

RELATO DE CASO

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO DA RETOCOLITE ULCERATIVA EM UM PACIENTE ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

Evolution of ulcerative retocolite treatment in adolescent patients: case report

Cláudia Regina Nunes Eloi da Luz¹, Ingrid Lima Albuquerque², Sérgio Paulo Mariano de Aguiar Sales³, Leandro Saldanha Nunes Mouzinho⁴, Eline Rose Saldanha Nunes Reis⁵ Benito Júnior Santos Costa⁶.

 ACESSO LIVRE

Citação: Da Luz CRNE, Albuquerque IL, Sales SPMA, Mouzinho LSN, Reis ERSN, Costa BJS. (2020) Evolução do tratamento da retocolite ulcerativa em um paciente adolescente: relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins, 7(1):27-30

Instituição: ¹Professora Adjunto IV da UFMA, doutora em Medicina pela UNIFESP, gastropediatra do Hospital Infantil Dr. Juvêncio Mattos, São Luís (MA), Brasil. ² Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, São Luís (MA), Brasil. ³ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, São Luís (MA), Brasil. ⁴ Mestrando de Saúde Coletiva da UFMA, psicólogo pela UFMA, São Luís (MA), Brasil. ⁵ Pediatra do Hospital Infantil Dr. Juvêncio Mattos, São Luís (MA), Brasil. ⁶Residente de Urologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís (MA), Brasil. Relato de caso desenvolvido em São Luís, Maranhão, Brasil.

Autor correspondente: Ingrid Lima Albuquerque; ingrid.limaa@hotmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 09 de junho de 2019.

Direitos Autorais: © 2020 Da Luz et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Doença Inflamatória Intestinal (DII) corresponde a um grupo de doenças inflamatórias crônicas, que acomete a região mucosa e submucosa do intestino grosso. Tem o primeiro pico de incidência entre 20 e 40 anos de idade, e o segundo a partir dos 55 anos. A prevalência dessa patologia no Brasil ainda é baixa quando comparada a outros países, como Estados Unidos. Sua etiologia ainda não é totalmente esclarecida, mas pressupõem-se que transcorram de anormalidades imunológicas celulares. O tratamento medicamentoso geralmente é prolongado e por tempo indeterminado.

Palavras-chave: intestino grosso; doença crônica, mucosa intestinal.

ABSTRACT

Inflammatory Bowel Disease (IBD) corresponds to a group of chronic inflammatory diseases that affect the mucosal and submucosal region of the large intestine. It has the first peak of incidence between 20 and 40 years of age, and the second from 55 years. The prevalence of this pathology in Brazil is still low when compared to other countries, such as the United States. Its etiology has not yet been fully elucidated, but is presumed to be due to cellular immune abnormalities. Drug treatment is usually prolonged and indefinite.

Keywords: large intestine; chronic disease, intestinal mucosa.

INTRODUÇÃO

Doença Inflamatória Intestinal (DII) é um grupo de doenças inflamatórias crônicas que acometem indivíduos entre 20 e 40 anos de idade, com um segundo pico a partir dos 55 anos (Souza, Belasco e Nascimento, 2008).

Nos Estados Unidos, cerca de 1,4 milhão de pessoas apresentam uma das modalidades de DII, na Europa 2,2 milhões, na Ásia e na América do Sul a taxa de incidência é de 0,5 por 100.000 habitantes. No Brasil a prevalência oficial das DII ainda é baixa, sendo mais predominante nas Regiões Sul e Sudeste.

Essa patologia afeta o intestino grosso, mais precisamente a região mucosa e a submucosa, e a gravidade da doença aumenta conforme o envolvimento das outras camadas do órgão, evoluindo com ulceração, edema e hemorragia (Costa, Maia e Medeiros, 2015). Os pacientes geralmente apresentam diarreia com melena, podendo estar acompanhada de pus, muco, além de intensas cólicas abdominais (Baumgart e Sandborn, 2007).

Sua etiologia ainda é indefinida e pressupõem-se que as DII transcorrem devido a anormalidades imunológicas celulares, ocasionada pela reatividade anormal dos linfócitos T da mucosa gastrointestinal a uma microflora normal não patogênica (Biondo e Simoes, 2003).

Essa doença crônica repercute na qualidade de vida de seus portadores, podendo promover alterações psicológicas e sociais. No Brasil, ainda há uma carência de pesquisas e divulgação desse grupo de patologias, o que contribui para o atraso no diagnóstico e aumento da morbimortalidade (Coelho, 2010).

RELATO DE CASO

M.S.C, 12 anos, feminino, natural de São Luís, primeira consulta na gastropediatria aos 7 anos e 8 meses de idade, pesando 16,7 kg (abaixo do p3) e medindo 113 cm (abaixo do p3). Iniciou com diarreia aos 6 anos de idade, 6 vezes ao dia, de caráter semilíquido com muco e sangue, urgência fecal e evacuações noturnas, associado a febre, dor abdominal e distensão abdominal. Necessitou ir ao Pronto Socorro algumas vezes. Foi iniciado sulfassalazina com melhora nas evacuações, porém ainda com dor e distensão abdominal.

A paciente apresenta alergia a peixe e leite, anemia, perda de peso e aftas de repetição. O exame de endoscopia digestiva alta evidenciou sinais endoscópicos sugestivos de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) não erosiva, pangastrite endoscópica enantematosa leve, duodenite micronodular acentuada e jejunitis moderada. Na biópsia, verificou-se esofagite crônica, sem caráter específico, discreta linfocitose intraepitelial, sem eosinófilos, sem agentes infecciosos; gastrite crônica leve inativa, *Helicobacter pylori* (HP) negativa, sem metaplasia intestinal e sem eosinófilos; duodeno: relação vilo/crípta preservada (3:1), sem eosinofilia e sem agentes infecciosos e parasitários; jejuno: mesmas características do duodeno.

Na colonoscopia realizada até o íleo terminal, os 10-15 cm finais desse segmento não exibiram alterações; todo o cólon e reto apresentaram mucosa difusamente irregular em decorrência de microulcerações, algumas recoberta por fibrina, com membrana friável à passagem do aparelho e com perda do padrão vascular submucoso. Observou-se ainda redução das haustrações e da distensibilidade em alguns segmentos, conferindo um aspecto tubuliforme ao cólon nessas regiões com hipótese diagnóstica para Retocolite Ulcerativa (RCU) em atividade. A biópsia apresentou retite crônica moderada ativa, sem granulomas e presença de microabscessos em criptas.

O resultado dos exames laboratoriais solicitados foram: ANCA positivo; ASCA negativo; calprotectina: 1521 mcg/g; anticorpo antitransglutaminase IgA negativo; IgA sérica normal; RAST positivo para leite de vaca, classe 2; PCR negativo; ferritina 2,3 ng/ml; ferro: 11 ug/dl; alfa 1 fecal negativo; idade óssea: 5 anos e 9 meses; HIV negativo; PPD não reator; TORCH negativo; CMV IgG +; Hb: 7,6g/dl; hematócrito: 28,5%; plaquetas 709.000/mm³, leucócitos: 9220/mm³; VHS: 19 mm; albumina: 3,39 g/dl; gamaglobulina: 1,73 g/dl; função renal e hepática normais; mucoproteína: 156 mg/dl; teste de tolerância oral a lactose: 81 mg/dl - 81 mg/dl - 79mg/dl; sangue oculto em fezes positivo; função da tireoide normal; cálcio normal; fósforo 5,4 mg/dl; vitamina D: 17,98ng/ml.

Foi iniciado mesalazina, corticoide e azatioprina após imunização, ferro injetável, vitamina D, probiótico, zinco, pantoprazol, albendazol e metronidazol. A paciente manteve a atividade de doença clínica e laboratorial. Nessa ocasião, foi associado infliximab, sem remissão da doença após seis meses de uso do imunobiológico em dose habitual. A paciente persistia com episódios de dor abdominal, diarreia e comprometimento nutricional. Foi maximizado a dose do imunobiológico para uso mensal, porém, não houve melhora clínica após seis meses de uso. Foi, então, iniciado adalimumab em janeiro de 2019 e após seis meses do uso a paciente apresentou remissão dos sintomas.

DISCUSSÃO

O tratamento dessa patologia objetiva induzir ou manter sua remissão e, desta forma, impedir e/ou reduzir possíveis complicações como anemia, desnutrição, megacólon tóxico, perfurações intestinais, câncer colorretal, dentre outros, e poder proporcionar melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Segundo Campos e colaboradores (2003) e Teixeira Neto (2004) a diminuição da ingestão alimentar, má absorção, aumento das perdas gastrointestinais e necessidades nutricionais aumentada nas DII estão associadas à desnutrição proteico-energética, influenciando a fase de atividade, extensão e localização da doença podendo, assim, agravar o prognóstico. Um acompanhamento nutricional adequado pode reduzir indicações cirúrgicas e complicações operatórias, visto a gravidade que se manifesta as DII. A desnutrição observada durante os surtos de atividade da doença, cujos sintomas principais são perda de peso, anemia e hipoalbuminemia, pode

agravar com o quadro diarreico ou de má absorção, por diminuir secreção de enzimas pancreáticas e atividade enzimática na borda em escova das células intestinais (Burgos e colaboradores, 2008).

Para Flora, Dichi (2006), na RCU a anemia ocorre frequentemente devido às perdas sanguíneas, correlacionando-se com a qualidade de vida, sendo uma problemática na abordagem terapêutica dos pacientes. Outro mecanismo a ser considerado é a inibição produção de eritropoietina pelas citocinas inflamatórias causando um desvio do transporte do ferro para o sistema reticuloendotelial, interferindo no desenvolvimento dos progenitores eritróides (Marques, Oliveira e Gorjão Clara, 2010). Quando há alterações nutricionais, levando a desidratação, anemia e desnutrição aumenta a morbidade ocasionada pelas crises de diarreia (Biondo Simoes e colaboradores, 2003).

Flora e Dichi (2006) recomendam uma dieta baixa em lipídios, com menos de 20% do valor calórico total, hiperproteica, com 1,5 a 2,0 g/kg/dia, devido ao estado catabólico ocasionado pela inflamação; e hipercalórica, com 30 a 35 kcal/kg/dia, sendo essencial uma suplementação para controlar e reverter o estado nutricional do paciente como a intensa perda de peso, além de promover uma reposição adequada de vitaminas e de minerais.

Para Andersen e colaboradores (2012), o consumo de carboidratos simples deve ser diminuído, pois são absorvidos no intestino e transformados em ácidos graxos voláteis e gases pela fermentação bacteriana, tendo em visto que o intestino está com sua absorção comprometida.

Segundo Raizel e colaboradores (2011), simbióticos são alimentos que contêm, simultaneamente, microrganismos probióticos e ingredientes prebióticos, que beneficiam a saúde do consumidor e podem reduzir citocinas pró-inflamatórias, melhorar a imunidade, reduzir infecções e melhorar a massa magra.

Em relação às medicações, na DII a ingestão diária de vários comprimidos com diferentes horários de administração pode influenciar negativamente o grau de adesão do paciente (Vlasnik, Aliotta e Delor, 2005). O tratamento medicamentoso geralmente é prolongado e por tempo indeterminado. Devido ao alto custo desses medicamentos, seu acesso pode ser dificultado ou impedido, sendo um dos preditores de não adesão ao tratamento (Ediger e colaboradores, 2007). Condições sociais, estilo de vida e relacionamento com equipe de saúde também podem interferir no grau da adesão terapêutica (López, Bermejo e Pérez, 2005).

Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) podem fornecer os medicamentos aos pacientes para tratamento das DII's por meio de programas especiais (medicamentos essenciais ou de alto custo, de liberação excepcional), tendo como base protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas bem estabelecidas. Desse modo, uma baixa adesão ao tratamento ou uma má utilização desses medicamentos pode, também, afetar o desenvolvimento e funcionamento do SUS e o uso dos seus recursos (Brasil, 2002; Dewulf e colaboradores, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, V.; Olsen, A.; Carbonnel F., Tjonneland, A., Vogel, U. Diet and risk of inflammatory bowel disease. *Digestive and Liver Disease*. Vol. 44. 2012. p. 185-194.
- Baumgart, D. C; Sandborn, W. J. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *The Lancet*. Vol. 369. Num. 9573. 2007. p. 1641-1657.
- Biondo Simões, M. L. P.; e colaboradores. Opções terapêuticas para as doenças inflamatórias intestinais: revisão. *Revista brasileira Coloproctologia*. Vol. 23. Num. 3. 2003.
- Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento de retocolite ulcerativa. Portaria n. 861/02, 5 novembro 2002. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 2002.
- Burgos, M. G. P. A.; e colaboradores. Doenças inflamatórias intestinais: o que há de novo em terapia nutricional? *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. Vol. 23. Num. 3. 2008. p. 184-189.
- Campos, F. G.; e colaboradores. A Pharmacological nutrition in inflammatory bowel diseases. *Revista Nutrición Hospitalaria*. Vol. 18. Num. 2. 2003. p. 57-64.
- Coelho, M. I. D. Qualidade de Vida e Doença Inflamatória Intestinal. 56 p. Tese (Mestrado), Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2010.
- Costa, A. N. F; Maia, J. M. D. C; Medeiros, A. M. C. D. Prevalência de alterações bucais nas doenças gastrointestinais inflamatórias crônicas: análise de 10 casos. *Revista Ciência Plural*. Vol. 1. Num. 1. 2015. p. 57-64.
- Dewulf, N. L. S.; e colaboradores. Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com doenças inflamatórias intestinais acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Arquivos de Gastroenterologia*. Vol. 44. Num. 4. 2007. p. 289-296.
- Ediger, J. P.; e colaboradores. Predictors of medication adherence in inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 102. Num. 7. 2007. p. 1417-1426.
- Flora, A. P. L.; Dichi, I. Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. Vol. 21. Num. 2. 2006. p. 131-137.
- Gomes, F. D. S; Anjos, L. A. D; Vasconcellos, M. T. L. D. Antropometria como ferramenta de avaliação do estado nutricional coletivo de adolescentes. *Revista Nutrição*. Vol. 23. Num. 4. 2010. p. 591-605.
- Kane, S. V.; Cohen, R. D.; Hanauer, S. B. Prevalence of non-adherence with maintenance mesalamine in quiescent ulcerative colitis. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 96. Num. 10. 2001. p. 2929-2933.
- Kane, S. V. Systematic review: adherence issues in the treatment of ulcerative colitis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. Vol. 23. Num. 5. 2006. p. 577-585.
- ÇKerse, N.; e colaboradores. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *The Annals of Family Medicine*. Vol. 2. Num. 5. 2004. p. 455-461.
- Lopes, H.; Curado, A. Terapêutica Farmacológica da Colite Ulcerosa. *GE - Portuguese Journal of Gastroenterology*. Vol. 16. Num. 4. 2009. p. 140-141.
- López, S. R. A.; Bermejo F, C. E.; Pérez, A. M. B. D. Adhesión al tratamiento em la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*. Vol. 97. Num. 4. 2005. p. 249-257.
- Marques, M. R.; Oliveira, S.; Gorjao Clara, J. P. Apresentação inicial de colite ulcerosa com manifestações extra-intestinais múltiplas. *Ácta Médica Portuguesa*. Vol. 23. Num. 4. 2010. p. 705-708.
- Martins, P. Glutamina em pacientes graves: suplemento nutricional fundamental? *Revista brasileira de terapia intensiva*. Vol. 28. Num. 2. p. 100-103. 2016.

20. Nigro, G.; e colaboradores. Psychiatric predictors of non compliance in inflammatory bowel disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*. Vol. 32. Num. 1. 2001. p. 66-68.
21. Raizel, R.; e colaboradores. Efeitos do consumo de probióticos, prebióticos e simbióticos para o organismo humano. *Revista Ciência & Saúde*. Vol. 4. Num. 2. 2011. p. 66-74.
22. Remondi, F. A.; Oda, S.; Cabrera, M. A. S. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. Vol. 35. Num. 2. 2014. p. 177-185.
23. Rodrigues, S. C.; Passoni, C. M. S.; Paganotto, M. Aspectos nutricionais na Doença de Crohn. *Cadernos da Escola de Saúde Nutrição*. Num. 1. 2008. p. 1-8.
24. Sewitch, M. J.; e colaboradores. Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 98. Num. 7. 2003. p. 1535-1544.
25. Shale, M. J.; Riley, S. A. Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. Vol. 18. Num. 2. 2003. p. 191-198.
26. Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. Brunner & Suddarth, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
27. Souza, M. M.; Belasco, A. G. S.; Nascimento, J. E. A. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Portadores de Doença Inflamatória Intestinal do Estado de Mato Grosso. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. Vol. 28. Num. 3. 2008. p. 324-328.
28. Teixeira Neto, F. Doença inflamatória intestinal. *Nutrição clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.
29. Van, S. T. P.; Card, T.; Logan, R. F. 5-Aminosalicylate use and colorectal cancer risk in inflammatory bowel disease: a large epidemiological study. *Gut: journal of the British Society of Gastroenterology*. Vol. 54. Num. 11. 2005. p. 1573-1578.
30. Vlasnik, J. J.; Aliotta, S. L.; Delor, B. Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *Case Manager*. Vol. 16. Num. 2. 2005. p. 47-51.
31. Wroth, T. H.; Pathman, D. E. Primary medication adherence in a rural population: the role of the patient-physician relationship and satisfaction with care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. Vol. 19. Num. 5. 2006. p. 478-486.
- 32.