

TERAPÊUTICA NUTRICIONAL NOS PORTADORES DA DOENÇA DE CROHN E RETOCOLITE ULCERATIVA

Clênia Santana¹; Adriana Araujo Medeiros Sousa²; Sandra Regina Dantas Báia³

Faculdade Maurício de Nassau cleniacc@hotmail.com; Faculdade Maurício de Nassau drimedeirosousa@gmail.com; Nutricionista do HUAC/UFCEG, Docente da Faculdade Maurício de Nassau sandra_reginabaia@hotmail.com;

Resumo: Desde a década de XX as Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) vem sendo analisadas e observou-se que os fatores etiológicos tem direta influência no seu diagnóstico. A Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU) são as principais doenças do intestino, consideradas atípicas, utilizam-se frequentemente de meios clínicos para o seu tratamento. Com o agravamento dessas doenças, as funções gastrointestinais vão sendo perdidas, causando vários déficits nutricionais, como a perda de peso, anemias, falta de vitaminas e minerais. Em vários estágios dessas doenças, faz-se necessário a terapia nutricional oral, enteral e parenteral como forma de restabelecer a melhora do estado clínico do paciente. Uma dieta rica em nutrientes e imunomoduladores como ácido graxo de cadeia curta (AGCC), ácidos graxos poli-insaturados (ômega-3), arginina, glutamina, prebióticos e probióticos, possibilitam uma resposta positiva na recuperação dos sintomas, reduzindo assim, os riscos de cirurgias nas Doenças Inflamatórias Intestinais (DII).

Palavra Chave: Doenças Inflamatórias Intestinais, Imunomoduladores, Terapia Nutricional.

1. INTRODUÇÃO

As doenças Inflamatórias Intestinais (DII), tem seu início tardio antes do diagnóstico e tem sido observadas desde a década de XX. A retocolite ulcerativa (RCU) e a doença de Crohn (DC) são as patologias mais frequentes em estudos. A retocolite ulcerativa é uma doença não contagiosa e ocorre no intestino grosso no processo contínuo, já a doença de Crohn envolve todo trato digestório da boca ao ânus, mas, principalmente atinge o íleo distal e o cólon por vários segmentos. A patologia da DII são multifatoriais, envolvendo fatores genéticos, alimentares, ambientais, luminais e

imunológicos (SILVA e MURA, 2014; REIS 2003).

Patologias predominantes entre jovens adultos, que apresentam diarreia sanguinolenta e dor em cólica são os principais sintomas recorrentes à Retocolite Ulcerativa. Os sintomas relacionados na doença de Crohn são dores abdominais no quadrante inferior direito, perda de peso e febre. Na fase ativa da doença há um aumento de neutrófilos gerando os abscessos e conseqüentemente ocasionando o surgimento de fístulas. Diante disso, essas manifestações acarretam problemas das articulações, cutâneas e dermatológicas. (FRANCES *et al.*, 2010; SÉRGIO *et al.*, 2004).

Os portadores de DC e RCU apresentam déficit nutricionais como: baixo peso, anemias, hipoalbuminemia, através da perda de macro e micronutrientes dificultando o tratamento medicamentoso e nutricional do paciente. Assim, a desnutrição evidencia a terapia enteral como tratamento inicial na fase inflamatória da doença, proporciona melhora da mucosa tratando dos déficits nutricionais e dos efeitos dos medicamentos sobre a imunidade. Como segunda via de escolha utilizamos a parenteral nos casos cirúrgicos, que são relacionados a obstrução intestinal, má absorção e fístula. O objetivo do suporte nutricional é minimizar o desenvolvimento inflamatório das doenças através de elementos auxiliares como imunomoduladores anti-inflamatórios (CARDOZO e JUNIOR, 2012; REIS, 2003).

Diante disso, as Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), são prevalentes e os fatores genéticos tem grande relevância em quantidade de pacientes acometidos. O que traz possibilidades para estudos e elaborações na dietoterapia, que contemplam alimentos sem lactose, sem resíduos, com diminuição de lipídios e imunomoduladores como: Ácidos Graxos De Cadeia Curta (AGCC), Ácidos Graxos Poli-insaturados (ômega 3), Arginina, Glutamina, Prebiótico e Probióticos, que proporcionem benefícios e qualidade de vida

aos portadores dessas patologias. (FLORA e DICHIT, 2006).

A revisão bibliográfica tem como objetivo mostrar a importância da terapia imunomoduladora no tratamento das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) com foco na Doença de Cronh e Retocolite Ulcerativa (RCU).

2.MATERIAIS E MÉTODOS

O presente artigo se trata de uma revisão bibliográfica. Foram utilizadas referências de livros de medicina e de nutrição, artigos e revistas nas plataformas scielo, revista brasileira de nutrição clínica. A revisão da literatura específica está organizada de forma a permitir ao leitor uma noção inicial sobre o tema que trata das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), em específico a Doença de Cronh (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU) evidenciando a terapia nutricional, com ênfase na terapia imunomoduladora.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A doença de Cronh (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU) são consideradas doenças atípicas, que utiliza-se frequentemente de meios da saúde. Cerca de 130 indivíduos para cada 100.000 são acometidos pela DC enquanto que na RCU 100 indivíduos são acometidos para cada

100.000. De 50% a 60% dos casos de Cronh, o íleo distal e o cólon são os principais envolvidos, tendo todas as camadas atingidas, de forma transmural e segmentar, de 15% a 25% envolvem o intestino delgado e o cólon. Na Retocolite Ulcerativa é restrito ao intestino grosso e reto de forma contínua. (MAHAN *et al*, 2012).

Depois de vários anos com o agravamento dessas doenças, a função do trato gastrointestinal vai sendo perdida, influenciando na absorção dos nutrientes. E a avaliação deve-se monitorar a perda de peso, que pode ser pelo uso de corticoides levando a retenção de líquidos, assim como, a anemia, falta de vitaminas e minerais (CUPPARI, 2014).

Tabela: Fatores Relacionados À Deficiência Nutricional Nas Doenças Inflamatórias Intestinais (DII)

Diminuição na ingestão alimentar
Anorexia, náuseas e vômitos
Dor abdominal e diarreia
Comportamento negativista
Dietas restritas (iatrogênica)
Má absorção
Diminuição da área absorptiva (doença, ressecções)
Supercrescimento Bacteriano
Deficiência de sais biliares
Aumento das perdas intestinais
Enteropatia perdedora de proteína
Fístulas: perda de eletrólitos, minerais, traços
Sangramento gastrointestinal
Interações droga-nutriente

Corticoides (cálcio e proteínas)
Sufassalazina (folato)
Colestiramina (gorduras e vitaminas)
Aumento nas necessidades nutricionais
Sepse, febre, fístula
Aumento do turnover celular
Repleção das reservas orgânicas
Terapia com esteroides (catabolismo proteico)

Fonte: Cuppari, 2014.

A dieta unida a nutrientes específicos, possibilita uma resposta positiva na recuperação nutricional do paciente, aliviando os sintomas e reduzindo o índice de indicações cirúrgicas no tratamento das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) (CABRE e DOMENECH, 2012; BEYER, 2010; FLORA e DICHIT, 2006).

Em vários estágios da Doença Inflamatória Intestinal (DII), o tratamento nutricional oral, enteral e parenteral é indispensável. Se o paciente obtiver as necessidades calóricas por via oral devidas, a mesma torna-se a via de escolha. No entanto, na incapacidade do paciente alcançar as suas demandas nutricionais diárias, seguindo para a fase de desnutrição, está poderá ser suplementada com fórmulas industrializadas ou incluir a nutrição enteral ou parenteral como meio de escolha, tornando-se importante a terapêutica nutricional (CAMPOS *et. al*, 2002).

Os nutrientes imunomoduladores buscam novas alternativas para o tratamento, atuando na manutenção da flora intestinal e

consequentemente na melhora do estado clínico e nutricional do paciente (SILVA e MURA, 2014).

Dentro da terapia nutricional imunomoduladora, que evidencia a Retocolite Ulcerativa (RCU), o Ácido graxo poli-insaturado ômega-3 (eicosapentaenoico e docosahexaenóico), existente no óleo de peixe, não possui efeitos adversos, no entanto apresenta capacidade anti-inflamatória, consequentemente no restabelecimento do microbioma intestinal, na composição tecidual e endoscópica (CAMPOS *et. al*, 2002; DICHI e BURINI, 1996).

O ácido graxo de cadeia curta (AGCC), é um imunomodulador que atua na

Outro nutriente que atua como imunomodulador é a glutamina, a suplementação desse nutriente na Terapia Nutricional Enteral (TNE) acarreta um menor dano ao intestino, menor comprometimento do peso, melhorando assim a atividade da doença. Porém, na doença de Crohn não é recomendada, por liberar óxido nítrico na formação da arginina através da glutamina, o que vai acarretar elevada permeabilidade vascular da barreira intestinal.

Segundo Cartwright (2003), os Pré e Probióticos contribuem para a DII por ter ação favorável na mucosa, produz o AGCC, o qual irá minimizar as alergias, conter a diarreia aguda e/ou constipação, prevenindo

assim a translocação bacteriana e consequentemente recaídas. Irá prorrogar o período de inatividade tanto em doentes com RCUI como também em DC (KRUIS, FRIC, STOLTE, 2001; GUSLAND *et. al*, 2000; KRUIS *et. al*, 1997; MALCHOW, 1997).

A Arginina é o componente fundamental das proteínas que são os aminoácidos semiessenciais, ativador potente das células polimorfo nucleares e células T, estas recuperam o resultado imunológico e é fundamental para o equilíbrio, estágios de crescimento e catabolismo (SILVA e MURA, 2014).

Conclusão: As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) estão diretamente associadas a vários fatores que contribuem para a modificação da microbiota intestinal, com isso, tem-se mostrado que a terapia imunomoduladora vem exercendo efeitos benéficos à portadores dessas patologias, atuando na manutenção da flora e na diminuição de possíveis tratamentos invasivos.

4.BIBLIOGRAFIA

BEYER, P., L. (2010). **Tratamento médico nutricional para doenças do trato gastrointestinal inferior.** In: Mahan, L., K. e Escott-Stump, S. (Ed.). *Alimentos, Nutrição e*

Dietoterapia. 12ª edição. Rio de Janeiro, Elsevier, pp. 689-695.

CABRE, E., e DOMENECH, E. (2012). **Impact of environmental and dietary factors on the course of inflammatory bowel disease.** *World Journal of Gastroenterology*, 7; 18(29), pp. 3814-3822.

CAMPOS FG, WAITZBERG DL, TEIXEIRA MG, MUCERINO DR, HABR-GAMA A, KISS DR. **Inflammatory bowel diseases: principles of nutritional therapy.** *Rev Hosp Clin Fac Med USP* 2002; 57(4):187-98.

CAMPOS FG, WAIZBERG DL, LOGULO AF, TORRINHAS RS, TEIXEIRA WG, HABR-GAMA A. **Imunonutrição em colite experimental: efeitos benéficos dos ácidos graxos ômega-3.** *Arq Gastroenterol* 2002; 39(1):48-54.

CARDOZO. W.S.; JUNIOR S. C. W. Doença inflamatória intestinal. Pág.315 e 317. São Paulo, 2012.

CARTWRIGHT P. **Probiotics for IBD: evidence for benefits. Crohn's & Colitis.**

CUPPARI, L. **Guia de nutrição clínica: Clínica no adulto.** 3ª ed. Barueri, SP: Manole, 2014. (Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar/ editor Nestor Schor)

DICHI I, BURINI RC. **Dietoterapia na doença inflamatória intestinal.** *Ver Bras Nutr Clin* 1996; 11(1):1-7.

FRANCES, D., MONAHAN, F., SHARON, A., et al. (2010). **Problemas do intestino.** In: Monahan. F., D., Sands, J., K., Neighbors, M., et al (Ed.). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Perspectivas de Saúde e Doenças.* 8ª edição. Loures, Lusodidacta, Volume III, pp. 1284-1291.

FLORA L.P.A, DICHI I. **Aspectos atuais na terapia nutricional da doença inflamatória intestinal.** Current aspects of nutritional therapy in inflammatory bowel disease. **Aspectos atuais en la terapia nutricional de la enfermedad inflamatoria intestinal.** *Rev Bras Nutr Clin* 2006; 21(2):131-7

GUSLANDI M, MEZZI G, SORGHIO M, TESTONI PA. **Saccharomyces boulardii in In: Probiotics for Crohn's & Colitis.** Great Britain, Prentice Publishing; 2003, p.46-53

GUSLANDI M, MEZZI G, SORGI M, TESTONI PA. **Saccharomyces boulardii in maintenance treatment of Crohn's disease.** Dig Dis Sci 2000; 45(7):1462-4.

KRUIS W, FRIC P, STOLTE M. **Maintenance of remission in ulcerative colitis is equally effective with Escherichia coli Nissle. 1917 and with standard mesalamine.** Gastroenterology 2001; 120 (Suppl. 1): A127 (Abstr 680).

KRUIS W, SCHUTZ E, FRIC P, FIXA B, JUDMAIER G, STOLTE M. **Double-blind comparison of an oral Escherichia coli preparation and mesalazine in maintaining remission in ulcerative colitis** Aliment Pharmacol Therap 1997; 11(5):853-8.

MAHAM, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. Krause: **Alimentos, nutrição e dietoterapia.** 13ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1227 p.

MALCHOW HA. **Crohn's disease and Escherichia coli.** J Clin Gastroenterol. 1997; 25:653-8.

REIS. N.T. **Nutrição clínica sistema digestório.** Pág. 129. Rio Janeiro, 2003.

SÉRGIO, J., S., COUTINHO, I., e MARQUES, S. (2004). **Aparelho Digestivo.**

In: Sérgio, J., S., Coutinho, I., e Marques, S. (Ed.). **Fundamentos da Patologia para Técnicos de Saúde.** 2ª edição. Loures, Lusociência, pp. 148-149

SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia.** 2ª Ed.; vol. 2; São Paulo: Roca 2014.