

DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

BERNARDES, Lanna Oliveira Carvalho¹

Faculdades Integradas Maria Imaculada-FIMI
lanna.bernardes@hotmail.com

FRITTOLI, Renan Bazuco²

Faculdades Integradas Maria Imaculada – FIMI
renan.bazuco@gmail.com

Chiroto Filho, Roberto Luiz³

Faculdades Integradas Maria Imaculada – FIMI
rchiroto@yahoo.com.br

RESUMO

A doença de Crohn (DC) é uma doença de processo inflamatório crônico de etiologia ainda desconhecida, não curável por tratamento clínico ou cirúrgico e que acomete o trato gastrointestinal de forma uni ou multifocal, variável e transmural acometendo principalmente o intestino delgado e o grosso. O objetivo deste estudo foi avaliar o caso de uma paciente com DC, bem como seu estilo de vida e os exames e tratamentos solicitados durante o período da doença. Trata-se de um estudo observacional e descritivo, utilizando dados de um portador da DC, analisando sua vivência com a doença no dia-a-dia desde a suspeita da doença até os dias atuais, sendo realizada uma análise qualitativa para explicar ligações causais nas intervenções na vida desta paciente, mediante entrevista, prontuários e exames. Os dados foram coletados por meio de exames laboratoriais desde o princípio da descoberta da DC (2007) até os dias atuais (2018), comparando seus resultados anualmente. Dentre os resultados obtidos foi possível observar que a paciente teve uma melhora ao passar dos anos e se encontra na fase estacionária da doença, mantendo acompanhamento dos exames. A conclusão desse estudo é que a paciente avaliada realiza seu tratamento corretamente, portanto se encontra bem e conseguiu adaptar seu estilo de vida mesmo enfrentando obstáculos da DC.

Palavras-chave: Doença de Crohn. Estilo de vida. Doença autoimune.

¹ Bacharel em Biomedicina (2018)

² Doutor em Fisiopatologia Médica (UNICAMP), Mestre em Ciências (UNICAMP) e graduado em Biomedicina (UNIRARAS). Docente das Faculdades Integradas Maria Imaculada para os cursos de graduação em Biomedicina, Estética, Farmácia e Química Industrial.

³ Biomédico mestre em Ciências da Saúde e especialista em citopatologia oncológica. Experiência profissional em laboratório de patologia e também como docente em cursos de graduação e pós graduação, além de coordenação do mini curso de interpretação de exames laboratoriais.

1 INTRODUÇÃO

O intestino é dividido em duas partes: delgado e grosso, o intestino delgado dividido em três partes: duodeno, jejuno e íleo, ele é a quinta porção do tubo digestivo, começa na válvula pilórica, que o comunica com o estômago, e termina na válvula íleocecal, por onde desemboca no intestino grosso. A parte do intestino grosso é responsável pela absorção de água, armazenamento e eliminação dos resíduos da digestão, o intestino grosso começa no íleo (porção final do intestino delgado) e é dividido nos seguintes segmentos: ceco (onde se localiza o apêndice), cólon ascendente, cólon transversal e cólon descendente que desemboca no cólon sigmóide, reto e canal anal (ALBUQUERQUE, 2018).

Na literatura relata-se uma doença que afeta predominantemente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (cólon), mas pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, chamada de Doença de Crohn (DC). Ela é chamada DC, porque Burril Bernard Crohn foi o primeiro nome de um artigo de três autores, publicado em 1932, que descreveu a doença. Dr. Burril nasceu no dia 13 de junho de 1884 na cidade de Nova Iorque, vindo de uma família europeia de origem judaica decidiu fazer medicina pelo fato de que seu pai apresentava problemas digestivos graves, sendo assim seu desejo maior era ter conhecimentos para ajudá-lo (CAMPOS; KOTZE, 2013).

Durante milhões de anos, o sistema imunológico de defesa foi preparado pela evolução para atacar todos os agentes estranhos que possam penetrar em nosso organismo e para proteger o que é próprio de cada um. Certas alterações nesse sistema provocam mudanças na regulação de tal forma que as células imunológicas se confundem e passam a agredir os tecidos que deveriam proteger. Um exemplo é o que acontece com a DC, em que células imunologicamente ativas acabam agredindo o aparelho digestivo, da boca até o ânus, em especial a parte inferior do intestino delgado (íleo) e o intestino grosso (cólon) provocando lesões importantes das quais as mais frequentes são aumento da velocidade do trânsito intestinal, diarreia, esfoliação, dificuldade para absorver os nutrientes e enfraquecimento (SIPAHI, 2018).

A DC pode surgir em qualquer idade, entretanto é mais comum que os primeiros sintomas apareçam na idade adulta. Nos países europeus e na América do Norte, a doença surgiu há mais tempo, portanto o número de doentes crônicos é maior nestes países em comparação com o Brasil (APRILLI; SILVA; FERES 2005).

A incidência anual na América do Norte da DC varia de 2,2 a 14,3 casos por 100 mil pessoas com taxas de prevalência de 26 a 201 casos por 100 mil pessoas. Na América do Sul

e na Ásia a incidência é menor. Vários estudos têm chamado atenção para o aumento do número de casos de DC diagnosticados em todo o mundo. Um dos primeiros estudos publicados no Brasil foi o de Gaburri, que realça o crescente número de indivíduos diagnosticados como portadores de DC na segunda metade do século XX.

Um fator importante é o aspecto emocional que enfoca uma grande elevação nos sintomas, e os fatores ambientais, alimentares, imunológicos e infecciosos têm sido realçados e investigados bravamente como possíveis causas da DC (LIMA et al., 2012).

A DC é pouco conhecida em nosso país e também é pouco estudado, o que contribui para o atraso e difícil diagnóstico, aumentando a morbidade dessa condição. O diagnóstico da doença ainda é um desafio para os médicos. Além do aspecto fisiopatológico, de perda de nutrientes, dor, desconforto e infecção podem ocorrer o aparecimento da fistula, que é uma das maiores complicações para os portadores de DC e podem causar constrangimento quando com drenagem aparente abundante (STEINWURZ, 2018).

As indicações para um tratamento cirúrgico ou medicamentoso provem da situação que se encontra a doença como local e intensidade que apresenta. Pacientes assintomáticos ou que já apresentaram sintomas, mas nunca passaram por tratamento cirúrgico, não há indicações para tratamento contínuo (HABR- GAMA, 2011).

O diagnóstico da DC resulta de análises de dados clínicos, endoscópicos, radiológicos, laboratoriais e histológicos. A manifestação de maior ou menor valor prognostica são obstrutivas, inflamatória ou fistulizante (HABR- GAMA, 2011).

Os maiores sinais clínicos são desnutrição, palidez cutâneo-mucosa, dor, massa abdominal, distensão ou fistulização na parede abdominal. Um dos sinais incomum, mas de gravidade alta, é a dilatação aguda e tóxica do cólon (HABR- GAMA, 2011).

As drogas de modo geral que mais são usadas para tratar a DC são antibióticos e anti-inflamatórios, também frequentemente são usadas às terapias biológicas, quando as outras medicações não causam efeito suficiente para o tratamento, essa terapia é apropriada para o paciente para evitar passar por processo cirúrgico quando é considerada uma opção de risco para o portador da DC (ROBERTSON, 2018).

O estresse é um forte fator para agravar o cotidiano de um portador de DC, um conjunto de reações fisiológicas que se exageradas em intensidade ou duração, podem levar um desequilíbrio no organismo e seus sintomas podem variar de pessoa para pessoa (ROBERTSON, 2015).

Para entender o significado de ser portador da DC, grande parte dos artigos optaram pela pesquisa qualitativa, como: motivos, valores e atitudes, crenças, em consideração a

realidade dos significados, dos valores, da história e cultura de cada paciente, buscando ter uma visão diferente do positivismo tendo interpretações compreensivas, e uma das principais características é trabalhar com opiniões pessoais de cada paciente, e intervir as reações sociais, priorizando seu relacionamento com outras pessoas (SARLO, BARRETO, DOMINGUES, 2008).

A avaliação psicológica periódica pode ser útil para detecção e possível abordagem da oscilação do humor em pacientes com DC. É oportuna a continuidade de estudos que busquem fazer articulações entre os aspectos psicológicos e orgânicos a fim de se conhecer melhor o paciente e de se buscar melhores estratégias terapêuticas para a melhoria da qualidade de vida desses enfermos (LIMA et al., 2012).

O medo também se torna um sentimento comum para o portador de doença crônica, que é manifestado de várias maneiras, entre elas o medo da incapacidade e da piora do quadro clínico durante o seu dia a dia, e com isso gera ansiedade e estresse que são grandes fatores que acomete o psicológico piorando a situação do paciente, trazendo pioras em sintomas da doença. O paciente começa a ter medo de sentir dores ou de ficar pior em estado geral, se sentindo inseguro com sua situação atual, afetando não só o lado emocional do paciente, mas também atinge o físico, prejudicando o convívio social, o paciente chega a emagrecer bastante, que é um dos grandes sinais da doença e, além disso, se sente diferente das outras pessoas podendo trazer sentimento de isolamento sentindo-se excluída. Além do motivo emocional, o emagrecimento também ocorre pela restrição e mudança de hábitos alimentares (SARLO, BARRETO, DOMINGUES, 2008).

O estresse pode levar a um desequilíbrio no organismo do portador, afetando-o e seus sintomas variam de pessoa para pessoa. Deste modo, a DC é considerada uma grave doença autoimune, que exige tratamento para o resto da vida, e deve se levar em consideração o bem-estar do portador em todos os aspectos, acompanhando o desenvolvimento da doença através de tratamentos indicados.

O objetivo do trabalho foi compreender como é o estilo de vida de um portador de DC, avaliar seus exames laboratoriais e sua vivência com a doença no dia-a-dia.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi encaminhado e aprovado pela Plataforma Brasil (CAAE: 60373316.3.0000.5679) e seguiu as exigências para pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12.

Trata-se de um estudo observacional e descritivo, utilizando dados de um portador da DC, analisando sua vivência com a doença no dia a dia desde a suspeita da doença até os dias atuais.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram idade da paciente, cor, estado civil e os exames laboratoriais realizados anualmente pela paciente e seus relatos, comparando a diferença dos resultados obtidos com o desenvolvimento da doença.

Realizou-se uma investigação que assume e trata sobre uma situação específica, procurando encontrar as características e o que há de essencial nela. Foi feita uma análise qualitativa para explicar ligações causais nesta paciente, mediante relatos da paciente, prontuários e exames.

Os dados referentes aos exames laboratoriais foram: urina tipo I, hemograma e PCR (Proteína C Reativa). Os dados foram registrados em tabelas, comparando seus resultados anualmente, verificando o desenvolvimento da doença.

3 RESULTADOS

No ano de 1998 quando o paciente começou a apresentar sinais e sintomas de uma doença inflamatória trato gastrointestinal, esta começou a ser tratada como portadora de Retocolite ulcerativa (RCU) pelo difícil diagnóstico da DC e por falta de conhecimento da doença, fez uso dos medicamentos Mesalazina, Meticorten e Prednisonana. A paciente relatou que durante oito anos (na fase aguda da doença), onde seus sintomas estavam no estado mais graves, que sofria demais pelas fortes dores e hemorragias ocasionadas pela doença.

Em 2007 a paciente realizou uma operação de drenagem das infecções causadas pelas fístulas, portanto na descoberta através de exames de colonoscopia e laboratoriais realizados no Hospital de Clínicas da Unicamp foi possível diagnosticar a paciente como portadora da DC. Foi realizada uma biopsia de reto e por meio da microscopia foi possível obter a

conclusão de fragmentos de mucosa de intestino grosso com sinais inflamatórios compatíveis com doença inflamatória intestinal inespecífica.

Até o ano de 2014 foi possível observar através dos exames de urina tipo I realizados pelo paciente portador da DC nos anos de 2007, 2013, 2014 algumas alterações em comum como quantidades numerosas de bactérias. Nota-se que em 2016 a paciente passou a apresentar leucócitos e nitrito positivo. Já nos últimos anos avaliados (2017 e 2018) obtiveram-se resultados considerados normais (dentro dos padrões de referência). Observa-se na Tabela I os resultados de exames de urina obtidos.

Tabela 1 - Exame laboratorial: Avaliação dos Resultados de Urina

	2007	2013	2014	2016	2017	2018
Coloração	Amarelo Citrino	Amarelo Citrino	Amarelo Citrino	Amarelo Citrino	Amarelo Citrino	Amarelo Citrino
Aspecto	Turva	Turva	Turva	Levemente e turva	Límpida	Levemente turva
PH	Alcalino	Alcalino	Alcalino	Acida	Alcalina	Alcalino
Bactérias	++	+++	+++	+++	Não foram visualizadas	Não foram visualizadas

Nos exames de hemograma realizados ao princípio da descoberta da DC (2007) foram observados alterações como neutropenia, linfocitose e eosinofilia. Já nos anos de 2014 até 2017 obteve resultados considerados dentro dos valores de referência. Em 2018 foi possível observar uma linfocitose acentuada na paciente. Observa-se na Tabela abaixo resultados de exames de hemograma obtidos anualmente.

Tabela 2: Exame laboratorial – Avaliação dos Resultados de Hemograma

%	2007	2014	2016	2017	2018
Neutrófilos	27,0	39,0	40,0	38,0	26,0
Linfócitos	63,0	52,0	54,0	53,0	64,0
Eosinófilos	6,0	3,0	2,0	2,0	2,0

Também foram analisadas as alterações do exame de Proteína C Reativa (PCR), um indicativo de processo infeccioso-inflamatório. Observou-se no ano de 2013 um resultado de 24 mg/L, indicativo de PCR positivo. Em 2014 o resultado obtido foi de 4 mg/L, indicando diminuição do processo inflamatório, e em 2017 obteve o resultado de 6 mg/L (Valor de Referência > 8 mg/dL = positivo).

No entanto, atualmente a paciente não sofre de dores fortes, tampouco de dificuldades para conviver com a DC, mas realça levar em consideração aspectos emocionais que podem acometer dores e incômodos, dependendo do que está vivenciando no seu dia-a-dia. A paciente realizou tratamento com infliximab e apresentou ótima resposta frente ao tratamento.

Portanto nos dias atuais a paciente se encontra em estado estacionário da doença e realiza acompanhamento a cada três meses com o médico especialista.

4 DISCUSSÃO

No presente trabalho a paciente obteve um difícil diagnóstico, apresentando sintomas próximos a outras doenças intestinais. Desde então, sofreu mudanças em sua vida social e profissional e aprendeu a lidar com os obstáculos da DC e atualmente enfrenta-os com mais facilidade.

Mediante ao relato de caso é possível verificar que não existe idade específica para adquirir a doença, os sinais e sintomas são comuns a outras doenças que atingem o trato gastrointestinal, tendo a fase aguda e crônica da doença. O diferencial desta patologia é que esta atinge qualquer parte do intestino causando dores constantes e de difícil diagnóstico (SARLO, BARRETO, DOMINGUES, 2008).

O portador da doença que apresenta um quadro clínico mais crítico com lesões que não respondem aos tratamentos medicamentosos tende-se a ser mais grave. O portador da DC tem vários obstáculos no seu dia a dia, suas vidas sociais às vezes geram certos incômodos, no trabalho ou até mesmo na família sofrem preconceitos, portanto grandes mudanças acontecem depois que o portador é diagnóstico com a DC, como por exemplo: novas responsabilidades, mudança de seus hábitos alimentares, regime de tratamento, tentativas de compreender melhor sobre a doença e lidar com incômodos sociais e principalmente físicos, trazendo impacto entre relações sociais, lazer, trabalho e sua aparência (SARLO, BARRETO, DOMINGUES, 2008).

Fatores étnicos relacionados com a DC ainda são muito controversos. A incidência em brancos parece ser maior, porém alguns estudos demonstraram superioridade na

prevalência entre negros nos últimos 30 anos e indicam diferenças na apresentação clínica comparada com outras raças (POLI, 2018).

A paciente avaliada nesse estudo realizou o tratamento indicado para a doença corretamente desde a sua descoberta como portadora da DC. A cada três meses faz uso do medicamento para controle da doença, acompanhada por profissionais da saúde, também são realizados exames laboratoriais, como um “check-up” para uma análise mais detalhada de como está sua situação. Uma pesquisa realizada para avaliar o preconceito da DC chamada “Estudo Impact”, afirma que os portadores da doença muitas vezes sofrem preconceito e discriminação em seus ambientes de trabalho. Segundo a pesquisa, 25% dos portadores entrevistados já foram vítimas de comentários desagradáveis no trabalho por terem que evacuar com mais frequência ou por terem que faltar dias de trabalho devido aos diversos tratamentos. Além disso, 40% deles afirmam que já terminaram relacionamentos devido à doença. Diante de um estudo realizado sobre oscilação do humor em pacientes com DC: incidência e fatores associados observaram-se que a incidência de oscilação de humor durante o período de seguimento foi elevada (58%), constituindo a maioria dos pacientes do estudo. O fato de a doença não ter cura faz com que o paciente se assuste muito com o diagnóstico, pois muitos nunca apresentaram nenhuma outra doença, e a partir desse momento ter o que fazer acompanhamento médico, tomar remédios, fazer exames periódicos e frequentar ambientes hospitalares e consultórios é um dos maiores desafios do portador, sua preocupação eleva ao saber que para manter uma boa saúde e não evitar que os sintomas apareçam com frequência e atrapalhe seu cotidiano. Deve-se salientar que a saúde do paciente deve ser prioridade até o fim de sua vida pelo motivo de não ter uma cura e seu tratamento ser de grande importância para uma boa qualidade de vida.

Existe uma sensibilidade pessoal que reage quando se enfrenta um problema, e essa particularidade explica como lidar com situações desafiadoras. Todas as grandes mudanças que passamos na vida são situações estressantes, mesmo se elas forem boas e que estejam nos fazendo felizes. Dessa forma, é possível compreender que ser portador da DC e ter uma doença crônica, com singularidade frente à maneira de adaptação de cada um. Assim, para adaptarem-se à nova realidade, os pacientes usam algumas estratégias para superar as dificuldades, desenvolvendo habilidades próprias para seguir em frente (SARLO, BARRETO, DOMINGUES, 2008). A paciente avaliada relatou nesse estudo que enfrenta os obstáculos da DC como uma superação a cada dia, e se adaptou com seu estilo de vida, portanto não apresentou tantas dificuldades como no início da doença.

É possível constatar que o índice de DC no Brasil aumentou comparado a outras doenças que atingem o intestino e que a frequência de cirurgias é elevada dependendo do caso do paciente, não obtendo alívio de sintomas com apenas a droga de tratamento da doença, como por exemplo, o controle de fístulas, que é eficaz o tratamento clínico que promove a cicatrização (HABR- GAMA, 2011).

Em um estudo realizado com 44 portadores de Doença de Crohn confirmada por exames de colonoscopia e radiografia, foi utilizado o uso de infliximab. Todos os pacientes foram internados no Hospital Israelita Albert Einstein ou no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, todos os pacientes receberam a dose de 5 mg/Kg de infliximab, através de infusão endovenosa, num período de 2 a 3 horas foram observados. Contendo 23 pacientes do sexo feminino e 21 do masculino, entre idade de 8 a 52 anos. Quanto à localização da doença a maior parte eram portadores de ileocolite com resultado de 26 pacientes, 11 de ileíte, 6 de colite e 1 de doença localizada no canal anal e região perianal. No número total de doentes, 14 apresentavam fístulas, 9 pacientes na parte perianal e 4 apresentavam na parede abdominal 1 caso de fístula enterovesical. Na segunda e sexta semana após a primeira aplicação do infliximab, os pacientes acometidos de fístulas receberam novas infusões. Antes e após 30 e 60 dias da primeira infusão, os pacientes foram avaliados com testes de sangue: hemossedimentação (VHS), hematócrito completo, eletroforese de proteínas, proteína C reativa (PCR) e dosagem do ferro sérico.

Através da discussão relatada por Steinwurz (2003) teve-se como resposta que o infliximab é uma nova opção terapêutica, que vem sendo muito usado em todo o mundo, para o tratamento de portadores de DC. Portanto através do estudo é possível obter ajudar na busca de novas teorias e questões que serviram como base para futuras investigações. Nos pacientes que possuíam fístulas obteve resultados similares, mostrando melhora de lesões em 57,1% dos casos, obtendo diminuição ou até mesmo fechamento das fístulas evitando constrangimento, fazendo que com isso o portador tenha uma melhora em sua qualidade de vida (STEINWURZ, 2003).

Através de uma pesquisa realizada por Steinwurz (2003), observou-se que o local que mais apresenta as fístulas é a região Perianal e o local com mais inflamações ocasionadas é Ileocolite. Destacou que fatores como a constituição biológica do indivíduo, genética, ambiental e psicológica influenciam no comportamento do indivíduo frente à recuperação da DC (STEINWURZ, 2003).

Em um estudo realizado para compreender a vivência do paciente portador de DC informações de enfermeiras que trabalham com pacientes portadores de DC, que buscam

compreender os desafios que o paciente enfrenta no dia a dia e os sintomas físicos que tem grande impacto psicológico e social. Um fato significativo é levar em consideração o que o próprio portador acha importante para sua melhora (SARLO et al., 2008). Foi observado no presente estudo que a paciente compreende seus desafios, e relatou que seu estado emocional possui muita importância para seu bem estar, pois qualquer abalo psicológico, pode agravar seus sintomas, fazendo com que a paciente apresente recaída e sofra com a volta dos sintomas da DC.

Nos levantamentos obtidos por meio de Sarlo (2008) os pacientes que não respondem ao tratamento com o uso de infliximab são os de casos mais graves podendo levar a amputação abdominoperineal do reto. A paciente desse estudo teve uma boa resposta com o tratamento indicado com o uso de infliximab, conforme descrito nos resultados.

Com a realização da amputação pela DC preserva-se a musculatura esfínteriana externa da região anal e a dissecação é feita bem próxima ao reto para evitar lesões nervosas e as consequentes disfunções sexuais. O índice de mortalidade da amputação é de 3 a 9%, e a complicação mais frequente desta cirurgia é a abertura da ferida operatória perineal (22%), seguida de abscessos pélvicos (9%), abscessos e fistulas perineais. O método mais eficaz para diagnóstico da DC é através dados clínicos, endoscópicos, radiológicos, laboratoriais e histológicos. Através desses exames é possível ter a diferenciação de outras doenças inflamatórias do intestino, pois sintomas e sinais clínicos são bem parecidos, fazendo que com isso tenha um diagnóstico difícil até chegar à conclusão que o paciente é portador de DC (SARLO, BARRETO, DOMINGUES, 2008).

A comparação e a adaptação do portador de DC e de Retocolite ulcerativa (RCU) inespecífica, mostrou através de análises características sobre o equilíbrio quanto à proporção de participantes com DC (48%) e com Retocolite ulcerativa (52%). Avaliando-se as características sociodemográficas, verifica-se que essas duas amostras, apesar da grande variação da faixa etária (16 a 71 anos), eram equilibradas quanto à idade média (em torno de 36 anos) e quanto ao sexo. Elas eram igualmente semelhantes quanto ao estado civil dos participantes, separados entre solteiros e casados. Quanto à escolaridade, apenas no subgrupo dos analfabetos e no do 1º grau incompleto é que houve uma diferença maior, mas que não chega a ser significativa.

Considerando tratar-se de população de hospital universitário, a distribuição dos participantes quanto à escolaridade parece refletir mais a condição da população assistida por este tipo de instituição do que uma característica das doenças estudadas. Resumindo, pode-se dizer que os pacientes com DC não se distinguiram dos com Retocolite ulcerativa, em relação

às variáveis sociodemográficas estudadas, o que permitiu que as análises realizadas fossem feitas para a amostra como um todo (GUIMARÃES, 2008).

Um fator importante com relação a DC é sobre a importância do leite humano para a proteção contra determinadas doenças. No artigo sobre aleitamento materno de Santos et al. (2008) pode se observar que a amamentação pode evitar futuras doenças inflamatórias intestinais como a DC e a Retocolite ulcerativa. O leite humano, dentre os seus componentes nutritivos, contém, em sua composição, células, membranas e moléculas que conferem proteção ao recém-nascido, pois o mesmo se apresenta totalmente livre de microbiota associada, por isso é fundamental para a criança que suas superfícies e mucosas sejam colonizadas rapidamente pelos microrganismos, reduzindo de forma significativa os riscos de ocorrências de doenças agudas e crônicas, o que também implicará na futura vida adulta (SANTOS, 2008).

No início do processo de amamentação, o intestino do lactente é invadido e colonizado por uma variedade de microrganismos, sendo esse o principal determinante da composição da microflora intestinal, existindo ainda outros fatores que interferem na colonização bacteriana, entre eles: o tipo de parto, o genótipo do indivíduo e agentes antimicrobianos (antibióticos). Em torno dos dois anos de idade, a microflora intestinal da criança se torna estável, alcançando assim a flora tipo adulto. Alguns componentes do colostro e do leite maduro são reconhecidos por serem favoráveis para a implantação de certos grupos bacterianos com grande importância para a saúde da criança, tais como as *Bifidobacteria*. O leite materno possui ainda, em menor extensão, bactérias como *Escherichia coli*, *Staphilococcus* e *Clostridium*. A mucosa intestinal é uma importante barreira celular e o principal local de interação das substâncias estranhas e microrganismos externos (SANTOS, 2008).

O intestino é o primeiro órgão imune do corpo humano representado pelo tecido linfóide associado ao intestino (GALT) através da imunidade adquirida ou inata. O GALT é composto por tecidos linfóides agregados (formados pela placa de Peyer e folículos linfóides isolados) e células não agregadas presentes na lâmina própria e regiões intraepiteliais do intestino. A introdução do leite de vaca ou alimentação complementar altera a flora fecal, passando a ser constituída de bactérias anaeróbicas facultativas. As espécies predominantes passam a ser *Klebsiela*, *Enterobactérias*, *Bacteróides* e *Clostridium*, apesar das *bifidobactérias* fazerem parte, em menor proporção. (SANTOS, 2008).

Portanto, a DC se caracteriza por inflamação com maior frequência na região terminal do íleo, intercalando áreas segmentadas saudáveis do intestino com porções inflamadas;

Retocolite ulcerativa é limitada ao comprometimento da mucosa do cólon, estendendo continuamente, comprometendo parte ou todo o cólon, sempre iniciando pelo reto. Na DC todas as camadas da mucosa são acometidas, sendo denominada transmural. Já na Retocolite ulcerativa é um processo inflamatório crônico, restrito às camadas mucosa e submucosa do intestino grosso (SARLO, BARRETO, DOMINGUES, 2008).

A prevalência da DC na infância vem aumentando com o passar dos anos, sendo atribuído a fatores dietéticos e ambientais envolvidos na sua etiologia. O leite humano é rico em citocinas que podem interagir com receptores presentes na mucosa do trato gastrointestinal, contribuindo de forma significativa nos mecanismos de defesa. Nos três primeiros meses de lactação, os agentes imuno moduladores (interleucinas, fator de necrose tumoral e prostaglandinas) estão presentes em concentrações elevadas (SANTOS, 2008).

Verificou-se que o aleitamento materno é fator protetor contra Retocolite ulcerativa e DC, principalmente nas duas primeiras semanas de vida, e que o aleitamento artificial é fator de risco. Os autores ainda concluíram que a presença de episódios de gastroenterite precoce na vida do indivíduo predispõe a DC, independentemente, do tipo de aleitamento. Em seu estudo foram avaliados 57 pacientes com DC e 51 com RCU e comparados a indivíduos sadios (controles). O questionário utilizado continha detalhes sobre: o local do nascimento, a ocupação do pai no nascimento da criança, o tipo de aleitamento e sua duração, a ordem de nascimento na família, a história de gastroenterite nos primeiros seis meses de vida e a presença de atopias. Portanto os resultados encontrados no estudo de Whorweel et al (2018), mostraram que no grupo de pacientes com RCU, o número de recém-nascidos amamentados foi significativamente menor do que no grupo controle. Esta diferença não foi encontrada quando os recém-nascidos eram amamentados por período igual ou superior a duas semanas; no grupo de pacientes com DC, a história de gastroenterite precoce foi fator significativo de risco para DC; não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para os outros parâmetros estudados (local de nascimento, classe social, ou ordem de nascimento na família) (SANTOS 2008).

Os autores justificaram a predisposição da Retocolite ulcerativa pelo leite de vaca, através de mecanismos de alteração de flora intestinal e resposta imune anormal em relação as enterobactérias. No que diz respeito a predisposição da DC por episódios de gastroenterite nos primeiros seis meses de vida, parece que tal fenômeno estaria relacionado com a cronificação da infecção que no futuro culminaria com o quadro compatível com a DC (SANTOS 2008).

Em outro trabalho desenvolvido por Bergstrand & Hellers (2016) , foi estudado o histórico alimentar de 616 indivíduos suecos, no que diz respeito a sua amamentação. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o período do aleitamento materno entre o grupo controle e o grupo de pacientes com DC, demonstrando que o aleitamento materno poderia ser fator de proteção contra a DC (SANTOS, 2008).

Diante aos resultados laboratoriais realizados desde a suspeita até o diagnóstico da doença é possível analisar que ao longo do tempo portador de DC tem maiores chances de sofrer alterações nos exames de urinalise, como presenças de bactérias, turbidez e células raras. No método de PCR, um indicativo de doença inflamatória, é comum apresentar resultados acima dos valores de referência (SARLO, BARRETO, DOMINGUES, 2008).

Com a conclusão de todo o estudo realizado é possível observar que o estado emocional do portador de DC está ligado a todos os sintomas, desde seu convívio social em família e trabalho e pode afetar seu comportamento e conforto, tudo irá depender do psicológico e de cada paciente. A restrição alimentar no começo da suspeita da doença para a paciente estudada foi bastante rígido, pelo fato de não conhecer a doença que estava tratando e por grandes suspeitas relacionados aos alimentos. Com isso foi possível compreender que cada portador de DC tem suas adaptações de maneiras diferentes, e a paciente estudada atualmente leva uma rotina normal, podendo se alimentar sem grandes restrições e sem nenhum tipo de sintomas que causam desconforto e abalos emocionais.

Portanto, observou-se que a paciente estudada conseguiu entre tantas dificuldades que a DC proporciona, enfrentar todos os dias os obstáculos referentes a doença, superando o fato de ter uma doença incurável, tendo consciência que necessita se cuidar corretamente, priorizando seu estado de saúde.

5 CONCLUSÃO

A paciente avaliada nesse estudo apresentou uma melhora significativa da doença. Observando seus exames laboratoriais e comparando seus resultados anualmente conclui-se que por meio do tratamento feito corretamente a paciente obteve melhoras, podendo levar uma vida sem complicações.

Conclui-se que mesmo convivendo com uma doença vista por muitas pessoas como difícil de lidar por não ter uma cura, a paciente conseguiu se estabilizar, não deixando de se

cuidar realizando o tratamento indicado e leva a vida superando obstáculos da doença dia após dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABULQUERQUE, Walton. **Intestino, o que é, funções, intestino delgado, grosso, jejuno, íleo, digestão**. Editora: MedBook. Gastroenterologia. 2018.

APRILLI, Rodrigo Ribeiro, SILVA, R. C. P., FERRES, O. **Amputação Abdômino-Perineal do Reto na Doença de Crohn**. Relato de Caso. *RevbrasColoproct*, v.25, v. 4, p. 374-377. 2005.

CAMPOS, Fábio Guilherme M. C., KOTZE, P. G. **O homem por trás da doença**. Editorial: *ABCD Arq Bras Cir Dig* v. 26, n. 4, p 253-255. 2013

GUIMARÃES, Lilian P. M., YOSHIDA, E. M. P. **Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação**. Artigo Original. v 10 n. 52-63. 2008

HABR-GAMA, A. et al. **Doenças de Crohn Intestinal: manejo**. Ver *Assoc Med Bras*. v.57, n. 1, p 10-13. 2011.

LIMA, Flávia D' Agostinho Vidal, et. al. **Oscilação do humor em pacientes com doença de Crohn: incidência e fatores associados**. Artigo Original. *Assoc Med Bras* v. 58, n. 4, p 481-488. 2012.

POLI, Debora Dourado. **Impacto da raça a ancestralidade na apresentação e evolução da doença de Crohn no Brasil**. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5147/tde-01082007-164457/>. php>. Acesso em: 16 out 2018.

REMICATE. **Infliximab**. Disponível em:<

<http://cidmed.com.br/medico/bulas/Remicade.pdf>>. Acesso em: 16 out 2018.

ROBERTSON, Sally. **Infliximab e Doença de Crohn**. Disponível em:

<[http://www.news-medical.net/health/Infliximab-and-Crohns-Disease-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Infliximab-and-Crohns-Disease-(Portuguese).aspx)>. Acesso em: 16 out 2018.

STEINWURZ, Flavio. **Experiência Clínica Com O Uso de Infliximab em 44 Portadores de Doença de Crohn**. Ensaio clinico. *Arq Gastroenterol*. v. 40 – no. 3 – jul./set. 2003.

SANTOS, Cecy M. L., et. al., **Aleitamento materno e doenças inflamatórias intestinais**. Artigo de Revisão. *Rev Med Minas Gerais* v. 4, p. 70-7676. 2008

SARLO, A. BARRETO, C. R., DOMINGUES, T. A. M. **Compreendendo a vivência do paciente portador da doença de Crohn**. Artigo Original. *Acta Paul Enferm*. v. 21, n. 4, p 629-35. 2008.

SIPAHI Aytan. **Doença de Crohn.** Disponível em:
<<https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/doenca-de-crohn-3/>> Acesso em: 16 out
2018.

STEINWURZ, Flavio. **Estudo Evolutivo de Fístulas na Doença de Crohn.** Artigo Original.
V. 36 - no. 4 - out/dez. 1999.

