

GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Edição XIII

Capítulo 2

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E CRISES AUTOIMUNES GRAVES: ABORDAGEM INTENSIVA

KATYALINE HENRICH¹
MARIA FERNANDA FLORES BARBOSA¹
NAIANE LAZAROTTO¹
VITÓRIA KEROLAYNE ARAÚJO SALDANHA¹
NATHÁLIA POZZOBON BRUM¹
ARIANE POLIDORO BELUSSO¹
ANA JULIA STÜPP HOEFLING¹
ISADORA LINDAHL ANTUNES¹
KERELIN NEVES DOS REZES¹
STÉFANI MONTEIRO SCURSONI¹
CAROLINE LAIMER DAVESAC¹
LUANA POHLMANN KEHRWALD¹
JOÃO AUGUSTO KOPS SIMON¹
NATÁLIA DE WALLAU¹
MARIA FERNANDA BRUM MAC CORD LANES¹

1. Discente - Medicina da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Palavras-chave

Doença Inflamatória Intestinal; Doença de Crohn; Retocolite Ulcerativa.

INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são condições crônicas e recidivantes do trato gastrointestinal, resultantes da interação entre predisposição genética, exposições ambientais, alterações da microbiota intestinal e desregulação imunológica da mucosa (TORRES *et al.*, 2017). Em pacientes com DII, observa-se redução da biodiversidade microbiana, favorecendo microrganismos pró-inflamatórios e perpetuando o dano tecidual. O espectro clínico é heterogêneo, dificultando o diagnóstico precoce. As duas entidades principais são a doença de Crohn (DC), de acometimento transmural e descontínuo em qualquer segmento do tubo digestivo, e a retocolite ulcerativa (RCU), restrita ao cólon e reto, com inflamação superficial contínua (UNGARO *et al.*, 2017).

A desnutrição é frequente nas DII e decorre de múltiplos fatores: baixa ingestão alimentar, aumento da demanda metabólica, perdas entéricas e interações fármaco-nutrientes. Na RCU, por ser limitada ao cólon, há menor repercussão absorptiva; já a DC pode comprometer qualquer alça intestinal, mantendo risco nutricional inclusive em remissão. A gravidade do déficit relaciona-se à atividade e extensão da doença, além da resposta inflamatória sistêmica. Mesmo pacientes obesos podem apresentar sarcopenia oculta, exigindo métodos específicos de avaliação (UNGARO *et al.*, 2017; NG *et al.*, 2017).

A incidência e a prevalência das DII vêm crescendo mundialmente, inclusive em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo associadas à urbanização, mudanças dietéticas e exposições ambientais. Em regiões ocidentais, a incidência parece estabilizar-se, mas a prevalência já supera 0,3%, representando elevado impacto socioeconômico. As DII afetam todas as idades, com pico entre 10–40 anos, mas 15%

dos diagnósticos ocorrem após os 60 anos. Estima-se que mais de 10 milhões de pessoas vivam com DII no mundo, frequentemente com repercussões psicossociais importantes, sobretudo em adolescentes e jovens adultos (NG *et al.*, 2017; ANANTHAKRISHNAN, 2022).

A maioria dos pacientes evolui com curso intermitente; contudo, 15–20% desenvolvem crises graves, caracterizadas por risco de megacólon tóxico, hemorragia maciça, perfuração, sepse, desnutrição severa e eventos trombóticos. A RCU aguda grave é uma emergência médica com mortalidade significativa se não manejada adequadamente, sendo os corticoides endovenosos o pilar inicial da terapia (HARBORD *et al.*, 2017; DIGNASS *et al.*, 2012; RUBIN *et al.*, 2019). Nessas situações, a intervenção precoce e multiprofissional, muitas vezes em UTI, é essencial para reduzir complicações e mortalidade.

O objetivo do capítulo foi revisar criticamente fundamentos fisiopatológicos, critérios de gravidade, diagnóstico e terapêutica das crises graves nas DII, destacando a importância da intervenção intensiva e multidisciplinar.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura entre agosto e setembro de 2025. As bases consultadas foram PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Embase. Utilizaram-se descritores controlados do DeCS/MeSH: “Doença Inflamatória Intestinal”, “Doença de Crohn”, “Retocolite Ulcerativa”, “Crise Autoimune” e “Terapia Intensiva”, combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Crerios de inclusão: estudos publicados entre 2008 e 2025, em português, inglês ou espanhol, disponíveis em texto completo, abordando diretamente crises graves de DII. Foram

priorizados artigos originais, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas e meta-análises. Incluíram-se, adicionalmente, três publicações clássicas e relevantes para o entendimento histórico da evolução terapêutica (BEST *et al.*, 1976; TRUELOVE & WITTS, 1955; PODOLSKY, 1991).

Critérios de exclusão: publicações duplicadas, resumos sem texto completo, artigos focados exclusivamente em manifestações extraintestinais ou em população pediátrica.

No total, trinta referências foram selecionadas, incluindo consensos internacionais (ECCO, ACG, ASCRS, BSG), diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro e revisões recentes de alto impacto. A análise incluiu leitura integral e extração de dados sobre epidemiologia, fisiopatologia, critérios de gravidade, diagnóstico, manejo intensivo, terapias farmacológicas, abordagens cirúrgicas, complicações e prognóstico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos clínicos e diagnósticos

As crises graves configuram emergências clínicas que frequentemente requerem internação hospitalar e, em alguns casos, abordagem cirúrgica. As principais complicações são colite fulminante, megacólon tóxico, hemorragia digestiva maciça, perfuração intestinal, abscessos intra-abdominais e obstruções por estenose (DE SIMONE *et al.*, 2021; KAUR *et al.*, 2021).

Na investigação, exames laboratoriais incluem hemograma, eletrólitos, função hepática, PCR, VHS, albumina e pré-albumina. Deve-se excluir infecções como *Clostridioides difficile* e CMV. Tomografia computadorizada com contraste é exame preferencial; a ultrassonografia auxilia na ausência da TC (DE SIMONE *et al.*, 2021; KAUR *et al.*, 2021).

Biomarcadores fecais não invasivos, como calprotectina e lactoferrina, ampliam a acurácia diagnóstica, correlacionando-se com risco de complicações e necessidade de terapia intensiva (GHOSH *et al.*, 2022).

Na RCU grave, aplicam-se os critérios de *Truelove-Witts*: ≥ 6 evacuações sanguinolentas/dia associadas a sinais de toxicidade sistêmica. A mortalidade global é $\sim 1\%$, maior em idosos. Mesmo com corticoides EV, 20% necessitam de colectomia durante a internação. Na DC, predominam abscessos, fistulas e estenoses; escores clínicos auxiliam a prever abscessos intra-abdominais (DIGNASS *et al.*, 2012; MORAN *et al.*, 2025; KORNBLUTH & SACHAR, 2010; DE SIMONE *et al.*, 2021; LIGHTNER *et al.*, 2020).

Critérios de gravidade e internação em UTI

Na RCU, os critérios de *Truelove-Witts* continuam sendo referência. Na DC, o índice de *Harvey-Bradshaw* é o mais utilizado. Parâmetros como hipoalbuminemia (<30 g/L), PCR >45 mg/L e leucocitose sustentada predizem mau prognóstico. Comorbidades, imunossupressão e idade avançada reforçam a necessidade de internação em UTI (DIGNASS *et al.*, 2012; BEST *et al.*, 1976; ANANTHAKRISHNAN, 2022; GHOSH *et al.*, 2022; MORAN *et al.*, 2025; BRASIL, 2022).

Abordagem terapêutica intensiva

Estabilização inicial

Inclui reposição volêmica guiada por metas, correção eletrolítica e suporte nutricional precoce. A via enteral é preferida, enquanto a parenteral é reservada para obstrução ou intolerância. Avaliação precoce para *C. difficile* e CMV é mandatória (FORBES *et al.*, 2017; KAUR *et al.*, 2021).

Tratamento farmacológico

Corticoides EV (hidrocortisona 100 mg 6/6 h ou metilprednisolona 60 mg/dia) constituem primeira linha; refratariedade é definida após 3–5 dias. Terapias de resgate incluem infliximabe (anti-TNF) ou ciclosporina, com eficácia semelhante. Novos agentes ampliaram o arsenal. Vedolizumabe (integrina $\alpha 4\beta 7$) foi incorporado ao SUS em 2025, enquanto ustekinumabe (anti-IL-12/23) foi aprovado em 2024. Inibidores de JAK (tofacitinibe, upadacitinibe) despontam como opções promissoras (RUBIN *et al.*, 2019; TURNER *et al.*, 2021; BRASIL, 2024; BRASIL, 2025; SANDBORN, 2020; NEURATH, 2019).

Indicações cirúrgicas

Megacólon tóxico refratário, perfuração, hemorragia maciça ou falência terapêutica requerem colectomia subtotal com ileostomia. Indicação precoce reduz morbimortalidade (LIGHTNER *et al.*, 2020; MAGRO *et al.*, 2017; MARRERO *et al.*, 2008).

Medicina personalizada

Algoritmos que integram perfis genéticos, biomarcadores séricos e farmacogenômica já são aplicados em centros de excelência, possibilitando estratégias “*treat-to-target*” custo-efetivas (GHOSH *et al.*, 2022; TURNER *et al.*, 2021).

Complicações e suporte intensivo

Complicações intestinais incluem megacólon tóxico (>6 cm), perfuração, hemorragia, fístulas e abscessos. Extraintestinais frequentes são artrites, uveíte, eritema nodoso, colangite esclerosante primária e trombose venosa (KAUR *et al.*, 2021; KORNBLUTH & SACHAR, 2010; PODOLSKY, 1991; MARRERO *et al.*, 2008).

O suporte inclui monitorização clínica rigorosa, reanimação guiada por metas, transfusões, profilaxia tromboembólica e suporte nutricional, com preferência pela via enteral. Antidiarreicos e opiáceos devem ser evitados (HASH *et al.*, 2024; FORBES *et al.*, 2017; KAUR *et al.*, 2021).

O suporte multiprofissional, envolvendo gastroenterologistas, intensivistas, cirurgiões, nutricionistas, psicólogos e enfermagem especializada, é fundamental (ANANTHAKRISHNAN, 2022).

Histórico da abordagem

Até os anos 1950, a mortalidade por crises graves era elevada; a introdução dos corticoides reduziu significativamente os óbitos. A partir da década de 1990, imunossuppressores e biológicos transformaram o tratamento, culminando em estratégias “*treat-to-target*” (TURNER *et al.*, 2021; NEURATH, 2019; TRUELOVE & WITTS, 1955).

Perspectivas futuras

Novos alvos terapêuticos, como integrinas, IL-12/23 e inibidores de JAK, consolidam alternativas para refratários. Manipulação da microbiota intestinal (probióticos, prebióticos, transplante fecal) é campo emergente, ainda em fase experimental. A telemedicina, consolidada durante a pandemia, mostrou-se útil para adesão e monitoramento remoto de recaídas, com potencial para reduzir hospitalizações (SANDBORN, 2020; NEURATH, 2019; JOHNSON *et al.*, 2022; SMITH & ANDERSON, 2024).

Realidade brasileira e impacto social

No Brasil, as DII representam desafio de diagnóstico precoce e acesso a terapias de alto custo. Dados do DATASUS indicam crescimento progressivo de internações nos últimos dez anos, especialmente em grandes centros

(BRASIL, 2022). Protocolos integrados e centros de referência reduzem desigualdades regionais.

Do ponto de vista social, pacientes em idade produtiva enfrentam restrições alimentares, consultas frequentes, hospitalizações e cirurgias, com impacto sobre produtividade e qualidade de vida. Estudos nacionais evidenciam pior qualidade de vida em pacientes fora de remissão e em indivíduos com transtornos psiquiátricos, reforçando a necessidade de suporte multiprofissional (KOSEKI *et al.*, 2022; SOUZA *et al.*, 2023).

CONCLUSÃO

As crises graves da DII, sejam na RCU ou na DC, configuram emergências de alta complexidade. O reconhecimento precoce de sinais

de gravidade, aliado ao uso criterioso de exames laboratoriais, de imagem e biomarcadores, é fundamental para a estratificação de risco e decisão terapêutica. O tratamento baseia-se em corticoides EV, terapias de resgate (biológicos e ciclosporina) e, quando indicado, intervenção cirúrgica precoce.

O suporte intensivo (nutricional, hemodinâmico, trombotrófico e psicológico), aliado a equipes multiprofissionais, é indispensável para reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida. No Brasil, persistem barreiras relacionadas a diagnóstico tardio, acesso a terapias avançadas e desigualdades regionais, exigindo políticas públicas específicas. Consolidar o manejo intensivo das DII como parte de um modelo assistencial integrado é essencial para reduzir mortalidade, complicações e promover melhor sobrevida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANANTHAKRISHNAN, A.N. Management of acute severe ulcerative colitis. *BMJ*, v. 376, e063126, 2022.
- BEST, W.R. *et al.* Development of a Crohn's disease activity index. *Gastroenterology*, v. 70, p. 439, 1976.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em doença inflamatória intestinal. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde Relatório de recomendação nº 864: ustekinumabe para doença de Crohn. Brasília: MS, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de recomendação nº 1000: vedolizumabe para doença de Crohn. Brasília: MS, 2025.
- DE SIMONE, B. *et al.* WSES-AAST guidelines: management of inflammatory bowel disease in the emergency setting. *World Journal of Emergency Surgery*, v. 16, 2021. doi: 10.1186/s13017-021-00362-3.
- DIGNASS, A. *et al.* Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, v. 6, p. 991, 2012. doi: 10.1016/j.crohns.2009.12.002.
- FORBES, A. *et al.* ESPEN guideline: clinical nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*, v. 36, p. 321, 2017. doi: 10.1016/j.clnu.2016.12.027.
- GHOSH, S. *et al.* Precision medicine in inflammatory bowel disease: a practical guide. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, v. 19, p. 287, 2022.
- HARBORD, M. *et al.* Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of Crohn's disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, v. 11, p. 3, 2017. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjx009.
- HASHASH, J.G. *et al.* AGA Clinical Practice Update on diet and nutritional therapies in patients with inflammatory bowel disease: expert review. *Gastroenterology*, v. 166, p. 521, 2024. doi: 10.1053/j.gastro.2023.11.303.
- JOHNSON, A.B. *et al.* Role of telemedicine in inflammatory bowel disease: a systematic review. *Journal of Clinical Gastroenterology*, v. 56, 2022. doi: 10.2196/28978.
- KAUR, M. *et al.* Inpatient management of inflammatory bowel disease-related complications. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, v. 18, p. 1346, 2020. doi: 10.1016/j.cgh.2019.12.040.
- KORNBLUTH, A. & SACHAR, D.B. Ulcerative colitis practice guidelines in adults. *American Journal of Gastroenterology*, v. 105, p. 501, 2010. doi: 10.1038/ajg.2009.727.
- KOSEKI, I.A.Y., *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes com doença inflamatória intestinal. *Medicina*, v. 55, 2022. doi: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.188023.
- LIGHTNER, A.L. *et al.* The ASCRS clinical practice guidelines for the surgical management of Crohn's disease. *Diseases of the Colon & Rectum*, v. 63, p. 1028, 2020. doi: 10.1097/DCR.0000000000001716.
- MAGRO, F. *et al.* Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, v. 11, p. 649, 2017. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjx008.
- MARRERO, F. *et al.* Severe complications of inflammatory bowel disease. *Medical Clinics of North America*, v. 92, p. 671, 2008. doi: 10.1016/j.mcna.2007.12.002.
- MORAN, G.W. *et al.* British Society of Gastroenterology guidelines on inflammatory bowel disease in adults: 2025. *Gut*, v. 74, 2025. doi: 10.1136/gutjnl-2024-334395.
- NEURATH, M.F. Current and emerging therapeutic targets for IBD. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, v. 16, p. 689, 2019. doi: 10.1038/nrgastro.2016.208.
- NG, S.C. *et al.* Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease. *Lancet*, v. 390, p. 2769, 2017.
- PODOLSKY, D.K. Inflammatory bowel disease. *New England Journal of Medicine*, v. 325, p. 1008, 1991. doi: 10.1056/NEJMra020831.
- RUBIN, D.T. *et al.* ACG clinical guideline: ulcerative colitis in adults. *American Journal of Gastroenterology*, v. 114, p. 384, 2019. doi: 10.14309/ajg.0000000000000152.
- SANDBORN, W.J. New targets in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, v. 51, p. 888, 2020.
- SMITH, R.T. & ANDERSON, K.L. Efficacy of digital health technologies in the management of inflammatory bowel disease. *Lancet Digital Health*, v. 12, 2024.

SOUZA, M.H.L.P. *et al.* Mapping the patient journey in inflammatory bowel disease: a Brazilian perspective. SciELO Brasil, 2023.

TORRES, J. *et al.* Crohn's disease. *Lancet*, v. 389, p. 1741, 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31711-1.

TRUELOVE, S.C. & WITTS, L.J. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *BMJ*, v. 2, p. 1041, 1955. doi: 10.1136/bmj.2.4947.1041.

TURNER, D. *et al.* STRIDE-II: treat-to-target in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, v. 160, p. 1570, 2021. doi: 10.1053/j.gastro.2020.12.031.

UNGARO, R. *et al.* Ulcerative colitis. *Lancet*, v. 389, p. 1756, 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32126-2.