

Porque é importante fazer uma ressonância magnética quando as fístulas aparecem

ABCD em

[www.abcd.org.br](http://www.abcd.org.br)

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

# FOCO



Ano VI  
nº 21  
Outono  
2005

Homeopatia, acupuntura,  
antroposofia, medicina chinesa,  
ortomolecular...

Conheça os benefícios e os riscos  
dos **tratamentos alternativos**  
nos casos de Crohn e de  
colite ulcerativa

E mais: doença de Crohn x doença celíaca; vem aí o primo do Remicade; pesquisas de novos medicamentos...



## Sócios Corporativos

A ABCD agradece  
o permanente  
apoio dos  
Sócios Corporativos:

### Diamante



### Platina



ALTANA Pharma Ltda.



GASTROINTESTINAL

### Ouro





## Nossa edição de outono

**D**izem que no Brasil o ano só começa depois do Carnaval mas, na verdade, muita coisa permanece no seu ritmo normal mesmo durante as festas de fim de ano e as férias de verão, só que não nos damos conta disso. Os ensaios das escolas de samba são um exemplo! (atenção: isso foi uma brincadeira...). O fato é que agora o ano começou mesmo - estamos em março, tradicional período de chuvas no Sudeste, e o outono bate à nossa porta com mais uma edição da ABCD em Foco.

Nesta revista temos uma matéria, no mínimo polêmica: os tratamentos alternativos. O editor que vos escreve não indica, nem contra-indica, estes métodos terapêuticos, mas tem a certeza de que antes de o paciente se aventurar num deles, sempre deve discutir com o seu médico. Aliás, a relação entre médico e paciente deve ser sempre absolutamente franca, de forma que antes de tomar qualquer atitude o seu médico clínico, ou gastroenterologista ou proctologista, pode ser um bom conselheiro. Por mais inócuos que esses tratamentos possam parecer, às vezes eles podem causar algum prejuízo à saúde do indivíduo.

Temos uma excepcional entrevista com um também excepcional gastroenterologista, o Dr. Russell Cohen, co-Diretor do Serviço de Doenças Inflamatórias Intestinais da Universidade de Chicago. Ele é um profundo conhecedor destas doenças e fala sobre vários temas, mostrando uma visão interessante sobre o futuro.

Temos também uma importante matéria sobre o uso da Ressonância Magnética, um exame ótimo para orientar o médico nos casos de portadores de fístulas. Há, ainda, uma matéria sobre uma DC que não é Doença de Crohn: é a Doença Celíaca. Se você nunca ouviu falar deste diagnóstico, vale a pena ler a matéria, já que é um problema também relacionado com o intestino.

### Frases do mês:

*"A natureza delicia-se na comida mais simples. Todos os animais, exceto o homem, comem um só prato". (Joseph Addison)*  
*"A fome é o tempero do alimento". (anônimo)*

Até o inverno!!!

Flavio Steinwurz

### Matéria de Capa

**Outras opções**  
Será que os tratamentos alternativos funcionam para quem tem doença de Crohn ou colite ulcerativa? Será que são perigosos? Quando será que valem a pena tentar?

4

### Tratamentos

**Imagem nítida**  
Porque a ressonância magnética facilita o tratamento de fístulas perianais

9

### Saúde

**Doença inflamatória intestinal X doença celíaca**  
Quais são as diferenças entre estes dois males cujo alvo preferido é o intestino

10

### Entrevista do Mês

Uma das maiores autoridades no assunto avalia as novas terapias para o tratamento das doenças inflamatórias intestinais e afirma que elas ainda são pouco comuns.

12

### De Olho no Íleo

**Uma nova droga**  
**Um imunomodulador quase natural**  
Vem aí o primo do Remicade  
Como são feitas as pesquisas de novos medicamentos

15

### Coluna do Cólon

**Perigo! Perigo!**  
Já ouviu falar em leucocitafrese?

17

### A Boa Comida - Dicas

**Vitaminas e minerais**

18

### Minha História

**O diagnóstico a surpreendeu**  
Como a goiana Liliana descobriu a retocolite inespecífica

22

### Facilidades para você

A ABCD fechou convênios com laboratórios renomados, que oferecem descontos aos associados na realização de exames clínicos e de diagnósticos por imagens - só é preciso apresentar a carteirinha de sócio. Os percentuais de desconto variam de laboratório para laboratório. Para maiores informações ligue para (11) 3064-2992 e fale com Izabel Diogo ou Ana Célia da Silva.

#### Belo Horizonte (MG)

Laboratório Humberto Abrão  
(31) 3282-5700

São Paulo Patologia Clínica  
(31) 3224-7112

Laboratório Dr. Geraldo Lustosa Ltda  
*Análises clínicas, anatomia patológica e citologia*  
(31) 2104-1234  
3241-5284  
3293-9367

#### Cuiabá (MT)

Laboratório Carlos Chagas  
(65) 623-4700

#### Curitiba (PR)

Laboratório Frischmann & Asengart  
(41) 340-8282

#### Porto Alegre (RS)

Laboratório Metanalysis  
(51) 3328-1099

#### Rio de Janeiro (RJ)

César Guerreiro Cirurgia, Proctologia e Vídeo Laparoscopia  
*Vídeo colonoscopia*  
(21) 2257-2165  
2548-9927  
2256-1455  
2235-7477

Gastro Centro Carioca  
*Endoscopia alta e baixa, proctologia, etc.*  
(21) 2242-1637

Laboratório Lamina  
(21) 2538-3939

Laboratório Richet  
(21) 3325-2008  
2535-6669

#### Salvador (BA)

Laboratório Dirceu Ferreira  
*Análises clínicas*  
(71) 351-2161

#### Florianópolis (SC)

Imagem Centro de Diagnóstico Médico Ltda  
*Ressonância, Tomografia, Ultra-sonografia, Angiografia.*  
(48) 229-7777

Laboratório Médico Santa Luzia  
*Análises Clínicas*  
0800-480002

Instituto de Medicina do Sistema Digestivo Ilha de Santa Catarina  
*Vídeo Endoscopia Digestiva Alta, Vídeo Colonoscopia, Retossigmoidoscopia Flexível*  
(48) 224-8808

#### São Paulo (SP)

Bio Sana's Centro de Pesquisa e Tratamento Avançado de Feridas  
*Serviços para os associados: deiscências cirúrgicas, fístulas e curativos avançados*  
(11) 5574-6794

CEDIG - Centro de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia Ltda  
*Consultas Gastro-Procto, Endoscopia, Colonoscopia e Retossigmoidoscopia*  
(11) 5571-8921

CDB - Centro de Diagnósticos Brasil  
(11) 5908-7222

Centro de Diagnóstico e Terapêutica Endoscópica S.C. Ltda  
*Cápsula Endoscópica, Endoscopia e Colonoscopia*  
(11) 3283-2019

287-1009  
288-8649

Centro de Diagnóstico Dr. Alberto Eiger  
(11) 3085-5499

Clínica Schmillevitch - Centro de Diagnóstico  
(11) 3825-9666

CURA  
*Diagnóstico por imagem, ultrassonografia, ressonância, RX, tomografia*  
(11) 3056-4707

Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo Prof.ª Dra. Angelita Habr Gama  
*Colonoscopia*  
(11) 3887-1757

Laboratório Fleury  
*Análises clínicas e todos os tipos de exames*  
(11) 3179-0822

Laboratório Rawet  
*Anatomia patológica*  
(11) 3826-8461

Prof. Dr. Arnaldo Ganc  
*Endoscopia*  
(11) 3887-5400

Prof. Dr. Paulo Roberto Aruda Alves  
*Colonoscopia*  
(11) 3079-0621

### Estacionamento na sede da ABCD

O associado que for visitar a sede da ABCD deve aproveitar o convênio que temos com o estacionamento Estapar, na Al. Lorena, 1334. Com o carimbo da ABCD, uma hora custa R\$ 2,00.

### Expediente

Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn  
Al. Lorena, 1304, cjto. 802 - São Paulo, SP - CEP 01424-001  
Tel./fax: (11) 3064-2992 site: www.abcd.org.br  
e-mail: secretaria@abcd.org.br - PARA ANUNCIAR: (11) 3064-2992

Presidente: Dr. Flavio Steinwurz - Vice-presidente: Dr. Mathew Kazmirnik -  
1ª secretária: Maria Amalia Bernardi - 1º tesoureiro: Sérgio Luiz Savone -  
2ª secretária: Paulo César Giacomelli - 2º tesoureiro: Maria Izabel L. de Vasconcelos -  
Jornalista responsável: Maria Amalia Bernardi - MTB 19182  
Produção Gráfica: Rudolf Serviços Gráficos  
Impressão: Ipsis Gráfica e Editora



# Outras Opções

Será que os tratamentos alternativos funcionam para quem tem doença de Crohn ou colite ulcerativa? Será que são perigosos? Quando será que valem a pena tentar?

*Por Valquíria Sganzerla*

Está na Internet: medicina alternativa é a prática de saúde baseada em princípios, métodos ou conhecimentos que não são testados, nem são científicos. A definição vai mais além, informando que a medicina alternativa é geralmente anticientífica e baseada em crenças metafísicas. Medicina chinesa, medicina ortomolecular, homeopatia, bioenergética, fitoterapia, terapia holística, reiki, medicina com as mãos, geoterapia, hidroterapia, acupuntura, florais de Bach, shiatsu, cromoterapia, hipnose... uau! Há uma infinidade de tipos de tratamentos e há também cada vez mais novidades. Um site de busca na Internet sobre Medicina Chinesa mostra 65 páginas, cada uma delas com cerca de 10 endereços. Somente sobre reiki, outra terapia oriental bastante conhecida, há 65 sites sobre

essa técnica. Até parece que, quanto mais o homem evolui tecnologicamente (e na medicina estamos assistindo à discussão dos trabalhos com células-tronco para curar doenças até então incuráveis), mais vemos o homem se voltando para si mesmo, se interiorizando e procurando novos caminhos para a sua vida.

O grande perigo que rodeia a medicina alternativa é o de se considerar que essas práticas curativas não convencionais sejam, de fato, alternativas à medicina. "Uma das consequências é o abandono de condutas de eficácia já estabelecidas pela ciência médica por outras que ainda não passaram pelo escrutínio da ciência", diz o médico e professor titular de Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Carlos Eduardo Tosta, lem-



brando do caso da atriz Dina Sfat, que morreu em 1989 de câncer, depois de optar por vários tratamentos alternativos. Acho que o termo mais adequado seria "medicina complementar" em que se associa as práticas não-convencionais às convencionais. Durante três anos (de 2000 a 2003), o professor Carlos Eduardo desenvolveu uma pesquisa no Laboratório de Imunologia Celular daquela instituição com a finalidade de estudar o efeito da prece (é isso mesmo, da oração) sobre a saúde das pessoas. Participaram 52 estudantes de medicina, divididos em pares do mesmo sexo e da mesma idade, que verificaram se a prece intercessora a distância poderia alterar a função de células de defesa do corpo, como os monócitos e os neutrófilos. A metodologia adotada foi de estudo duplo cego (nem os participantes do projeto nem os pesquisadores sabiam quem recebia a prece). Por outro lado, o grupo dos intercessores, formado por 10 pessoas de diferentes religiões, recebia a foto e o nome de uma das pessoas que seria o alvo da prece, sendo que eles se comprometiam a rezar durante sete dias pelo indivíduo. Quando as pessoas que receberam a prece foram comparadas com as que não receberam, ou a mesma pessoa foi comparada antes e depois de ser alvo da prece, comprovou-se, através de exames de sangue, que a prece tinha aumentado a estabilidade da função celular, o que quer dizer que as células funcionaram melhor. "Quando interpretamos os dados, observamos que a prece teve o papel de induzir equilíbrio e isso faz sentido, já que em medicina equilíbrio é sinônimo de saúde", diz o professor Carlos Eduardo.

Sem tirar nenhuma conclusão, ou ser partidária de qualquer procedimento, e somente com o objetivo de informar nossos leitores, a ABCD em Foco conversou com quatro profissionais que trabalham com tratamentos considerados alternativos: Dr. Mauro Perini, médico especialista em Medicina Chinesa; Dra. Mirian Rotnes Bruck, médica clínica que utiliza Medicina Ortomolecular; Dr. Freddi Dimantas, homeopata há 25 anos; Dr. Fábio de Camargo Gabas, médico clínico e ultrasonografista que trabalha com medicina integrativa.

## Vamos às entrevistas:

• Para o Dr. Mauro Perini que há 18 anos trabalha com **medicina chinesa**, as doenças crônicas podem ser controladas assim como na medicina ocidental. "Na Medicina Chinesa nós promovemos ações que, pouco a pouco, resultam numa remissão das crises, mas isso não quer dizer que a pessoa está curada", diz o Dr. Perini acrescentando ainda que, nas doenças crônicas, o tratamento medicamentoso não deve ser interrompido. "Os medicamentos da Medicina Tradicional Chinesa são baseados na Fitoterapia (terapia pelas plantas) e como eles não têm as contra-indicações que os medicamentos químicos geralmente têm, há, de fato, uma melhora na qualidade de vida do paciente", explica o Dr. Perini. Com relação às Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), o médico explica que esses diagnósticos na Medicina Chinesa são considerados doenças do fogo. "O nosso organismo tem uma energia orgânica que, como qualquer energia, tem bipolaridade: positivo e negativo, Yang e Yim, calor e frio, noite e dia. O ideal é que essas forças estejam equilibradas, mas se houver desequilíbrios a pessoa pode ter problemas", diz. "Falar que a doença inflamatória intestinal é doença do fogo é o mesmo que dizer que a pessoa, que é portadora deste diagnóstico, tem um enfraquecimento da polaridade Yim. Isso quer dizer que quando o Yim enfraquece o Yang aumenta e ataca os intestinos, causando a doença".

• A Dra. Mirian Bruck é médica clínica há 24 anos e desde 1993 utiliza **Medicina Ortomolecular** no seu consultório no Rio de Janeiro. "Basicamente, a palavra ortomolecular significa molécula certa, no lugar certo. A Medicina Ortomolecular preocupa-se com qualquer tipo de desequilíbrio que esteja ocorrendo no meio molecular. Dentre eles, o processo inflamatório que gera um aumento de radicais livres, principalmente os derivados do oxigênio que não conseguem ser neutralizados pelos antioxidantes naturais", explica a Dra Bruck. Segundo a médica, através da medicina ortomolecular se corrige, terapêutica-





mente, o déficit nutricional que ocorre com o paciente, promovendo a eliminação ou inibindo a absorção de substâncias tóxicas do organismo. Na verdade, pode-se dizer que é um caminho de mão dupla: enquanto se aumenta a concentração de substâncias que tenham efeito imunológico (como vitamina C), se combate o excesso de radicais livres fornecendo os antioxidantes naturais. A indicação do tratamento ortomolecular deve ser muito criteriosa e vai depender do estado geral em que se encontra o paciente. "Assim como o tratamento alopático, a Medicina Ortomolecular segue critérios fundamentados no conhecimento científico e na prática clínica. Se a terapêutica não for conduzida da maneira correta, ou introduzida no momento certo, ela não trará nenhum benefício ao paciente", diz a Dra. Bruck.

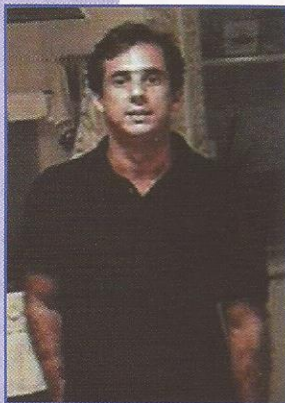
- "Similia, similibus, curentur: o semelhante cura o semelhante". Este é o dogma da Homeopatia e é também o princípio que rege o trabalho do Dr. Freddi Dimantas, há 25 anos. "Para o homeopata não interessa a doença e sim o doente, com todos os sintomas mentais, emocionais e físicos", diz o Dr. Dimantas, que também trabalha com Fitoterapia, a terapia que é feita através de ervas e plantas medicinais. "O especialista fica somente na sua especialidade. A vantagem do homeopata é saber que o indivíduo é um todo: físico, mental e espiritual", diz o médico. Já é bem conhecida a forma de a homeopatia olhar o paciente, ou seja, cada um tem uma personalidade diferente: um pode ser mais tranqüilo, o outro pode ser mais queixoso; o outro ter mais ansiedade e o outro sofrer de insônia. "Cada um é de um jeito e nós temos que identificar na natureza um remédio que pegue todos os sintomas e características", diz o médico. Na homeopatia os medicamentos são feitos com os três reinos da natureza e eles são diluídos infinitamente e dinamizados através da agitação molecular. "Este tratamento é indicado para qualquer tipo de patologia, inclusive de doenças crônicas. E a homeopatia não quer dizer, como algumas pessoas pensam, um tratamento longo e demorado até que o pacien-

te obtenha alguma melhora. O Dr. Dimantas volta a chamar a atenção de que ter resultado no tratamento depende muito mais do paciente. "Uma pessoa com uma enxaqueca de 20 anos pode ser curada tomando uma única dose do medicamento que lhe é indicado", diz o médico.

- Desde que iniciou seus plantões em ambulatórios, o Dr. Fabio de Camargo Gabbas, médico clínico e ultrassonografista, já se incomodava por assistir à segmentação do corpo humano em órgãos e tecidos, cada um deles sob responsabilidade de um determinado especialista. "Reconheço a importância do especialista e sua necessidade, porém minha função deveria ser promover harmonia não somente no corpo físico como um todo, mas também na sua relação com corpos mais sutis (esotérico, emocional, mental e espiritual)", conta o Dr. Gabbas. "Quando o corpo se desequilibra para o lado das adversidades, tais como má alimentação, toxinas, metais tóxicos, deficiência de nutrientes e oxigênio, stress, etc., nosso terreno biológico fica fértil para manifestação das patologias", explica o Dr. Gabbas. O paciente pode fazer uma reeducação alimentar, terapias oxidativas (ozônio,  $H_2O_2$  e câmara hiperbárica) e, se for o caso, terapia celular, na qual são fornecidas células específicas de alta qualidade que ajudam um tecido a se recuperar e a retornar ao seu funcionamento ideal.



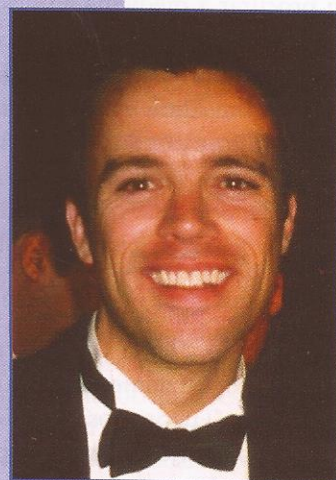




**Ulessi Chagas de Souza:** Alternativa de tratamento do Crohn com medicina ortomolecular

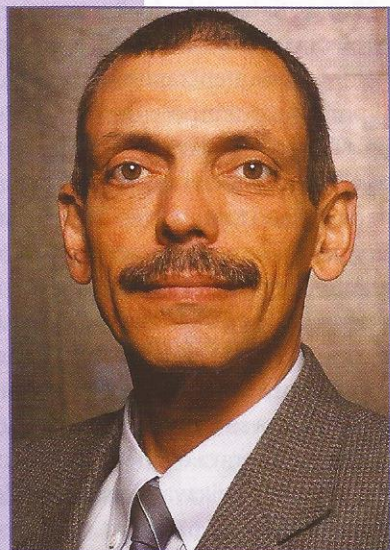
Nos últimos dois anos, o carioca Ulessi Chagas de Souza, 38 anos, passou por quatro crises da sua doença de Crohn, em que precisou recorrer ao tratamento de hospital para tomar cortisona e melhorar mais rapidamente. "Uma crise por ano até que é normal, mas como o meu sistema imunológico fica muito à deriva por causa da doença de Crohn, eu tive crises de bronquite e ainda problemas de pele, como herpes zoster, que dói bastante", conta Ulessi, que tem Crohn há 16 anos, no íleo terminal. Depois desse período de crises mais constantes, e, como ele contou, em função do seu estado emocional (ele é analista de sistemas e está desempregado), ele quer procurar de novo a medicina ortomolecular que utilizou, pela primeira vez, dez anos atrás. "Eu tive síndrome do pânico e uma prima me indicou uma médica que faz medicina ortomolecular. Foram quase dois anos de tratamento, usando medicamentos manipulados e melhorei bastante. Até a região do intestino que estava inflamada melhorou", conta Ulessi, que diariamente toma (e nunca parou) Azatioprina. "Estou vendo com bons olhos essa combinação da medicina alopática com a ortomolecular, que tem menos efeitos colaterais. Como paciente de uma doença crônica, acho que a medicina alopática já cumpriu a sua função. Agora eu tenho que pensar em alguma coisa que seja complementar a ela", diz Ulessi.

Quando descobriu que é portador de retocolite, há dois anos, Jackson Alves da Trindade, 29 anos, tinha acabado de passar por uma crise violenta, como ele conta. Tomou vários corticóides, que amenizaram a sua dor abdominal por pouco tempo e o exame de colonoscopia lhe trouxe o diagnóstico. Fez um tratamento com sulfasalazina e mesalazina, mas depois de um ano tomando esses medicamentos não tinha tido nenhum resultado. De vez em quando era obrigada a faltar no emprego (ele é gerente de Marketing de uma rede de escolas de inglês) porque tinha que se internar no hospital para fazer uma aplicação na veia de cortisona para se livrar da dor e do sangramento. "Eu não parava em pé de tão fraco que estava e o que me deixava mais assustado era saber que a doença não tem cura", conta Jackson que é gaúcho e veio para São Paulo há três anos e meio para trabalhar. Um dia seu patrão lhe sugeriu procurar um médico que faz tratamento alternativo com medicina natural. Ele foi orientado a mudar a sua alimentação, fez aplicações de vitamina Omega 3 e vacinas de ozônio. Foram cinco meses seguindo essas recomendações e hoje ele não sente mais nada. "O médico me pediu para esperar mais um pouco e fazer novos exames para conferir como está meu intestino, mas a sensação que eu tenho é de que não tenho mais a doença", comemora o rapaz.



**Jackson Alves da Trindade:** Retocolite com aplicação de vitaminas, Ômega 3 e de Ozônio





Clésio Rodrigues: "Uma doença crônica exige tratamentos múltiplos"

Há dois anos e meio, ele precisou tirar 50 cm do intestino delgado e passou meses se sentindo muito fraco. Isso, no entanto, não foi novidade na vida de Clésio Rodrigues, um empresário de 52 anos. Desde 1989 ele sabe que tem a doença de Crohn e já tinha sido operado anteriormente para se livrar de obstruções no intestino. Há um ano e meio resolveu procurar a medicina chinesa para conferir se ela podia ajudar no seu caso. Clésio não se decepcionou. Aprendeu a cuidar melhor do seu regime alimentar, fez várias sessões de acupuntura e tomou muitos chás chineses. Em nenhum momento, porém, ele deixou de tomar os quatro comprimidos por dia de Pentasa que o seu gastroenterologista lhe tinha indicado. Hoje, Clésio que é casado e tem dois filhos adultos, está bem e com o Crohn controlado. "Uma doença crônica como o Crohn exige tratamentos múltiplos", diz o empresário. "Eu tomo os remédios diariamente, mas pelo menos uma vez por semana faço acupuntura. Dos medicamentos chineses já estou liberado", diz o empresário.

"Além de usar a medicina alopata, o paciente também precisa ter algum tratamento que seja complementar", diz Waldir José Moraes, um analista de sistemas de 43 anos. "Eu tomo Mesacol diariamente e, esporadicamente cortisona para aliviar os sintomas da minha doença de Crohn. Os medicamentos da medicina chinesa ajudam a diminuir a carga (os efeitos colaterais) desses remédios alopatas", avalia Waldir. Sua doença inflamatória intestinal foi diagnosticada há cinco anos, mas em 2001 ela se mostrou extremamente agressiva, segundo ele diz. Nessa época, ele passou 120 dias internado, tirou 40 cm do intestino e já tinha perdido 20 quilos - ele mede 1,88 m de altura e está com 76 quilos, mas chegou a pesar 56 quilos. Ficou afastado do trabalho durante oito meses e o único efeito das doses de cortisona que já tinha tomado foi perder o sono. "Quando cheguei na clínica para fazer o tratamento com medicina chinesa eu estava completamente dependente da cortisona, como se eu fosse um dependente de drogas", conta Waldir. "Nos primeiros dias de internação já senti melhora. Hoje, após quatro anos de tratamento, estou bem e de vez em quando faço sessões de acupuntura para manter o equilíbrio do meu corpo", diz Waldir. ☰



Waldir José Moraes: Medicina chinesa como complemento à medicina alopata





# Imagem nítida

## Porque a ressonância magnética facilita o tratamento de fístulas perianais



O trocadilho é tão inevitável quanto verdadeiro: há determinados sintomas de doenças que acabam com a paciência dos pacientes. É o caso das fístulas perianais. Fístulas são comunicações anormais entre estruturas do corpo, e podem ocorrer eventualmente em alguns casos de Doença de Crohn. As mais comuns nesta doença são as fístulas perianais que se exteriorizam numa região próxima ao ânus, provocando saída de secreção no local. Em 2000, os médicos do Departamento de Radiologia e Cirurgia do Hospital Universitário St. James's, na Irlanda, apresentaram um trabalho sobre o exame de ressonância magnética que pode ser indicado para classificação das fístulas. O que isso quer dizer? "A maioria das fístulas perianais pode ter sua origem e trajeto determinados por um exame clínico e o tratamento indicado pelo médico. Em alguns casos, entretanto, as fístulas são complexas, podem ter trajetos complicados e estar acompanhadas por abscessos", explica o Dr. Manoel de Souza Rocha, médico radiologista do Departamento de Imagem do Hospital Israelita Albert Einstein. "Quando há suspeita de que a fístula é complexa, pode-se usar métodos de imagem, como a ressonância magnética, para sua classificação." O trabalho dos médicos do Hospital St. James acelerou o tratamento das fístulas perianais mais complexas, porque antes da ressonância, a classificação das fístulas era resultado de uma exploração cirúrgica. "Agora elas já podem ser identificadas no pré-operatório, o que facilita o planejamento do tratamento", diz o Dr. Manoel Rocha.

Na verdade, o exame de ressonância magnética permite que os médicos tratem das fístulas com mais segurança. Numa analogia muito simplista, pode-se relacionar a fístula a um buraco que é preciso fazer numa parede já se sabendo, de antemão, onde estão os fios da rede elétrica ou os canos da rede hidráulica – ou seja, não haverá estragos. Com as

fístulas pode-se dizer que também é assim: o médico tem que tratar de um "falso" túnel que foi aberto para o lado errado e criou uma falsa e indesejada comunicação. No caso das fístulas perianais, o resultado é a saída de uma secreção por um lugar que não é o ânus. "Para tratar deste túnel através de procedimento cirúrgico corre-se o risco de danificar estruturas que envolvem o esfíncter interno e externo. "Isso quer dizer que se houver algum problema no procedimento, o paciente pode ficar com incontinência", explica o Dr. Jacob Szejnfeld, professor livre docente e chefe do Departamento por Imagem da Unifesp, Universidade Federal de São Paulo, e diretor do laboratório Cura – Centro de Ultrassonografia e Radiografia, que faz este procedimento.

Este exame de ressonância magnética já é feito no Brasil e leva, em geral, 30 minutos. Antes dele, os médicos tinham a opção de fazer radiografias, que exigiam que o paciente tomasse contrastes para a sua realização. "Com as radiografias, era possível ver se o túnel era grande, pequeno, curto ou longo, mas não se via os músculos e as estruturas envolvidas", diz o Dr. Szejnfeld. "Por dispensar o contraste, o exame de ressonância magnética mostra o tamanho e o trajeto da fístula e indica se ela está perfurando o esfíncter. Exatamente por isso ele é mais seguro quando se trata de fístulas complexas."

De acordo com o Dr. Manoel Rocha, há outros exames que podem substituir a ressonância magnética – são a ultrassonografia endorretal (USE) e a tomografia computadorizada (TC). Mas há algumas restrições: a ultrassonografia fornece um campo de visão mais restrito do que a ressonância magnética e ainda por cima pode ser dolorosa no caso das fístulas. Quanto à tomografia computadorizada, ela permite a identificação do trajeto da fístula e de eventuais abscessos, porém não proporciona a mesma resolução dos tecidos dada pela ressonância. Sendo assim, bem-vinda ressonância magnética!!



# Doença inflamatória intestinal

## X doença celíaca

Quais são as diferenças entre estes dois males cujo alvo preferido é o intestino

A cada edição da ABCD em Foco esclarecemos, de diversas formas, os sintomas da colite (ou retocolite) ulcerativa e da doença de Crohn, as doenças inflamatórias intestinais que se caracterizam, basicamente, por inflamação e ulceração no intestino. A colite ulcerativa afeta o intestino grosso, ou cólon. Quanto à doença de Crohn, atinge mais o intestino delgado, ou flego, e também o intestino grosso, sendo que ela pode causar prejuízos em qualquer parte do sistema digestivo e em algumas partes do organismo como um todo. Os maiores sintomas dessas doenças são diarreia e dor no abdome. E quanto à doença celíaca, será que sabemos estabelecer quais são as diferenças que existem entre ela e as doenças inflamatórias intestinais?

“Por definição, a doença celíaca é a intolerância permanente ao glúten encontrado nos cereais, trigo, centeio, cevada e aveia”, explica a Dra. Lorete Maria da Silva Kotze, especialista em Gastroenterologia, Gastroenterologia Pediátrica e Clínica Médica e membro titular da Academia Paranaense de Medicina. “Diferentemente da doença de Crohn, a dor abdominal e a febre são raras”, complementa a médica, que é fundadora da Acelpar, a Associação dos Celíacos do Paraná, há oito anos. As afinidades com a doença de Crohn e com a colite ulcerativa são diarreia e emagrecimento.

Ao contrário do paciente que tem a doença de Crohn ou a colite ulcerativa - duas doenças crônicas que podem provocar nos pacientes períodos de crise e de remissão dos sintomas - pode-se imaginar que se o paciente da doença celíaca tirar o glúten da sua alimentação, ou seja, não comer mais pão, macarrão, bolachas, pizza, pastel, entre outros produtos que levam glúten, ele não terá mais nenhum sintoma dessa doença, certo? Pode apostar que sim, segundo os médicos. “A intolerância é para toda a vida, mas retirados os agressores da dieta, o indivíduo fica praticamente curado, diz a Dra. Lorete. Mas ela também faz um alerta: “Se o paciente voltar a ingerir glúten, os sintomas voltam, com maior ou menor intervalo e intensidade”, complementa.

Em tese, é mais fácil diagnosticar e conviver com a doença celíaca do que com uma doença inflamatória intestinal. Para começar, o diagnóstico é feito com um exame simples e fácil: a princípio verifica-se, através de aplicação de soro no paciente, se há a presença de anticorpos contra o glúten no seu organismo. Depois, confirma-se o diagnóstico através da biópsia dos fragmentos do intestino, que é reali-

zada por meio do exame de endoscopia digestiva alta. “O único tratamento para a doença celíaca é alimentar”, afirma a Dra. Vera Lúcia Sdepanian, gastroenterologista pediátrica, professora da Unifesp – Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina - e médica responsável da Associação dos Celíacos do Brasil, a Acelbra, na unidade de São Paulo. O paciente com doença celíaca pode até comer pão, massas e macarrão, desde que esses alimentos sejam feitos com substitutos do glúten - ou seja, milho, fubá, polvilho doce e azedo, tapioca, fécula de batata e farinha de mandioca. “Ele precisa aprender a fazer as receitas e mudar seus hábitos alimentares para o resto da vida”, diz a Dra. Vera.

A especialista chama a atenção para o fato de que as pessoas precisam estar mais atentas para perceber a manifestação da doença celíaca, que é de origem genética e afeta homens e mulheres de qualquer idade. “Levando-se em conta que a alimentação das crianças começa com papinhas, bolachas e pão, já na faixa de idade de 1 a 3 anos alguns sintomas podem começar a aparecer, e não precisam ser necessariamente diarreia”, explica a médica. Como? Alguns exemplos: crianças que têm o humor muito alterado (ou são exageradamente quietas, quase como se estivessem sempre ausentes, ou são muito irritadas e choram sem motivo); crianças, em idade escolar, que não crescem tanto quanto seria o esperado, ou que têm o intestino muito preso. “Os pais não precisam ficar assustados basta que fiquem atentos se esses comportamentos acontecem e fatos ocorrem com frequência com a criança e levá-la para uma consulta com o gastroenterologista pediátrico, que é quem pode fazer o diagnóstico da doença celíaca”, informa a médica.

INFORME

### ACELBRA

Associação dos Celíacos do Brasil

R. Pedro de Toledo, 441 - VI. Clementino

São Paulo/SP - Fone: (011) 4347-6990

site: [www.ancelbra.com.br](http://www.ancelbra.com.br)

### ACELPAR

Associação dos Celíacos do Paraná

R. Bruno Filgueiras, 369 - Curitiba/PR

Fone: (041) 3015-0808





**Existe um tratamento que está melhorando rapidamente a qualidade de vida dos pacientes com Doença de Crohn**

Consulte o seu médico!

\* Para mais detalhes antes da sua prescrição, favor ler a bula completa do medicamento. Documentação à disposição da classe médica: diretoria médica - biblioteca - caixa postal 18388 - Cep 04626-970 - São Paulo - SP\*

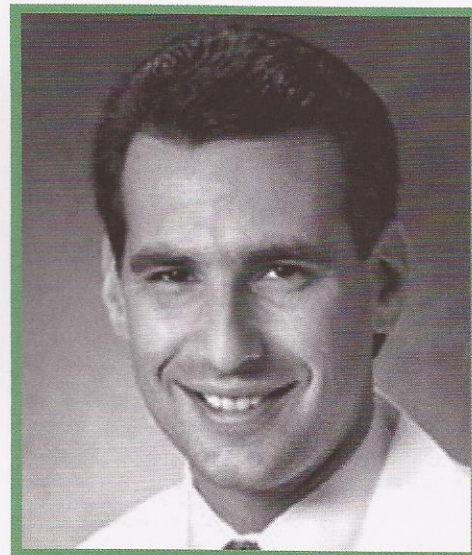


Home Page: [www.schering-plough.com.br](http://www.schering-plough.com.br) / e-mail: [atendimento@schering-plough.com.br](mailto:atendimento@schering-plough.com.br)  
Rua Antonio das Chagas, 1.623 - 2º andar - CEP 04714-002 - São Paulo - SP



# Foco no Crohn e na colite ulcerativa

**Uma das maiores autoridades no assunto avalia as novas terapias para tratamento das Doenças Inflamatórias Intestinais e afirma que elas ainda são pouco comuns**



Dr. Russell D. Cohen

Para esta edição, a ABCD em Foco conversou com uma das maiores autoridades médicas em doenças inflamatórias intestinais: o Dr. Russell D. Cohen, que tem o seu nome na lista dos melhores médicos da América e dos melhores de Chicago, onde trabalha. O Dr. Cohen é professor de Medicina do setor de Gastroenterologia da Universidade de Chicago e também é diretor assistente da Clínica de Pesquisa de Doenças Inflamatórias Intestinais e co-diretor da Clínica de DII da Universidade de Chicago. Ele é autor e co-autor de mais de 66 artigos a respeito da doença de Crohn e da colite ulcerativa, publicados em jornais científicos de grande prestígio. Sob sua responsabilidade estão 42 projetos de pesquisa na área de Gastroenterologia. Seu interesse específico sempre esteve focado em doenças inflamatórias intestinais, incluindo investigações sobre terapias padrão de tratamento e terapias experimentais do setor farmacológico, sobretudo com relação a agentes imunomoduladores. Membro de quase uma dezena de associações médicas americanas, o Dr. Cohen fez uma pausa no seu atribulado dia-a-dia de trabalho para dar a seguinte entrevista:

• O senhor acredita que a incidência das doenças inflamatórias intestinais (DII) está aumentando em todos os lugares? Há alguma razão para isto?

Os índices de incidência da DII parecem ser diferentes para Crohn e colite ulcerativa. Para a doença de Crohn, parece estar havendo um aumento dramático da incidência em áreas do mundo onde antes era raramente vista, ou ao menos pouco comum, como Japão, Singapura e América do Sul, lugares tradicionalmente com baixos índices da doença. Entre imigrantes desses locais estabelecidos

nos Estados Unidos e na Europa Ocidental também. Isso levantou a questão do impacto da dieta, do estresse e de outros fatores ambientais - ou da combinação deles - que poderiam levar ao aumento da incidência da doença ou predileção para não mascará-la.

No caso da colite ulcerativa, os índices caíram ou ficaram estáveis no mundo industrializado durante os anos 70 e 80, mas parece que voltaram a crescer gradualmente nos últimos anos em todo o mundo. Isto é mais evidente em grupos populacionais onde sua incidência era pouco retratada, assim como na doença de Crohn.



Em decorrência da grande diferença do acesso a procedimentos diagnósticos entre países ricos e pobres, o aumento da incidência nestes últimos pode se dever, em parte, ao melhor estudo diagnóstico dessas populações. Não está claro, no entanto, o quanto a melhora da qualidade do atendimento médico poderia influenciar as estatísticas.

**• Qual a sua opinião sobre o aumento de incidência em países em desenvolvimento, como o Brasil, por exemplo?**

Acho que o Brasil é um exemplo perfeito do que discutimos anteriormente. O que será que ocorre para aumentar a incidência?

- a) Será o acesso ao sistema de saúde? A doença estaria apenas sendo detectada antes e de forma melhor, em decorrência do avanço tecnológico? Será que o acesso a uma melhor medicina antecipa o diagnóstico?
- b) Haveria uma chance de modificações do sistema imune, induzidos por distúrbios infecciosos na infância? Modificações da flora intestinal por fatores ambientais poderiam ser responsáveis?
- c) Será uma combinação de a+b?
- d) Impacto de medicações - antibióticos, suplementos, etc.
- e) Níveis vacinais?
- f) Chance de modificação no pool genético dos brasileiros (imigrantes de outros países com maiores índices de DII)?

Acredito que é importante ter em mente que apesar da incidência estar aumentando, a DII ainda é pouco comum em todo o mundo. Isto fala contrariamente a algum fator dietético, vacinal, ou ambiental comum, a menos que realmente haja um perfil genético específico e raro para desencadeá-la.

**• Atualmente o senhor vê mais crianças desenvolvendo DII?**

Eu não trato de crianças, mas entendo que a incidência acompanha os dados que já mencionei. Há grande interesse sobre o impacto do fumo e do aleitamento materno em crianças de famílias com DII. Estes estudos são difíceis de ser concretizados devido a vários detalhes que podem confundir os resultados.

**• Quais as medicações mais usadas para manutenção do tratamento da doença de Crohn?**

A doença de Crohn tem várias formas de apresentação em diferentes indivíduos. Como resultado, é muito difícil conduzir estudos científicos nessa população e muitas recomendações de tratamento podem não ser baseadas em evidências. Alguns pacientes com doença leve a moderada podem ser mantidos com sulfas ou Mesalazina, que são efetivas na indução da remissão. Certos antibióticos, especialmente a Ciprofloxacina e o Metronidazol, também beneficiam alguns pacientes. Os dados da medicina baseada em evidência para manutenção, no que diz respeito a Mesalazina, são fracos, e com relação aos antibióticos, não existem. Pacientes dependentes de corticóides geralmente são mantidos com imunossuppressores, como Azatioprina, 6-mercaptopurina e Metotrexate. Os estudos

com estas drogas são antigos e mostram que o sucesso da manutenção depende do seu uso prolongado. Além disto, mostram que a suspensão desses medicamentos comumente acarreta a recidiva da atividade. O Infliximabe provou ser eficaz na

manutenção da doença de Crohn luminal e fistulizante. O Natalizumabe, recentemente lançado no mercado americano para tratamento de esclerose múltipla, também parece promissor. Entre os medicamentos considerados inapropriados para manutenção estão os corticóides, apesar de eventualmente serem necessários por períodos mais prolongados. A Ciclosporina e o Tacrolimus não tiveram sua segurança ou efetividade demonstradas para uso prolongado.

**• Qual é a sua opinião sobre o uso de imunossuppressores na Doença Inflamatória Intestinal?**

São medicações excelentes para o tratamento da DII, em especial naqueles pacientes que necessitam de corticóides ou que têm a doença leve à moderada. Nas doses apropriadas são seguros e a ocorrência de infecções sérias é rara. São claramente sub-utilizados, enquanto os corticóides são superutilizados, representando uma das mais perigosas práticas da Gastroenterologia.

**• Na sua opinião, as novas medicações em testes vão de fato representar uma esperança de melhores opções para estas doenças?**

Atualmente há muitas terapias excitantes em testes. Uma classe de drogas é a dos anti-TNF, como o Infliximabe, Adalimumabe, etc. Dada a eficácia do Infliximabe, muitos

**“não acredito que a DII seja ‘uma’ doença, mas sim várias”**



vêm esta terapia como a melhor esperança, mas outros anti-TNF, como o Etanercept, mostraram resultados pouco animadores e, portanto, há que se observar outros fatores. Agentes de anti-adesão molecular, como o Natalizumabe, são outra direção promissora, especialmente nos pacientes que não respondem aos anti-TNF. Agentes que têm como alvo a Interleucina-12 e outras citocinas inflamatórias (substâncias envolvidas no processo), anti-CD3, também parecem ter resultados preliminares interessantes. Temos, ainda, tido interesse nas colunas de aférese que têm sido utilizadas no Japão como possível terapia sem medicação. Infecções intencionais com helmintos (parasitas) também foram usadas de forma preventiva ou terapêutica na DII. Parece lógico pensar que todas essas terapias biológicas serão mais efetivas que as previamente utilizadas. A segurança dessas terapias, no entanto, precisa ser melhor avaliada, assim como a determinação dos casos que realmente a necessitam (talvez através de estudos do perfil genético, ou fármaco-genético). Esta é a aposta para o futuro.

• **O senhor acredita que vai demorar muito para alcançarmos a cura da Doença Inflamatória Intestinal? O senhor acredita que ela vai chegar?**

Eu não acredito que a DII seja “uma” doença, mas sim várias e, devido à complexidade do sistema imunológico e às múltiplas variações genéticas, a idéia de uma verdadeira “cura” parece tentadora, mas difícil de se tornar realidade. Pode haver algum benefício protetor em ter um sistema imune que funciona em etapas, como nas pessoas com DII, e esses altos e baixos dos processos imunes podem fazer com que não “queiramos” a cura, pois poderia deixar os doentes vulneráveis a outros problemas mais sérios como infecções e tumores. Acho mais realístico pensar sobre: geneticamente determinar pessoas suscetíveis a DII; evitar exposição a fatores desencadeantes (fumo? anti-inflamatórios?, estresse?, etc.); talvez tratar com helmintos não patogênicos; desenvolver terapias efetivas e seguras; identificar os outros órgãos que podem ser afetados e ter terapias dirigidas para esses também.

• **O senhor concorda que o sistema de saúde do governo deve cobrir os custos do tratamento destas doenças?**

Absolutamente. Ao contrário de muitas doenças, a DII afeta pessoas na fase mais produtiva de suas vidas. O impacto na escola, trabalho, vida profissional e pessoal pode ser terrível e o custo para a sociedade é muito maior

do que deixar estas pessoas bem. O sistema de saúde difere muito entre os países, o que dificulta extrapolar a situação e dados econômicos de um país para outro. Por exemplo, uma pesquisa por mim realizada mostrou que manter pacientes em remissão com uma medicação cara como o Infliximabe, os mantém longe do hospital e do pronto socorro, diminui o número de algumas cirurgias, de procedimentos radiológicos, endoscópicos e outros suportes médicos. Dados da Escandinávia mostraram que os custos indiretos (ausência no trabalho, incapacidade funcional, etc.) representam 68% do custo total de pacientes com DII. Em média, neste estudo, 1 a cada 6 pacientes com doença de crohn não estava plenamente apto para suas funções. O custo para a sociedade é inacreditável. É ingenuidade pensar que o governo ou a sociedade pode estar “economizando” dinheiro negando tratamento médico adequado a esses pacientes e ao mesmo tempo é desumano.

do que deixar estas pessoas bem. O sistema de saúde difere muito entre os países, o que dificulta extrapolar a situação e dados econômicos de um país para outro. Por exemplo, uma pesquisa por mim realizada mostrou que manter pacientes em remissão com uma medicação cara como o Infliximabe, os mantém longe do hospital e do pronto socorro, diminui o número de algumas cirurgias, de procedimentos radiológicos, endoscópicos e outros suportes médicos. Dados da Escandinávia mostraram que os custos indiretos (ausência no trabalho, incapacidade funcional, etc.) representam 68% do custo total de pacientes com DII. Em média, neste estudo, 1 a cada 6 pacientes com doença de crohn não estava plenamente apto para suas funções. O custo para a sociedade é inacreditável. É ingenuidade pensar que o governo ou a sociedade pode estar “economizando” dinheiro negando tratamento médico adequado a esses pacientes e ao mesmo tempo é desumano.

do que deixar estas pessoas bem. O sistema de saúde difere muito entre os países, o que dificulta extrapolar a situação e dados econômicos de um país para outro. Por exemplo, uma pesquisa por mim realizada mostrou que manter pacientes em remissão com uma medicação cara como o Infliximabe, os mantém longe do hospital e do pronto socorro, diminui o número de algumas cirurgias, de procedimentos radiológicos, endoscópicos e outros suportes médicos. Dados da Escandinávia mostraram que os custos indiretos (ausência no trabalho, incapacidade funcional, etc.) representam 68% do custo total de pacientes com DII. Em média, neste estudo, 1 a cada 6 pacientes com doença de crohn não estava plenamente apto para suas funções. O custo para a sociedade é inacreditável. É ingenuidade pensar que o governo ou a sociedade pode estar “economizando” dinheiro negando tratamento médico adequado a esses pacientes e ao mesmo tempo é desumano.

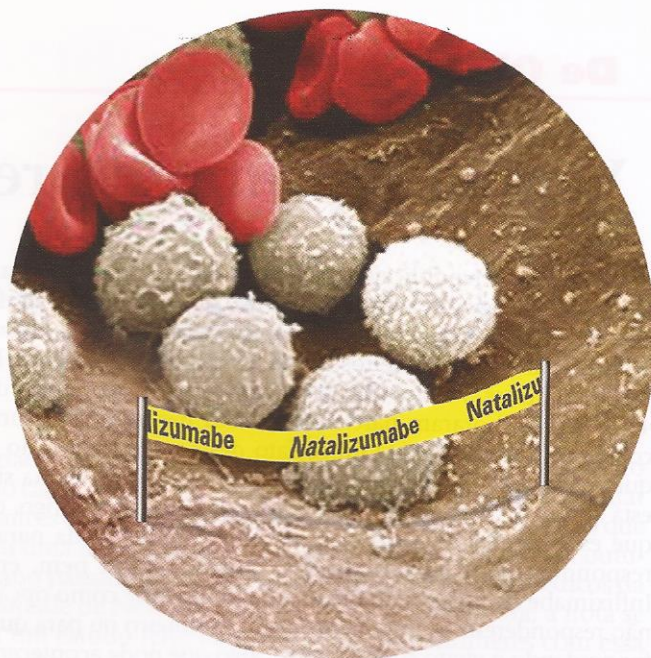
• **Qual é a sua opinião sobre o papel da genética no futuro do tratamento da DII?**

Ficamos muito excitados quando o primeiro gen relacionado com a doença de Crohn (NOD-2) foi anunciado por pesquisadores (incluindo minha colega de trabalho Judy Cho) - mas o entusiasmo se esfriou um pouco quando percebemos que muitos pacientes com Crohn não tinham o gen NOD-2, e que não ocorria na colite ulcerativa, e ainda que sua presença não significava uma resposta previsível à determinada terapêutica, etc. Há muitos genes e combinações genéticas na DII e tenho esperança que um dia possamos ser capazes, através de análises genéticas, de verificar o risco da doença, avaliar a resposta terapêutica ou prevenção. Creio que a farmacogenética é muito excitante e com ela poderemos adaptar um tratamento específico para cada indivíduo, verificando seu código genético e evitando tratamentos que não lhe seriam eficazes e poderiam trazer efeitos adversos. Informações genéticas podem, entretanto, também ser indesejáveis. Falar para alguém que ele tem código genético para a doença e que pode ou não desenvolvê-la é muito controverso, especialmente quando não se pode curá-lo. Nos EUA, as companhias de seguro privado, poderiam colocar empecilhos ou ainda cobrar a mais pelo risco. Informação genética é um assunto delicado, que deve ser manejado de forma apropriada e não mal interpretada. O futuro para muitas doenças, incluindo a DII, se sustenta potencialmente na genética, mas teremos que esperar por futuros desenvolvimentos na área, antes de poder usar com confiança essas informações. ■



## Uma nova droga

Natalizumabe certamente você nunca tinha ouvido falar neste nome, mas os resultados que vêm sendo obtidos com este novo agente terapêutico que inibe a migração dos leucócitos (glóbulos brancos) através dos vasos sanguíneos, reduzindo assim a inflamação no intestino nos pacientes de Crohn, deixaram mais confiante a comunidade médica. O Dr. William Sandborn, chefe da unidade de pesquisa em doença inflamatória intestinal da Clínica Mayo, em Rochester, nos EUA, apresentou dois estudos com a nova droga na Semana Européia de Gastroenterologia de 2004: o ENACT 1, que avaliou a resposta clínica ao Natalizumabe, e o ENACT 2, para determinar a capacidade de o medicamen-



to manter o paciente longe de crises por 1 ano. Em ambos os casos, os resultados foram promissores. Vamos aguardar a evolução dos estudos e torcer!

## Um imunomodulador quase natural

O laboratório americano Berlex, afiliado à Schering AG da Alemanha, anunciou em boletim da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos que está testando uma versão modificada da Lipoxina, uma molécula natural do organismo que exerce uma potente ação antiinflamatória e tem efeito imunomodulador na doença de Crohn. Este laboratório já vem realizando mundialmente testes com o Leukine (sargramostim), que possui um mecanismo de ação completamente diferente dos remédios existentes no mercado, sendo uma nova opção para o tratamento da doença. Na pesquisa realizada, a lipoxina modificada, administrada por via oral, reduziu drasticamente a quantidade de marcadores inflamatórios da mucosa - como a Interleucina 2, o Fator de necrose tumoral alfa (TNF) e o Interferon-gama, agindo como bloqueador e controlador do processo de inflamação. Vamos esperar para ver se o empenho dos cientistas que se dedicam a estas descobertas traz mais conforto aos portadores da doença de Crohn.



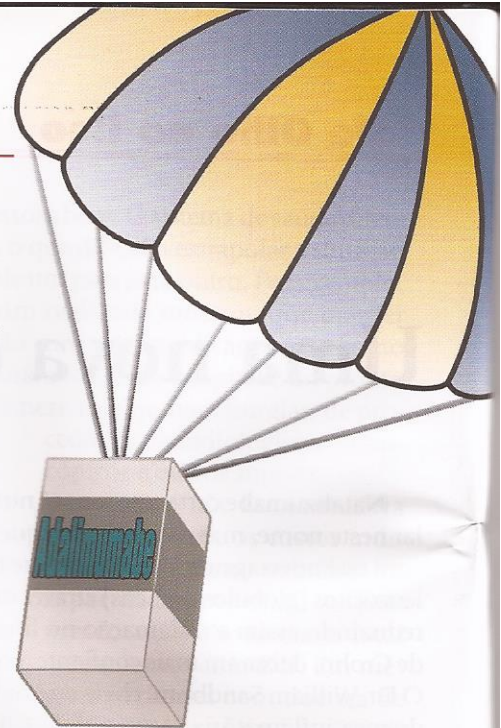
LIPOXINA

**Interferon  
gama**



# Vem aí o primo do remicade

Acaba de ser publicado na edição de janeiro da revista *American Journal of Gastroenterology* um artigo sobre o uso do Adalimumabe (um agente anti-TNF) em doentes de Crohn que estavam usando o Infiximabe – o Remicade –, porém já não apresentavam mais os efeitos benéficos deste medicamento. Dos 13 pacientes observados em testes, 7 deles (54%) tiveram remissão completa dos sintomas, enquanto 4 (31%), melhoraram parcialmente. Em nenhum caso foram observados efeitos colaterais importantes. O único fato desta notícia que não dá para comemorar é que o uso desta medicação, que é administrada de forma subcutânea, ainda não está aprovado para doença de Crohn. Os autores do artigo, entretanto, acreditam que esse medicamento poderá ser uma opção válida para pacientes que não respondem mais ao Infiximabe. Se tudo correr bem, em breve teremos o Infiximabe na linha de frente, e o Adalimumabe como opção para aqueles que não responderem ao tratamento com o primeiro ou para quando a medicação for perdendo o efeito com o tempo, algo que pode acontecer apesar de não ser muito freqüente.



## Como são feitas as pesquisas de novos medicamentos

A grande maioria dos pacientes, de qualquer diagnóstico, já ouviu falar que as indústrias farmacêuticas costumam fazer testes clínicos em voluntários antes de colocar no mercado novos medicamentos. Vez por outra até se têm notícias de que um determinado projeto está na sua Fase I, ou passou para a sua Fase II, Fase III e por aí vai. Mas falando francamente, você, leitor, tem idéia de como esses testes são realizados? Você sabia que há muito tempo os cientistas deixaram de usar somente ratos e camundongos como cobaias? Realmente, o processo não é mais tão simples assim. Para

começar, os primeiros estudos do novo medicamento já têm que mostrar uma viabilidade operacional com base científica, de forma a atrair o investimento de alguma instituição que banque o seu custo financeiro. Só a partir daí é que começam a ser realizadas as pesquisas propriamente ditas, englobando várias fases subseqüentes.

Na Fase I, são reunidos de 20 a 100 indivíduos voluntários, saudáveis, que passam a usar o novo medicamento. O objetivo dessa fase é verificar se a droga é mesmo segura e quais doses são mais adequadas para serem indicadas. Na Fase II, os cientistas querem estudar se, além de eficaz e seguro, o medicamento provoca efeitos colaterais em quem o usa. Nesta fase os testes geralmente são feitos num universo de 100 a 300 pacientes, todos portadores da doença para a qual se destina o novo remédio. Depois, ainda pode haver a Fase III, que inclui praticamente os mesmos procedimentos da fase anterior, só que numa amostra maior de pacientes - de 1000 a 5000 pessoas ou utilizam o medicamento, ou o comparam com a aplicação de placebo, ou simplesmente não ingerem nenhum medicamento.

"A maioria desses estudos são prospectivos, randomizados (a escolha dos pacientes é aleatória), controlados por placebo e 'duplos cegos' (quando nem o médico nem o próprio paciente sabem que estão tomando o medicamento)", explica o Dr. Mário Geller, presidente do Capítulo Brasileiro do American College of Allergy, Asthma & Immunology PR-Network e sócio-honorário da ABCD. "Ultrapassadas essas fases, o medicamento ainda é submetido a um órgão de fiscalização (nos Estados Unidos é a FDA - Food & Drug Administration e, no Brasil, é a Anvisa, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e a um Comitê de Ética e Pesquisa ligado à instituição que está patrocinando o projeto", diz o Dr. Geller. Daí, enfim o produto chega ao mercado

### Pesquisa com pacientes

**Ano Zero** Pesquisa básica (Investigação sobre como funciona o processo biológico normalmente e o que ocorre de errado em situações anormais, ou seja, que causam a doença)

**Ano Zero** Desenvolvimento da aplicação de conhecimentos para corrigir as anormalidades (Surge a nova terapêutica)

**Ano 5** Fase pré-clínica (Testes em laboratório e em animais)  
Fase I (Testa segurança, atividade e dosagem em 20 a 80 pessoas sadias)  
Fase II (Testa se a medicação tem o efeito desejado em 100 a 300 pacientes)

**Ano 10** Fase III - Testa a importância do efeito benéfico em 1000 a 5000 pacientes (Avaliação e registro pelos órgãos administrativos e de fiscalização)

**Ano 10** Comercialização, distribuição e liberação para venda mediante a prescrição médica



# Perigo! Perigo!



Os pacientes com colite ulcerativa não podem combinar no cardápio carne vermelha e bebida alcoólica, sob pena de aumentar suas chances de uma nova crise da doença. Pelo menos foi isso que mostrou uma notícia veiculada na revista Gut, na edição de outubro do ano passado. Baseada numa pesquisa feita por médicos da Universidade de Newcastle, no norte da Grã Bretanha, a nota se refere a um estudo feito com 183 homens e mulheres com essa doença inflamatória intestinal. Os médicos notaram que aqueles que ingeriram 100 gramas de carne por dia passaram a ter três vezes mais risco de entrar em crise do que aqueles que ingeriram a metade dessa quantidade ou menos ainda, por dia. Os pesquisadores encontraram também um dado que pode abalar o tradicional programa de churrasco entre amigos: os pacientes que combinavam carne vermelha com álcool ficaram três vezes mais expostos a ter crises. Isso porque o enxofre é muito encontrado nos alimentos que têm proteína, como a carne vermelha, enquanto que o sulfato é encontrado em bebidas alcoólicas. Daí pode-se prever que a combinação dos dois – carne vermelha e álcool – é um desastre. Vai querer encarar?

## Já ouviu falar em leucocitaférese?

Da mesma forma que são realizados estudos e testes clínicos para o desenvolvimento de novos medicamentos, também são testadas novas terapias que possam trazer melhores resultados para os pacientes. Saiu uma notícia no boletim da Federação Européia de Crohn e Colite Ulcerativa de setembro do ano passado sobre uma nova terapia para tratamento de colite ulcerativa que chamou a atenção da comunidade médica por fugir completamente do convencional. Trata-se da leucocitaférese – separação dos leucócitos, os responsáveis pelo processo inflamatório da doença. O procedimento é relativamente simples e dura cerca de 3 horas: o paciente fica acoplado à uma máquina que possui um filtro que separa os leucócitos do seu sangue, segura-os e devolve o restante para o organismo. O “acoplado, no caso”, significa ficar deitado, com uma agulha em cada braço enquanto o sangue é retirado por um dos braços, entra

na máquina, é processado e, em seguida, devolvido para o corpo pelo outro braço.

“É muito cedo para afirmar categoricamente que este procedimento traz melhoras no quadro dos pacientes com este diagnóstico”, diz a Dra. Araci Sakashita, hematologista e hemoterapeuta do Hospital Israelita Albert Einstein, referindo-se ao fato de que esses estudos ainda estão sendo usados em caráter experimental. “Esta terapia não é a primeira opção para tratamento, mas talvez ela possa ser útil em alguns casos específicos de colite ulcerativa, como aqueles em que os pacientes não respondem ao tratamento convencional ou que, apesar de estarem sendo medicados, ainda apresentam manifestações da doença”, diz a hematologista. Agora a notícia ruim: a maioria dos bancos de sangue no Brasil já dispõe dessa máquina, só que os filtros custam caro, o que torna mais difícil a utilização do procedimento em grande escala.



## Como os pacientes de DII podem ingerir vitaminas e minerais

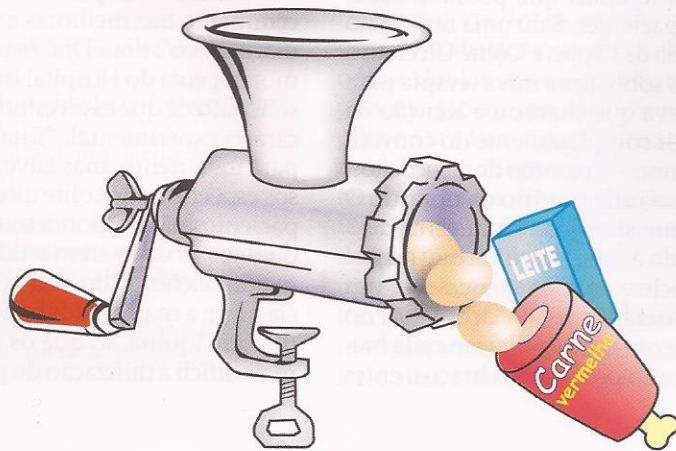
**É** como discutir futebol no país que é pentacampeão do mundo: dificilmente alguém resiste a dar um palpite sobre o assunto. Para falar de comida, pode-se dizer que acontece a mesma coisa: toda hora é hora para conversar sobre cardápios apetitosos e quitutes de dar água na boca só de ouvir a receita. Com os pacientes de doenças inflamatórias intestinais não é diferente. Apesar das dificuldades nutricionais que podem ocorrer, eles também gostam, com toda a certeza, de ter uma alimentação que lhes dê muito prazer. Tem que ser balanceada é verdade. E também mais adequada a seu caso. Mas, sobretudo, ela tem que ser, como uma preferência nacional, muuuuito gostosa. Mas será que depois desses cuidados, os pacientes prestam atenção na quantidade de vitaminas e minerais que consomem por dia, e que ajudam a evitar outros problemas?

“A dieta na Doença de Crohn e Colite Ulcerativa deve ter alto teor protéico-calórico porque os pacientes dessas doenças freqüentemente necessitam repor os depósitos corporais, o que quer dizer, proteínas, calorias, nutrientes e minerais, justamente para evitar anemia e perda de massa muscular”, explica a Dra. Valéria Abrahão, médica gastroenterologista e nutróloga, presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral, do capítulo do Rio de Janeiro.

Nas doenças inflamatórias intestinais também se observa redução do apetite que, associada à diarreia, leva à diminuição da absorção pelo corpo de fluidos, minerais e vitaminas. Pode haver até anormalidades dos sais do organismo, como potássio e cálcio, o que provoca fraqueza muscular e enfraquecimento dos ossos. “A conduta dietoterapêutica para portadores de DII deve ser individualizada, pois cada paciente necessita de cuidados específicos que variam de acordo com seu estado clínico”, diz a Dra. Valéria.

Isso também vale para os medicamentos indicados para essas doenças, que estabelecem forte interação com os nutrientes essenciais para o organismo. “O glicocorticoide, por exemplo, diminui a absorção dos minerais cálcio e Fósforo e das vitaminas B6, C e D, enquanto que a sulfassalazina inibe a absorção de ácido fólico”, informa a médica. “Em alguns casos, o poder de absorção de alguns nutrientes pode ficar prejudicado, mas eles têm que ser repostos com maior vigilância”, diz a Dra. Valéria. Isto mostra a necessidade de pelo menos a cada três meses o paciente fazer exames de sangue para confirmar o equilíbrio nutricional do seu corpo.

A coordenadora da equipe de multiprofissionais de terapia nutricional do Hospital Israelita Albert Einstein, Roselaine Maria Coelho Oliveira, também concorda que muitos pacientes não conseguem suprir suas necessidades nutricionais, inclusive de vitaminas, através da alimentação. “Nesses casos, recomenda-se administrar complexos multivitamínicos com acompanhamento do médico ou da nutricionista”, diz Roselaine. As vitaminas são compostos orgânicos que estão presentes, naturalmente, nos alimentos (veja quadro à página 18), exercendo funções essenciais para manutenção do metabolismo normal e desempenhando funções fisiológicas específicas. “A administração oral de suplementos nutricionais industrializados está indicada quando o paciente é incapaz de ingerir os nutrientes através da dieta oral. Mas com uma alimentação variada com carne, leite, frutas e ovos, ele não vai precisar de suplementação”, diz a médica que chama a atenção para o fato de que as recomendações nutricionais são elaboradas para prevenir deficiências e garantir o desenvolvimento necessário. “Com este trabalho se sustenta adequadamente a saúde e o bom estado nutricional do paciente, sem qualquer efeito adverso”, diz ela.





# No tratamento da DII, é preciso pôr as diferenças à **MESA**

## Economia,<sup>1</sup> Praticidade e Tolerabilidade<sup>2</sup>

# MESACOL<sup>®</sup>

## MESALAZINA

### FAZ A DIFERENÇA NO TRATAMENTO DA DII

Para maiores informações sobre Mesacol<sup>®</sup>, fale com o seu representante ALTANA Pharma.

Mesacol<sup>®</sup> Mesalazina. **Uso adulto.** Apresentações e composição: **Comprimidos:** Embalagens com 30 comprimidos revestidos, contendo 400 mg de mesalazina; embalagens com 30 comprimidos revestidos contendo 800 mg de mesalazina. Cada comprimido contém lactose, amido glicolado de sódio, estearato de magnésio, talco, polividona, sílica anidra coloidal, ácido metacrilato copolímero tipo B, dibutilftalato, óxido de ferro amarelo, óxido de ferro vermelho e polietilenglicol 6000. **Supositórios:** Embalagens com 10 supositórios contendo 250 mg de mesalazina; embalagens com 10 supositórios contendo 500 mg de mesalazina. Cada supositório contém mistura de glicérides de ácidos graxos saturados. **Indicações:** Mesacol<sup>®</sup> está indicado como anti-inflamatório de ação local no tratamento de doenças inflamatórias intestinais, na fase aguda e na prevenção ou redução das recidivas destas enfermidades: retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) (tanto a colite como a proctite ulcerativa) e doença de Crohn. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade a salicilatos, a mesalazina deve ser utilizada com cautela em pacientes com úlceras gástricas ou duodenais e por pacientes asmáticos (em função das reações de hipersensibilidade). Mesacol<sup>®</sup> não é recomendado para os pacientes com a função renal prejudicada e deve-se ter cautela com pacientes cujos níveis sanguíneos de ureia ou proteínas estejam aumentados. A mesalazina é rapidamente excretada pelos rins, principalmente o seu metabólito ácido N-acetil-5-aminosalicílico. Em ratos, altas doses da mesalazina, administradas por via IV, causam toxicidade tubular e glomerular. Em caso de aparecimento de distúrbio renal durante o tratamento deve-se suspeitar de nefrototoxicidade induzida pela mesalazina. Nestes casos é recomendado monitorar a função renal, especialmente no início do tratamento. Durante tratamento prolongado, é também necessário monitorar regularmente a função renal (reatinina sérica). O produto, a princípio, não deve ser empregado em gestantes e lactantes, exceto quando absolutamente necessário. O risco teórico de kernicterus relacionado à sulfafuridina (parte da molécula da sulfasalazina) é evitado com Mesacol<sup>®</sup>. Estudos pré-clínicos não revelaram evidências de efeitos teratogênicos ou de toxicidade fetal oriundos da mesalazina. A pequena experiência de uso da mesalazina durante a gravidez não mostrou efeito prejudicial ao feto; entretanto, a mesalazina deve ser usada com cautela durante a gravidez e somente quando os benefícios para a mãe forem superiores aos riscos potenciais ao feto. Baixas concentrações de mesalazina e de seu metabólito N-acetilado foram detectadas no leite materno, mas o significado clínico desta evidência ainda não foi determinado. Portanto, deve-se ter cautela na administração da mesalazina a lactantes. Ainda não está estabelecida a segurança do produto em crianças. O produto contém lactose e deve ser evitado por pacientes com intolerância a esta substância. A diminuição da contagem e função dos espermatozoides observada com a sulfasalazina parece não estar associada à mesalazina. **Interações medicamentosas:** A ação hipoglicêmica das sulfonilúreas pode ser intensificada, assim como a hemorragia gastrointestinal causada por cumarínicos. A administração oral da mesalazina pode potencializar a toxicidade do metotrexato. O efeito uricosúrico da probenecida e sulfipirazona pode ser diminuído, assim como a ação diurética da furosemida e da espironolona. A ação tuberculostática da rifampicina também pode ser diminuída. Em teste, a administração de sulfasalazina, uso como náuseas, deve ser feita com cautela. Substâncias como a lactulose, que diminuem o pH do cólon, podem reduzir a liberação da mesalazina dos comprimidos revestidos de Mesacol<sup>®</sup>. **Reações adversas:** As reações adversas ocorrem em uma pequena proporção de pacientes que, previamente, não toleraram a sulfasalazina, uso como náuseas, diarreia, vômitos, dor abdominal, cefaleia e flutuações do humor. Têm sido relatadas reações de hipersensibilidade, como exantema alérgico, febre, broncoespasmo, lupus eritematoso, rashes e artralgia. Estas reações ocorrem independentemente da dose administrada. Pode haver aumento dos níveis de metahemoglobina. Mesacol<sup>®</sup> pode estar associado com a exacerbação dos sintomas da colite nos pacientes que tiveram previamente problemas com a sulfasalazina. Foram relatados casos de parotidite, miocardite, pericardite, nefrite intersticial, síndrome nefrótica e insuficiência renal com o tratamento por via oral; geralmente estes sintomas regredem com a suspensão do tratamento. Há raros relatos de reações alérgicas pulmonares, pneumonia eosinofílica, hepatite e discrasias sanguíneas, tais como leucopenia, neutropenia, trombocitopenia e anemia aplásica. **Posologia e modo de usar:** **Comprimidos:** A dose recomendada para adultos é de 800-2400 mg por dia, igualmente dividida para tratamento da proctite e da proctosigmoidite. A dose recomendada para adultos é de 1-2 supositórios de 500 mg ou 2 a 4 de 250 mg, até 3 vezes ao dia, após a defecação. A dose depende da gravidade da doença, e pode ser diminuída assim que houver melhora dos sintomas. Na colite ulcerativa grave generalizada, afetando o reto ou retossigmoide, e em casos de resposta lenta à terapia oral, recomenda-se 1-2 supositórios de 500 mg, pela manhã e à noite, como adjuvo da terapia oral. Não há dose recomendada para crianças. Com a remissão da sintomatologia clínica, preconiza-se como dose de manutenção, na dependência da resposta individual, um supositório de 250 mg ao dia em dias alternados ou mais espaçadamente. **Conduta na superdose e uso em pacientes idosos:** Em vista das propriedades farmacocinéticas da mesalazina, não são esperados efeitos tóxicos diretos, mesmo após a ingestão de grande quantidade de substância. Contudo, há falta de dados clínicos sobre hipotensão, distúrbios do SNC e hipertermia. Nestes casos o tratamento deve ser sintomático como reestabelecimento do equilíbrio ácido-básico, hidratação do paciente e administração de glicose. Na eventualidade da administração acidental de doses muito acima das recomendadas recomenda-se lavagem gástrica e administração intravenosa de eletrólitos para promover a diurese. Não há antídoto específico. Mesacol<sup>®</sup> deve ser administrado com cautela em pacientes idosos (acima de 65 anos). **PRODUTO DE USO SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. AO PERMITIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** Registro MS - 1.0639.0200

1) Rev. Kairos - nº 195. Fev/2005. Base ICMS 18%. 2) Riley SA et al. Comparison of delayed-release 5-aminosalicylic acid (mesalazine) and sulfasalazine as maintenance treatment for patients with ulcerative colitis. Gastroenterology. 1989;94(6):1383-9. Fevereiro/2005

EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE  
**SAC** 0800-7710345  
www.altanapharma.com.br

ALTANA Pharma Ltda. é o novo nome da Byk Química e Farmacêutica Ltda. Rua do Estilo Barroco, 721, CEP 04709-011, São Paulo, SP.  
Maiores informações poderão ser obtidas diretamente com o nosso departamento médico ou por meio de nossos representantes.

 **ALTANA**

ALTANA Pharma Ltda



## A Boa Comida - Dicas

Vitamina	Função	Indicação	Fontes
<b>A</b>	trabalha nas membranas mucosas do intestino	Foi constatada sua deficiência em boa parte dos pacientes com colite. A suplementação da vitamina A pode ajudar na doença de Crohn	Verduras e legumes de cor verde escura, cenoura, batata baroa, abóbora, manga, ovos e fígado
<b>D</b>	A deficiência desta vitamina pode levar a uma perda de cálcio nos ossos.	É comum a sua deficiência em pessoas que sofrem de distúrbios crônicos do cólon	Óleos de fígado de bacalhau, arenque, atum, gema de ovo
<b>K</b>	É vital para a coagulação sanguínea adequada	Pessoas que sofrem de colite costumam ter deficiência	Folhas verdes (agrião, espinafre, alface) tomates, aspargo
<b>C</b>	Produz colágeno, a substância protéica que une os tecidos, como pele, ossos e dentes.	É importante para o funcionamento adequado de nosso sistema imunológico para a produção de certos neurotransmissores.	Kiwi, limão, laranja, abacaxi, mamão, goiaba, caju, alface, agrião e batata
<b>E</b>	Promove a melhora do tecido de revestimento do intestino	Age capturando radicais livres, que podem ser produzidos num trauma de tecidos	Gérmen de trigo, cereais integrais, amêndoas, azeite de oliva
<b>Ácido fólico</b>	A suplementação com folato pode ajudar a reduzir a diarreia associada à DII.	Sua deficiência é comum na doença de Crohn	Frutas cítricas (laranja, limão, morango, tangerina, pêssego, etc), vegetais de folhas verdes, aspargos
<b>Magnésio</b>	Forma e mantém ossos e dentes e controla a transmissão dos impulsos nervosos e as contrações musculares.	Sua deficiência prevalece em indivíduos com colite	Soja, leite (se for tolerado), peixes, verduras, cereais e pão
<b>Zinco</b>		Sua deficiência foi constatada em mais da metade das pessoas com doença de Crohn	Palmito, soja, aipim e pepino



**Benefiber. A nossa fibra não  
tem cheiro, não tem cor,  
não tem gosto.  
Mas tem base científica.**



Estudos científicos comprovam que a Goma

Guar Parcialmente Hidrolisada, entre todas as fibras, é a que apresenta a maior eficácia na regularização do funcionamento intestinal. Benefiber é a fibra solúvel à base de Goma Guar Parcialmente Hidrolisada, sem cheiro, sem cor e sem gosto de fibra. Pode ser adicionado a qualquer tipo de alimento, quente ou frio, não alterando o sabor ou a textura. Benefiber não é laxante, podendo ser usado tanto na prisão de ventre quanto na diarreia, regulando o trânsito e normalizando a flora intestinal.



RESOURCE  
**Benefiber**  
suplemento de FIBRA solúvel



À venda nas redes de farmácias e drogarias.

e-mail: [sicmnutrition.brsp@ch.novartis.com](mailto:sicmnutrition.brsp@ch.novartis.com)

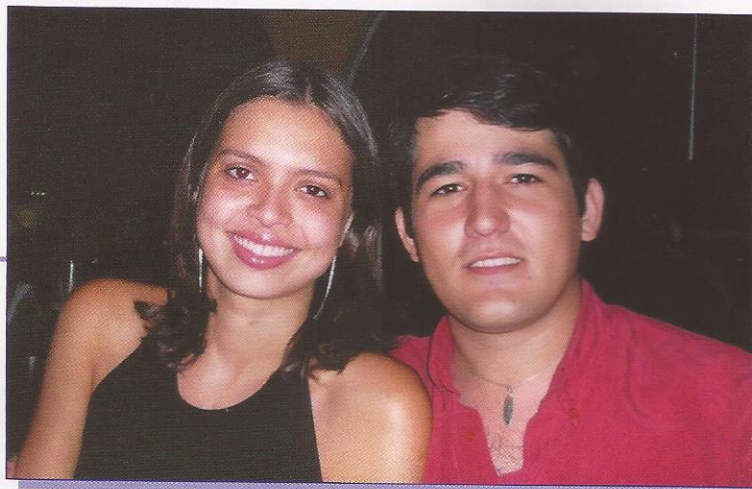
**NOVARTIS**

NOVARTIS BIOTECNOLÓGICA S.A.  
Av. Frei Vicente Paulo, 90  
São Paulo - SP - CEP 04706-900  
Caixa Postal 21.400 - Marca registrada  
CNPJ - 55.994.502/0001-30  
e-mail - [sicmnutrit@brsp.ch.novartis.com](mailto:sicmnutrit@brsp.ch.novartis.com)



# O diagnóstico a surpreendeu

## Como a goiana Liliana descobriu a retocolite inespecífica



Liliana com o namorado Glauber: apoio para lidar com a retocolite

Com seus 1,85m de altura e 61 quilos, Liliana Duarte Ferro, 21 anos, já foi convidada para seguir a carreira de modelo. Isso, no entanto, nunca a interessou. O que esta jovem de Goiânia gosta mesmo de fazer é cursar a Faculdade de Engenharia de Produção na Universidade Católica de Goiás, onde está no 4º ano. Liliana prefere uma vida mais caseira, quase sempre às voltas com os estudos. Mas que ninguém se engane com essa tranqüilidade aparente. Liliana se estressa com facilidade. "Gosto que as coisas aconteçam do meu jeito e na minha hora", diz a jovem. Só que nem tudo na sua vida pode ser realmente assim: há 3 anos ela convive com os sintomas da retocolite inespecífica, uma doença crônica que não tem cura e que exige muita paciência de seus portadores. "Vou tomar medicamentos pelo resto da minha vida ou até que descubram a cura para essa doença", diz ela, com uma certa impaciência.

Não querer falar de um assunto e ficar digerindo sozinho seu próprio pensamento é um comportamento normal entre os jovens. Nem mesmo com seus pais, que fazem o que podem para acarinhá-la, Liliana não gosta de conversar sobre a doença. Um pouco porque ela quer poupá-los e um pouco porque quer se preservar mesmo. É com Glauber, 22 anos, seu namorado há quatro, que ela se vê mais à vontade para conversar, o que também é compreensível. "Ele faz questão de acompanhar tudo o que acontece comigo", diz ela. "É muito bom poder dividir as minhas preocupações com ele."

Para manutenção de seu quadro clínico, Liliana toma todos os dias dois comprimidos de Imuran, mais dois de Pantozol. Só que esse tratamento não a impede de ter algu-

mas surpresas de vez em quando, como no começo do ano novo, em 2005, quando ela passou alguns dias com muita diarreia. Seu médico, que é de São Paulo, conseguiu resolver a situação por telefone (ela já foi internada duas vezes devido a esse problema e a dores fortes no abdome). No Carnaval, outra chateação: precisou usar uma medicação tópica (solução líquida) para aliviar o desconforto de três dias com o intestino preso. Por mais desagradáveis que os sintomas sejam ou tenham sido para Liliana, ela tem que "levantar as mãos para o céu", como muita gente diz. É que, desde que apareceram os primeiros sintomas da doença, tudo vem sendo controlado rapidamente.

Ela teve dor no abdome e diarreia pela primeira vez, mais insistentemente, em março de 2002, quando estava fazendo um intercâmbio estudantil na Finlândia, ou seja, bem longe de casa. Lá, se virou como pode, mas logo que voltou para o Brasil, quatro meses depois, procurou um médico porque se sentia muito fraca. Foi confirmada uma anemia, que tratou tomando remédio à base de ferro. No começo de 2004, ela teve de novo uma forte crise de dor e de diarreia e foi a um gastroenterologista, que lhe pediu uma colonoscopia. Resultado: retocolite inespecífica. "Eu nunca tinha ouvido falar dessa doença e o médico disse logo que ela não tinha cura. Ai eu desabei", conta a jovem, que passou a tomar cortisona. Passou oito meses com essa medicação e acabou inchando. "Perdi todas as minhas roupas", diz Liliana. Mas essa fase ficou só na lembrança, pois da retocolite ela vai muito bem, obrigada. Sua grande preocupação hoje é conseguir um estágio para iniciar a carreira profissional.



# Laboratórios Ferring

Produto disponível nos  
Postos de Atendimento  
das Secretarias de Estado  
da Saúde de todo o Brasil

informam:

Para obter Pentasa<sup>®</sup> comprimidos e supositórios fornecidos gratuitamente pelo Ministério da Saúde, os pacientes devem se dirigir aos postos de atendimento da Secretaria de Saúde do seu Estado, levando os seguintes documentos:

- Formulário de dispensação do SUS de sua região, preenchido
- Receita médica original e cópias de acordo com a Secretaria de Saúde de seu Estado
- CPF, RG e comprovante de residência que contenha
- Exames recentes que comprovam a enfermidade
- Informações referentes aos documentos específicos exigidos em cada Secretaria de Estado podem ser obtidas

**CENTRAL DE ATENDIMENTO FERRING**

**0800 772 46 56**





# Modulen IBD.

*A fórmula mais eficiente para melhorar  
a nutrição na doença inflamatória intestinal.*



*Tem uma formulação com ótimo sabor.*

**Só Modulen IBD tem:**

- *Resultados comprovados na doença de Crohn.*
- *Melhor recuperação de peso.*
- *Remissão clínica e nutricional mais duradoura.*
- *Sabor delicioso.*

Para mais informações,  
acesse o site [www.nestle.com.br/nutricaoclinica](http://www.nestle.com.br/nutricaoclinica) ou consulte o Serviço de Informação ao Consumidor: 0800-7702461.

 **Nestlé**  
NUTRIÇÃO