



Doença Inflamatória Intestinal

1. Condição Médica

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) inclui especificamente a doença de Crohn e a colite ulcerativa, mas também inclui as colites de origem indeterminada, que representam 10% dos casos. É bem conhecida que esta condição pode ter uma predisposição genética. A DII afeta pessoas de todas as idades, mas normalmente começa 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. Porém, não é incomum que jovens atletas ativos solicitem autorizações de utilização terapêutica, incluindo glicocorticóides, para o tratamento à longo prazo da sua doença intestinal.

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 jovens pode haver uma história de retardamento do crescimento. As complicações tóxicas na colite ulcerativa são um sintoma grave e comum. A história familiar é importante para a história médica do paciente.

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 um especialista gastroenterologista. Além dos exames de rotina para confirmar a presença de inflamação e anemia, exames imagiológicos do trato gastrointestinal são essenciais para avaliar a extensão, distribuição e gravidade da doença de Crohn. As técnicas diretas de imagiologia, como a gastroscopia, endoscopia e colonoscopia, permitem a recolha de amostras do tecido intestinal para a realização de biópsias, que demonstram as características patológicas específicas dos locais selecionados. Pode também recorrer-se à Tomografia Computorizada e a colonoscopia virtual. Por outro lado a colite ulcerativa requer exames às fezes e sigmoidoscopia, para demonstrar alterações típicas da mucosa e provas, por biópsia, da inflamação crônica, assim como alterações da vascularização da mucosa.

C. Informação médica relevante

A história clínica relevante do distúrbio da função intestinal associada a perda de peso, anorexia e fadiga é frequentemente obtida pelo médico especialista/cuidados primários. Quando o paciente é um atleta de elite, há uma maior urgência em procurar a opinião de um médico especialista a fim de se confirmar o diagnóstico. É evidente que nos períodos de exacerbação aguda da DII, é improvável que o atleta esteja apto para treinamento ou competição.

3. Boas Práticas no tratamento médico

A. Nome das substâncias proibidas

Os glicocorticóides são importantes coadjuvantes no tratamento da DII.

B. Vias de Administração

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

C. Frequência

Doses altas de prednisona oral (40-60 mg/dia) podem ser necessárias no tratamento agudo de DII, diminuindo-se gradualmente as doses ao longo de semanas ou meses. A colite ulcerativa aguda também pode necessitar de altas doses de corticóides sistêmicos. A administração intravenosa de 300 mg/dia de hidrocortisona ou 60-80 mg/dia de metilprednisolona, por perfusão intravenosa contínua ou em doses individualizadas, podem ser utilizados em casos graves. No meio hospitalar, não há necessidade de uma AUT, para a administração intravenosa de hidrocortisona. As doses devem ser individualizadas e supervisionadas pelo médico especialista, bem como em combinação com outros agentes terapêuticos. Alguns pacientes com DII tornam-se dependentes dos corticóides e necessitam de um tratamento de manutenção à longo prazo.

D. Duração do Tratamento recomendada

Dada a natureza crônica da DII, o tratamento nos atletas é provavelmente ao longo da vida, ou pelo menos, durante o tempo que o atleta se manter ativo no esporte de alta competição.

4. Outros tratamentos alternativos não proibidos

Os medicamentos como os imunomoduladores, 5-aminossalicilatos, analgésicos e antibióticos podem ser utilizados em combinação com glicocorticóides. Não existem outros medicamentos alternativos que forneçam o mesmo efeito dos glicocorticóides.

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

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

6. Monitorização do Tratamento

Durante períodos de remissão da DII o atleta pode estar totalmente assintomático. O tratamento deve ser monitorizado regularmente pelo seu médico, com recomendação de avaliação clínica e terapêutica por um especialista gastroenterologista, anualmente ou quando clinicamente necessário.

Existem índices para conseguir a atividade da DII e que podem ser aplicados na avaliação inicial ou nas exacerbações agudas da doença.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

A duração recomendada de uma AUT para a DII é de 4 anos, com uma revisão anual do médico especialista. Deve ser utilizado o bom senso na avaliação da concessão da AUT na DII, dada a necessidade variável do uso de glicocorticóides durante as crises agudas ou períodos de remissão. Os atletas devem ser capazes de fornecer documentação em qualquer crise aguda que necessite do uso de substâncias proibidas.

8. Medidas de Precaução Apropriadas

O uso contínuo de glicocorticóides sistêmicos determina riscos a longo prazo bem documentados.

9. Bibliografia

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, Walfi sh, AE, "Overview of Infl ammatory Bowel Diseases." Revision February 2010 Merck Manual 19Th Ed.