Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Síndrome do Intestino Irritável: abordagem baseada em evidências sobre fisiopatologia, diagnóstico e estratégias de manejo

Irritable Bowel Syndrome: evidence-based approach to pathophysiology, diagnosis, and management strategies

Síndrome del Intestino Irritable: enfoque basado en evidencia sobre fisiopatología, diagnóstico y estrategias de manejo

Brenda Karen Paviani Radin[1], Ellen Funghetto[2], Isabela Cristina Pegoraro[1], Jessica da Silva Santiago[1], Joana Franceschini[1], Laura Jacques Giacobe[3], Letícia Almeida Franciosi[4], Letícia Azeredo Bortolassi[4], Manuela Ritterbusch Quaini[5], Gabriel Cabeda Spalding Alves[6].

RESUMO

Objetivo: Analisar a fisiopatologia, critérios diagnósticos e estratégias de manejo da síndrome do intestino irritável (SII) com base nas principais evidências científicas. **Revisão bibliográfica:** A SII é um distúrbio funcional crônico e multifatorial, caracterizado por dor abdominal recorrente e alterações do hábito intestinal. Sua fisiopatologia envolve disfunções no eixo cérebro-intestino, hipersensibilidade visceral, disbiose e inflamação de baixo grau. O diagnóstico é clínico, pautado nos critérios de Roma IV e na exclusão de doenças orgânicas. O manejo deve ser multidisciplinar e individualizado, contemplando dieta tradicional, dieta pobre em FODMAPs, suplementação com fibras solúveis e uso criterioso de probióticos e prebióticos. Fármacos como antiespasmódicos, antidepressivos tricíclicos e secretagogos intestinais podem ser úteis em casos refratários. Abordagens emergentes, como a neuromodulação do eixo cérebro-intestino, psicoterapia e transplante de microbiota fecal, apresentam resultados promissores, mas ainda carecem de evidência robusta para recomendação rotineira. **Considerações finais:** A integração de medidas dietéticas, farmacológicas e psicossociais, em uma abordagem centrada no paciente, é fundamental para o controle dos sintomas e a melhora da qualidade de vida.

Palavras-chave: Síndrome do intestino irritável, Fisiopatologia, Diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: To analyze the pathophysiology, diagnostic criteria, and management strategies of irritable bowel syndrome (IBS) based on the main scientific evidence. **Literature review:** IBS is a chronic and multifactorial functional disorder, characterized by recurrent abdominal pain and altered bowel habits. Its pathophysiology involves dysfunctions of the gut-brain axis, visceral hypersensitivity, dysbiosis, and low-grade inflammation. Diagnosis is clinical, based on Rome IV criteria and exclusion of organic diseases. Management should be multidisciplinary and individualized, including traditional diet, low-FODMAP diet, soluble fiber supplementation, and careful use of probiotics and prebiotics. Pharmacological options such as antispasmodics, tricyclic antidepressants, and intestinal secretagogues are useful in refractory cases. Emerging therapies, such as gut-brain axis neuromodulation, psychotherapy, and fecal microbiota transplantation, show promise but still require stronger evidence for routine recommendation. **Final considerations:** The integration of dietary,

[1] Universidade do Contestado (UNC), Concórdia – SC.
[2] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre – RS.
[3] Pesquisadora Independente, Lajeado – RS.
[4] Atitus Educação, Passo Fundo – RS.
[5] Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo – RS.
[6] Hospital Divina Providência, Porto Alegre - RS.

SUBMETIDO EM: 9/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

pharmacological, and psychosocial measures in a patient-centered approach is essential for symptom control and improvement of quality of life.

Keywords: Irritable bowel syndrome, Pathophysiology, Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la fisiopatología, criterios diagnósticos y estrategias de manejo del síndrome del intestino irritable (SII) a partir de las principales evidencias científicas. **Revisión bibliográfica:** El SII es un trastorno funcional crónico y multifactorial, caracterizado por dolor abdominal recurrente y alteraciones en los hábitos intestinales. Su fisiopatología involucra disfunciones en el eje intestino-cerebro, hipersensibilidad visceral, disbiosis e inflamación de bajo grado. El diagnóstico es clínico, basado en los criterios de Roma IV y en la exclusión de enfermedades orgánicas. El manejo debe ser multidisciplinario e individualizado, incluyendo dieta tradicional, dieta baja en FODMAPs, suplementación con fibras solubles y uso cuidadoso de probióticos y prebióticos. Los fármacos, como antiespasmódicos, antidepresivos tricíclicos y secretagogos intestinales, pueden ser útiles en casos refractarios. Las terapias emergentes, como la neuromodulación del eje intestino-cerebro, la psicoterapia y el trasplante de microbiota fecal, muestran resultados prometedores, aunque aún requieren mayor evidencia para su uso rutinario. **Consideraciones finales:** La integración de medidas dietéticas, farmacológicas y psicosociales en un abordaje centrado en el paciente es esencial para el control de los síntomas y la mejora de la calidad de vida.

Palabras clave: Síndrome del intestino irritable, Fisiopatología, Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

A síndrome do intestino irritável (SII) é um distúrbio funcional crônico complexo e altamente prevalente que afeta de 9% a 23% da população mundial. Além disso, possui fisiopatologia multifatorial e ainda não é completamente compreendida, o que representa um desafio médico quando o assunto é diagnóstico e tratamento. É amplamente reconhecida como uma condição clínica decorrente da desregulação do eixo intestino-cérebro, envolvendo perturbações nos sistemas nervoso, entérico, autônomo e central (RADOVANOVIC-DINIC B, et al., 2018).

A SII é mais frequentemente diagnosticada em mulheres e possui maior índice na América do Sul com 21,0%. Os sintomas mais comuns incluem dor e distensão abdominal, alteração nos hábitos intestinais incluindo constipação e/ou diarreia (AGGELETOPOULOU I, et al., 2025) Dessa forma, o desequilíbrio da flora intestinal, que também está relacionado à indução de uma rede neuroendócrina anormal, implicando na fisiopatologia da SII. O intestino desses pacientes com SII apresenta densidade reduzida de células endócrinas, o que resulta em disfunção intestinal e hipersensibilidade, além de secreção anormal.

Esse desequilíbrio da flora intestinal pode levar ao comprometimento da função dos mastócitos intestinais, que são responsáveis por desempenhar um papel importante devido às suas funções insubstituíveis no sistema imunológico da mucosa intestinal e no sistema nervoso. Os mediadores inflamatórios secretados pelos mastócitos intestinais atuam nas células endócrinas adjacentes e nas fibras nervosas para liberar neurotransmissores, que afetam a motilidade intestinal e a sensação e podem transmitir informações ao centro nervoso, induzindo alta sensibilidade resultando em disfunção intestinal e sintomas da SII. (CHEN M, et al., 2022).

A alimentação desempenha um papel duplo na SII: é um gatilho para os sintomas, mas também uma ferramenta para a terapia, tudo depende dos hábitos de vida do paciente e principalmente de uma dieta equilibrada. Diversos fatores estão implicados na SII, incluindo disbiose da microbiota intestinal, sistema imune, má absorção de nutrientes e sensibilidade alimentar. Dessa forma, fatores como dieta exposta a toxinas, eventos estressantes da vida, ansiedade, depressão, níveis elevados de cortisol, infecções persistentes e alterações no microbioma intestinal são considerados contribuintes significativos para o desenvolvimento dos sintomas. Contudo, uma dieta com baixo teor de FODMAPs, fibras e probióticos são opções consideradas eficazes no tratamento de pacientes com SII (GALICA AN, et al., 2022).

Sendo uma doença multifatorial, incluindo fatores psicológicos, observa-se elevada prevalência de comorbidades psicológicas (até 60-90% em alguns estudos), especialmente ansiedade ou depressão, em

pacientes com SII, principalmente associadas ao gênero (maior suscetibilidade em mulheres), idade, atividade da doença e alto nível de estresse (ANCONA A, et al., 2020)

Em relação ao diagnóstico, a SII é um diagnóstico de exclusão. Nessa perspectiva, é importante considerar alguns aspectos como sintomas de alarme, histórico familiar e fatores psicológicos e sociais. Os critérios de Roma IV são o padrão ouro para auxiliar no diagnóstico clínico da SII, que inclui obrigatoriamente dor abdominal recorrente (mais de 1 dia por semana nos 3 meses anteriores), com início há pelo menos 6 meses antes do diagnóstico, associado a dois ou mais dos seguintes: dor relacionada à defecação, mudança na frequência ou mudança na aparência das fezes (TAVEIRA MS, et al., 2020)

Para o diagnóstico, é imprescindível a exclusão de outras doenças orgânicas. A presença de sinais de alarme devem levantar a hipótese de algum distúrbio orgânico subjacente que justifica avaliação diagnóstica adicional, como início do sintomas aos 50 anos ou mais, sangue nas fezes (hematoquezia ou melena), sinais de anemia ferropriva, massa abdominal, perda de peso não intencional, histórico familiar de outras doenças do TGI (como câncer colorretal e doença inflamatória intestinal) e sintomas noturnos que acordam o paciente (TAVEIRA MS, et al., 2020). Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as evidências em relação à fisiopatologia, diagnóstico e estratégias de manejo da SII.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Síndrome do Intestino irritável

A síndrome do intestino irritável é classificada como um distúrbio gastrointestinal (GI) funcional, denominado também distúrbio do eixo cérebro-intestino, uma vez que padrões de desregulação do eixo cérebro-intestino podem resultar em anormalidades variadas na motilidade GI, secreção, função imunológica ou sensibilidade visceral. A condição é definida, principalmente, pela presença de sintomas crônicos e recorrentes, como dor e desconforto referidos ao abdome inferior, associada à defecação e/ou a alterações no hábito intestinal, sendo frequente a coexistência com doenças gastrointestinais orgânicas, como colite ulcerativa, colite microscópica e doença celíaca.

Nesses casos, muitos pacientes podem continuar a apresentar sintomas semelhantes aos da SII, mesmo após a remissão da doença inflamatória intestinal (GOLDMAN L e SCHAFER AI, 2021). A classificação da síndrome leva em conta o padrão de evacuação predominante, sendo dividida em quatro subtipos: SII com predomínio de constipação (SII-C), SII com predomínio de diarreia (SII-D), SII com padrão misto (SII-M) e SII não especificada (SII-U).

Além desses, há ainda a forma denominada pós-infecciosa, observada em indivíduos que mantêm sintomas persistentes após episódios de gastroenterite bacteriana (GOLDMAN L e SCHAFER AI, 2021). Diversos fatores de risco e características comuns têm sido associados à SII. Entre eles, destacam-se a prevalência aumentada em mulheres, a maior sensibilidade ao estresse, a presença de hipersensibilidade visceral e a coexistência frequente com outras condições, como distúrbios psiquiátricos e síndromes dolorosas crônicas.

Acredita-se que alterações na resposta ao estresse e nos mecanismos de modulação da dor visceral estejam associadas na fisiopatologia, o que pode explicar por que estímulos habitualmente inofensivos, como distensão intestinal por gases ou alimentos, desencadeiam dor em uma parte significativa dos pacientes. Esses elementos reforçam a compreensão da SII como um distúrbio multifatorial, no qual os fatores biológicos, psicossociais e ambientais contribuem para o desencadeamento e manutenção dos sintomas (GOLDMAN L e SCHAFER AI, 2021).

O diagnóstico da SII é atualmente baseado nos critérios de Roma IV, que consideram sintomas iniciais há pelo menos 6 meses antes do diagnóstico e persistência mínima de 3 meses. A conferência dividiu a SII em 4 subgrupos: SII com constipação (SII-C), com diarreia (SII-D), com padrão misto de constipação e diarreia (SII-M) e SII não classificada. A classificação obedece a escala Bristol Stool Form (BSFS) para analisar a aparência das fezes quando os pacientes estão com hábitos intestinais anormais, associada a dor abdominal

recorrente, em média, por pelo menos 1 dia por semana nos últimos 3 meses, com início há 6 meses, associada a alívio ou alteração na frequência ou na forma da defecação (WEBER, J.B, et al., 2022). O diferencial mais relevante do Roma IV é a exigência obrigatória de dor abdominal recorrente como critério obrigatório quando comparado aos antigos documentos, que aceitavam apenas desconforto abdominal para o diagnóstico (DA SILVA GIMENES L e BOHM CH, 2010).

O diagnóstico da SII deve sempre ser clínico e positivo, baseado na avaliação clínica individual, mediante dor abdominal, avaliação da rotina intestinal e alimentar e histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e, quando necessário, colonoscopia ou exames mais específicos. A dor na região do abdômen deve ser recorrente e o paciente deve apresentar hábitos intestinais desordenados, associados à constipação ou diarreia, para que o diagnóstico seja correto (WEBER, JB, et al., 2022).

Estudos indicam que até 40% dos pacientes com doença de Crohn em remissão e 30% daqueles com colite ulcerativa em remissão ainda podem preencher os critérios diagnósticos de Roma para SII, sobretudo devido à dor abdominal associada a alterações do ritmo intestinal (GOLDMAN L e SCHAFER AI, 2021). Assim, correta aplicação dos critérios de Roma IV, associada à exclusão de doenças orgânicas, como doença celíaca, doença inflamatória intestinal e intolerâncias alimentares através da anamnese, exames e histórico do paciente garante maior precisão diagnóstica e reduz o risco de erros clínicos (HIDAYAT AA, et al., 2024).

Fisiopatologia da SII

A Síndrome do Intestino Irritável é um distúrbio funcional multifatorial do trato gastrointestinal, cuja fisiopatologia permanece parcialmente elucidada. Atualmente, entende-se que a condição resulta de uma complexa interação entre fatores gastrointestinais e extra gastrointestinais, envolvendo alterações motoras, hipersensibilidade visceral, disfunções imunológicas e desregulação do eixo cérebro-intestino (SILVA TM, et al., 2020). Diferentemente de doenças inflamatórias orgânicas, na SII não são encontradas lesões estruturais, mas sim disfunções funcionais que se traduzem clinicamente em dor abdominal recorrente, distensão e alterações nos hábitos intestinais (TOSTES NL, et al., 2023).

Um dos mecanismos mais bem estabelecidos é a hipersensibilidade visceral. Pacientes com SII apresentam limiar reduzido para dor, respondendo de forma exacerbada mesmo a estímulos fisiológicos gastrointestinais. Esse fenômeno está associado tanto a alterações no sistema nervoso entérico quanto em vias centrais de modulação da dor, o que explica a associação frequente da SII com ansiedade e depressão (ADRIANI A, et al., 2018; CAMILLERI M e BOECKXSTAENS G, et al., 2023).

Ainda nesse contexto, a ocitocina exerce papel regulador na sensibilidade visceral e no comportamento emocional, sendo que sua inibição aumenta a hipersensibilidade à digestão colorretal e a ativação de hormônios ligados ao hormônio liberador de corticotropina (CRH), sugerindo a interação desses sistemas neuroendócrinos na manifestação dos sintomas (CAIXETA AM, et al., 2024). Além disso, observa-se que aumento da permeabilidade intestinal e na função de barreira epitelial permitem maior exposição a antígenos alimentares e infecciosos, favorecendo um processo inflamatório de baixo grau (KESUMA Y, et al., 2021).

Outro mecanismo relevante é a disbiose intestinal. Nesse contexto, pacientes com SII apresentam alterações na composição e diversidade da microbiota, com impacto direto sobre a motilidade, a sensibilidade e a fermentação colônica. Esse quadro leva ao aumento da produção de gases e ácidos graxos de cadeia curta, resultando em distensão abdominal e desconforto (COLOMIER E, et al., 2022). Essas alterações explicam, em parte, o benefício observado em intervenções dietéticas como a dieta pobre em FODMAPs, que reduz a fermentação bacteriana e a produção de substâncias pró-inflamatórias (CAMILLERI M e BOECKXSTAENS G, 2023; RADZISZEWSKA M, et al., 2023).

Ademais, alterações imunológicas têm sido descritas em pacientes com SII, incluindo infiltração de mastócitos na mucosa intestinal e aumento de mediadores inflamatórios que sensibilizam terminações nervosas locais (ADRIANI A, et al., 2018). Essa inflamação de baixo grau pode justificar a sobreposição da SII com outras condições funcionais, como fibromialgia e fadiga crônica. Também está relacionada com sintomas extraintestinais frequentemente relatados, como dor musculoesquelética e distúrbios do sono (OHLSSON B, 2022).

Estratégias de manejo baseadas em evidências

A dieta é um fator central no manejo da SII, pois alimentos e hábitos alimentares influenciam diretamente os sintomas da síndrome do intestino irritável. Nesse contexto, duas estratégias dietéticas se destacam: a dieta tradicional e a dieta low FODMAP. A dieta tradicional orienta hábitos simples e cotidianos, como manter refeições regulares, mastigar bem, evitar excessos e incluir fibras ao longo do dia, além de reduzir alimentos gordurosos, cafeína, álcool e adoçantes fermentáveis.

Entretanto, dieta low FODMAP consiste em uma restrição mais rigorosa de carboidratos de difícil absorção, que podem causar gases e distensão abdominal. Ambas mostraram benefícios na redução de sintomas, mas a dieta tradicional, por ser menos restritiva e por apresentar mais aderência pelos pacientes, é considerada na maioria dos casos a primeira escolha, reservando-se a low FODMAP para casos que não respondem bem às medidas iniciais (COLOMIER E, et al., 2022).

A dieta low FODMAP é consolidada como uma estratégia terapêutica para o alívio dos sintomas da síndrome do intestino irritável, especialmente em pacientes com predomínio de dor abdominal, distensão, flatulência e alteração do hábito intestinal, por reduzir a fermentação colônica. É fundamental realizar uma reintrodução lenta e progressiva dos alimentos. Isso evita restrição alimentar prolongada e desnecessária e permite ajustes seguros às particularidades de cada paciente (HAHN J , et al., 2021).

As fibras alimentares desempenham um papel importante no manejo de sintomas da SII, mas devem ser levadas em consideração quanto ao tipo de fibra alimentar ingerida. Enquanto as fibras insolúveis, como o farelo de trigo, tendem a agravar sintomas como dor, gases e distensão, as fibras solúveis, especialmente o psyllium, mostram resultados consistentes na melhora da constipação, da consistência das fezes e do alívio global dos sintomas. Essas fibras aumentam o volume fecal, regula o trânsito intestinal e serve de alimento para a microbiota, favorecendo a produção de ácidos graxos de cadeia curta, que têm efeito benéfico sobre a mucosa e a motilidade intestinal. Assim, a recomendação atual é priorizar fibras solúveis no manejo da SII, evitando o excesso de fibras insolúveis que podem ser prejudiciais (EL-SALHY M, et al., 2017).

Outra variável relevante no controle da síndrome do intestino irritável é o estilo de vida, especialmente hábitos alimentares, prática de atividade física e padrão de sono. Uma alimentação inadequada, marcada pelo excesso de ultraprocessados e baixa ingestão de fibras, favorece a disbiose e intensifica sintomas como dor abdominal, distensão e alteração do hábito intestinal. A ausência de exercícios físicos também contribui para maior sintomatologia, enquanto a prática regular auxilia na redução da inflamação e melhora da motilidade intestinal. Além disso, distúrbios do sono aumentam a sensibilidade abdominal e comprometem o eixo cérebro-intestino. Portanto, o manejo da SII deve ser pensado de forma integrada, envolvendo dieta, sono e hábitos saudáveis (COLOMIER E, et al., 2022).

Os medicamentos antiespasmódicos permanecem como pilares no tratamento da síndrome do intestino irritável, com eficácia estabelecida para o alívio da dor abdominal e da distensão. Esses fármacos atuam reduzindo a contratilidade da musculatura lisa intestinal por mecanismos distintos, como antagonista muscarínico, bloqueio de canais de cálcio e modulação direta do tônus intestinal. Substâncias como o brometo de otilônio, brometo de pinavério, mebeverina e óleo de hortelã-pimenta estão entre os mais eficazes, com melhora significativa dos sintomas globais e perfil de segurança favorável (UNSAL EM, et al., 2019).

Os antiespasmódicos e alguns moduladores da motilidade, como a trimebutina e o tegaserode, podem trazer benefícios relevantes, especialmente quando o quadro clínico é marcado por alterações do trânsito intestinal, embora os resultados para moduladores sejam menos consistentes em relação à dor abdominal. Dessa forma, tanto os antiespasmódicos quanto os moduladores de motilidade configuram estratégias farmacológicas complementares, que devem ser ajustadas conforme o predomínio sintomático e o perfil clínico de cada paciente (SCACIOTA ACL, et al., 2021).

Os antidepressivos têm sido amplamente investigados como alternativa terapêutica na SII principalmente diante da persistência de sintomas refratários às intervenções dietéticas e ao uso de antiespasmódicos. Entre eles, os antidepressivos tricíclicos (ATCs), como a amitriptilina e a nortriptilina, demonstraram resultados consistentes na melhora da dor abdominal, da frequência e da consistência das evacuações, mesmo em

doses baixas (10–25 mg/dia), inferiores às utilizadas em quadros depressivos . Em contrapartida, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) têm apresentado eficácia menos uniforme: embora alguns estudos sugiram melhora discreta do bem-estar global e dos sintomas ansiosos frequentemente associados à SII, evidências indicam que sua efetividade sobre os sintomas gastrointestinais isolados é limitada e inconsistente.

Recentemente, o estudo ATLANTIS, um ensaio clínico randomizado de fase 3, demonstrou que a amitriptilina em baixa dose, titulada progressivamente, foi eficaz como tratamento de segunda linha na atenção primária, reforçando ainda mais a posição dos ATCs como a classe de antidepressivos com maior respaldo clínico no manejo da SII. Os ISRS são considerados em situações específicas, sobretudo quando há comorbidades psiquiátricas concomitantes (FORD AC, et al., 2023).

Nos últimos anos, diferentes abordagens farmacológicas têm sido investigadas no manejo SII, sobretudo em casos refratários. Agonistas e antagonistas serotoninérgicos, como alosetron (5-HT3) e tegaserode (5-HT4), modulam a motilidade e a sensibilidade visceral, sendo úteis em subgrupos específicos (SII com diarreia ou constipação), mas com restrições devido a efeitos adversos. Secretagogos intestinais, como lubiprostona e linaclotide, estimulam secreção de cloro e água, melhorando a constipação e a dor abdominal. Já os moduladores da microbiota — probióticos, prebióticos e antibióticos como a rifaximina — demonstram benefício ao restaurar o equilíbrio intestinal e reduzir a inflamação. Apesar dos avanços, a resposta aos tratamentos ainda varia, reforçando a necessidade de terapias personalizadas (BLACK CJ, et al., 2018; FUKUDO S, et al., 2020).

Perspectivas futuras e terapias emergentes

A psicoterapia direcionada ao intestino constitui uma alternativa terapêutica relevante, sobretudo para pacientes com SII associada ao estresse psicológico ou a transtornos de humor. Entre essas intervenções, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se destacado pela eficácia na redução da frequência e da gravidade dos sintomas, especialmente quando modulados por fatores emocionais. Esse tipo de abordagem atua diretamente sobre o eixo intestino-cérebro, cuja disfunção é considerada um dos principais mecanismos subjacentes à SII (GALICA AN, et al., 2022).

Paralelamente, o transplante de microbiota fecal (FMT) vem sendo investigado como estratégia terapêutica, já que indivíduos com SII frequentemente apresentam diminuição da diversidade microbiana intestinal (KELLY CR, et al., 2015). Um estudo recente avaliou os efeitos do FMT em pacientes com SII utilizando análises metagenômicas e constatou que, após o procedimento, ocorreram alterações na composição da microbiota intestinal, confirmando a capacidade da técnica de remodelar o ecossistema microbiano. No entanto, tais mudanças não se refletiram em melhora significativa dos sintomas gastrointestinais, o que reforça o caráter multifatorial da síndrome. Assim, embora o FMT demonstre potencial em restabelecer a diversidade microbiana, sua efetividade clínica permanece limitada, não havendo evidências suficientes para recomendá-lo como tratamento de rotina (HARTIKAINEN AK, et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SII é uma condição multifatorial e de difícil diagnóstico, que exige manejo adequado e individualizado. O tratamento deve ser multidisciplinar e personalizado. Intervenções dietéticas são frequentemente empregadas, com destaque para a dieta tradicional e a low FODMAP, ambas eficazes no alívio dos sintomas. A introdução de fibras solúveis, associada ao uso criterioso de probióticos e prebióticos, também pode beneficiar determinados pacientes. Em casos mais resistentes, recursos farmacológicos, como antiespasmódicos, antidepressivos tricíclicos e secretagogos intestinais, desempenham papel importante no controle clínico. Terapias emergentes vêm ganhando espaço, como a neuromodulação do eixo cérebro-intestino, a psicoterapia — especialmente a terapia cognitivo-comportamental — e o transplante de microbiota fecal. Embora promissoras, ainda necessitam de maior evidência científica para consolidação na prática clínica. Portanto, a abordagem integrada e centrada no paciente constitui a estratégia mais efetiva para o controle sintomático e para a promoção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. ADRIANI A, et al. Irritable bowel syndrome: the clinical approach. Panminerva Medica, 2018; 60: 213–222.
2. AGGELETOPOULOU I, et al. Vitamin D in Irritable Bowel Syndrome: Exploring Its Role in Symptom Relief and Pathophysiology. Nutrients, 2025; 17(6): 1028.
3. ALJERADT H, et al. Neuromodulation and the gut–brain axis: Therapeutic potential and future perspectives. Frontiers in Neuroscience, 2024; 18: 1340935.
4. ANCONA A, et al. The gut–brain axis in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. Digestive and Liver Disease, 2021; 53: 298–305.
5. BLACK CJ, et al. Efficacy of secretagogues in patients with irritable bowel syndrome with constipation: systematic review and network meta-analysis. Gastroenterology, 2018; 155(6): 1753–1763.
6. CAMILLERI M e BOECKXSTAENS G. Irritable bowel syndrome: treatment based on pathophysiology and biomarkers. Gut, 2023; 72: 590–599.
7. CHEN M, et al. Neurotransmitter and intestinal interactions: focus on the microbiota-gut-brain axis in irritable bowel syndrome. Frontiers in Endocrinology, 2022; 13: 817100.
8. COLOMIER E, et al. Predictors of symptom-specific treatment response to dietary interventions in irritable bowel syndrome. Nutrients, 2022; 14(2): 397.
9. DA SILVA GIMENES L e BOHM CH. Análise funcional da dor na síndrome do intestino irritável. Temas em Psicologia, 2010; 18(2): 357–366.
10. EL-SALHY M. Dietary fiber in irritable bowel syndrome. International Journal of Molecular Medicine, 2017; 40(3): 607–613.
11. FORD AC, et al. Amitriptyline at low dose and titrated for irritable bowel syndrome as second-line treatment in primary care (ATLANTIS): a phase 3 randomised trial. The Lancet, 2023; 402(10410): 1593–1604.
12. FUKUDO S, et al. Efficacy and safety of the 5-HT4 receptor agonist Minesapride in irritable bowel syndrome with constipation: a randomized clinical trial. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2020; 18(11): 2488–2495.
13. GALICA AN, et al. Diet, fibers, and probiotics for irritable bowel syndrome. Journal of Medicine and Life, 2022; 15(2): 174–179.
14. GOODOORY V, et al. Probiotics and irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. Gastroenterology, 2023; 165(4): 996–1011.
15. GOLDMAN L e SCHAFER AI. Goldman-Cecil Medicina. 26. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2022; 934.
16. HAHN B, et al. Effect of Low FODMAPs diet on irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. Nutrients, 2021; 13(7): 2460.
17. HARTIKAINEN A, et al. Fecal microbiota transplantation: current evidence for its efficacy and safety. Therapeutic Advances in Gastroenterology, 2024; 17: 1–15.
18. HIDAYAT AA, et al. Diagnostic strategy of irritable bowel syndrome: a low- and middle-income country perspective. Intestinal Research, 2024; 22(3): 286–296.
19. HUANG K, et al. Irritable bowel syndrome: epidemiology, overlap disorders, pathophysiology and treatment. World Journal of Gastroenterology, 2023; 29: 4120.
20. KELLY CR, et al. Update on fecal microbiota transplantation 2015: indications, methodologies, mechanisms, and outlook. Gastroenterology, 2015; 149: 223–237.
21. KESUMA Y, et al. Irritable bowel syndrome in Indonesian adolescents. Jornal de Pediatria, 2021; 97: 197–203.
22. LIU J, et al. Low-FODMAP diet for irritable bowel syndrome: what we know and what we have yet to learn. Annual Review of Medicine, 2020; 71: 303–314.
23. OHLSSON B. Extraintestinal manifestations in irritable bowel syndrome: a systematic review. Therapeutic Advances in Gastroenterology, 2022; 15: 1–18.
24. OH JS, et al. Shortcomings of clinical trials assessing antidepressants for irritable bowel syndrome: a systematic review. Journal of Clinical Medicine, 2020; 9(9): 933.
25. RADOVANOVIC-DINIC B, et al. Irritable bowel syndrome – from etiopathogenesis to therapy. Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia, 2018; 162(1): 1–9.
26. RADZISZEWSKA M, et al. Nutrition, physical activity and supplementation in irritable bowel syndrome. Nutrients, 2023; 15: 3662.
27. SCACIOTA ACL, et al. Intervenções para o tratamento da síndrome do intestino irritável: revisão de revisões sistemáticas Cochrane. Arquivos de Gastroenterologia, 2021; 58(1).
28. ÜNSAL E, et al. Different nutritional approaches in the treatment of irritable bowel syndrome. Gulhane Medical Journal, 2020; 62(3): 139–144.
29. ZHANG T, et al. Efficacy of probiotics for irritable bowel syndrome: a systematic review and network meta-analysis. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology, 2022; 12: 859967.