

BMJ Best Practice

Síndrome do intestino irritável

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Diagnóstico	6
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	7
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	8
Diagnóstico diferencial	10
Critérios de diagnóstico	12
Tratamento	14
Abordagem passo a passo do tratamento	14
Visão geral do tratamento	15
Opções de tratamento	18
Novidades	37
Acompanhamento	38
Recomendações	38
Complicações	38
Prognóstico	38
Diretrizes	39
Diretrizes de diagnóstico	39
Diretrizes de tratamento	40
Nível de evidência	42
Referências	43
Aviso legal	49

Resumo

- ◇ Os sintomas da síndrome do intestino irritável incluem dores abdominais recorrentes ou desconforto associado a uma mudança na frequência ou na forma das fezes. A dor ou o desconforto podem ser aliviados com a defecação.
- ◇ É importante determinar se existem associações alimentares, como alimentos contendo lactose ou alimentos contendo frutose.
- ◇ O exame do abdome geralmente não apresenta nada digno de nota. Pode haver sensibilidade leve e pouco localizada no quadrante inferior direito e/ou no quadrante inferior esquerdo.
- ◇ O diagnóstico é baseado na história do paciente, e não existem testes diagnósticos específicos. Se o paciente tiver sintomas ou achados preocupantes, como anemia, perda de peso ou febre, então será necessária uma investigação mais completa.
- ◇ O tratamento deve ser individualizado e depende dos sintomas predominantes do paciente.

Definição

A síndrome do intestino irritável (SII) é uma condição crônica caracterizada por dor abdominal associada à disfunção intestinal. A dor geralmente é aliviada com a defecação e às vezes é acompanhada por distensão abdominal. Não existem anormalidades estruturais para explicar a dor. A SII ocorre em cerca de 15% da população adulta. A etiologia é provavelmente multifatorial, e as evidências sugerem componentes de motilidade, inflamatórios, genéticos, imunes, psicológicos e alimentares.[1]

Epidemiologia

A síndrome do intestino irritável (SII) está presente em 10% a 15% dos adultos nos EUA.[4] Um estudo conduzido na população de uma organização de manutenção de saúde mostrou a prevalência de sintomas de SII nos entrevistados em 19.5%.[5] A prevalência da SII é semelhante na Europa e, embora possa ser menor na Ásia-Pacífico, ela está aumentando.[6] Os relatórios emitidos na África variam, mas há relatos de taxas de prevalência que chegam a 33%.[6] No Reino Unido, estima-se que a prevalência seja de 17%, no geral, mas com maior prevalência em mulheres (23%) do que em homens (11%).[7] [8]

Na Austrália, um questionário postal (4500 pessoas com ≥ 18 anos) mostrou prevalência de SII de acordo com os critérios de Manning, Roma I e Roma II em 13.6%, 6.9% e 4.4% respectivamente.[9] Da mesma forma, tipos de pesquisas postais equivalentes conduzidos na Ásia descobriram taxas menores de prevalência de SII em Cingapura (11.0%, 10.4% e 8.6% de acordo com os critérios de Manning (critério >1), Roma I e Roma II, respectivamente) e na China (11.5% e 5.7% de acordo com os critérios de Manning e Roma II modificados), esse último mostrando uma prevalência mais elevada nas mulheres.[10] Entre os adultos que buscam ajuda médica, as mulheres superam os homens em uma proporção de 2:1.[11] Não há dados que sugiram quaisquer tendências na prevalência da doença. Há relato de história de abuso físico ou sexual em 32% a 44% dos pacientes.[12] Sintomas da síndrome do intestino irritável (SII) também podem se desenvolver após infecções entéricas.[2] SII é observada em adolescentes e em todas as faixas etárias de adultos. Um estudo mostrou que as taxas de prevalência entre crianças e adolescentes na Ásia variam de 2.8 a 25.7%, com um leve predomínio do sexo feminino.[13] O início dos sintomas depois dos 50 anos de idade não é frequente.

Etiologia

Não há achados endoscópicos, bioquímicos, anatômicos, microbiológicos ou histológicos específicos na síndrome do intestino irritável (SII) que esclareçam a etiologia, embora a maioria sinta que várias causas contribuem para a doença. Por muito tempo, acreditou-se tratar-se de um distúrbio de motilidade gastrointestinal alterada. O fato de que ela pode acompanhar a doença inflamatória intestinal ou seguir um episódio de disenteria bacteriana ou parasitária também levou à hipótese de que possa haver uma base inflamatória ou imune, mas na SII isolada, as biópsias da mucosa são normais. A microbiota intestinal pode ter um papel na doença intestinal funcional, incluindo a síndrome do intestino irritável (SII), seja por suas ações ou determinados alimentos, principalmente carboidratos, e também por seus efeitos na integridade da barreira epitelial e na sinalização enteroendócrina. Embora uma assinatura microbiana exata seja incerta, a SII está entre as doenças que parecem estar associadas a disbiose e menor diversidade da microbiota.[14] [15] Foi demonstrado um supercrescimento bacteriano em alguns pacientes com SII, sobretudo naqueles com um componente de distensão abdominal. É importante dizer que o estresse e a tensão emocional geralmente desencadeiam episódios de SII, embora não haja perfis de personalidade ou diagnósticos psiquiátricos específicos associados à SII.

Fisiopatologia

Muitas evidências sugerem uma disfunção nos aspectos motores e sensoriais do trato digestivo em pessoas com síndrome do intestino irritável (SII).[16] Há uma reatividade alterada do intestino (motilidade e secreção) em resposta a vários estímulos, que podem ser ambientais (estresses ou abusos na vida pessoal) ou luminais (certos alimentos, supercrescimento bacteriano ou de toxinas, distensão ou inflamação intestinal). Essa reatividade alterada pode causar dor, bem como constipação ou diarreia. Também existem evidências de que há uma hipersensibilidade intestinal com aumento da percepção da dor e de sensações do tipo viscerais.[1] Por exemplo, os pacientes com SII têm dor em pressões inferiores quando um balão é distendido dentro do lúmen da parte inferior do cólon ou do reto, em comparação às pessoas que não sofrem da doença. Existe também uma desregulação no eixo cérebro-intestino. Isso pode estar associado a uma maior reatividade ao estresse e a uma modulação ou percepção de sinais aferentes do sistema nervoso entérico.[16]

Classificação

Roma IV: classificar a síndrome do intestino irritável (SII) por subtipos de acordo com o padrão predominante das fezes[2] [3]

1. SII com constipação (SII-C): fezes duras ou grumosas para $\geq 25\%$ dos movimentos intestinais e fezes soltas (moles) ou líquidas para $\leq 25\%$ dos movimentos intestinais.
2. SII com diarreia (SII-D): fezes soltas (moles) ou líquidas para $\geq 25\%$ dos movimentos intestinais e fezes duras ou grumosas para $\leq 25\%$ dos movimentos intestinais.
3. SII mista (SII-M): fezes duras ou grumosas para $\leq 25\%$ dos movimentos intestinais e fezes soltas (moles) ou líquidas para $\leq 25\%$ dos movimentos intestinais.
4. SII não especificada: anormalidade insuficiente da consistência das fezes para atender aos critérios da SII-C, SII-D ou SII-M.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 34 anos, mãe de três filhos, apresenta-se ao médico da família com história de 3 semanas de cólicas abdominais em ambos os quadrantes inferiores. Ela vinha apresentando frequentemente fezes pequenas e moles, acompanhadas por muco, mas sem sangue. Seus sintomas melhoram com as evacuações ou com a passagem de gases. Ela vinha apresentando sintomas quase todo mês desde que estava na faculdade, mas eles vêm piorando recentemente. Ela não tinha história anterior, exceto três gestações normais. A história familiar é negativa para câncer de cólon. Ela tem uma irmã com sintomas semelhantes, mas que não foi ao médico. A história pessoal/social revelou que ela é contadora, e que trabalha por muitas horas. Sua empresa está prestes a se fundir com outra, e ela teme perder o emprego. A revisão dos sistemas é negativa. Ela não perdeu peso nem teve nenhum outro sintoma constitucional. No exame físico, o único achado é uma leve sensibilidade no quadrante inferior direito. Não se percebe nenhuma massa.

Caso clínico #2

Uma dona-de-casa de 40 anos de idade reclama de constipação constante. Ela vinha apresentando problemas desde os 20 anos de idade, mas eles estão piores agora. A constipação é acompanhada de distensão abdominal e dor abdominal, e o desconforto só melhora quando ela tem movimento intestinal. A pedido de sua ginecologista, ela vinha experimentando mais fibras em sua dieta, incluindo frutas frescas e verduras, mas isso só fez a distensão abdominal piorar. Sua história anterior incluía uma colecistectomia e uma histerectomia. O exame físico é totalmente normal. O exame retal revela fezes com consistência normal. O exame de fezes foi negativo para sangue oculto.

Outras apresentações

Os pacientes também podem apresentar diarreia e constipação alternadas associadas a desconforto abdominal.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A síndrome do intestino irritável (SII) é caracterizada por dor ou desconforto abdominal associado à alteração de hábitos intestinais.^[19] A dor é aliviada com a defecação. Outros sintomas comuns presentes incluem distensão abdominal, passagem de muco nas fezes e sensação de evacuação incompleta após movimentos intestinais.

História

A história do paciente pode revelar exposição a diversos fatores de risco, como abuso físico ou sexual, infecção entérica prévia e estresse em casa ou no trabalho. É duas vezes mais provável que os pacientes adultos sejam mulheres.^[11]

Exame físico

O exame físico é normal, exceto que pode haver uma leve sensibilidade nos quadrantes inferiores, sem massa. O teste de Carnett ajuda a distinguir a dor da parede abdominal da dor abdominal originada dentro do abdome. Nesse teste, se a dor aumentar mediante pressão do abdome, sua origem estará na parede abdominal. A dor intraperitoneal é atenuada com a contração da parede abdominal.

Exames diagnósticos

Não existe nenhum teste diagnóstico específico, e a escolha dos testes para investigação dependerá de fatores como sintomas e idade do paciente.^[2] Hemograma completo, testes de velocidade de hemossedimentação e avaliação para sangue oculto nas fezes são frequentemente úteis. Se os pacientes apresentarem SII associada à diarreia, as fezes devem ser verificadas quanto a leucócitos, ovos e parasitas fecais. Em pacientes com diarreia ou distensão abdominal, podem ser necessárias investigações adicionais com um teste do hidrogênio no ar expirado para supercrescimento bacteriano ou deficiência de lactase. Pode-se conduzir um teste com anticorpo antiendomísio ou anticorpo antitransglutaminase tecidual a fim de ajudar a descartar doença celíaca.^{[20] [21]} Geralmente, o câncer de cólon é uma preocupação em pacientes mais velhos. Logo, deve-se considerar uma avaliação endoscópica para câncer de cólon. Se o paciente for <50 anos de idade, uma sigmoidoscopia flexível pode ser adequada. Se os pacientes tiverem >50 anos de idade ou história familiar de câncer de cólon, e se ela não tiver sido realizada anteriormente, deve-se considerar uma colonoscopia. Testes de calprotectina fecal e proteína C-reativa podem ser solicitados para diferenciar a síndrome do intestino irritável (SII) da doença inflamatória intestinal. Proteína C-reativa de <0.5 mg/L e calprotectina fecal de <40 microgramas/g podem ser eficazes em descartar doença inflamatória intestinal.^{[22] [23]}

Fatores de risco

Fortes

abuso físico e sexual

- Diversos estudos mostraram que uma história de abuso físico e/ou sexual é mais comum em pacientes com síndrome do intestino irritável (SII) que em pacientes com outros distúrbios gastrointestinais.^{[12] [17]} A causa da relação é desconhecida.

idade <50 anos

- Os sintomas da SII podem começar na adolescência ou no início da fase adulta. O início da SII em pacientes >50 anos de idade é incomum, e os pacientes desse grupo precisam ser avaliados cuidadosamente quanto a outras etiologias de seus sintomas.

sexo feminino

- Existe uma proporção de 2:1 mulheres/homens dentre os adultos que procuram ajuda para os sintomas da SII.^[11]

infecção entérica prévia

- Os sintomas da SII podem ocorrer em até 30% dos pacientes após uma gastroenterite bacteriana aguda.^{[16] [18]}

Fracos

estresse familiar e no trabalho

- Às vezes, os eventos estressantes da vida estão correlacionados com a exacerbação dos sintomas, mas a natureza dessa conexão não está clara.^[2]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco incluem ser do sexo feminino, idade <50 anos, infecção entérica prévia e história de abuso físico e sexual.

desconforto abdominal (comum)

- Geralmente com cólicas e na parte inferior e/ou na região mesogástrica. Pode ser leve ou grave.

alteração dos hábitos intestinais associados à dor (comum)

- Pode haver diarreia ou fezes moles com mais frequência, constipação ou alternância entre diarreia e constipação. A passagem das fezes alivia a dor ou desconforto abdominal.

inchaço ou distensão abdominal (comum)

- Isso aumenta durante o dia e não está associado a náusea e vômitos. Melhora com a defecação ou com a passagem de gases.

exame do abdome normal (comum)

- Não houve achados significativos. Pode-se encontrar sensibilidade leve no quadrante inferior direito ou no quadrante inferior esquerdo.

Outros fatores de diagnóstico**passagem de muco nas fezes (incomum)**

- Ocorre quando o paciente está sintomático e não apresenta sangue.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none">• O hemograma completo deve ser realizado como parte da investigação inicial. Se o paciente estiver anêmico ou se a contagem do hemograma completo estiver alta, deve-se admitir outro diagnóstico que não de SII.	normal; anemia sugere doença que não SII
estudos de fezes <ul style="list-style-type: none">• Devem ser realizados se o paciente tiver diarreia. Parasitas, principalmente a <i>Giardia lamblia</i>, podem causar distensão abdominal e diarreia.	normal; leucócitos nas fezes ou a presença de parasitas sugerem doença que não SII

Exame	Resultado
anticorpos antiendomísio <ul style="list-style-type: none"> Esse teste deve ser solicitado se o paciente apresentar componentes de diarreia e/ou perda de peso, e caso haja suspeita de doença celíaca. O teste é positivo para doença celíaca.[20] 	negativo; positivo na doença celíaca
anticorpos antitransglutaminase tecidual (anti-tTG) <ul style="list-style-type: none"> Esse teste deve ser solicitado se o paciente apresentar componentes de diarreia e/ou perda de peso, e caso haja suspeita de doença celíaca. O teste mais confiável é o ensaio de imunoadsorção enzimática para pesquisa de anticorpos antitransglutaminase tecidual (anti-tTG) humanos. Esse teste reportou uma sensibilidade de quase 100% e uma especificidade de 95% a 97% para doença celíaca.[20] 	negativo; elevado na doença celíaca
radiografia abdominal simples <ul style="list-style-type: none"> Esse teste pode ser útil na avaliação de um paciente com distensão abdominal. 	normal, padrão intestinal anormal sugere obstrução
sigmoidoscopia flexível <ul style="list-style-type: none"> A mucosa anormal pode representar doença inflamatória intestinal. Esse teste também pode detectar pólipos ou carcinoma. Ele deve ser realizado em pacientes com <50 anos de idade como parte da investigação etiológica inicial. 	normal; mucosa anormal sugere doença inflamatória intestinal
colonoscopia <ul style="list-style-type: none"> Esse teste também permite a detecção de doença inflamatória intestinal ou neoplasia. A colonoscopia deve ser realizada (caso ainda não tenha sido) se o paciente tiver >50 anos ou tiver história familiar de algum parente de primeiro grau com <60 anos de idade com neoplasia de cólon, mas não é necessária em pacientes mais jovens. 	normal; inflamação ou ulceração da mucosa sugerem doença inflamatória intestinal

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
teste do hidrogênio no ar expirado <ul style="list-style-type: none"> Ele deve ser solicitado se o paciente tiver diarreia e/ou distensão abdominal. 	normal; anormal se houver supercrescimento bacteriano ou deficiência de lactase
calprotectina fecal <ul style="list-style-type: none"> Este exame pode ser solicitado para diferenciar a SII da DII.[22] [23] 	<40 microgramas/g torna a doença inflamatória intestinal (DII) menos provável (e a síndrome do intestino irritável [SII] mais provável)
proteína C-reativa sérica <ul style="list-style-type: none"> Este exame pode ser solicitado para diferenciar a SII da DII.[23] 	<0.5 mg/L torna a doença inflamatória intestinal (DII) menos provável (e a síndrome do intestino irritável [SII] mais provável)

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Doença de Crohn	<ul style="list-style-type: none"> • Pode estar presente com fadiga, diarreia, dor abdominal, perda de peso, febre e sangramento retal. Outros sinais podem incluir a presença de úlceras orais, acrocórdones perianais, fístulas, abscessos e tratos sinusais; o exame abdominal pode revelar uma massa palpável na área ileocecal; não há massa presente no exame de toque retal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coprocultura, microscopia e teste de antígeno: negativos. • Séries do trato gastrointestinal superior e do intestino delgado: edema e ulceração da mucosa com estreitamento e estenose luminal. Tomografia computadorizada/ressonância nuclear magnética (TC/RNM) do abdome: lesões descontínuas e segmentares (skip lesions), espessamento da parede intestinal, inflamação adjacente, abscesso, fístulas. • Colonoscopia: úlceras aftosas, hiperemia, edema, nodularidade mucosa, lesões descontínuas e segmentares (skip lesions)
Colite ulcerativa	<ul style="list-style-type: none"> • Pode se manifestar com diarreia hemorrágica, história de dor na parte inferior do abdome, urgência fecal, presença de manifestações extraintestinais (por exemplo, eritema nodoso, artropatia aguda), história de colangite esclerosante primária. Não há massa presente no exame de toque retal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coprocultura, microscopia e teste de antígeno: negativos. • Histologia: doença distal contínua, depleção de mucina, plasmocitose basal, atrofia difusa da mucosa, ausência de granulomas e preservação anal. • Colonoscopia: envolvimento retal, envolvimento uniforme contínuo, perda dos contornos vasculares, eritema difuso, granularidade da mucosa, íleo terminal normal (ou ileíte de refluxo leve na pancolite).

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Colite linfocítica e colagenosa (colite microscópica)	<ul style="list-style-type: none"> O paciente com colite linfocítica ou colagenosa terá diarreia mole a líquida, que geralmente não está associada à dor e tende a não ser episódica. O exame físico é normal. Alguns desses pacientes terão apresentado características de SII anteriormente. Contudo, a colite microscópica é tão comum em pacientes com SII quanto naqueles sem SII.[24] 	<ul style="list-style-type: none"> Bioquímica sérica: pode revelar azotemia e hipocalemia. Endoscopia e histologia: embora a mucosa do cólon possa parecer endoscopicamente normal, haverá alterações histologicamente anormais nas biópsias do cólon.
Doença celíaca	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes com doença celíaca geralmente apresentam perda de peso. O exame físico geralmente é negativo. Alguns pacientes com doença celíaca apresentarão osteoporose precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> Exames laboratoriais básicos: podem mostrar anemia ferropriva, hipocalcemia ou prolongamento do tempo de protrombina, embora muitos pacientes com doença celíaca não apresentem anormalidades na rotina laboratorial. É possível detectar anticorpos antiendomísios e anticorpos antitransglutaminase tecidual na doença celíaca.[20] A biópsia do intestino delgado será anormal com atrofia vilosa parcial na doença celíaca.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Câncer de cólon	<ul style="list-style-type: none"> Às vezes, câncer de cólon pode causar uma alteração nos hábitos intestinais com constipação ou, mais frequentemente, fezes de menor calibre. Alguns, mas não todos, pacientes com câncer de cólon apresentarão sangue nas fezes, e um câncer retal pode ser palpável no exame retal. 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma completo: pode haver a presença de anemia ferropriva. Endoscopia: demonstrará crescimento maligno; o câncer de cólon pode ser diagnosticado pela colonoscopia, enquanto os cânceres do reto, do cólon sigmoide ou da parte inferior do cólon descendente podem ser observados com uma sigmoidoscopia flexível. Enema de bário: embora menos sensível que a endoscopia, muitos cânceres de cólon podem ser observados no enema opaco de duplo contraste. A colonografia por TC é precisa para neoplasias de cólon, mas ainda não está amplamente disponível e geralmente resulta em colonoscopia.
Infecções intestinais	<ul style="list-style-type: none"> A maioria das infecções bacterianas e virais em pacientes imunocompetentes é aguda. O parasita <i>Giardia lamblia</i> pode estar associado à diarreia, náuseas e distensão abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> O exame de fezes para ovos e parasitas pode ser usado para rastreamento. Várias fezes devem ser examinadas. O antígeno sérico <i>Giardia</i> é preciso em diagnosticar <i>Giardia lamblia</i>.
Intolerância não celíaca ao glúten	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes apresentarão distensão abdominal, cólica abdominal e diarreia de forma semelhante à SII. 	<ul style="list-style-type: none"> Os estudos serão negativos, incluindo transglutaminase tecidual e anticorpo antiendomísio.

Critérios de diagnóstico

Critérios de Roma IV[2] [3]

Dor ou desconforto abdominal recorrente, em média pelo menos 1 dia por semana nos últimos 3 meses, e associados a ≥ 2 dos seguintes critérios:

- Relacionados à defecação
- Associados a uma mudança na frequência das fezes
- Associados a uma mudança na forma (aparência) das fezes.

Critérios de Manning^[25]

Dor abdominal recorrente e ≥ 2 dos seguintes:

- Melhora da dor com a defecação
- Fezes mais frequentes no início da dor
- Fezes soltas no início da dor
- Distensão abdominal visível
- Passagem de muco pelo reto
- Sensação de evacuação incompleta.

Abordagem passo a passo do tratamento

O principal objetivo do tratamento é diminuir a intensidade dos sintomas e melhorar a qualidade de vida. Embora a terapia farmacológica seja usada frequentemente na síndrome do intestino irritável (SII), faltam evidências de alta qualidade sobre a eficácia da maioria dos agentes usados. Diversos fatores contribuem para isso, incluindo falta de ensaios clínicos grandes e bem desenhados, além do forte desempenho de braços de placebo.[26]

Modificações alimentares e de estilo de vida

Em todos os pacientes, é importante estabelecer uma relação terapêutica efetiva e fornecer educação e tranquilização. O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse. Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta. O monitoramento dos sintomas em um diário pode ser útil para identificar substâncias e fatores desencadeadores. Probióticos também podem ser considerados.[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha preferível em vez de outros probióticos.[28] 1[A]Evidence Descobriu-se que ela altera a flora intestinal com normalização resultante da proporção nas células mononucleares sanguíneas entre citocinas anti-inflamatórias e citocinas pró-inflamatórias, o que sugere um papel imunomodulador desse organismo em pacientes com SII.[29] Oligossacarídeos fermentáveis, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis (FODMAPs) são carboidratos de cadeia curta de baixa absorção que são propensos a causar sintomas em pacientes com síndrome do intestino irritável (SII). Uma dieta baixa em FODMAPs demonstrou melhora em diversos sintomas, incluindo diarreia, gases, distensão abdominal e dor.[30] [31] [32] [33] [34] [35] Essa dieta se tornou popular e está disponível em diversas fontes online. Não está claro se é ela melhor que as dietas com orientações mais tradicionais. Ela induz alterações favoráveis na microbiota e diminui significativamente a histamina, a qual pode ter um papel desencadeante em alguns pacientes.[36] [37] A adesão à dieta de FODMAP pode ser um problema.

Diarreia e constipação

Se o paciente tem constipação ou alternância entre diarreia e constipação, fibras são frequentemente recomendadas. As evidências sugerem que o uso de ispágula (um excipiente disponível em diversas preparações patenteadas) em um copo de líquido ao deitar pode ajudar a aliviar os sintomas da constipação. Uma metanálise sugeriu que a fibra solúvel é mais eficaz que a não solúvel.[38] Se a adição de fibras não for suficiente, pode-se administrar lactulose ou polietilenoglicol. A lactulose pode aumentar a distensão abdominal em alguns pacientes. O tratamento com lubiprostona é justificado em pacientes com SII com predominância de constipação sem tolerância a laxantes ou laxativos ou em pacientes nos quais estes são ineficazes.[39] [40] 2[B]Evidence Outra alternativa, quando os laxantes não são efetivos, é o linacotíde; ele parece ser seguro e potencialmente útil em pacientes com SII com constipação.[26] [41] [42] De acordo com a American Gastroenterology Association (AGA), o linacotíde é a única terapia farmacológica expressamente recomendada pela AGA para qualquer forma de SII.[26] O plecanatíde foi aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA para uso no tratamento da SII com constipação. Uma revisão sistemática constatou que o linacotíde e o plecanatíde demonstram eficácia e tolerabilidade semelhantes no tratamento da SII com constipação.[43]

Para pacientes com diarreia, pode-se administrar loperamida após fezes soltas. Se o paciente tiver tido uma colecistectomia, a colestiramina pode ser benéfica e mais efetiva nesse subgrupo de pacientes. Se o paciente ainda estiver com sintomas, a alosetrona (uma antagonista 5-HT₃) pode ser benéfica,

embora sua disponibilidade possa estar restrita devido a preocupações de que ela aumenta o risco de colite isquêmica.[44] Os antagonistas 5-HT₃ mostraram melhorar significativamente os sintomas em pacientes com SII.[45] 3[B]Evidence Eluxadoline é um agonista dos receptores kappa e mu-opioide e um antagonista do receptor delta-opioide que pode reduzir a dor abdominal e a diarreia em pacientes que tenham a SII com diarreia, porém, sem os efeitos colaterais constipantes.[46] É aprovado pelo FDA para uso em casos de SII com diarreia predominante. Embora o eluxadoline tenha sido recomendado anteriormente em pacientes sem vesícula biliar (em uma dose menor), a FDA não recomenda mais seu uso em tais pacientes em decorrência de relatos de pancreatite resultando em hospitalização ou óbito.[47] No Reino Unido, a eluxadoline é recomendada para o tratamento da SII com diarreia em adultos, somente se a condição não tiver respondido a outros tratamentos farmacológicos ou se estes forem contraindicados ou não tolerados e forem iniciados em cuidados secundários.[48]

Dor ou distensão abdominal

Existem muitas opções para o tratamento da dor, incluindo as modificações de estilo de vida e alimentares mencionadas acima.[49] O tratamento de primeira linha para pacientes com dor ou distensão abdominal deve ser antiespasmódico. A diclomina ou a hiosciamina podem ser administradas regularmente ou conforme necessário em um paciente com sintomas pouco frequentes.

O óleo de hortelã-pimenta é uma preparação antiga que tem propriedades antiespasmódicas. Descobriu-se que ele é mais útil no alívio da dor da SII em alguns estudos[50] [51] e está disponível em gotas ou comprimidos com revestimento entérico e liberação sustentada.

Se a dor persistir mesmo com os antiespasmódicos, um antidepressivo tricíclico pode ser benéfico.[52] No entanto, como os antidepressivos tricíclicos causam constipação, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs), como a paroxetina ou o citalopram,[53] podem ser mais adequados se o paciente estiver constipado. Os ISRSs também devem ser considerados se o paciente estiver deprimido. Entretanto, a eficácia dos ISRSs como um grupo no tratamento da SII foi questionada em uma metanálise.[54]

O pequeno grupo de pacientes que não responderem às medidas acima pode precisar ser encaminhado para tratamentos psicológicos mais intensivos e apoio. A hipnoterapia e a terapia cognitivo-comportamental mostraram ser benéficas para pacientes com SII recalcitrante.[55] [56] [57] [58] Pacientes com sintomas predominantemente relacionados à dor podem precisar ser encaminhados a uma clínica ou a um especialista em dor.

A rifaximina, um antibiótico minimamente absorvido, mostrou ter um benefício modesto no alívio de distensão abdominal e dos sintomas globais em pacientes com SII sem constipação após um ciclo de 2 semanas.[59] [60] [61] Seu benefício nesses estudos é pequeno, e o agente é caro. Dessa forma, ele não pode ser recomendado como terapia de primeira linha, mas pode ser usado como adjuvante em pacientes refratários. Ele foi aprovado para uso em SII com diarreia predominante em alguns países.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso

(resumo)

Em curso			(resumo)
com constipação predominante			
	■ indolor ou sem distensão abdominal	1a	modificações alimentares e de estilo de vida
		mais	laxantes
	■ com dor ou distensão abdominal	2a	modificações alimentares e de estilo de vida
		mais	lubiprostona ou linaclotide ou plecanatide
		1a	modificações alimentares e de estilo de vida
		mais	laxantes
		mais	antiespasmódicos
		2a	modificações alimentares e de estilo de vida
		mais	inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS)
		mais	linaclotide ou plecanatide
adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou hipnoterapia		
predominância de diarreia			
	■ indolor ou sem distensão abdominal	1a	modificações alimentares e de estilo de vida
		mais	antidiarreicos
	■ com dor ou distensão abdominal	1a	modificações alimentares e de estilo de vida
		mais	antidiarreicos
		mais	antiespasmódicos
		2a	modificações alimentares e de estilo de vida
		mais	antidepressivos tricíclicos
		adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou hipnoterapia
alternação entre constipação e diarreia			
	■ indolor ou sem distensão abdominal	1a	modificações alimentares e de estilo de vida
		adjunto	laxantes

Em curso		(resumo)
■ com dor ou distensão abdominal	adjunto	loperamida
	1a	modificações alimentares e de estilo de vida
	mais	antiespasmódicos
	adjunto	laxantes
	adjunto	loperamida
	2a	modificações alimentares e de estilo de vida
	mais	antidepressivo tricíclico ou inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS)
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou hipnoterapia

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso

com constipação predominante

■ indolor ou sem distensão abdominal

1a

modificações alimentares e de estilo de vida

- » Em todos os pacientes, estabelece-se uma relação terapêutica efetiva seguida de educação e tranquilização.
- » O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse.
- » Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta.
- » A adição de fibras à dieta geralmente é a primeira etapa para pacientes com SII, mas isso às vezes pode causar flatulências ou distensão abdominal.
- » Probióticos também podem ser considerados.[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha preferível em vez de outros probióticos.[28]
- 1[A]Evidence
- » Os probióticos estão disponíveis em farmácias e lojas de alimentos saudáveis.

mais

laxantes

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

- » **ispágula**: consulte a bula do produto para obter informações sobre a dosagem, já que esse agente está disponível em diversas preparações patenteadas

OU

- » **lactulose**: 10-20 g (15-30 mL) por via oral uma vez ao dia inicialmente, pode ser aumentado para duas ou três vezes ao dia

Em curso

caso não haja resposta, máximo de 40 g/dia (60 mL/dia)

OU

» **polietilenoglicol/eletrólitos**: 17 g em 225 mL de água por via oral uma vez ao dia

» Embora as fibras tenham sido avaliadas em diversos ensaios clínicos de síndrome do intestino irritável (SII), o uso de outros agentes osmóticos ou excipientes comuns, como a ispaghula, apesar de serem padrão de prática, não foram bem testados nos estudos clínicos de pacientes definidos com SII.

» A lactulose é um dissacarídeo sintético com gosto adocicado.

2a **modificações alimentares e de estilo de vida**

» Em todos os pacientes, estabelece-se uma relação terapêutica efetiva seguida de educação e tranquilização.

» O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse.

» Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta.

» A adição de fibras à dieta geralmente é a primeira etapa para pacientes com SII, mas isso às vezes pode causar flatulências ou distensão abdominal.

» Probióticos também podem ser considerados.[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha preferível em vez de outros probióticos.[28] 1[A]Evidence

» Os probióticos estão disponíveis em farmácias e lojas de alimentos saudáveis.

mais **lubiproston ou linaclotide ou plecanatide**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **lubiproston**: 24 microgramas por via oral duas vezes ao dia

Em curso

OU

» **linaclotide**: 290 microgramas por via oral uma vez ao dia

OU

» **plecanatide**: 3 mg por via oral uma vez ao dia

» A lubiprostona é um medicamento alternativo para pacientes sem tolerância aos laxantes.[39] [40] 2[B]Evidence

» O linaclotide é outra opção. Ele é um peptídeo de 14 aminoácidos minimamente absorvido que une e ativa o receptor da guanilato ciclase C na superfície luminal do enterócito. Ele reduz a dor e aumenta a secreção e o trânsito intestinal. Parece ser seguro e potencialmente útil em pacientes com SII com constipação.[41] [42]

» O plecanatide foi aprovado pela Food and Drug Administration dos EUA para o tratamento da SII com constipação. Uma revisão sistemática constatou que o linaclotide e o plecanatide demonstram eficácia e tolerabilidade semelhantes no tratamento da SII com constipação.[43]

■ com dor ou distensão abdominal

1a

modificações alimentares e de estilo de vida

» Em todos os pacientes, estabelece-se uma relação terapêutica efetiva seguida de educação e tranquilização.

» O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse.

» Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta.

» A adição de fibras à dieta geralmente é a primeira etapa para pacientes com SII, mas isso às vezes pode causar flatulências ou distensão abdominal.

» Probióticos também podem ser considerados.[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha preferível em vez de outros probióticos.[28] 1[A]Evidence

Em curso

» Os probióticos estão disponíveis em farmácias e lojas de alimentos saudáveis.

» Uma dieta baixa em teor de oligo, di e monossacarídeos fermentáveis e polióis (que, em inglês, formam a sigla FODMAP) também pode ser considerada.^{[30] [31] [32] [33] [37]} A adesão à dieta de FODMAP pode ser um problema.

mais laxantes

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ispágula**: consulte a bula do produto para obter informações sobre a dosagem, já que esse agente está disponível em diversas preparações patenteadas

OU

» **lactulose**: 10-20 g (15-30 mL) por via oral uma vez ao dia inicialmente, pode ser aumentado para duas ou três vezes ao dia caso não haja resposta, máximo de 40 g/dia (60 mL/dia)

OU

» **polietilenoglicol/eletrolitos**: 17 g em 225 mL de água por via oral uma vez ao dia

» Embora as fibras tenham sido avaliadas em diversos ensaios clínicos de síndrome do intestino irritável (SII), o uso de outros agentes osmóticos ou excipientes comuns, como a ispaghula, apesar de serem padrão de prática, não foram bem testados nos estudos clínicos de pacientes definidos com SII.

mais antiespasmódicos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **dicloverina**: 10-20 mg por via oral três vezes ao dia conforme necessário

OU

» **hiosciamina**: 0.125 a 0.25 mg por via oral/sublingual três a quatro vezes ao dia conforme necessário, máximo de 1.5 mg/dia

Em curso

OU

» **óleo de hortelã**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» Esses medicamentos podem beneficiar pacientes em termos de dor ou desconforto abdominal, mas geralmente não afetam as mudanças do padrão intestinal. Quando o paciente estiver bastante sintomático, a prática dos especialistas é administrar tais agentes 3 ou 4 vezes ao dia, e quando o paciente melhorar, mudar para uma base de administração conforme necessário.

» Acredita-se que o medicamento melhore a dor causando relaxamento da musculatura colônica como consequência da ação anticolinérgica.

» Existem antiespasmódicos disponíveis na Europa (mebeverina e alverina) que não são aprovados para uso nos EUA. Eles não são anticolinérgicos, mas provavelmente têm uma eficácia semelhante aos anticolinérgicos na SII.

» A utilidade do óleo de hortelã-pimenta é controversa.[50] [51] É um medicamento de venda livre que está disponível em gotas ou em comprimidos com revestimento entérico e liberação sustentada.

2a **modificações alimentares e de estilo de vida**

» Em todos os pacientes, estabelece-se uma relação terapêutica efetiva seguida de educação e tranquilização.

» O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse.

» Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta.

» A adição de fibras à dieta geralmente é a primeira etapa para pacientes com SII, mas isso às vezes pode causar flatulências ou distensão abdominal.

» Probióticos também podem ser considerados.[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha

Em curso

preferível em vez de outros probióticos.[28]
1[A]Evidence

» Os probióticos estão disponíveis em farmácias e lojas de alimentos saudáveis.

»

» Uma dieta baixa em teor de oligo, di e monossacarídeos fermentáveis e polióis (que, em inglês, formam a sigla FODMAP) também pode ser considerada.[30] [31] [32] [33] [37] A adesão à dieta de FODMAP pode ser um problema.

mais

inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paroxetina**: 20-40 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **citalopram**: 20-40 mg por via oral uma vez ao dia

» ISRSs, como paroxetina ou citalopram,[53] podem ser mais adequados se o paciente estiver constipado. Os ISRSs podem ajudar mais se o paciente estiver deprimido. Entretanto, a eficácia dos ISRSs como um grupo no tratamento da SII foi questionada em uma metanálise.[54] Alguns pacientes irão interrompê-los devido aos efeitos sexuais adversos, que incluem anorgasmia e impotência.

mais

linaclotide ou plecanatide

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **linaclotide**: 290 microgramas por via oral uma vez ao dia

OU

» **plecanatide**: 3 mg por via oral uma vez ao dia

» O linaclotide é um peptídeo de 14 aminoácidos, minimamente absorvido, que une e ativa o receptor da guanilato ciclase C na

Em curso

superfície luminal do enterócito. Ele reduz a dor e aumenta a secreção e o trânsito intestinal. Parece ser seguro e potencialmente útil em pacientes com SII com constipação.[41] [42]

» O plecanatide foi aprovado pela Food and Drug Administration dos EUA para o tratamento da SII com constipação. Uma revisão sistemática constatou que o linaclotide e o plecanatide demonstram eficácia e tolerabilidade semelhantes no tratamento da SII com constipação.[43]

adjunto **terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou hipnoterapia**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Embora haja poucas evidências de alta qualidade para dar suporte a sua eficácia, os pacientes com SII resistente podem se beneficiar de tratamentos psicológicos mais intensivos, como a TCC e a hipnoterapia.

predominância de diarreia

■ **indolor ou sem distensão abdominal**

1a

modificações alimentares e de estilo de vida

» Em todos os pacientes, estabelece-se uma relação terapêutica efetiva seguida de educação e tranquilização.

» O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse.

» Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta.

» A adição de fibras à dieta geralmente é a primeira etapa para pacientes com SII, mas isso às vezes pode causar flatulências ou distensão abdominal.

» Probióticos também podem ser considerados.[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha preferível em vez de outros probióticos.[28] [1\[A\]Evidence](#)

» Os probióticos estão disponíveis em farmácias e lojas de alimentos saudáveis.

Em curso

mais

antidiarreicos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 2-4 mg inicialmente por via oral, seguidos por 2 mg após evacuação diarreica quando necessário, máximo de 16 mg/dia

OU

» **colestiramina**: 2-4 g por via oral duas a quatro vezes ao dia

Opções secundárias

» **alosetrona**: 0.5 a 1 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **eluxadoline**: 75-100 mg por via oral duas vezes ao dia

» A loperamida geralmente é administrada como tratamento de primeira linha para pacientes com SII e diarreia, apesar da falta de evidências de alta qualidade.

» Se o paciente tiver tido uma colecistectomia, a colestiramina pode ser benéfica e mais efetiva nesse subgrupo de pacientes.

» Os antagonistas da 5-HT₃, como a alosetrona, mostraram melhorar significativamente os sintomas em pacientes com SII.[45] **3[B]Evidence** No entanto, existem preocupações de que podem estar associados à constipação grave e à colite isquêmica, por isso eles devem ser usados como tratamento de segunda linha.[44] A alosetrona pode estar disponível com acesso restrito para mulheres com diarreia resistente associada à SII.

» Eluxadoline é um agonista dos receptores kappa e mu-opioide e um antagonista do receptor delta-opioide que pode reduzir a dor abdominal e a diarreia em pacientes que tenham a SII com diarreia, porém, sem os efeitos colaterais constipantes.[46] Foi aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA para uso em SII com diarreia predominante. Embora o eluxadoline tenha sido recomendado anteriormente em pacientes sem vesícula biliar (em uma dose menor), a FDA

Em curso

■ com dor ou distensão abdominal

1a

não recomenda mais seu uso em tais pacientes em decorrência de relatos de pancreatite resultando em hospitalização ou óbito.[47] No Reino Unido, a eluxadolina é recomendada para o tratamento da SII com diarreia em adultos, somente se a condição não tiver respondido a outros tratamentos farmacológicos ou se estes forem contraindicados ou não tolerados e forem iniciados em cuidados secundários.[48]

» O uso de longo prazo de antidiarreicos deve ser monitorado.

modificações alimentares e de estilo de vida

» Em todos os pacientes, estabelece-se uma relação terapêutica efetiva seguida de educação e tranquilização.

» O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse.

» Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta.

» A adição de fibras à dieta geralmente é a primeira etapa para pacientes com SII, mas isso às vezes pode causar flatulências ou distensão abdominal.

» Probióticos também podem ser considerados.[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha preferível em vez de outros probióticos.[28] 1[A]Evidence

» Os probióticos estão disponíveis em farmácias e lojas de alimentos saudáveis.

»

» Uma dieta baixa em teor de oligo, di e monossacarídeos fermentáveis e polióis (que, em inglês, formam a sigla FODMAP) também pode ser considerada.[30] [31] [32] [33] [37] A adesão à dieta de FODMAP pode ser um problema.

mais

antidiarreicos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Em curso

» **loperamida**: 2-4 mg inicialmente por via oral, seguidos por 2 mg após evacuação diarreica quando necessário, máximo de 16 mg/dia

OU

» **colestiramina**: 2-4 g por via oral duas a quatro vezes ao dia

Opções secundárias

» **alosetrona**: 0.5 a 1 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **eluxadoline**: 75-100 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **rifaximina**: 550 mg por via oral três vezes ao dia por 14 dias; o ciclo pode ser repetido uma vez em caso de sintomas recorrentes

» A loperamida geralmente é administrada como tratamento de primeira linha para pacientes com SII e diarreia, apesar da falta de evidências de alta qualidade.

» Se o paciente tiver tido uma colecistectomia, a colestiramina pode ser benéfica e mais efetiva nesse subgrupo de pacientes.

» Os antagonistas da 5-HT₃, como a alosetrona, mostraram melhorar significativamente os sintomas em pacientes com SII.[45] **3[B]Evidence** No entanto, existem preocupações de que podem estar associados à constipação grave e à colite isquêmica, por isso eles devem ser usados como tratamento de segunda linha.[44] A alosetrona pode estar disponível com acesso restrito para mulheres com diarreia resistente associada à SII.

» Eluxadoline é um agonista dos receptores kappa e mu-opioide e um antagonista do receptor delta-opioide que pode reduzir a dor abdominal e a diarreia em pacientes que tenham a SII com diarreia, porém, sem os efeitos colaterais constipantes.[46] Foi aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA para uso em SII com diarreia predominante. Embora o eluxadoline tenha sido recomendado anteriormente em pacientes sem vesícula biliar (em uma dose menor), a FDA

Em curso

não recomenda mais seu uso em tais pacientes em decorrência de relatos de pancreatite resultando em hospitalização ou óbito.[47] No Reino Unido, a eluxadolina é recomendada para o tratamento da SII-D em adultos, somente se a condição não tiver respondido a outros tratamentos farmacológicos ou se estes forem contraindicados ou não tolerados e forem iniciados em cuidados secundários.[48]

» O uso de longo prazo de antidiarreicos deve ser monitorado.

» A rifaximina, um antibiótico minimamente absorvido, mostrou ter um benefício modesto no alívio de distensão abdominal e dos sintomas globais em pacientes com SII sem constipação após um ciclo de 2 semanas.[59] [60] [61] Seu benefício nesses estudos é pequeno, e o agente é caro. Dessa forma, ele não pode ser recomendado como terapia de primeira linha, mas pode ser usado como adjuvante em pacientes refratários. Ele foi aprovado para uso em SII com diarreia predominante em alguns países.

mais

antiespasmódicos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **dicicloverina**: 10-20 mg por via oral três vezes ao dia conforme necessário

OU

» **hiosciamina**: 0.125 a 0.25 mg por via oral/sublingual três a quatro vezes ao dia conforme necessário, máximo de 1.5 mg/dia

OU

» **óleo de hortelã**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» Esses medicamentos podem beneficiar pacientes em termos de dor ou desconforto abdominal, mas geralmente não afetam as mudanças do padrão intestinal. Quando o paciente estiver bastante sintomático, a prática dos especialistas é administrar tais agentes 3 ou 4 vezes ao dia, e quando o paciente melhorar, mudar para uma base de administração conforme necessário.

Em curso

» Acredita-se que o medicamento melhore a dor causando relaxamento da musculatura colônica como consequência da ação anticolinérgica.

» Existem antiespasmódicos disponíveis na Europa (mebeverina e alverina) que não são aprovados para uso nos EUA. Eles não são anticolinérgicos, mas provavelmente têm uma eficácia semelhante aos anticolinérgicos na SII.

» A utilidade do óleo de hortelã-pimenta é controversa.[50] [51] É um medicamento de venda livre que está disponível em gotas ou em comprimidos com revestimento entérico e liberação sustentada.

2a modificações alimentares e de estilo de vida

» Em todos os pacientes, estabelece-se uma relação terapêutica efetiva seguida de educação e tranquilização.

» O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse.

» Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta.

» A adição de fibras à dieta geralmente é a primeira etapa para pacientes com SII, mas isso às vezes pode causar flatulências ou distensão abdominal.

» Probióticos também podem ser considerados.[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha preferível em vez de outros probióticos.[28] 1[A]Evidence

» Os probióticos estão disponíveis em farmácias e lojas de alimentos saudáveis.

»

» Uma dieta baixa em teor de oligo, di e monossacarídeos fermentáveis e polióis (que, em inglês, formam a sigla FODMAP) também pode ser considerada.[30] [31] [32] [33] [37] A adesão à dieta de FODMAP pode ser um problema.

mais antidepressivos tricíclicos

Em curso

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **desipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **doxepina**: 25-75 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

» Eles são mais bem administrados ao deitar, pois causam sonolência. Os pacientes respondem a doses menores que o necessário para tratar a depressão, e alguns dos benefícios desses medicamentos podem advir dos efeitos anticolinérgicos. A resposta não parece ocorrer exclusivamente em pessoas com evidências clínicas de depressão. Tais agentes podem causar constipação. Pacientes bipolares podem apresentar maior incidência de SII; antidepressivos tricíclicos devem ser usados com cautela nesses pacientes em razão do risco de rápida mudança de fase para mania.[62]

adjunto **terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou hipnoterapia**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Embora haja poucas evidências de alta qualidade para dar suporte a sua eficácia, os pacientes com SII resistente podem se beneficiar de tratamentos psicológicos mais intensivos, como a TCC e a hipnoterapia.

alternação entre constipação e diarreia

- **indolor ou sem distensão abdominal**

1a

modificações alimentares e de estilo de vida

» Em todos os pacientes, estabelece-se uma relação terapêutica efetiva seguida de educação e tranquilização.

» O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse.

Em curso

- » Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta.
- » A adição de fibras à dieta geralmente é a primeira etapa para pacientes com SII, mas isso às vezes pode causar flatulências ou distensão abdominal.
- » Probióticos também podem ser considerados.[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha preferível em vez de outros probióticos.[28] 1[A]Evidence
- » Os probióticos estão disponíveis em farmácias e lojas de alimentos saudáveis.

adjunto laxantes

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

- » **ispágula**: consulte a bula do produto para obter informações sobre a dosagem, já que esse agente está disponível em diversas preparações patenteadas

OU

- » **lactulose**: 10-20 g (15-30 mL) por via oral uma vez ao dia inicialmente, pode ser aumentado para duas ou três vezes ao dia caso não haja resposta, máximo de 40 g/dia (60 mL/dia)

OU

- » **polietilenoglicol/eletrolitos**: 17 g em 225 mL de água por via oral uma vez ao dia

- » Os pacientes devem tomar laxantes diariamente na fase da constipação.
- » A lactulose é um dissacarídeo sintético com gosto adocicado.

adjunto loperamida

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Em curso

■ com dor ou distensão abdominal

1a

» **loperamida**: 2-4 mg inicialmente por via oral, seguidos por 2 mg após evacuação diarreica quando necessário, máximo de 16 mg/dia

» A loperamida deve ser utilizada quando necessário na fase da diarreia.

» O uso de longo prazo de antidiarreicos deve ser monitorado.

modificações alimentares e de estilo de vida

» Em todos os pacientes, estabelece-se uma relação terapêutica efetiva seguida de educação e tranquilização.

» O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse.

» Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta.

» A adição de fibras à dieta geralmente é a primeira etapa para pacientes com SII, mas isso às vezes pode causar flatulências ou distensão abdominal.

» Probióticos também podem ser considerados.[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha preferível em vez de outros probióticos.[28] 1[A]Evidence

» Os probióticos estão disponíveis em farmácias e lojas de alimentos saudáveis.

»

» Uma dieta baixa em teor de oligo, di e monossacarídeos fermentáveis e polióis (que, em inglês, formam a sigla FODMAP) também pode ser considerada.[30] [31] [32] [33] [37] A adesão à dieta de FODMAP pode ser um problema.

mais

antiespasmódicos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **dicloverina**: 10-20 mg por via oral três vezes ao dia conforme necessário

Em curso

OU

» **hiosciamina**: 0.125 a 0.25 mg por via oral/sublingual três a quatro vezes ao dia conforme necessário, máximo de 1.5 mg/dia

OU

» **óleo de hortelã**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» Esses medicamentos podem beneficiar pacientes em termos de dor ou desconforto abdominal, mas geralmente não afetam as mudanças do padrão intestinal.

» Quando o paciente estiver bastante sintomático, a prática dos especialistas é administrar tais agentes 3 ou 4 vezes ao dia, e quando o paciente melhorar, mudar para uma base de administração conforme necessário.

» Acredita-se que o medicamento melhore a dor causando relaxamento da musculatura colônica como consequência da ação anticolinérgica.

» Existem antiespasmódicos disponíveis na Europa (mebeverina e alverina) que não são aprovados para uso nos EUA. Eles não são anticolinérgicos, mas provavelmente têm uma eficácia semelhante aos anticolinérgicos na SII.

» A utilidade do óleo de hortelã-pimenta é controversa.[50] [51] É um medicamento de venda livre que está disponível em gotas ou em comprimidos com revestimento entérico e liberação sustentada.

adjunto laxantes

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ispágula**: consulte a bula do produto para obter informações sobre a dosagem, já que esse agente está disponível em diversas preparações patenteadas

OU

» **lactulose**: 10-20 g (15-30 mL) por via oral uma vez ao dia inicialmente, pode ser aumentado para duas ou três vezes ao dia caso não haja resposta, máximo de 40 g/dia (60 mL/dia)

Em curso

OU

» **polietilenoglicol/eletrólitos**: 17 g em 225 mL de água por via oral uma vez ao dia

» Os pacientes devem tomar laxantes diariamente na fase da constipação.

» A lactulose é um dissacarídeo sintético com gosto adocicado.

adjunto loperamida

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **loperamida**: 2-4 mg inicialmente por via oral, seguidos por 2 mg após evacuação diarreica quando necessário, máximo de 16 mg/dia

» A loperamida deve ser utilizada quando necessário na fase da diarreia.

» O uso de longo prazo de antidiarreicos deve ser monitorado.

2a modificações alimentares e de estilo de vida

» Em todos os pacientes, estabelece-se uma relação terapêutica efetiva seguida de educação e tranquilização.

» O tratamento inicial deve ser conservador, incluindo discussão de mudanças de estilo de vida, que podem diminuir o estresse.

» Possíveis substâncias desencadeadoras, como a cafeína, a lactose ou a frutose podem precisar ser eliminadas da dieta.

» A adição de fibras à dieta geralmente é a primeira etapa para pacientes com SII, mas isso às vezes pode causar flatulências ou distensão abdominal.

» Probióticos também podem ser considerados.^[27] Existem vários tipos de cepas, e diferentes probióticos podem ter diferentes ações na função intestinal. Uma cepa, *Bifidobacterium infantis*, mostrou eficácia na melhora de sintomas de SII, e é uma escolha preferível em vez de outros probióticos.^[28]
1[A]Evidence

» Os probióticos estão disponíveis em farmácias e lojas de alimentos saudáveis.

Em curso

» [37]

» Uma dieta baixa em teor de oligo, di e monossacarídeos fermentáveis e polióis (que, em inglês, formam a sigla FODMAP) também pode ser considerada.[30] [31] [32] [33] [37] A adesão à dieta de FODMAP pode ser um problema.

mais

antidepressivo tricíclico ou inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **desipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **amitriptilina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **doxepina**: 25-75 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **paroxetina**: 20-40 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **citalopram**: 20-40 mg por via oral uma vez ao dia

» Eles são mais bem administrados ao deitar, pois causam sonolência. Os pacientes respondem a doses menores que o necessário para tratar a depressão, e alguns dos benefícios desses medicamentos podem advir dos efeitos anticolinérgicos. A resposta não parece ocorrer exclusivamente em pessoas com evidências clínicas de depressão. Tais agentes podem causar constipação. Pacientes bipolares podem apresentar maior incidência de SII; antidepressivos tricíclicos devem ser usados com cautela nesse grupo em razão do risco de rápida mudança de fase para mania.[62]

» Portanto, ISRSs, como paroxetina ou citalopram,[53] podem ser mais adequados se o paciente estiver constipado. Os ISRSs

Em curso

podem ajudar mais se o paciente estiver deprimido. Entretanto, a eficácia dos ISRSs como um grupo no tratamento da SII foi questionada em uma metanálise.^[54] Alguns pacientes irão interrompê-los devido aos efeitos sexuais adversos, que incluem anorgasmia e impotência.

adjunto **terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou hipnoterapia**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Embora haja poucas evidências de alta qualidade para dar suporte a sua eficácia, os pacientes com SII resistente podem se beneficiar de tratamentos psicológicos mais intensivos, como a TCC e a hipnoterapia.^[55]
^[56] ^[57] ^[58]

Novidades

Terapias guiadas por microbiota

O papel da microbiota intestinal na etiologia da síndrome do intestino irritável (SII) e outros distúrbios gastrointestinais vem recebendo uma atenção significativa. A utilização de novas técnicas moleculares para o estudo de bactérias mostrou que os pacientes com SII têm diferenças significativas em sua microbiota em comparação com pessoas sem SII. Embora não esteja claro se isso é uma causa ou um efeito, houve um aumento do interesse pelo uso de tratamentos como probióticos, prebióticos, simbióticos, transplante fecal, antibióticos não absorvíveis, bem como mudanças na dieta para influenciar mudanças na microbiota.[63] [64]

Ramosetrona

A ramosetrona é um antagonista do receptor 5HT-3 que se mostrou ser efetivo nos ensaios clínicos tanto em homens quanto em mulheres para a redução de diarreia e dor abdominal na SII com diarreia predominante. A constipação é um efeito colateral em cerca de 10% dos pacientes.[65] É aprovado para uso em casos de SII com diarreia em vários países, inclusive Japão e Índia, mas não nos EUA nem na Europa.

Ondansetrona

A ondansetrona é um antagonista do receptor 5HT-3 que tem sido usado como antiemético. Um grande estudo prospectivo demonstrou que ela é muito eficaz em relação ao placebo na melhora da diarreia e bem-estar dos pacientes com SII com diarreia predominante.[66]

Tenapanor

O tenapanor é um inibidor de primeira linha da isoforma 3 do trocador sódio hidrogênio (NHE3) gastrointestinal. Em um estudo de 12 semanas, um ensaio de fase II revelou que ele é seguro e eficaz na SII com constipação.[67] O medicamento está atualmente em fase de aprovação pela Food and Drug Administration dos EUA para tratamento de pacientes com SII com constipação.

Recomendações

Monitoramento

Não há necessidade de monitoramento em longo prazo. Os pacientes com síndrome do intestino irritável (SII) devem seguir as recomendações padrão para rastreamento para câncer colorretal, bem como malignidades ginecológicas e geniturinárias.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser ajudados para se sentirem com mais controle e capazes de manejar os próprios sintomas. Um grupo de apoio seria uma boa forma de conseguir isso. Eles devem ser aconselhados a limitar ou eliminar completamente possíveis substâncias desencadeadoras, como cafeína, lactose ou frutose. O monitoramento dos sintomas em um diário pode ser útil para identificar substâncias e fatores desencadeadores. Além disso, deve-se levá-los a considerar o uso de um probiótico diário.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
danos às relações familiares e de trabalho	variável	baixa
A natureza recorrente da síndrome do intestino irritável (SII) pode causar rupturas na vida diária que podem alterar as relações familiares e de trabalho.		
diverticulose	variável	baixa
Existem algumas evidências de que os pacientes com SII com diarreia predominante apresentam aumento do risco de diverticulose, mas não de doença diverticular. ^[68]		

Prognóstico

Pacientes com síndrome do intestino irritável (SII) têm excelente prognóstico no sentido de ter uma expectativa de vida normal, e não existem complicações em longo prazo da doença. No entanto, os sintomas da doença tendem a recorrer na idade adulta, sobretudo em momentos de estresse, dificuldade emocional ou imprudências alimentares.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults

Publicado por: British Society of Gastroenterology

Última publicação em:
2018

Irritable bowel syndrome diagnosis and management: a simplified algorithm for clinical practice

Publicado por: United European Gastroenterology Journal

Última publicação em:
2017

Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome

Publicado por: Danish Society for Gastroenterology and Hepatology

Última publicação em:
2017

Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults

Publicado por: Sociedad Española de Patología Digestiva; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Última publicação em:
2017

Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management

Publicado por: British Society of Gastroenterology

Última publicação em:
2007

Internacional

Irritable bowel syndrome: a global perspective

Publicado por: World Gastroenterology Organisation

Última publicação em:
2015

América do Norte

Management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation

Publicado por: American College of Gastroenterology

Última publicação em:
2014

Diretrizes de tratamento

Europa

Irritable bowel syndrome diagnosis and management: a simplified algorithm for clinical practice

Publicado por: United European Gastroenterology Journal

Última publicação em:
2017

Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome

Publicado por: Danish Society for Gastroenterology and Hepatology

Última publicação em:
2017

Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult

Publicado por: Sociedad Española de Patología Digestiva; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Última publicação em:
2017

Evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update)

Publicado por: British Dietetic Association

Última publicação em:
2016

Evaluation of medicinal products for the treatment of irritable bowel syndrome

Publicado por: European Medicines Agency

Última publicação em:
2014

Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management

Publicado por: British Society of Gastroenterology

Última publicação em:
2007

Internacional

Irritable bowel syndrome: a global perspective

Publicado por: World Gastroenterology Organisation

Última publicação em:
2015

América do Norte

American Gastroenterological Association Institute guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome

Publicado por: American Gastroenterological Association

Última publicação em:
2014

Management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation

Publicado por: American College of Gastroenterology

Última publicação em:
2014

Asia

Clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome in Korea

Publicado por: Korean Society of Neurogastroenterology and Motility

Última publicação em:
2018

Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome

Publicado por: Japanese Society of Gastroenterology

Última publicação em:
2015

Nível de evidência

1. Melhora dos sintomas: existem evidências de alta qualidade de que a *Bifidobacterium infantis* melhora significativamente a dor/desconforto abdominal, inchaço/distensão abdominal e/ou dificuldade de movimento intestinal em comparação com o placebo.[\[28\]](#)

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

2. Resposta ao tratamento: existem evidências de qualidade moderada de que o tratamento com lubiprostona em pacientes com síndrome do intestino irritável (SII) com constipação predominante melhora significativamente a porcentagem de pessoas que apresentam resposta de modo geral em comparação com o placebo.[\[39\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

3. Melhora dos sintomas: existem evidências de qualidade moderada de que os antagonistas de 5-HT₃, alosetrona e cilansetrona, são mais eficazes que a mebeverina ou o placebo em atingir uma melhora global dos sintomas da síndrome do intestino irritável (SII).[\[45\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1480-91. [Texto completo](#)
- Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1393-407.
- Weinberg DS, Smalley W, Heidelbaugh JJ, et al; American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2014 Nov;147(5):1146-8. [Texto completo](#)
- Ford AC, Brandt LJ, Young C, et al. Efficacy of 5-HT3 antagonists and 5-HT4 agonists in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2009 Jul;104(7):1831-43.

Referências

1. Drossman DA, Camilleri M, Mayes FA. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002 Dec;123(6):2108-31.
2. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1480-91. [Texto completo](#)
3. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1393-407.
4. Peery AF, Dellon ES, Lund J, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology*. 2012 Aug 8;143(5):1179-87.e3. [Texto completo](#)
5. Longstreth GF, Wolde-Tsadiq G. Irritable bowel syndrome type symptoms in HMO examinees. Prevalence, demographics, and clinical correlates. *Dig Dis Sci*. 1993 Sep;38(9):1581-9.
6. World Gastroenterology Organisation. Irritable bowel syndrome: a global perspective. 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
7. Ford AC, Talley NJ. Irritable bowel syndrome. *BMJ*. 2012 Sep 4;345:e5836.
8. Chey WD, Maneerattaporn M, Saad R. Pharmacologic and complementary and alternative medicine therapies for irritable bowel syndrome. *Gut Liver*. 2011 Sep;5(3):253-66. [Texto completo](#)
9. Boyce PM, Koloski NA, Taley NJ. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? *Am J Gastroenterol*. 2000 Nov;95(11):3176-83. Erratum in *Am J Gastroenterol*. 2001 Apr;96(4):1319.
10. Gwee KA, Wee S, Wong ML, et al. The prevalence, symptom characteristics, and impact of irritable bowel syndrome in an Asian urban community. *Am J Gastroenterol*. 2004 May;99(5):924-31.

11. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR 3rd. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2002 Aug;97(8):1910-5.
12. Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry*. 1993 Oct;150(10):1502-6.
13. Devanarayana NM, Rajindrajith S, Pathmeswaran A, et al. Epidemiology of irritable bowel syndrome in children and adolescents in Asia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015 Jun;60(6):792-8.
14. Ahmad OF, Akbar A. Microbiome, antibiotics and irritable bowel syndrome. *Br Med Bull*. 2016 Dec;120(1):91-9. [Texto completo](#)
15. Liu HN, Wu H, Chen YZ, et al. Altered molecular signature of intestinal microbiota in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Dig Liver Dis*. 2017 Apr;49(4):331-7.
16. Kellow JE, Azpiroz F, Delvaux M, et al. Applied principles of neurogastroenterology: physiology/motility sensation. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1412-20.
17. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, et al. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med*. 1995 Nov 15;123(10):782-94.
18. Klem F, Wadhwa A, Prokop LJ, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of irritable bowel syndrome after infectious enteritis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017 Apr;152(5):1042-54.
19. National Institute for Health and Care Excellence. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. April 2017. <http://www.nice.org.uk/> (Internet publication). [Texto completo](#)
20. Lewis NR, Scott BB. Systematic review: the use of serology to exclude or diagnose coeliac disease (a comparison of the endomysial and tissue transglutaminase antibody tests). *Aliment Pharmacol Ther*. 2006 Jul 1;24(1):47-54. [Texto completo](#)
21. Irvine AJ, Chey WD, Ford AC. Screening for celiac disease in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2017 Jan;112(1):65-76. [Texto completo](#)
22. Waugh N, Cummins E, Royle P, et al. Faecal calprotectin testing for differentiating amongst inflammatory and non-inflammatory bowel diseases: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2013 Nov;17(55):1-211.
23. Menees SB, Powell C, Kurlander J, et al. A meta-analysis of the utility of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, fecal calprotectin, and fecal lactoferrin to exclude inflammatory bowel disease in adults with IBS. *Am J Gastroenterol*. 2015 Mar;110(3):444-54.
24. Kamp EJ, Kane JS, Ford AC. Irritable bowel syndrome and microscopic colitis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016 May;14(5):659-68.
25. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards a positive diagnosis of irritable bowel. *BMJ*. 1978 Sep 2;2(6138):653-4.

26. Weinberg DS, Smalley W, Heidelbaugh JJ, et al; American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2014 Nov;147(5):1146-8. [Texto completo](#)
27. Zhang Y, Li L, Guo C, et al. Effects of probiotic type, dose and treatment duration on irritable bowel syndrome diagnosed by Rome III criteria: a meta-analysis. *BMC Gastroenterol*. 2016 Jun 13;16(1):62. [Texto completo](#)
28. Brenner DM, Moeller MJ, Chey WD, et al. The utility of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2009 Apr;104(4):1033-49.
29. O'Mahony L, McCarthy J, Kelly P, et al. Lactobacillus and Bifidobacterium in irritable bowel syndrome: symptom responses and relationship to cytokine profiles. *Gastroenterology*. 2005 Mar;128(3):541-51.
30. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, et al. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2014 Jan;146(1):67-75. [Texto completo](#)
31. Ahmad OF, Akbar A. Dietary treatment of irritable bowel syndrome. *Br Med Bull*. 2015 Mar;113(1):83-90.
32. Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr*. 2016 Apr;55(3):897-906. [Texto completo](#)
33. Mansueto P, Seidita A, D'Alcamo A, et al. Role of FODMAPs in patients with irritable bowel syndrome. *Nutr Clin Pract*. 2015 Oct;30(5):665-82. [Texto completo](#)
34. Varjú P, Farkas N, Hegyi P I et al. Low fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols (FODMAP) diet improves symptoms in adults suffering from irritable bowel syndrome (IBS) compared to standard IBS diet: a meta-analysis of clinical studies. *PLoS One*. 2017 Aug 14;12(8):e0182942. [Texto completo](#)
35. Altobelli E, Del Negro V, Angeletti PM, et al. Low-FODMAP diet improves irritable bowel syndrome symptoms: a meta-analysis. *Nutrients*. 2017 Aug 26;9(9):E940. [Texto completo](#)
36. McIntosh K, Reed DE, Schneider T, et al. FODMAPs alter symptoms and the metabolome of patients with IBS: a randomised controlled trial. *Gut*. 2017 Jul;66(7):1241-51.
37. Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, et al. Diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional dietary advice: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2015 Nov;149(6):1399-407. [Texto completo](#)
38. Nagarajan N, Morden A, Bischof D, et al. The role of fiber supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2015 Sep;27(9):1002-10.
39. Drossman DA, Chey WD, Johanson JF, et al. Clinical trial: lubiprostone in patients with constipation-associated irritable bowel syndrome - results of two randomized, placebo-controlled studies. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009 Feb 1;29(3):329-41

40. Li F, Fu T, Tong WD, et al. Lubiprostone is effective in the treatment of chronic idiopathic constipation and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Mayo Clin Proc.* 2016 Apr;91(4):456-68.
41. Johnston JM, Kurtz CB, Macdougall JE, et al. Linaclotide improves abdominal pain and bowel habits in a phase IIb study of patients with irritable bowel syndrome with constipation. *Gastroenterology.* 2010 Dec;139(6):1877-86.
42. Chey WD, Lembo AJ, Lavins BJ, et al. Linaclotide for irritable bowel syndrome with constipation: a 26-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate efficacy and safety. *Am J Gastroenterol.* 2012 Nov;107(11):1702-12. [Texto completo](#)
43. Shah ED, Kim HM, Schoenfeld P. Efficacy and tolerability of guanylate cyclase-C agonists for irritable bowel syndrome with constipation and chronic idiopathic constipation: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2018 Mar;113(3):329-38.
44. Ford AC, Brandt LJ, Young C, et al. Efficacy of 5-HT3 antagonists and 5-HT4 agonists in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2009 Jul;104(7):1831-43.
45. Andresen V, Montori VM, Keller J, et al. Effects of 5-hydroxytryptamine (serotonin) type 3 antagonists on symptom relief and constipation in nonconstipated irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008 May;6(5):545-55.
46. Dove LS, Lembo A, Randall CW, et al. Eluxadoline benefits patients with irritable bowel syndrome with diarrhea in a phase 2 study. *Gastroenterology.* 2013 Aug;145(2):329-38. [Texto completo](#)
47. US Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: FDA warns about increased risk of serious pancreatitis with irritable bowel drug Viberzi (eluxadoline) in patients without a gallbladder. March 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
48. National Institute for Health and Care Excellence. Eluxadoline for treating irritable bowel syndrome with diarrhoea. August 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
49. Camilleri M, Boeckxstaens G. Dietary and pharmacological treatment of abdominal pain in IBS. *Gut.* 2017 May;66(5):966-74.
50. Pittler MH, Ernst E. Peppermint oil for irritable bowel syndrome: a critical review and meta analysis. *Am J Gastroenterol.* 1998 Jul;93(7):1131-5.
51. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2008 Nov 13;337:a2313. [Texto completo](#)
52. Rahimi R, Nikfar S, Rezaie A, et al. Efficacy of tricyclic antidepressants in irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2009 Apr 7;15(13):1548-53. [Texto completo](#)
53. Tack J, Broekaert D, Fischler B, et al. A controlled crossover study of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in irritable bowel syndrome. *Gut.* 2006 Aug;55(8):1095-103.

54. Xie C, Tang Y, Wang Y, et al. Efficacy and safety of antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015 Aug 7;10(8):e0127815. [Texto completo](#)
55. Häuser W, Hagl M, Schmierer A, et al. The efficacy, safety and applications of medical hypnosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2016 Apr 29;113(17):289-96. [Texto completo](#)
56. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, et al. Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017 Feb;51:142-52. [Texto completo](#)
57. Radziwon CD, Lackner JM. Cognitive behavioral therapy for IBS: how useful, how often, and how does it work? *Curr Gastroenterol Rep*. 2017 Aug 17;19(10):49.
58. Windgassen S, Moss-Morris R, Chilcot J, et al. The journey between brain and gut: a systematic review of psychological mechanisms of treatment effect in irritable bowel syndrome. *Br J Health Psychol*. 2017 Nov;22(4):701-36.
59. Pimentel M, Lembo A, Chey WD, et al. Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation. *N Engl J Med*. 2011 Jan 6;364(1):22-32. [Texto completo](#)
60. Tack J. Antibiotic therapy for the irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*. 2011 Jan 6;364(1):81-2. [Texto completo](#)
61. Li J, Zhu W, Liu W, et al. Rifaximin for irritable bowel syndrome: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Jan;95(4):e2534. [Texto completo](#)
62. Tseng PT, Zeng BS, Chen YW, et al. A meta-analysis and systematic review of the comorbidity between irritable bowel syndrome and bipolar disorder. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Aug;95(33):e4617. [Texto completo](#)
63. Johnsen PH, Hilpüsch F, Cavanagh JP, et al. Faecal microbiota transplantation versus placebo for moderate-to-severe irritable bowel syndrome: a double-blind, randomised, placebo-controlled, parallel-group, single-centre trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017 Oct 31. pii: S2468-1253(17)30338-2.
64. Simrén M, Barbara G, Flint HJ, et al; Rome Foundation Committee. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. *Gut*. 2013 Jan;62(1):159-76. [Texto completo](#)
65. Fukudo S, Kinoshita Y, Okumura T, et al. Ramosetron reduces symptoms of irritable bowel syndrome with diarrhea and improves quality of life in women. *Gastroenterology*. 2016 Feb;150(2):358-66. [Texto completo](#)
66. Garsed K, Chernova J, Hastings M, et al. A randomised trial of ondansetron for the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Gut*. 2014 Oct;63(10):1617-25. [Texto completo](#)
67. Chey WD, Lembo AJ, Rosenbaum DP. Tenapanor treatment of patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome: a phase 2, randomized, placebo-controlled efficacy and safety trial. *Am J Gastroenterol*. 2017 May;112(5):763-74. [Texto completo](#)

68. Jung HK, Choung R, Locke G. Diarrhea predominant irritable bowel syndrome is associated with diverticulosis: a population based study. *Am J Gastroenterol*. 2010 Mar;105(3):652-61. [Texto completo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jan 08, 2019.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Ned Snyder, MD, MACP, AGAF

Chief of Gastroenterology and Hepatology

Kelsey-Seybold Clinic, Clinical Professor of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Adjunct Professor of Medicine, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX

DIVULGAÇÕES: NS declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Douglas Drossman, MD

Professor of Medicine and Psychiatry

School of Medicine, Co-Director, UNC Center for Functional GI and Motility Disorders, Chapel Hill, NC

DIVULGAÇÕES: DD declares that he has no competing interests.

Simon McLaughlin, MBBS

Research Fellow

Department of Gastroenterology, St Mark's Hospital, Northwick Park, Harrow, UK

DIVULGAÇÕES: SM declares that he has no competing interests.

Horace Williams, MBBS

Clinical Research Fellow

Division of Medicine, Imperial College, London, UK

DIVULGAÇÕES: HW declares that he has no competing interests.