

# Síndrome do intestino irritável: uma perspectiva mundial

20 abril de 2009



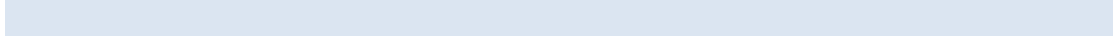
## *Equipe de Revisão*

Prof. Eamonn Quigley (Presidente, Irlanda)  
Prof. Michael Fried (Suíça)  
Prof. K.A. Gwee (Cingapura)  
Prof. C. Olano (Uruguai)  
Prof. F. Guarner (Espanha)  
Prof. I. Khalif (Rússia)  
Prof. P. Hungin (Reino Unido)  
Prof. G. Lindberg (Suécia)  
Prof. Z. Abbas (Paquistão)  
Prof. L. Bustos Fernandez (Argentina)  
Prof. F. Mearin (Espanha)  
Prof. S.J. Bhatia (Índia)  
Prof. P.J. Hu (China)  
Prof. M. Schmulson (Mexico)  
Drs. J.H. Krabshuis (França)  
Drs. A.W. Le Mair (Países Baixos)

---

## Conteúdo

- 1 Introdução
- 2 Diagnóstico da SII
- 3 Avaliação da SII
- 4 Manejo clínico da SII



## 1 Introdução

**Definição.** A síndrome do intestino irritável (SII) é um transtorno intestinal funcional caracterizado por alteração no hábito intestinal, associado à dor e/ou desconforto abdominal. É frequente que se acompanhe de inchaço, distensão e alterações na defecação.

A síndrome do intestino irritável é um transtorno intestinal funcional recidivante, definido por critérios diagnósticos baseados em sintomas, em ausência de causas orgânicas detectáveis. O quadro sintomático não é específico da SII, pois os sintomas podem se apresentar ocasionalmente em qualquer indivíduo. Para distinguir a SII de sintomas intestinais passageiros, os peritos têm sublinhado o caráter crônico e recorrente da SII e têm proposto critérios diagnósticos com base na frequência de aparição desses sintomas. (ver a seção sobre diagnóstico, a seguir).

Vemos aqui algumas características da SII:

- Não se tem conhecimento de que se acompanhe de um aumento do risco de apresentar câncer ou patologia inflamatória intestinal, ou um aumento da mortalidade.
- Gera importantes custos sanitários diretos e indiretos.
- Não foi demonstrado nenhum substrato fisiopatológico que origine a SII.
- A SII pode evoluir para outros transtornos gastrointestinais sintomáticos ou sobrepor-se a eles (por ex., doença por refluxo gastroesofágico, dispepsia e constipação funcional).
- Esta entidade habitualmente provoca sintomas que persistem por longo prazo:
  - Pode aparecer em episódios.
  - Os sintomas variam e podem estar vinculados às refeições.
  - Em muitos pacientes os sintomas interferem com a vida cotidiana e o funcionamento social.
  - Às vezes os sintomas podem aparecer como consequência de uma infecção intestinal severa ou se precipitar por eventos vitais maiores, ou durante um período de muita tensão.

Em geral, esta entidade não é reconhecida; muitos pacientes com sintomas de SII não consultam o médico e não são diagnosticados formalmente. A SII gera importantes custos sanitários diretos e indiretos.

### Subclassificação da SII

Seguindo os critérios de Roma III, e segundo as características das fezes do paciente:

- SII com diarreia (SII-D):
  - Fezes moles > 25% das defecações e fezes duras < 25% das defecações.
  - Até um terço dos casos.
  - Mais frequente entre homens.
- SII com constipação (SII-C):
  - Fezes duras > 25% das vezes e fezes moles < 25% das vezes.
  - Até um terço dos casos.
  - Mais comum entre mulheres.

- SII com hábitos intestinais mistos ou padrões cíclicos (SII-M):
  - Fezes duras e moles > 25% das vezes.
  - Um terço na metade dos casos.

No entanto, deve-se recordar que:

- Os pacientes frequentemente passam de um subgrupo para outro.

Nos pacientes com SII é frequente a interpretação equivocada dos sintomas de diarreia e constipação. Portanto, quando muitos destes pacientes se queixam de “diarreia”, de fato estão referindo-se à eliminação frequente de fezes formadas, e, na mesma população de pacientes, a “constipação” pode referir-se a qualquer série de queixas relacionadas à tentativa de defecar e não simplesmente a movimentos intestinais infrequentes.

No âmbito clínico, podem utilizar-se outras subclassificações:

- Com base nos sintomas:
  - SII onde predomina a disfunção intestinal
  - SII onde predomina a dor
  - SII onde predomina o inchaço
- Com base nos fatores precipitantes:
  - Pós-infecciosa (SII-PI)
  - Induzida por alimentos (induzida pelas refeições)
  - Relacionada ao estresse

No entanto, exceto pela SII-PI, que está bastante bem caracterizada, ainda não foi possível determinar a relevância de qualquer uma destas classificações com respeito ao prognóstico ou a resposta ao tratamento.

Também deve se lembrar que os critérios de Roma III não são comumente usados na prática clínica. Além disso, existem aspectos culturais que podem incidir na notificação dos sintomas. Na Índia, por exemplo, um paciente que declara ter que fazer força para defecar ou passagem de fezes duras provavelmente se queixe de constipação apesar de movimentar o intestino mais de uma vez ao dia.

## Prevalência e incidência mundiais

O quadro da prevalência mundial da SII dista de ser completo (Fig. 1), porque não se dispõe de dados de varias regiões. Além disso, com frequência é difícil comparar a informação proveniente das diferentes regiões devido ao uso de diversos critérios diagnósticos (em geral, quanto mais “laxos” os critérios, maior a prevalência), além da influência de outros fatores, como a seleção da população, inclusão ou exclusão de transtornos comórbidos (por exemplo, ansiedade), acesso a serviços de saúde e influências culturais. No México, por exemplo, a prevalência da SII na comunidade utilizando os critérios de Roma II foi 16%, mas a cifra aumentou a 35% entre os pacientes hospitalares, utilizando os mesmos critérios. O que é chamativo é que os dados disponíveis sugerem que a prevalência é bastante similar em muitos países, apesar de ter importantes diferenças nos estilos de vida.

- Estima-se que a prevalência da SII na Europa e América do Norte é de 10 a 15%. Na Suécia, o valor mais comumente citado é 13.5%.

- A prevalência da SII está aumentando em países da região Ásia-Pacífico, particularmente em países com economias em desenvolvimento. As estimativas de prevalência da SII (utilizando os critérios diagnósticos de Roma II) variam amplamente na região Ásia-Pacífico. Existem estudos na Índia que mostram que os critérios de Roma I para SII identificam mais pacientes que os critérios de Roma II. As prevalências comunicadas incluem 0.82% em Beijing, 5.7% no sul da China, 6.6% em Hong Kong, 8.6% em Cingapura, 14% no Paquistão, e 22.1% em Taiwan. Um estudo na China achou que a prevalência da SII definida pelos critérios de Roma III em pacientes ambulatoriais era 15.9%.
- Em geral, os dados da América do Sul são escassos; no Uruguai, por exemplo, existe somente um estudo, indicando uma prevalência total de 10.9% (14.8% entre mulheres e 5.4% entre homens); 58% com SII-C e 17% com SII-D. Em 72% dos casos, a idade de início era < 45 anos.
- Os dados da África são ainda mais escassos. Um estudo em uma população de estudantes nigerianos baseado nos critérios de Roma II achou uma prevalência de 26.1%. Um estudo de pacientes ambulatoriais no mesmo país, baseado nos mesmos critérios, indicou uma prevalência de 33%.

### Outras observações sobre a epidemiologia da SII

- A SII ocorre principalmente entre os 15 e 65 anos de idade.
- Os pacientes costumam visitar o médico por primeira vez entre os 30 e 50 anos.
- Em alguns casos os sintomas podem ser de longa data, havendo aparecido na infância. A prevalência é maior nas mulheres, embora este resultado não seja reproduzido em todos os países, como na Índia, por exemplo.
- Há uma diminuição da frequência de notificações entre indivíduos mais idosos.
- A prevalência estimada de SII em crianças é similar à dos adultos.
- Os sintomas típicos da SII são comuns nas amostras de populações “saudáveis”.

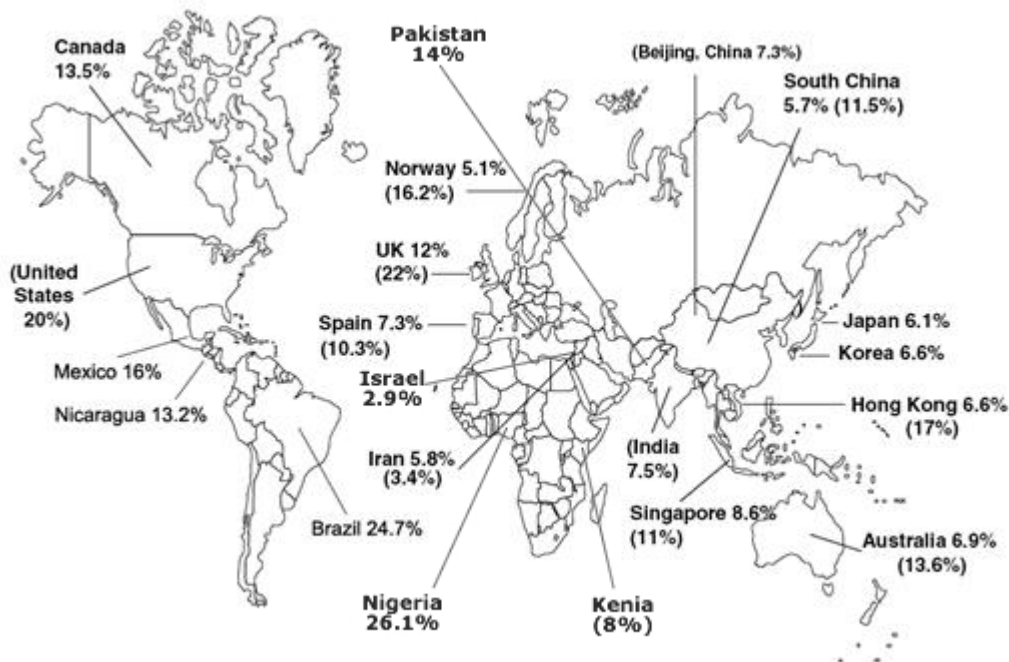


Fig. 1 Mapa mundial de prevalência da SII (2000–2004) baseado nos critérios de Roma II e III, com cifras para os critérios de Manning em parênteses onde estiverem disponíveis.  
Adaptado de: *Neurogastroenterol Motil* 2005;17:317–24.

### Dados demográficos da SII e características de apresentação que diferem entre Oriente e Ocidente

- Como no caso dos dados de prevalência, a informação sobre as características de apresentação a nível mundial também variam, e as comparações dos estudos baseados em dados da comunidade, dados de clínicas de pacientes ambulatoriais e estatísticas hospitalares estão cheias de dificuldades.
- Os sintomas da SII típicos são comuns nas amostras de populações saudáveis, mas a maioria dos que padecem SII não tem de fato um diagnóstico médico. Isto pode explicar as aparentes diferenças de prevalência entre os países. A maioria dos estudos só conta as SII diagnosticadas e não a prevalência na comunidade.
- Um estudo na China mostrou que a prevalência da SII no sul do país era mais elevada que a comunicada em Beijing, embora mais baixa que a comunicada nos países ocidentais.
- Alguns estudos em países não-ocidentais indicam:
  - Uma falta de predominância das mulheres (possivelmente devido a diferenças no acesso aos serviços de saúde – comportamentos de consulta). No sul da China, por exemplo, a relação homem a mulher é somente 1: 1.25 (em comparação com 1: 2 na Europa Ocidental.).
  - Uma clara associação entre a moléstia intensa e a SII nos homens, similar à encontrada nas mulheres nos estudos ocidentais.
  - Maior frequência de dor abdominal alta.
  - Menor impacto dos sintomas de defecação na vida cotidiana do paciente (não evidente na China ou no México).
- Vários estudos sugerem que entre os afro-americanos caribenhos, em comparação com indivíduos brancos:
  - A frequência das evacuações é menor.
  - A prevalência da constipação é maior.
- Na América Latina, a predominância da constipação é mais frequente que a predominância da diarreia.
- A frequência das evacuações parece ser maior na comunidade da Índia em sua totalidade. 99% movimentavam o intestino uma ou mais vezes ao dia.
- No México, 70% dos pacientes tinham ansiedade, 46% depressão e 40% ambas as duas.
- Nesse país, a SII tem um elevado impacto econômico porque leva a um uso abundante de recursos médicos.
- Na China é muito comum ver uma sobreposição clínica entre a dispepsia funcional e a SII, definida segundo os critérios de Roma III.
- Os transtornos psicológicos, eventos vitais e o estilo negativo de enfrentar a vida podem desempenhar um importante papel na patogênese da SII. Estes fatores também podem influir no comportamento da doença no indivíduo e no resultado clínico.

## 2 Diagnóstico da SII

### História clínica

Ao avaliar o paciente com SII, é importante não somente considerar os sintomas primários de apresentação, mas também identificar os fatores precipitantes e outros sintomas gastrointestinais e extra-gastrointestinais associados. É também vital buscar a presença de sintomas de alarme, dirigindo o interrogatório diretamente para excluí-los. A história é fundamental e abrange tanto a identificação destas características consideradas como típicas da SII, como o reconhecimento de “bandeiras vermelhas” que sugiram diagnósticos alternativos. Em consequência, deve-se perguntar ao paciente sobre os seguintes elementos (as características marcadas com \* são compatíveis com SII):

- O padrão de dor ou desconforto abdominal:
  - Duração crônica\*
  - Tipo de dor: intermitente\* ou contínua
  - Episódios prévios de dor \*
  - Localização da dor. Em alguns indivíduos a dor pode estar bem localizada (no quadrante inferior do abdômen, por exemplo), enquanto que em outros a dor tende a deslocar-se.
  - Alívio com a defecação ou com a eliminação de gases \*
  - A dor noturna é inabitual e se considera um sinal de alarme
- Outros sintomas abdominais:
  - Inchaço
  - Distensão
  - Borboríngos
  - Flatulência

(N.B. A distensão se pode medir; o inchaço é uma sensação subjetiva. Tal como definidos em inglês o inchaço e a distensão podem não compartilhar a mesma fisiopatologia e não deveriam ser considerados como termos equivalentes e intercambiáveis, apesar de que em outros idiomas podem estar representados por uma única palavra. Também não necessariamente significa um aumento da produção de gases intestinais).
- Natureza do transtorno intestinal associado:
  - Constipação
  - Diarréia
  - Alternância
- Anomalias da defecação:
  - Diarréia durante >2 semanas (N.B. Recomenda-se sempre fazer um esforço por compreender exatamente o que quer dizer o paciente quando refere “diarréia” e “constipação”)
  - Muco nas fezes
  - Urgência na defecação
  - Sensação de defecação incompleta (este sintoma foi relatado como de particular importância em pacientes das populações asiáticas—51% em Cingapura, 71% na Índia, 54% em Taiwan)

Outra informação procedente da história do paciente e signos de advertência importantes:

- Emagrecimento não-intencional
- Sangue nas evacuações

- Antecedentes familiares de:
  - Neoplasia colorretal
  - Doença celíaca
  - Doença inflamatória intestinal
- Febre que acompanha à dor abdominal baixa
- Relação com a menstruação
- Relação com:
  - Ingestão de medicamentos
  - Consumo de alimentos (especialmente leite), edulcorantes artificiais, produtos dietéticos ou álcool
  - Viagem por regiões subtropicais
- Hábitos alimentares anormais
  - Refeições irregulares ou inadequadas
  - Ingestão de líquidos insuficiente
  - Ingestão de fibras excessiva
  - Obsessão com a higiene na dieta
- Antecedentes familiares de SII. A SII se apresenta claramente com maior frequência em determinadas famílias, embora não se compreende bem sua genética
- Natureza da aparição (uma instalação súbita, vinculada a uma exposição à gastroenterite sugere SII-PI)

### Avaliação psicológica

Não foi demonstrada a existência de fatores psicológicos que provoquem a SII ou que influenciem sua instalação. A SII não é um transtorno psiquiátrico ou psicológico. No entanto, os fatores psicológicos podem:

- Incidir na persistência e percepção da severidade dos sintomas abdominais
- Contribuir à deterioração da qualidade de vida e ao uso excessivo de serviços de atenção médica

Por estas razões, é comum que a SII coexista com afecções psicológicas, como:

- Ansiedade
- Depressão
- Somatização
- Hipocondria
- Medos vinculados aos sintomas

Os seguintes elementos podem servir como uma valoração objetiva das características psicológicas:

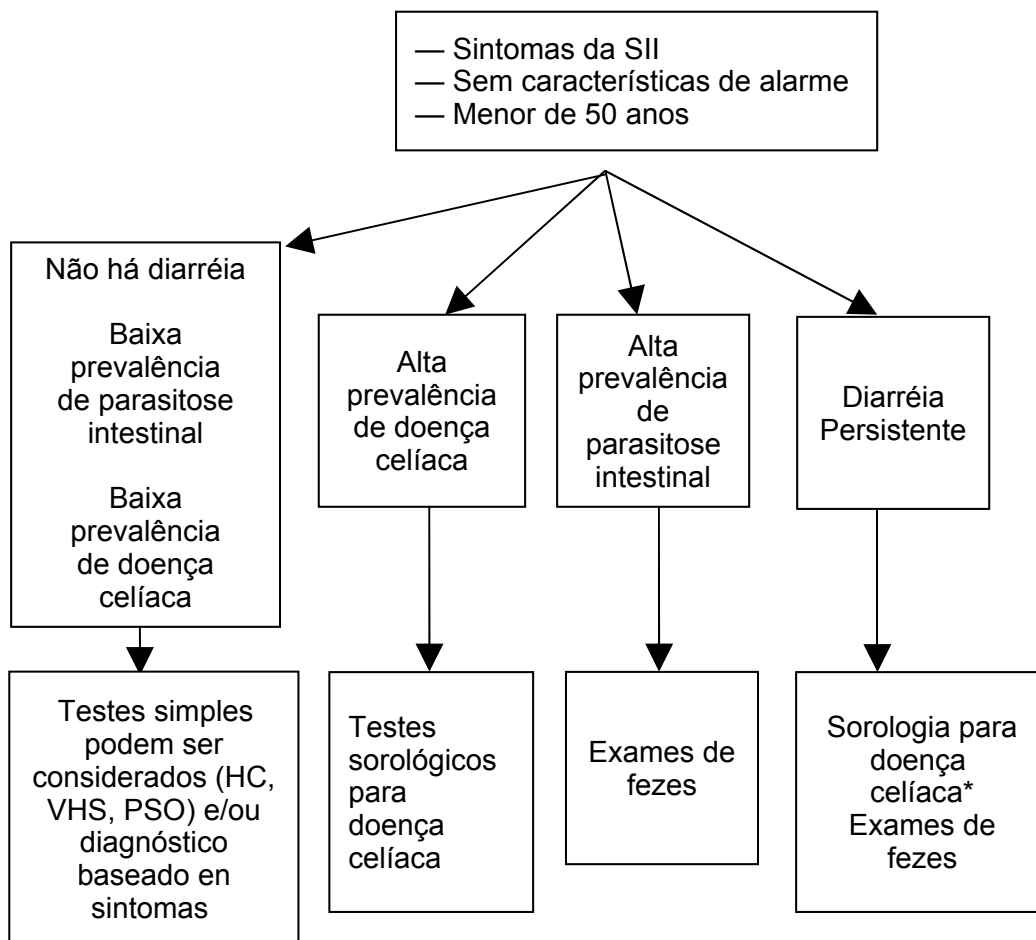
- Escala (HADS) (Escala hospitalar de ansiedade e depressão). Trata-se de um questionário simples com 14 pontos que mede o nível de ansiedade e depressão.
- O teste SOC (senso da coerência) pode ser utilizado para identificar pacientes com um SOC baixo que respondem à terapia cognitiva comportamental.
- O questionário PHQ-15 de saúde do paciente contém 15 pontos; ajuda a identificar a presença de múltiplos sintomas somáticos (somatização). Antes de utilizar este questionário na prática clínica, é preciso validá-lo para o país no qual se pretenda usar.



## Exame físico

- O exame físico tranquiliza o paciente e ajuda a detectar possíveis causas orgânicas.
- Realiza-se um exame geral buscando sinais de doença sistêmica.
- Exame abdominal:
  - Inspeção
  - Auscultação
  - Palpação
- Exame da região perianal:
  - Toque retal

## Algoritmo diagnóstico da SII



HC, hemograma completo; PSO, pesquisa de sangue oculto nas fezes; VHS, velocidade de eritrosedimentação.

\* Se for considerado relevante, quer dizer, quando existe uma alta prevalência de doenças como doença celíaca, parasitose e doença intestinal inflamatória ou colite linfocítica, respectivamente.

## Cascada diagnóstica da SII

### Nível 1

- Antecedentes, exame físico, exclusão de sintomas de alarme, consideração de fatores psicológicos
- Hemograma completo (HC), velocidade de eritrossedimentação (VHS) ou proteína C reativa (PCR), exames de fezes (leucócitos, ovos, parasitos, sangue oculto)
- Função tireóidea, anticorpos contra transglutaminase tissular (TTG)
- Colonoscopia e biópsia \*
- Marcadores de inflamação nas fezes (por exemplo, calprotectina)

### Nível 2

- Antecedentes, exame físico, exclusão de sintomas de alarme, consideração de fatores psicológicos
- HC, VHS ou PCR, exames de fezes, função tireóidea
- Sigmoidoscopia\*

### Nível 3

- Antecedentes, exame físico, exclusão de sintomas de alarme, consideração de fatores psicológicos
- HC, VHS, e exame de fezes

\* N.B. Mesmo nos países “ricos” nem todos os pacientes necessitam colonoscopia; seu uso estaria limitado, em particular, nos indivíduos com sintomas e sinais de alarme e pessoas maiores de 50 anos. A necessidade de exames, sigmoidoscopia e colonoscopia, em particular, deveria também depender das características do paciente (modo de apresentação, idade, etc.) e a localização geográfica (isto é, se está ou não em uma área de alta prevalência de doença intestinal inflamatória, doença celíaca, câncer de cólon ou parasitose). Poderia argumentar-se, por exemplo, que uma mulher de 21 anos com sintomas de SII-D e sem motivos de alarme, justificaria como muito fazer sorologia celíaca (quando corresponder).

## 3 Avaliação da SII

O diagnóstico de SII, geralmente, é suspeitado com base nos antecedentes e o exame físico do paciente, sem testes adicionais. A confirmação do diagnóstico de SII requer a exclusão confiável de doença orgânica, considerando as características e formas de apresentação de cada paciente individual. Em muitos casos (por exemplo, em pacientes jovens sem características de alarme), se pode fazer um diagnóstico seguro baseado simplesmente em dados clínicos.

### Critérios diagnósticos (Roma III)

- Início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico
- Dor ou desconforto abdominal recorrente durante > 3 dias por mês nos últimos 3 meses
- Pelo menos duas das seguintes características:
  - Melhoria com a defecação

- Associado a alterações na frequência das evacuações
- Associado a variações na forma das fezes

Na prática clínica, seja em atenção primária ou no consultório do especialista, os clínicos habitualmente baseiam seu diagnóstico de SII avaliando o paciente completo (frequentemente com o passar do tempo) e consideram uma série de características que apóiam seu diagnóstico (além da dor e do desconforto que acompanham a defecação ou as alterações na frequência ou forma das evacuações).

Sintomas comuns da SII e que apóiam o diagnóstico:

- Inchaço
- Forma anormal das fezes (duras e/ou moles)
- Frequência anormal das evacuações (menos de três vezes por semana ou mais de três vezes por dia)
- Esforço para defecar
- Urgência
- Sensação de evacuação incompleta
- Eliminação de muco pelo reto

Características do comportamento que ajudam a reconhecer a SII na prática geral:

- Os sintomas se mantêm durante mais de 6 meses
- O estresse agrava os sintomas
- Consultas frequentes por sintomas não-gastrointestinais
- Antecedentes de sintomas anteriores sem explicação médica
- Agravamento depois das refeições
- Acompanhado de ansiedade e/ou depressão

Moléstias não-colônicas que acompanham frequentemente a SII:

- Dispepsia—descrita em 42–87% dos pacientes com SII
- Náuseas
- Pirose

Sintomas não-gastrointestinais associados:

- Letargia
- Dor de costas e outras dores musculares e articulares
- Cefaléias
- Sintomas urinários:
  - Noctúria
  - Frequência e urgência à micção
  - Esvaziamento incompleto da bexiga
- Dispareunia
- Insônia
- Baixa tolerância à medicação

## Testes ou exames adicionais

Na maioria dos casos de SII não é necessário nenhum teste ou exame adicional. Nos casos simples de SII, e especialmente nos indivíduos mais jovens, recomenda-se fazer um esforço por manter os exames ao mínimo.

- Considerar testes ou exames adicionais se aparecerem sinais de advertência “bandeiras vermelhas”:
  - Aparição dos sintomas depois dos 50 anos de idade
  - Sintomas de aparição recente
  - Perda de peso não-intencional
  - Sintomas noturnos
  - Antecedentes familiares de câncer de cólon, doença celíaca, doença inflamatória intestinal
  - Anemia
  - Sangramento retal
  - Uso recente de antibióticos
  - Tumorações abdominais/retais
  - Elevação de marcadores inflamatórios
  - Febre
- Embora sejam exames realizados habitualmente, os hemogramas completos, os estudos de bioquímica sérica, os testes de função tireóidea e os exames de fezes em busca de sangue oculto, ovos e parasitos são indicados somente se a história clínica o sugere ou onde for pertinente a nível local.
- Também se podem considerar outros testes ou exames se:
  - O paciente tem sintomas persistentes ou segue ansioso apesar do tratamento.
  - Houve uma mudança qualitativa importante nos sintomas crônicos. Uma nova condição coexistente deve ser considerada.

## Diagnóstico diferencial

### *Sprue celíaco/ enteropatia por glúten*

Os principais sintomas e/ou achados:

- Diarréia crônica
- Crescimento insuficiente (em crianças)
- Fadiga
- Estima-se que afeta  $\pm$  1% de todas as populações indo-européias
- Considerar esta entidade no diagnóstico diferencial em regiões de alta prevalência

N.B.: Muitos pacientes com doença celíaca não têm as características clássicas e podem apresentar sintomas tipo “tipo SII”, incluindo constipação. Portanto deve manter-se um limiar baixo para decidir a pesquisa nas regiões de alta prevalência (aquelas com uma prevalência  $>$  1% na população geral).

### *Intolerância à Lactose*

Sintomas e/ou achados principais:

- Sintomas (inchaço, flatulência, diarréia) intensamente relacionados ao consumo de produtos lácteos

- Pode ser identificada com um teste de hidrogênio expirado de lactose, após um teste positivo de ingestão de leite

### *Enteropatia inflamatória (Doença de Crohn, colite ulcerativa)*

Sintomas e/ou achados principais:

- Variações importantes na prevalência a nível mundial
- A diarreia tem persistido durante > 2 semanas
- Sangramento retal
- Tumoração inflamatória, perda de peso, doença perianal, febre

### *Carcinoma colorretal*

Sintomas e/ou achados principais:

- Pacientes maiores que apresentam sintomas sugestivos de SII por primeira vez
- Eliminação de sangue nas fezes
- Perda de peso não-intencional
- A dor pode ser do tipo obstrutivo para as lesões do lado esquerdo
- Anemia ou ferropenia para as lesões do lado direito

### *Colite linfocítica e colágena*

- Responsável por 20% da diarreia não-explicada em pacientes maiores de 70 anos
- Habitualmente indolora
- É mais comum em mulheres na meia idade (M : F = 1 : 15)
- Diagnosticada em biópsias do cólon

### *Diarreia aguda devida a protozoários ou bactérias*

Sintomas e/ou achados principais:

- Diarreia de início abrupto
- Exame de fezes ou biópsia duodenal

Uma revisão recente do papel dos protozoários intestinais na SII concluiu que “É possível que os parasitos protozoários, como *Blastocystis hominis* e *Dientamoeba fragilis*, intervenham na etiologia da SII. *Dientamoeba fragilis* é conhecido por causar sintomas tipo SII e porque tende a provocar infecções crônicas, mas seu diagnóstico está baseado em exames microscópicos de esfregaços corados, que muitos laboratórios não fazem, levando assim ao diagnóstico equivocado de dientamebíase como SII. O papel de *B. hominis* como agente etiológico de SII não é conclusivo, devido aos relatórios contraditórios e a natureza controversa de *B. hominis* como patógeno humano. Embora as infecções por *Entamoeba histolytica* ocorram predominantemente nas regiões do mundo em desenvolvimento, o diagnóstico clínico de amebíase é frequentemente difícil porque os sintomas dos pacientes com SII podem ser muito parecidos aos dos pacientes com colite amebiana não-disentérica. As manifestações clínicas da infecção por *Giardia intestinalis* também variam, e podem

ir desde um portador assintomático, até a diarreia aguda e crônica com dor abdominal.”

Na Índia, apesar de ser recomendado fazer estudos protoparasitológicos para detecção de *Giardia* e *Amoeba*, é comum as pessoas se automedicar com imidazóis, o que dificulta a interpretação dos resultados.

N.B.: É essencial que todos os pacientes com SII nas áreas relevantes sejam submetidos a exames parasitológicos, para excluir a presença de protozoários parasitos como agentes causais das características clínicas.

### *Sobrecrescimento bacteriano no intestino delgado (SIBO)*

- As características clássicas do SIBO são as características da má digestão e má absorção.
- Alguns dos sintomas do SIBO (inchaço, diarreia) podem sobrepor-se aos da SII, o que tem levado a sugerir que SIBO seja comum na SII.
- A maior parte da evidência sugere que SIBO *não* é comum na SII.

### *Diverticulite*

A relação entre a SII e a denominada “doença diverticular dolorosa” não está clara; ¿Pode ser que a doença diverticular dolorosa seja simplesmente uma SII em um paciente portador de divertículos? Na diverticulite, os sintomas e/ou achados clássicos são episódicos e podem passar de agudos para subagudos durante um episódio, apresentando:

- Dor abdominal do lado esquerdo
- Febre
- Tumoração inflamatória dolorosa no quadrante inferior esquerdo

No entanto, atualmente é evidente que os pacientes afetados podem ter mais sintomas crônicos entre os episódios/surtos bem definidos.

### *Endometriose*

Principais sintomas e/ou achados:

- Dor cíclica na parte inferior do abdômen
- Ovários aumentados de tamanho ou gânglios dorsais ao colo uterino (ao toque vaginal)

### *Doença inflamatória pélvica*

Principais sintomas e/ou achados:

- Dor não-aguda na parte inferior do abdômen
- Febre
- Dor à pressão ascendente ou dor nos anexos e anexos inchados (ao toque vaginal)

### Câncer de ovário

Nas mulheres maiores de 40, o câncer de ovário deve ser considerado no diagnóstico diferencial. Em uma pesquisa realizada entre mulheres com câncer de ovário, os sintomas mais comuns foram os seguintes:

- Aumento do volume abdominal
- Inchaço
- Urgência urinária
- Dor pélvica

A combinação de inchaço, aumento do volume abdominal, e sintomas urinários foi encontrada em 43% das mulheres com câncer de ovário, mas somente em 8% de uma população de controle.

### Comorbidade com outras doenças

Os pacientes que apresentam sobreposição de síndromes tendem a ter uma SII mais severa.

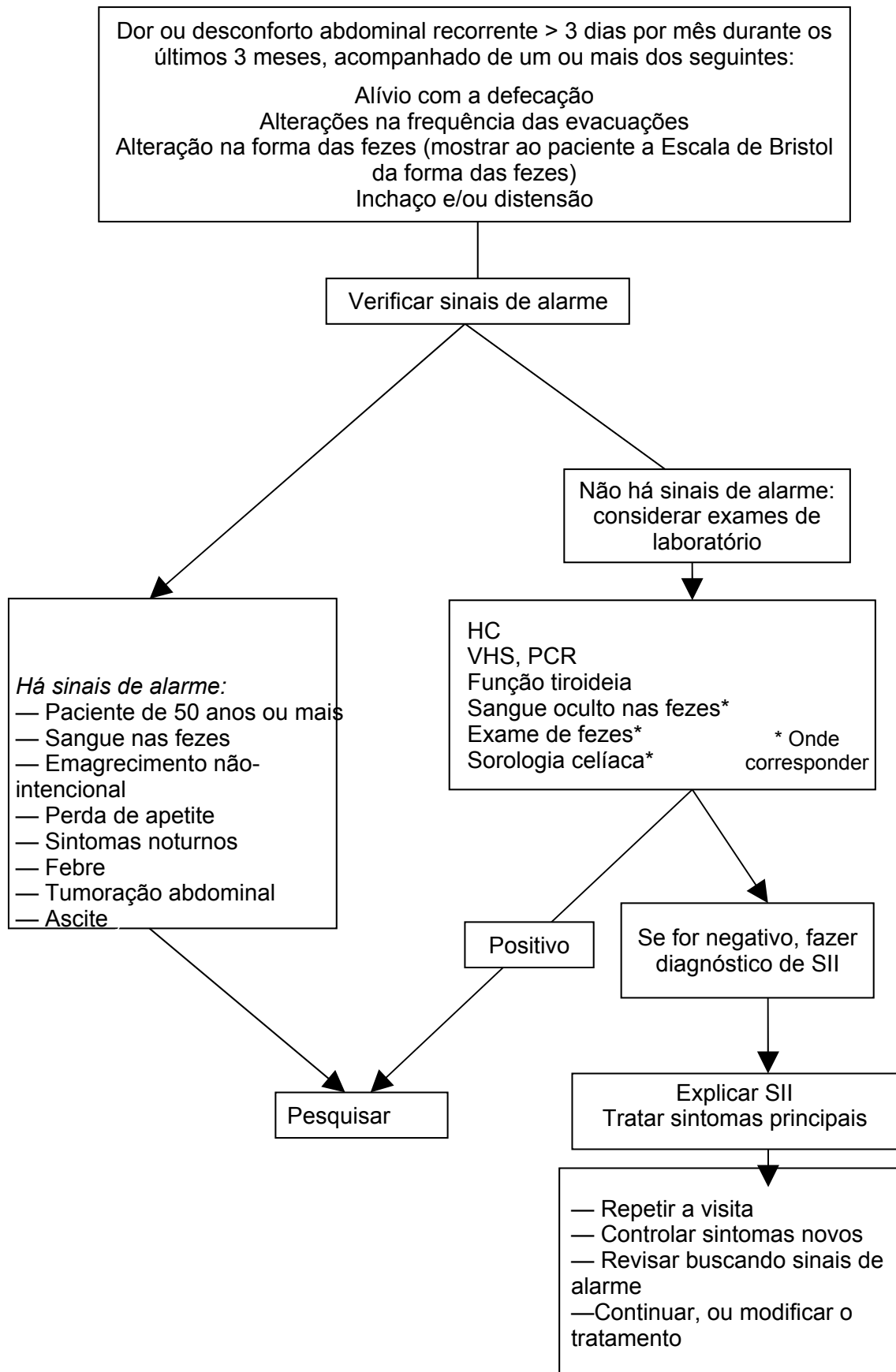
- Fibromialgia—em 20–50% dos pacientes com SII (apesar de não haver evidência disto na China, por exemplo)
- A SII é comum em vários outros transtornos que se apresentam com dor crônica:
  - Presente em 51% dos pacientes com síndrome da fadiga crônica
  - Transtornos da articulação têmporo-mandibular: 64%
  - Dor pélvica crônica: 50%
  - Dispepsia não-ulcerativa, discinesia biliar

---

## 4 Manejo da SII

### Introdução

O seguinte diagrama oferece um esboço geral de um esquema de manejo para o paciente que consulta com sintomas tipo SII:



N.B.: Com a ansiedade do paciente desempenhando um papel importante, é fundamental tranquilizá-lo, explicando a situação.



Dado que não existe um acordo geral sobre a causa da SII, não é surpreendente que atualmente nenhum tratamento em particular seja considerado em todo o mundo como universalmente aplicável para o manejo clínico de todos os pacientes que o padecem.

Dada também a associação comum entre os sintomas da SII e fatores tais como a dieta, o estresse, e fatores psicológicos, deve-se prestar atenção à adoção de medidas que possam aliviar, se não eliminar, ditos precipitantes. As diferenças na dieta entre os diferentes países e grupos étnicos poderiam ter uma influência significativa sobre a prevalência dos sintomas da SII, mas se dispõe de pouca informação. Os benefícios das dietas de eliminação, de existir, ainda estão por confirmar-se.

Os dados recentes sobre os transtornos da flora intestinal (microbiota) na SII, bem como a sugestão acima mencionada (controvertida) de que SIBO possa ser um fator, tem despertado o interesse em enfoques novos: probióticos, prebióticos e antibióticos. As meta-análises recentes confirmam o papel desempenhado pelos probióticos no manejo clínico da SII, mas também deixam claro que os efeitos dos probióticos na SII, como em outras, são altamente específicos da cepa. A variabilidade e formulação das cepas específicas variam drasticamente em todo o mundo. Por exemplo, *Bifidobacterium infantis* 35624, que dispõe atualmente da melhor base de evidência para sua eficácia na SII, só está disponível nos Estados Unidos. Os temas relativos ao controle de qualidade também continuam complicando as recomendações nesta área.

Os pacientes com SII habitualmente recorrem a uma série de terapias alternativas/complementares em todo o mundo. Na Índia (na medicina Ayurvédica) e na China, por exemplo, existem remédios de ervas que são usadas frequentemente para a SII. No entanto, é difícil valorar sua eficácia, porque a concentração de ingredientes ativos varia consideravelmente dependendo do processo de extração. Poucas terapias alternativas que foram submetidas a ensaios clínicos aleatorizados em SII.

A informação preliminar sobre antibióticos não-absorvíveis (por exemplo,  $3 \times 400$  mg/dia) é alentadora, mas os ensaios até hoje foram pequenos demais como para poder extrair conclusões firmes.

Uma revisão sistemática recente, embora destaque as limitações dos desenhos de ensaio em muitas instâncias, fornece evidências para apoiar o uso de antidepressivos (tanto tricíclicos como inibidores seletivos de recaptção de serotonina (serotoninérgicos) na SII. É frequente prescindir dos fatores não-farmacológicos, mas são de fundamental importância no manejo clínico da SII. O relacionamento médico-paciente é essencial e deveria incluir a atenção aos seguintes elementos, tanto durante a avaliação inicial como no seguimento subsequente:

- Identificação e exploração das preocupações do paciente. Deve-se estabelecer um relacionamento positivo médico-paciente, aceitando que os sintomas e as moléstias do paciente são reais.
- Apreciação da repercussão dos sintomas.
- Análise das ansiedades do paciente em relação aos sintomas e os possíveis diagnósticos, buscando eliminar preocupações desnecessárias.
- Identificação e ajuda para resolver fatores de estresse.
- Redução da conduta evitativa. Os pacientes podem evitar atividades que temem lhes estejam causando os sintomas, mas a conduta evitativa tem uma influência negativa sobre o prognóstico.

- Orientações gerais sobre a dieta e atividade: uma dieta rica em fibras (onde corresponder), horários regulares das refeições, ingestão suficiente de líquidos, e atividade física suficiente podem ter (em geral) efeitos benéficos, mas não existe nenhuma prova adequada que demonstre a influência direta dessas medidas nos resultados da SII.

### Tratamento medicamentoso

A nível mundial utiliza-se uma grande variedade de agentes para o tratamento dos sintomas individuais de SII, a seguir:

- Antiespasmódicos para a dor.
- Laxantes, fibras e agentes de volume para a constipação. A lubiprostona ( $2 \times 24 \mu\text{g}/\text{dia}$ ) um agonista dos canais de cloro foi aprovada recentemente pela Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA) dos Estados Unidos para a constipação crônica e a SII, na qual predomina a constipação, mas ainda resta estabelecer o papel exato de ditos agentes no manejo geral da SII.
- Fibras, agentes de volume e antidiarréicos para a diarreia.
- Resinas de carvão, antiflatulentos, e outros agentes para o inchaço, distensão, e flatulência.

É importante destacar que a variedade de agentes disponíveis e suas formulações variam consideravelmente entre os países, e é necessário os médicos tratantes conhecer a fundo o perfil de eficácia e risco de qualquer agente que ele vai prescrever, sem extrapolar evidências que surgem de outros agentes da mesma classe ou agentes que têm modalidades similares de ação.

### Dor

- Se for necessário um analgésico, é preferível o paracetamol antes que os antiinflamatórios não-esteróides (AINEs). Os opiáceos devem ser evitados a todo custo, porque a dependência e adição constituem um alto risco em uma afecção crônica como esta. Além disso, os AINEs e os opiáceos também apresentam efeitos colaterais indesejáveis sobre o tubo digestivo.
- A cepa probiótica *Bifidobacterium infantis* 35624 (uma cápsula por dia) tem demonstrado reduzir a dor, o inchaço, e a dificuldade na defecação, além de normalizar o trânsito intestinal nos pacientes com SII, independentemente do hábito predominante; no entanto, mas está atualmente disponível somente nos Estados Unidos.
- Antiespasmódicos:
  - A disponibilidade de compostos varia tremendamente em todo o mundo.
- Antidepressivos tricíclicos:
  - Amitriptilina, com uma dose inicial de 10 mg/dia, dose alvo 10–75 mg/dia, ao deitar.
  - Desipramina, dose inicial 10 mg/dia, dose alvo 10–75 mg/dia, ao deitar. Esta medicação tende a ser constipante e deve ser evitada nos pacientes já constipados.
- Serotoninérgicos (Inibidores de recaptção da serotonina):
  - Paroxetina, 10–60 mg/dia.
  - Citalopram, 5–20 mg/dia.

## Constipação

- Uma dieta rica em fibras e um agente formador de volume (exemplo, psílio) combinado com uma ingestão suficiente de líquidos pareceria ser uma estratégia lógica em SII, mas a base de evidência não é convincente e em alguns pacientes pode haver um agravamento do inchaço e da distensão. Um estudo na Índia analisou o conteúdo de fibra da dieta dos pacientes índios com SII e controles, e encontrou que não era necessário suplementar com fibras, porque o conteúdo de fibras da dieta era igual à ingestão recomendada para os pacientes com SII.
- A cepa probiótica *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 tem demonstrado acelerar o trânsito gastrointestinal e aumentar a frequência das evacuações entre os pacientes com SII com constipação.
- Os laxantes osmóticos são frequentemente úteis; poucos foram testados formalmente na SII.
- Lubiprostona:
  - Para o tratamento da SII com constipação em mulheres de 18 anos e mais.
  - Tomar duas vezes ao dia em dose de 8-µg com alimentos e água.

## Diarréia

- A loperamida (2 mg todas as manhãs ou duas vezes ao dia) não é mais eficaz do que um placebo para reduzir a dor, o inchaço, e os sintomas gerais de SII, mas é um agente eficaz para o tratamento da diarréia, reduzindo a frequência das evacuações e melhorando sua consistência.
- Alosetron, é um antagonista do receptor 5-hidroxitriptamina-3 (5-HT<sub>3</sub>):
  - Indicado só em mulheres com SII severa com predominância de diarréia > 6 meses e que não respondem aos agentes antidiarréicos.
  - Rara vez pode provocar colite isquêmica.

## Tratamento do inchaço e da distensão

- As dietas que produzem menos gases podem ser de ajuda em alguns pacientes.
- Não existe evidência que apóie o uso de produtos que contêm carvão ativado, “antiflatulentos,” simeticona, e outros agentes na SII.
- Probióticos: alguns ensaios clínicos mostraram a eficácia de algumas cepas específicas, como *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 e o coquetel probiótico VSL#3, para inchaço, distensão, e flatulência. Outros, tais como *Bifidobacterium infantis* 35624, reduzem o inchaço, bem como outros sintomas importantes da SII.
- O tratamento antibiótico com rifaximina 3 × 400 mg/dia tem demonstrado reduzir o inchaço em alguns pacientes com SII.

## Recomendações da Força Tarefa do ACG para a SII

A força tarefa para SII do Colégio Americano de Gastroenterologia (ACG) publicou uma revisão sistemática baseada na evidência sobre o manejo clínico da SII em janeiro de 2009 (*Am J Gastroenterol* 2009;104:S1–35). Suas conclusões são resumidas a seguir.

*Agentes antiespasmódicos, incluindo óleo de menta.* Certos antiespasmódicos (hioscina, cimetropio, pinavério, e óleo de menta) podem proporcionar alívio da dor ou do desconforto abdominal da SII por períodos curtos. Não se dispõe de evidência

para a eficácia em longo prazo, e a evidência para segurança e tolerabilidade é limitada.

*Fibras na dieta, agentes de volume, e laxantes.* O mucilóide hidrofílico de psílio (casca de ispagula) é moderadamente eficaz. Um único estudo descreveu melhorias com o polícarbofilo de cálcio. O farelo de trigo ou de milho não são mais eficazes do que placebo para aliviar os sintomas gerais da SII e não podem ser recomendados para uso rotineiro. O laxante polietilenglicol (PEG) demonstrou melhorar a frequência das evacuações, nas não a dor abdominal, em uma pequena pesquisa sequencial com adolescentes com SII-C.

*Antidiarréicos.* O agente antidiarréico loperamida não é mais eficaz do que placebo na redução da dor, inchaço, ou sintomas gerais de SII, mas é um agente eficaz para o tratamento da diarreia, reduzindo a frequência das evacuações e melhorando a consistência das fezes. Não foram realizados ensaios controlados aleatorizados que comparem a loperamida com outros agentes antidiarréicos. Falta informação de segurança e tolerabilidade da loperamida.

*Antibióticos.* Um ciclo curto de antibiótico não-absorvível é mais eficaz do que placebo para uma melhoria global da SII e para o inchaço. Não se dispõe de dados que apoiem a segurança e eficácia em longo prazo dos antibióticos não-absorvíveis para o manejo de sintomas da SII.

*Probióticos.* Em estudos com um único organismo, os lactobacilos não parecem ser eficazes para os pacientes com SII. As Bifidobactérias e determinadas combinações de probióticos demonstram alguma eficácia.

*Antagonistas dos receptores 5-HT<sub>3</sub>.* O antagonista do receptor 5-HT<sub>3</sub> alosetron é mais eficaz do que placebo no alívio dos sintomas gerais da SII nos pacientes com SII com diarreia de ambos os sexos. Os efeitos colaterais potencialmente graves, incluindo constipação e isquemia de cólon, aparecem com maior frequência em pacientes tratados com alosetron comparado com placebo. O balanço entre benefícios de danos para alosetron é mais favorável nas mulheres com SII severa e diarreia que não responderam às terapias convencionais. A qualidade da evidência para a eficácia dos antagonistas de 5-HT<sub>3</sub> na SII é alta.

*Ativadores seletivos dos canais de cloro C-2.* A lubiproston a uma dose de 8 µg duas vezes ao dia é mais eficaz do que placebo para aliviar os sintomas gerais de SII nas mulheres com SII-C.

*Agentes antidepressivos.* Os antidepressivos tricíclicos (TCAs) e os serotoninérgicos são mais eficazes do que placebo para aliviar os sintomas gerais da SII, e parecem reduzir a dor abdominal. Os dados sobre a segurança e tolerabilidade destes agentes em pacientes com SII são limitados.

N.B.: A base de evidência para muitos tratamentos usados comumente no manejo da SII é fraca, enquanto que para outros é inexistente.

## Outros tratamentos (incluindo os psicológicos)

Recomendações não farmacológicas gerais:

- Fale com o paciente sobre suas ansiedades. Isto reduz as queixas; aponte a eliminar preocupações desnecessárias.

- Busque reduzir a conduta evitativa. Os pacientes podem evitar atividades que temem estejam provocando os sintomas, mas a conduta evitativa tem uma influência negativa sobre o prognóstico.
- Fale sobre o medo ao câncer.
- Analise e procure resolver os fatores de estresse.
- Os horários regulares das refeições, a ingestão suficiente de líquidos, e uma atividade física suficiente podem ter efeitos benéficos gerais, mas não existe nenhuma prova adequada que demonstre a influência direta dessas medidas nos resultados da SII.

Além dos enfoques gerais acima descritos para guiar a conduta do relacionamento médico-paciente na SII, intervenções psicológicas mais formais podem ser consideradas em certas circunstâncias e dependendo da disponibilidade de recursos e perícia apropriados. Ditas abordagens podem incluir:

- Terapia cognitiva/condutual, em grupo, ou sessões individuais
- Técnicas comportamentais que procuram modificar as condutas disfuncionais através de:
  - Técnicas de relaxamento
  - Manejo de contingências (recompensando o comportamento saudável)
  - Treinamento assertivo
- Hipnose

A Força Tarefa do ACG concluiu que as terapias psicológicas, incluindo a terapia cognitiva, a psicoterapia dinâmica, e a hipnoterapia, mas não assim a terapia de relaxamento, são mais eficazes do que os cuidados habituais no alívio geral dos sintomas.

No tocante às terapias com ervas e acupuntura, a Força Tarefa do ACG estudou os ensaios controlados aleatorizados disponíveis, fundamentalmente analisando misturas de ervas chinesas específicas, concluindo que os resultados pareciam mostrar um benefício. Não foi possível combinar estes estudos em uma meta-análise significativa; no entanto, e em termos gerais, continua a confusão a respeito dos benefícios da terapia com ervas chinesas na SII, devido à variabilidade dos componentes utilizados e de sua pureza. Existem também importantes preocupações sobre a toxicidade, especialmente a insuficiência hepatocítica, pelo uso de qualquer mistura de ervas chinesas. Uma revisão sistemática dos ensaios sobre a acupuntura não resultou concluinte devido à heterogeneidade dos resultados. Antes de poder realizar qualquer recomendação sobre a acupuntura ou a terapia com ervas é necessário aprofundar a pesquisa.

## Prognóstico

Para a maioria dos pacientes com SII, é provável que os sintomas persistam, mas não que piorem. Uma pequena proporção se deteriorará, e alguns se recuperarão completamente. Por exemplo, um estudo recente encontrou que quando 18% de uma amostra aleatória de 1.021 sujeitos na população geral (EE.UU.) tinha SII, 38% não tinha queixas 12–20 meses depois.

Entre os fatores que podem afetar negativamente o prognóstico se incluem:

- Conduta evitativa relacionada aos sintomas da SII
- Ansiedade sobre certas patologias médicas
- Função danificada como resultado dos sintomas

- Sintomas de SII de longa data
- Persistência de uma vida cronicamente estressante
- Comorbidade psiquiátrica

As medidas adotadas pelo médico podem afetar positivamente o resultado do tratamento:

- Reconhecimento da doença
- Educar o paciente sobre o que é a SII
- Tranquilizar o paciente

## Seguimento

Nos casos leves, geralmente não existe necessidade de fazer consultas de seguimento no longo prazo, a não ser que:

- Os sintomas persistam, com inconveniência ou disfunção consideráveis.
- O paciente esteja seriamente preocupado sobre sua afecção.
- Diarréia > 2 semanas.
- A constipação persista e não responde ao tratamento.
- Apareçam sinais de advertência de possível doença gastrointestinal grave:
  - Sangramento retal
  - Anemia
  - Perda de peso não-intencional
  - Antecedentes familiares de câncer de cólon
  - Febre
  - Uma mudança importante dos sintomas
- Cuidado com a aparição de transtornos da alimentação:
  - A maioria dos indivíduos com SII tentam alguma forma de manipulação dietética.
  - Isto pode levar a dietas nutricionalmente inadequadas ou ingestão de quantidades anormais de fruta, cafeína, produtos lácteos, e fibra dietética.
  - A tendência a apresentar um transtorno da alimentação é mais comum nos pacientes com SII de sexo feminino.

## Cascata de manejo da SII

Nível 1

- Tranquilizar, realizar uma revisão da dieta e do estilo de vida e assessorar
- Provar um probiótico de qualidade com eficácia comprovada
- Tratamento sintomático da dor com:
  - Dor com um antiespasmódico disponível localmente; para os pacientes mais severamente afetados adicionar um antidepressivo tricíclico ou um serotoninérgico com baixa dosagem
  - Constipação com medidas dietéticas e suplementação com fibras, progredindo para laxantes osmóticos ou lactulose
  - Diarréia com antidiarréicos simples
- Considerar abordagens psicológicas (hipnoterapia, psicoterapia, terapia de grupo) e consulta com um dietista, quando estiver indicado
- Adicionar agentes farmacológicos específicos, onde estiverem aprovados:
  - Lubiprostona para SII-C

- Rifaximina para diarreia e inchaço
- Alosetron para SII-D

#### Nível 2

- Tranquilizar, realizar uma revisão da dieta e do estilo de vida e assessorar
- Adicionar um probiótico de qualidade com eficácia comprovada
- Tratamento sintomático de:
  - Dor com um antiespasmódico disponível localmente; para os casos mais severamente afetados adicionar um antidepressivo tricíclico com baixa dosagem
    - Constipação com medidas dietéticas e suplementação com fibras
    - Diarreia com agentes de volume e antidiarréicos simples

#### Nível 3

- Tranquilizar, realizar uma revisão da dieta e do estilo de vida e assessorar
- Tratamento sintomático de:
  - Dor com antiespasmódicos disponíveis localmente
  - Constipação com medidas dietéticas e suplementação com fibras
  - Diarreia com agentes de volume e antidiarréicos simples