem larga experiência em cirurgia videolaparoscópica, com ênfase em Cirurgia Bariátrica e Metabólica.
Fonte: Gastronet – Doença de Crohn (www.gastronet.com.br)

Colite ulcerativa

É uma doença inflamatória crônica do intestino, porém, restringindo-se ao cólon. Quando a doença está ativa (em crise), a mucosa intestinal torna-se maciçamente infiltrada por células inflamatórias e é afetada por micro-úlceras. Seus sintomas são comuns aos de inúmeras outras moléstias do aparelho digestivo. Por isso, seu diagnóstico costuma ser tardio, o que pode causar complicações graves.

As lesões da colite ulcerativa são contínuas, mas podem estar limitadas a certos segmentos do intestino grosso. Conforme a região em que aparecem, recebem denominações especiais: proctite (final do reto), retossigmóide (reto e sigmóide), hemicolite esquerda (parte esquerda do intestino) e colite universal ou pancolite, que pega todo o intestino grosso. Dependendo da extensão e das características da doença, o quadro pode ser mais ou menos grave. Será menos exuberante, se as feridinhas forem pequenas e superficiais. Quando as úlceras são grandes e, às vezes, confluentes, isto é, uma ferida se junta com a outra, podem provocar mais sangramento e a simples presença desses ferimentos irrita a mucosa intestinal e acelera o intestino, causando diarreia.

No que diz respeito aos progressos efetuados no campo do

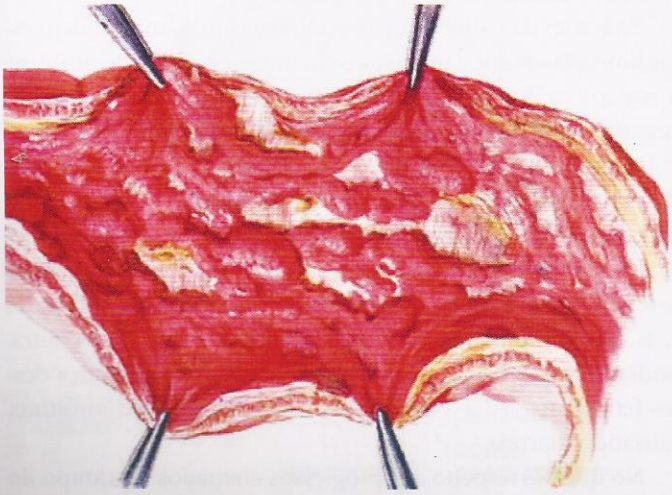
diagnóstico e da evolução clínica da colite ulcerativa, os mais importantes sintomas para o diagnóstico são: diarreia (mais de 6 evacuações por dia), sangue e muco nas fezes, presença de úlceras, alterações inflamatórias contínuas e sangramento de contato ao exame endoscópico, cólicas abdominais, perda de peso e febres.

Depois de comer normalmente tem-se vontade de evacuar, porque o intestino se movimenta após a refeição, mas é um reflexo simples, tênue. Nos indivíduos com colite, esse reflexo é intenso e ele tem urgência de ir ao banheiro. Desse modo, acabam emagrecendo tanto pela doença em si, que provoca diarreia e sangramento, quanto pela dificuldade em alimentar-se adequadamente.

Basicamente, o diagnóstico é feito por via endoscópica no consultório se o médico dispuser do aparelho de retossigmoidoscopia. Esse exame consiste na introdução de um tubo rígido de 30 a 40 cm no reto que permite definir a presença ou não de colite. Para realizá-lo, não há necessidade de preparo, mas se a pessoa fizer uma pequena lavagem antes, melhor.

Apesar de no Brasil, quase 100% das colites ulcerativas acometerem o reto, para saber a real extensão do processo inflamatório é obrigatório recorrer à colonoscopia, exame mais sofisticado, feito sob sedação e que necessita de preparo. Utilizando um tubo flexível, consegue-se ver todo o intestino grosso, até sua junção com o íleo terminal do intestino delgado.

Existem também testes que ajudam a mensurar a atividade e confirmar a presença da doença. O exame de sangue revela se a pessoa está com anemia e deficiência de ferro por causa do sangramento ou, ainda, com deficiência de albumina, uma proteína essencial à formação dos tecidos, que se perde como consequência da ferida no intestino e da produção intensa de muco. Da mesma forma, ajudam os exames de hemossedimentação e proteína C-reativa que se alteram muito nos processos inflamatórios. Além disso, atualmente, está sendo usado um marcador sorológico chamado ANCA, para auxiliar a estabelecer o diagnóstico diferencial, nos casos em que surja alguma dúvida.



A colite ulcerativa é uma doença que pode ter manifestações extra-intestinais. As mais comuns são as articulares (dor nas juntas, artralgias, artrites), mas podem ocorrer também manifestações dermatológicas, como o eritema nodoso (nódulos vermelhos principalmente nas pernas, mas às vezes nos braços, que são muito doloridos) e o pioderma gangrenoso, feridas que começam brancas e depois vão ficando pretas, com infecção e pus, bastante dolorosas, que causam cicatrizes e exigem tratamento enérgico. A colite pode provocar, ainda, alterações oculares como esclerites e uveítes e complicações no fígado, que felizmente são raras.

Crédito: Dr. Flavio Steinwurz é médico gastroenterologista, presidente da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD), diretor do Departamento de Gastroenterologia da Associação Paulista de Medicina e integrante do corpo clínico do Hospital Albert Einstein

Síndrome do Intestino Irritável

A síndrome do intestino irritável (SII) é uma condição clínica muito comum em todo o mundo. Ela não se define como doença, com base em alterações estruturais ou bioquímicas, mas sim num distúrbio caracterizado por sua sintomatologia sendo, atualmente, considerada uma condição que afeta um grande número de pacientes.

Estudos de prevalência realizados nos Estados Unidos estimam que entre 10% a 15% da população apresenta sintomas da síndrome, com predomínio nas mulheres. No Brasil, de acordo com levantamento realizado pela Associação Brasileira para o Estudo da Síndrome do Intestino Irritável (AbeSII), observou-se a prevalência de SII semelhante à da população mundial, cerca de 12%. Porém, como o Brasil é um país com dimensões continentais e com diferentes condições socioeconômicas, esse distúrbio de funcionamento pode apresentar características regionais, acreditando-se ser pouco mais comum em classes sociais mais favorecidas, talvez até pela disponibilidade de procura médica.

Muita gente se queixa de problemas intestinais. São cólicas intermitentes, gases que provocam distensão do abdome, crises alternadas de prisão de ventre e diarreia, sensação de que o intestino não foi esvaziado completamente com a evacuação. O diagnóstico da SII é de fundamental importância para excluir a possibilidade de moléstias graves.

Os sintomas da SII são dores abdominais, mudanças dos hábitos intestinais, inchaço, distensão e desordens intestinais. No entanto, a causa não é conhecida clinicamente. "A síndrome é definida como um problema gastrintestinal crônico, periódico ou em episódios, caracterizado por dor abdominal, inchaço e mudanças no funcionamento habitual do intestino. Acredita-se que a SII envolva um desequilíbrio entre o intestino e o cérebro, afetando o modo como o sistema digestivo normalmente deveria trabalhar", explica o Dr. Jaime Natan Eisig, presidente da Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG).

O melhor critério para ajudar os médicos nos diagnósticos e, assim, tratarem melhor os pacientes de SII, é o Critério de Roma III, estabelecido por consenso em uma conferência na capital italiana em 2006, que classifica as doenças funcionais por meio de alterações nos órgãos do sistema digestivo (www.romecriteria.org).

"Devem ser evitados alimentos que irritem os intestinos, como condimentos picantes e produtos com excesso de conservantes. Como o sal grosso tem efeito osmótico e aumenta muito o fluxo de água para dentro dos intestinos, favorecendo a irritação intestinal, está na lista do que deve ser evitado. Da mesma forma, desaconselha-se a ingestão excessiva de açúcar, principalmente de doces muito concentrados, como brigadeiro, quindim e leite condensado.", exemplificou o Dr. Flavio Steinwurz, presidente da ABCD.

Crédito: Ketchum Estratégia e Dr. Flavio Steinwurz: médico gastroenterologista, presidente da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD), diretor do Departamento de Gastroenterologia da Associação Paulista de Medicina e integrante do corpo clínico do Hospital Albert Einstein

Doença Celíaca

Ainda pouco conhecida, seus sintomas podem se confundir com outros distúrbios. Trata-se da intolerância permanente ao glúten. A Doença Celíaca geralmente se manifesta na infância, entre o primeiro e terceiro ano de vida, podendo, entretanto, surgir em qualquer idade, inclusive na adulta.

O tratamento da doença consiste em uma dieta totalmente isenta de glúten. Seus portadores não podem ingerir alimentos como: pães, bolos, bolachas, macarrão, coxinhas, quibes, pizzas, cervejas, whisky, vodka, etc., quando estes alimentos possuírem o glúten em sua composição ou processo de fabricação.

Devido à exclusão total de alguns alimentos ricos em carboidratos e fibras, a dieta do celíaco habitualmente é composta em sua maior parte de gorduras (margarina, manteigas, óleos, etc.) e proteínas (carne em geral) e em menor parte de carboidratos (massas sem glúten, açúcares, etc.).

Todo celíaco que não transgride a doença tende a ter um aumento do peso corporal, e desta forma deve ter uma dieta equilibrada. Para tanto, deve diminuir a ingestão de proteínas, moderar o consumo de gorduras e aumentar o consumo de frutas, sucos naturais, verduras e legumes, tornando sua alimentação mais adequada e saudável.

Em crianças o quadro clássico é representado pela diarreia crônica, distensão abdominal e desnutrição. Entretanto, outros sintomas também podem estar presentes, como a dor abdominal, vômitos, constipação intestinal (prisão de ventre), irritabilidade, anorexia, baixa estatura, entre outros. A pessoa celíaca poderá apresentar apenas um sintoma, ou um conjunto de vários, que desaparecerão com o cumprimento da dieta isenta do glúten.

Podem existir algumas doenças associadas, como o diabetes mellitus, hipotireoidismo, doenças auto-imunes, anemia ferropriva, intolerância à lactose, deficiência da imunoglobulina A e dermatite herpetiforme.

Após suspeita clínica, podem ser realizados exames laboratoriais, como anticorpo antigliadina, anticorpo anti-endomísio e anti-transglutaminase, entretanto, o diagnóstico somente poderá ser confirmado por meio da biópsia do intestino delgado que é de fundamental importância.

Por meio da mesma é evidenciada a atrofia vilositária e a infiltração de linfócitos intra-epiteliais.

Após período sem ingerir glúten, uma nova biópsia deverá ser realizada, sendo demonstrada a normalização da mucosa intestinal, confirmando definitivamente o diagnóstico da Doença Celíaca.

A ingestão de alimentos com glúten, ou seja, trigo, aveia, centeio e cevada, provoca lesão no intestino delgado, impedindo a adequada absorção dos alimentos, além de desencadear ou manter os sintomas da doença.

A dieta sem glúten é o único tratamento possível para a doença. O paciente celíaco que continuar ingerindo alimentos com glúten apresenta maior risco de desenvolver outras doenças, como a da tireóide, fígado, rins, pele e até câncer.

O glúten é a principal proteína presente nos alimentos citados, inclusive no malte (sub-produto da cevada), cereais amplamente utilizados na composição de alimentos, medicamentos, bebidas industrializadas, assim como cosméticos e outros produtos não ingeríveis.

Na verdade, o prejudicial e tóxico ao intestino do paciente intolerante ao glúten são "partes do glúten", que recebem nomes diferentes para cada cereal. No trigo é a Gliadina, na cevada é a Hordeína, na aveia é a Avenina e no centeio é a Secalina.

O malte, muito questionado, é um produto da fermentação da cevada, portanto apresenta também uma fração de glúten. Os produtos que contenham malte, xarope de malte ou extrato de malte não devem ser consumidos pelos celíacos. O glúten não desaparece quando os alimentos são assados ou cozidos, e por isto uma dieta deve ser seguida à risca. Ele agride e danifica as vilosidades do intestino delgado e prejudica a absorção dos alimentos.

O exame que permite verificar essas vilosidades é a biópsia, feita através de endoscopia.

Fonte: ACELBRA – Associação dos Celíacos do Brasil

Vilosidades intestinais atrofiadas devido à dieta com glúten

Informações Científicas

Glúten é uma substância albuminóide, insolúvel em água que, junto com o amido e outros compostos, se encontra na farinha de trigo, centeio, cevada e aveia. Constitui, portanto, a massa coesiva que a doença por sensibilidade ao glúten pode ser definida como um estado de resposta imunológica, tanto celular como humoral, ao glúten dos cereais citados. A intolerância ao glúten é permanente. A Doença Celíaca é a forma mais frequente desta apresentação.

Acomete indivíduos de qualquer idade e de ambos os sexos, predominando o feminino, tanto em séries pediátricas como de adultos. É classicamente descrita em indivíduos de raça branca, ocorrendo, com maior frequência, nos países anglo-saxônicos e nórdicos. Entretanto, pode ser considerada de distribuição mundial, pois tem sido relatada em nativos de diversos países (Brasil: 1/685 as 1/214).

O aumento da incidência da Doença Celíaca nos últimos anos pode ser explicado pela possibilidade de exames sorológicos com a determinação de anticorpos e pela facilidade das biópsias através de exames endoscópicos nos pacientes positivos ou com alterações macroscópicas detectadas durante a endoscopia.

Fatores genéticos estão envolvidos na patogênese da Doença Celíaca. A doença é familial, pois a lesão característica da mucosa entérica ocorre de 5 a 20% nos familiares de primeiro grau dos pacientes, mesmo que os sintomas sejam mínimos ou inexistentes; há cerca de 70% de concordância em gêmeos homozigóticos. Em amplos estudos de pacientes celíacos se encontrou, em mais de 90%, a presença de HLA DQ2 e DQ8. Os linfócitos intra-epiteliais (LIE), considerados também como marcadores genéticos, são células T que se localizam por fora da membrana basal, entre as células epiteliais.

O quadro clínico na Doença Celíaca varia muito, dependendo da gravidade e extensão das lesões, bem como da idade do paciente. Podem-se encontrar desde sinais e sintomas de má absorção de apenas um nutriente (anemia, por exemplo); ou pandisabsorção, com repercussões graves à nutrição do indivíduo e ameaça à sua vida. Os médicos devem lembrar deste diagnóstico ao atenderem pacientes com dispepsia e/ou síndrome do intestino irritável; ou os especialistas em outras doenças autoimunes.

Em adolescentes e adultos, o diagnóstico diferencial é feito com outras causas de má absorção intestinal, como doença de Whipple, deficiência imunológica comum variável, gastroenterocolopatia eosinofílica, doença de Crohn, síndrome da imunodeficiência adquirida, linfomas.

A concomitância de Doença Celíaca com retocolite ulcerativa é esporadicamente descrita e poucos trabalhos mostram associação com a doença de Crohn no mesmo paciente.

O diagnóstico da Doença Celíaca é feito pela associação de testes sorológicos positivos (antiendomísio e/ou anti-transglutaminase tecidual) e dados histológicos de biópsias do intestino delgado (atrofia parcial ou total das vilosidades, hiperplasia de criptas e aumento do número dos linfócitos intraepiteliais).

É a exclusão do glúten tóxico da dieta e reposições de vitaminas ou sais minerais, quando pertinentes. O prognóstico é excelente, com desaparecimento dos sintomas e retorno ao estado nutricional adequado. Os pacientes devem ser monitorados para o aparecimento de outras doenças autoimunes, principalmente tireoidopatias e diabetes e, a longo prazo, vigiados quanto ao desenvolvimento de linfomas.

Crédito: Dra. Lorete Maria da Silva Kotze, Fellow do American College of Gastroenterology; Doutora em Gastroenterologia; Professora Adjunta da UFPR (aposentada) e da PUCPR; Professora do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da PUCPR; Títulos de Especialista em Gastroenterologia, Gastroenterologia Pediátrica e Clínica Médica; Membro do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da PUCPR; Membro Titular da Academia Paranaense de Medicina

Intolerância à lactose

É a incapacidade de digerir a lactose, resultado da deficiência ou ausência da enzima intestinal chamada lactase. Esta enzima possibilita decompor o açúcar do leite em carboidratos mais simples, para a sua melhor absorção. Este problema ocorre em 25% dos brasileiros.

Há três tipos de intolerância à lactose, que são decorrentes de diferentes processos. São eles: deficiência congênita da enzima; diminuição enzimática secundária a doenças intestinais; e deficiência primária ou ontogenética.

O primeiro tipo é um defeito genético muito raro, no qual a criança nasce sem a capacidade de produzir lactase. Como o leite materno possui lactose, a criança é acometida logo após o nascimento.

O segundo tipo é bastante comum em crianças no primeiro ano de vida e ocorre devido à diarreia persistente, pois há morte das células da mucosa intestinal (produtoras de lactase). Assim, o indivíduo fica com deficiência temporária de lactase até que estas células sejam repostas.

Estatisticamente, o terceiro tipo é o mais comum na população. Com o avançar da idade, existe a tendência natural à diminuição da produção da lactase. Esse fato é mais evidente em algumas raças como a negra (até 80% dos adultos têm deficiência) e menos comum em outras, como a branca (20% dos adultos).

Devido a essa deficiência, a lactose não digerida continua dentro do intestino e chega ao intestino grosso, onde é fermentada por bactérias, produzindo ácido láctico e gases (gás carbônico e o hidrogênio, usado nos testes de determinação de intolerância à lactose). A presença de lactose e destes compostos nas fezes no intestino grosso aumenta a pressão

osmótica (retenção de água no intestino), causando diarreia ácida e gasosa, flatulência excessiva (excesso de gases), cólicas e aumento do volume abdominal.

Os sintomas mais comuns são náusea, dores abdominais, diarreia ácida e abundante, gases e desconforto. A severidade dos sintomas depende da quantidade ingerida e da quantidade de lactose que cada pessoa pode tolerar. Em muitos casos pode ocorrer somente dor e/ou distensão abdominal, sem diarreia. Os sintomas podem levar de alguns minutos até muitas horas para aparecer. A peristaltase, ou seja, o movimento muscular que empurra o alimento ao longo do estômago pode influenciar o tempo para o aparecimento dos sintomas. Apesar dos problemas não serem perigosos, eles podem ser bastante desconfortáveis.

Alimentos Proibidos

- Leite de vaca, queijos, manteiga, requeijão e demais derivados de leite;
- Preparações à base de leite (bolo, pudins, cremes, entre outros...);
- Bolachas, biscoitos que possuem leite em sua composição.

Alimentos Permitidos

- Carnes em geral;
- Margarina, geléias;
- Todas as leguminosas (feijão, vagem, lentilha...);
- Arroz e cereais em geral;
- Todas as verduras e legumes;
- Leite de soja e de arroz, queijo tipo tofu;
- Pães e bolachas que não contenham leite em sua composição.

Fonte: Dras. Cláudia Igutti Suenaga, Erica Rosanna Siu, Lucia Megumi Kato e Mariana Kiomy Osako - Biomédicas formadas pela Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

O papel da nutrição na abordagem de doenças intestinais

Fazer uma síntese da importância da nutrição na abordagem das doenças intestinais é no mínimo temerário. O que tentamos apresentar ao leitor da revista ABCD em Foco, nas próximas linhas são algumas reflexões de início de abordagem. Elas não se destinam como conduta, e muito menos orientação particularizada. Somos da opinião que médicos e nutricionistas devem examinar cada paciente em sua individualidade e organizar sua terapia nutricional de acordo com as particularidades presentes.

O único tratamento para a doença celíaca é consumir permanentemente uma dieta livre de glúten, em geral, orientada por um nutricionista. Seguir a dieta sem glúten interrompe os sintomas, cicatriza a mucosa intestinal lesada, e evita lesão progressiva, já desde o início da dietoterapia. O intestino delgado cicatriza em 3 a 6 meses em crianças, mas pode levar anos em adultos. Alguns pacientes não melhoram mesmo com a dieta livre de glúten, o que pode ser consumo de glúten contaminante em alimentos ou, mais raramente, presença de doença celíaca refratária ao tratamento.

Uma dieta sem glúten significa não comer trigo, centeio, cevada, e os produtos feitos com esses grãos como macarrão, cereais e alimentos processados. Os portadores de doença celíaca podem comer batata, arroz, soja, quinoa ao invés de farinha de trigo. Existe hoje disponível no Brasil uma variedade grande de produtos comercialmente disponíveis livres de glúten e de alta qualidade.

Infelizmente para as doenças inflamatórias do cólon, até o momento não se pode recomendar uma dieta especial. Para a doença de Crohn e retocolite ulcerativa se orienta a busca de um plano alimentar individualizado baseado em tentativas e erros. Recomenda-se evitar a ingestão de alimentos ricos em fibras, gorduras e frituras, leite e seus derivados. Frutas e vegetais crus e com sementes também devem ser evitadas assim como álcool.

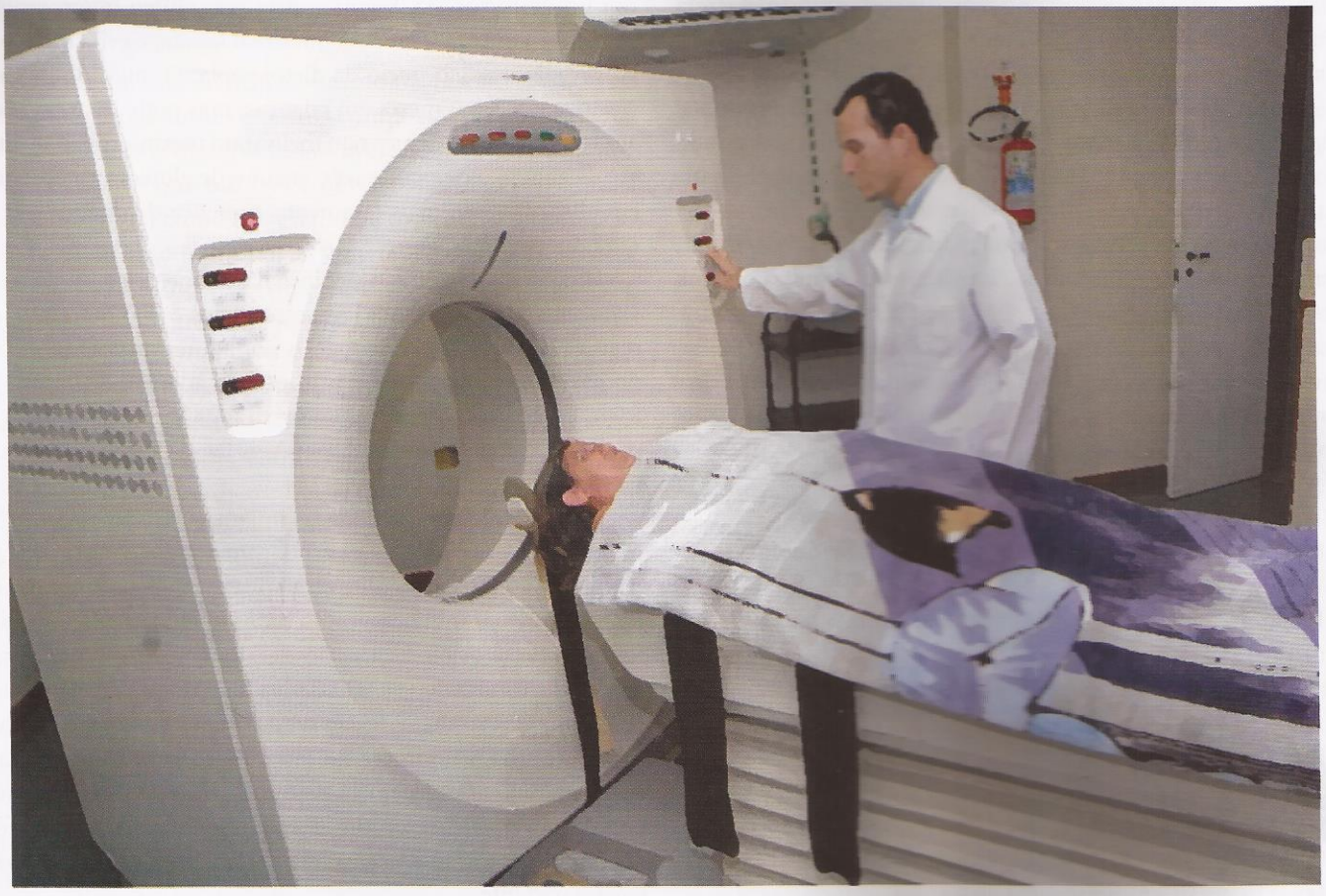
Em relação à síndrome do intestino irritável (SII) tampouco existe uma abordagem nutricional universal. Uma possível abordagem é valer-se de um diário alimentar para identificar alguns alimentos capazes de deflagrar a sintomatologia ou proteger o paciente.

Alguns pacientes podem se beneficiar ao fracionar a tomada de alimentos ao longo do dia, outros ao reduzir o consumo de gorduras e aumentar a ingestão de carboidratos como pães de cereais integrais, macarrão, arroz, frutas, vegetais e cereais. Existem alguns alimentos que podem deflagrar as crises de SII como álcool, adoçantes artificiais, bebidas carbonatadas, leite de coco, café (mesmo descafeínado), laticínios, frituras, pele de aves e carne escura, carne vermelha, chocolate, entre outros. Para muitos doentes a queixa é excesso de flatulência. Neste caso recomenda-se evitar alguns alimentos particularmente associados à produção de gases intestinais como bananas, feijões, brócolis, couve de Bruxelas, repolho, couve-flor, alho, nozes, cebola, passas. Outros enfermos têm maior sensibilidade a alimentos contendo sorbitol, frutose, lactose ou germe de trigo.

O consumo de fibras, particularmente as solúveis, pode ser benéfico para alguns pacientes, embora no início de seu consumo possam aumentar os gases e borborigmos. Alguns alimentos são boas fontes de fibras solúveis como a cevada, figos, ervilhas frescas, farelo de aveia, ameixas, passas, arroz. Recentemente o consumo de probióticos se associou a melhora do placar de sintomatologia de SII.

Crédito: Dan L. Waitzberg, Professor Associado Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP e Diretor do Ganep - Nutrição Humana

Imagens da Doença de Crohn e Colite Ulcerativa: www.gastronet.com.br



Você sabe o que é enterografia por TC?

Preparamos para o leitor da revista ABCD em Foco uma conversa com o Prof. Dr. Dario Ariel Tiferes; Doutor em Radiologia Clínica pela Escola Paulista de Medicina (EPM-UNIFESP), Médico do departamento de Diagnóstico por Imagem da EPM-UNIFESP é do Setor de Radiologia Abdominal no Fleury - Centro de Medicina Diagnóstica. Prepare-se para conhecer um dos exames mais modernos que existe atualmente para a realização do diagnóstico e da avaliação de todo o abdome, incluindo o intestino, chamado enterografia por tomografia computadorizada.

Quais são os exames de imagem mais frequentemente empregados em pacientes com doenças inflamatórias intestinais?

R: As principais doenças inflamatórias intestinais estudadas na rotina radiológica são a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU). Tradicionalmente o estudo radiológico do intestino delgado nestes pacientes é feito pelo exame conhecido por trânsito intestinal, que é um exame de RX, onde o paciente ingere um meio de contraste com bário e é avaliada a morfologia das alças delgadas através de radiografias seriadas. Nesta situação, o radiologista deve avaliar se há alterações nas alças, como irregularidades da mucosa (revestimento interno das alças), estreitamentos, dilatações, entre outras. O tempo do exame é variável, pois é necessário esperar que o meio de contraste chegue ao intestino grosso, podendo variar, em média, de uma a três horas. O exame de trânsito intestinal é bastante disponível nos centros de radiologia e grandes hospitais e uma das suas vantagens é o seu menor custo.

Que avanços foram implementados com o auxílio da tecnologia, em se tratando da área abdominal?

R: A tecnologia trouxe novos exames de tomografia computadorizada (TC) e de ressonância magnética (RM) para o estudo do intestino delgado. São eles; a enterografia por tomografia computadorizada quando utilizamos a TC ou enterografia por ressonância magnética quando se usa a RM. Esses exames estão sendo cada vez mais empregados. Em alguns grandes centros americanos, por exemplo, a enterografia por TC tem substituído o trânsito intestinal para avaliação de pacientes com doença de Crohn. No Fleury temos empregado cada vez mais este novo método.

Quais são as principais vantagens da enterografia por TC na avaliação do intestino delgado?

R: Uma das principais características deste exame é o de permitir uma avaliação de toda a parede do intestino delgado e mapear alças espessadas por um processo inflamatório ou por um processo de fibrose. Além da avaliação das alças intestinais delgadas propriamente ditas, é possível estudar os tecidos que envolvem as alças delgadas e que muitas vezes podem estar alterados em casos de doença inflamatória. Ainda, por se tratar de um estudo tomográfico, tem-se uma avaliação geral de toda a cavidade e dos outros órgãos do abdome.

Como é feito o exame de enterografia por TC?

R: A enterografia por TC é um exame semelhante a qualquer outra tomografia, como por exemplo, uma tomografia de abdome ou pelve. A diferença está no tipo de aquisição das imagens e na manipulação destas para estudar melhor o intestino delgado. Existem dois pontos importantes para se obter uma enterografia de boa qualidade. Primeiro, é imprescindível a utilização de meio de contraste por via intravenosa, que é útil para identificar as alças intestinais que apresentam inflamação. Segundo, é muito importante que as alças delgadas estejam distendidas com líquido durante o exame, para permitir o melhor estudo das suas paredes. Para isto, o paciente deve ingerir uma grande quantidade de líquido, cerca de 30 a 60 minutos antes do exame. Este líquido pode ser simplesmente água, ou água misturada a alguma outra substância como manitol, sorbitol ou polietilenoglicol. Quando se misturam algumas destas substâncias à água, ela é reabsorvida mais lentamente pelo intestino e, em teoria, existe uma melhor distensão das alças. O principal contraponto é que estas substâncias costumam causar quadros de diarreia após o exame. Do ponto de vista prático, a utilização de água pura determina resultados semelhantes na distensão das alças, desde que ela seja ingerida em um volume maior. As principais vantagens são a melhor aceitação por parte dos pacientes e a não ocorrência de diarreia como efeito colateral. No Fleury, tenho utilizado apenas água pura na maioria dos casos, sendo que os pacientes precisam tomar ao redor de 1,5L em cerca de 40 minutos, imediatamente antes de fazer a tomografia.

Para fazer este exame o gastroenterologista necessita estar presente?

R: Não. Este é um exame radiológico cujo responsável pela execução e pela análise é o especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. No entanto, é muito importante que exista uma grande interação entre o radiologista e os médicos gastroenterologistas que solicitam este exame, pois é indispensável fazer uma correlação dos achados de imagem com os dados clínicos do paciente, com o intuito de melhor entender as diferentes alterações tomográficas que podem ser encontradas em pacientes com doenças inflamatórias intestinais.

Renata Donaduzzi
Editora da revista ABCD em Foco

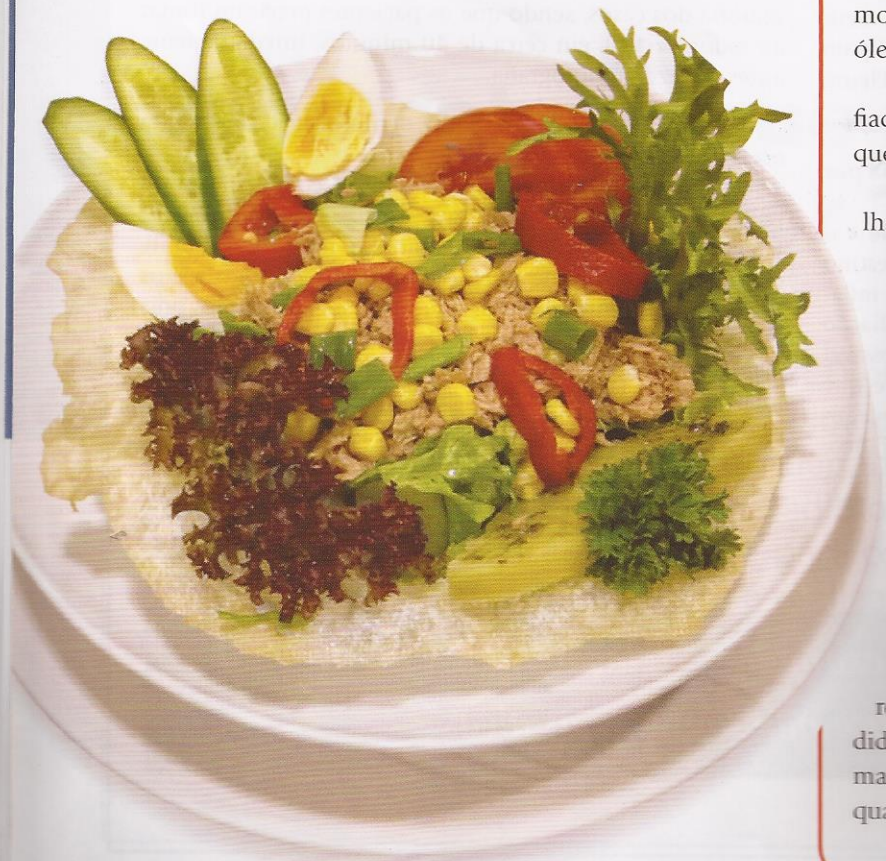
"A principal vantagem desse exame com relação ao RX de trânsito intestinal é que você não sobrepõe as alças"

Substituir os alimentos que são contra-indicados para quem tem DII. É possível?

A alimentação dos pacientes com DII deve ser o mais adequada possível para que não seja mais um fator que venha contribuir para o desenvolvimento e progressão da desnutrição e demais complicações comumente relacionadas com a doença.

A alimentação deve ser a mais individualizada possível, adequando às necessidades nutricionais, levando em consideração a capacidade digestiva e absortiva, além de avaliar as intolerâncias e preferências. Para alguns pacientes, recomendamos evitar a lactose (açúcar do leite), sacarose (açúcar) e as fibras na dieta.

O grande questionamento: é possível substituir os alimentos que são contra-indicados para quem tem DII? A resposta é sim. Talvez, a maior dificuldade seja na alimentação fora de casa. Hoje existem vários restaurantes e fast-food, que como característica fornecem refeições rápidas, porém nem sempre com pouca gordura e frituras.



Para se ter garantia de que vai fazer uma alimentação fora de casa e esta não traga problemas, siga algumas dicas:

- Evite as verduras folhosas, dê preferência aos legumes cozidos e sauté;
- Evite alimentos com molhos, gordurosos e frituras; alimentos grelhados, refogados e assados não trarão problemas; na churrascaria, as carnes com gorduras expostas devem ser evitadas e/ou retiradas, as saladas, somente de legumes;
- Cuidado com as bebidas; os refrigerantes têm grande quantidade de açúcar e gás; dê preferência aos sucos naturais (não laxantes: maçã, limão, goiaba e caju), chá gelado, água de coco e água;
- Massas podem e devem ser ingeridas; atenção aos molhos, prefira os molhos ao sugo, na manteiga, alho e óleo ou a bolonhesa. Cuidado com queijos e cremes;
- Pizza: evite o queijo, prefira de atum e frango desfiado; se faz uso de lactaid, pode ingerir a pizza com queijo, porém, não abuse;
- Lanches: sem queijo e sem maionese; carnes grelhadas, atum, ovo, frios de peru;
- Sobremesas: sorvete de frutas, gelatina, frutas que não são laxantes.

Os suplementos nutricionais podem ser recomendados, associados a uma dieta balanceada, rica em proteínas e calorias, para prevenir e/ou recuperar o peso e ajudar a repor as perdas de vitaminas e minerais, em alguns casos. São muito utilizados nos intervalos das refeições, garantindo um bom aporte protéico e calórico.

Pode-se concluir que, a alimentação tem papel primordial para pacientes portadores de DII, com o intuito de restaurar as deficiências nutricionais, recuperar e/ou manter o peso corpóreo e instituir medidas coadjuvantes com a terapia medicamentosa para manutenção da remissão da doença e garantir uma boa qualidade de vida para todos os portadores.

Exemplo de Cardápio:

Desjejum:

- Leite de soja, leite isento de lactose ou chá variados;
- Pães salgados sem fibras e grãos, pães doces sem recheio, torradas ou bolachas sem recheio e sem fibras;
- Geléia de frutas e/ou margarina;
- Queijo branco, ricota, requeijão light (se não tiver muita intolerância à lactose);
- Frutas (pêra, maçã, banana);

Meio da Manhã:

- Fruta (maçã, pêra ou banana) ou suco de fruta não laxativo;
- Bolachas ou torradas;
- Geléia de frutas e/ou margarina;
- Suplemento nutricional;

Almoço:

- Arroz cozido;
- Macarrão com molho leve (tomate: sem a pele e sem a semente; com margarina; ou alho e óleo, ou a bolonhesa);
- Carne: bovina, aves ou peixe, grelhada, assada ou refogada (não frita);
- Legumes refogados: chuchu, cenoura, abobrinha, mandioca, mandioquinha, batata, cará ou inhame;
- Fruta: (maçã, pêra ou banana), gelatina ou pudim preparado com leite sem lactose;

Lanche da tarde:

- Bolachas, torradas ou pães;
- Chá, suco ou leite sem lactose;
- Geléia de frutas e/ou margarina;
- Fruta: (maçã, pêra ou banana) ou gelatina
- Suplemento nutricional;

Jantar:

- Sopas sem verduras e grãos;
- Carne: bovina, aves ou peixe, grelhada, assada ou refogada (não frita);
- Legumes refogados: chuchu, cenoura, abobrinha, mandioca, mandioquinha, batata, cará ou inhame;
- Fruta: (maçã, pêra ou banana), gelatina ou pudim preparado com leite sem lactose;

Ceia:

- Chá de ervas;
- Bolachas;
- Geléia de frutas e/ou margarina;
- Suplemento nutricional;

Recomendações:

- Coma devagar e mastigue bem;
- Faça pequenas refeições e várias vezes ao dia;
- Relaxe, procure evitar a ansiedade no horário das refeições;
- Procure fazer pequenas caminhadas;
- Introduza suco de maçã, ou de soja que não laxantes;
- Coma sem culpa.

Dra. Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos
Nutricionista e 2ª Tesoureira da ABCD

Atividades em 2009

Em São Paulo alguns dos eventos promovidos pela ABCD já estão mais do que agendados:

12 de Setembro - São Paulo/SP

Encontro de Portadores e Familiares / DII – Doenças Inflamatórias Intestinais. Inscrições abertas

13 de Setembro - Parque do Ibirapuera - São Paulo/SP

IV Caminhada para o Crohn e Colite, evento que acontece, tradicionalmente, no Parque do Ibirapuera. Inscrições abertas

06 e 07 de Novembro - São Paulo/SP

V Simpósio Internacional de Atualização em Doença Inflamatória Intestinal.
Estimativa de Público: 200 médicos
Coordenação: Dr. Flavio Steinwurz
Convidados Internacionais: Drs. Simon Travis e David Rubin

Participe, pois você só tem a ganhar

A Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD) lembra a todos os interessados que as inscrições estão abertas para o Encontro de Portadores e Familiares/ DII – Doenças Inflamatórias Intestinais que acontecerá no dia 12 de setembro de 2009, sábado, às 08h30, no Auditório da Associação Paulista de Medicina (APM) e para a IV Caminhada para o Crohn e Colite a ser realizada em 13 de setembro de 2009, domingo, às 09h00, no Parque do Ibirapuera, em São Paulo (SP).

O encontro do ano passado reuniu mais de 80 pessoas no Auditório principal da Associação Paulista de Medicina (APM), em São Paulo (SP). Vamos aumentar esse número com a sua participação. Mais informações: (11) 3064-2992.

Nova Enquete

Para chegar ao diagnóstico da DII quantos profissionais da saúde você procurou?

Um 22.51% (77)

Dois 16.96% (58)

Mais de Dois 60.53% (207)

Total: 342 votos

Fonte: Site da Comunidade Virtual das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII)
http://cvdii.bireme.br/tiki-view_articles.php

Védica

extrato seco

Boswellia serrata Roxb.

Ação anti-inflamatória específica nas DIIs[1,2,3]

- **Indicações:**
  Doenças Inflamatórias Intestinais, particularmente Colite Ulcerativa e Doença de Crohn.

- **Apresentação:**
  Caixa com 60 comprimidos

- **Posologia:**
  1 comprimido 3 vezes ao dia, por pelo menos 6 semanas.

VÉDICA – *Boswellia serrata* Roxb. ex Colebr - Burseraceae. **Extrato seco 350 mg. FORMA FARMACÊUTICA, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E APRESENTAÇÕES: USO ORAL**. Comprimidos revestidos de 350 mg. Caixas com 60 comprimidos. **USO ADULTO. COMPOSIÇÃO:** Cada comprimido revestido contém: 350 mg. Extrato seco de *Boswellia serrata* 350 mg. Excipientes* qsp 1 cpr. *Excipientes: Celulose microcristalina, polivinilpirrolidona, croscarmelose sódica, estearato de magnésio, hidroxipropilmetilcelulose, polietileno glicol, óxido de ferro amarelo e dióxido de titânio. **Correspondência em marcador:** 350 mg do extrato seco de *Boswellia* serrata correspondem a 3 mg de AKBA (Ácido 3 acetil-11-ceto-B-bosvélico). **Indicações:** O medicamento VÉDICA, extrato seco de *Boswellia serrata*, está indicado no tratamento de doenças inflamatórias intestinais, particularmente da colite ulcerativa e doença de Crohn. **Indicações Complementares:** Secundariamente o produto VÉDICA (extrato seco de *Boswellia serrata*) também pode ser recomendado no tratamento de osteoartrite e artrite reumatóide. **Contra-indicações:** O produto VÉDICA (extrato seco de *Boswellia serrata*) é contra-indicado nos casos de hipersensibilidade a *Boswellia serrata* ou aos componentes da formulação do produto. **Posologia:** O produto VÉDICA é apresentado na forma de comprimidos revestidos de 350mg. VÉDICA deve ser ingerido depois das refeições, preferencialmente com algum alimento gorduroso, e a via de administração proposta é a via oral, com o auxílio de quantidade suficiente de líquido. **Adultos:** A posologia recomendada de extrato seco de *Boswellia serrata* 350 mg é de um comprimido três vezes ao dia, por pelo menos seis semanas. **Advertências:** Em pacientes com gastrite ou doença de refluxo gastroesofágico pré-existente o uso de extratos de *Boswellia serrata* deve ser cuidadoso, pois refluxo e dor epigástrica têm sido associados com o uso do produto. **Gravidez:** A goma-resina de *Boswellia serrata* tem sido reportada em literaturas tradicionais como tendo atividade emenagoga, podendo interferir na gestação. Assim, deve-se evitar o uso durante a gravidez e lactação sem acompanhamento e consentimento do médico responsável. **Amamentação:** Não existem informações disponíveis sobre a utilização deste produto por pacientes grávidas ou que estejam amamentando. Segundo estudos, o óleo essencial especificamente não deve ser administrado durante a gravidez nem na lactação. **Interações medicamentosas:** Por apresentar o mesmo mecanismo de ação, VÉDICA pode potencializar a ação de outros inibidores de leucotrienos, como produtos à base da espécie antiinflamatória *Harpagophytum procumbens* ou dos fármacos zafirlukast e montelukast, que são utilizados no tratamento da asma. Podem também ocorrer interações medicamentosas de potencialização de efeitos entre o medicamento VÉDICA *(Boswellia serrata)* e agentes antineoplásicos, agentes redutores de lipídeos, medicamentos solúveis em gordura e de redução de efeitos entre VÉDICA *(Boswellia serrata)* e agentes antiinflamatórios não-esteroidais – inibidores de COX-2. **Interações com alimentos:** Verificou-se um aumento na meia-vida dos ácidos boswélicos nos pacientes tratados conjuntamente com dieta gordurosa. Esse aumento expressivo está associado à presença dos ácidos biliares, que devem promover o aumento da solubilidade e absorção dos ativos. Em pacientes em jejum os níveis foram bem menores, mesmo tornando indetectáveis dois dos triterpenos utilizados como marcadores do estudo. **Reações Adversas:** As manifestações obtidas dos estudos clínicos realizados com extratos da goma-resina, incluem efeitos gastrointestinais (ocorrência de queimação retroesternal, náuseas, flatulência abdominal, dor epigástrica, anorexia e dermatite - 6 de 34 pacientes que consumiram o produto) e efeitos sobre a pele (dermatite verificada em 3 de 42 pacientes com osteoartrite e 1 em 20 pacientes com artrite reumatóide, que receberam um medicamento misto com Boswellia e outros ingredientes). Ocorrência de dermatite foi relatada em 4 de 62 pacientes (6%) em dois estudos clínicos empregando uma combinação de *Boswellia serrata, Curcuma longa, Withania somnifera* e complexo de zinco. Embora o efeito da *Boswellia* isoladamente não seja claro, esta ocorrência pode ser real para esta droga. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Reg. MS nº 1.0118.0600. **APSEN FARMACÊUTICA S/A.**

Contra-indicações: O produto VÉDICA (*Boswellia serrata*) é contra-indicado nos casos de hipersensibilidade a *Boswellia serrata* ou aos componentes da formulação do produto. **Interações medicamentosas:** Por apresentar o mesmo mecanismo de ação, VÉDICA (*Boswellia serrata*) pode potencializar à ação de outros inibidores de leucotrienos, como produtos à base da espécie antiinflamatória *Harpagophytum procumbens*.

Referências Bibliográficas: **1.** Gupta I, Parihar A, Malhotra P, et al. Effects of Gum Resin of *Boswellia serrata* in patients with cronic colitis Planta Med 2001. 67:391-5. **2.** *Boswellia serrata* Alternative Medicine Review 1998 3(4): 306-7. **3.** Kiela PR, Midura AJ, Kuscuoglo N, et al. Effects of *Boswellia serrata* in mouse models of chemically induced colitis AM J Physiol Gastrointest Liver Physiol 2005 288: G798-808.

CENTRO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
0800 16 5678
LIGAÇÃO GRATUITA
infomed@apsen.com.br
www.apsen.com.br
APSEN

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Material destinado exclusivamente à Classe Médica

APSEN

wtpublicidade.com.br
wt.Jun/09

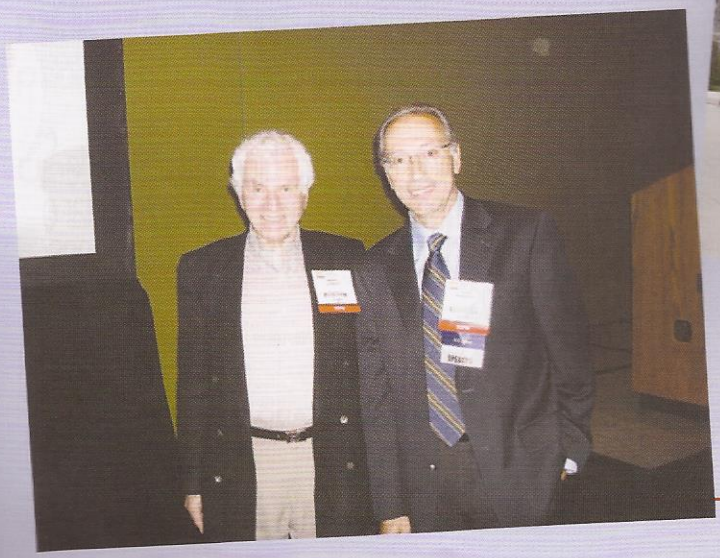
ABCD em Festa

Fotos: Divulgação

O DDW 2009, evento que reúne o maior número de especialistas na área do sistema digestivo do mundo, contou com um estande da CCFA, desta vez com layout renovado, mas com a presença dos tradicionais bons parceiros da ABCD: Marjorie Merrick, (sentada), Marie Granieri (nova Diretora Marketing) e Kimberly Frederick

Chicago

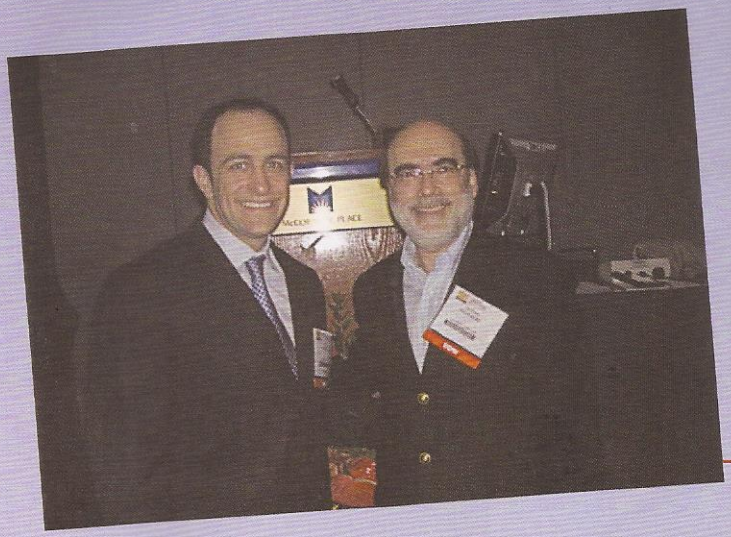
Paisagem em Chicago



Drs. Burton Korelitz e Paul Rutgeerts, dois dos maiores líderes mundiais no campo das DIIs estiveram juntos em várias ocasiões

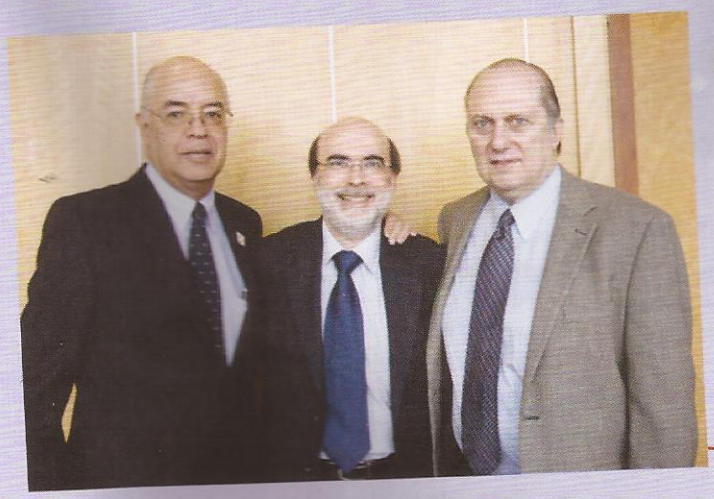
Momento de descontração em um restaurante em Chicago das Dras. Cyrla Zaltman e Marta Brenner Machado, respectivamente Diretoras da ABCD Rio de Janeiro e Porto Alegre, que também estiveram no Congresso

Fotos: Divulgação



Dr. David Rubin proferiu várias palestras neste evento que ocorreu em Chicago, cidade onde vive

Durante o congresso ocorreram várias pequenas reuniões e em uma delas houve um debate de excepcional qualidade que reuniu os Drs. Seymour Katz (Sócio Benemérito da ABCD), Flavio Steinwurz (Presidente da ABCD), Burton Korelitz (Sócio Benemérito da ABCD) e David Sachar (Sócio Patrono da ABCD)



Drs. Carlos Franciscone, Flavio Steinwurz e Douglas Drossman, no evento sobre Síndrome do Intestino Irritável que aconteceu em São Paulo

Existe um caminho importante para o tratamento da Doença Inflamatória Intestinal: informação.

Acesse o site www.dii.com.br. Entre. Você não está sozinho.

Dores abdominais, cólicas e diarréia, às vezes acompanhadas de sangue, podem ser sintomas da DII – Doença Inflamatória Intestinal. Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa são as mais conhecidas, e ambas têm a mesma causa: inflamação no revestimento e de toda a parede do intestino. Se você é uma das milhares de pessoas que apresentam os sintomas, não importa a freqüência, entre no site www.dii.com.br e informe-se. Com o tratamento médico e o acompanhamento adequado é possível manter a DII sob controle, minimizar seus impactos e descobrir um novo caminho para uma vida normal.

dii

EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE
SAC 0800-7710345
www.altanapharma.com.br

ALTANA Pharma Ltda., membro do grupo Nycomed. Rua do Estilo Barroco, 721, CEP 04709-011, São Paulo, SP. Mais informações poderão ser obtidas diretamente com o nosso departamento médico ou por meio de nossos representantes.

NYCOMED

A ABCD agradece o permanente apoio dos seus sócios corporativos e aceita doações para continuar realizando suas atividades em prol dos pacientes com DII.

Diamante

Abbott
A Promise for Life

Platina

Schering-Plough

publicisbrasil

Nestlé Nutrition

Melhorando a qualidade de vida

A vida do paciente com Doença de Crohn pode ter mais qualidade.

Desenvolvido para pacientes com Doença de Crohn, Modulen IBD é uma nutrição completa e saborosa, proporcionando um tratamento de fácil adesão.

- Rico em TGF-β, polímero com propriedades antiinflamatórias e que contribui para a reparação da mucosa intestinal.
- Favorece um adequado estado nutricional.
- Baixa osmolalidade, garantindo excelente tolerância gastrintestinal.
- Isento de glúten e lactose.
- Fácil de preparar.

Para mais informações acesse o site www.nestle.com.br/healthcarenutrition ou consulte o Serviço de Informação ao Profissional de Saúde 0800-7702461.

Central de Vendas & Relacionamento
0800 - 7702255