
DOENÇA CELÍACA: INCIDÊNCIA EM CRIANÇAS E ASPECTOS DIETÉTICOS

CELIAC DISEASE: INCIDENCE IN CHILDREN AND DIETARY ASPECTS

SANTOS¹, A. M.; ORLOSKI², A. R. ; PEREIRA³, M. B. ; MAZUR⁴, C. E.

1- Acadêmica do curso de graduação em Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Guarapuava (PR), Brasil..

2- Acadêmica do curso de graduação em Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Prudentópolis (PR), Brasil.

3- Acadêmica do curso de graduação em Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Juiz de Fora (MG), Brasil.

4 - Nutricionista. Mestre pela Universidade Federal do Paraná, Brasil. Docente do curso de graduação em Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Pitanga (PR), Brasil.

Autor para correspondência; ana-santos-7@hotmail.com

RESUMO:

A doença celíaca é uma importante causa de desordens gastrintestinais e que afeta diretamente a qualidade de vida de seus portadores, especialmente se forem crianças. O objetivo desse estudo foi verificar a incidência da doença celíaca na infância e a sua relação com a alimentação. Foram realizadas buscas na literatura científica, em livros, textos e em documentos governamentais. Existem três classificações de doença celíaca, sendo elas, a clássica (mais comum nos primeiros anos), não clássica (aparece tardiamente na infância) e assintomática. Seu diagnóstico é realizado a partir do quadro clínico, biópsia jejunal e testes sorológicos. As manifestações ocorrem por meio de predisposição genética, fatores imunológicos e ambientais. É importante a atuação do nutricionista para orientar em relação a manipulação da dieta, leitura dos rótulos e alimentos que devem ser evitados. A partir de orientação e suplementação adequadas desde o período gestacional e infância, poderá ocorrer diminuição dos sintomas da doença celíaca.

Palavras-chave: doença celíaca, infância, nutrição.

ABSTRACT:

Celiac disease is characterized an autoimmune response to gluten proteins. Therefore, the aim of this study was to verify the incidence of celiac disease in children and its relationship with nutrition. From searching the scientific literature, in books, texts and in government documents. There are three classifications, namely, classical (more common in the early years), classical (appears late in childhood) and asymptomatic. Your diagnosis is made from the clinical, serological tests and jejunal immunological and environmental factors. It is important to the performance a professional nutritionist to guide about how much power the manipulation, read the labels and foods that should be avoided. It is concluded that from a guidance and proper supplementation since the gestational period and in childhood, there is the easing of symptoms.

Keywords: Celiac disease, childhooh, nutrition.

1. INTRODUÇÃO

A doença celíaca ocorre predominantemente em indivíduos com propensão genética, ocasiona inflamação na mucosa do intestino delgado proximal, resultando em má absorção de nutrientes (PÉRET; PENNA, 1994; SEE; MURRAY, 2006; TEIXEIRA NETO,

ESCOTT-STUMP, 2011).

Caracteriza-se pela resposta autoimune às proteínas do glúten, que estão presentes no trigo, cevada e centeio e podem ser encontrados em preparações cotidianas, como pães, macarrão, biscoitos e bolo (BRASIL, 2014).

Essa doença celíaca pode se desenvolver nos primeiros anos de vida, assim como na idade adulta. Pode se apresentar de três maneiras: clássica, não clássica e assintomática. A primeira, é a mais comum e remete-se a fase da infância (WALKER-SMITH, 1999; POLANCO, 1996; SDEPANIAN; MORAIS; BRASIL, 2014).

Diante disso, o objetivo do estudo foi verificar a incidência da doença celíaca na infância e sua relação com a nutrição. Nesse contexto realizou-se um levantamento científico em periódicos, livros além de códigos oficiais. Os descritores utilizados foram a incidência e a prevalência da doença celíaca na infância e também os aspectos alimentares relacionados com essa enfermidade.

2. FISIOPATOLOGIA

A doença celíaca possui base genética, sendo uma disfunção autoimune comum e permanente, causando lesão no intestino delgado (SEE; MURRAY, 2006; ESCOTT-STUMP, 2011; WITHOFF, JONKERS e WIJMENGA, 2016).

A cada tipo de manifestação dessa doença há um sinal e sintoma. Na forma clássica os primeiros sinais são hiporexia, irritabilidade, diarreia ou constipação crônica, edema, vômitos e alteração no estado nutricional (RAUEN; BACK; MOREIRA et al., 2010). Já na forma não clássica, tardiamente na infância, o indivíduo apresenta baixa estatura, anemia, artrite, constipação intestinal, osteoporose e esterilidade (PRATESI; GANDOLFI, 2005; ARAÚJO et al., 2010).

Basicamente o diagnóstico é realizado por meio da observação do quadro clínico, exames de fezes, biópsia jejunal e testes sorológicos. No procedimento de biópsia intestinal é feita a primeira sessão, em que há exclusão do glúten da alimentação usual por dois anos. Em seguida realiza-se novamente o exame, esperando um resultado normal. Posteriormente é feita a terceira biópsia, na qual, se houver alterações, o diagnóstico estará confirmado (MEEUWISSE, 1970; SDEPANIAN MORAIS; WITHOFF, JONKERS e WIJMENGA, 2016).

Os testes sorológicos têm sido cada vez mais utilizados, tendo como vantagem menor custo e fácil execução. O procedimento envolve a detecção dos anticorpos antigliadina, antiendomísio e antitransglutaminase tecidual. O primeiro possui níveis elevados em pacientes celíacos, os quais aumentam com a introdução do glúten (WALKER-SMITH, 1999; SDEPANIAN; MORAIS; FAGUNDES-NETO, 2001).

Após confirmação do diagnóstico, o tratamento dietético e clínico é realizado basicamente com a retirada dos alimentos que contém glúten da dieta, tendo uma resposta à enfermidade rápida. Outros procedimentos utilizados como tratamento são

o uso de corticosteroides, nutrição parenteral se necessário por certo período, conforme conduta clínica, terapia nutricional oral com o intuito de corrigir deficiências causadas pela má absorção e, muitas vezes devido a diminuição na atividade da lactase ocasionada pela alteração estrutural da mucosa intestinal, é necessário a exclusão do leite e seus derivados por até 30 dias (PINTO; SILVA, 1996; PÉRET; PENNA, 1994; ASCHER; KRANTZ, 1997; TEIXEIRA NETO, 2009; WITHOFF, JONKERS e WIJMENGA, 2016).

3. ETIOLOGIA E INCIDÊNCIA DA DOENÇA

As principais causas da doença celíaca estão relacionadas com a propensão genética e/ou às reações imunes (anticorpos trabalhando nos alimentos de proteínas específicas) (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Assim sendo, mulheres no período gestacional tem uma maior probabilidade de apresentar aborto espontâneo, gerar bebês com baixo peso ao nascer e uma diminuição no ciclo de lactação. Como também, pode ocorrer a má absorção de micronutrientes, sendo eles: ferro, ácido fólico (B9) e vitamina K (STAZI; MANTOVONI, 2000; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Para que a doença celíaca se manifeste, é necessário que haja, além da ingestão de produtos com glúten e da predisposição genética, fatores imunológicos e ambientais (SDEPANIAN; MORAIS; FAGUNDES-NETO, 2001; ARAÚJO et al., 2010).

Ela é considerada a enfermidade alimentar mais frequente no mundo, sendo comumente encontrada na Europa, América, Norte da África, Sudeste Asiático e Austrália (ACCOMANDO, CATALDO, 2004; NOBRE; SILVA; CABRAL, 2007; CICCOCIO PPO et al., 2015). Há um predomínio em indivíduos do sexo feminino, porém alguns autores supõem que não existem diferenças entre os sexos (WALKER-SIMITH, 1999; CICLITIRA, ELLIS, 2003; NOBRE; SILVA; CABRAL, 2007; TEIXEIRA NETO, 2009).

Visto que no Brasil não há valores confirmados quanto à epidemiologia da doença, o Ministério da Saúde estima que 2 milhões de pessoas possuam a doença, porém, a maioria não foi diagnosticada clinicamente (BRASIL, 2013). Aproximadamente de 5 a 10% das crianças apresentam enfermidade ao glúten, tendo como sintoma diarreia crônica (MOTA et al., 1994; TEIXEIRA NETO, 2009).

4. ASPECTOS DIETÉTICOS

Inicialmente é necessário levar em consideração, as necessidades nutricionais, os hábitos alimentares e o quadro clínico da criança. O costume de utilizar farinhas de cereais em preparações, assim como, ofertar pães e biscoitos na fase inicial

da introdução dos alimentos as crianças é um grande desafio (PINTO e SILVA, 1996; TEIXEIRANETO, 2009; SHUER, 2016).

Assim, é importante orientar sobre o uso de substitutos como féculas de arroz, batata, araruta, farinhas de milho, mandioca, soja e sarraceno. Os pais ou responsáveis devem aprender a manipular e inserir nos hábitos alimentares da família, colaborando na aceitação e entendimento, pela criança do tratamento (PINTO e SILVA, 1996; TEIXEIRANETO, 2009).

Ainda, um fator relevante é o cuidado em relação aos rótulos dos produtos industrializados permitidos, em que se deve atentar sobre a informação e a composição do produto. No ano de 2003 a ANVISA, decretou lei nº 10.674 a qual impõem que todos os alimentos industrializados deverão, obrigatoriamente, incluir em seus rótulos a informação sobre a presença ou não de glúten (PINTO e SILVA, 1996; BRASIL, 2003; TEIXEIRANETO, 2009).

Segundo a RDC – nº 344, de 13 de dezembro de 2002, as farinhas de milho e de trigo disponíveis para venda na sua forma direta quanto aquelas utilizadas como matéria prima pelas indústrias, devem ser suplementadas com ácido fólico. A cada 100 gramas de farinha de trigo e de milho deverá conter 150 microgramas de micronutriente (BRASIL, 2003). Porém, indivíduos com doença celíaca encontram um desafio, pois as farinhas utilizadas na produção de produtos isentos de glúten em sua maioria, não são fortificadas com ácido fólico (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Sabe-se que a doença celíaca tem como consequência a diminuição da atividade da lactase levando a enfermidade à intolerância secundária a lactose, assim, é sugerido que leite e derivados, sejam excluídos da dieta por até 30 dias (FRANCO, 1996; TEIXEIRANETO, 2009).

A aveia pode ser ingerida por não atacar a mucosa do intestino delgado, porém, em quantidades pequenas a moderadas. Contudo, deve-se atentar pois, em alguns produtos há contaminação cruzada com trigo, sugerindo assim evitar o consumo no início do tratamento (FARRELL; KELLY, 2002; ESCOTT-STUMP, 2011; SHUER, 2016).

Algumas opções de farinhas substitutas para engrossar caldos, papinhas, cremes e sopas são: amido de amaranto, farinha de feijão, farinha de arroz, farinha de tapioca, amido de araruta, amido de milho e farinha de grão de bico (CASE, 2006; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2011).

De acordo com a Associação dos Celíacos do Brasil, muitos pacientes não aderem à dieta devido a falta de orientação quanto à doença e à manipulação dos alimentos, dificuldades financeiras, entendimento limitado na interpretação dos rótulos, pouca opção de produtos no mercado e incerteza quanto aos alimentos proibidos (ACELBRA, 2016).

5. CONCLUSÃO

O cuidado com a suplementação de vitaminas se intensifica principalmente no momento da gravidez onde, a doença celíaca tende a reduzir a absorção destas. Assim, faz-se necessário um acompanhamento nutricional para verificar a necessidade de reposição.

Diante disso, é fundamental o papel do Nutricionista para orientar esses pacientes sobre a alimentação, amenizando assim os sintomas severos em relação às formas de preparo, os locais onde possam encontrar os produtos e instruir a forma de como verificar os rótulos dos alimentos.

O conhecimento dessas informações é importante para que as crianças recebam uma alimentação condizente com as suas necessidades e enfermidade. É preciso, ainda, haver a necessidade maior de oferta de produtos no mercado com custo mais acessível à essa população.

6. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DOS CELÍACOS DO BRASIL (ACELBRA). Disponível: <www.ancelbra.org.br> acesso em 01.fev.2016.

ACCOMANDO, S.; CATALDO F. The global village of celiac disease. **Digestive and Liver Disease**, v. 36, n. 7, p. 492-498, jul. 2004.

ARAÚJO, H.M.C.; ARAÚJO W.M.C.; BOTELHO R.B.A.; ZANDONADI, R.P. Doença celíaca, hábitos e práticas alimentares e qualidade de vida. **Revista de Nutrição**, v. 23, n.3, p. 467-474, maio/jun. 2010.

ASCHER, H.; KRANTZ, I.; RYDBERG, L.; NORDIN, P.; KRISTIANSSON, B. Influence of infant feeding and gluten intake on coeliac disease. **Archives of Disease in Childhood**, v.76, n. 2, p. 113-117, feb. 1997.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Lei nº 10.674, de 16 de maio de 2003. Brasília: ANVISA, 2003. [acesso 2016 fev 23]. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/e62b4c804745968e9e65de3fbc4c6735/lei_10674.pdf?MOD=AJPERES]

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 344, de 13 de dezembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico para a Fortificação das Farinhas de Trigo e das Farinhas de Milho com Ferro e Ácido Fólico, constante do anexo desta Resolução. Brasília: ANVISA, 2003. [acesso 2016 fev 23]. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f851a500474580668c83dc3fbc4c6735/RDC_344_2002.pdf?MOD=AJPERES]

BRASIL. **Manual de orientações para restrições alimentares**. 2ª edição – Revisado. Campinas, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 14 de maio de 2013. [acesso 2016 fev 26]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/05_maio_14_fenacelbra.html]

CASE, S. **Glúten – Free Diet: A Comprehensive Resource Guide**. Expanded ed. Saskatchewan, Canadá: Dietitian 2006.

CICCOCIOPPO, R.; KRUZLIAK P.; CANGEMI G.C.; POHANKA, M.; BETTI, E.; LAURET, E.; RODRIGO, L. The Spectrum of Differences between Childhood and Adulthood Celiac Disease. **Nutrients**, v.22, n.7, p.8733-51, 2015.

CICLITIRA, P.J.; ELLIS H.J. **Celiac disease**. In: Yamada T, Alpers DH, Kaplowitz N, Laine L, Owyang C, Powell DW eds. Textbook of Gastroenterology. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. p. 1580-98.

ESCOTT-STUMP, S. **Nutrição relacionada ao Diagnóstico e tratamento**. 6. ed. São Paulo: Manole, 2011. 1040 p

FARRELL, R.; KELLY, C. Celiac Sprue. **New England Journal Medicine**, v. 346, n. 3, p. 180-188, jan. 2002.

FRANCO, L.V. Deficiencia secundaria de lactasa en niños y sus implicaciones epidemiológicas. **Revista Investacion Clinica**, v. 48, p. 33-43, nov. 1996.

MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1354p

MEEUWISSE, G.W. Diagnostic criteria in coeliac disease. **Acta. Paediatr. Scand**, v. 59, p. 461-465, 1970.

MOTA, J.A.C.; PÉRET FILHO, L.A.; BAHIA, M. et al. Doença Celíaca. In: Penna FJ & Mota JAC (ed.). **Doenças do aparelho digestivo na infância**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

NOBRE, S.R.; SILVA, T.; CABRAL, J.E.P. Doença Celíaca Revisitada. **GE - J Port Gastreterol**, Lisboa, v. 14, n. 4, p. 184-193, set./out. 2007.

PÉRET FILHO, L.A.; PENNA, F.J. Doença celíaca. In: Péret Filho (ed.). **Manual de Suporte Nutricional em Gastroenterologia Pediátrica**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

PINTO e SILVA, M.E.M. Tratamento dietético da doença celíaca. In: Barbieri D & Koda YKL (ed.). **Doenças Gastroenterológicas em pediatria**. São Paulo: Atheneu, 1996.

POLANCO, I. Enfermedad celiaca. In: Argüelles F & Polanco I. **Manual de Gastroenterología Pediátrica**. Granada: Copartgraf, 1996. p.261-268.

PRATESI, R.; GANDOLFI L. Doença celíaca: a afecção com múltiplas faces. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. 357-358, 2005.

RAUEN, M.S.; BACK, J.C.V.; MOREIRA, E.A.M. Doença celíaca: sua relação com a saúde bucal. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 2, p. 271-276, 2005.

SDEPANIAN, V.L.; MORAIS, M.B.; FAGUNDES-NETO, U. Doença celíaca, sinais e sintomas, diagnóstico, diarreia, desnutrição protéico-energética. **Jornal de Pediatria**, v.77, n. 2, p. 131-138, 2001.

SDEPANIAN, V.L.; MORAIS, M.B.; FAGUNDES-NETO, U. Doença celíaca: a evolução dos conhecimentos desde sua centenária descrição original até os dias atuais. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 36, n.4, p. 244-257, 1999.

SEE, J.; MURRAY, J.A. Gluten-free diet: the medical and nutrition management of celiac disease. **Nutrition Clinical Practice**. v. 21, n.1, p. 1-15, 2006.

SHUER, J.U. The microbiome in celiac disease: Beyond diet-genetic interactions. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 83, n.3, p. 228-30, 2016.

STAZI, A.V.; MANTOVANI, A. A risk factor for female fertility and pregnancy: celiac disease. **Gynecology Endocrinology**, v. 14, p. 454, 2000.

TEIXEIRA NETO, F. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 519 p.

WALKER-SMITH, J.A. Coeliac Diseases. In: Walker- Smith JA & Murch SH (ed.). **Diseases of the Small intestine in Childhood**. Oxford: Isis Medical Media, 1999.

WITHOFF, S.; JONKERS, Y.; WIJMENGA, C. Understanding Celiac Disease by Genomics. **Trends Genetics**, article in press, v.XX, n.YY, p;1-14, 2016.