

FMRP-USP - DISCIPLINA RCG 0432 – SISTEMA DIGESTIVO

TEXTO BÁSICO SOBRE DIARREIAS CRÔNICAS

Dra. Lilian R. O. Aprile (Médica Assistente, Divisão de Gastroenterologia,
Departamento de Clínica Médica, Hospital das Clínicas da FMRP-USP)

CONCEITO E ASPECTOS GERAIS

A diarreia é definida pelo aumento do teor líquido das fezes, em geral acompanhado do aumento da frequência das evacuações (três ou mais defeções ao dia, ou, maior que a frequência habitual do indivíduo, segundo a Organização Mundial da Saúde).

A duração da diarreia é importante, pois pode fornecer informações sobre a sua etiologia. A diarreia aguda tem duração de até 14 dias, a diarreia persistente tem duração maior que 14 dias e a diarreia crônica tem mais de 30 dias de duração. A maioria dos casos de diarreia aguda é de infecções auto limitadas (ex.: vírus ou bactérias). Quanto maior a duração da diarreia, mais prevalentes são as causas não infecciosas.

A diarreia crônica é um problema clínico relativamente comum, mas a maioria dos casos é de condições em que não há comprometimento sistêmico evidente.

CLASSIFICAÇÃO: FISIOPATOLOGIA E CLÍNICA

Conforme os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, a diarreia crônica pode ser dividida em quatro subgrupos: osmótica, secretora, inflamatória e motora. Vale ressaltar que, frequentemente, a diarreia pode ter mais de um mecanismo implicado na sua fisiopatologia.

Outro tipo de classificação refere-se à provável origem topográfica das alterações fisiopatológicas, comportando as porções superiores do trato gastrointestinal ou as mais distais. Estes dois tipos são coloquialmente chamados, respectivamente, de “diarréia alta” e “diarreia baixa”.

Um terceiro tipo baseia-se na presença ou não de manifestações que surgiram causa orgânica ou comprometimento sistêmico. Este tipo de classificação é relevante porque a grande maioria das diarréias crônicas não têm alterações estruturais (ex.:

diarreia funcional e síndrome do intestino irritável) nem comprometimento sistêmico associado (ex.: diarreia do diabético, malabsorção de lactose).

AVALIAÇÃO CLÍNICA

O primeiro passo na avaliação da diarreia crônica é obter história clínica detalhada e fazer exame físico completo, o que leva à utilização mais adequada dos exames complementares. Devem ser questionadas a consistência das fezes, a frequência das evacuações, eventuais sintomas noturnos e perda ponderal. Sangramento retal pode ser sinal de lesão da mucosa, mas também pode ocorrer por lesões orificiais (ex.: hemorroidas). Importante pesquisar histórico de viagens, risco para infecção pelo HIV, história prévia de quadros diarreicos, e história familiar de doenças gastrintestinais. Especial atenção deve ser dada ao uso atual ou remoto de medicações e ao histórico de procedimentos cirúrgicos.

O exame físico geral deve observar manifestações indicativas de comprometimento sistêmico, como emagrecimento e palidez, além de repercussões sobre a pele, articulações e gânglios e evidências de deficiências nutricionais. O exame do abdome deve procurar sinais de distensão gasosa e massas ou segmentos intestinais palpáveis.

INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR

Os testes iniciais de laboratório geralmente incluem o hemograma completo e a dosagem da albumina sérica e dos níveis totais de proteína. Baixos níveis de albumina sérica ocorrem em pacientes com desnutrição e naqueles com condições inflamatórias crônicas, por diminuição na síntese proteica, ou perda intestinal de proteínas pela mucosa lesada. A dosagem de eletrólitos e os testes de função renal estão indicados quando se suspeita de diarreia secretora. Embora inespecífico, o aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS) e dos níveis de proteína C-reativa pode indicar doença inflamatória intestinal, particularmente quando há alta suspeita clínica. Os testes para deficiências de vitaminas e minerais podem ser úteis.

A estatorreia pode ser confirmada pelo teste qualitativo do Sudan III, mas deveria ser confirmada pela determinação quantitativa de gordura fecal, atualmente pouco utilizada, por razões técnicas.

Testes específicos podem ser necessários quando se suspeita de infecções e infestações ocasionando diarreia crônica.

A colonoscopia com biópsias é recomendada em pacientes com diarreia inflamatória com indícios de comprometimento colônico ou íleal, ou nos casos sem diagnóstico estabelecido, particularmente naqueles pacientes com mais de 50 anos. A endoscopia digestiva alta pode ser útil se houver suspeita de condição que afeta o estômago ou o duodeno, que pode ser um tipo de “vitruve” de processos envolvendo o jejuno.

Algumas situações podem justificar a realização de “teste terapêutico”, com o tratamento empírico dos pacientes, se houver um alto nível de suspeita clínica de causa específica. Por exemplo, pode-se utilizar a colestiramina na diarreia crônica após ressecção ileal ou cirurgia de vesícula biliar (colecistectomia). Nessas situações, a resposta ao tratamento afirma o diagnóstico sem necessidade de novos exames. Da mesma forma, a administração de enzimas pancreáticas pode ser feita em casos que se suspeita de insuficiência pancreática exócrina e não haja como comprovar esteatorreia.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASSOCIADAS AOS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

Embora as apresentações clínicas das várias condições que se expressam por diarreia crônica sejam muito variáveis, vários aspectos da história clínica podem ajudar a distinguir entre diarreias secretoras, osmóticas e inflamatórias.

Na diarreia secretora há dejeções aquosas, volumosas, com despertar noturno, não há melhora ou piora com a alimentação e a diarreia não melhora com o jejum. Pode haver desidratação e alterações dos eletrólitos. Exemplos de diarreias secretoras são as raras condições em que tumores produzem substância secretogoga (síndrome carcinoide, gastrinomas e vipomas). Outro exemplo mais comum de diarreia secretora é a diarreia colérea após colecistectomia, decorrente do excesso de ácidos biliares no lúmen do cólon, que escapa da absorção ileal e sofre desconjugação bacteriana, estimulando secreção colônica de fluidos e eletrólitos.

Nas diarreias osmóticas, substrato não absorvível no meio intraluminal provoca movimento de fluidos do intravascular para a luz do trato gastrointestinal. Exemplo disso é a ingestão de íons não absorvíveis, como magnésio, fósforo e sulfato, que compõe

laxativos usados na constipação crônica. Outro exemplo é a intolerância à lactose, em que a diarreia osmótica associa-se a aumento da produção de gases intestinais, pela fermentação do dissacarídeo não digerido, o que causa distensão, flatulência e dor abdominal.

Outro tipo importante de diarreia osmótica é gerado pela falta de digestão e absorção dos nutrientes intraluminares pelo epitélio intestinal, ou do seu transporte para a corrente sanguínea. No caso da síndrome de malabsorção, em que há prejuízo à digestão e absorção de todos os macronutrientes, um elemento específico útil ao diagnóstico é a esteatorreia. As fezes desses pacientes são comumente descritas como tendo odor fétido (fermentação de proteínas), que flutuam na água do vaso sanitário (aumento do teor gasoso pela fermentação de carboidratos), com ou sem gotículas de gordura. Além da esteatorreia, podem ocorrer outras manifestações, como perda ponderal acentuada e deficiência das vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K), que também podem gerar sintomas e sinais específicos.

As diarreias inflamatórias implicam, em geral, na perda da integridade do epitélio. Dependendo da causa, localização e do grau de inflamação da mucosa, os pacientes podem apresentar uma ampla gama de sintomas, desde a diarreia com sangue vivo até manifestações mais gerais, como dor abdominal, emagrecimento, febre e anemia.

CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS SOBRE ALGUMAS CAUSAS COMUNS DE DIARRÉIA CRÔNICA

Diarreia funcional e síndrome do intestino irritável

Do conjunto de pacientes com diarreia crônica, um contingente numeroso não apresenta quaisquer evidências de acometimento orgânico ou de comprometimento sistêmico. Boa parte desse conjunto compreende duas entidades assemelhadas, a diarreia funcional e a síndrome do intestino irritável (SII). Esta, em especial, é uma das condições mórbidas mais frequentes no mundo ocidental. O que as diferencia entre si é que na diarreia funcional a queixa exclusiva é a diarreia, enquanto que na SII os pacientes necessariamente tem dor abdominal associada à diarreia, ou então tem constipação ou alternância do hábito intestinal (diarréia alternada com constipação ou períodos de hábito normal). Pela sua incidência, a SII deve ser incluída no diagnóstico

diferencial de qualquer paciente com dor abdominal crônica e diarreia ou constipação ou alternância de hábito intestinal de longa duração.

Múltiplos fatores têm sido envolvidos na fisiopatologia dessas condições funcionais, entre os quais a motilidade gastrointestinal alterada (“diarreia motora”), aumento da sensibilidade visceral, anormalidades psico-emocionais e inflamação crônica “subclínica” da mucosa intestinal.

O diagnóstico muitas vezes é sugerido pelo perfil clínico do paciente, mas, em situações específicas, demanda investigação complementar. O tratamento inicial inclui a orientação e tranquilização do paciente e a restrição de alimentos eventualmente associados aos sintomas. Dieta pobre em oligossacarídeos fermentáveis, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis (em Inglês: “*FODMAPs*”) pode também ser benéfica. Antidiarreicos, como a loperamida, antiespasmódicos anticolinérgicos e suplementação com fibras, que contribuem para aumento do bolo fecal sólido, podem também serem utilizados.

Diarreia do diabético

Muitos pacientes com diabetes melito, especialmente os com a doença de longa duração e controle glicêmico inadequado podem ter essa condição, acarretada por lesão na inervação autonômica gastrointestinal. A desnervação causa absorção prejudicada de fluidos e eletrólitos (“diarréia secretora”), além de alterações na motilidade gastrointestinal (“diarreia motora”). Em alguns casos, a desnervação gastrointestinal leva a hipomotilidade e a diarréia tem um componente fisiopatológico de supercrescimento bacteriano.

As evacuações são, em geral, líquidas e mais frequentes no período posprandial. As alterações neuropáticas podem ocasionar comprometimento do tônus do esfíncter anal, resultando em incontinência fecal. Pacientes com desnervação mais pronunciada podem ter sintomas e sinais de hipotensão postural e o exame neurológico pode revelar sinais de comprometimento sensitivo e motor. Porém, em muitos pacientes o exame físico é normal, ou não contribui muito ao raciocínio clínico.

No diabetes de longa duração e mal controlado, o diagnóstico da diarréia do diabético pode dispensar qualquer investigação complementar. A terapia inicial consiste no adequado controle glicêmico e uso de drogas antidiarreicas (ex.: loperamida). Em

casos refratários, a clonidina é recomendada por possuir atividade α_2 -adrenérgica que restaura mecanismos do controle motor e secretório do intestino. Havendo suspeita de supercrescimento bacteriano, pode haver melhora com o uso continuado de antibióticos em dose baixa.

Pancreatite crônica

Exemplo clássico de diarreia crônica osmótica disabsortiva é a pancreatite crônica com insuficiência exócrina, já que a produção de amilase, lipase e proteases é essencial para adequada digestão e conseqüente absorção de carboidratos, gorduras e proteínas. Pacientes com essa condição usualmente apresentam diarreia com esteatorreia, perda de peso e manifestações decorrentes de carências nutricionais específicas. Podem, também, apresentar sintomas e sinais de doença pancreática, ou antecedentes sugestivos da sua etiologia.

A investigação complementar inclui os testes necessários à avaliação do estado nutricional e exames de imagem, desde a radiografia simples do abdome até a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética. Achados característicos são as calcificações, alterações do volume pancreático e da sua densidade e anormalidades dos ductos pancreáticos.

O tratamento requer a reparação do estado nutricional e a administração de enzimas pancreáticas.

Doenças inflamatórias intestinais

As doenças inflamatórias intestinais envolvem várias condições, mas essa designação, em seu senso mais estrito, é empregada para a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa. A doença de Crohn é caracterizada por inflamação transmural de quaisquer segmentos do trato gastrointestinal e envolve o íleo em dois terços dos casos. Já a retocolite ulcerativa caracteriza-se por inflamação somente da mucosa e é exclusiva do intestino grosso. Pacientes com qualquer uma dessas doenças podem ter manifestações extraintestinais envolvendo as articulações, a pele e os olhos (episclerite, uveíte).

A diarreia na retocolite ulcerativa é tipicamente sanguinolenta, com ou sem dor abdominal em projeção topográfica dos cólons. São muito comuns a urgência defecatória e o tenesmo. A diarreia na doença de Crohn apresenta características muito

variáveis, que dependem da área afetada, podendo se apresentar de forma indistinguível à da retocolite ulcerativa, ou como diarreia disabsortiva, quando há envolvimento de segmentos mais extensos do intestino delgado.

Doença celíaca

Esta doença decorre de uma reação imuno-alérgica ao glúten em pessoas geneticamente suscetíveis. O glúten é uma proteína encontrada no trigo e em outros cereais, tendo um componente não digerível (gliadina), que suscita reação inflamatória na mucosa intestinal. Esta reação mobiliza linfócitos que vão provocar danos às células epiteliais.

A doença celíaca é mais comum na infância, iniciando-se com a introdução dos cereais na dieta. Ocorre com frequência no adulto, mesmo sem qualquer manifestação de intolerância ao glúten. O quadro clínico é bastante variável e menos da metade dos casos apresenta diarreia crônica disabsortiva, cuja gravidade é proporcional ao grau de lesão epitelial. Muitos pacientes apresentam manifestações extraintestinais específicas da doença, como dermatite herpetiforme, artrose, neuropatia periférica e anemia por deficiência da absorção de ferro, produzida pela lesão do epitélio duodenal.

A avaliação diagnóstica inicial na suspeita da doença celíaca inclui a pesquisa dos anticorpos anti-transglutaminase tecidual. Havendo positividade, procede-se à endoscopia digestiva alta, que pode ser normal ou revelar redução do pregueado e nodularidade da mucosa duodenal. Os achados da histologia são bastante característicos, mas não patognomônicos, uma vez que podem aparecer em outras doenças que afetam o epitélio intestinal. A gravidade da lesão pode ser classificada com base na intensidade das principais e mais características anormalidades: atrofia vilositária, hiperplasia de criptas e infiltração de linfócitos intraepiteliais.

O tratamento é altamente efetivo e se fundamenta na manutenção de uma dieta sem glúten.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition. Arasaradnam RP, et. al. Gut 2018; 67: 31380-1399.

2. Chronic diarrhea: diagnosis and management. Schiller LR, et al. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2017; 15: 182-193.