

Doença de Crohn e colite ulcerosa

A doença de Crohn e colite ulcerosa são doenças crónicas, que atingem o intestino, mas podem igualmente atingir outros órgãos e sistemas, sendo por isso consideradas doenças sistémicas. Não se conhece a etiologia, quer da colite ulcerosa quer da doença de Crohn. Pensa-se que uma predisposição geneticamente determinada conjugada com fatores desencadeantes do meio ambiente, ligados ao estilo de vida ocidental, determinam uma resposta imunológica exagerada, a qual se torna, ela própria, mecanismo de perpetuação da doença. Ainda a este nível, a flora intestinal também parece ter um papel relevante na evolução da doença, pois os estudos efetuados em portadores de doenças inflamatórias do intestino mostraram que a flora intestinal destes era distinta, em termos de composição e função, das pessoas saudáveis.

A incidência destas doenças, ou seja, o número de novos casos por 100 000 habitantes, por ano, está estabilizada nos países ocidentais, nos quais Portugal se inclui, mas a prevalência, ou seja, o número de casos por 100 000 habitantes apresenta valores crescentes, estimando-se para Portugal, em 2025, entre 286 a 416 casos por 100 000 habitantes.

Embora sejam ambas denominadas doenças inflamatórias do intestino, existem diferenças entre a doença de Crohn e a colite ulcerosa.

A Doença de Crohn pode atingir qualquer segmento do tubo digestivo desde a boca até ao ânus e à região peri anal, envolve toda a espessura da parede intestinal podendo haver complicações envolvendo o tubo digestivo, como estabelecimento de trajetos entre diferentes porções do intestino ou com outros órgãos, chamadas fistulas, ou coleções de pus (abcessos) ou ainda apertos que impedem a passagem do conteúdo intestinal (estenoses). A localização mais frequente da doença é a nível da porção terminal do intestino delgado e porção proximal do intestino grosso. Caracteriza-se por ser descontínua, ou seja, apresentar segmentos envolvidos alternando com áreas indemnes à doença.

A colite ulcerosa atinge apenas o intestino grosso e a porção mais interna da parede intestinal, a camada mucosa. Caracteriza-se por haver um envolvimento contínuo, iniciando-se no reto com extensão da doença proximamente. Chama-se proctite ulcerosa quando apenas o reto está envolvido; colite ulcerosa esquerda quando a doença envolve o lado esquerdo do intestino grosso; quando ultrapassa o lado esquerdo estamos perante uma colite extensa.

Estas duas doenças, devido ao que acima foi dito, podem manifestar-se de formas diferentes. Assim, a doença de Crohn, manifesta-se por diarreia e dor abdominal, mais frequentemente no quadrante inferior direito do abdómen, mas também pode manifestar-se por alteração dos hábitos intestinais com maior tendência à obstipação e distensão abdominal. Quando o intestino grosso está envolvido, particularmente a nível do lado esquerdo e do reto, os sintomas predominantes podem ser diarreia com sangue e dor no quadrante inferior esquerdo. Associadamente poderá haver emagrecimento, perda de apetite, fadiga e febre persistente.

A colite ulcerosa manifesta-se mais comumente por diarreia com sangue, urgência, sensação de defecação incompleta e peso ano retal. Quando a localização ultrapassa o reto, além destes sintomas poderão existir dor abdominal, febre, emagrecimento, fadiga e perda de apetite.

Poderão ainda existir outros sintomas que como dores articulares, com predomínio matinal e rigidez das articulações, os quais melhoram com o movimento; olho vermelho doloroso; nódulos dolorosos na face anterior das pernas e/ou coxas, e úlceras cutâneas.

Os sintomas acima descritos devem levar o doente a procurar o seu médico de família para a realização de exames complementares que permitam excluir outras situações com que as doenças inflamatórias se podem confundir. Dentro destas é importante a exclusão de infeções, de outras doenças sistémicas autoimunes e de cancro. Existe uma situação muito comum que partilha alguns sintomas com as doenças inflamatórias do intestino que é a síndrome do intestino irritável, mas este não está associado a perdas sanguíneas nem febre, nem aos sintomas extraintestinais, acima descritos.

Os exames a efetuar perante uma suspeita de doença inflamatória do intestino são:

- análises ao sangue que permitem avaliar se existe anemia, aumento dos leucócitos, aumento de indicadores de inflamação, deficiências em ferro ou vitaminas, testes para despistarem infeções (vírus, bactérias);

- exames de fezes que permitem a pesquisa de bactérias e parasitas, bem como a realização da calprotectina (marcador inflamatório)

- colonoscopia sempre que possível com observação da parte distal do intestino delgado, com colheita de fragmentos para observação histológica e, se necessário, para outras análises nomeadamente para despiste de infeções como a tuberculose

- exames de imagem – ultrassonografia, TAC ou RMN, dependendo das situações, e no sentido de para avaliar a extensão da doença ou se existem complicações.

Se o diagnóstico se confirmar é importante a referência do doente a uma consulta de doenças inflamatórias do intestino com a maior brevidade e com toda a informação clínica disponível para que haja uma triagem diferenciada pela gravidade do quadro clínico.

Particularmente na doença de Crohn, um dos fatores que está associado a melhor resposta ao tratamento é um menor intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Para tratar a doença inflamatória do intestino, idealmente é necessária uma equipa multidisciplinar pois há necessidade de uma conjugação de saberes. São pilares da terapêutica os gastroenterologistas com diferenciação nas doenças inflamatórias do intestino e a cirurgiões com diferenciação em colo proctologia. Mas para abordar a doença é necessário a conjugação de outras especialidades e outros profissionais: imagiologista, anátomo-patologista, infeciologista, reumatologista, oftalmologista, dermatologista, nutricionista/dietista, psicólogo, farmacêutico e enfermeiros dedicados à doença inflamatória do intestino.

Não existe cura, mas existe tratamento que tem como objetivo a ausência de sintomas, normalização das análises (hemoglobina, ferro, vitaminas, marcadores sanguíneos e fecais de inflamação) e a cicatrização da mucosa (ausência de úlceras ou erosões na doença de Crohn; normalização do aspeto da mucosa na colite ulcerosa).

Estes objetivos do tratamento são relevantes porque estão associados a menor necessidade de hospitalização, idas ao serviço de urgência, agudizações, cirurgias por complicações. No entanto, para os doentes e após a ausência de sintomas, o mais relevante é a normalização da qualidade de vida nos diferentes domínios, pessoal, social

e profissional. Embora a qualidade de vida tenha subjacente outros fatores que poderão não estar ao alcance das equipas médicas, é certo que, se os objetivos da terapêutica não forem atingidos, estes vão impactá-la negativamente.

O tratamento médico das doenças inflamatórias do intestino evoluiu muitíssimo nos últimos 30 anos fruto da investigação científica efetuada sobre os mecanismos associados à fisiopatologia da doença. Inicialmente a terapêutica das duas doenças passava pelo uso de corticoides, aminossalicilatos, azatioprina, metotrexato e ciclosporina. Atualmente existem fármacos, chamados biológicos, que são anticorpos monoclonais, produzidos por processos biotecnológicos que usam organismos vivos ou parte deles. Estes fármacos atuam através do bloqueio do processo inflamatório em diferentes vias e em diferentes pontos, consoante o tipo do fármaco. São administrados por via endovenosa ou subcutânea. Mais recentemente, surgiram as pequenas moléculas que são fármacos de síntese química, que inibem os mecanismos inflamatórios subjacentes à doença, eles também são diversos, em termos de vias de atuação. Têm a vantagem de serem de toma oral.

Na colite ulcerosa 70% dos doentes respondem à primeira linha terapêutica que são os anti-inflamatórios intestinais (aminossalicilatos). Os restantes 30% necessitam de terapêutica biológica, associada ou não a medicamentos imunossuppressores, ou a terapêutica com pequenas moléculas.

Na Doença de Crohn a terapêutica é efetuada apenas com uso de fármacos biológicos, associados ou não a imunossuppressores e pequenas moléculas.

Em termos de tratamento existem duas fases a primeira é a indução de remissão e a segunda é a manutenção. A maioria dos fármacos mais recentes (biológicos e pequenas moléculas) bem como os aminossalicilatos podem ser usados nas duas fases da terapêutica. Os corticoides apenas se usam na indução da remissão e deve evitar-se a automedicação. A azatioprina isoladamente cada vez se usa menos, mas é um fármaco para a manutenção da remissão.

Exceto os aminossalicilatos, todos os outros fármacos interferem com as defesas (imunidade) pelo que existem cuidados especiais que deverão ser considerados tais como o rastreio de infeções e vacinação que são indispensáveis para reduzir o risco de infeccioso após o início da terapêutica. Como também é proteção da exposição solar e a realização de rastreios oncológicos.

O tratamento cirúrgico, idealmente realizado por via laparoscópica, deve ser ponderado não apenas nas complicações e falha da terapêutica médica, mas a par desta particularmente da doença de Crohn localizada a um pequeno segmento na porção distal do intestino delgado. Também poderá haver necessidade de cirurgia perianal na localização perianal da doença de Crohn (fistulas e abcessos) .

As indicações para a cirurgia nas complicações da doença de Crohn incluem: falha da terapêutica médica, nas estenoses, abcessos, fistulas. Na colite ulcerosa, a falha de resposta à medicação, particularmente nas agudizações severas em doentes internados, a hemorragia incontrolável, a sépsis, a dilatação do intestino – chamado megacólon - a existência de alterações pré-malignas nas biópsias.

Aos 5 anos de evolução da doença, 7% dos doentes com colite ulcerosa e 18% dos doentes com doença de Crohn necessitam de cirurgia.

Na medicina atual, é indispensável a participação dos doentes nas decisões tomadas na terapêutica e monitorização da doença. Esta atitude por parte das equipas médicas, aumenta a aderência à terapêutica e ao seguimento proposto. A monitorização

permite saber se a doença está devidamente controlada, pois a ausência de sintomas não é suficiente. A realização de observação clínica, análises e avaliação do intestino (exames de imagem e/ou endoscopia) permite saber se os objetivos estão atingidos. Além disso permite avaliar a existência de efeitos secundários dos fármacos.

Tal como outras patologias crónicas e complexas, a integração de cuidados, a existência de diferenciação das equipas profissionais e a atuação baseada na evidência científica são contributos decisivos para a qualidade na prestação de cuidados médicos. Para tal, e dado o aumento da prevalência da doença, a organização dos cuidados de saúde é absolutamente necessária para que haja acesso adequado temporalmente a equipas diferenciadas e que estas sejam dotadas de tempo alocado a consultas, exames de diagnóstico e cirurgias para suprir as necessidades.

Paula Ministro MD
Unidade de saúde Local Viseu Dão Lafões

Sociedade Portuguesa de Coloproctologia