

DOENÇA CELÍACA

Anderson Costa Sobrinho¹, Daniela Yasmin Machado¹, Danilo Guaiumi Nogueira¹, Gustavo Oliveira Lopes¹, Márcia Regina Terra².

RESUMO

Alguns alimentos como trigo, aveia, centeio, malte e cevada possuem uma proteína chamada glúten essa substância contém nove aminoácidos essenciais são ricos em carboidratos que são fonte de energia. A doença celíaca é caracterizada pela intolerância ao glúten que leva a uma inflamação na mucosa do intestino delgado, os sintomas da doença podem ser alguma manifestação intestinal ou causados pela má absorção de nutrientes, pode ocorrer perda de peso, diarreia crônica e distensão abdominal em crianças pode ocorrer falta de crescimento. São frequentes as deficiências nutricionais, pode se desenvolver anemia devido à falta de absorção de ferro e ácido fólico, na doença celíaca do adulto pode ocorrer perda de memória e ataxia. Existem alguns exames laboratoriais que ajudam a diagnosticar a doença como a contagem de anticorpos que medem a dosagem deles no organismo, podem ser realizados alguns testes de absorção de açúcar e gordura no intestino mas só pode confirmar a doença com a biópsia.

Palavras Chave: Doença Celíaca, Intolerância ao Glúten, Glúten.

ABSTRACT

Some foods like wheat, oats, rye, malt and barley have a protein called gluten that substance contains nine amino acids essences are rich in carbohydrates that are source of energy. Celiac disease is characterized by gluten intolerance leading to inflammation in the mucosa of the small intestine, symptoms of the disease being some intestinal manifestation or caused by malabsorption of nutrients, weight loss, chronic diarrhea and abdominal distension in children may lack growth. Nutritional deficiencies are frequent, anemia can develop due to lack of absorption of iron and folic acid; in adult celiac disease, memory loss and ataxia may occur. There are some laboratory tests that help diagnose the disease such as counting antibodies that measure their dosage in the body, some tests of sugar and fat absorption in the intestine can be performed but can only confirm the disease with the biopsy.

Key Words: Celiac disease, Gluten Intolerance, Gluten

1. Discente do Curso de Farmácia do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL

2. Docente do Curso de Bacharel em Farmácia e Bioquímica do Instituto de Ensino Superior de Londrina - INESUL. Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL, Londrina, Paraná, Brasil. Avenida Duque de Caxias, 1290, Jardim Nova Londres, Londrina, Paraná, Brasil. CEP: 86015-000. Email: gustavo.punks@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O glúten é uma proteína encontrada em alimentos como trigo, centeio, malte, aveia e cevada. Alguns benefícios do glúten são: possuem nove aminoácidos considerados essenciais, são ricos em carboidratos que nos fornecem energia e são uma excelente maneira de regular o apetite como as atividades do intestino.

A Doença Celíaca (DC) é uma doença que ocorre geralmente em crianças de 1 à 3 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade em indivíduos geneticamente susceptíveis. A DC é caracterizada pela intolerância ao glúten que leva a uma inflamação da mucosa do intestino delgado e conseqüentemente apresenta manifestações clínicas e má absorção dos alimentos ingeridos devido a atrofia das vilosidades intestinais (FENACELBRA 2016).

A mortalidade por DC é aproximadamente duas vezes maior que a mortalidade por outras causas da população geral, com um aumento que acontece predominantemente no primeiro ano depois do diagnóstico da doença. As mortes são principalmente devido às malignidades intestinais (DO NASCIMENTO, TAKEITI & BARBOSA 2012).

O diagnóstico da DC é desafiador, pois as suas formas clínicas vêm se modificando e, cada vez mais, são latentes ou assintomáticas. Portanto, percebê-las exige o envolvimento não somente do gastroenterologista, mas também de vários outros profissionais da saúde (GUEVARA, 2002).

O objetivo desse trabalho é informar e conscientizar os profissionais da saúde em geral tanto quanto os portadores da doença sobre seus sintomas, diagnóstico, tratamento e os riscos advindos da falta de tratamento desta doença.

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica. Para tanto, foi realizada buscas em bancos de dados bibliográficos nos últimos 10 anos, para identificar artigos relevantes para o estudo incluindo Pubmed, Scielo, Lilacs e Google Acadêmico, usando-se como descritores: doença celíaca, intolerância ao glúten, glúten.

3.DESENVOLVIMENTO

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA DOENÇA CELÍACA

No século II, um grego, Aretaeus da Capadócia descreveu doentes com um determinado tipo de diarreia, usando a palavra "Koiliakos" (aqueles que sofrem do intestino). Tudo leva a crer que já naquela época ele se referia àquela doença que em 1888, Samuel Gee, um médico pesquisador inglês descreveu em detalhes, achando que as farinhas poderiam ser as causadoras da moléstia. Gee designou-a por "afecção celíaca", aproveitando o termo grego, e, em seus escritos previa com grande intuição que "... controlar a alimentação é parte principal do tratamento ... a ingestão de farináceos deve ser reduzida ... e se o doente pode ser curado, há de sê-lo através da dieta ..." (ACELBRA 2004)

3.2 Fisiopatologia

A Doença Celíaca é causada pela sensibilidade à gliadina constituinte do glúten. Através de um diagrama mostrando os diferentes estágios da doença celíaca, é possível concluir que a doença celíaca seja causada pela ativação da resposta imune celular (células-T) e humoral (células-B) em resposta à exposição ao glúten em pessoa geneticamente susceptível. Apesar de ser frequentemente chamada de alergia ao glúten, a doença celíaca não é causada por processo alérgico, mas auto-imune. O passo crucial parece ser a alteração dos peptídeos da gliadina pela trans glutaminase tissular dos tecidos; estes peptídeos alterados vão ser apresentados aos receptores das células 'T' intestinais e reconhecidos como estranhos, estimulando uma resposta imunitária. A lesão característica da doença celíaca atrofia a mucosa do intestino delgado, levando ao prejuízo na absorção dos nutrientes, vitaminas, sais minerais e água. A lesão intestinal inicia-se com um aumento do infiltrado linfocitário, seguido de hiperplasia das células das criptas e atrofia das micro vilosidades, e conduz à

libertação de cito quininas inflamatórias onde causam dano tecidual na mucosa e ativam as células plasmáticas para produzir anticorpos contra a gliadina, a trans glutaminas e o endomísio.(ORDEM DOS FARMACEUTICOS 2008).

3.3Prevenção

Não há como prevenir a doença celíaca, pois ela ocorre geralmente em quem tem pré disposição genética, há somente o tratamento a base de uma dieta com a ausência total do Glúten (FENACELBRA 2016).

3.4Diagnóstico

O diagnóstico clínico pode ser realizado baseado nos sinais e sintomas da doença dividem-se entre manifestações intestinais e sintomas causados pela mal absorção. No entanto, muitos doentes, particularmente os que manifestam a doença na idade adulta, têm sintomas mínimos ou atípicos. Os sinais que classicamente sugerem o diagnóstico de doença celíaca são distensão abdominal, diarreia crônica e perda de peso (GASBARRINI, 2000). Em crianças com idade inferior a 2 anos, é possível uma forma mais agressiva da doença e podem ocorrer diarreia crônica, atraso de crescimento, distensão abdominal e vômitos. Esta apresentação clínica é hoje menos comum e os doentes em idade pediátrica tendem a manifestar a doença numa idade mais tardia, cerca dos 4 anos, com predomínio de manifestações mais subtis, tais como baixa estatura e perda de apetite. Os sintomas do foro intestinal podem estar ausentes em adultos com a doença.

Em casos clínicos com manifestações típicas da doença, são frequentes a ulceração oral, a dispepsia e alterações do esmalte dentário, as quais podem ser a única forma de manifestação da doença. São frequentes as deficiências nutricionais sub clínicas e a densidade mineral óssea pode estar alterada, mesmo na infância (MORA et al., 2001). Poderá estabelecer-se um grande espectro de mal absorção, incluindo anemia devido à deficiência de ferro ou de ácido fólico e, menos frequentemente, de cobalamina. A quantidade de cálcio sérico e das vitaminas lipossolúveis D e, menos frequentemente, K podem ser baixos As alterações neurológicas são frequentes na doença do adulto e incluem a presença de neuropatia periférica, perdas de memória e ataxia. (COLLIN et al., 2002).

Podem ocorrer alterações no sistema reprodutor; na mulher encontram-se perturbações específicas, tais como menarca tardia, amenorréia, menopausa precoce e, eventualmente, infertilidade; no homem, a impotência sexual, diminuição da atividade sexual e alterações morfológicas e funcionais. Após a demonstração de que estas lesões poderiam ser manifestações de intolerância da pele ao glúten, considera-se hoje que esta entidade constituirá uma manifestação da doença celíaca e não uma doença associada. Suspeita-se que a doença celíaca não tratada possa estar relacionada com complicações neoplásicas a longo prazo, como sejam o carcinoma esofágico de células escamosas, adenocarcinoma do delgado e, eventualmente, o linfoma de células T enteropático. Meios complementares de diagnóstico

Na doença celíaca encontram-se frequentemente alterações analíticas, sendo as mais usuais os níveis baixos de hemoglobina, albumina, cálcio e potássio, relacionadas com a mal absorção da doença. No que se refere ao diagnóstico laboratorial conjunto de exames clínicos, como a consequência de anticorpos antigliadina, antiendomísio e antitransglutaminase tecidual que nos diz a medida de anticorpos. Visto que, podem ser realizado testes de absorção intestinal do açúcar e da gordura que avaliará a absorção de D.Xilose e a quantidade de gordura encontrada nas fezes. Portanto, apenas depois da biópsia do intestino delgado (BID) é que é confirmada a presença da doença. São realizados exames especializados para avaliar a absorção da d-xilose e quantidade de gordura no bolo fecal, assim como a quantidade de anticorpos an tigliadina, ant endomíseo, e ant transglutaminase, porém, é absolutamente necessário a realização da Biopsia do Intestino Delgado, para estabelecer a análise da Doença, a qual deve ser obtida, preferencialmente, da junção duodeno-jejunal.

As amostras podem ser obtidas utilizando-se cápsula Peri oral, conhecida como cápsula de Watson ou Crosby- Kugler, que é acoplada a uma sonda ou pinça durante o processo de endoscopia digestiva alta. Em ambos os casos é importante o envolvimento de profissionais habituados com o diagnóstico da Doença, tanto para a obtenção dos fragmentos intestinais como para sua avaliação. Conjunto de exames clínicos, Assim como a presença de anticorpos antigliadina, antiendomísio e antitransglutaminase tecidual que apontam a quantidade de anticorpos. Além disso, pode se realizar testes de absorção intestinal de açúcar e gordura que medem a absorção da D.Xilose e a quantidade de gordura nas fezes. Portanto, apenas a biópsia do intestino delgado que se confirma a doença. Os exames que podem ser realizados para o diagnóstico da doença celíaca são: Anticorpos Anti-Transglutaminase IgG, IgM e IgA A Transglutaminase tecidual (tTG) vem sendo comprovada como o principal

auto-antígeno da doença. A tTG esta presente a varias famílias de enzimas pertencente ao cálcio que estimulam a produção de proteínas. A tTG é encontrada extensamente e compartilhado nos órgãos humanos, estando relacionado com as fibras que recobrem toda a musculatura lisa além das células endoteliais. A tTG tem comunicação na estrutura da matriz extra-celular além da reparação tecidual, portanto as gliadinas do trigo podem participar como acessório para a ação da transglutaminase. Em casos de ataque tecidual, como o que ocorre na mucosa intestinal, os níveis de tTG aumentam. Os anticorpos IgA anti-transglutaminase são marcadores precisamente específicos para a doença assim como a dermatite herpetiforme. Anti-Endomíso (EMA) IgA - Altamente preciso (100%, sendo o teste de preferência para o "screening" da Doença Celíaca, pois o teste ELISA possui maior sensibilidade que o de imunofluorescência. Anticorpos como Anti-Gliadina (AGA) IgG e IgA - A avaliação IgC é delicado, porém pouco preciso, enquanto o de IgA é bem mais preciso, porém menos confiavel. Usado em bloco apresentam compatibilidade de aproximadamente 80% e precisão de 95%. Anticorpos Anti-Reticulina - Se aproxima de 60% dos pacientes com a doença e apresentam a confirmação para este anticorpo.

3.5 Tratamento

O tratamento de um portador da doença celíaca é seguir à uma dieta evitando o Glúten, a restrição está com o foco maior em cereais, o Portador deve adquirir o hábito de ler os rótulos dos produtos para saber se ele pode ou não consumir, quando o glúten é eliminado da dieta os sintomas desaparecem. (FENACELBRA).

4. CONCLUSÃO

O portador da doença celíaca tem sua qualidade de vida alterada pois possui uma intolerância ao glúten, que pode causar várias complicações se ingerido. Sua qualidade de vida fica comprometida até mesmo em coisas rotineiras como: sempre olhar rótulos dos produtos no mercado, perguntar no estabelecimento que for comer se o alimento possui o glúten, ou até mesmo constrangimentos ao ter que ir comer em outro estabelecimento se o mesmo não fornecer comida livre de glúten.

Mesmo em pouca quantidade, os efeitos do glúten pode ser severo ou até mesmo fatal.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DOS CELÍACOS DO BRASIL – MINAS GERAIS. Disponível em: <<http://www.acebramg.com.br/?q=node>>. Acesso em: 01 Nov. 2016.

COLLIN, Pekka; KAUKINEN, Katri; VÄLIMÄKI, Matti; SALMI, Jorma. **Endocrinological Disorders and Celiac Disease.** *Endocrine Reviews*. 2002; 23(4):464-483.

DO NASCIMENTO, Kamila de Oliveira; TAKEITI, Cristina Yoshie; BARBOSA, Maria Ivone Martins Jacintho. **Doença celíaca: sintomas, diagnóstico e tratamento nutricional.** *Saúde em Revista*, v. 12, n. 30, p. 53-63, 2012.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE CELÍACOS DO BRASIL. Disponível em: <<http://www.fenacelbra.com.br/fenacelbra/>>. Acesso em: 31 Out. 2016.

GASBARRINI, Giovani. **Má absorção intestinal e síndromes clínicas associadas.** In Mario Gentil Quina e col. *Gastrenterologia Clínica*. Lidel 2000; 454-469.

GUEVARA, GP. **Enfermedad celíaca.** *Rev Chilena Pediat*. 2002;73(4):394-397

MORA, S; BARERA, G; BECCIO, S; MENNI, L; PROVERBIO, M; BIANCHI, C; CHIUMELLO, C. **A prospective, longitudinal study of the long term effect of treatment on bone density in children with celiac disease**, 2001. *J Pediatr* 139:516-521.

PEDRO, N; LOPES, S; SZANTHO, A; COSTA, A; MOURA, J. **Doença celíaca: revisão de conceitos e novos desenvolvimentos.** 2009.

ASSOCIAÇÃO DOS CELÍACOS DO BRASIL – ACELBRA. Disponível em: <<http://www.acebra.org.br/2004/historico.php/>>. Acesso em: 21 Nov. 2016.

ORDEM DOS FARMACEUTICOS. Disponível em: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc2247.pdf>. Acesso em: 26 Nov. 2016.