

# TRATAMENTO NUTRICIONAL NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

---

CRISTINA F. DIESTEL  
MARIANA C. DOS SANTOS  
MARCELA D. ROMI

---

## RESUMO

Tanto a retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) quanto a doença de Crohn (DC) cursam com importantes alterações no estado nutricional (EN). A terapia nutricional na vigência das doenças inflamatórias intestinais (DII) tem como objetivo o controle dos sintomas, a prevenção e a correção da desnutrição e das diversas deficiências nutricionais e a redução das sequelas em longo prazo, incluindo o déficit de crescimento em crianças e a osteoporose em adultos.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Estado nutricional; Dietoterapia; Nutrição; Doença inflamatória intestinal.*

## INTRODUÇÃO

A etiologia das DII está relacionada a aspectos genéticos, imunológicos e ambientais. Dentre os aspectos ambientais, encontram-se os fatores dietéticos e, sugere-se que, dietas com baixo teor de fibras e altos conteúdos de açúcar, gordura animal,<sup>1</sup> gorduras totais, ácidos graxos poliinsaturados ômega-6 e carnes, podem constituir fatores de risco para estas doenças.<sup>2</sup> Propõe-se também que o consumo de sucos, frutas cítricas e vegetais poderia reduzir o risco de desenvolvimento tanto de DC quanto de RCUI.<sup>3</sup> Além disso, indica-se que o aleitamento materno pode prevenir a ocorrência de DII, da mesma maneira que previne outras doenças mediadas imunologicamente como a asma, a dermatite atópica, a rinite alérgica, entre outras.<sup>4,5</sup> Porém, a respeito destes aspectos, estudos mais conclusivos ainda são necessários.

A terapia nutricional na vigência das DII tem como objetivo o controle dos sintomas, a prevenção e a correção da desnutrição e das diversas deficiências nutricionais<sup>6</sup> e a redução

das sequelas em longo prazo, incluindo o déficit de crescimento em crianças e a osteoporose em adultos.<sup>7</sup> Estudos recentes têm sugerido também, que alguns nutrientes podem estar envolvidos na modulação da resposta imune como os probióticos<sup>8,9</sup> e os ácidos graxos ômega 3.<sup>10</sup>

## ORIENTAÇÕES DIETÉTICAS SEGUNDO A FASE DE ATIVIDADE DE DOENÇA

### FASE ATIVA DA DOENÇA

Nesta fase é importante que a alimentação auxilie no controle dos sintomas como diarreia, dor abdominal, distensão e previna ou reverta a perda de peso através do uso de suplementos nutricionais adequados. A dieta deve ser hipercalórica, pelo aumento das necessidades energéticas em decorrência da inflamação (30 a 35 kcal/kg/dia), hiperprotéica (1,5 a 2,0g/kg/dia), hipolipídica (menos de 20% das calorias totais) e normoglicídica com restrição de carboidratos simples e alimentos que causam flatulência. O teor de fibras insolúveis e resíduos (lactose, por exemplo) deve ser restrito e a alimentação deve ser fracionada em seis a oito refeições ao dia, contendo pouco volume.<sup>11</sup> As orientações dietéticas podem ser observadas na tabela 1.

### FASE DE REMISSÃO DA DOENÇA

Com a melhora clínica do paciente e o início da fase de remissão, podem ser incluídos os carboidratos simples como a sacarose (em quantidade moderada) e a lactose (progressivamente, caso não exista intolerância), deve-se aumentar gradativamente o conteúdo de fibras totais e insolúveis da dieta, mantendo-se moderado o teor de gordura (especialmente de ácidos graxos poliinsaturados ômega-6). As calorias devem ser adequadas ao estado nutricional do paciente.<sup>11</sup> As orientações dietéticas podem ser observadas na tabela 1.

### NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

A via oral é a primeira escolha para administração de dieta nos pacientes com DII. Em

princípio, cogitar-se-á o uso de nutrição enteral, quando o paciente apresentar necessidades calórico-protéicas aumentadas que não podem ser alcançadas com a via oral mesmo quando associam-se suplementos nutricionais.

Adicionalmente, diversos estudos sugerem um papel terapêutico da nutrição enteral exclusiva na DC.<sup>6,12,13</sup> Os mecanismos de ação da nutrição enteral exclusiva em reduzir a atividade da doença não são bem conhecidos, mas tem sido sugerido que ela poderia atuar na modulação dos mecanismos de defesa imunológica<sup>13</sup> e alterar positivamente o perfil de citocinas da mucosa intestinal,<sup>12</sup> reduzir a estimulação antigênica, além de fornecer nutrientes para proporcionar reparação tecidual e manutenção do estado nutricional.<sup>14</sup> Os benefícios decorrentes do uso da nutrição enteral estão diretamente relacionados com a localização da doença, sua extensão e gravidade. Portanto, ela pode ser indicada com este objetivo para pacientes portadores de DC com intestino delgado afetado.<sup>14</sup>

Ao comparar o uso de nutrição enteral exclusiva e corticosteroides no tratamento de adultos com DC em atividade, observou-se menor eficácia da nutrição enteral exclusiva.<sup>15,16</sup> Sendo assim, embora o suporte nutricional enteral possua efeito terapêutico, não é a primeira opção de escolha para esta faixa etária, pois a eficácia não se iguala à do tratamento com corticosteroides. Porém, em pediatria, há maior razão para evitar-se o uso de corticosteroides, pois seus efeitos adversos, especialmente no crescimento e na densidade mineral óssea, podem tornar a terapia com nutrição enteral exclusiva uma escolha justificável, mesmo que a resposta seja ligeiramente inferior aos corticosteroides na indução da remissão em curto prazo.<sup>14</sup> Entretanto, não existe ainda um consenso neste sentido.

Na literatura não há orientação específica sobre a escolha do tipo de fórmula enteral a ser utilizada. As fórmulas elementares parecem mais propensas a provocar diarreia osmótica em pacientes com DII e por isso uma dieta polimérica padrão seria recomendada.<sup>14</sup>

O uso de nutrição parenteral deve ser con-

**Tabela 1: Alimentos recomendados e evitados nas DIIs de acordo com a atividade da doença**

GRUPOS ALIMENTARES	FASE ATIVA		FASE REMISSÃO	
	Consumir	Evitar	Consumir	Evitar
Vegetais	Cenoura, chuchu, abóbora, batatas, aipim, inhame. Todos sem casca e cozidos.	Todos os outros, principalmente os verdes crus ou cozidos.	Todos.	Os que ↑ flatulência, se o paciente não tolerar.
Leguminosas	Caldos.	Grãos.	Todos.	Colocar carnes, bacon e lingüiças como temperos
Frutas	Banana, maçã e pêra sem casca, goiaba e pêssego sem casca e sem caroços.	Todas as outras, inclusive as secas.	Todas.	Evitar excessos de açaí e coco.
Cereais	Branco ou refinados.	Integrais.	Todos.	Nenhum, em princípio.
Leite e derivados	Leites de soja light, iogurte de soja light, Leites baixo teor de lactose desnatados ou semi-desnatados e queijos brancos magros (avaliar tolerância).	Leite de vaca comum integral, iogurte comum queijos amarelos.	Todos os desnatados ou lights.	Evitar excessos dos gordurosos. Pode-se restringir lactose se intolerância ou flatulência excessiva.
Gorduras	Margarinas light/ Creme vegetal, azeite e óleo vegetal em pouca quantidade – preferir assar, grelhar ou cozinhar os alimentos.	Excessos	Todos	Excessos de gorduras e frituras.
Carnes e Ovos	Carnes magras, frango sem pele, peixe (filé), ovo (gema – 03 vezes na semana), blanquet de peru light.	Carnes gordas, lingüiças, defumados, vísceras, embutidos, frutos do mar.	Todos	Ingerir os muito gordurosos com moderação.
Açúcar e doces	Adoçantes e gelatina diet.	Açúcar, mel, melado.	Todos	Excessos
Temperos	Alho, cebola, sal e ervas naturais em pouca quantidade, molho de tomate feito em casa (sem pele e sem semente) ou polpa de tomate.	Pimenta, tempero prontos, mostarda, catchup, shoyu, molho de tomates pronto.	Alho, cebola sal e ervas naturais em maior quantidade.	Pimenta, tempero prontos, mostarda, catchup, shoyu.

siderado apenas nos casos em que o suporte nutricional esteja contraindicado ou não tenha obtido sucesso,<sup>13</sup> ou seja, se houver presença de obstrução no intestino curto, fistulas de intestino com alto débito, além de outras situações clínicas que devem ser avaliadas individualmente.<sup>6</sup>

## ORIENTAÇÕES DIETÉTICAS SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DA DOENÇA

### ESTENOSES E FÍSTULAS NA DC

Os pacientes portadores de estenoses devem seguir dieta similar à da fase ativa da doença, independente se com ou sem atividade, considerando-se que este esquema alimentar permite a formação de um bolo fecal menor e evita a flatulência, prevenindo a distensão abdominal, náuseas, vômitos e possíveis episódios de suboclusão intestinal. Pacientes com peristalse

acelerada e distensão abdominal acentuada podem necessitar de uma dieta líquida sem resíduos até a melhora dos sintomas, quando então, a dieta deve ter a sua consistência gradativamente normalizada. Adicionalmente, na presença de estenoses pode ocorrer hiperproliferação bacteriana, levando à má absorção devido à utilização bacteriana de nutrientes, efeitos tóxicos dos ácidos biliares desconjugados e alterações ou exacerbação do processo inflamatório do intestino pelos ácidos biliares desconjugados ou outros metabólitos tóxicos.<sup>11</sup>

Na existência de fístulas enterocutâneas, torna-se necessária uma avaliação individualizada. Normalmente, as fístulas baixas de reto ou cólon distal são tratadas com dieta oral com baixo teor de resíduos e fibras ou dieta enteral elementar.<sup>17</sup> As fístulas de baixo débito do cólon proximal e íleo terminal tendem a ser tratadas com dieta elementar de alta absorção, ficando a dieta oral suspensa.<sup>17</sup> É necessário verificar a eficácia da terapia nutricional empregada de forma associada ao tratamento clínico, no que se refere a redução do débito fistuloso. Se o débito permanecer elevado, está indicada a nutrição parenteral total.<sup>17</sup>

## INTOLERÂNCIA À LACTOSE NAS DII

Na fase ativa da doença, é necessária a restrição de lactose, pois apesar de o leite não possuir fibras, produz alto teor de resíduos intestinais através da fermentação bacteriana da lactose.<sup>18</sup> A quantidade de lactase na borda em escova diminui pela lesão celular e a presença de diarreia exacerba as perdas de lactase intestinal.<sup>18</sup> A presença na luz intestinal de lactose não digerida pode causar diarreia osmótica, que pode exacerbar o processo diarréico de origem exsudativa.

Ao se iniciar a fase de remissão da doença, pode ser introduzida gradativamente a lactose, desde que observada a sua tolerância.<sup>18</sup>

A suspeita de intolerância à lactose deve ser sempre investigada por meio de testes diagnósticos de confirmação e/ou dieta de exclusão,

pois produtos lácteos são fontes importantes de proteína e de cálcio e não devem ser arbitrariamente excluídos da alimentação. A intolerância à lactose ocorre predominantemente em pacientes com DC.<sup>19</sup>

A ingestão de derivados do leite que possuem menor teor de lactose do que o mesmo como o iogurte (que tem sua digestão facilitada ainda pela presença de  $\beta$ -galactosidase na cultura bacteriana) e os queijos brancos, pode ser tolerada, pois 6 a 12 gramas de lactose podem ser digeridos e absorvidos sem gerar sintomas adversos na maioria dos pacientes com intolerância à lactose.<sup>20</sup>

No tratamento deste pacientes, pode ser empregada dieta com produtos lácteos de baixo teor de lactose e, se necessária, suplementação com a enzima lactase em cápsulas, que auxiliará a digestão de refeições contendo leite e derivados.

## MICRONUTRIENTES

Na vigência de uma dieta restrita como ocorre nos períodos de atividade de doença é importante à suplementação de multivitamínicos e minerais para que sejam atingidas as necessidades diárias, que estão aumentadas neste período.<sup>11,21</sup>

A anemia atinge aproximadamente 60-80% dos pacientes com DC e 66% dos pacientes com RCUI, além de ocorrerem deficiências de vitaminas (especialmente D, B12 e ácido fólico) e oligoelementos (especialmente magnésio, potássio e ferro), situações que necessitam de adequado tratamento.<sup>21</sup>

A deficiência de vitamina B12 é comum em pacientes com DC.<sup>22</sup> O envolvimento inflamatório do íleo pode induzir à má absorção de vitamina B12,<sup>22</sup> o supercrescimento bacteriano pode levar a uma má absorção secundária desta vitamina<sup>21</sup> e a deficiência também pode ser advinda de ressecção ileal.<sup>23</sup> Sugere-se que a repleção possa ser alcançada com êxito com dose de 500 $\mu$ g de vitamina B12 sublingual,<sup>24</sup> além do uso tradicional de vitamina B12 intramuscular na dose de 100-1000  $\mu$ g uma vez ao mês.<sup>22</sup>

A deficiência de ácido fólico pode ocorrer em pacientes em uso de sulfassalazina, sendo sempre indicado, nestes pacientes, a suplementação concomitante de pelo menos 01 mg/dia.<sup>25</sup>

Devido ao uso de corticoides, ao baixo consumo de produtos lácteos, à má absorção e à inflamação sistêmica, recomenda-se suplementar cálcio para atingir uma ingestão diária de 1,5g/dia<sup>6</sup> e, se necessário, a vitamina D também deve ser suplementada na dose de 400 a 1000 UI,<sup>6,22</sup> pois há um risco aumentado de osteopenia e osteoporose nesta população.<sup>26</sup>

Na vigência de diarreia, esteatorreia e hiperproliferação bacteriana podem ocorrer perdas de cobre, magnésio, zinco, fósforo e cálcio e, na esteatorreia, também, má absorção de vitaminas lipossolúveis.<sup>22</sup> O zinco é fundamental para a cicatrização de feridas e sua deficiência pode ocorrer em pacientes com fístulas persistentes, sendo o tratamento sulfato de zinco 30-150mg/dia.<sup>22</sup>

### ÁCIDOS GRAXOS ÔMEGA 3

Esse ácido graxo essencial possui um efeito imunomodulador potente que parece ser mediado pela sua atuação na síntese de eicosanoides e por um efeito inibitório eicosanoide-independente da citocina pró-inflamatória interleucina 1 (IL-1).<sup>10</sup> Desta maneira, tem sido proposto que o uso desse ácido graxo suplementar pode ser benéfico no tratamento das DII e na manutenção da remissão.<sup>10</sup>

Os estudos com a suplementação deste nutriente são controversos, com respostas clínicas variadas em função da dose, fonte e tipo de ácido graxo ômega 3 utilizado.<sup>27</sup> Esses estudos também não descrevem a relação de ácidos graxos ômega 3/ômega 6 ingeridos na alimentação combinada com a suplementação, pois este último tem ação potente pró-inflamatória e alguns efeitos atribuídos à suplementação dos ácidos graxos ômega 3 podem, talvez, serem observados com a diminuição dos ácidos graxos ômega 6 na dieta.<sup>10</sup>

Na literatura, pode ser verificado que a dose suplementar do ácido graxo ômega 3 eicosapentaenoico (EPA) ou mista (óleo de peixe

que contém EPA + ácido docosahexaenoico – DHA) varia muito (3 a 15 g/dia ou 10-20 ml/dia) nos diversos estudos.<sup>10</sup> Belluzi e cols (1996) obtiveram bons resultados com o uso de 2,7 g/dia (nove cápsulas de óleo de peixe) de ácidos graxos ômega 3 na manutenção da remissão em pacientes com DC,<sup>28</sup> porém essa suplementação não é rotineiramente recomendada, pois ainda não foram demonstrados benefícios clínicos evidentes.<sup>26</sup> Adicionalmente, altas doses desse nutriente estão associadas a problemas com paladar inadequado, halitose e outros efeitos colaterais gastrointestinais.<sup>6</sup>

### PROBIÓTICOS

Numerosas alterações na microbiota intestinal de pacientes com DII com ou sem atividade, foram descritas como alta concentração de bactérias e aumento do número de coliformes e bacteroides, além da diminuição do número de lactobacilus.<sup>29</sup>

A manipulação da microbiota usando antibióticos é uma estratégia terapêutica comum e, recentemente, alguns estudos têm demonstrado resultados promissores (ainda não conclusivos) com o uso dos probióticos.<sup>8</sup> Os probióticos são microorganismos vivos capazes de promover equilíbrio da flora intestinal se utilizados em quantidades suficientes (geralmente bilhões de unidades formadoras de colônias, pois há perda de bactérias no estômago devido à acidez e no intestino, devido às secreções biliares e pancreáticas).

O efeito benéfico dos probióticos nas DII está, possivelmente, relacionado à redução de proliferação de bactérias patogênicas, tornando o ambiente intestinal menos antigênico, levando à diminuição das citocinas pró-inflamatórias, incremento de citocinas anti-inflamatórias, normalização da permeabilidade intestinal<sup>30</sup> e modulação da resposta imune do epitélio intestinal.<sup>31</sup>

Desta maneira, estudos vêm sendo realizadas acerca de sua ação na manutenção da remissão e no tratamento das DII ativas. O uso de probióticos é recomendado para prevenção

das bolsites após sua remissão com antibióticos, mas não no tratamento da doença ativa.<sup>9</sup> Com relação à DC e à RCUI, os resultados ainda são controversos e maiores pesquisas são necessárias a fim de determinar a real eficácia, dose, duração de uso, utilização de cepas bacterianas probióticas únicas ou misturas e o uso concomitante de antibióticos.<sup>9</sup>

## CONCLUSÃO

Assim, a conduta dietética mais adequada nas DII requer atenção aos aspectos nutricionais relacionados ao diagnóstico inicial e as medidas terapêuticas instituídas e é de fundamental importância tanto na fase de remissão, quanto na de atividade de doença.

## REFERÊNCIAS

- Mahmud N, Weir DG. The urban diet and Crohn's Disease: is there a relationship? *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2001;13(2):93-95.
- Hou JK, Abraham B, El-Serag H. Dietary Intake and Risk of Developing Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review of the Literature. *Am J Gastroenterol.* 2011;106(4):563-73.
- Kasper H, Sommer H. Dietary fiber and nutrient intake in Crohn's disease. *Am J Clin Nutr.* 1979; 32: 1898-1901.
- Klement E, Cohen RV, Boxman J, et al. Breastfeeding and the risk of inflammatory bowel disease: a systemic review with meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2004; 80: 1342-52.
- Barclay AR, Russell RK, Wilson ML, et al. Systematic Review: The Role of Breastfeeding in the Development of Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *J Pediatr.* 2009; 155(3):421-6.
- Goh J, O'Morain CA. Review article: nutrition and adult inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:307-320.
- O'Sullivan M, O' Morain C. Nutrition in inflammatory bowel disease. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2006;20(3):561-73.
- Thompson-Chagoyán OC, Maldonado J, Gil A. Aetiology of inflammatory bowel disease (IBD): Role of intestinal microbiota and gut-associated lymphoid tissue immune response. *Clin Nutri.* 2005;24:339-352.
- Rioux KP & Fedorak RN. Probiotics in the Treatment of Inflammatory Bowel Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40(3):260-3.
- MacLean CH, Mojica WA, Newberry SJ, et al. Systematic review of the effects of n-3 fatty acids in inflammatory bowel disease. *Am J Clin Nutr.* 2005;82:611-9.
- Pinto Júnior PE, Habr-Gama A, Teixeira MG. Moléstia Inflamatória Intestinal. In: Waitzber DL (ed). *Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica.* 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p.1361-1370.
- Bannerjee K, Camacho-Hübner C, Babinska K, et al. Antiinflammatory and growth-stimulating effects precede nutritional restitution during enteral feeding in Crohn disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004;38:270-5.
- Lucendo A.J. & De Rezende L.C. Importance of nutrition in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2009;15(17):2081-8.
- Forbes A, Goldesgeymer E, Paulon E. Nutrition in Inflammatory Bowel Disease. *J Parenter Enteral Nutr,* 2011;35(5):571-80.
- Fernández-Banares F, Cabré E, Esteve-Comas M, et al. How effective is enteral nutrition in inducing clinical remission in active Crohn's disease? A meta-analysis of the randomized clinical trials. *J Parenter Enteral Nutr.* 1995;19(5): 356-64.
- Zachos M, Tondeur M, Griffiths AM. Enteral nutritional therapy for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD000542.
- Lisboa FF, Dantas SJ, Lisboa Júnior. Fístulas Digestivas. In: Waitzberg DL (ed). *Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica.* 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p.1347-1360.
- Müller SD. Nutrition in inflammatory bowel disease. Freiburg: Falk Foundation. 2003. 56 p.
- Mishkin S. Dairy sensitivity, lactose malabsorption, and elimination diets in inflammatory bowel disease. *Am J Clin Nutr.* 1997; 65:564-7.
- Johnson AO, Semenya JG, Buchowski MS, et al. Adaptation of lactose maldigestors to continued milk intakes. *Am J Clin Nutr.* 1993;58(6):879-81.
- Lochs H. Basics in Clinical Nutrition: Nutritional support in inflammatory bowel disease. *e-SPEN, European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism.* 2010;5(2):e100-e103.
- Karp SM & Koch TR. Micronutrient Supplements in Inflammatory Bowel Disease. *Dis Mon* 2006;52:211-20
- Perez Tárrago C, Puebla Maestu A, Miján de la Torre A. Tratamiento nutricional en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Nutr Hosp* 2008;23(5):417-27.
- Sharabi A, Cohen E, Sulkes J, et al. Replacement

- therapy for vitamin B12 deficiency: comparison between the sublingual and oral route. *Br J Clin Pharmacol.* 2003;56(6):635-8.
25. Yakut M, Ustün Y, Kabaçam G, et al. Serum vitamin B12 and folate status in patients with inflammatory bowel diseases. *Eur J Intern Med.* 2010;21(4):320-3.
26. Lochs H, Dejong C, Hammarqvist F, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Gastroenterology. *Clin Nutr.* 2006;25:260-74.
27. Stenson WF, Cort D, Rodgers J, et al. Dietary supplementation with fish oil in ulcerative colitis. *Ann Intern Med.* 1992; 116:138-141.
28. Belluzi A, Brignola C, Campieri M, et al. Effect of an enteric-coated fish oil preparation on relapses in inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* 1996; 334:1557-60.
29. Kennedy RJ, Kirk SJ, Gardiner KR. Promotion for a favorable gut flora in inflammatory bowel disease. *J Parenter Enteral Nutr.* 2000; 24:189-95.
30. Seksik P & Marteau P. Probiotics in inflammatory bowel disease: controlled trials and perspectives. *Therapy.* 2004;59(1):83-7.
31. Bai AP & Ouyang Q. Probiotics and inflammatory bowel disease. *Postgrad Med J.* 2006;82:376-382

## ABSTRACT

Ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD) courses with important changes in nutritional status (NS). The nutrition therapy purposes in Inflammatory Bowel Disease (IBD) are the control of the symptoms, the prevention and treatment of undernutrition and the several nutrition deficiencies and reduction of consequences at long term, such as growth retard in children and osteoporosis in adults.

KEY WORDS: *Nutritional status; Diet therapy; Nutrition; Inflammatory Bowel Disease.*

# 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 EXTRAIESTIAIS 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).