

## Síndrome do Intestino Irritável - Diagnóstico e Tratamento

### Irritable Bowel Syndrome – Diagnosis and Treatment

MARIA DO CARMO FRICHE PASSOS<sup>1</sup>

#### RESUMO

Síndrome do Intestino Irritável (SII) é um transtorno funcional crônico do tubo digestivo, caracterizado pela presença de dor e/ou desconforto abdominal associados à alteração do hábito intestinal ou à modificação das características das evacuações. A sua etiologia permanece desconhecida, mas provavelmente é multifatorial. A prevalência estimada da SII na população geral é de 10 a 20%, acometendo predominantemente mulheres entre 20 e 40 anos. O diagnóstico é feito baseado na sintomatologia predominante, adotando-se critérios clínicos bem estabelecidos (Roma III). O tratamento visa aliviar o sintoma predominante. Os antiespasmódicos representam as drogas de primeira escolha para o alívio da dor e do desconforto abdominal. Os antidepressivos tricíclicos têm se mostrado superiores ao placebo para os pacientes com SII e predomínio de diarreia, e a loperamida é eficaz em reduzir a frequência das evacuações nestes casos. Para os pacientes com SII e predomínio de constipação ou forma mista, as fibras solúveis representam a primeira opção. Probióticos e novos serotoninérgicos representam outras opções terapêuticas promissoras. Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino portadora de SII com diarreia predominante.

**Unitermos:** Intestino Irritável, Diarreia, Constipação, Dor Abdominal, Distensão, Flatulência, Gases Intestinais.

#### SUMMARY

Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional disorder of the gastrointestinal tract, characterized by abdominal pain and change in bowel habit, with a fluctuating natural history. The exact etiology remains unknown, but it is unlikely there is a single unifying explanation. IBS affects 10-20% of the general population, with women 20-40 years old accounting for the majority of patients. The diagnosis should be made on clinical grounds, using Rome III diagnostic criteria. The clinical approach is based on treatment of the prevalent symptom. When pain predominates, antispasmodics are the first choice. Tricyclic antidepressants are more effective than placebo for patients with diarrhea-predominant IBS, and loperamide is useful for reducing bowel frequency in this patients. Soluble fiber represents the first option in subjects with IBS and constipation or mixed IBS. Dietary integrators composed of probiotics and serotonin precursors are a promising therapeutic option. We report a case of a female patient with IBS-diarrhea predominant.

**Keywords:** Irritable Bowel, Diarrhea, Constipation, Abdominal Pain, Flatulence, Intestinal Gas.

1. Professora Adjunta-Doutora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Faculdade de Medicina de Ciências Médicas de Minas Gerais / Pós-Doutora em Gastroenterologia. Coordenadora Científica do Fundo de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Gastroenterologia da Federação Brasileira de Gastroenterologia (Fapege-FBG). **Endereço para correspondência:** Maria do Carmo Friche Passos. Rua Piauí, 69 - Sala 804, 8º Andar. Bairro Santa Efigênia – Belo Horizonte. CEP: 30150-320/ e-mail: mcpassos.ufmg@gmail.com. **Recebido em:** 21/04/2012. **Aprovado em:** 26/06/2012.

## INTRODUÇÃO

SMERR, sexo feminino, 48 anos. Leucoderma, divorciada, enfermeira, natural e residente em Belo Horizonte (MG).

## QUEIXA DO PACIENTE

Dor abdominal e irregularidade intestinal.

## OBJETIVO

História pregressa da moléstia atual. Paciente relata que há mais de dez anos apresenta dor abdominal, de moderada intensidade, em fincada, localizada no abdômen inferior, acompanhada por distensão abdominal e mal-estar geral. A dor e a distensão são aliviadas pela evacuação e pela eliminação de flatos, e agravada pelo estresse e pela ingestão de alimentos condimentados, frituras e bebida alcoólica.

Desde então apresenta irregularidade intestinal com predomínio de diarreia (em média três evacuações ao dia, quase sempre com muco, porém sem sangue ou restos alimentares). Eventualmente, tem períodos de constipação intestinal (evacuações a cada três a quatro dias, com fezes endurecidas e fragmentadas). Relata também sensação de evacuação incompleta e flatulência, além de digestão lenta, empachamento e peso pós-prandial. Tem se alimentado bem, evita apenas os alimentos que agravam os sintomas e o seu peso está mantido. Afirma que raramente é despertada à noite pela dor abdominal ou pela necessidade de evacuar.

Já procurou assistência médica por inúmeras vezes e realizou diversos exames, tendo sempre o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável (SII), mas acredita apresentar alguma doença intestinal grave que ainda não foi detectada.

Recentemente, foi orientada a evitar leite e derivados, contudo, não obteve melhora com a introdução desta dieta. Nos últimos meses, vem sendo medicada com fibras sintéticas, antiespasmódicos, simeticona e procinéticos, também sem melhora.

Há dois anos teve diagnóstico de hipertensão arterial e faz uso regular de losartana. Medicada com tibolona há um ano para redução dos sintomas da menopausa. Não tem queixas nos diversos aparelhos investigados. Nega tabagismo e é etilista ocasional (vinho eventualmente).

## HISTÓRICO PESSOAL E FAMILIAR

G3P2A1. Dois partos por cesariana, sem complicações. Laqueadura de trompas há 12 anos. Hepatite A aos 16 anos. Pai: coronariopata e hipertenso. Mãe: diabética. Avô materno falecido com câncer de cólon. Avó materna falecida com câncer de pâncreas. Dois tios têm "colite".

## EXAME FÍSICO

- Peso: 59 quilos. IMC: 22. PA: 130/80 mmHg. FC: 68 bpm.
- Paciente em ótimo estado geral, corada, hidratada, anictérica, sem linfadenomegalias. AR: sons respiratórios preservados, sem ruídos adventícios. ACV: bulhas rítmicas, sem sopros. AD: abdômen plano, doloroso à palpação em abdômen inferior, porém sem visceromegalias ou massas palpáveis, percussão e peristaltismo fisiológicos. Toque retal sem alterações.
- Trouxe à consulta exames realizados nos dois últimos anos: avaliação laboratorial incluindo hemograma, glicemia, provas inflamatórias, provas hepáticas e provas tireoidianas sem alterações; parasitológico de fezes e pesquisa de sangue oculto nas fezes (três amostras), negativos; ultrassom abdominal sem alterações nos diversos órgãos examinados; colonoscopia com biópsias dentro da normalidade; e teste de tolerância à lactose normal.

## HIPÓTESE E CONDUTA DIAGNÓSTICAS

Distúrbio funcional gastrointestinal: Síndrome do Intestino Irritável. Conduta adotada:

- Explicação sobre a síndrome: mecanismos prováveis, evolução e tratamento.
- Estímulo à atividade física e a atividades de relaxamento.
- Orientação dietética: evitar os alimentos que agravam os sintomas.
- Medicação sintomática: antiespasmódico e antidepressivos em dose baixa.

## DISCUSSÃO

Trata-se de uma paciente de 48 anos, do sexo feminino, que apresenta há cerca de dez anos quadro de dor e distensão abdominal, além de alteração do hábito intestinal, predominando períodos de diarreia. Seus sintomas são crônicos, com períodos de exacerbação que comprometem muito a sua qualidade de vida. Em sua anamnese e em seu exame

físico, não identificamos sintomas e/ou sinais de alarme que pudessem sugerir a presença de doença orgânica (anemia, sangramento nas fezes, icterícia, emagrecimento, massa palpável no abdômen ou sintomas noturnos). Outro detalhe importante é que não existe relato de uma mudança significativa no padrão dos seus sintomas nos últimos meses. Os exames complementares sem anormalidades reforçaram a hipótese de distúrbio funcional.

Considerando os critérios propostos pelo Consenso de Roma, o diagnóstico mais provável para essa paciente era de fato a SII: quadro crônico de dor e distensão abdominal, além de irregularidade intestinal com predomínio de diarreia, como discutiremos a seguir.

A SII é um transtorno funcional intestinal crônico, muito frequente, no qual a dor e o desconforto abdominal estão associados a uma alteração do hábito intestinal ou a modificação das características das evacuações. Normalmente, o paciente apresenta história de longa duração, sem comprometimento do estado geral.

De acordo com os critérios diagnósticos de Roma III, a SII se caracteriza pela presença de dor e/ou desconforto abdominal, contínuos ou recorrentes, geralmente localizados no abdômen inferior, ocorrendo, no mínimo, três dias por mês nos últimos três meses e que apresentam pelo menos duas das três seguintes características: alívio com as evacuações; início associado às mudanças na frequência das evacuações; e início da dor associado com alteração na forma e na aparência das fezes.

Segundo este consenso para o diagnóstico da SII, os sintomas devem ter se iniciado há pelo menos seis meses, devendo estar presentes nos últimos três meses. Outros sintomas também reforçam o diagnóstico da SII, como sensação de evacuação incompleta, presença de muco nas fezes e distensão abdominal.

Os sintomas podem ser intermitentes, sendo frequente a sobreposição com sintomas dispépticos, como dor epigástrica, náuseas, empachamento e peso pós-prandial (dispepsia funcional). A concomitância de duas síndromes funcionais é frequente e alguns estudos demonstram que até 40% dos pacientes com SII apresentam também sintomas dispépticos. Os exames complementares realizados não mostraram alterações e excluíram uma série de possíveis diagnósticos.

De acordo com a Associação Americana de Gastroenterologia (AGA), não há uma sequência propedêutica preestabelecida a ser realizada nos pacientes com suspeita de SII. Os exames complementares devem ser realizados de maneira

individualizada e, em alguns casos, está indicado um teste terapêutico antes de se iniciar uma investigação diagnóstica mais detalhada. Em pacientes com mais de 50 anos, impõe-se a realização de colonoscopia.

Para a paciente em discussão, sugerimos a realização de mais dois exames: anticorpo antiendomíseo IgA ou transglutaminase tecidual IgA, e teste do H2 expirado com glicose para excluir doença celíaca e supercrescimento bacteriano do intestino delgado, respectivamente.

Justifica-se esta conduta porque o quadro clínico nesses casos, com frequência, se superpõe ao da SII, necessitando investigação específica. Tem sido descrita elevada prevalência de supercrescimento bacteriano em pacientes com SII, de modo especial no subgrupo com predomínio de diarreia.

## CONCLUSÕES

O tratamento atual da SII é ainda dirigido ao sintoma principal – dor, distensão, diarreia ou constipação intestinal. Além da medicação sintomática, é fundamental estabelecer uma boa relação médico-paciente.

É necessário esclarecer ao paciente que seus sintomas são decorrentes de distúrbios funcionais, e não caracterizam nenhuma doença grave ou risco de vida. Recomendamos a ingestão de fibras e líquidos na dieta (especialmente para os pacientes com constipação predominante), além de atividade física rotineira.

O equilíbrio das fibras, que devem ser ingeridas sem excessos, é muito importante para não agravar a flatulência e a distensão abdominal. É importante que sejam evitados todos os alimentos que agravam a sintomatologia.

As drogas mais indicadas para o alívio da dor abdominal são os relaxantes da musculatura lisa ou os antiespasmódicos, como os antimuscarínicos, a mebeverina, a trimebutina, o brometo de pinavério ou o brometo de otilônio. Inúmeros ensaios clínicos demonstram a eficácia destes medicamentos, sendo superiores ao placebo, especialmente no alívio da dor abdominal.

Optamos neste caso pelo brometo de otilônio na dose de 40 mg, duas vezes ao dia. Essa droga atua inibindo a entrada de cálcio na musculatura lisa, tendo efeito seletivo sobre o trato gastrointestinal e, conseqüentemente, apresenta poucos efeitos sistêmicos. Este medicamento também apresenta boa segurança sem evidências de interações medicamentosas com outras substâncias.

Em uma recente revisão sistemática e de metanálise sobre o tratamento medicamentoso da SII, 22 trabalhos selecionados (randomizados e controlados) compararam 12 diferentes antiespasmódicos com o placebo em 1.778 pacientes. Evidenciou-se nítida superioridade da medicação ativa no alívio da dor abdominal.

Foi demonstrado que o brometo de otilônio (quatro trabalhos, 435 pacientes) apresenta consistente evidência de eficácia clínica Ford *et al.* (2008). Em outra metanálise realizada por Poynard *et al.* (2001), foi observada a superioridade do otilônio quando comparado ao placebo. Os melhores resultados foram obtidos em relação à frequência e à intensidade da dor e da distensão abdominal, sendo bastante eficaz na regularização do ritmo evacuatório (diarreia ou constipação).

Outra opção terapêutica para pacientes com SII são os antidepressivos (tricíclicos ou inibidores da captação da serotonina), indicados por suas propriedades neuromoduladoras e analgésicas, independentes da ação psicotrópica. Estes efeitos parecem ocorrer mais precocemente e com doses mais baixas do que aquelas usualmente empregadas para o tratamento da depressão.

Devem ser prescritos na SII apenas para pacientes com sintomas mais graves ou refratários, e quando é nítida uma associação com depressão ou ansiedade. Para que seja avaliado o real benefício do antidepressivo, devemos prescrevê-lo por, no mínimo, três a quatro semanas e, caso seja considerado eficaz, mantido por seis a doze meses.

Para a paciente em discussão, optamos por prescrever tricíclicos (amitriptilina 25 mg/dia) devido ao predomínio da diarreia. Se for confirmado o diagnóstico de supercrescimento bacteriano, a utilização de antibióticos será fundamental com o objetivo de modificar a flora intestinal, reduzindo o processo inflamatório e a má-absorção.

Nos últimos anos, a rifaximina (droga não absorvível derivada da rifampicina) tem se mostrado eficaz e superior aos antibióticos tradicionalmente empregados, sendo a droga de escolha nos países em que esta já está sendo comercializada. No nosso meio, utilizamos quinolonas, metronidazol, amoxicilina-clavulanato, além de tetraciclina ou seus derivados durante sete a dez dias.

Outra opção para o tratamento são os probióticos prescritos com a intenção de recompôr qualitativamente a composição da microbiota intestinal e combater quantitativamente

o supercrescimento bacteriano. Estudos iniciais sugerem eficácia destes alimentos funcionais na melhora dos sintomas tanto motores quanto da sensibilidade visceral, despertando a atenção e o interesse dos especialistas.

Para o caso em discussão, mantivemos otilônio e amitriptilina e orientamos controles ambulatoriais regulares para a reavaliação da medicação e para a observação clínica.

## REFERÊNCIAS

1. American Gastroenterological Association medical position statement: irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002; 123:2105-07.
2. Chang Hy; Kelly Ec; Lembo Aj. Current gut-directed therapies for irritable bowel syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2006; 9(4):314-23.
3. Clavé P; Acalovschi M; Triantafyllidis Jk; *et al.* Randomised clinical trial: otilonium bromide improves frequency of abdominal pain, severity of distention and time to relapse in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011; 34:432-42.
4. Ford Ac; Talley Nj; Spiegel, Bm; Foxx-Orenstein Ae; Schiller L; Quigley Em; Moayyedi P. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2008; 337:a2313-23.
5. Heitkemper Mm & Jarret Me. Update on irritable bowel syndrome and gender differences. *Nutr Clin Pract*. 2008; 23:275-83.
6. Longstreth Gf; Thompson Wg; Chey Wd; *et al.* Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130:1480-91.
7. Poynard T; Regimbeau C; Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001; 15:355-61.
8. Quarero Ao; Meineche-Schmidt V; Muris J; Rubin G; De Wit N. Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18:CD003460.
9. Quilici F; Francesconi Cf; Passos Mc; Haddad Mt; Miszputen Sj. Síndrome do Intestino Irritável – visão integrada ao Roma III. 2ª edição. São Paulo: Segmento Farma, 2008; 1-128.
10. Saad Rj & Chey Wd. Recent developments in the therapy of irritable bowel syndrome. *Expert Opin Investig Drugs*. 2008; 17:117-30.
11. Schmulson M & Chang L. Review article: the treatment of functional abdominal bloating and distension. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011; 33:1071-86.
12. Tsynman Dn; Thor S; Kroser Ja. Treatment of irritable bowel syndrome in women. *Gastroenterol Clin North Am*. 2011; 40:265-90.
13. Van Zanten Sv. Review: fibre, antispasmodics, and peppermint oil are all effective for irritable bowel syndrome. *Evid Based Med*. 2009; 14:84