

TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DOENÇA DE CROHN

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

RESUMO

Os objetivos do tratamento cirúrgico na doença de Crohn (DC) visam melhorar os sintomas e, ao mesmo tempo, preservar o comprimento intestinal e a função absorptiva. As indicações cirúrgicas são classificadas em: falha do tratamento clínico e complicações agudas e crônicas relacionadas à doença. Várias técnicas cirúrgicas são utilizadas no tratamento cirúrgico da DC incluindo ressecções intestinais e estenoplastias. A doença pode atingir a região perianal em um número significativo de pacientes e a conduta cirúrgica deve ser mais conservadora sempre que possível. A profilaxia pós-operatória pode reduzir as elevadas taxas de recidiva da DC.

PALAVRAS-CHAVE: *Doença de Crohn; Cirurgia; Complicações; Perianal.*

INTRODUÇÃO

Os objetivos do tratamento cirúrgico na DC visam melhorar os sintomas e ao mesmo tempo preservar o comprimento intestinal e a função absorptiva. Esses objetivos são baseados no fato de a doença ser incurável e afetar, em sua grande maioria, pacientes jovens. Além disso, acima de 70% dos pacientes irão precisar de algum tipo de intervenção cirúrgica.¹ Portanto, uma visão a longo prazo deve ser sempre considerada, evitando procedimentos que colocam em risco a função intestinal. Desse modo, se um segmento intestinal acometido não for responsável por hemorragia, perfuração, obstrução ou doença maligna, este deve ser poupado de qualquer procedimento cirúrgico.

Em geral, as indicações cirúrgicas na DC são classificadas em: falha do tratamento clínico, complicações agudas e crônicas relacionadas à doença.

FALHA NO TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento clínico é iniciado para a maioria dos pacientes sintomáticos, a não ser que a apresentação inicial exija uma cirurgia de emergência imediata. Antibióticos, 5-aminosalicilatos, corticoesteróides, imunomoduladores e agentes biológicos são prescritos por via tópica, enteral ou parenteral. Entretanto, muitos pacientes com doença de Crohn eventualmente apresentarão falhas nesse tratamento clínico. Esse insucesso pode ser classificado como perda de resposta, resposta incompleta, intolerância ou não aderência à medicação. Os pacientes que iniciam o tratamento clínico devem ser informados sobre os possíveis efeitos adversos e colaterais. Quando a terapêutica escolhida falha em melhorar os sintomas, a medicação deve ser trocada ou suplementada.² Assim, o tratamento cirúrgico está indicado quando os sintomas persistirem na vigência de uma alternativa clínica adequada ou naqueles pacientes intolerantes ou não aderentes a medicação prescrita.³ A insistência com o tratamento clínico ineficaz pode complicar ainda mais a doença e aumentar o risco de morbidades cirúrgicas graves.⁴

COMPLICAÇÕES AGUDAS

As complicações agudas da DC incluem a enterorragia de vulto e a perfuração. A enterorragia é uma complicação rara da doença de Crohn envolvendo o intestino delgado e a região ileocecal, porém mais comum na presença de colite extensa.⁵ Consequentemente, uma aspiração gástrica ou uma endoscopia digestiva são necessárias para excluir outras causas de enterorragia de vulto, indiretamente associadas a DC.

A perfuração pode se apresentar como livre para cavidade peritoneal ou contida, envolvendo abscessos e fístulas intra-abdominais. A perfuração intestinal livre para a cavidade peritoneal não é vista com frequência e tipicamente ocorre após uma exarcebação aguda da doença crônica em uma região proximal a um segmento intes-

tinal estenosado. Nesses casos, o tratamento envolve a ressecção da área da perfuração com anastomose primária ou derivação fecal temporária. A ressecção com anastomose primária deve ser evitada nos casos de desnutrição, comorbidades associadas ou sepse grave. A ressecção com ileostomia proximal apresenta menores taxas de complicação e mortalidade nesse grupo de pacientes. Os casos de perfuração do cólon normalmente ocorrem em vigência de colite tóxica e requerem uma colectomia subtotal com ileostomia temporária.⁶

Já as perfurações bloqueadas que causam abscessos espontâneos intra-abdominais são melhor abordados com antibióticos sistêmicos associado a drenagem percutânea guiado por métodos de imagem sempre que possível, seguido de cirurgia eletiva após pelo menos 4 semanas. Essa estratégia visa facilitar a abordagem cirúrgica e evitar a formação de um estoma temporário.^{7,8}

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS

As complicações crônicas da DC incluem a obstrução intestinal, a doença maligna, o retardo no crescimento em crianças e adolescentes e as manifestações extra-intestinais. A obstrução intestinal é a complicação mais comum da doença envolvendo o intestino delgado e a região ileocecal. A obstrução pode, em alguns casos, ser causada por inflamação apenas e não necessariamente por uma estenose fibrótica. Portanto, a obstrução aguda normalmente é revertida com hidratação venosa, repouso intestinal, descompressão com cateter nasogástrico e com o emprego de corticosteroides por via venosa. Por outro lado, a obstrução crônica se apresenta como episódios recorrentes que não respondem à terapia medicamentosa de longa duração devido a estenoses predominantemente fibróticas e requerem tratamento cirúrgico eletivo. O emprego de exames de imagem préoperatórios, tais como a enterografia por tomografia computadorizada ou por ressonância nuclear magnética, sempre que possível e disponível, ajudam a mapear a localização da

doença e auxiliam no planejamento cirúrgico e estratégia intra-operatória.^{9,10}

A associação entre a DC e o câncer intestinal é bem descrita e ocorre com maior frequência que na população geral. O risco aumentado de adenocarcinoma de cólon em pacientes com pancolite de longa duração está presente, assim como na retocolite ulcerativa.¹¹ O adenocarcinoma de intestino delgado, apesar de raro, também é reconhecido e descrito principalmente em pacientes que realizaram cirurgia de bypass intestinal.

O retardo do crescimento ocorre em aproximadamente um quarto das crianças com DC. Se o retardo do crescimento persistir apesar de uma terapia clínica e nutricional adequada, a intervenção cirúrgica é recomendada antes do início da puberdade. Se esses pacientes não forem operados, a perda da estatura não poderá ser recuperada, uma vez que o crescimento é interrompido após o fechamento epifisário.¹²

As manifestações extra-intestinais afetam mais de um quarto dos pacientes com DC. Algumas delas estão associadas à doença intestinal e outras não. Normalmente, as manifestações cutâneas, oculares, e articulares periféricas estão relacionadas à inflamação no intestino. Por outro lado, a espondilite anquilosante e a colangite esclerosante primária seguem um curso independente da atividade da doença intestinal. Ocasionalmente, o tratamento cirúrgico da doença intestinal assintomática é necessária para controle sintomático das manifestações extra-intestinais.¹³

OPÇÕES CIRÚRGICAS

Várias técnicas cirúrgicas são utilizadas no tratamento cirúrgico da DC. Entre elas, temos a cirurgia de bypass interno, a ressecção intestinal e as estenoplastias. A cirurgia laparoscópica na DC continua evoluindo e o criticismo inicial tem sido vencido pelos resultados positivos, tanto cosméticos como de melhor recuperação pós-operatória quando comparada com a laparotomia.¹⁴ A doença na região ileocecal é a melhor indicação para a abordagem lapa-

roscópica onde a espécime cirúrgica pode ser exteriorizada através de um incisão abominal de 4 a 8cm. O índice de conversão para cirurgia aberta ainda é alto, variando de 17 a 40%, principalmente na presença de massas inflamatórias, abscessos intra-abdominais e fístulas. Portanto, a experiência do cirurgião e a adequada seleção dos pacientes são fundamentais no sucesso da abordagem laparoscópica na doença de Crohn.

BYPASS INTERNO

A estratégia cirúrgica do bypass tem sido abandonada devido ao risco de manter um segmento intestinal em atividade inflamatória e da degeneração maligna deste mesmo segmento. Entretanto, esta técnica ainda pode ser aplicada em raras circunstâncias especiais, como por exemplo quando se encontra uma massa inflamatória aderida aos vasos ilíacos e o retroperitônio, planejando uma ressecção definitiva meses depois. Nesses casos, a extermidade proximal do segmento intestinal excluído deve ser exteriorizado através da parede abdominal como uma fistula cutâneo-mucosa, permitindo a drenagem das secreções mucosas intestinais que poderiam levar à deiscência de sutura.

RESECÇÃO INTESTINAL SEGMENTAR

A ressecção de um segmento intestinal complicado pela doença é a opção mais utilizada na DC, especialmente envolvendo a região ileocecal. Mesmo que o paciente apresente outras áreas proximais acometidas pela doença que podem ser tratados com estenoplastia, o segmento ileal distal é tipicamente a região mais gravemente afetada e necessita ser ressecada. Nos pacientes com doença de intestino delgado isolada a ressecção é menos utilizada, mas, ainda assim, é realizada com mais frequência do que a estenoplastia isolada.

Após a ressecção, a anastomose pode ser confeccionada de várias maneiras: laterolateral, terminoterminal ou terminolateral. Alguns estudos retrospectivos sugerem que a anastomose laterolateral teria menos complicações e menor risco de recidiva pós-operatória, porém,

esse assunto ainda é controverso na literatura.¹⁵ Além disso, a anastomose pode ser contruída com suturas à mão ou grampeadas dependendo da preferência do cirurgião. Entretanto, em circunstâncias em que a borda proximal se encontra espessada devido a obstrução crônica, o grampeador cirúrgico deve ser evitado devido a dificuldade de fechamento dos grampos, podendo aumentar os riscos de sangramento ou deiscência de anastomose.

ESTENOPLASTIA

Na tentativa de evitar as consequências decorrentes das ressecções, tais como as síndromes disabsortivas e a síndrome do intestino curto, algumas técnicas poupadoras de comprimento intestinal foram desenvolvidas, estas chamadas de estenoplastias. Nos pacientes com múltiplas estenoses de intestino delgado, este pode ser conservado alargando cada área de estenose. As estenoplastias têm apresentado resultados seguros e efetivos no alívio dos sintomas obstructivos.¹⁶ Além disso, apesar do segmento doente permanecer, as medicações como os corticosteroides podem ser retiradas ou ter sua dose reduzida após esse procedimento. As preocupações com a cicatrização das linhas de sutura e a ocorrência de abscessos intra-abdominais e fistulas tem sido reduzidas com a seleção adequada dos pacientes submetidos à estenoplastia.

As principais indicações das estenoplastias são: envolvimento difuso do intestino delgado com múltiplas estenoses, estenose em pacientes com ressecções prévias de intestino delgado maiores que 100cm, recidiva precoce da DC com fenótipo obstructivo, estenose em pacientes com síndrome do intestino curto e estenoses fibróticas sem fleimão inflamatório associado.

As estenoplastias, entretanto, apresentam algumas contraindicações, tais como: perfuração intestinal, presença de fleimão inflamatório ou doença fistulizante no segmento acometido, múltiplas estenoses em um segmento curto, estenoses muito próximas a áreas de ressecção, estenoses de cólon e hipoalbuminemia (<2,0 g/dL).

As técnicas mais comumente empregadas são a estenoplastia de Weinburg ou Heineke-Mikulicz para estenoses curtas (<10cm), o método de Finney para as estenoses longas (entre 10-20cm), e a estenoplastia isoperistáltica latero-lateral para estenoses maiores do que 20cm.^{17,18}

COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

As complicações graves no período pós-operatório ocorrem em 10 a 20% dos pacientes, associadas a uma necessidade de reoperação na mesma internação variando de 4 a 8%. As complicações mais comuns são o abscesso intra-abdominal, infecção de ferida operatória, fistula entérica (que não deve ser confundido com recidiva da DC) e obstrução intestinal por íleo paralítico ou aderências cirúrgicas. As complicações mais graves ocorrem com mais frequência nos pacientes com abscessos ou fistulas intra-abdominais prévias, desnutrição grave e uso de altas doses de corticosteroides no pré-operatório.¹⁹

RECIDIVA PÓS-OPERATÓRIA

A recidiva da DC é vista como uma complicação, apesar da natureza da doença e das limitações do tratamento clínico e cirúrgico em provocar a cura. Alguns fatores têm sido associados à recidiva pós-cirúrgica, e entre elas podemos incluir a idade do início da doença, tabagismo, localização anatômica e fenótipo da doença, manifestações extra-intestinais, ressecções prévias e indicação cirúrgica. Entretanto, os dois únicos fatores consistentemente relacionados com um maior risco de recidiva são o tabagismo e a ausência de derivação fecal (ou presença de anastomose). Na tentativa de evitar a recidiva pós-operatória, a maioria dos pacientes, especialmente os de alto risco, mantém um tratamento clínico profilático com imunomoduladores e agentes biológicos anti-TNFa.²⁰

COLITE ISOLADA

A colite isolada é definida como doença acometendo qualquer área do reto ao ceco sem

envolvimento do intestino delgado. Pacientes com acometimento segmentar em menos de 2 segmentos do cólon podem ser tratados com ressecção segmentar e anastomose primária, poupando assim, o comprimento do intestino grosso.²¹ Pacientes com doença extensa, mas com o reto poupado são bons candidatos a colectomia total com anastomose íleo-retal. Já os casos com envolvimento retal e doença perianal grave associada são melhor tratados com a proctocolectomia total e ileostomia terminal definitiva.

DOENÇA PERIANAL

A DC pode atingir a região perianal em até 60-80% dos pacientes. O acometimento perianal pode se manifestar como fissura anal, plicomas aberrantes, úlceras, abscessos, fístulas perianais, fistulas ano-vaginais, estenoses de canal anal ou carcinoma. O exame clínico ambulatorial é frequentemente doloroso e nem sempre pode ser realizado. Na vigência de doença perianal, o paciente deve ser submetido a um exame sob anestesia no centro cirúrgico onde a real extensão e gravidade da doença podem ser acessados. Nos casos de dúvida, o exame pode ser complementado com métodos de imagem, tais como, a ressonância pélvica e o ultrassom endoanal. A cirurgia orifical com ressecção de plicomas, fissurectomias e fistulotomias devem ser evitadas devido ao risco de incontinência fecal e feridas extensas crônicas que não cicatrizam. Portanto, a doença perianal assintomática deve ser conduzida conservadoramente. Usualmente, a prioridade do tratamento cirúrgico é a drenagem da sepse perianal com debridamento, colocação de drenos e sedelhos não-cortantes associados a antibióticoterapia. Essas medidas, associadas ao tratamento clínico adequado, podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes de forma significativa.²² Nos casos de estenose, podemos realizar dilatações repetidas do canal anal sob anestesia, mas o risco de proctectomia e estoma definitivo está aumentado nesse grupo de pacientes. Devemos salientar que o objetivo principal e as expectativas do tratamento estão

voltados para o controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida e não para a cura da doença.²³

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico na DC é necessário naqueles pacientes que apresentam sintomas refratários a terapêutica clínica ou desenvolvem complicações agudas e crônicas. Após uma avaliação detalhada, o cirurgião define a estratégia e as técnicas cirúrgicas baseado nos múltiplos fatores pré-operatórios e nos achados intra-operatórios. A qualidade de vida dos pacientes normalmente retorna a níveis normais após a cirurgia especialmente se medidas profiláticas forem adotadas para reduzir a chance de recidiva da doença.

REFERÊNCIAS

1. Bernell O, Lapidus A, Hellers G. Risk factors for surgery and postoperative recurrence in crohn's disease. *Ann Surg*. 2000 Jan;231(1):38-45.
2. Michetti P, Mottet C, Juillerat P, et al. Severe and steroid-resistant Crohn's Disease. *Digestion*. 2005;71(1):19-25.
3. Travis SP, Stange EF, Lemann M, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of crohn's disease: Current management. *Gut*. 2006 Mar;55 Suppl 1:i16-35.
4. Iesalnieks I, Kilger A, Glass H, et al. Perforating crohn's ileitis: Delay of surgery is associated with inferior postoperative outcome. *Inflamm Bowel Dis*. 2010 Dec;16(12):2125-30.
5. Belaiche J, Louis E, D'Haens G, et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in crohn's disease: Characteristics of a unique series of 34 patients. *belgian IBD research group*. *Am J Gastroenterol*. 1999 Aug;94(8):2177-81.
6. Berg DF, Bahadursingh AM, Kaminski DL, et al. Acute surgical emergencies in inflammatory bowel disease. *Am J Surg*. 2002 Jul;184(1):45-51.
7. Poritz LS, Koltun WA. Percutaneous drainage and ileocelectomy for spontaneous intraabdominal abscess in crohn's disease. *J Gastrointest Surg*. 2007 Feb;11(2):204-8.
8. da Luz Moreira A, Stocchi L, Tan E, et al. Outcomes of crohn's disease presenting with abdominopelvic abscess. *Dis Colon Rectum*. 2009 May;52(5):906-12.

9. Vogel J, da Luz Moreira A, Baker M, et al. CT enterography for crohn's disease: Accurate preoperative diagnostic imaging. *Dis Colon Rectum*. 2007 Nov;50(11):1761-9.
10. Colombel JF, Solem CA, Sandborn WJ, et al. Quantitative measurement and visual assessment of ileal crohn's disease activity by computed tomography enterography: Correlation with endoscopic severity and C reactive protein. *Gut*. 2006 Nov;55(11):1561-7.
11. Kiran RP, Nisar PJ, Goldblum JR, et al. Dysplasia associated with crohn's colitis: Segmental colectomy or more extended resection? *Ann Surg*. 2012 Aug;256(2):221-6.
12. Motil KJ, Grand RJ, Davis-Kraft L, et al. Growth failure in children with inflammatory bowel disease: A prospective study. *Gastroenterology*. 1993 Sep;105(3):681-9.
13. Van Bodegraven AA, Pena AS. Treatment of extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2003 Jun;6(3):201-12.
14. Tan JJ, Tjandra JJ. Laparoscopic surgery for crohn's disease: A meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2007 May;50(5):576-85.
15. McLeod RS, Wolff BG, Ross S, et al. Recurrence of crohn's disease after ileocolic resection is not affected by anastomotic type: Results of a multicenter, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum*. 2009 May;52(5):919-27.
16. Tichansky D, Cagir B, Yoo E, et al. Strictureplasty for crohn's disease: Meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2000 Jul;43(7):911-9.
17. Michelassi F. Side-to-side isoperistaltic strictureplasty for multiple crohn's strictures. *Dis Colon Rectum*. 1996 Mar;39(3):345-9.
18. Ozuner G, Fazio VW, Lavery IC, et al. Reoperative rates for crohn's disease following strictureplasty. long-term analysis. *Dis Colon Rectum*. 1996 Nov;39(11):1199-203.
19. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MR. Risk factors for intra-abdominal sepsis after surgery in crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 2000 Aug;43(8):1141-5.
20. Schwartz M, Regueiro M. Prevention and treatment of postoperative crohn's disease recurrence: An update for a new decade. *Curr Gastroenterol Rep*. 2011 Feb;13(1):95-100.
21. Tekkis PP, Purkayastha S, Lanitis S, et al. A comparison of segmental vs subtotal/total colectomy for colonic crohn's disease: A meta-analysis. *Colorectal Dis*. 2006 Feb;8(2):82-90.
22. Regueiro M, Mardini H. Treatment of perianal fistulizing crohn's disease with infliximab alone or as an adjunct to exam under anesthesia with seton placement. *Inflamm Bowel Dis*. 2003 Mar;9(2):98-103.
23. Singh B, McC Mortensen NJ, Jewell DP, et al. Perianal crohn's disease. *Br J Surg*. 2004 Jul;91(7):801-14.

ABSTRACT

The aim of surgical treatment for Crohn's Disease (CD) is to improve symptoms while preserving intestinal length and function. The surgical indications are the following: failure of medical treatment and acute and chronic disease-related complications. Several surgical techniques are used to treat CD including bowel sparing resections and strictureplasty. Perianal disease can develop in a significant number of patients and the surgical treatment in these cases should be more conservative whenever possible. Postoperative prophylactic treatment can reduce the elevated recurrence rates in CD.

KEY WORDS: *Crohn's disease; Surgery; Complications; Perianal.*

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

ANA TERESA PUGAS CARVALHO

Professora Associada da Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva - HUPE-UERJ;

Chefe do ambulatório de DII - HUPE-UERJ;

Doutora em Clínica Médica - PGCM-FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

Av. Nossa Senhora de Copacabana 540-sala 808

Rio de Janeiro - RJ, CEP 22020-001

Telefone: 21 2255-1968; 21 2257-9208.

Email: atpugas@yahoo.com.br

ARTIGO 1: ETIOPATOGENIA DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

BARBARA C. ESBERARD

Médica da Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva - HUPE-UERJ;

Mestranda - PGCM-FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

R. Mariz e Barros, 288 - Niterói - RJ

Telefone: 55 21 2711-1061

E-mail: besberard@hotmail.com

ARTIGO 2: DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

MARIANA G. CABRAL

Médica Residente em Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

FLÁVIO ABBY

Médico do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal - HUPE-UERJ;

Titular em Endoscopia Digestiva pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED).

Endereço para correspondência:

Hospital Universitário Pedro Ernesto - Disciplina de Gastroenterologia /DII.

Boulevard 28 de setembro, 77, Vila Isabel

Rio de Janeiro - RJ

Telefone: 55 21 2868-8258

E-mail: marianagcabral@yahoo.com.br

ARTIGO 3: MANIFESTAÇÕES EXTRAIÑTESTIAIS DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

ANA BRAUNSTEIN GRINMAN

Médica do Serviço de Gastroenterologia
HFSE-RJ;

Chefe do Ambulatório de DII - HFSE-RJ;

Mestre em Gastroenterologia
PGCM-FCM - UERJ.

Endereço para correspondência:
E-mail: anagrinman@oi.com.br

ARTIGO 4: TRATAMENTO CONVENCIONAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

RENATA DE SÁ BRITO FRÓES

Mestranda - PGCM-FCM - UERJ.

Especialista em Gastroenterologia pela Federação
Brasileira de Gastroenterologia (FBG);

Especialista em Endoscopia Digestiva pela
Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
(SOBED).

Endereço para correspondência:
R. Jornalista Henrique Cordeiro 120, 1706, bl2
Barra da Tijuca. Rio de Janeiro - RJ. CEP 22631-450
Telefone: 55 21 9183-7070
E-mail: refroes@gmail.com

ARTIGO 5: TERAPIA BIOLÓGICA.

ANA TERESA PUGAS CARVALHO

(Vide Editorial).

ARTIGO 6: TRATAMENTO CIRÚRGICO NA RETOCOLITE ULCERATIVA.

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

Médico da Disciplina de Coloproctologia - HUPE-
UERJ;

Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Endereço para correspondência:
Praça Serzedelo Correa, 15/1007 - Copacabana
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22040-050
Telefone: 55 21 2547-0801
E-mail: andre luzmoreira@yahoo.com.br

ARTIGO 7: TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DOENÇA DE CROHN.

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

(Vide Artigo 6).

ARTIGO 8: TRATAMENTO NUTRICIONAL NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

CRISTINA F. DIESTEL

Nutricionista do Ambulatório de Doenças
Inflamatórias Intestinais da Disciplina de
Gastroenterologia - HUPE-UERJ;

Doutora em Fisiopatologia e Ciências Cirúrgicas -
UERJ.

MARIANA C. DOS SANTOS

Residente de Nutrição do Ambulatório de
Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de
Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

MARCELA D. ROMI

Residentes de Nutrição do Ambulatório de
Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de
Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua General Roca n.º 472/401 - Tijuca - RJ/RJ -
CEP 20521-070
Telefone: 55 21 8820-8858
E-mail: crisdiestel@hotmail.com

ARTIGO 9: INTER-RELAÇÃO ENTRE A PERIODONTITE E A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

JULIANA S. B. MENEGAT

Professora da Disciplina de Periodontia - FOUERJ;
Doutoranda em Periodontia - FOUERJ.

ROBERTA R. PEDREIRA

Oficial de Carreira Dentista - PMERJ;
Mestre em Periodontia - FOUERJ.

RICARDO G. FISCHER

Professor Titular da Disciplina de Periodontia -
FOUERJ;
Vice-Diretor - FOUERJ;
Doutor em Periodontia - FOUERJ.

CARLOS MARCELO S. FIGUEREDO

Procientista - UERJ.
Pesquisador do Departamento de Periodontia do
Instituto Karolinska (Estocolmo)
Doutor em Periodontia - FOUERJ.

Endereço para correspondência:
Faculdade de Odontologia Universidade do Estado
do Rio de Janeiro.
Av. Boulevard 28 de setembro, 157 – Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-530
Telefone: 21 2587-6382 / 9996-5530
E-mail: jmenegat@hotmail.com

ARTIGO 10: CASO CLÍNICO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

ANDRÉ DA LUZ MOREIRA

(Vide Artigo 6).

FOTOS DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DII DO HUPE-UERJ.

ANA TERESA PUGAS CARVALHO

(Vide Editorial).