

MATEUS ROCHA CARDOSO

**ASPECTOS VIDEOCOLONOSCÓPICOS E
ANATOMOPATOLÓGICOS DAS DOENÇAS
INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS CRÔNICAS – ESTUDO DE
10 ANOS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

MATEUS ROCHA CARDOSO

**ASPECTOS VIDEOCOLONOSCÓPICOS E
ANATOMOPATOLÓGICOS DAS DOENÇAS
INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS CRÔNICAS – ESTUDO DE
10 ANOS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Coordenador do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro

Orientador: Prof. Dr. José Mauro dos Santos

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2011

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu saúde, força e perseverança para seguir meus sonhos e que sempre nos momentos difíceis esteve, está e estará ao meu lado.

À minha mãe/pai, ALVINA MARIA ROCHA CARDOSO e ao meu pai ANTÔNIO CARLOS PEREIRA CARDOSO (*in memoriam*), que me criaram nas melhores condições possíveis, com muito amor e dedicação, sempre me educando e revelando os principais valores da vida. Obrigado por existirem e serem estes exemplos que tentarei seguir na minha vida.

À minha irmã, ISABELA ROCHA CARDOSO, que sempre me apoiou e esteve sempre ao meu lado com sinceridade e carinho.

Ao meu orientador, JOSÉ MAURO DOS SANTOS, pela paciência, dedicação, incentivo e ensinamentos que tornaram a realização deste trabalho um grande aprendizado.

Aos membros do Serviço de Coloproctologia do HU – UFSC, Dr. FELIPE FELÍCIO, JOÃO CARLOS COSTA DE OLIVEIRA e HUMBERTO FENNER LYRA JÚNIOR, por disponibilizar os dados neste trabalho.

Ao Dr. EMIL KUPEK, professor associado do departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, pelos ensinamentos em estatística e, mais que isto, pelo exemplo de caráter e honestidade.

Ao Dr. JOSE CALDEIRA FERREIRA BASTOS, diretor do Instituto Diagnóstico de Anatomia Patológica, e aos seus funcionários, pela atenção e ajuda para as buscas dos laudos anatomopatológicos

Ao grande WILSON GUSTAVO CARDOSO MENEGUETTI, primo, padrinho. Nos melhores momentos ele sempre estava presente.

Aos meus colegas de faculdade, principalmente ao LINDOLFO MORATELLI FILHO, grande amigo e parceiro.

RESUMO

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais crônicas mais importantes são a Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI), Doença de Crohn (DC) e a Colite Microscópica (CM). O objetivo deste estudo é avaliar a incidência, indicações, aspectos endoscópicos e anatomopatológicos das doenças inflamatórias intestinais crônicas.

Método: Foram analisados retrospectivamente 4183 videocolonoscopias realizadas pelo serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da UFSC e pela clínica particular dos médicos do serviço, de janeiro de 2000 a dezembro de 2010. Nos casos de doenças inflamatórias intestinais crônicas avaliou-se o tipo, as indicações, lesões e segmentos intestinais acometidos à videocolonoscopia e as características anatomopatológicas.

Resultados: Dos 160 casos, 115 eram RCUI, 23 DC e de 17 CM. 56,9% eram do sexo feminino e 43,1% masculino. A idade média foi 47,84 anos. As indicações mais frequentes foram: diarreia, acompanhamento de RCUI e DC. Na RCUI, o reto foi acometido em 94,8% dos casos, hiperemia em 85,2% e o infiltrado mononuclear em 44,3%. Na DC, o íleo terminal foi acometido em 56,5% dos pacientes, hiperemia e úlceras foram as lesões mais frequentes e granulomas visualizados em 34,8% dos pacientes. Na CM, 88,2% dos pacientes apresentavam diarreia e 70,6% videocolonoscopia normal.

Conclusões: A incidência de doença intestinal inflamatória crônica foi de 3,8% e a indicação mais frequente do exame foi seu acompanhamento. A RCUI foi vista mais no sexo feminino com hiperemia em reto e infiltrado mononuclear. A DC incidiu mais no sexo feminino com úlceras em íleo terminal e o infiltrado mononuclear. CM foi mais frequente no sexo masculino, exame videocoloscópico normal com alterações inflamatórias leves nas biópsias.

Palavras-chave: Doenças inflamatórias intestinais, colonoscopia, Retocolite Ulcerativa Inespecífica, Doença de Crohn, Colite microscópica.

ABSTRACT

Introduction: The most important inflammatory bowel diseases are Ulcerative Colitis (UC), Crohn`s Disease (CD) and Microscopic Colitis (MC). The objective of this study is to determine the incidence, indications, endoscopic and pathological aspect of the inflammatory bowel disease.

Method: Were analyzed retrospectively 4183 videocolonoscopies realized by the Coloproctology Division of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina and by a particular clinical from January 2000 to December 2010. In the cases of inflammatory bowel diseases were measured the type, indications, lesions e bowel segments involved in videocolonoscopy and the pathologic aspects.

Results: Of the 160 cases, 115 were UC, 23 CD and of 17 MC. 56,9% of the patients were female and 43,1% male. The average age was 47,84 years. The more frequent indications were: diarrhea, UC and CD accompaniment. In UC, the recto was involved in 94,8% of the cases, hyperemia in 85,2% and mononuclear infiltrate in 44,3%. In CD, the terminal ileum was involved in 56,5% of the patients, hyperemia and ulcers were the most frequent lesions and granulomas visualized in 34,8% of the patients. In MC, 88,2% of the patients had presented diarrhea and 70,6% of the videocolonoscopies were normal.

Conclusions: The incidence of the inflammatory bowel disease was 3,8% and the most frequent indication was yours accompaniment. The UC was most seen in females with hyperemia in recto and mononuclear infiltrate. The CD was most frequent in females with ulcers in terminal ileum and mononuclear infiltrate. MC was most frequent in males, with normal videocoloscopic exam and slight inflammatory changes in biopsies.

Keywords: inflammatory bowel disease, colonoscopy, ulcerative colitis, Crohn`s disease, microscopic colitis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CC	Colite Colagenosa
CL	Colite Linfocítica
CM	Colite Microscópica
DC	Doença de Crohn
EUA	Estados Unidos da América
RCUI	Retocolite Ulcerativa Inespecífica
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicação es das videocolonoscopias nas doenças inflamató rias intestinais crônicas.....	6
Tabela 2 - Indicação es das videocolonoscopias na Retocolite Ulcerativa Inespec fíca ..	7
Tabela 3 - Indicação es das videocolonoscopias na Doença de Crohn	7
Tabela 4 - Locais do intestino acometidos pela Retocolite Ulcerativa Inespec fíca e pela Doença de Crohn.....	8
Tabela 5 - Indicação es das videocolonoscopias na Colite Microscó pica.....	9
Tabela 6 - Correlação entre achados anatomopatoló gicos e videocolonoscó picos	10

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO.....	iv
<i>ABSTRACT</i>	v
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	vi
LISTA DE TABELAS.....	vii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS.....	4
3. MÉTODO	5
4. RESULTADOS	6
5. DISCUSSÃO	11
6. CONCLUSÕES	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
NORMAS ADOTADAS	19
APÊNDICE.....	20

1. INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais crônicas são representadas principalmente pela Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI). A primeira descrição da RCUI foi feita pelo médico britânico Sir Samuel Wilks em 1859.¹ Já a DC foi nomeada pela descrição feita pelo médico norte americano Burrill Crohn em 1932,² entretanto já havia relatos desta doença no ano de 1623 pelo cirurgião alemão Wilhelm Fabry³ e no ano de 1813 pelos cirurgiões britânicos Combe e Saunders.¹

A prevalência das doenças inflamatórias intestinais crônicas é de aproximadamente 400 casos para cada 100.000 habitantes, sendo que a da RCUI é superior a da DC. Já a incidência destas doenças é em torno de 2-20 casos por ano de RCUI e de 1-10 casos de DC, em estudos realizados no norte europeu, Reino Unido e nos Estados Unidos.¹ Entretanto, dados epidemiológicos sofrem muitas influências de aspectos como raça (maior incidência em brancos), etnia (judeus tem maior incidência tanto da DC, quanto da RCUI) e geografia (variação da incidência dentro de um mesmo país ou continente).³

A etiologia das doenças inflamatórias intestinais crônicas ainda não está completamente elucidada e vários fatores parecem estar envolvidos na patogênese da doença, os quais atuam de modo sincrônico para o surgimento de um evento inicial que é a perda da integridade da barreira imunológica intestinal. Os fatores mais associados com esta alteração imunobiológica da mucosa intestinal são: fatores raciais, étnicos e geográficos; fatores ambientais como higiene e tabagismo (fator protetor para RCUI mas de risco para DC); fatores genéticos e fatores que alteram a resposta imune intestinal como alteração da flora bacteriana intestinal e o uso de anti-inflamatórios não hormonal.^{3,4,5,6,7}

O diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais crônicas é baseado na história clínica, exame físico, aspectos endoscópicos, radiológicos e histológicos, além de resultados de exames laboratoriais.

Na RCUI, o quadro clínico é representado por sintomas como dor abdominal, tenesmo, diarreia, sangramento retal e febre, entretanto sintomas como perda de peso, desnutrição e diminuição do crescimento em crianças e adultos podem ser encontrados.^{7,8} Já na DC, os sintomas mais comuns são dor abdominal, diarreia, febre, diminuição do crescimento e massa abdominal, algo que dificilmente é encontrado na RCUI. Sintomas menos encontrados na RCUI são as lesões em região perianal, como fissuras, fístulas, plicomas e úlceras.⁷ Além destes sintomas, cerca de 6 – 36% dos pacientes podem apresentar

manifestações extraintestinais das doenças inflamatórias intestinais crônicas. As principais lesões extraintestinais relacionadas à atividade da doença são artralgia, espondilite anquilosante, lesão de pele (pioderma gangrenoso, eritema nodoso), uveíte, irite e úlceras orais. Outras manifestações podem ser encontradas como a osteoporose, anemia, colangite esclerosante primária, trombose venosa profunda e embolia pulmonar.^{8,9,10} Ainda há descrições de manifestações neurológicas, tanto de origem central quanto periférica, em paciente com doenças inflamatórias intestinais crônicas.¹¹

Vários exames endoscópicos e radiológicos são descritos para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais crônicas, como a colonoscopia, cápsula endoscópica e outros métodos que ainda estão sendo pouco utilizados, entretanto seu uso vem aumentando, como no caso da ressonância nuclear magnética e de exames ultra-sonográficos abdominal e endoscópico, sendo este principalmente para avaliar a doença perianal.¹²

A colonoscopia é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais crônicas.¹² A diferença principal entre a RCUI e a DC é o padrão de acometimento do cólon e do íleo distal. A RCUI é uma doença de padrão ascendente, localização restrita à mucosa do cólon, onde a lesão se inicia no reto podendo atingir até o ceco. Já a DC o padrão de acometimento é “salteado”, isto é, atinge de forma intermitente a mucosa do cólon ou de qualquer mucosa em todo o trato gastrointestinal, de modo transmural, “da boca ao ânus”, sendo que 2/3 dos pacientes apresentam a doença no cólon e no íleo.⁷ As características das lesões na RCUI são a friabilidade, pseudopólipos, ulcerações, granularidade mucosa, perda do padrão vascular e acometimento retal. Na DC as lesões possuem também friabilidade, as úlceras são aftóides, lineares e serpiginosas e dificilmente há o envolvimento retal.^{7,8,13}

Também podendo ser considerado uma doença inflamatória intestinal crônica, a Colite Microscópica (CM) é uma entidade que inclui a Colite Linfocítica (CL) e a Colite Colagenosa (CC). A descrição da CC foi dada por Lindström em 1976 e Lazenby *et al* descreveram a CL em 1989.^{14,15} A característica típica da CM é o paciente com diarreia crônica, recorrente e sem sangue com exame da mucosa colônica normal ou com muito poucas alterações.

Apesar do aumento significativo de estudos envolvendo a CM,¹⁶ a epidemiologia ainda depende de estudos realizados na Europa e nos EUA. A incidência da CM aumentou durante os anos variando de 0,8 a 19,1 por 100.000 habitantes¹⁵ e a prevalência é em torno de 103 a cada 100.000 pessoas.¹⁶

A idade média do diagnóstico de CM é de 68 anos, com predomínio de pacientes do sexo feminino. O uso de medicamentos como anti-inflamatórios não hormonal, inibidores da

bomba de prótons, inibidores seletivos da recaptação da serotonina e estatinas possuem níveis elevados de associação com CM.^{16,17}

O diagnóstico é feito pela clínica e videocolonoscopia típicas e biópsia, com um aumento de linfócitos intra-epiteliais, inflamação às custas de monócitos na lâmina própria e espessura menor que 10µm da placa de colágeno subepitelial na CL e maior ou igual a 10µm na CC.^{14,15}

A finalidade desta pesquisa é avaliar a incidência das doenças inflamatórias intestinais crônicas em exames colonoscópicos de rotina.

2. OBJETIVOS

O objetivo desta pesquisa é avaliar a incidência, as indicações, os aspectos endoscópicos e anatomopatológicos das doenças inflamatórias intestinais crônicas em exames videocolonoscópicos de rotina.

3. MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e transversal do tipo descritivo.

Foram analisadas as videocolonoscopias realizadas pelo serviço de Coloproctologia no Hospital Universitário da UFSC e pela clínica particular dos médicos do serviço no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2010 e selecionados aqueles que possuem alterações compatíveis com as que são encontradas nas doenças inflamatórias intestinais crônicas, sendo excluídos os demais e aqueles que não foram preenchidos corretamente. Foram estudadas a incidência das doenças inflamatórias intestinais crônicas, o sexo e a idade dos pacientes, a indicação e os tipos de lesões encontradas à videocolonoscopia, os segmentos intestinais acometidos e se havia lesões na região perianal. Foram analisados também os laudos anatomopatológicos das biópsias realizadas nestes pacientes, no serviço de Patologia dos respectivos locais.

Os dados obtidos foram transcritos para o protocolo de pesquisa (Apêndice).

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 2184/11.

Com a posse dos dados transcritos para o protocolo (Apêndice), estes foram armazenados através do programa EpiData Versão 3.1[®], sendo os dados obtidos submetidos à análise estatística do programa EpiData Analysis Versão 2.2.1.171[®]. Para testar a homogeneidade das proporções utilizou-se o teste T de Student com intervalo de confiança de 95%, sendo considerado estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. Somente pessoas diretamente relacionadas ao estudo tiveram acesso a estes dados.

4. RESULTADOS

Foram analisadas 4183 videocolonoscopias e destas foram estudados 160 (3,8%) casos de doenças inflamatórias intestinais crônicas em 160 pacientes.

Ao examinar os aspectos gerais de 160 casos de doenças inflamatórias intestinais; incluindo assim 115 casos de RCUI, 23 de DC, 17 de CM e 5 casos de Colite Indeterminada; verificou-se que 56,9% dos pacientes eram do sexo feminino e 43,1% do sexo masculino. A idade mínima foi de 12 e a máxima de 93 anos, com média de 47,8 anos e mediana de 48. Nos homens a média foi de 48,9 anos e nas mulheres de 46,9 anos.

As indicações mais frequentemente encontradas para a realização das videocolonoscopias foram diarreia, acompanhamento tanto de RCUI quanto de DC em pacientes já com diagnóstico anterior, sangramento retal (melena, enterorragia, hemorragia digestiva baixa não especificada e hematoquezia), dor abdominal e mucorréia (Tabela 1).

Tabela 1 - Indicações das videocolonoscopias nas doenças inflamatórias intestinais crônicas

Indicação	%
Diarreia	41,3
Acompanhamento de Retocolite Ulcerativa Inespecífica	31,9
Sangramento retal	19,4
Dor abdominal	12,5
Acompanhamento de Doença de Crohn	11,3
Mucorréia	10
Anemia	3,8
Emagrecimento	3,8
Alteração do hábito intestinal	1,9
Tenesmo	1,3
Aumento do CEA	0,6
Massa abdominal	0,6
Incontinência anal	0,6

Nos 115 casos de RCUI analisados, 59,1% eram do sexo feminino com idade média de 48,2 anos e 40,9% do sexo masculino com idade média de 52,1 anos. A idade variou de 14 a 93 anos. A média geral e a mediana foram de 49,8 e 50 anos, respectivamente.

Os principais sintomas que indicaram a videocolonosopia foram: acompanhamento de RCUI (44,3%), diarreia (35,7%), sangramento retal (23,5%), mucorréia (10,4%), dor abdominal (10,4%) e anemia (4,3%), sendo que aproximadamente 30% dos pacientes apresentaram mais de uma indicação (Tabela 2).

Tabela 2 - Indicações das videocolonoscopias na Retocolite Ulcerativa Inespecífica *

Indicação	%	% (sem diagnóstico prévio)
Acompanhamento de RCUI	44,3	-
Diarréia	35,7	64,1
Sangramento retal	23,5	39,1
Mucorréia	10,4	18,8
Dor abdominal	10,4	15,6
Anemia	4,3	6,3

* Muitos pacientes apresentaram mais de uma indicação.

A análise das videocolonoscopias dos pacientes com RCUI demonstrou que em 93,9% apresentaram padrão de distribuição das lesões de modo contínuo. O reto foi acometido em 94,8% dos pacientes e o sigmóide em 86,1%. O acometimento de todo o cólon, a pancolite, foi encontrada em 29,6% dos pacientes. O íleo terminal foi acometido em 9,6%, classificando-se estes casos como íleo de refluxo. As alterações endoscópicas mais frequentes foram: hiperemia (85,2%), edema (78,3%), úlceras (33,9%) e granularidade da mucosa intestinal (21,7%). O tipo de infiltrado inflamatório mais frequente foi o infiltrado mononuclear em 44,3% dos casos, seguido pelo infiltrado polimorfonuclear com 31,3% dos casos. Em 13,9% dos casos foram vistas diminuição das células caliciformes e em 28,7% microabscessos de cripta.

Na região perianal, foram vistas alterações em 14,8% dos pacientes sendo fístula (2,6%) e fissura (2,6%) as mais frequentes.

Em relação ao sexo dos 23 pacientes portadores de DC, 60,9% eram do sexo feminino e 39,1% do sexo masculino. Os extremos de idade foram 12 e 61 anos, mediana de 44 anos e média geral de 38,3 anos, sendo nas mulheres 36,7 e nos homens 40,8 anos.

A principal indicação para a videocolonoscopia foi acompanhamento da DC em 78,3% dos casos, sendo seguida por diarréia (26,1%), dor abdominal (17,4%), mucorréia (8,7%) e sangramento retal (8,7%). 43,5% dos pacientes apresentaram mais de uma indicação (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicações das videocolonoscopias na Doença de Crohn *

Indicação	%
Acompanhamento de Doença de Crohn	78,3
Diarréia	26,1
Dor abdominal	17,4
Mucorréia	8,7
Sangramento retal	8,7

* Muitos pacientes apresentaram mais de uma indicação.

Lesões em salto, classicamente descritas na DC, foram encontradas em 82,6% dos pacientes. O local mais acometido foi o íleo terminal (56,5%), seguido pelo cólon transversal (43,5%) (Tabela 4). As lesões videocolonoscópicas mais encontradas na DC foram: hiperemia e úlceras (69,6% ambas), edema (60,9%) e granularidade da mucosa (21,7%). Na análise anatomopatológica, foi vista em 34,8% dos casos a presença de granuloma e microabscessos de cripta em 13%. O infiltrado inflamatório mononuclear foi encontrado em 43,5% dos casos e o polimorfonuclear e de padrão misto em 17,4% dos casos.

Lesões perianais foram encontradas em 34,8% dos pacientes. As principais foram fissura e fístula (17,4% cada). Em 4 pacientes (17,4%) foram encontradas mais de uma lesão perianal.

Tabela 4 - Locais do intestino acometidos pela Retocolite Ulcerativa Inespecífica e pela Doença de Crohn

Locais acometidos no intestino	Retocolite Ulcerativa Inespecífica %	Doença de Crohn %
Reto	94,8	34,8
Sigmóide	86,1	39,1
Descendente	53,9	39,1
Transverso	40	43,5
Ascendente	31,3	34,8
Ceco	33	34,8
Válvula ileocecal	17,4	26,1
Íleo terminal	9,6	56,5

Em relação à CM, dos 17 casos confirmados, 35,3% eram do sexo feminino e 64,7% eram do sexo masculino. A idade dos pacientes variou de 12 a 75 anos com média de 48,5 anos e mediana de 49 anos. A idade média nos homens foi de 45 e nas mulheres de 55 anos.

As principais indicações para a realização da videocolonoscopia foram diarreia (88,2%), dor abdominal (23,5%), mucorréia (11,8%) e hematoquezia, emagrecimento e incontinência anal todas com 5,9% de frequência. Sendo que 29,4% apresentaram mais de uma indicação (Tabela 5).

Tabela 5 - Indicações das videocolonoscopias na Colite Microscópica *

Indicação	%
Diarréia	88,2
Dor abdominal	23,5
Mucorréia	11,8
Hematoquezia	5,9
Emagrecimento	5,9
Incontinência anal	5,9

* Muitos pacientes apresentaram mais de uma indicação.

A principal característica das videocolonoscopias dos pacientes com CM foi que em 70,6% foram laudadas como normais. Na biópsia, foram encontradas alterações inflamatórias leves em 82,4% com infiltrado inflamatório mononuclear em 76,5% e linfoplasmocitário e eosinofílico em 23,5%.

Em 36 casos onde os pacientes apresentavam como principal indicação para a videocolonoscopia diarréia (91,7%) e dor abdominal (25%) e, além disso, videocolonoscopias laudadas como normais (sendo estes aspectos compatíveis com a CM), foram diagnosticados em 33% (12 casos) CM. Dos 24 casos que não foram confirmados como CM, 4 (16,7%) apresentaram biópsia normais, 79,2% apresentaram alterações inflamatórias leve com infiltrado inflamatório mononuclear em 50% dos casos e infiltrado inflamatório polimorfonuclear em 29,2% dos casos sendo que em 6 pacientes (25%) apresentaram ambos infiltrados inflamatórios.

Realizou-se uma comparação entre os principais achados nas avaliações anatomopatológicas e as principais alterações endoscópicas à videocolonoscopia de todas as doenças inflamatórias intestinais crônicas e constatou-se um aumento progressivo da incidência de algumas alterações videocolonoscópicas associadas à progressão da atividade inflamatória avaliada (Tabela 6). Examinou-se também os achados videocolonoscópicos com alterações específicas das biópsias realizadas, como diminuição das células caliciformes, microabscessos de cripta intestinal e granulomas.

Tabela 6 - Correlação entre achados anatomopatológicos e videocolonoscópicos

Anatomopatológico Achados endoscópicos	Alterações inflamatórias leves	Alterações inflamatórias moderadas	Alterações inflamatórias acentuadas	Diminuição de células caliciformes	Microabscessos	Granuloma
Hiperemia	53,6%	85,5%	90,2%	85%	97,3%	62,5%
Edema	62,5%	77,4%	68,3%	70%	81,1%	62,5%
Úlceras	19,6%	33,9%	65,9%	60%	51,4%	62,5%
Pseudopólipos	7,1%	14,5%	17,1%	5%	10,8%	25%
Granularidade mucosa	3,6%	29%	26,8%	20%	35,1%	12,5%
Microulcerações	1,8%	6,5%	22%	10%	13,5%	0%
Estenose	1,8%	6,5%	7,3%	0%	2,7%	12,5%

5. DISCUSSÃO

A incidência de doenças inflamatórias intestinais crônicas em videocolonoscopias foi de 3,8% neste estudo, superior ao encontrado por Thukkani *et al*¹⁸, que verificaram o percentual de 1,3% de RCUI e DC nas videocolonoscopias analisadas nos EUA.

Foram encontrados neste estudo 115 casos de RCUI, 23 casos de DC, 17 casos de CM e 5 casos de Colite Indeterminada. A razão entre RCUI e DC foi de 5 para 1, algo coerente com que Moum e Ekbohm¹ descreveram em um estudo epidemiológico comparando estudos realizados em países europeus e da América do Norte por um período que variou de 1947 a 1991. A prevalência da CM é em torno de 103 para 100.000 pessoas,¹⁶ neste estudo foram encontrados 17 casos de CM, algo que se demonstrou dentro dos parâmetros comparando com os números de casos de RCUI e de DC e suas respectivas prevalências descritas na literatura.

Thukkani *et al*¹⁸ descreveram a idade média dos pacientes com DC em 41,7 anos e de RCUI em 47,3 anos e leve predomínio do sexo feminino na DC e predomínio do sexo masculino na RCUI. O predomínio do sexo feminino na DC justificado pelos autores devido ao fato que as mulheres nos EUA realizam 1,5 vezes mais videocolonoscopias que os homens, sendo encontrada situação semelhante a esta no Brasil, onde as mulheres buscam mais os serviços de saúde que os homens.¹⁹ Kappelman *et al*²⁰ verificaram um aumento da prevalência da RCUI e da DC nos EUA com o aumento da idade e que a DC é mais prevalente em mulheres adultas, sendo estatisticamente igual a prevalência entre sexos na RCUI. Já no presente estudo, verificou-se um predomínio do sexo feminino tanto em casos de RCUI (59,1%) quanto nos casos de DC (60,9%), sendo a idade média dos primeiros (RCUI) maior que a encontrada nos últimos (DC) (49,89 anos *versus* 38,35 anos, respectivamente).

Darrell e Ciarán¹⁶ relataram que em uma revisão de casos publicados de Colite Linfocítica e Colite Colagenosa não foi encontrada nenhuma diferença significativa na incidência entre os sexos, mas Tangri e Chandí¹⁷ e Ayata *et al*²¹ mostraram uma maior incidência nas mulheres. Em relação à idade, estes estudos^{16,17} foram unânimes em relatar que o risco relativo de CM aumenta com o aumento da mesma, sendo em torno de 5 vezes maior em pacientes com mais de 65 anos. A média de idade variou entre 53 e 69 anos¹⁶, sendo que neste trabalho a média foi de 48,53 anos e houve predomínio do sexo masculino (64,7%) na CM.

Os principais sintomas da RCUI são a diarreia sanguinolenta, urgência retal e tenesmo retal.⁸ Ghazzawi e Mrayat²² publicaram que 84% dos pacientes com RCUI apresentaram

diarréia com sangue e dor abdominal, 49% apresentaram anemia, 32% perda de peso e 30% febre. Leong *et al*²³ observaram que em pacientes com DC, 65% apresentaram diarréia e dor abdominal, 51% apresentaram sangramento retal, 45% perda de peso, 17% febre e 12% anemia. Lichtenstein *et al*¹³ relataram que a ausência de sangramento retal pode sugerir o diagnóstico de DC sobre o de RCUI. Podolsky⁷ descreveu que manifestações clínicas como diarréia e sangramento retal são mais frequentes na RCUI e que febre, dor e massas abdominais e acometimento perianal são mais frequentes na DC, algo que Jiang *et al*²⁴ também verificaram em seu estudo, porém a dor abdominal não teve diferença estatística significativa entre os grupos de pacientes com RCUI e DC. No presente estudo foi observado que diarréia, sangramento retal e mucorréia foram mais frequentes em pacientes com RCUI e que a porcentagem de paciente com DC apresentando dor abdominal foi um pouco superior à apresentada por pacientes com RCUI (17,4% na DC e 10,4% na RCUI).

O cólon é acometido em todos pacientes com RCUI e em 28 a 60% dos pacientes com DC e o acometimento do íleo terminal ocorre em torno de 47% dos pacientes na DC. Úlceras e aspecto de “pedras de calçamento” são mais frequentes na DC e friabilidade da mucosa, pseudopólipos e envolvimento retal são mais frequentes na RCUI.^{7,25}

Neste estudo, na RCUI, o reto apresentou lesões em 94,8%, o sigmóide em 86,1%, o íleo terminal em 9,6%. Já na DC, o reto foi acometido em 34,8%, o sigmóide em 39,1% e o íleo terminal em 56,5%, sendo estas as principais diferenças entre o acometimento da RCUI e da DC. A lesão do íleo terminal na RCUI é a “íleite de refluxo”, que ocorre associado à pancolite, isto é, quando há o acometimento de todo cólon pela doença. Goldstein e Dulai²⁶ publicaram que de 5 a 33% dos casos de RCUI possuem íleite de refluxo, sendo que a gravidade da lesão possui correlação com a atividade inflamatória no ceco.

Neste estudo, à videocoloscopia, os pacientes com RCUI apresentaram hiperemia em 85,2% dos casos, edema em 78,3%, úlceras em 33,9% e granularidade da mucosa intestinal em 21,7%. Essas lesões coincidem com as descritas em outros trabalhos,^{8,22} sendo a hiperemia e o edema mais frequentes na RCUI, caracterizando a maior friabilidade da mucosa.

No estudo anatomopatológico das biópsias, a presença de infiltrado mononuclear foi vista em 43,5% dos casos, polimorfonuclear em 31,3%, diminuição das células caliciformes em 13,9% e microabscessos de cripta em 28,7% dos pacientes com RCUI, Carpenter e Talley²⁷ descrevem as alterações histológicas da RCUI e da DC como “colite cripto-destrutiva crônica”, tendo como achados o predomínio de infiltrado inflamatório mononuclear, mas

podendo ter a persistência de neutrófilos e as alterações de cripta, como os microabscessos. Estes achados foram compatíveis com os encontrados nesta pesquisa.

Na DC, o íleo terminal foi acometido em 56,5% dos casos neste estudo. O cólon transversal foi a região mais acometida do intestino grosso (43,5%), o reto foi acometido em 34,8% dos casos e a válvula ileocecal em 26,1%. Segundo a literatura,^{23,24,28} dos pacientes com DC, 16 a 29% possuem acometimento somente do intestino delgado, 40-44% possuem acometimento tanto do cólon quanto do intestino delgado e 27-42% dos pacientes tem somente o cólon como região acometida. Neste estudo, 21,7% dos pacientes possuem somente o íleo terminal acometido, 34,8% tinham acometimento ileocolônico e 43,5% tinham acometimento somente do cólon. Como o nosso estudo foi realizado apenas com pacientes submetidos à videocolonoscopia, não avaliamos outros locais acometidos, como jejuno, íleo proximal e trato gastrointestinal alto.

As lesões mais frequentes vistas à videocolonoscopia na DC em nossa pesquisa foram hiperemia e úlceras em 69,6% dos casos, edema em 60,9% e granularidade da mucosa em 21,7%. A presença de úlceras tem maior relação com DC, principalmente as aftóides^{7,27}, algo que foi demonstrado neste estudo onde 34,8% dos pacientes com DC apresentaram úlceras aftóides enquanto apenas 1,7% dos pacientes com RCUI apresentaram esta mesma lesão.

O acometimento perianal neste trabalho foi maior em pacientes com DC (34,8%) pelos tipos de lesões encontradas (pílicoma, fissura e fístula), compatível com o percentual descrito por Leong *et al*,²³ que foi de 36%.

As características anatomopatológicas encontradas na DC foram a presença de infiltrado mononuclear em 43,5% dos casos, polimorfonuclear e de padrão misto em 17,4% dos casos, microabscessos de cripta em 13% e granulomas em 34,8% dos casos. A incidência de granulomas na literatura em pacientes com DC variou de 17,6% a 53,8%.^{9,24,29} Rubio *et al*³⁰ descreveram que a presença de granulomas foi mais frequente em pacientes pediátricos e que este achado não foi qualificado como fator preditor de intervenções cirúrgicas.

Na CM, os mais frequentes achados clínicos e videocoloscópicos encontrados nesta pesquisa foram compatíveis com a descrição de vários outros autores.^{14,15,16,17} Neste estudo, a diarreia estava presente em 88,2% dos pacientes, 23,5% dos pacientes apresentaram dor abdominal e a videocolonoscopia foi normal em 70,6% dos casos. Ayata *et al*²¹ relataram que 65% dos pacientes apresentaram diarreia, aproximadamente 50% apresentaram dor abdominal e 66% dos pacientes apresentaram videocolonoscopias normais.

Foi também analisado neste estudo o grau da inflamação visto ao anatomopatológico nos casos de CM, tendo sido encontradas alterações leves em 82,4% dos pacientes e

alterações moderadas em 17,6%. Quanto ao tipo de infiltrado inflamatório encontrado, em 76,5% dos casos foi visto infiltrado mononuclear, linfoplasmocitário em 23,5% e eosinofílico em 23,5% dos casos; sendo estes achados compatíveis com o estudo de Olesen *et al*,¹⁴ onde o infiltrado mononuclear foi critério diagnóstico de CM. Segundo a literatura,^{15,16} não raro o infiltrado encontrado em casos de CM pode ser misto. Ayata *et al*²¹ descreveram um grau de inflamação aguda e severa em 34% dos casos de CM, o que não ocorreu em nenhum caso de CM deste estudo.

A correlação entre achados histológicos, videocolonoscópicos e a condição clínica de casos de doenças inflamatórias intestinais crônicas foi relatada por Carpenter e Talley,²⁷ que descreveram que o processo inflamatório é misto (podendo haver até a presença de eosinófilos³¹) e o infiltrado inflamatório estende-se em direção à lamina própria e gera distorções nas criptas, sendo que em alguns momentos não é possível distinguir histologicamente RCUI e DC. Ainda sobre o estudo de Carpenter e Talley,²⁷ a característica endoscópica descrita para a RCUI e a DC foi a presença de edema e eritema, sendo que achados como perda do padrão vascular, aspecto tubular do cólon, ulceração e pseudopólipos caracterizaram severidade das doenças, dados que são compatíveis aos encontrados no presente estudo, onde úlceras foram vistas em 19,6% dos casos classificados histologicamente como alterações inflamatórias leves e em 65,9% dos casos classificados como alterações inflamatórias acentuadas. Achados como hiperemia foram encontrados em muitos pacientes e com uma frequência também alta em pacientes que apresentaram alterações inflamatórias severas e microabscessos, por exemplo, sendo que este achado não é característico de gravidade inflamatória. Algo semelhante ocorre com o edema à videocolonosopia, que é um achado comum e não é característico de severidade inflamatória, algo que se confirma pela maior frequência de edema nas alterações inflamatórias moderadas do que nas alterações inflamatórias acentuadas.

6. CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa pode-se concluir que:

1. A incidência das doenças inflamatórias intestinais crônicas nos exames videocolonoscópicos foi de 3,8%.
2. As indicações mais frequentes do exame videocolonoscópico na RCUI e DC foi o acompanhamento das doenças inflamatórias crônicas em pacientes já com diagnóstico prévio.
3. A RCUI ocorreu mais frequentemente no sexo feminino, a idade média foi de 50 anos, as lesões endoscópicas que mais ocorreram foram a hiperemia e o edema em reto e sigmóide e a lesão anatomopatológica mais frequente foi o infiltrado inflamatório mononuclear.
4. A DC incidiu mais no sexo feminino, a idade média foi de 44 anos, as lesões endoscópicas mais frequentes foram hiperemia e úlceras em íleo terminal e o infiltrado mononuclear foi a lesão mais presente nas biopsias.
5. A CM foi mais frequente no sexo masculino, a idade média foi de 49 anos, a diarreia foi a indicação clínica mais frequente do exame, e, na maioria das vezes, o mesmo foi normal. Alterações inflamatórias leves foram o achado anatomopatológico mais frequente nas biópsias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moum B, Ekbom A. Epidemiology of inflammatory bowel disease-methodological considerations. *Dig Liver Dis.* 2002; 34: 364–369.
2. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional ileitis: a pathologic and clinical entity. *JAMA.* 1932; 99:1323–1329.
3. Baumgart DC, Carding SR. Inflammatory bowel disease: cause and immunobiology. *Lancet.* 2007; 369:1627–1647.
4. Shanahan F. Crohn's disease. *Lancet.* 2002; 359:62–69.
5. Targan, S. R., L. K. Murphy. Clarifying the causes of Crohn's. *Nat. Med.* 1995; 1:1241.
6. Abraham C, Cho JH. Inflammatory Bowel disease. *N Engl J Med.* 2009 Nov 19;361(21):2066-78
7. Podolsky, Daniel K. Medical Progress: Inflammatory Bowel Disease. *N Engl J Med.* 2002 Aug 8; 347(6):417-429
8. Langan RC, Gotsch PB, Krafczyk MA, *et al.* Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician.* 2007; 76: 1323–1330.
9. Ardizzone S, Puttini PS, Cassinotti A, Porro GB. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Dig Liver Dis.* 2008;40(Suppl. 2):S253–9.
10. Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Yu N. The prevalence of extraintestinal diseases in inflammatory bowel disease: A population-based study. *Am J Gastroenterol* 2001;96: 1116-1122
11. Zois CD, Katsanos KH, Kosmidou M, Tsianos EV. Neurologic manifestations in inflammatory bowel diseases: Current knowledge and novel insights. *Journal of Crohn's and Colitis* (2010) 4, 115–124
12. Mackalski BA, Bernstein CN. New diagnostic imaging tools for inflammatory bowel disease. *Gut.* 2006;55:733–741.
13. Lichtenstein GR, Hanauer SB, Sandborn WJ. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Management of Crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 465–83.
14. Olesen M, Eriksson S, Bohr J, Jarnerot G, Tysk C. Microscopic colitis: a common diarrhoeal disease. An epidemiological study in Orebro, Sweden, 1993–1998. *Gut* 2004; 53: 346–50.

15. Nielsen OH, Vainer B, Schaffalitzky de Muckadell OB. Microscopic colitis: a missed diagnosis? *Lancet* 2004; 364: 2055-2057
16. Pardi DS, Kelly CP. Microscopic colitis. *Gastroenterology*. 2011; 140(4):1155-65.
17. Tangri V, Chande N. Microscopic colitis: an update. *Journal of clinical gastroenterology*. 2009;43(4):293-6
18. Thukkani N, Williams JL, Sonnenberg A. Epidemiologic characteristics of patients with inflammatory bowel disease undergoing colonoscopy. *Inflammatory bowel diseases*. 2011;17(6):1333-7
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. 2008 [acesso em 2011 Ago 7]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf
20. Kappelman MD, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Ollendorf D, Bousvaros A, Grand RJ, et al. The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2007; 5(12):1424-9.
21. Ayata G, Ithamukkala S, Sapp H, Shaz BH, Brien TP, Wang HH, Antonioli DA, Farraye FA, Odze RE. Prevalence and significance of inflammatory bowel disease-like morphologic features in collagenous and lymphocytic colitis. *Am J Surg Pathol* 2002; 26:1414-23.
22. Ghazzawi, I, Al-Mrayat, Z. Review of chronic ulcerative colitis cases at King Hussein Medical Centre, Jordan. *East Mediterr Health J* 2007;13:294–300
23. Leong RWL, Lau JY, Sung JJY. The epidemiology and phenotype of Crohn's disease in the Chinese population. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2006;10(5):646-651
24. Jiang L, Xia B, Li J, Ye M, Yan W, Deng C, et al. Retrospective survey of 452 patients with inflammatory bowel disease in Wuhan city, central China. *Inflammatory bowel diseases*. 2006;12(3):212-7
25. Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *Lancet*. 2007;369(9573):1641-57
26. Goldstein N, Dulai M. Contemporary morphologic definition of backwash ileitis in ulcerative colitis and features that distinguish it from Crohn disease. *American journal of clinical pathology*. 2006 Sep;126(3):365-76.

27. Carpenter H a, Talley NJ. The importance of clinicopathological correlation in the diagnosis of inflammatory conditions of the colon: histological patterns with clinical implications. *The American journal of gastroenterology*. 2000;95(4):878-96
28. Heresbach D, Alexandre J-L, Bretagne J-F, Cruchant E, Dabadie A, Dartois-Hoguin M, et al. Crohn's disease in the over-60 age group. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2004; 16(7):657-664
29. Zhou ZY, Luo HS. Differential diagnosis between Crohn's disease and intestinal tuberculosis in China. *International Journal*. 2006;976:212-214
30. Rubio CA, Orrego A, Nesi G, Finkel Y. Frequency of epithelioid granulomas in colonoscopic biopsy specimens from paediatric and adult patients with Crohn's colitis. *Journal of Clinical Pathology*. 2007 Nov;60(11):1268-72
31. Atkins D, Furuta GT. Mucosal immunology, eosinophilic esophagitis, and other intestinal inflammatory diseases. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2010;125(2 Suppl 2):S255-61

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, **em 16 de junho de 2011.**

APÊNDICE

Levantamento de dados: videocolonoscopias das Doenças Inflammatory Intestinais

Data: _____ Hospital: _____ Nº: _____
 Idade: _____ Sexo: M() F() Cor: _____
 Indicação: _____
 HDA: _____
 Tempo de evolução da doença: _____

Região comprometida Contínua () Em salto()

Reto() Sigmóide() Descendente() Transverso() Ascendente()

Ceco () Válvula ileocecal () Íleo Terminal () Jejuno()

Tipo de lesão Úlcera () Hiperemia () Edema ()

OUTROS: _____

Ânus: Fístula () Fissura() Úlcera()

OUTROS: _____

Manifestações extra-intestinais

Pele () Olhos() Articulações() Boca() Outros ()

Tipo de Lesão: _____

Doenças Associadas: _____

Tratamento (tempo): _____

Cirurgia anterior: _____

Anatomopatológico: _____