

GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Edição XV

Capítulo 30

MANEJO CONTEMPORÂNEO DA DOENÇA DE CROHN: DIAGNÓSTICO, MONITORAMENTO E TRATAMENTO BASEADO EM ALVOS

ANA CLARA RABELO COSTA²
ANDRESSA CARDOSO FARIA¹
CAMILLA XAVIER DE ARAUJO¹
EMANUELA FABIANA ALVES¹
FLÂNICIA DIAS GOMES¹
HATUS MACEDO DE ANDRADE¹
ISABELLE CARVALHO SOUZA²
JULIA ALMEIDA MACIEL¹

KELCY GONÇALVES MOREIRA¹
LEANDRO VENÂNCIO VILELA¹
LIA SUELLEN LIMA OLIVEIRA¹
MARCO ANTÔNIO FERREIRA SILVA¹
MARIA FERNANDA FREITAS NASCIMENTO
LIMA²
RAFAELA FREIRE SEABRA¹
SAMILLY RIBEIRO SANT'ANA²

¹Discente - Universidade de Rio Verde - Câmpus Goianésia.

²Discente – Universidade de Rio Verde - Câmpus Rio Verde.

Palavras-chave: Doença de Crohn; Monitoramento Ambulatorial; Terapêutica.

INTRODUÇÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) compreende um grupo de doenças crônicas imuno-mediadas, sendo a doença de Crohn (DC) uma de suas principais formas clínicas. A DC caracteriza-se por um processo inflamatório crônico e recidivante que pode acometer qualquer segmento do trato gastrointestinal, com padrão transmural e distribuição descontínua, o que contribui para sua heterogeneidade clínica. Sua evolução é marcada por períodos de atividade e remissão, com possibilidade de progressão para complicações estruturais, como estenoses, fístulas e abscessos, frequentemente associadas à necessidade de intervenções cirúrgicas ao longo do curso da doença (TAJRA *et al.*, 2023).

Nas últimas décadas, o entendimento da DC evoluiu de uma abordagem centrada exclusivamente no controle sintomático para um modelo mais estruturado, baseado em alvos terapêuticos definidos. Essa mudança foi impulsionada pelo desenvolvimento de terapias imunossupressoras mais eficazes, especialmente os agentes biológicos, e pela incorporação de ferramentas diagnósticas mais sensíveis para monitoramento da inflamação intestinal. Nesse contexto, biomarcadores, métodos de imagem e estratégias de avaliação endoscópica passaram a ocupar papel central na condução clínica da doença.

Entre os principais marcos dessa reorganização terapêutica está a estratégia “*treat-to-target*”, consolidada pelo STRIDE-II, que propõe a definição de metas clínicas, laboratoriais e estruturais ao longo da evolução da doença. Essa abordagem reforça a necessidade de monitoramento contínuo e individualizado, com o objetivo não apenas de induzir remissão clínica, mas também de prevenir dano intestinal progressivo e complicações em longo prazo (TURNER *et*

al., 2021). Diante disso, este capítulo tem como objetivo discutir as principais evidências sobre o manejo da doença de Crohn sob a perspectiva do tratamento baseado em alvos terapêuticos.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura centrada na identificação e manejo da doença de Crohn. As pesquisas foram realizadas nas bases de dados PubMed, SciELO e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Para a identificação e seleção dos estudos foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)*: “Doença de Crohn”, “Diagnóstico”, “Tratamento” associados pelo operador booleano AND.

Os critérios de inclusão estabelecidos compreendem artigos científicos completos e gratuitos, metanálises, revisões sistemáticas, diretrizes e documentos oficiais publicados nos últimos 5 anos, disponíveis na Íntegra nos idiomas português e inglês. Como critérios de exclusão, foram descartados relatos de casos isolados, estudos em animais, textos incompletos ou desatualizados, não gratuitos e artigos em duplicidade. O processo de seleção dos estudos foi conduzido de forma sistemática e criteriosa. Inicialmente, foram identificados 64 artigos nas bases de dados consultadas. Após análise dos títulos e resumos, 39 publicações foram excluídas por não atenderem aos critérios de elegibilidade relacionados ao tema. Em seguida, dos 25 artigos remanescentes avaliados na íntegra, foram desconsiderados 14 por não apresentarem as informações compatíveis com os critérios de inclusão sobre o tema e duplicados. Dessa forma, ao final do processo 11 artigos foram incluídos na revisão, constituindo a base científica utilizada para fundamentar a discussão do presente trabalho.

RESULTADOS

Tabela X.1

Título	Autor	Resultados	Discussão/Conclusão
<i>Brazilian Consensus on Crohn's Disease.</i>	BAIMA <i>et al.</i> (2022)	Estabelece as diretrizes nacionais para o diagnóstico (clínico, endoscópico, histológico e radiológico). Padroniza o uso da Classificação de Montreal para estratificar os pacientes quanto à idade ao diagnóstico (A), localização (L) e comportamento (B: inflamatório, estenosante ou penetrante).	A padronização estrita do diagnóstico é apresentada como o único meio de evitar o subdiagnóstico e o erro de conduta. O consenso defende que a investigação inicial deve obrigatoriamente incluir a avaliação de todo o trato gastrointestinal.
Calprotectina fecal no monitoramento de pacientes com doença de Crohn envolvendo o cólon.	BRASIL. CONITEC (2024)	Consolida o uso da calprotectina fecal (CPF) como biomarcador de atividade luminal. Valores menores que 50-100 µg/g indicam remissão; valores maiores que 200-250 µg/g possuem alta sensibilidade para prever recidiva endoscópica antes da manifestação clínica.	Conclui pela viabilidade de incorporação/manutenção do teste no escopo do SUS, validando a CPF como estratégia não invasiva custo-efetiva que reduz o número de colonoscopias de controle desnecessárias e otimiza a monitoração em longo prazo.
<i>Inflammatory bowel diseases in Brazil: journey of doctors who care for patients. What is the importance?</i>	CRAVEIRO <i>et al.</i> (2025)	Identificou disparidades regionais acentuadas no Brasil. Aponta gargalos na jornada médica: dificuldades no acesso rápido a exames de imagem e colonoscopia no setor público, além de barreiras burocráticas e auditorias severas que atrasam a dispensação de medicamentos biológicos.	Conclui que a jornada do médico impacta diretamente o prognóstico do paciente. Destaca a necessidade urgente de descentralizar o conhecimento especializado, simplificar os processos regulatórios de alto custo e criar redes de referência integradas.
<i>Complementary and alternative medicine use in Brazilian patients with inflammatory bowel disease.</i>	HENRIQUES <i>et al.</i> (2022)	Revelou alta prevalência do uso de Medicina Complementar e Alternativa (MCA), como fitoterápicos, suplementos, acupuntura e dietas restritivas. A maioria dos pacientes omitiu o uso da MCA dos seus médicos assistentes, motivada pelo medo de reprovação.	Alerta para o perigo de interações farmacológicas desconhecidas com imunossupressores e o risco de atraso ou abandono do tratamento convencional. Conclui que os médicos devem abordar o tema ativamente nas consultas, sem julgamentos, para garantir a segurança.
<i>The evaluation of infliximab trough level favors maintenance therapy of</i>	KAMPA <i>et al.</i> (2023)	Demonstrou correlação estatística entre níveis séricos basais (<i>trough levels</i>) adequados de infliximabe (idealmente entre 3 e 7µg/mL) e a manutenção da remissão clínica e cicatrização de mucosa. Pacientes	Defende o uso da Monitorização Terapêutica de Fármacos (TDM), seja de forma reativa (na perda de resposta) ou proativa. O ajuste de dose baseado em dados séricos otimiza o uso do biológico, evita a

<i>patients with inflammatory bowel disease.</i>		abaixo do alvo apresentaram maior taxa de perda de resposta por anticorpos antimedicação.	troca precoce de classe e melhora o custo-benefício do tratamento.
<i>Brazilian Consensus on Crohn's Disease: Medical Treatment.</i>	LOMAZI <i>et al.</i> (2022)	Detalha os algoritmos terapêuticos conforme a gravidade. Sistematiza o uso de corticoides apenas para indução de remissão, o papel dos imunomoduladores (Azatioprina) e define os critérios para início de biológicos (Anti-TNF: infliximabe, adalimumab; Anti-integrina: vedolizumabe; Anti-IL12/23: ustekinumabe).	Consolida a transição da estratégia clássica (<i>step-up</i>) para o tratamento precoce e agressivo (<i>top-down</i>) em pacientes com fatores de mau prognóstico. O foco central migrou do controle de sintomas para a prevenção de danos estruturais crônicos.
<i>Crohn's disease: review and standardization of nomenclature.</i>	MAGALHÃES <i>et al.</i> (2023)	Revisa os achados de Enterografia por Tomografia Computadorizada (Entero-TC) e Ressonância (Entero-RM). Padroniza termos críticos para relatar atividade (realce parietal, espessamento, sinal do pente, gordura em estilo "creeping fat") e complicações (estenoses e trajetos fistulosos).	A uniformização da nomenclatura radiológica reduz discrepâncias de interpretação entre radiologistas e cirurgiões/gastroenterologistas. Laudos estruturados e precisos são fundamentais para mapear a progressão geométrica do dano intestinal e guiar intervenções.
<i>Epidemiological and clinical profile of Crohn's disease in a Brazilian referral center in 30 years of follow-up.</i>	SEGHETO <i>et al.</i> (2025)	Analisa dados longitudinais demonstrando uma mudança no perfil: aumento na incidência de casos novos, predomínio de diagnóstico em adultos jovens e evolução nítida do fenótipo puramente inflamatório (B1) para formas complicadas (estenose B2 e penetrante B3) ao longo do tempo.	Evidencia a realidade epidemiológica nacional alinhada aos padrões globais de industrialização. Reforça o papel crítico dos centros de referência em manter registros de longa duração para planejar políticas de saúde e alocação de recursos biológicos.
<i>Assessment of risk factors for surgery treatment of Crohn's disease: a hospital cohort.</i>	TAJRA <i>et al.</i> (2023)	Identificou preditores estatísticos independentes para a primeira cirurgia ressectiva. Idade jovem ao diagnóstico (<20 anos), tabagismo ativo, localização ileocecal (L3) e o atraso no início da terapia com anti-TNF foram associados a um risco significativamente maior de colectomia/enterectomia.	Conclui que a identificação precoce desse perfil de alto risco deve disparar intervenções terapêuticas aceleradas e agressivas. Modificações de estilo de vida, especialmente a cessação do tabagismo, são mandatórias para alterar o curso natural da doença.
<i>STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative...</i>	TURNER <i>et al.</i> (2021)	Atualizou formalmente a hierarquia de alvos temporais no <i>Treat-to-Target</i> : Curto prazo (resposta clínica e resolução dos sintomas); Médio prazo (remissão clínica e normalização de PCR e Calprotectina); Longo prazo (cicatrização endoscópica, ausência de incapacidade e restauração do crescimento em crianças).	O STRIDE-II refinou as metas globais ao separar os alvos formais das aspirações de pesquisa (como a cicatrização histológica e transmural). Estabelece que o tratamento não deve ser modificado apenas por critérios histológicos, mas monitorado de forma contínua e multimodal.

Surgical management of adult Crohn's disease and ulcerative colitis patients: a consensus from the Brazilian Organization of Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB).

ZABOT *et al.* (2022)

Estabelece recomendações técnicas para cirurgias na DC: preferência por ressecções econômicas (poupadoras de parênquima), estenosoplastias sempre que indicadas para evitar a síndrome do intestino curto, e manejo especializado da doença perianal complexa com sedelhos e biológicos combinados.

Define que a cirurgia e o tratamento médico são complementares, e não excludentes. O momento cirúrgico ideal deve ser discutido por uma equipe multidisciplinar (*IBD Board*) para evitar operações de urgência em pacientes desnutridos ou gravemente inflamados.

DISCUSSÃO

O manejo da doença de Crohn (DC) vem passando por uma transição consistente em direção a um modelo terapêutico estruturado por objetivos, com foco não apenas no controle sintomático, mas na prevenção de dano intestinal progressivo. Essa mudança é particularmente sustentada pela consolidação das estratégias “*treat-to-target*”, que reorganizam o acompanhamento clínico com base em desfechos objetivos e mensuráveis ao longo do tempo (TURNER *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o STRIDE-II representa um marco na padronização dos alvos terapêuticos na doença inflamatória intestinal, ao integrar diferentes níveis de resposta clínica, laboratorial, endoscópica e estrutural. A hierarquização desses objetivos demonstra uma progressão lógica do tratamento, iniciando com remissão e resposta clínica, seguida pela normalização de biomarcadores inflamatórios, como PCR e calprotectina fecal, até atingir desfechos mais profundos, como cicatrização endoscópica, histológica e transmural. Essa organização reforça a necessidade de acompanhamento contínuo e dinâmico da atividade inflamatória, além de evidenciar a complexidade crescente das decisões terapêuticas na prática clínica (TURNER *et al.*, 2021).

A implementação desse modelo depende diretamente da disponibilidade de ferramentas diagnósticas capazes de refletir a atividade inflamatória. Nesse cenário, a calprotectina fecal se destaca como um biomarcador não invasivo relevante, com boa correlação com atividade endoscópica e utilidade na predição de recaídas. Valores elevados associam-se a maior risco de atividade inflamatória subclínica, enquanto níveis reduzidos se correlacionam com remissão, o que reforça seu papel na monitorização longitudinal e na redução da necessidade de exames

invasivos (BAIMA *et al.*, 2023). Assim, esse marcador se insere diretamente na lógica proposta pelo STRIDE-II, funcionando como ferramenta intermediária entre a avaliação clínica e os desfechos estruturais.

De forma complementar, os métodos de imagem, como a enterotomografia computadorizada e a enterorressonância magnética, são fundamentais para a avaliação da extensão e gravidade da DC. Esses exames permitem identificar tanto sinais de atividade inflamatória, como espessamento parietal, hiperrealce mural e edema, quanto complicações estruturais, incluindo estenoses, abscessos e perfuração. A padronização da descrição desses achados contribui para maior uniformidade diagnóstica e melhor comunicação entre as especialidades envolvidas no manejo do paciente, impactando diretamente a tomada de decisão terapêutica e cirúrgica (MAGALHÃES *et al.*, 2023).

Apesar dos avanços conceituais e tecnológicos, a aplicabilidade dessas estratégias ainda é limitada por barreiras estruturais no sistema de saúde. No contexto brasileiro, observa-se dificuldade de acesso a exames especializados, terapias biológicas e acompanhamento multidisciplinar adequado, o que compromete a implementação plena de estratégias modernas de monitoramento e tratamento. Essas desigualdades assistenciais criam uma lacuna relevante entre diretrizes internacionais e a prática clínica real, especialmente em regiões com menor infraestrutura em saúde (CRAVEIRO *et al.*, 2025).

Mesmo diante dessas limitações, a introdução de imunossupressores e terapias biológicas têm modificado significativamente o curso natural da DC. Observa-se maior utilização de agentes como anti-TNF, anti-integrina e anti-IL-12/23, associada à redução de hospitalizações e intervenções cirúrgicas, além de melhor

controle da inflamação e maior taxa de remissão sustentada. Esse cenário reforça a importância do tratamento precoce e intensivo em pacientes com fatores de risco para progressão da doença (SEGHETO *et al.*, 2025).

Entretanto, o uso de terapias biológicas também trouxe novos desafios clínicos, especialmente a perda secundária de resposta terapêutica. Esse fenômeno está frequentemente associado à formação de anticorpos anti-fármaco e variações nos níveis séricos do medicamento. Nesse contexto, a monitorização terapêutica do infliximabe (TDM) surge como uma estratégia importante para individualização do tratamento, permitindo ajustes posológicos ou troca de classe terapêutica de forma mais racional e baseada em parâmetros objetivos. Essa abordagem contribui para maior manutenção da remissão clínica e otimização da resposta terapêutica a longo prazo (KAMPA *et al.*, 2023).

Além do manejo medicamentoso, a DC apresenta curso clínico frequentemente complicado por estenoses, fístulas e doença perianal, o que pode levar à necessidade de intervenção cirúrgica. Determinados fatores clínicos, como acometimento ileal, fenótipo estenosante e diagnóstico em idade jovem, estão associados a maior risco de cirurgia ao longo da evolução da doença. Esses achados reforçam a importância da estratificação precoce de risco e da intensificação terapêutica em subgrupos específicos de pacientes (TAJRA *et al.*, 2023).

Nesse cenário, o tratamento cirúrgico não deve ser compreendido como uma alternativa isolada, mas como parte integrante de uma estratégia terapêutica global e multidisciplinar. Consensos nacionais reforçam que a decisão cirúrgica deve considerar o fenótipo da doença, a gravidade das complicações e a resposta ao tratamento clínico, sendo indicada principalmente em casos refratários ou complicados. A integra-

ção entre gastroenterologia e cirurgia é essencial para otimizar o momento da intervenção e reduzir complicações pós-operatórias (ZABOT *et al.*, 2023).

Aspectos comportamentais e sociais também exercem influência relevante no manejo da DC. O uso de terapias complementares e alternativas é relativamente frequente entre pacientes com DII e frequentemente associado à pior percepção de qualidade de vida. Embora muitas dessas práticas não substituam o tratamento convencional, sua utilização não comunicada pode gerar riscos de interações medicamentosas e comprometer a adesão terapêutica. Esse achado reforça a necessidade de uma abordagem centrada no paciente, com comunicação aberta e sem julgamentos na prática clínica (HENRIQUES *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal crônica, de evolução heterogênea e potencialmente progressiva, que demanda acompanhamento prolongado e estratégias terapêuticas individualizadas. Nas últimas décadas, o manejo dessa condição passou por uma mudança estrutural relevante, com a transição de uma abordagem voltada predominantemente ao controle de sintomas para modelos baseados em metas terapêuticas, como o “*treat-to-target*”, consolidado pelo STRIDE-II.

Esse novo paradigma integra diferentes níveis de avaliação da atividade da doença, combinando desfechos clínicos, laboratoriais, endoscópicos e de imagem. A incorporação de biomarcadores inflamatórios e métodos de imagem ampliou a capacidade de detecção precoce de atividade subclínica, permitindo intervenções mais oportunas e individualizadas, com

potencial impacto na prevenção de complicações estruturais e na redução da progressão da doença.

Apesar dos avanços terapêuticos e diagnósticos, sua implementação na prática clínica ainda é limitada por desigualdades estruturais importantes, especialmente no contexto do sistema de saúde brasileiro. O acesso restrito a exames especializados, a disponibilidade irregular de terapias biológicas e as barreiras organizacionais dificultam a aplicação plena das recomendações atuais, mantendo uma lacuna entre evidência científica e realidade assistencial.

Dessa forma, conclui-se que o manejo da doença de Crohn depende não apenas da incorporação de tecnologias e estratégias terapêuticas modernas, mas também de melhorias estruturais no sistema de saúde. A ampliação do acesso a diagnóstico, tratamento e acompanhamento especializado é determinante para que os avanços científicos se traduzam em benefícios clínicos reais, com redução de complicações, hospitalizações e intervenções cirúrgicas evitáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAIMA, J. P. *et al.* Second Brazilian consensus on the management of ulcerative colitis in adults: a consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB). *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 59, supl. 1, p. 51-84, 2022. DOI: 10.1590/S0004-2803.2022005S1-03.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Calprotectina fecal no monitoramento de pacientes com doença de Crohn envolvendo o cólon. Brasília: CONITEC, 2024.

CRAVEIRO, M. M. S. *et al.* Inflammatory bowel diseases in Brazil: journey of doctors who care for patients. What is the importance? ABCD: *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 38, e1892, 2025. DOI: 10.1590/0102-67202025000023e1892.

HENRIQUES, D. P. *et al.* Complementary and alternative medicine use in Brazilian patients with inflammatory bowel disease. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 59, n. 3, p. 375-382, 2022. DOI: 10.1590/S0004-2803.202203000-68.

KAMPA, K. C. *et al.* The evaluation of infliximab trough level favors maintenance therapy of patients with inflammatory bowel disease. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 60, n. 1, p. 48-56, 2023. DOI: 10.1590/S0004-2803.202301000-07.

LOMAZI, E. A. *et al.* Brazilian consensus on the management of inflammatory bowel diseases in pediatric patients: a consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB). *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 59, supl. 1, p. 85-124, 2022. DOI: 10.1590/S0004-2803.2022005S1-04.

MAGALHÃES, F. C. B. *et al.* Crohn's disease: review and standardization of nomenclature. *Radiologia Brasileira*, v. 56, n. 1, p. 54-62, 2023. DOI: 10.1590/0100-3984.2022.0082-pt.

SEGHE TO, I. N.; PENNA, F. G. C.; CARVALHO, S. C. S. Epidemiological and clinical profile of Crohn's disease in a Brazilian referral center in 30 years of follow-up. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 62, e25032, 2025. DOI: 10.1590/S0004-2803.24612025-032.

TAJRA, J. B. M. *et al.* Assessment of risk factors for surgery treatment of Crohn's disease: a hospital cohort. ABCD: *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 36, e1730, 2023. DOI: 10.1590/0102-672020230002e1730

TURNER, D. *et al.* STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target Strategies in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*, v. 160, n. 5, p. 1570-1583, 2021. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.12.031.

ZABOT, G. P. *et al.* Surgical management of adult Crohn's disease and ulcerative colitis patients: a consensus from the Brazilian Organization of Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB). *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 59, supl. 1, p. 1-19, 2022. DOI: 10.1590/S0004-2803.2022005S1-01.