

# Caso Clínico – Enteropatia sensível ao Glúten

Ana Carolina Simonsen<sup>1</sup>

Beatriz Boechat Wigderowitz<sup>2</sup>

Prof. Dr. Gustavo de Rezende Corrêa<sup>3</sup>

**Identificação:** T.A.B., 35 anos, sexo feminino.

**Queixa principal:** “perda de peso, diarreia e dor na barriga”

**HDA:** paciente refere longo histórico de cólica abdominal persistente, diarreia e fadiga. Como não houve melhora, a paciente foi encaminhada para um gastroenterologista. Relata grande emagrecimento nos últimos meses.

**Exame físico:** LOTE, regular estado geral, hipocorada (+/4+), acianótica, anictérica e afebril. Peso: 39kg; altura: 1,60m (IMC= 15,2).

**AC:** RCR2T, BNF, sem sopros, PA= 120x80mmHg e FC= 80bpm.

**AP:** MVUA, sem ruídos adventícios, FR= 14 irpm.

**Abdome:** escavado, doloroso à palpação superficial e profunda, presença de ruídos abdominais hiperativos.

## Exames:

**Raio X** de abdome revelou retenção de fluídos e dilatação da alça intestinal;

**Biópsia intestinal** indicou a presença de um marcador inflamatório na lâmina própria.

**Diagnóstico:** esses achados foram compatíveis com a enteropatia sensível ao glúten, também conhecida como Doença Celíaca.

**Conduta:** pelo fato da paciente se apresentar muito emagrecida e astênica, foi prescrito repouso em casa por 6 semanas e continuação do tratamento ambulatorial. Foi introduzida uma dieta livre de glúten e os sintomas diminuíram dentro de uma semana. Posteriormente, o conteúdo calórico da dieta da paciente foi aumentado e ao longo dos 35 dias subsequentes, ela ganhou 4kg.

## Comentários

O primeiro fator importante a ser destacado no caso apresentado é a idade. Quando a Doença Celíaca se inicia na fase adulta, no caso da paciente, 35 anos, essa tende a se apresentar de uma forma mais discreta, quando comparado a um caso diagnosticado na infância.

Além disso, pode-se perceber que esse é um caso clássico de Doença Celíaca, uma vez que os sintomas apresentados estão diretamente relacionados com o sistema gastrointestinal, por conta da doença disabsortiva.

O emagrecimento relatado na queixa principal é reflexo da má absorção, que depende da gravidade e da extensão das lesões. Em pacientes celíacos, observa-se histologicamente uma atrofia de vilosidades com hipertrofia de criptas, modificando a estrutura ideal para absorção de nutrientes. Ainda, à nível celular, observa-se uma mudança no epitélio colunar típico para cuboide, com alterações nas organelas, borda estriada e núcleo. Sendo assim, há grande perda na estrutura do intestino delgado, responsável pelo quadro de má absorção e consequente desnutrição do paciente. Ademais, é comum alguns pacientes apresentarem anorexia, o que contribui para a perda de peso.

---

<sup>1</sup> Aluna do 3º ano do curso de Medicina da EMSM.

<sup>2</sup> Aluna do 3º ano do curso de Medicina da EMSM.

<sup>3</sup> Professor da disciplina Iniciação à Prática Médica I na EMSM. Doutor em Neuroimunologia.

Para compreender a diarreia presente no caso, é necessário observar a base patogênica da doença, que ocorre a nível epitelial, com repercussões pré e pós-epiteliais. Nesse sentido, há, primeiramente, destruição de enterócitos na fase epitelial. Já na fase pré-epitelial, ocorrem alterações na micelação de gorduras, perda fecal de sais biliares e redução da borda estriada do enterócito, ocasionando uma redução na concentração de enteroquinases. Na etapa pós-epitelial, há infiltração do córion, resultando em bloqueio do escoamento de nutrientes. Dessa forma, é possível elaborar os mecanismos responsáveis pela diarreia em celíacos, sendo esses:

- | Grande volume de líquido na luz intestinal;
- | Presença de gordura no cólon pela diminuição da micelação e dos sais biliares;
- | Elevação da secreção de água e eletrólitos;
- | Diminuição de hormônios digestivos, enteroquinase e secreção pancreática;
- | Redução na circulação enterohepática de sais biliares.

A diarreia pode variar de intensidade de acordo com o comprometimento do intestino, e as fezes podem se apresentar de diferentes formas, podendo ser aquosas ou pastosas, volumosas, descoradas ou acinzentadas, oleosas ou espumosas, fétidas, flutuando ou não na água.

O cansaço e a fadiga relatados apontam relação com o estado nutricional deficiente do paciente, o qual apresenta pobre absorção dos nutrientes necessários como fonte de energia. Ainda, está relacionada ao cansaço uma possível anemia, devido à baixa absorção de ferro; uma hipopotassemia, por baixa absorção de potássio; e insuficiência suprarrenal.

A cólica abdominal tem provável localização na altura do intestino delgado e se deve, principalmente, às alterações no trânsito intestinal relatadas anteriormente, que também causam diarreia.

No exame físico, foi relatado regular estado geral e hipocoloração (+/4+). Ambas as alterações estão relacionadas ao estado nutricional da paciente, uma vez que as absorções de ferro e B12 se apresentam prejudicadas. Além disso, a produção de hemácias se mostra deficiente, sendo assim, a paciente, provavelmente, está anêmica. A anemia, assim como a falta de substrato energético, provoca cansaço, dando a aparência regular à paciente.

O abdome escavado é um achado clínico que caracteriza a desnutrição ocasionada pela má absorção de nutrientes. Os ruídos abdominais hiperativos são característicos de doença inflamatória do intestino e se relacionam com a mudança no trânsito, o que ocasiona os sons.

Ademais, os achados em aparelho cardiovascular e aparelho pulmonar, bem os outros achados em exame físico, mostraram-se normais.

O gastroenterologista requisitou a realização de dois exames complementares. O raio X de abdome evidenciou retenção de fluídos e dilatação da alça intestinal.

A retenção de fluídos ocorre devido à má absorção intestinal, ocasionada pela destruição da mucosa por processo imunológico. Por não ter sido diagnosticada corretamente, a paciente não excluiu o glúten de sua dieta. Dessa forma, a ingestão desse complexo promoveu a destruição da mucosa intestinal, acarretando na diminuição da absorção de todos os nutrientes, gerando um quadro de desnutrição. Ainda, a anorexia apresentada também contribui para uma síndrome carencial. Quando um quadro de desnutrição se instala, os níveis de albumina no sangue diminuem, gerando uma diminuição da pressão coloidosmótica do plasma. Tendo em vista que essa pressão é a força que tende a mover o líquido dos tecidos para o interior dos capilares, valores reduzidos implicarão no acúmulo desse líquido nos tecidos, configurando a retenção de fluídos que pode ser observado através do edema.

Além disso, o raio X revelou dilatação da alça intestinal. Esse achado ocorre por conta do acúmulo de substâncias no trato intestinal que não conseguem ser digeridas em virtude da destruição da mucosa intestinal acarretada pela reação imunológica ao glúten. Desse modo, o alimento que não consegue ser digerido sofrerá fermentação láctica pela flora intestinal, formando lactato e CO<sub>2</sub>, produtos osmoticamente ativos que “puxam” água para a luz intestinal e ocasionam

diarreia aquosa. Ademais, o gás carbônico formado leva ao desconforto abdominal, uma vez que promove a dilatação das alças intestinais.

Outra explicação possível para a distensão das alças intestinais é a hipocalemia. A paciente apresenta um quadro de desnutrição em virtude de uma síndrome disabsortiva, sendo assim, todos os elementos, inclusive o  $K^+$ , estarão deficientes. Entretanto, vale ressaltar que o mecanismo mais significativo para a hipocalemia é a diarreia, através da qual há eliminação de concentrações consideráveis de potássio. A deficiência de potássio sérico acarreta distensão abdominal e íleo paralítico, uma vez que o  $K^+$  se mostra fundamental para realizar a repolarização muscular. Sem esse íon, não é possível desencadear um novo potencial de ação, necessário para a motilidade intestinal. Sendo assim, a hipocalemia resulta em inibição da motilidade intestinal, gerando dilatação das alças intestinais, devido ao acúmulo de secreções e gases.

A biópsia intestinal realizada demonstrou presença de um marcador inflamatório na lâmina própria. O diagnóstico histopatológico da doença se dá através da realização de biópsias da 2ª e 3ª porção duodenal com obtenção de material para análise histopatológica. O achado da biópsia pode ser explicado devido ao intenso infiltrado inflamatório formado, com prevalência de linfócitos e células plasmáticas produtoras de imunoglobulinas. Ainda, podem ser encontrados numerosos eosinófilos que liberam proteínas citotóxicas, contribuindo para a destruição da mucosa. Além disso, pode ser possível observar atrofia vilositária, considerado o marcador típico da doença.

A biópsia duodenal deve ser realizada quando há suspeita da doença, independentemente dos resultados sorológicos obtidos.

Os achados obtidos através da anamnese, exame físico e exames complementares permitiram que o médico chegasse ao diagnóstico de enteropatia sensível ao glúten, mais conhecida como Doença Celíaca.

A Doença Celíaca não tem cura. O médico recomendou repouso por seis semanas, visto que a paciente se apresentava muito emagrecida e astênica, em virtude da desnutrição. Foi implementada, então, uma dieta com restrição ao glúten. Dentro de uma semana, os sintomas diminuíram, tendo em vista que o causador de todos os sintomas da Doença Celíaca é o glúten. Sem esse complexo proteico, a mucosa intestinal conseguiu, aos poucos, se regenerar e retornar a sua função normal de reabsorver os nutrientes. Dessa forma, todos os sintomas descritos, emagrecimento, diarreia, palidez e astenia desapareceram. O emagrecimento foi substituído pelo ganho gradual de peso nas semanas seguintes da aderência ao tratamento. A diarreia cessou, pois, a mucosa intestinal foi regenerada, bem como as enzimas responsáveis pela digestão, voltando a exercer sua função normal. A palidez, ocasionada por uma possível anemia ferropriva, também apresentou melhora, uma vez que a absorção de ferro através da alimentação retornou ao normal. Por fim, a astenia também apresentou melhora, visto que a absorção de nutrientes permitiu a realização de reações anabólicas, responsáveis pela síntese de energia química, essencial para o funcionamento adequado do organismo.

Com o diagnóstico correto da disfunção, a paciente apresentou melhora de todos os sintomas, permitindo o aumento do conteúdo calórico da dieta e, assim, o ganho de 4kg ao longo dos 35 dias subsequentes.