



Doença Inflamatória Intestinal

1. Condição Médica

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) inclui especificamente a doença de Chron e a colite ulcerosa, mas também inclui as colites de origem indeterminada, que representam 10% dos casos. A predisposição hereditária destas doenças está já bem identificada. A DII afeta pessoas de todas as idades, mas habitualmente surge antes dos 30 anos, com um pico de incidência entre os 14 a 24 anos de idade, há também um segundo pico de incidência, ainda que inferior, entre os 50 a 70 anos. Por isso, não é incomum que jovens atletas ativos solicitem autorizações de utilização terapêutica, incluindo glucocorticosteroides, para o tratamento de longa duração da DII.

2. Diagnóstico

A. História Médica

A DII é acompanhada por uma história médica característica que pode incluir alterações dos hábitos intestinais, febre, dor abdominal, anorexia e perda de peso. Nos mais novos pode provocar atraso no crescimento. As complicações tóxicas na colite ulcerosa são um sintoma grave e comum. A correlação com a história familiar é importante.

B. Critérios de Diagnóstico

Existindo suspeita de DII e história familiar da doença, deve ser investigado o diagnóstico definitivo da DII sob a supervisão de uma gastroenterologista. Além dos exames de rotina para confirmar a presença de inflamação e anemia, exames imagiológicas do trato gastrointestinal são essenciais para avaliar a extensão, distribuição e gravidade da doença de Chron. As técnicas diretas de imagiologia, como a gastroscopia, enteroscopia e colonoscopia, permitem a recolha de tecidos para a realização de biopsias, que permitem avaliar as características fisiopatológicas dos tecidos selecionados. Pode também recorrer-se à técnica de Tomografia Computorizada e colonoscopia virtual. Por outro lado a colite ulcerativa requer exames às fezes e sigmoidoscopia, para demonstrar alteração típica da mucosa e evidência, por biópsia, de um estado inflamatório crónico, assim como alterações da vascularidade da mucosa.

C. Informação médica relevante

A história médica relevante da DII, a perda de peso associada, anorexia e fadiga são frequentemente recolhidas pelo médico de família/cuidados primários. Quando o doente é um atleta de elite, há uma maior urgência em procurar a opinião de um médico especialista a fim de se confirmar o diagnóstico. Durante os períodos de exacerbação aguda da DII é improvável que o atleta se encontre em condições para o treino ou para competições.

3. Boas Práticas Médicas

A. Denominação das substâncias proibidas

Os Glucocorticosteróides são fármacos essenciais no tratamento adjuvante da DII.

B. Vias de Administração

Todas as vias de administração sistémicas (intravenosa, oral e retal) são proibidas.

C. Frequência

Doses elevadas de prednisona oral (40-60 mg/dia) podem ser necessárias no tratamento de situações agudas de DII, reduzindo-se depois gradualmente as doses ao longo de semanas ou meses. A colite ulcerosa aguda pode necessitar de doses elevadas de corticosteróides sistémicos. A administração intravenosa de 300 mg/dia de hidrocortisona ou 60-80 mg/dia de metilprednisolona, por infusão intravenosa ou em doses divididas, pode ser utilizada nas situações graves. Em hospitais, a administração intravenosa de hidrocortisona não necessita de AUT. As doses devem ser individualizadas e supervisionadas por um médico especialista, e administradas em associação com outras terapêuticas adequadas. Alguns doentes com DII tornam-se dependentes de corticosteróides e necessitam de tratamento de manutenção de longa duração.

D. Duração do Tratamento recomendada

Tendo em conta a natureza crónica da DII, o tratamento nos atletas é provavelmente para toda a vida, ou pelo menos enquanto realizarem desporto de alta competição.

4. Outros tratamentos alternativos permitidos

Fármacos como os imunomoduladores, 5-aminosalicilatos, analgésicos e antibióticos podem ser utilizados em associação com glucocorticosteroides. Não existem outros fármacos alternativos que exerçam o mesmo efeito dos glucocorticosteroides

5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento

Se não for tratada, a DII pode seguir um trajeto instável e irreversível, com um desfecho fatal.

6. Monitorização do Tratamento

Durante períodos de remissão da DII o atleta pode estar totalmente assintomático. O tratamento deve ser monitorizado regularmente pelo médico de família, recomenda-se a revisão da terapêutica e situação clínica por um gastroenterologista, com uma periodicidade no mínimo anual, ou quando clinicamente indicado.

Existem scores para avaliar a atividade da DII e que podem ser aplicados na avaliação inicial ou nas exacerbações da doença.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

A duração recomendada da AUT para a DII é de 4 anos, com uma revisão anual pelo médico especialista. Deve ser utilizado o bom senso na avaliação da atribuição da AUT na DII, uma vez que a necessidade de glucocorticosteróides é variável durante as crises ou períodos de remissão. Os atletas devem ser capazes de disponibilizar documentação para todas as crises agudas que requeiram a utilização de substâncias proibidas.

8. Medidas de Precaução Apropriadas

A utilização prolongada de glucocorticosteróides sistémicos acarreta riscos a longo prazo bem documentados.

9. Referências

1. Baumgart DC, Sandborn WJ, Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies." Lancet 369:1641-57, 2007
2. Best WR, et al., "Development of a Crohn's disease activity index." Gastroenterology; 70:439-444, 1976.
3. Carter MJ, A J Lobo, Travis SPL, "Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults." Gut; 53: v1 - v16, 2004.
4. Walmsley RS, Ayres RCS, Pounder RE, Allan RN, "A simple clinical colitis activity index." Gut; 43:29-32, 1998
5. Sachar, DB, Walfish, AE, "Overview of Inflammatory Bowel Diseases." Revision February 2010 Merck Manual 19Th Ed.