

## FARMÁCIA CLÍNICA E DOENÇA DE CROHN COMPLICADA: RELATO DE CASO

### PHARMACY CLINIC AND COMPLICATED CROHN'S DISEASE: CASE

Elayne Costa da Silva<sup>1\*</sup>, Nelson Machado do Carmo Júnior<sup>2</sup>, Iara Antônia Lustosa Nogueira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Residência Multiprofissional em Clínica Médica e Cirúrgica. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Unidade Presidente Dutra.*

<sup>2</sup> *Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN/FUNDEP) – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).*

<sup>3</sup> *Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)*

*R. Barão de Itapari, 227 - Centro, São Luís - MA, 65020-070*

*costa.elayne@gmail.com*

*(98) 981243919*

#### RESUMO

Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal crônica de causa desconhecida que afeta qualquer porção do trato gastrointestinal, da boca até o ânus. Assim, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico da DC complicada com fístulas de um paciente, além de descrever o tratamento farmacológico, monitorar os parâmetros bioquímicos e fatores que possam ter contribuído para a remissão da doença. Este trabalho consiste em um estudo descritivo. Os dados foram coletados através do prontuário e prescrição médica nos meses de janeiro a junho de 2015. Paciente F.A.P.N., 59 anos, 47,4 kg, presença de fezes na urina há quatro anos e fístula colo-vesical. Foi internado com quadro de desidratação, além de estar desnutrido, hipocorado, astênico, anictérico e edemaciado. Apresentou abdome distendido, flácido e indolor a palpação e múltiplos orifícios com fístulas enterocutâneas, no qual foi submetido a alguns procedimentos cirúrgicos. Realizou-se o acompanhamento farmacoterapêutico e observou-se que o paciente manteve quadro de anemia, hipoalbuminemia e apresentou agudização do quadro inflamatório demonstrado pelos sinais clínicos e pelo resultado da proteína C reativa elevada. O paciente fez uso de antibioticoterapia, imunossupressor e adalimumabe para controle e manutenção da remissão da DC. No entanto, após recorrentes infecções hospitalares, teve piora do quadro clínico e foi a óbito. Apesar do desfecho negativo, é possível inferir que o diagnóstico preciso, tratamento precoce e acompanhamento farmacoterapêutico, constituem fatores determinantes para remissão da DC e melhoria da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** doença de Crohn; tratamento; farmácia clínica; atenção.

#### ABSTRACT

Crohn's disease (CD) is a chronic inflammatory bowel disease of unknown cause that affects any portion of the gastrointestinal tract, from the mouth to the anus. Thus, the objective of this study was to report a clinical case of CD complicated with fistulas of a patient, besides describing the pharmacological treatment, to monitor the biochemical parameters and factors that may have contributed to the remission of the disease. This work consists of a descriptive study. The data were collected through medical records and prescription in the months of January to June of 2015. Patient F.A.P.N., 59 years old, 47.4 kg, presence of faeces in the urine for four years and colo-vesical fistula. He was hospitalized with dehydration, besides being malnourished, hypochromized, asthenic, anicteric and swollen. She had a distended abdomen, flaccid and painless palpation and multiple orifices with enterocutaneous fistulas, in which she underwent surgical procedures. Pharmacotherapeutic follow-up was carried out and it was observed that the patient maintained anemia, hypoalbuminemia and presented an exacerbation of the inflammatory picture, demonstrated by clinical symptoms and elevated C-reactive protein. The patient made use of antibiotic therapy, immunosuppressant and adalimumab to control and maintain the remission of Crohn's disease. However, after recurrent hospital infections, the clinical picture worsened and he died. Despite the negative outcome, it is possible to infer that accurate diagnosis, early treatment and pharmacotherapeutic follow-up are decisive factors for remission of CD and improvement of quality of life.

**Keywords:** Crohn's disease; treatment; clinical pharmacy; pharmaceutical attention.

## INTRODUÇÃO

A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal crônica de causa desconhecida que afeta potencialmente qualquer porção do trato gastrointestinal desde a boca até o ânus (1). Sua etiopatogenia é desconhecida, podendo haver relação com fatores imunológicos, genéticos e ambientais para o da doença. Assim, é necessária a interação de diversos componentes acima citados para o desenvolvimento da patologia (2,3).

O aumento da incidência e a heterogeneidade desta patologia, com diferentes apresentações e prognóstico (4), leva à constante preocupação em desenvolver e aperfeiçoar a sua classificação e regras de decisão terapêutica (5).

O tratamento farmacológico compreende o uso de aminossalicilatos, corticosteroides, antibióticos e imunossuppressores, terapia biológica, objetivando indução da remissão clínica, melhora da qualidade de vida e a manutenção da remissão (6). O tratamento cirúrgico é necessário para tratar obstruções, complicações supurativas e doença refratária ao tratamento medicamentoso (7,8).

A abordagem farmacoterapêutica é essencial para a qualidade da assistência ao paciente, sendo o farmacêutico e a atividade da farmácia clínica imprescindíveis para o sucesso da terapia medicamentosa (9).

Desse modo, objetivou-se relatar um caso clínico da DC complicada com fístulas enterocutâneas, descrever o tratamento farmacológico e o monitoramento laboratorial e fatores que possam ter contribuído para a remissão da doença de um paciente atendido em um Hospital público de ensino.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso, no qual foram detalhados a doença, o tratamento, o acompanhamento farmacoterapêutico (busca ativa de possíveis erros de posologia, incompatibilidades, interações medicamentosas potenciais com outros fármacos, alimentos e exames laboratoriais e detecção de possíveis problemas relacionados aos medicamentos - PRM), além dos fatores que contribuíram para remissão da DC (quando não existem

sinais e sintomas da doença, porém não evolui para cura) de um paciente. Os dados foram coletados por meio do prontuário e das prescrições médicas aviadas na farmácia do hospital entre janeiro e março de 2015. Os resultados obtidos foram plotados em tabelas e gráficos.

O estudo foi realizado em um Hospital público de ensino, referência no estado do Maranhão para procedimentos de alta complexidade, procedimentos de média complexidade e alguns programas estratégicos de atenção básica integradas à rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Unidade Presidente Dutra, e aprovado por meio do parecer de nº 1.193.015.

## RESULTADOS

### Relato de caso

Em janeiro de 2015, o paciente F.A.P.N., sexo masculino, 59 anos, 47,4kg, 1,75 cm de altura, raça branca, foi internado no Hospital público de ensino com quadro de desidratação, desnutrição, hipocorado, anictérico, apresentando edema em membros superiores, inferiores, com bolsa escrotal, apresentando um quadro estado clínico bastante fragilizado. Apresentava ainda abdome distendido, hipertimpânico, flácido e indolor a palpação e múltiplos orifícios com fístulas enterocutâneas.

Na história clínica prévia do paciente, havia relatos de fezes na urina há quatro anos e fistula colo-vesical anteriormente diagnosticada, procedimentos de drenagem de fistula e reconstituição do trânsito intestinal. Após a realização de exames, foi diagnosticado com DC.

Ao ser admitido na instituição, o paciente iniciou o tratamento com os antibióticos (ciprofloxacino solução injetável e metronidazol solução injetável), imunossupressor (azatioprina) e imunobiológico (adalimumabe). O paciente também recebia vitaminas C e do complexo B, diariamente, bem como vitamina K, uma vez por semana. O tratamento farmacológico recebido pelo paciente durante a internação encontra-se listado na tabela 1.

**Tabela 1.** Tratamento farmacológico recebido pelo paciente durante internação

Medicamentos	Posologia
Ciprofloxacino 200mg/100ml	400 mg 12/12h
Meropenem 1000mg	1000 mg 8/8h
Metronidazol 500mg/100mL	500mg 8/8h
Piperacilina e Tazobactam 4,5g	4,5 mg 6/6h
Fluconazol 200mg	200mg 24/24h
Ceftriaxona 1000mg	1000mg 12/12h
Vancomicina 500mg	1000mg 12/12h
Azatioprina 50mg	50 mg 24/24h
Adalimumabe 40mg/0,8mL	32 mg 15/15 dias
Ranitidina 50mg	50mg 12/12h
Furosemida 40mg	40mg 8/8h
Albumina humana 20%	50mg 8/8h
Vitamina K injetável	10mg 7/7 dias
Vitamina C injetável	200mg 24/24h
Vitaminas Complexo B	24/24h
Cloreto de Potássio 10%	24/24h
Glutamina injetável	20g 24/24h

O acompanhamento da farmacoterapia do paciente foi realizado por uma farmacêutica clínica vinculada ao programa de Residência Multiprofissional em Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital. Foi acompanhado diariamente o uso dos medicamentos, além de serem identificados e solucionados os problemas relacionados ao uso dos medicamentos durante a internação, como indicação, segurança e efetividade e interações medicamentosas, com alimentos e exames laboratoriais.

O paciente evoluiu com uma infecção, apresentando urocultura positiva para *Escherichia coli*, com antibiograma sensível a Meropenem, iniciando a antibioticoterapia.

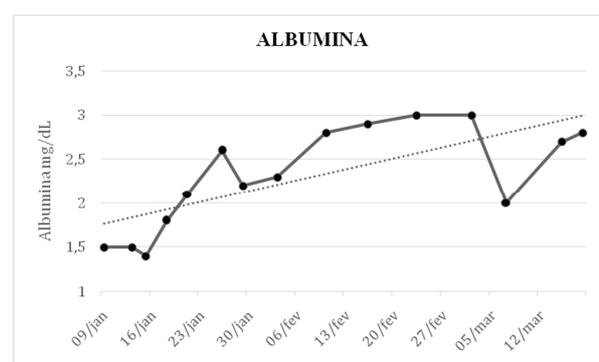
Após dez dias de internação, ele apresentou edema nos membros inferiores, sendo realizado aumento da dose de azatioprina de 50mg/dia para 100mg/dia. Três dias após esse ajuste, apresentou prurido e descamação em região palmar em membro superior esquerdo e mãos, pés frios e pico febril de 38°C, sugerindo uma reação adversa ao medicamento.

O cálculo do algoritmo de Naranjo foi realizado pela farmacêutica clínica, obtendo-se a pontuação de 5, comprovável origem da reação associada ao medicamento. Diante do exposto, foi sugerido e discutido com a equipe médica a suspensão do medicamento. Os sinais de reação adversa desapareceram após suspensão do medicamento.

Para o edema, foi discutido e sugerido inserir na farmacoterapia, o medicamento furosemida injetável 120mg/dia

e albumina 20% injetável 150mg/dia, conforme necessidade clínica. Os parâmetros de efetividade e de segurança ao uso da albumina foram acompanhados sem necessidade de intervenção farmacêutica. As dosagens de albumina sérica do paciente encontram-se organizadas na figura 1.

Após iniciar com dose alta de diurético o paciente apresentou melhora significativa no edema dos membros, no entanto, houve alteração laboratorial importante do nível sérico de potássio (K 6,9 mEq/L), necessitando correção da hipocalemia.



**Figura 1.** Evolução das dosagens de albumina do paciente durante internação.

Outros exames laboratoriais de relevância clínica obtidos durante a internação do paciente estão descritos na tabela 2.

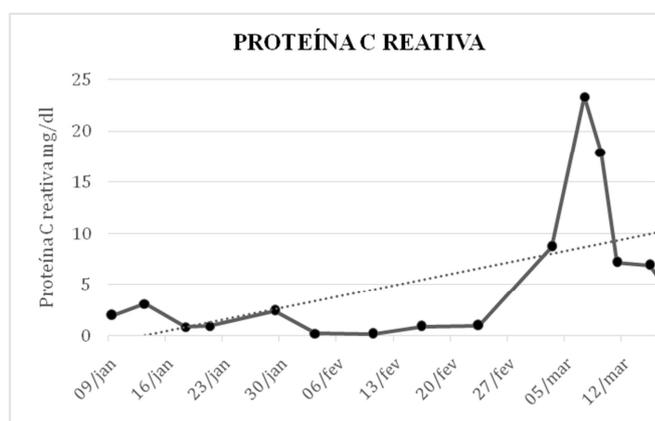
**Tabela 2.** Resultados relevantes de exames laboratoriais do paciente durante internação.

Exames	09/01/15	10/02/15	07/03/15
Hemoglobina (g/dl)	6,9	10,0	7,10
Leucócitos (cél./mm <sup>3</sup> )	7.290	10.480	9.960
Ureia (U/L)	24	53	53
Creatinina (mg/dl)	0,84	0,37	0,62
Sódio (mmol/l)	-	138	-
AST (U/L)	11	17	-
ALT (U/L)	7	6	-
Lipase (U/L)	-	9	-
Amilase (U/L)	-	20	-
Albumina (mg/dl)	1,5	2,8	2,0
Proteína C Reativa (mg/dl)	1,97	0,2	23,31

O paciente utilizou quatro doses do medicamento adalimumabe, sendo uma dose a cada 15 dias (ajustado conforme o peso do paciente). Apresentou melhora do quadro, melhora progressiva do edema e fístula sem secreção, porém, manteve quadro de desnutrição.

Dessa forma, o paciente desenvolveu novo quadro infeccioso com foco urinário, com presença de hematúria sendo iniciado tratamento empírico com piperacilina + tazobactam injetável 18 g/dia. Após o ciclo de tratamento, o paciente persistia com febre, dores musculares e diurese com aspecto turvo e disúria. Então, foi realizado novo rastreio infeccioso e identificada infecção de foco urinário. Para tratamento desse quadro, foi utilizado fluconazol injetável 200 mg/dia e ceftriaxona injetável 2g/dia, com desaparecimento do quadro febril e redução da leucocitose após 2 dias de uso.

Os resultados do parâmetro de infecção (PCR) foram registrados e a evolução desses resultados encontram-se disponíveis na figura 2.



**Figura 2.** Evolução da dosagem de proteína C reativa do paciente durante internação.

Após cistografia e enterografia, o paciente apresentou extravasamento fecal e urinário por fístula abdominal, além de dor uretral, com quadro de infecção do trato urinário por *Klebsiella pneumoniae*. Então, foi iniciado o tratamento com Meropenem injetável 3g/dia por 14 dias, conforme sensibilidade mostrada em novo antibiograma. Ao término desse tratamento, foi identificada a presença de novo extravasamento de secreção entérica por fístula na região abdominal e urina fecalóide abundante.

Após pesquisa de novo foco infeccioso, apresentou urocultura positiva para *Stenotrophomonas maltophilia*, febre e piora do quadro clínico, iniciando Meropenem injetável 3g/dia empiricamente.

Devido à piora clínica, F.A.P.N. foi internado na Unidade de Terapia Intensiva

(UTI) em choque séptico com sangramento, fístula abdominal drenando grande quantidade de secreção entérica. O paciente apresentava abdômen com exposição de alça com volumoso coágulo e presença de sangramento ativo na parede abdominal. Edema em membros inferiores, na bolsa escrotal e exposição da alça da região umbilical.

Com efeito, o paciente obteve melhora do quadro e transferido para enfermaria clínica. No entanto, após doze dias voltou a ser internado na UTI por piora clínica, com desconforto respiratório, sepse grave e insuficiência respiratória aguda.

Devido ao quadro clínico do paciente e a falta de resposta ao tratamento, optou-se por conduta em cuidados paliativos. Assim, foram prescritos os medicamentos somente para controle dos sintomas. O desfecho do caso foi continuação da piora clínica, evoluindo em seguida para óbito.

## DISCUSSÃO

A característica da DC neste paciente foi ter progredido até o cólon e evoluindo com fístulas enterocutâneas. De acordo com o Índice de Harvey-Bradshaw (IHB), o paciente classifica-se como DC complicada por fístulas, no qual requer drenagem cirúrgica de abscessos perianais e as não-perianais requer antibioticoterapia com uso de metronidazol (20 mg/kg/dia de 8/8 horas), com ou sem ciprofloxacino (500 mg a cada 12 horas) (10).

O tratamento farmacoterapêutico do paciente seguiu o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. Nesta, o tratamento preconizado da Doença de Crohn com atividade inflamatória intestinal complicada por fístulas, atrelados a casos de infecções ou abscessos (conforme sinais e sintomas clínicos do paciente deste relato) é a antibioticoterapia (10).

Durante o acompanhamento farmacoterapêutico, foi monitorado os parâmetros de efetividade e de segurança da farmacoterapia do paciente e intervindo, quando necessário, conforme descrito ao longo deste caso. A atuação da farmácia clínica, no monitoramento dos resultados laboratoriais, foi importante, principalmente no momento de ampliação do espectro da

antibioticoterapia para tratamento de quadro infeccioso.

Ao longo do acompanhamento farmacoterapêutico, não foram observados incompatibilidades e interações medicamentosas com alimentos e exames laboratoriais que houvesse necessidade de intervenção farmacêutica.

Foi observado alteração importante no nível de potássio decorrente ao tratamento com furosemida, necessitando de intervenção farmacêutica para correção da hipocalemia e suspensão do fármaco.

O paciente desenvolveu infecções hospitalares, como infecções urinárias causadas pelas bactérias *Klebsiella pneumoniae*, *Stenotrophomonas maltophilia* e *Escherichia coli*. Foi sugerido à equipe médica a inclusão de antibiótico de amplo espectro de início imediato, sendo esta aceita e os parâmetros de efetividade e segurança da farmacoterapia monitorados.

A terapia com azatioprina está associada a um aumento do risco de infecções e diversas reações adversas como: elevação das transaminases, febre, trombocitopenia, infecção das vias aéreas superiores, náuseas e vômitos, linfopenia, leucopenia, dentre outros. As intervenções farmacêuticas nesta situação foram importantes para o uso seguro do medicamento.

O emprego de azatioprina (2 a 2,5 mg/kg/dia, por via oral) resulta na cicatrização de fístulas e melhora sintomática e pode ser realizada em associação à antibioticoterapia. Pelo menos três meses são necessários para a avaliação da resposta. Essa terapia de manutenção deve ser mantida pelo tempo necessário, de acordo com a evolução e a resposta clínica (11).

O adalimumabe (160 mg na semana zero e 80 mg na semana dois e, após, 40 mg a cada duas semanas) é indicado quando não houver resposta ao metronidazol/ciprofloxacino e à azatioprina nas fístulas perianais complexas, retovaginais ou retoabdominais (12).

Esse paciente fez tratamento com terapia biológica anti- TNF (antagonistas do fator de necrose tumoral) para remissão da doença e cicatrização das fístulas enterocutâneas com quatro doses de adalimumabe, sendo administrado a cada

quinze dias, o que proporcionou melhora clínica e cicatrização das fístulas; porém o paciente desenvolveu recorrentes infecções associadas ao uso da terapia biológica adalimumabe, descrita como uma reação adversa esperada ao uso desse fármaco (13).

Porém, por se tratar de um paciente com sistema imunológico deprimido decorrente do quadro inflamatório da doença, desnutrido (47,4kg), anêmico (Hb 7,10 g/dl), infecções recorrentes e várias agudizações da DC, não houve remissão da doença.

Estudo desenvolvido por Arroja et al. (14), relata o caso de uma paciente de 54 anos, desnutrida e desidratada, DC há mais de 10 anos, com drenagem de conteúdo fecal por fístulas abdominais e recebe tratamento com terapia biológica infliximab (2 doses) e antibioticoterapia.

Porém, neste caso, apresentou complicações decorrentes do tratamento (infecção respiratória) e evoluiu a óbito. Ao comparar com este estudo, sugere-se a avaliação do risco-benefício ao paciente, já que se trata de uma terapia com riscos de reação adversa severa e irreversível.

Estudo desenvolvido por Dewulf (9) na análise da atenção farmacêutica (AT) de pacientes em tratamento para doença inflamatória intestinal observou que a introdução da AT possibilitou a identificação e resolução de PRM, mostrando benefícios durante o tratamento, o que corrobora com este estudo.

O diagnóstico precoce e tratamento adequado contribuem para melhor prognóstico e remissão da doença (15). Em relato do caso de um paciente do sexo masculino, 35 anos, não tabagista, dor abdominal e diarreia frequente não mucossanguinolenta com diagnóstico precoce de DC duodenal, tratamento adequado resultou em remissão da doença (15).

O mesmo desfecho clínico relatado em Amaro e. al. (15) não foi observado neste estudo. O paciente, ao ser admitido apresentava agudização da DC, idade avançada e o tratamento não estava sendo adequado para remissão da doença, entre outros fatores. A hipoalbuminemia está diretamente associada com estado nutricional, mais precisamente com desnutrição proteico-calórica (DPC), achado

frequente nos pacientes com doença de Crohn (16,17).

Neste relato, o paciente, durante o acompanhamento farmacoterapêutico, apresentou hipoalbuminemia, entretanto, teve uma piora do estado nutricional, podendo estar associado ao grau da inflamação e a desnutrição. A hipoalbuminemia e a anemia podem ser marcadores de gravidade, pois têm relação não apenas com atividade de doença, mas também com desnutrição (18,19), situações clínicas similares a este caso.

## CONCLUSÃO

Apesar do desfecho negativo neste caso, é possível inferir que o diagnóstico preciso, o tratamento precoce, e o acompanhamento do farmacêutico clínico, constituem-se como fatores determinantes para remissão da DC e para melhoria da qualidade de vida de portadores dessa doença, apesar de envolver fatores bastante complexos.

O risco-benefício da terapia biológica no tratamento de fístulas do paciente com doença de Crohn complicada deve ser avaliada, pois se trata de medicamentos com reações adversas que podem comprometer a remissão da doença, sendo a atuação do farmacêutico clínico de grande importância.

## REFERÊNCIAS

- (1) LAASS, M.W.; ROGGENBUCK, D.; CONRAD, K. Diagnosis and classification of Crohn's disease. **Autoimmunity Reviews**, v. 13, n. 4-5, p.467-471, 2014.
- (2) BAUMGART, D.C.; SANDBORN, W.J. Crohn's disease. **Lancet**, v. 380, p. 1590-1605, 2012.
- (3) REBELO, A.; ROSA, B.; MOREIRA, M.J. Da classificação de Viena para a nova classificação de Montreal: caracterização fenotípica e evolução clínica da doença de crohn. **Jornal Português de Gastreterologia**, v. 18, p.15-21, 2011.
- (4) MAGRO, F. et al. Decisões clínicas na doença de Crohn. **GE J Port Gastreterol**, v.19, n. 2, p.71-88, 2012.

(5) RAVIS, S.P. et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. **Gut**, v. 55, Suppl 1, p. 16-35, 2006.

(6) PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, 815-822,2000.

(7) PAULO, G.K. et al. Reindução da Remissão Clínica com adalimumabe após Interrupção do Tratamento: Uma Alternativa no Manejo da Doença de Crohn. **Rev. bras. Coloproct.**,v.30, n. 2, p.135-140, 2010.

(8) HANAUER, S.B. et al. Human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody (adalimumab) in Crohn's disease: the CLASSIC-I trial. **Gastroenterology**, v. 130, n. 2, p. 323-333, 2006.

(9) DEFULF, N.L.S. Contribuição da atenção farmacêutica ao tratamento de pacientes com doenças inflamatórias intestinais. Tese (Doutorado em Ciências médicas). **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo**. São Paulo, 148 p. 2014.

(10) BRASIL. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Vol. 3. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2014. 604p. [acesso em: 05. out. 2015]. Disponível em: [http://www.farmacia.pe.gov.br/sites/farmacia.saude.pe.gov.br/files/protocolos\\_clinicos\\_e\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_volume\\_iii.pdf](http://www.farmacia.pe.gov.br/sites/farmacia.saude.pe.gov.br/files/protocolos_clinicos_e_diretrizes_terapeuticas_volume_iii.pdf)

(11) DIGNASS, A. et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. **J Crohns Colitis**, v. 4, n. 1, p. 28-62, 2010.

(12) JEEJEEBHOY, K. N. The many faces of malnutrition in Crohn disease. **Am J Clin Nutr**, v. 67, n. 5, p. 819-20, 1988.

(13) CURTIS, J.R.; PATKAR, N.; XIE, A. MARTIN, C. ALLISSON, J.J. SAAG, M. Risk of serious bacterial infections among rheumatoid arthritis patients exposed to

tumor necrosis factor alpha antagonists. **Arthritis Rheum.** v. 56, p. 1125–33, 2007.

(14) ARROJA, B.; CANHOTO, M.; GONÇALVES, C.; et al. Fistulização enterocutânea em doença de Crohn severa. **Jornal Português em Gastreenterologia**, v. 17, p.78-79, 2010.

(15) AMARO, L.S.A.G.; MESQUITA, J.B.; RANGEL, M. R.; MATTOS, J.S.; et. al. Doença de Crohn Duodenal: Relato de Caso. **Revista Científica da FMC** - v. 9, n. 1, p. 23-26, 2014.

(16) BLACKBURN, G. L. et al. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. **JPEN J Parent Enteral Nutr**, v.1, n.1, p.11-22. 1977.

(17) LUCENDO, A.J.; REZENDE, L.C. Importance of nutrition in inflammatory bowel disease. **World J Gastroenterol.** v.15, n.17, p.2081-2088, 2009.

(18) SEO, M.; OKADA, M.; YAO, T. The role of total parenteral nutrition in the management of patients with acute attacks of inflammatory bowel disease. **J Clin Gastroenterol**, v. 29, n.3, p. 270-275, 1999.

(19) ELIA, P.P. et al. Análise descritiva dos perfis social, clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no hospital universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro. **Arq. Gastroenterol**, v. 44, n. 4, p. 332-339, 2007.

*Enviado: 30/05/2017*

*Revisado: 24/03/2018*

*Aceito: 08/10/2018*