

Conceitos atuais em síndrome do intestino irritável

Current concepts in irritable bowel syndrome

Wilson R. Catapani*

Resumo

A síndrome do intestino irritável (SII) é uma doença gastrointestinal funcional caracterizada por dor ou desconforto abdominal associados a alterações na característica das evacuações, muito freqüente no mundo todo. Ocorre por uma complexa conjunção de mecanismos, porém, alterações na motilidade intestinal e hiperalgesia visceral são fatores preponderantes. A influência dos fatores psicológicos é notável nos doentes com SII. Atualmente, seu diagnóstico é feito com base em critérios clínicos, denominados de Roma II.

O tratamento é determinado pelo tipo e intensidade dos sintomas, bem como pela abordagem psicossocial. A variedade de sintomas presentes, a compreensão incompleta da fisiopatologia da doença, as complexas interações entre os sistemas nervosos central e entérico fazem com que seja freqüente a utilização simultânea de diferentes medicamentos para o tratamento.

Unitermos

Síndrome do intestino irritável; constipação; diarreia; doenças funcionais do cólon.

Abstract

The irritable bowel syndrome is a functional gastrointestinal disease, which is characterized by abdominal pain or discomfort associated to a change in bowel habits. It is very frequent in the whole world, and occurs due to a complex mechanism, in which motility alterations and visceral hypersensitivity are prominent features. Also, the influence of psychosocial factors is noteworthy. Currently the diagnosis is made on the basis of clinical parameters called Rome II criteria. The treatment is based on the type and severity of symptoms, as well by the psychosocial approach. The variety of symptoms, the incomplete understanding of the pathophysiology and the complex interactions between the central and enteric nervous system, often cause the patient to take more than one medicine for the treatment.

Uniterms

Irritable bowel syndrome; constipation; diarrhea; functional colonic diseases.

Introdução

A síndrome do intestino irritável (SII) é uma doença gastrointestinal funcional caracterizada por dor ou desconforto abdominal associados a alterações na característica das evacuações.

Estima-se que cerca de 20% da população ocidental tenha sintomas compatíveis com a presença dessa síndrome, que acomete principalmente indivíduos jovens, com prevalência maior em mulheres. Fatores culturais e sociais podem influenciar sua prevalência. Ao contrário do que ocorre no Ocidente, em países como a Índia, por exemplo, a SII é mais comum em homens. A SII é responsável por significativa porcentagem de encaminhamentos a gastroenterologistas. Tipicamente, os sintomas são intermitentes e podem sobrepor-se a outros, decorrentes de outras condições, tais como a dispepsia funcional.

No Brasil, não dispomos de dados completos, mas nos Estados Unidos o custo acarretado pela SII, tanto em despesas médicas diretas quanto gastos indiretos, tais como ausência ao trabalho, são bastante elevados.

Fisiopatologia

A SII ocorre por uma complexa conjunção de fatores. Várias alterações de motilidade gastrointestinal estão presentes nesses pacientes, porém elas não se correlacionam bem com a presença dos sintomas. Pesquisas recentes têm demonstrado a existência de uma hiperalgesia visceral fazendo parte da patogênese dos sintomas. Um limiar alterado de percepção retal foi encontrado na maioria dos pacientes com SII frente à distensão retal com balão¹.

Outros estudos, utilizando tomografia de emissão de pósitrons, mostram que, frente à distensão de um balão retal, o cérebro de pacientes com SII ativa o córtex pré-frontal, área que amplia a percepção de dor, enquanto pacientes normais ativam uma área do sistema límbico associada com a inibição da dor².

Uma outra área recente de investigação na fisiopatologia da SII refere-se aos mecanismos de inflamação da mucosa intestinal, particularmente a liberação de citocinas,

* Professor Titular de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina do ABC.

moléculas com ação regulatória sobre as terminações neuronais do sistema nervoso entérico³. Estas substâncias poderiam ser liberadas da mucosa intestinal por estímulos dietéticos ou infecciosos. Em muitos casos de SII, o início dos sintomas segue-se a um episódio de gastroenterite aguda. Em pacientes com SII, encontrou-se um aumento da celularidade da lâmina própria e um aumento no número de mastócitos na muscularis mucosae no cólon e íleo terminal⁴.

A influência dos fatores psicológicos é notável nos doentes com SII. A maioria dos estudos demonstra que alterações de humor e doenças psiquiátricas são mais comuns em pacientes com SII que procuram o especialista do que naqueles não portadores da síndrome ou ainda entre portadores que não procuram o médico com frequência, indicando que provavelmente a estrutura de personalidade do indivíduo age como um fator modulador dos sintomas. Eventos estressantes comumente precedem o início das queixas. Antecedentes de abuso sexual ou físico, especialmente em mulheres, são mais comuns nesses pacientes do que na população em geral, sendo muito frequentemente sub-relatados ou investigados.

Diagnóstico

Tratando-se de uma doença sem alterações estruturais ou bioquímicas identificáveis, seu diagnóstico é feito com base em critérios clínicos.

Em 1978, Manning *et al.* descreveram um conjunto de quatro sintomas que eram mais comuns em pacientes com SII do que em pacientes com doenças orgânicas (dor abdominal aliviada pela evacuação, evacuação de fezes menos consistentes com o início da dor, maior número de evacuações com o início da dor e distensão abdominal)⁵. O valor destes critérios aumentava quando se associavam outros dois: passagem de muco nas fezes e sensação de evacuação incompleta. Entretanto, estudos posteriores demonstraram que estes critérios eram mais sensíveis para o diagnóstico de SII em mulheres do que em homens.

Uma evolução dos critérios de Manning foi obtida pela análise fatorial, verificando-se que a presença simultânea de dor ou desconforto abdominal era aliviada pela evacuação, e associada a uma alteração na frequência ou consistência das evacuações. Estes critérios originariam parte dos denominados critérios de Roma I, que em 1998 foram modificados para resultar nos critérios de diagnóstico atuais, denominados de Roma II.

São eles:

1 – Pelo menos 12 semanas, consecutivas ou intercaladas, nos últimos 12 meses, de desconforto abdominal ou dor abdominal, com pelo menos duas das três características a seguir:

- a. aliviada pela evacuação; e/ou
- b. início associado a alteração na frequência das evacuações; e/ou
- c. início associado a alterações no aspecto das fezes.

A presença dos seguintes sintomas acrescenta suporte adicional ao diagnóstico:

- a. mais que três evacuações ao dia ou menos que três evacuações por semana;
- b. forma anormal das fezes (cibalos, líquidas);
- c. esforço à evacuação, urgência à evacuação ou sensação de evacuação incompleta;
- d. presença de muco nas fezes;
- e. sensação de distensão abdominal.

Quanto maior o número de sintomas acessórios presentes, maior a confiabilidade do diagnóstico. Os critérios acessórios permitem também subclassificar os pacientes em SII com predomínio de obstipação ou de diarreia, ou ainda um padrão misto, alternante entre os dois.

Avaliação clínica

A interpretação cuidadosa dos sintomas é a chave para o diagnóstico da SII. A dor abdominal relacionada à evacuação é mais provavelmente de origem colônica do que aquela associada ao exercício, movimento, micção ou menstruação. Muitos pacientes relatam piora pós-prandial dos sintomas. Ao contrário do que se reporta com frequência, a dor abdominal noturna não é rara nesses pacientes.

Muitas mulheres podem consultar inicialmente o ginecologista por um quadro de dor pélvica. A ocorrência comum de dispareunia em mulheres com SII e, por vezes, a piora dos sintomas durante a menstruação podem obscurecer o diagnóstico de SII, porém a associação da dor com a evacuação e as alterações evacuatórias definem o quadro como uma condição gastrointestinal, e não ginecológica.

Outros sintomas coexistem com frequência em pacientes com SII, particularmente azia, empachamento epigástrico, cefaléia, lombalgia, sintomas urinários e fibromialgia.

O diagnóstico de SII deve ser feito sempre com base nos sintomas, na ausência de sinais de doença orgânica, portanto, deve ser descartado *a priori* em pacientes apresentando febre, perda de peso, anemia, massa abdominal, sangramentos.

Certamente, uma condição tão comum como a SII pode coexistir com outras doenças em um elevado número de vezes, o que eventualmente confunde o diagnóstico. A deficiência de lactase, também bastante comum em nosso meio, pode originar sintomas semelhantes ao da SII, particularmente diarreia pós-prandial e distensão abdominal. Não é raro que pacientes portadores de SII sejam também hipolactásicos e melhorem bastante após a supressão da lactose da dieta.

Em geral, recomenda-se a realização de uma colonoscopia ou enema opaco para a maior segurança diagnóstica. Entretanto, em muitos pacientes, particularmente

jovens com história prolongada e ótimo estado geral, a cuidadosa avaliação e aplicação dos critérios diagnósticos pode conferir segurança, por vezes dispensando a realização de uma colonoscopia, ao menos de imediato, em um primeiro momento. Esta poderá ser indicada posteriormente, de acordo com a evolução do paciente.

Deve-se tomar especial precaução para não superinvestigar desnecessariamente o paciente. Em nosso meio, um hemograma, velocidade de hemossedimentação, três parasitológicos de fezes e dosagem de hormônios tireoidianos podem constituir a base laboratorial para o diagnóstico.

O bom senso clínico deve prevalecer. O paciente poderá evoluir por muitos anos com períodos de remissão e exacerbação dos sintomas, que, se forem os mesmos apresentados na época do diagnóstico, não devem justificar nova investigação. Esta deve processar-se apenas se houver o aparecimento de novos sintomas ou mudança na característica dos sintomas anteriormente apresentados.

Tratamento

Uma terapêutica bem-sucedida depende de um diagnóstico corretamente embasado. Este é fundamental, a fim de se poder assegurar ao paciente a natureza de sua doença, não superinvestigá-lo, diminuindo a confiança na habilidade do médico, e certificando ao doente que não se trata de doença maligna ou grave do ponto de vista orgânico.

É importante considerar o motivo da consulta. Os sintomas podem ter ocorrido por introdução de um novo medicamento para outra doença coexistente, por um evento estressante, por uma alteração dietética. Pode estar ocorrendo um ganho psicológico secundário pelo fato do paciente “estar doente”, sendo comum a utilização deste mecanismo para a manipulação de membros da família.

O tratamento é determinado pelo tipo e intensidade dos sintomas, bem como pela abordagem psicossocial. Muitos pacientes respondem bem aos esclarecimentos prestados por um médico atencioso e assertivo, que transmita-lhes a sensação de segurança, enquanto um número menor de doentes necessitará de um psiquiatra.

A orientação dietética é importante para alguns doentes. Deve-se investigar a relação existente entre os sintomas e alimentos como café, álcool, vegetais formadores de gás e lactose (leite e laticínios), orientando a restrição destes

alimentos se necessário. Outros elementos comumente causadores de diarreia são sorbitol e manitol, encontrados em adoçantes artificiais e alimentos dietéticos. A refeição deve ser realizada tranquilamente, em ambiente calmo, realizando-se mastigação adequada. O aumento do teor de fibra dietética pode melhorar substancialmente a consistência e a frequência das evacuações de pacientes com SII na forma obstipada, embora alguns pacientes não melhorem da queixa de dor abdominal a despeito da melhora na frequência das evacuações. Outros pacientes ainda podem até piorar com a ingestão de fibras.

A variedade de sintomas presentes, a compreensão incompleta da fisiopatologia da doença, as complexas interações entre os sistemas nervosos central e entérico fazem com que seja frequente a utilização simultânea de diferentes medicamentos para o tratamento.

Muitos fármacos já foram preconizados, porém a indicação da maioria deles sucumbiu a protocolos de pesquisa clínica mal feitos, metodologicamente pouco confiáveis, devido a critérios mal definidos de diagnóstico de SII, amostras pequenas, períodos de estudo muito curtos, alta taxa de resposta a placebo, alta frequência de desistências, entre outros.

Entre as drogas indicadas, a loperamida pode ser utilizada quando há diarreia, especialmente se usada antes das refeições ou previamente em situações desencadeantes do sintoma. Pacientes obstipados podem ser abordados com fibras comerciais ou dietéticas, embora estas possam por vezes piorar a flatulência. Lactulose também pode ser indicada, com o mesmo inconveniente.

A dor abdominal pode ser melhorada com o uso de antidepressivos tricíclicos, em doses menores do que as utilizadas no tratamento da depressão, embora estes medicamentos possam causar obstipação intestinal, portanto, sua utilização na síndrome do intestino irritável com predomínio de constipação deve ser cauteloso. As terapêuticas mais recentes têm buscado atuar sobre os receptores de serotonina em nível intestinal. O tegaserode, já disponível comercialmente em nosso meio, é um agonista parcial do receptor 5-HT₄ da serotonina, com indicação em SII na forma obstipada, com bons resultados. O cilansetron, um antagonista do receptor 5-HT₃ da serotonina, com indicação em SSI na forma diarreica, está em estudos no momento.

Referências bibliográficas

1. Accarino AM, Azpiroz F, Malagelada JR. Selective dysfunction of mechanosensitive intestinal afferents in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995; 108(3):636-43.
2. Silverman DH, Munakata JA, Ennes H, Mandelkern MA, Hoh CK, Mayer EA. Regional cerebral activity in normal and pathological perception of visceral pain. *Gastroenterology* 1997;112(1):64-72.
3. Collins SM. Is the irritable gut an inflamed gut? *Scand J Gastroenterol* 1992;192(Suppl): 102-5.
4. Weston AP, Biddle WL, Bhatia PS, Miner PB. Terminal ileal mucosal mast cells in irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 1993;38(9):1590-5.
5. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978;2(6138):653-4.