

ASPECTOS NUTRICIONAIS NA DOENÇA DE CROHN ASPECTS NUTRICIONAIS IN THE CROHN ILLNESS

Descritores

Doença de Crohn; terapia nutricional; doença crônica

Sueleen Cristiane Rodrigues¹
Cynthia Matos Silva Passoni²
Mariana Paganotto³

Descriptors

Crohn Disease; nutrition therapy; chronic disease

Biografia

1. Graduanda em Nutrição - Faculdade Integradas do Brasil - UniBrasil
2. Doutora pela Universidade Estadual Paulista. Coordenadora do Curso de Nutrição – UniBrasil.
3. Mestranda em Medicina Interna e Ciências da Saúde. Docente do Curso de Nutrição - UniBrasil

RESUMO

A doença de Crohn (DC) é uma Doença Inflamatória Intestinal (DII) crônica com alguns períodos de agudização. As lesões acometem todo trato gastrointestinal, sendo mais recorrente na região ileocecal. A DC apresenta importantes alterações nutricionais que resultam em déficits de micronutrientes e desnutrição protéico-calórica. A terapia nutricional é avaliada de acordo com a individualidade do paciente com dietas específicas, restrições e suplementação. A nutrição enteral (NE) pode ser uma alternativa para fornecer os nutrientes para a recuperação e manutenção do estado nutricional. A Nutrição Parenteral Total (NPT) é mais indicada para descanso no período pré-operatório intestinal e para garantir exigências nutricionais no período pós-operatório.

ABSTRACT

The Crohn's disease (CD) is an inflammatory disease, Chronic Intestinal (DII) with some periods of exacerbation. The lesions affect entire gastrointestinal tract, being more applicant in ileocecal region. The DC presents significant nutritional changes that result in deficits of micronutrients and protein-calorie malnutrition. The nutritional therapy is evaluated according to the individuality of the patient with specific diets, restrictions and supplementation. The enteral nutrition (EN) can be an alternative to provide the nutrients for the rehabilitation and maintenance of the nutritional status. The Total Parenteral Nutrition (TPN) is best placed to rest in the preoperative period intestinal and to ensure nutritional requirements in the postoperative period.

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) é considerada uma Doença Inflamatória Intestinal (DII) sem etiopatogenia definida, caracterizando-se por processo inflamatório crônico com períodos de agudização, que pode comprometer todo o trato gastrointestinal da boca ao ânus ^(1,2).

Dentre os fatores aceita-se que, em indivíduos geneticamente predispostos, antígenos derivados da microflora e da dieta induziriam a uma resposta do sistema imune, ocorrendo uma ativação da cascata imunoinflamatória, que resulta em lesão continuada da mucosa do intestino; fatores intraluminais; alterações na barreira do epitélio intestinal e resposta imunológica anormal da mucosa ^(1,3). Os sintomas recorrentes incluem diarreia e dor abdominal com períodos assintomáticos, que podem durar meses ou anos e perda de peso ⁽⁴⁾.

As lesões acometem o íleo e o ceco em 50% dos casos, o intestino delgado em 15%, o cólon em 20%, região anorretal em 15% e ocasionalmente o duodeno e o estômago. Podem ocorrer também manifestações extra-intestinais como Artrite, Uveíte, Episclerite, Eritema Nodoso, Pioderma Gangrenoso, Espondilite Anquilosante e complicações sistêmicas como Doença Hepática (pericolangite, colangite, esclerosante), Coletíase, cálculos de oxalato nos rins, Amiloidose e acometer vesícula biliar e pâncreas ^(5,6).

Como características morfológicas a DC apresenta lesões segmentares, bem demarcadas, com áreas lesadas intercaladas com segmentos normais; pequenas ulcerações mucosas superficiais (úlceras aftosas); edema mucoso e submucoso e aumento no número de linfócitos, plasmócitos e macrófagos ^(2,6).

As principais complicações fisiológicas são obstruções do intestino delgado, formação de fístulas estenose progressiva e sangramento maciço, existindo um risco aumentado para desenvolvimento de câncer no intestino delgado ou cólon ⁽⁵⁾.

CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS

Na prática clínica, a avaliação do Estado Nutricional (EN) em pacientes com DC demonstra diminuição na ingestão alimentar causada por anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia e dietas restritas. Observa-se também má absorção pela diminuição da área absorptiva (doença, recessões), deficiência de sais biliares, supercrescimento bacteriano, estreitamento gastrointestinal e estrituras que levam a inchaço, inflamações e ressecções cirúrgicas. Ansiedade e medo de comer relacionado a experiências como dor abdominal, inchaço, náusea ou diarreia são freqüentemente observados contribuindo para o comprometimento no estado

nutricional⁽⁷⁾.

Como resultado ocorre hipoalbumenia, anemias (relacionadas à perda de sangue), déficit de vitaminas e minerais (ferro, ácido fólico, vitamina D, vitamina B12, cálcio), deficiência no crescimento de crianças e perda de peso (que pode estar mascarada pelo uso de corticosteróides, que levam à retenção hídrica), desnutrição protéico-calórica^(7,8).

A digestão e absorção de gorduras pode ser alterada pela perda da área de superfície intestinal decorrente da inflamação ou por depleção do *pool* de sais biliares circulantes resultante da má absorção de ácido biliar no íleo doente ou desconjugação por bactérias agravando a esteatorreia podendo acarretar deficiência de vitaminas lipossolúveis⁽⁸⁾.

TERAPIA NUTRICIONAL

O tratamento nutricional tem como objetivo recuperar e/ou manter o estado nutricional, manter o crescimento em crianças, fornecer aporte adequado de nutrientes, contribuir para o alívio dos sintomas, reduzir as indicações cirúrgicas, diminuir a atividade da doença e reduzir as complicações pós-operatórias⁽⁴⁾. As recomendações nutricionais de acordo com as características da doença estão descritas na tabela 1.

ASPECTOS NUTRICIONAIS

Nos estágios agudos da doença adapta-se uma dieta de acordo com a individualidade do paciente:

- Dietas de resíduos mínimos podem reduzir a diarreia, dietas que limitam os alimentos fibrosos podem ser usadas para prevenir sintomas obstrutivos;
- As refeições pequenas e frequentes podem ser melhor toleradas que grandes;
- Na restauração da ingestão sem provocar sintomas suplementos isotônicos, líquidos, orais produzem efeitos positivos;
- As vitaminas e minerais suplementares podem ser utilizados por causa da má absorção ou corrigir as interações droga-nutriente;
- Em casos de má absorção de gordura, os suplementos ou alimentos com triglicerídeos de cadeia média (TCM) servem para a adição de calorias e como veículo de nutrientes lipossolúveis⁽⁹⁾.

O tratamento nutricional deve ser sempre bem elaborado com dieta sem

resíduos e sem lactose. Assim os pacientes com intolerância à lactose beneficiam-se de sua limitação, abaixando a produção de gás e a diarreia intestinal. Os pacientes com acometimento do íleo devem adotar dietas baixas em gorduras, sendo necessária a substituição por TCM na presença de esteatorréia^(10,11).

Os pré e probióticos auxiliam na DII agindo principalmente como coadjuvantes na terapia de manutenção. Os probióticos produzem efeito benéfico na imunidade intestinal, produzem ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), amenizam a intolerância à lactose, controlam a diarreia aguda, melhoram a atividade clínica da doença e previnem as recidivas da DII⁽⁴⁾.

QUADRO 1 – TERAPIA NUTRICIONAL NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Características	Recomendações Nutricionais
Valor energético total	GEB ^a x FA ^b x 1,75 (Levando em conta o hipermetabolismo das DIIs)
Proteínas	1 a 1,5g (até 2g para desnutridos)Kg de peso ideal/dia
Lipídios	Hipolipídica(<20% das calorias totais), uma vez que podem piorar a diarreia (pode haver deficiência de sais biliares)
CARBOIDRATOS	
Fase aguda	Isenta de lactose (evitar leite e derivados) a lactase é uma enzima de frágil inserção na mucosa intestinal e seus níveis podem estar diminuídos na diarreia havendo intolerância. Controle de mono e dissacarídeos para evitar soluções hiperosmolares que possam aumentar a diarreia. Rica em fibras solúveis (por ação das bactérias intestinais formam ácidos graxos de cadeia curta, que constituem importante fonte de energia para células intestinais) e pobre em fibras insolúveis (para auxiliar no controle da diarreia).
Fase de remissão	Evoluir progressivamente o teor de fibras insolúveis

Antifermentativa	<p>Evitar alimentos relacionados com a formação de gases: Brócolis, couve-flor, couve, repolho, nabo, cebola crua, pimentão verde, rabanete, pepino, batata-doce; Grão de leguminosas: feijão, ervilha seca, grão-de-bico, lentilha; Frutos do mar (especialmente mariscos e ostras); Melão, abacate, melancia; Ovo cozido ou frito consumido inteiro (mas não quando faz parte de uma preparação, como em um bolo ou uma torta); Sementes oleaginosas; nozes, castanhas, amendoim, castanha de caju etc.;</p> <p>Bebidas gasosas como refrigerantes; Excesso de açúcar; Doces concentrados como goiabada, cocada. Lembrar que a formação de gases é muito individual, mantendo a relação com a flora bacteriana intestinal.</p>
Via de administração	<p>Oral (fase de remissão) Enteral e parenteral (fase aguda)</p>
NUTRIENTES ESPECÍFICOS	
Glutamina	<p>Importante fonte de energia para as células de rápida proliferação (células intestinais, linfócitos, fibroblastos) Mantém a estrutura, o metabolismo e as funções intestinais durante estados em que pode haver comprometimento da barreira mucosa (30g/dia)</p>
Arginina e glutamina	<p>Ativadores potentes de células polimorfonucleares e células T (melhora da resposta imunológica)</p>
Ácido graxo ômega-3 (RCUI)	<p>Contribui para diminuir a resposta inflamatória (3 a 5g/dia)</p>

^aGEB= Gasto energético basal. É calculado pela fórmula proposta por Harris Benedict.

^bFA= Fator atividade (acamado:1,2; deambula:1,3).

Fonte: Cuppari, 2006.

NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

A nutrição enteral (NE) além de fornecer os nutrientes para a recuperação e manutenção do estado nutricional oferece algumas vantagens como melhora do mecanismo de defesa imunológica e preservação da mucosa intestinal, prevenindo a translocação bacteriana⁽⁴⁾.

A NE compreende a entrega direta dos nutrientes ao intervalo gastrointestinal com as fórmulas líquidas diferentes administradas por naso/oral ou pelos tubos enteral, pelos tubos de alimentação percutânea ou pelas cirurgias de abertura de conduto do estômago/jejuno. Em DII, o NE é fornecido aos déficits ou ao saque nutritivo correto como a terapia preliminar para a doença clínica ativa⁽¹⁰⁾.

Por outro lado, os alvos da Nutrição Parenteral Total (NPT) são descanso pré-operatório do intestino, exigências nutricionais pós-operatórias corrigindo déficits nutricionais graves. Pode também ser usado como a terapia preliminar para DIIs ativa e severa. O descanso do intestino visa melhorar o controle da inflamação intestinal que reduz a presença dos antígenos e do crescimento bacteriano no lúmen, reduzindo movimentos peristálticos e a secreção digestiva do intervalo, conduzindo ao relevo de sintomas. Em outros casos, NPT pode ser usado como um complemento à nutrição oral ou enteral mal tolerado ou quantitativamente insuficiente para manter o estado nutricional dos pacientes e/ou para corrigir desnutrição⁽¹⁰⁾.

As indicações para NPT são para os casos de obstrução intestinal, síndrome do intestino curto, hemorragia colônica, perfuração intestinal e como terapia coadjuvante na fase aguda para pacientes que não toleram a nutrição enteral⁽⁷⁾.

As fórmulas poliméricas são prescritas mais freqüentemente nos pacientes com função gastrointestinal adequada. As fórmulas elementares contêm nutrientes em seu formulário simples, historicamente sendo indicado para pacientes com má absorção sendo introduzidas inicialmente como o tratamento preliminar para o DC ativo devido a sua capacidade alergênica baixa, fornecendo um antígeno mais baixo (desde que não tenha proteínas integrais ou peptídeos) e estimulação inflamatória. As fórmulas elementares e oligoméricas reduzem também a carga bacteriana, diminuindo a permeabilidade intestinal⁽¹⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel da terapia Nutricional na Doença de Crohn visa suprir as necessidades nutricionais e manter positivamente a evolução do tratamento da DII. É preciso avaliar individualmente cada caso, identificando quais os déficits nutricionais existentes, para que desta forma indique-se a terapia nutricional mais adequada.

REFERÊNCIAS

1. Cabral VRL, Carvalho L, Miszputen SJ. Importância da albumina sérica na avaliação nutricional e de atividade inflamatória em pacientes com doença de Crohn. *Arq. Gastroenterol.* 2001; 38(2): 104-8.
2. Brasileiro Filho G. *Bogliolo Patologia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Lanna CCD, Ferrari MLA, Carvalho MAP, Cunha AS. Manifestações articulares em pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa. *Rev. Bras. Reumatol.* 2006; 46(supl.1):45-51.
4. Flora APL, Dichi I. Aspectos nutricionais na terapia da doença inflamatória intestinal. *Rev Bras Nutr Clín*, 2006; 21(2):131-37.
5. Abrahão LJ Jr, Abrahão LJ, Vargas C, Chagas V, Fogaça H. Doença de Crohn Gastroduodenal - relato de quatro casos e revisão da literatura. *Arq. Gastroenterol.* 2001; 38(1):57-62.
6. Rubin E. *Patologia – Bases clinicopatológicas da medicina*. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
7. Cuppari L. *Nutrição clínica no adulto*. 2ªed. São Paulo: Manole; 2006.
8. Shils ME, Olson JA, Shike M, Roos AC. *Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença*. 9ª ed. São Paulo: Manole; 2002.
9. [Krause MV](#). *Krause - alimentos, nutrição & dietoterapia*. 10ª ed. São Paulo: Roca; 2003
10. Campos FG, Waitzberg DL, Teizeira MG, Mucerino DR, Habr-Gama A, Kiss DR. Inflammatory Bowel Diseases: Principles of nutritional therapy. *Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo* 2002; 57(4): 187-98.
11. Barbieri D. Doenças inflamatórias intestinais. *Jornal de Pediatria* 2000; 76(Supl.2):s173-s80.