

GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Edição XI

Capítulo 18

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL: UMA REVISÃO DE EVIDÊNCIAS ATUAIS

ANA JÚLIA WINIK DRUM¹
ANA LUIZA MUNARETTO CARRA¹
ANDRIELE DALLA COSTA TONDELLO¹
CAMILA DOS SANTOS AZEREDO¹
GABRIEL MELLO¹
GABRIELA SANTIN PEREIRA¹
ISADORA DE ABREU BRKANITCH¹
ISADORA FOLLMER¹
LAURA VIZOTO SCHIMITT¹
LETÍCIA GRAHL NUNES¹
MILENA MORAES¹
NADINE WOLSCHIK DEMBOGURSKI¹
RAQUE ROMAN FAEDO¹
VALENTINA DE LEMOS BORGES¹
JÚLIA ROSA PERIZZOLO¹

1. Discente – Escola de Medicina da Universidade de Passo Fundo.

Palavras-chave

Síndrome do Intestino Irritável; Revisão de Literatura; Medicina.

INTRODUÇÃO

A síndrome do intestino irritável (SII) é um dos distúrbios gastrointestinais funcionais mais comuns, caracterizada por dor ou desconforto abdominal associado a alterações no hábito intestinal, na ausência de alterações estruturais ou bioquímicas detectáveis (DOMINGO, 2022). Seu curso clínico é tipicamente remittente-recorrente e, embora sua etiopatogenia permaneça indefinida, diversos fatores têm sido considerados, incluindo disfunções na motilidade intestinal, hipersensibilidade visceral, alterações da microbiota, fatores psicossociais e mecanismos imunológicos intestinais desregulados (CAMILLERI, 2021).

Estudos epidemiológicos apontam uma prevalência global estimada de 11%, com ampla variação geográfica (OKA *et al.*, 2020). Na América do Norte, estima-se que entre 10% e 15% da população seja acometida. A prevalência tende a ser menor após os 50 anos de idade e apresenta variações conforme identidade de gênero, sendo maior em indivíduos não binários (16%) e mulheres cisgênero (13%), e menor em homens cisgênero (5%) (SPIEGEL *et al.*, 2022).

Na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-10), a SII é incluída sob o código “K91.8 – Distúrbios do eixo intestino-cérebro não especificados”, o que reforça seu caráter multifatorial e a interação entre fatores neurológicos, gastrointestinais e psicossociais (WHO, 2022).

MÉTODO

O seguinte capítulo caracteriza-se como um estudo descritivo de revisão de literatura, o qual analisou a síndrome do intestino irritável por meio das bases de dados como PubMed, UpTo-

Date e SciELO. Foram utilizados descritores relacionados a essa condição para uma pesquisa mais seletiva tais como “fisiopatologia”, “manifestações clínicas”, “subtipos”, “critérios diagnósticos”, “tratamento”.

Os critérios de inclusão envolveram artigos publicados de 2020 até o mês de junho de 2025, em português, espanhol ou inglês. Foram selecionados artigos que abordassem de forma clara este tema, que tivessem o texto na íntegra por acesso gratuito e que atendessem à proposta do capítulo. Ao total, foram selecionados 18 artigos principais que foram citados ao decorrer deste trabalho, conforme critérios de inclusão e exclusão abordados previamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia

A fisiopatologia da SII é ampla e ainda não totalmente elucidada. A partir da atualização dos critérios Roma IV e do aumento das pesquisas, tem-se obtido maior clareza sobre seus mecanismos (HUANG *et al.*, 2023). Atualmente, as características fisiopatológicas principais incluem distúrbios de motilidade gastrointestinal, má absorção de ácido biliar, reações imunológicas locais, alterações na microbiota intestinal e no sistema nervoso entérico (SIMON *et al.*, 2021). Essas condições acabam provocando desregulações em eixos sensorio-motores, como o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), o sistema imunológico, o eixo cérebro-intestino e o sistema nervoso entérico (SNE) (ENCK *et al.*, 2016).

Os distúrbios de motilidade na SII apresentam-se com constipação ou diarreias. A constipação, por exemplo, costuma estar associada à redução da velocidade de esvaziamento do cólon esquerdo, ocasionando distensão, inchaço e dor abdominal (CAMILLERI & BOECKXSTAENS, 2022).

Além disso, muitos pacientes apresentam hipersensibilidade visceral, sentindo dor mesmo em volumes menores de distensão. Já no caso da diarreia, o excesso de ácido biliar é um importante fator para o aumento da permeabilidade da mucosa do cólon, estimulando a secreção de água e intensificando a motilidade do intestino grosso, resultando nas evacuações mais líquidas (CAMILLERI & BOECKXSTAENS, 2022).

O aumento da permeabilidade intestinal ou colônica também ativa resposta imunológica e inflamatória. Observa-se um número maior de células B, plasmócitos e mastócitos ativados na mucosa, o que indica uma resposta inflamatória local mesmo sem alterações no IgG sérico (CAMILLERI & BOECKXSTAENS, 2022). Essas células, ao serem ativadas, liberam histamina, serotonina, proteases e fatores de crescimento nervoso, que são mediadores inflamatórios e neuroimunes, levando à hipersensibilidade visceral (CAMILLERI & BOECKXSTAENS, 2022). A disbiose intestinal, caracterizada por mudanças na composição, diversidade, quantidade e função dos microrganismos presentes no trato gastrointestinal, tem sido associada à SII (HUANG *et al.*, 2023).

Espécies como *Enterobacteriaceae*, *Veillonella*, *Dorea* e *Ruminococcus* aparecem em maior quantidade, enquanto *Bifidobacteria*, *Collinsella*, *Faecalibacterium*, *Christensenellaceae* e *Clostridiales* estão reduzidas, o que reforça o possível papel da microbiota na SII (ENCK *et al.*, 2016; HUANG *et al.*, 2023).

O eixo cérebro-intestino influencia diretamente os movimentos do intestino, a permeabilidade da parede intestinal, a resposta imunológica e a composição das bactérias intestinais, todos já identificados como alterados na SII (QUIGLEY, 2018). Além disso, o cérebro interpreta e ajusta as respostas a estímulos vindos do intestino. Na SII, essas respostas podem ser

amplificadas, o que explica por que em alguns casos estímulos comuns podem ser recebidos como dor intensa (HUANG *et al.*, 2023).

Em síntese, a fisiopatologia da SII envolve uma complexa interação multifatorial. Alterações nos movimentos do intestino, problemas na absorção de ácidos biliares, desequilíbrios na microbiota intestinal e pequenas inflamações na mucosa acabam interagindo com o sistema nervoso entérico e o eixo cérebro-intestino. Isso cria um ambiente que favorece a sensibilidade exagerada do intestino e o desconforto abdominal. Por isso, entender esses mecanismos é essencial para guiar tratamentos mais direcionados, que levem em conta não só o intestino, mas também sua relação com o cérebro e o sistema imunológico.

Subtipos clínicos

Atualmente, o diagnóstico, a classificação e o manejo da SII seguem os critérios estabelecidos pelos grupos de especialistas vinculados à Fundação Roma, que já publicou quatro versões atualizadas dessas diretrizes (GRAD & DUMITRASCU, 2019).

A partir dessa classificação, a SII é dividida em subtipos definidos com base na percepção do paciente quanto à consistência predominante das fezes, utilizando-se a Escala de Bristol como referência. Essa divisão considera a forma das evacuações, e não a sua frequência (GRAD & DUMITRASCU, 2019).

Ademais, segundo os critérios de Roma IV, a avaliação deve considerar apenas os episódios sintomáticos, ou seja, evacuações com fezes endurecidas/grumosas ou soltas/aguadas, e não todas as evacuações. Essa mudança visa reduzir a proporção de casos classificados como SII não especificada, já que muitos pacientes apresentam longos períodos com fezes de consistência normal (GRAD & DUMITRASCU, 2019).

De acordo com o Roma IV, a SII foi subdividida nas seguintes clínicas: SII com diarreia predominante, SII com constipação predominante, SII com hábitos intestinais mistos e SII não especificada (HELLSTROM & BENNO, 2019). Estes subtipos se sobrepõem nos pacientes e os sintomas frequentemente alternam entre as diferentes subcategorias da SII (HELLSTROM & BENNO, 2019).

Critérios diagnósticos

Como os sintomas da SII são pouco específicos, é necessário utilizar exames objetivos para confirmar o diagnóstico. Existem tanto métodos invasivos quanto os não invasivos disponíveis e isso dependerá da acessibilidade, da precisão e dos custos envolvidos. Embora o exame considerado padrão-ouro seja a cultura do aspirado do intestino delgado, suas limitações fazem com que testes respiratórios como lactulose e glicose estejam sendo cada vez mais empregados (SILVA *et al.*, 2025). Pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum em mulheres que possuem entre 20 a 40 anos. A presença de dor abdominal é essencial para a definição da SII (SPERBER *et al.*, 2020).

A SII é uma doença crônica, então as causas de dor abdominal e aguda são descartadas. A dor é recorrente, mas intermitente em vez de contínua, e geralmente ocorre na parte inferior do abdômen. A dor na SII está associada à defecação e o paciente geralmente apresenta alteração na frequência e consistência das fezes. Além disso, pode ser acompanhada por inchaço e distensão abdominal. Além dos sintomas presentes e de uma anamnese detalhada, utiliza-se a escala de Bristol, que é uma ferramenta útil que ajuda a avaliar a consistência das fezes na clínica e pode direcionar o tratamento para a SII (CAMILLERI *et al.*, 2019).

SII em associação a outras doenças

A SII não tem uma causa específica, sendo relacionada a questões orgânicas e psicogênicas. A SII é diagnosticada de forma clínica, já que, para sua comprovação, deve-se fazer a eliminação de outras doenças que afetam o trato gastrointestinal. Desta forma, o acompanhamento médico e a investigação das causas dos sintomas são de suma importância para determinar o tratamento para SII ou para outras doenças encontradas no sítio anatômico (PATEL & SHACKELFORD, 2025).

Assim, as doenças mais facilmente confundidas com a SII são doença celíaca, doenças inflamatórias intestinais e infecções intestinais.

A doença celíaca é caracterizada pela inflamação crônica do intestino delgado proximal, que resulta na atrofia das vilosidades do local, gerando uma má absorção do glúten, uma proteína. Embora pacientes com SII tenham uma clínica definida por dor ou desconforto abdominal apresentado nos últimos três meses, com alterações na constância e forma da evacuação, esses mesmos sintomas se sobrepõem na doença celíaca, o que permite a conclusão de que pacientes com doença celíaca apresentam quadro de SII. Dessa forma, quando o diagnóstico de doença celíaca é confirmado por exames, o paciente deixa de ter SII (PATEL & SHACKELFORD, 2025).

As doenças inflamatórias intestinais são aquelas que causam inflamação crônica e de forma recorrente em qualquer área do trato gastrointestinal, mas é mais comum de ser encontrada no cólon e reto, como é o caso da doença de Crohn (DC) e da retocolite ulcerativa idiopática. A etiologia ainda é desconhecida. Os estudos apontam para uma ligação genética ou influenciada de forma externa, assim como a SII, então os sintomas e sinais são parecidos nas duas condições, principalmente porque ambas apresentam o desconforto abdominal. No caso

da DC, esse desconforto pode ou não evoluir para uma condição mais grave da doença, sendo, portanto, confundida com a SII (GONÇALVES *et al.*, 2024; TORRES *et al.*, 2011).

As infecções intestinais ou gastroenterites são causadas por microrganismos como bactérias, vírus e parasitas e geralmente se manifestam de forma branda e rápida, o que também ocorre na maioria dos casos de SII. Essa sensibilização geralmente é por um curto período, em determinado mês por exemplo (um critério utilizado para diagnóstico de SII). Como as gastroenterites ocorrem de forma esporádica e o tratamento indicado não é para essas infecções, ela não será eliminada de forma correta, ou seja, os sintomas e as melhoras e pioras no quadro do paciente irão se encaixar com o quadro da SII (PATEL & SHACKELFORD, 2025; FERNANDES *et al.*, 2020).

Tratamento

O tratamento da síndrome do intestino irritable é baseado na determinação do subtipo, pois assim é possível a indicação da farmacoterapia adequada (WALD, 2024). Devido à sua característica crônica, a abordagem do tratamento deve ser multidisciplinar, incluindo dieta, mudança comportamental e farmacoterapia adjuvante, a fim de proporcionar maior alívio dos sintomas (WALD, 2025).

No tratamento para a SII com predominância de constipação, a terapia farmacológica de primeira linha é o polietilenoglicol (PEG), um laxante osmótico, barato, sem necessidade de receita médica, bem tolerável, com menos efeitos colaterais e de fácil titulação com base nos sintomas (WALD, 2025). Entretanto, esse medicamento age na constipação, mas não sem efeito sobre a dor abdominal (REMES-TROCHE *et al.*, 2024).

Para pacientes que não respondem ao PEG há a opção de tratamentos alternativos, como

agonistas da guanilato ciclase, que melhoram a constipação, bem como a dor abdominal. Há também a lubiprostona, que é utilizada quando o tratamento com PEG e agonistas da guanilato ciclase não foram eficazes ou os pacientes apresentaram efeitos adversos. É usada em homens e mulheres com constipação idiopática crônica, no entanto, seu uso é liberado pela FDA apenas para mulheres e tem náusea como efeito adverso (WALD, 2024). Seu uso proporciona um trânsito intestinal mais fácil e regular, pois promove o aumento da secreção de fluidos no intestino, o que deixa as fezes mais amolecidas (REMES-TROCHE *et al.*, 2024). O tenapanor é utilizado em pacientes que não tiveram resposta a outras terapias para SII com constipação. Ele atua no intestino delgado e cólon, aumentando a retenção de água e melhorando o trânsito intestinal (WALD, 2024).

Na SII com predominância de diarreia o tratamento inicial se baseia no uso de loperamida, ela inibe o peristaltismo, o que diminui a diarreia. É um medicamento seguro, eficaz e com dosagem de fácil ajuste para alívio de sintomas, indicado para uma melhor consistência das fezes e para diminuir a sua frequência (WALD, 2024; REMES-TROCHE *et al.*, 2024). Quando a diarreia é persistente apesar da loperamida, utiliza-se como segunda linha de tratamento os sequestradores de ácidos biliares, como colestiramina, colestipol e colesevelam, que inibem a diarreia pela diminuição do excesso de ácidos biliares (WALD, 2024). A colestiramina não é absorvida pelo trato gastrointestinal pois é insolúvel, liga-se aos ácidos biliares e forma complexos que são eliminados pelas fezes (REMES-TROCHE *et al.*, 2024). Já rifaximina, alosetrona e eluxadolina são tratamentos alternativos utilizados em pacientes mais graves que não responderam às terapias convencionais (WALD, 2024).

Na SII mista, o tratamento é baseado em melhora de estilo de vida e intervenções dietéticas, com suplementação de fibras e controle de FODMAP. A farmacoterapia é indicada em casos com sintomas globais persistentes. Na SII não classificada, estima-se o hábito intestinal com maior predominância e realiza-se tratamento de acordo com essa estimativa (WALD, 2024).

CONCLUSÃO

A SII é uma condição comum que, embora não cause complicações graves, afeta de forma crônica e significativa a vida do indivíduo devido às características da doença, das quais destacam-se dor abdominal, diarreia e constipação.

As alterações fisiopatológicas são multifatoriais e estão ainda sob estudos. Apesar disso, está bem estabelecido que no distúrbio em questão há desregulações importantes na relação do intestino com o cérebro e com o sistema imunológico

Diante disso, o mecanismo fisiopatológico amplo guia os critérios diagnósticos, os exames e o tratamento da doença. Esse é multidisciplinar, individualizado e fundamentado no subtipo de SII. Incluem os subtipos e a predominância da constipação, da diarreia ou de ambos os sintomas. A terapia é diferenciada para cada um desses casos e consiste não só na administração de fármacos, como também na mudança de hábitos de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMILLERI, M. Management of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, v. 120, p. 652, 2021. doi: 10.1053/gast.2001.21908.
- CAMILLERI, M. & BOECKXSTAENS, G. Irritable bowel syndrome: treatment based on pathophysiology and biomarkers. *Gut*, v. 72, p. 590, 2022. doi: 10.1136/gutjnl-2022-328515.
- DOMINGO, J.J.S. Irritable bowel syndrome. *Medicina Clínica*, v. 158, p. 76, 2022. doi: 10.1016/j.medcli.2021.04.029.
- ENCK, P. *et al.* Irritable bowel syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 2, p. 16014, 2016. doi: 10.1038/nrdp.2016.14.
- FERNANDES, M.C.S. *et al.* Síndrome do intestino irritável: diagnóstico e tratamento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, e2964, 2020. doi: 10.25248/reas.e2964.2020.
- FORD, A.C. *et al.* Irritable bowel syndrome. *The Lancet*, v. 396, p. 1675, 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31548-8.
- GONÇALVES, A.W.O. *et al.* As doenças inflamatórias intestinais e os acometimentos articulares: um panorama das evidências científicas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, p. 1458, 2024. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n11p1458-1487.
- GRAD, S. & DUMITRASCU, D. L. Irritable bowel syndrome subtypes: new names for old medical conditions. *Digestive Diseases*, v. 38, p. 122, 2020. doi: 10.1159/000505287.
- HELLSTRÖM, P.M. & BENNO, P. The Rome IV: irritable bowel syndrome: a functional disorder. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, v. 40, p. 101634, 2019. doi: 10.1016/j.bpg.2019.101634.
- HUANG, K.Y. *et al.* Irritable bowel syndrome: epidemiology, overlap disorders, pathophysiology and treatment. *World Journal of Gastroenterology*, v. 29, p. 4120, 2023. doi: 10.3748/wjg.v29.i26.4120.
- OKA, P. *et al.* Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, v. 5, p. 908, 2020. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30217-X.
- PATEL, N. & SHACKELFORD, K. B. Irritable bowel syndrome. *StatPearls*, 14 mar. 2025.
- TORRES, J.A.P. *et al.* Doenças inflamatórias intestinais no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe: manifestações extraintestinais. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 31, p. 115, 2011. doi: 10.1590/S0101-98802011000200001.
- QUIGLEY, E.M.M. The gut-brain axis and the microbiome: clues to pathophysiology and opportunities for novel management strategies in irritable bowel syndrome (IBS). *Journal of Clinical Medicine*, v. 7, p. 6, 2018. doi: 10.3390/jcm7010006.
- REMES-TROCHE, J.M. *et al.* Pharmacologic treatment of irritable bowel syndrome: position statement of the Asociación Mexicana de Gastroenterología, 2024. *Revista de Gastroenterología de México*, v. 90, p. 77, 2024. doi: 10.1016/j.rgmex.2024.10.009.
- SILVA, B.C. *et al.* Diagnosis and treatment of small intestinal bacterial overgrowth: an official position paper from the Brazilian Federation of Gastroenterology. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 62, 2025. doi: 10.1590/S0004-2803.24612024-107.
- SIMON, E. *et al.* Probiotics, prebiotics, and synbiotics: implications and beneficial effects against irritable bowel syndrome. *Nutrients*, v. 13, p. 2112, 2021. doi: 10.3390/nu13062112.
- SPIEGEL, B.M.R. *et al.* Gender identity, sexual orientation, and risk of irritable bowel syndrome: a population-based study. *The American Journal of Gastroenterology*, v. 117, p. 417, 2022.
- WALD, A. Treatment of irritable bowel syndrome in adults. *UpToDate*, mar. 2024.