

## DIARRÉIA

Nelson Boccato Junior\*

### A - CASOS CLÍNICOS

**CASO 1:** Identificação: C.C.P., 20 anos, sexo feminino, natural e procedente de Sorocaba.

Queixa e duração: diarreia intermitente há um mês.

História pregressa da moléstia atual: há aproximadamente um mês, começou a apresentar quadro diarréico intermitente e inconstante, alterando dias com 4 a 5 episódios diarréicos com dias de ritmo intestinal normal. Referindo fezes líquidas e/ ou pastosas sem muco ou sangue. Quando apresentava diarreia, esta era precedida por dor abdominal em cólica no mesogástrico de intensidade moderada. O quadro piorava com a ingestão de lanches e alimentos gordurosos. Referindo estar bastante nervosa (sic) em razão da recente separação dos pais.

Interrogatório sobre os demais aparelhos: nada digno de nota.

Antecedentes mórbidos pessoais: nada digno de nota.

Antecedentes familiares e hereditários: nada digno de nota.

Hábitos e vícios: alimenta-se irregularmente, come lanches com frequência.

Exame físico geral: paciente em bom estado geral, afebril, hidratada, eutrófica. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Abdome flácido e discretamente doloroso à palpação profunda do mesogástrico e do hipogástrico; ausência de massas palpáveis.

**CASO 2:** Identificação: M.B.S., 20 anos, sexo masculino, natural e procedente de Sorocaba.

Queixa e duração: diarreia há duas semanas.

História pregressa da moléstia atual: há duas semanas iniciou quadro diarréico com 3 a 5 evacuações de fezes líquidas ao dia, sem muco ou sangue, precedidas de dor abdominal em cólica, de moderada intensidade, localizada em mesogástrico. Medicou-se com Imosec® e o quadro cessou após quatro dias. Oito dias após, o quadro reapareceu.

Refere alimentação irregular e ingestão

frequente de lanches, pois há seis meses está morando e estudando em outra cidade.

Interrogatório sobre os diferentes aparelhos: nada digno de nota.

Antecedentes mórbidos pessoais: nada digno de nota.

Antecedentes familiares e hereditários: nada digno de nota.

Hábitos e vícios: come lanches com muita frequência.

Exame físico geral: paciente em bom estado geral, afebril, hidratado, eutrófico. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Abdome flácido e indolor. Ausência de massas palpáveis.

### B - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Os casos clínicos relatados guardam muita semelhança entre si. Com base na história clínica, as hipóteses diagnósticas mais comuns a serem consideradas são as parasitoses intestinais e, entre elas, principalmente a Giardíase e, em segundo lugar, a síndrome do intestino irritável, comum nas ocasiões de estresse de vida e de tensão emocional.

Em um segundo plano devem ser lembradas as doenças inflamatórias intestinais.

### C- EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS

**CASO 1:** Com base nas hipóteses diagnósticas formuladas, a paciente foi medicada inicialmente, com Racecadotril (Tiorfan®) 100mg de 8/8 horas, via oral, até cessar o quadro diarréico; anti-espasmódicos, apenas em caso de dor abdominal. Houve melhora do quadro no quarto dia de tratamento, porém, este recidivou após quinze dias e a paciente foi medicada com Tinidazol (Pletil®) 2,0g via oral, em dose única, apesar das três amostras de fezes mostrarem-se negativas.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 3, n. 2, p. 31 - 33, 2001

\* Professor Assistente do Depto. de Morfologia e do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP.

O quadro voltou a regredir, porém, após uma semana houve nova crise com cólicas abdominais mais intensas, múltiplas evacuações diarréicas e um episódio de sangue misturado às fezes.

Neste atendimento a colonoscopia foi solicitada e mostrou a presença de padrão inflamatório em atividade, com ulcerações em todo o cólon, desde o reto até a papila ileal, preservando apenas a transição reto-sigmóide e o ângulo hepático, sendo o aspecto pior no cólon transversal. O exame anato-patológico confirmou o diagnóstico de reto colite ulcerativa inespecífica.

O tratamento de eleição foi Prednisona (Meticorten®) 15mg ao dia, mais Azatioprina (Asalit®) 400mg três vezes ao dia, durante 30 dias, com remissão completa dos sintomas. Após suspensão progressiva da Prednisona, a paciente faz uso atual de Azatioprina 400mg/dia como dose de manutenção. Simultaneamente, a paciente está sendo submetida a sessões de psicoterapia.

**CASO 2:** Da mesma forma, o paciente foi tratado com Racecadotril e anti-espasmódicos (no caso de dor). Após melhora clínica inicial, houve recidiva dos sintomas e, por isso, recebeu 2,0g de Tinidazol, apesar da negatividade do exame parasitológico de fezes. Três semanas após esse tratamento, retorna queixando-se de persistência do quadro diarréico e de emagrecimento (aproximadamente 5 kg em 30 dias), sendo então, indicada a colonoscopia. Esta evidenciou padrão inflamatório em atividade mais intensa no reto, sigmóide, descendente e ceco, onde as erosões são maiores e recobertas por fibrina (Figura 1). O exame anato-patológico confirmou o diagnóstico de reto colite ulcerativa inespecífica.

O tratamento de eleição foi Prednisona 15 mg/dia via oral, associada à Sulfassalazina 2,0 g/dia via oral, mantido atualmente e já com completa remissão dos sintomas e recuperação ponderal. O paciente também foi encaminhado ao psicólogo.

## D - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando-se em conta o quadro clínico apresentado, a faixa etária dos pacientes e seus hábitos alimentares irregulares, a giardíase entre as parasitoses intestinais, tem apresentado

incidência crescente. A maior parte dos pacientes que albergam esse parasita são assintomáticos e mais de 50% dos portadores da *Giardia lamblia* têm seus exames de fezes negativos, o que justifica o uso de medicação específica na suspeita clínica.

A designativa síndrome do intestino irritável denota uma variedade de distúrbios da função entérica manifestada de modo crônico ou recidivante, associada às situações de estresse ou distúrbios emocionais, onde se encaixariam os dois casos clínicos relatados, um associado ao trauma da separação dos pais e o outro, às mudanças proporcionadas pela adaptação, às vezes difícil, à vida longe de casa.

A reto colite ulcerativa inespecífica ou idiopática é uma doença inflamatória de causas desconhecidas e, possivelmente múltiplas, comprometendo, principalmente, a mucosa do reto e cólon esquerdo, mas em muitos casos, o órgão inteiro. É uma doença crônica com remissões e exacerbações, caracterizada por hemorragia retal e diarreia, surgindo principalmente, em indivíduos jovens.

Foi descrita pela primeira vez por Wilks e Moxon em 1875, e sua causa até hoje permanece desconhecida, apesar de várias teorias sobre a etiologia da doença terem sido propostas. Entre estas teorias, as mais citadas têm sido a etiologia infecciosa, a genética, a psicossomática e a relacionada aos fatores imunológicos.

A colite ulcerativa é uma doença altamente variável em severidade, curso clínico e prognóstico final. O desencadeamento da doença, bem como as exacerbações subsequentes, podem ser insidioso ou abrupto. A doença é classificada arbitrariamente em três categorias de gravidade, em formas branda, moderada e grave.

A colite ulcerativa branda, onde se encaixam os dois casos aqui relatados, é a forma mais comum da doença, atingindo cerca de 60% de todos os pacientes. Nesta forma, nem a diarreia, nem o sangramento são graves e os sinais e sintomas sistêmicos estão ausentes.

O diagnóstico da colite ulcerativa é feito com base no quadro clínico e na demonstração de um cólon cuja mucosa se encontra anormal e inflamada ao exame endoscópico.

A intensidade e a duração do tratamento dependem da forma clínica da doença e basicamente inclui o emprego de corticosteróides

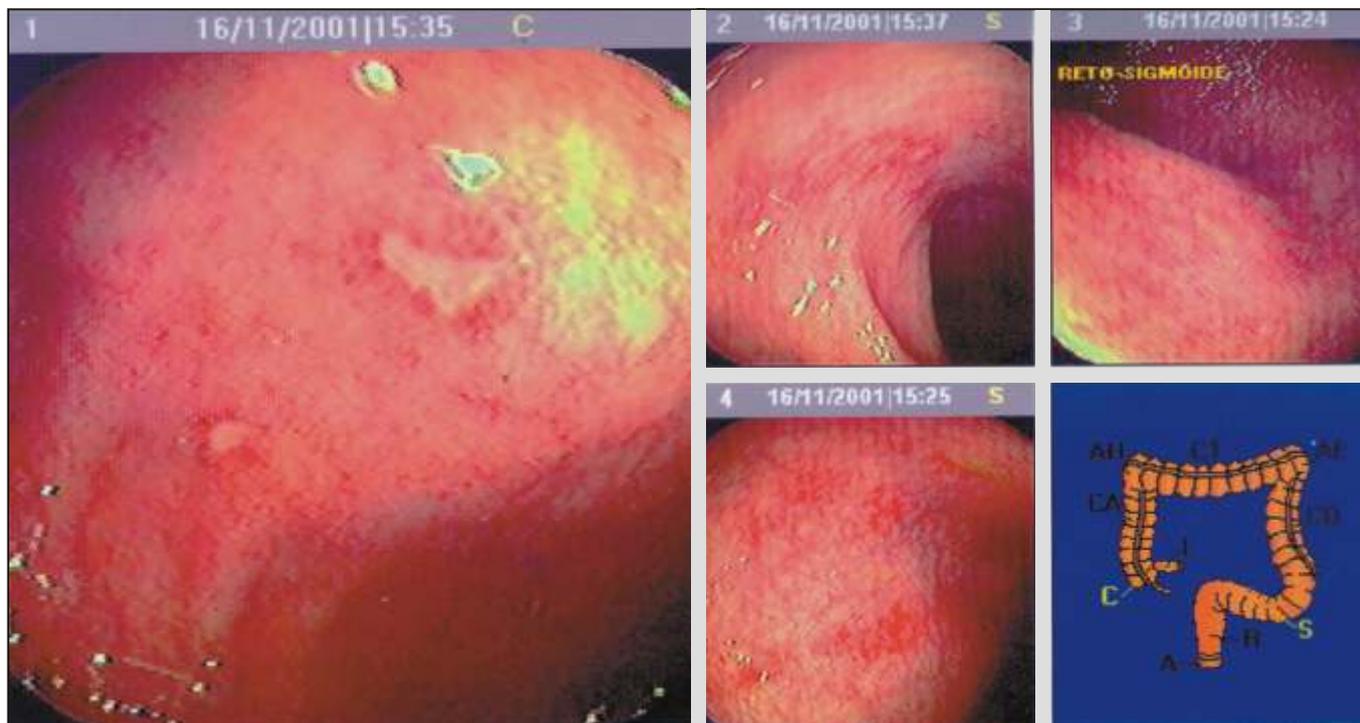


Figura 1. Aspectos endoscópicos das lesões intestinais

(via oral ou sistêmica), sulfassalazina e azatioprina (via oral ou na forma de supositórios ou enemas).

A questão da terapia de manutenção

constitui controvérsia em relação à escolha do medicamento, à dosagem e ao tempo de utilização das drogas escolhidas.

## Alternativa Farmácia de Manipulação, 10 anos com você.

Além da manipulação de fórmulas magistrais e oficinas, a Alternativa possui uma linha de produtos fitoterápicos, medicamentos homeopáticos e antroposóficos, Florais de Bach, medicamentos em geral e, ainda, manipula produtos direcionados ao uso odontológico.



**ALTERNATIVA**  
Farmácia de Manipulação



Av. Dr. Afonso Vergueiro, 1465 - Centro - Tel/Fax:(15) 233.1787  
Sorocaba/SP - e-mail: [alternativa@cy.com.br](mailto:alternativa@cy.com.br)