Doenças do Esôfago e Estômago

Acalasia:

- Distúrbio no qual as contrações rítmicas do esôfago (movimentos peristálticos) estão ausentes ou comprometidas, o esfíncter esofágico inferior não relaxa normalmente e ocorre um aumento na pressão de repouso do esfíncter esofágico inferior (EEI) → Distúrbio de motilidade esofágica;
    - Defeito no peristaltismo e falta de relaxamento do EEI durante a deglutição.
- Ocorre por degeneração nervosa progressiva → Perda de gânglios do plexo mioentérico do esôfago, resultando em denervação do músculo esofágico (Estenose);

Tratamento:

➢ **Nenhuma terapia restaura o peristaltismo; o tratamento da acalasia visa reduzir a pressão no EEI** → Nenhum tratamento reverte a degeneração das células ganglionares, e nem restauram os danos!

- Dilatação por balão (dilata o EEI);
- Miotomia cirúrgica (de Heller) ou endoscópica do EEI;
    - Seccionar algumas fibras musculares com o objetivo de reduzir o EEI.
- Injeção de toxina botulínica no EEI;
    - Escolha para pacientes com alto risco cirúrgico.
- Fármacos;
    - **Terapia menos efetiva**;
    - Usado em pacientes com contraindicação à terapia invasiva ou em falha nas aplicações de toxina botulínica.

★ **Nitratos** (*dinitrato de isossorbida*);
- 5 mg, sublingual;
- Curta ação → Administrado antes das refeições (cerca de 15 min);
- Libera óxido nítrico → Relaxa a musculatura lisa;
- Alívio dos sintomas a curto prazo, benefício com pouca duração;
- Efeitos colaterais: Cefaleia, hipotensão, rubor facial (pela vasodilatação).

★ **Bloqueadores do canal de cálcio** (ex: *nifedipino*);
- 20 mg, sublingual;
- Administrado 45 min antes das refeições;
- Redução do cálcio intracelular → Leva ao relaxamento do EEI;
- Efeitos colaterais: Cefaléia, hipotensão arterial, edema periférico.

Refluxo Gastroesofágico:

- Incompetência do esfíncter esofágico inferior que permite o refluxo do conteúdo gástrico no esôfago, causando dor em queimação;
- A passagem do conteúdo gástrico para o esôfago é fisiológico → Não causa sintomas;
    - Paciente apresentou sintomas → DRGE;
    - A maioria dos episódios é breve e não causa sintomas.
- Alta prevalência no Brasil (12 - 20%);
- Variedade de apresentações clínicas: Azia, regurgitação, hipersalivação, etc;
    - Para ser considerada DRGE, o paciente deve apresentar sintomas, pelo menos, 2x por semana.

Tratamento:

➢ Objetivos:
- Diminuir a acidez gástrica e os sintomas;
- Fortalecer o EEI;
- Estimular a motilidade esofágica;
- Evitar complicações.

➢ Varia conforme a gravidade e a frequência dos sintomas;

➢ Também deve ser realizado na presença de esofagite erosiva ou esôfago de Barrett identificados em endoscopia digestiva alta;

➢ **Não farmacológico:**

- **Dieta e MEV** → Modificação do estilo de vida;
  - Redução controlada do peso;
  - Elevação da cabeceira da cama (cerca de 15 cm);
  - Posição supina após alimentação;
  - Evitar alimentação entre 2 a 3 horas antes de dormir;
  - Evitar certos alimentos: Cafeína, álcool, alimentos com alto teor de gordura;
  - Não fumar.

➢ **Farmacológico:**

- **Antiácidos**:
  - Neutralizam o pH gástrico (quimicamente);
  - Não impedem o surgimento ou piora da DRGE;
  - Recomendado por curto prazo ou conforme sintomas (para alívio);
  - Início de ação geralmente 5 minutos;
  - Efeitos por curta duração 30 - 60 minutos;
  - Vantagens → Alívio rápido dos sintomas a baixo custo;
  - Desvantagens → Efeito por curto período (4 - 8 tomadas ao dia), efeitos gastrointestinais (diarreia ou constipação), alcalose (raro).

- **Antagonistas do receptor H2 da histamina (H2RA)**:
  - Supressão da secreção gástrica de ácido;
  - Inibe de modo reversível a ligação da histamina aos receptores H2;
    - Nas células parietais;
    - Histamina + receptor → Ativa bombas de prótons → Mais ácido no estômago.
  - Antagoniza de forma indireta a gastrina e acetilCoA;
  - Uso limitado → Taquifilaxia em 3 dias após início do uso;
  - Indicação sob demanda dos sintomas, não contínuo;
  - Início de ação lento;
    - Concentração máxima em 1 - 3 horas e duração de 4 - 10h.
  - Eliminação: excreção renal.
  - Efeitos adversos: gastrointestinais, dor muscular, etc;
  - *Ranitidina, cimetidina, famotidina, nizatidina*;
    - Ranitidina foi retirada do mercado brasileiro pela anvisa em 2020;
    - Cimetidina → Efeito antiandrogênico (atravessa placenta e leite materno).

- **Inibidores da bomba de prótons (IBPs)**;
  - Tratamento mais efetivo, porém, mais novo → Estudos em andamento;
  - Inibidores mais potentes da secreção de ácido gástrico;
  - Ligação irreversível e inibição da bomba de hidrogênio-potássio (H-K) ATPase (bomba de prótons);
  - Pró-fármacos → Ativados em ambiente ácido;
  - Maior eficácia: 30 minutos antes da primeira refeição do dia;
    - Jejum → Mais bombas de prótons ativas → Medicamento tem mais “locais” para atuar.
  - Uso diário por, pelo menos, 8 semanas → Melhor controle dos sintomas e qualidade de vida;
    - Como o corpo é capaz de produzir mais bombas de prótons, esses medicamentos devem ser de uso contínuo, pois, caso contrário, as novas bombas de prótons que são produzidas diariamente não serão inativadas = sintomas.
  - Metabolização hepática e excreção renal;
  - Efeitos adversos: Constipação, diarréia, náuseas, flatulência, cefaleia, etc;
  - Manutenção dos sintomas com uso de IBPs:
    - Horário adequado;
    - Dosagem inadequada;
    - Outras comorbidades não abordadas;
    - Diagnóstico diferencial.
  - Uso prolongado dos IBPs:
    - Eleva os níveis de gastrina (pode causar hiperplasia celular, sem displasia);
    - Deficiência de micronutrientes (B12 e Mg) → Raro;
    - Aumento do risco de infecção por clostridium difficile (não comprovado);

↳ Pacientes com DRC com uso crônico de IBPs → Tendem a apresentar piora do grau de insuficiência renal..

⇨ Exemplos: *Omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, dexlansoprazol, pantoprazol, etc*;

➢ **IBP Trial:** Curso empírico de antiácidos por 2 semanas;
↳ Não é recomendado → Não é sensível e nem específico

- **Baclofeno**:
  - ⇨ Indicado para DRGE refratária ao tratamento + refluxos não-ácidos;
  - ⇨ Agonista GABA-B → Modulador do esfíncter esofágico inferior;
    - ↳ Auxilia o EEI a reduzir seu relaxamento;
    - ↳ Usado quando a DRGE não é apenas por produção excessiva de ácido, mas também por fraqueza/relaxamento excessivo esofágico.
  - ⇨ Ação de diminuir o relaxamento do esfíncter e reduzir o refluxo;
  - ⇨ Uso limitado pelos efeitos colaterais → Sonolência, delírios, etc.

Doença Ulcerosa Péptica:

- Perda da integridade do estômago ou duodeno;
- Desequilíbrio entre fatores produtores e lesivos;
- Erosões X Úlceras;
  - Erosões → Superficiais, não envolvem camada muscular;
  - Úlceras → Envolvem camada muscular.
- Principal etiologia: *H. pylori* (50 - 70% das úlceras duodenais e até 50% das gástricas) e AINEs (também cerca de 50% das úlceras gástricas);
- Complicações: Hemorragia, perfuração e obstrução gástrica;
  - Obstrução → Úlceras de repetição podem acarretar em estenose local pela retração do tecido cicatricial;
    - ⇨ Anos de úlceras de repetição;
    - ⇨ Maior risco no duodeno.

Tratamento:

➢ Objetivos:
- Equilibrar fatores de defesa da mucosa gástrica e fatores lesivos;
- Erradicação do *H. pylori*;
- Suspender o uso de AINEs.

➢ **Erradicação da *H. pylori:***
- Gram-negativa;
- Adaptada ao meio ácido;
- Infecta cronicamente;
  - ⇨ Mais comum em países em desenvolvimento → Saneamento básico.
- Pode causar:
  - ⇨ Gastrite;
  - ⇨ Doença ulcerosa péptica;
  - ⇨ Adenocarcinoma gástrico;
    - ↳ Pacientes infectados por *H. pylori* tem de 3 - mais chance de desenvolver CA gástrico;
    - ↳ Sempre tratar *H. pylori*, mesmo que paciente assintomático.

Imagem: Desequilíbrio entre fatores protetores e lesivos. 6x

❑ **IBPs X H2RA:**
- H2RA - efetivos na supressão ácido a curto prazo, taquifilaxia limita.
- H2RA - mais tempo sendo usado, mais conhecimento sobre efeitos adversos.
- IBPs - alívio mais eficaz dos sintomas de DRGE.
- IBPs - mais efetivos no processo de cicatrização de úlceras
- IBPs - mais eficaz na cura da esofagite erosiva - independente da gravidade.

❑ **Limitações dos IBPs:**
- Custo mais alto que H2RA.

- Linfoma gástrico de baixo grau.

- Mecanismos de infecção:
  1. Com a presença da bactéria, o estômago produz mediadores inflamatórios. Esses mediadores inibem a somatostatina, a qual deveria inibir a liberação de gastrina, logo, com a presença do *H. pylori*, a somatostatina diminui e a gastrina aumenta;
  2. *H. pylori* produz urease → Teste da urease (endoscopia) → Positivo = Paciente com H. pylori. Essa urease faz com que o pH gástrico aumente, ficando menos ácido, o que leva o organismo a reagir com o aumento da liberação de gastrina e aumento das bombas de prótons, a fim de reequilibrar o pH, aumentando, assim, a acidez;
     - Existem outras formas de detectar o H. pylori.

★ **Tratamento quádruplo** (14 dias - mais efetivo)**:**
- IBP 2x por dia;
- Bismuto 524 mg de 6/6h;
- Metronidazol;
- Tetraciclina 500 mg 6/6h.

★ **Tratamento triplo** (10 - 14 dias)**:**
- IBP 2x por dia;
- Amoxicilina 1g de 12/12h ou Metronidazol 250 mg 6/6h;
- Claritromicina 500 mg de 12/12h.

- Fatores associados à não erradicação:
  - Má aderência do paciente ao tratamento;
  - Efeitos adversos das medicações → Em até 50% dos pacientes;
  - Resistência antimicrobiana;
    - Principalmente à claritromicina;
    - Tratamento quádruplo tem se mostrado mais efetivo.

➢ **Supressão da acidez gástrica:**
- IBPs → Redução da secreção ácida e auxílio(facilitação) na cicatrização da úlcera;
  - Omeprazol, esomeprazol, pantoprazol, etc;
    - Utilização junto aos antibióticos → Melhor adesão.
  - Úlcera duodenal não complicada → 1 dose diária por 4 semanas;
  - Úlcera duodenal complicada → 2 doses diárias por 4 semanas;
  - Úlcera gástrica → 1 ou 2 doses diárias por 6 - 8 semanas.
- H2RA e Antiácidos → Controle dos sintomas;
  - Substituídos pelos IBPs na supressão ácida em doença ulcerosa péptica;
    - Praticamente não são mais utilizados.

➢ **Agentes de revestimento:**
- **Sucralfato**;
  - Transforma-se em gel quando em contato com pH < 4;
  - Sal de sulfato de sacarose + hidróxido de alumínio;
  - Gel adere ao epitélio gástrico por cerca de 6h;
    - Adere em locais com dano tecidual;
    - Reduz área de contato da área lesada com o ácido;
    - Sem efeito sistêmico → Pouco efeito colateral.
  - Sem ação significativa sobre a secreção ácida;
  - Atenção: Interfere na absorção de outros medicamentos.
- **Bismuto Coloidal**:
  - Encontram as glicoproteínas do muco gástrico;
  - Formam uma barreira que protege a úlcera contra lesão adicional do ácido;
  - Impede o crescimento do *H. pylori*;
  - É utilizado como parte de esquemas de erradicação.

- **Úlceras associadas ao uso de AINEs:**
  - TGI → Alvo dos efeitos colaterais dos AINEs;
  - Consequência de lesões tópicas + efeitos sistêmicos.
    - **Efeitos Sistêmicos:** AINEs inibem a COX-1, reduzindo a produção de prostaglandinas, as quais são desencadeadoras de infecções;
      - COX-1 está presente em diversos tecidos, fazendo parte do seu equilíbrio. No estômago a COX-1 tem função de proteção gástrica, no rim tem função de promover homeostase vascular;
      - AINEs também aumentam riscos de insuficiência renal aguda, pois, sem a COX-1, perde-se um fator de equilíbrio do fluxo sanguíneo renal.
      - Efeito sistêmico presente em outras formas de administração, além da oral.
    - **Efeitos Tópicos:** AINEs são considerados ácidos fracos/neutros. Podem aumentar a acidez gástrica após ingestão.
      - Presente apenas na VO.
  - Suspender o uso de AINEs pelo risco de sangramento digestivo ou perfuração;
  - Se o paciente necessita do uso de AINEs, considerar inibidores seletivos da COX-2;
    - Não irão inibir COX-1;
    - Ex.: Piroxicam, meloxicam, diclofenaco (não é tão seletivo), naproxeno, nimesulida, celecoxibe, etc.

- **Úlceras relacionadas ao estresse:**
  - Se relaciona ao estresse físico → Pacientes sob estresse de doença grave, em UTI, internados há longo prazo, etc;
  - Risco em pacientes críticos;
  - Redução da perfusão sanguínea da mucosa gástrica e aumento da acidez local;
    - Além do paciente, comumente, estar em jejum/jejum prolongado.
  - Há protocolos institucionais de profilaxia com IBPs ou H2RA intravenosos;
  - Tratamento: IBPs intravenosos.

- **Síndrome de Zollinger-Ellison:**
  - Presença de vários gastrinomas pancreáticos ou duodenais;
    - Tumores secretores de gastrina.
  - Hipersecreção ácida;
  - IBPs em dose maior.

Doenças Funcionais Gastrointestinais

➔ Quando nenhuma anormalidade fisiológica ou estrutural para queixas do TGI é encontrada, mesmo depois de investigação extensa;
  - É um diagnóstico de exclusão → Exclui-se doenças orgânicas, palpáveis, e, apenas após investigação, se nada for encontrado, pensa-se em doença funcional.

➔ Representa 30 - 50% dos casos encaminhados para o gastroenterologista;

➔ **Piora na qualidade de vida**.

Dispepsia funcional:

- Relacionada com:
  - Distúrbios da interação cérebro-funcional;
  - Hipersensibilidade visceral;
  - Distúrbio de motilidade;
  - Microbiota alterada;
  - Alterações do sistema imune;
  - Condições psicológicas podem estar associadas em alguns pacientes.
- Sintomas mais comuns:
  - **Dor ou desconforto epigástrico**;
  - **"Má digestão"** (peso, distensão gástrica ou plenitude pós-prandial);
  - **Eructações frequentes**.
- Tratamento:
  - **Voltado aos sintomas**, após excluídas outras patologias;
  - Aliviar sintoma predominante;
  - **MEV + acompanhamento psicológico**;
  - Cerca de 90% dos pacientes terão manutenção dos sintomas e necessitarão de tratamento adicional.

Tratamento:

➢ ***H. pylori*:**
  - Pacientes devem ser testados para *H. pylori;*
  - A erradicação do H. pylori pode melhorar os sintomas dispépticos, alterando a secreção de ácido ou modificação da microbiota intestinal;
  - Se teste negativo e manutenção dos sintomas → Tentar uso de **IBPs empírico por 4 a 8 semanas**;
    - Se não houver resposta clínica → Suspender IBPs e tentar outras opções;
    - Se responder, manter e tentar suspender em 6 a 12 meses.

➢ **Bloqueadores de Receptor H2:**
  - Metanálise → Associados a uma redução de 23% nos sintomas;
  - **Cimetidina** → Ranitidina saiu do mercado.
  - Cerca de 90% dos pacientes que realizarem tratamento com IBPs ou bloqueadores de H2 terão recorrência/manutenção dos sintomas, necessitando de tratamento adicional;
  - Não se deve realizar uso contínuo devido à taquifilaxia.

➢ **Antidepressivos:**
  - Tricíclicos → **Amitriptilina** e Nortriptilina (além de antidepressivo, aumenta limiar da dor);
    - Fornecido pelo SUS em 25mg → Mais comumente utilizado;
    - Atual na fenda pré-sináptica, reduzindo a recaptação de neurotransmissores (noradrenalina, serotonina, etc).
  - Tetracíclicos → Mirtazapina;
  - Inicia-se em doses baixas, aumento a cada 2 semanas, se necessário;
  - Uso por, pelo menos, 12 semanas;
    - Se ausência de melhora, suspender;
    - Se resposta, usar por, pelo menos 6 meses, e, após, realizar <u>retirada gradual</u>.
  - Efeito colateral: Sonolência.
    - Orientar o paciente a tomar a medicação à noite.

➢ **Pró-cinéticos:**
- Em pacientes que as outras tentativas não foram efetivas;
- Tratamento dos sintomas;
- Se retorno dos sintomas → Repetir terapia;
  - Pode-se associar o uso antes das refeições.
- **Metoclopramida (plasil)**:
  - 5 - 10mg, 3x/dia, 10 - 30 min antes das refeições;
  - Antagonistas da dopamina;
  - Pró-cinético e anti-emético;
  - Estimula a motilidade muscular lisa do TGI superior → Aceleração do trânsito gastrointestinal;
    - Reduz sensação de plenitude pós-prandial e estufamento gástrico;
    - Pode apresentar diarréia e presença de "roncos" abdominais.
  - Não estimula secreções gástrica, biliar e pancreática;
  - Pico plasmático em 30 - 60 min;
  - Meia vida de 3h;
  - Excreção urinária.

- **Domperidona:**
  - Antagonista da dopamina;
  - Estimula passagem de alimento do esôfago para o estômago;
  - Aumenta a motilidade gástrica e duodenal → Acelera esvaziamento gástrico;
  - 10mg 3x/dia, VO, 15 - 30 min antes das refeições.

Síndrome do Intestino Irritável:

- Subtipos de SII → Classificação pela escala de bristol;
- **Dor abdominal crônica e hábitos intestinais alterados na ausência de uma doença orgânica**;
  - Pode predominar constipação ou diarreia → Irá orientar o tratamento.
- Se sintomas leves e intermitentes, relacionados ao estilo de vida e dieta do paciente;
- Considera-se síndrome em pacientes com **dor abdominal recorrente por, pelo menos, 1x por semana nos últimos 3 meses**, além de **alteração no aspecto das fezes**;
- Se sintomas leves ou intermitentes que não atrapalhem a qualidade de vida do paciente → MEV e dieta;
- Se sintomas moderados e graves ou que reduzem qualidade de vida → Medicamentos.

Constipação + Dor abdominal:

➢ Mais de 25% das evacuações em bristol 1 e 2;
➢ Fezes bristol 6 ou 7 em menos de 25%;
➢ **Fibras solúveis:**
- Psyllium;
- Dilui com água e toma.

➢ **Laxativos osmóticos:**
- Soluções eletrolíticas de polietilenoglicol de cadeia longa (**PEG 4000**, **Macrogol**, **sal amargo**);
- Não são bem absorvidas pelo intestino;
  - Ficam retidas na luz intestinal, causando alta osmolaridade → "Puxa" água para o lúmen;
  - Mesmo sendo osmótico, mantém pouca ou nenhuma transferência iônica, o que possibilita maior segurança no uso → Não puxam tantos eletrólitos.
- Uso não precisa ser fixo;
- Efeitos colaterais: Náuseas e vômitos.

➢ **Laxativos secretores:**
- **Lubiprostona:**
  - Ativador do canal de cloro (Cl-);
  - Aumenta a secreção de fluido intestinal rico em cloreto;
    - Cloro irá "puxar" o sódio → Sódio irá "puxar" a água;
    - Traz água para luz intestinal → Fezes ficam mais hidratadas.
  - Indicados quando os laxativos osmóticos não funcionaram;
  - Ação local;

- Uso 2x/dia
- Efeitos colaterais: Náuseas, vômitos, diarréia, dor abdominal,etc.

- **Linaclotida e Plecanatida (Prolance):**
  - Agonistas das guanil-ciclases;
  - Peptídeo sintético;
  - Aumentam a rapidez do trânsito intestinal pela liberação de fluido intestinal;
  - Liga-se aos receptores de guanilciclase, aumentando a concentração de guanosina (CGMG) intra e extracelular;
    - Extracelular → **Aumenta a secreção de líquido para o lúmen intestinal**;
    - Intracelular → Reduz a sensibilidade das fibras nociceptivas → **Diminuição da dor**.
  - Uso contínuo, 1x/dia;
  - Caro, não é liberado no Brasil;
  - Efeitos colaterais: Diarreia (pode ser intensa);
  - Containdicações: Pacientes menores de 6 anos e suspeita de obstrução mecânica (estimular a passagem de fezes pode estimular rompimento intestinal).

➢ **Pró-cinéticos:**
- Tratam a constipação, mas não a dor;
- **Agonistas do receptor 5-hidroxitriptamina-4 (5-HT4):**
  - Agonistas dos receptores de serotonina;
  - Estimula liberação de neurotransmissores (serotonina) na parte neural do intestino, aumentando a motilidade colônica;
    - Fezes ficando menos tempo no intestino, acontece menor reabsorção de água pelo intestino.
  - Tegaserod → Cápsulas, 2x/dia;
  - Efeitos adversos: Cefaleia, dor, IAM;
  - Obs.: Embora o plasil também seja um pró-cinético, não é utilizado para Síndrome do Intestino Irritável, pois não mostrou resposta.

➢ **Inibidores da troca de sódio/hidrogênio 3 (NHE3):**
- Reduz a absorção de sódio e fosfato;
  - Sódio fica livre na luz intestinal, “puxando” a água.
- Aumento do volume (por maior quantidade de água) e trânsito do fluido intestinal;
- VO, 2x dia;
- Efeitos adversos: Diarréia e flatulência;
- Contraindicações: Pacientes menores de 6 anos e suspeita de obstrução mecânica intestinal (pode ocorrer ruptura);
- Medicamento novo, ainda não tem no Brasil → Sbrella.

Diarreia + Dor abdominal:

➢ **Fármacos anti-secretores e supressores da motilidade:**
- **Loperamida (Imosec):**
  - Liga-se ao receptor opiáceo na parede intestinal, inibindo a liberação de acetilcolina e prostaglandinas;
  - Diminui a motilidade e deixa as fezes mais endurecidas;
    - Aumenta o tempo de trânsito do TGI e o tônus esfincteriano anal;
    - Favorece a absorção intestinal de fluidos.
  - Administração 45 minutos antes das principais refeições;
  - Meia vida de 11h;
  - Eliminação pelas fezes;
  - Contraindicações: Crianças e pacientes em que se desconfia de diarreia por causa infecciosa (risco de megacólon tóxico);
    - O uso pode ser considerado se o paciente já estiver em uso de ATB para tratamento da infecção intestinal e seu único sintoma atual é diarreia;
    - Nunca dar medicamentos constipantes para abdome agudo infeccioso ou sepse abdominal!

- Efeitos colaterais: Constipação.

➢ **Fármacos supressores de motilidade:**

- **Eluxadolina:**
  - Agonista do receptor opióide MU e antagonista do receptor opióide delta;
  - Pode auxiliar na dor abdominal;
  - Ação local no TGI, reduzindo a peristalse;
    - Menor ação sistêmica → Menor efeitos colaterais;
    - Reduzindo a velocidade do trânsito, as fezes ficam mais tempo no intestino e, assim, ocorre maior reabsorção de água.
  - VO, 2x/dia, contínuo;
  - Contraindicações: Distúrbios biliares, história de pancreatite, insuficiência hepática (pela passagem hepática) e etilismo (por deixar o paciente mais suscetível à pancreatite);
  - Efeitos colaterais: Náuseas, constipação, dor e pancreatite.

➢ **Sequestradores de ácidos biliares:**

- **Colestiramina**, colestipol:
  - Não funcionará em todos os pacientes, apenas naqueles com má absorção de ácidos biliares;
    - 50% das SII-D apresentam má absorção de ácidos biliares;
    - Ácidos biliares não absorvidos → Estimulação colônica + aumento de secreção e motilidade.
  - Os sequestradores formam um complexo insolúvel com os ácidos biliares, os quais impedem que a bile interaja com as fezes;
  - Pode causar diminuição na coloração das fezes, mas não acolia total;
  - Efeitos colaterais: Flatulência, distensão abdominal, dor abdominal e constipação;
    - Muitos pacientes não toleram a medicação devido à distensão.

➢ **Probióticos:**

- **Floratil:**
  - Não há estudos conclusivos;
  - Não há recomendação como rotina de tratamento.

Doenças Inflamatórias Intestinais

Constipação e Diarréia

Doença de Crohn:

- Doença inflamatória crônica idiopática → Inflamação transmural;
- Pode afetar qualquer segmento gastrointestinal → Não necessariamente segmentos contínuos;
- Manifestações extra-intestinais → Doenças de pele, conjuntivite de repetição, artralgias, etc;
- Síndrome de má absorção → Diarreia (pode ser com sangue);
- Complicações: Fístulas anais ou anovesicais.

Avaliação:

- Além dos parâmetros clínicos, avalia-se:
  - Avaliação endoscópica → Presença de ulcerações em mucosa intestinal, estreitamento e extensão da doença;
    - ⇨ Inflamação crônica pode induzir fibrose, o que pode gerar estreitamento intestinal (obstrução).
  - Parâmetros laboratoriais → Hemograma, PCR, calprotectina fecal;
    - ⇨ **Calprotectina:** Eliminada quando se quebra uma célula inflamatória, assim, essa proteína **aparece nas fezes em situações de inflamações**.
  - Presença ou ausência de envolvimento TGI superior;
  - Calculadoras:
    - ⇨ CDA → Crohn's Disease Activity Index;
    - ⇨ HBI → Harvey-Bradshaw Index (avaliação de sintomas nas últimas 24h).

Tratamento:

- Doença tratamento dependente;
  - Localização anatômica (avaliada pela colonoscopia);
  - Atividade e gravidade da doença (clínica do paciente);
  - Respostas a terapias prévias;
  - Presença de complicações (fístulas ou doença perianal).
- Objetivo:
  - Induzir a remissão da doença → **Induzir a redução da inflamação**;
  - Manter a remissão.
- Índice de atividade da doença:
  - Classificação subjetiva → Conversa com o paciente → Frequência de evacuações, dor, etc;
  - Calculadoras objetivas → CDAI → Coleta dados do paciente e, conforme sua pontuação, a doença será classificada em <u>atividade leve a moderada, moderada e severa, ativa severa e fulminante (aguda)</u>.
    - ⇨ Obs.: Os pacientes podem ser reclassificados caso desenvolvam complicações ou não respondam à terapia inicial

Doença Leve a Moderada:

Indução da remissão;

- **Glicocorticóides:**
  - ⇨ **Budesonida**:
    - ↳ <u>Prednisona</u> pode ser uma opção.
  - ⇨ <u>Reduz a atividade de mediadores químicos inflamatórios</u> (quininas, prostaglandinas, etc);
  - ⇨ Benéfico por possuir, principalmente, efeito local → Menos efeitos colaterais;
  - ⇨ <u>VO com revestimento entérico</u>;
    - ↳ Absorção em íleo terminal e cólon ascendente.
  - ⇨ <u>1ª linha na indução de remissão na doença leve a moderada</u>;
  - ⇨ Inicia-se com dose alta (ataque → 9 mg/dia) por 4 - 8 semanas;
    - ⇝ Após, é feita redução gradual da dose;
      - ⇝ Uso crônico de corticóides: Síndrome de Cushing.
    - ⇝ Quando iniciar a redução da dose do corticóide, já deve pensar no que o paciente usará após, pois a doença pode retornar → Início da terapia de manutenção;
    - ⇝ <u>Não se recomenda uso por mais de 12 semanas por curso</u>;