

Caracterização clínico-epidemiológica da doença Crohn de acordo com o comportamento da doença em uma organização hospitalar pública

Clinical and epidemiological characterization of Crohn's disease according to the disease behavior in a public hospital unit

DOI:10.34117/bjdv8n3-009

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 03/03/2022

Iago Miranda Oliveira Dorea

Instituição: Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil
Endereço: R. Silveira Martins, 2555 - Cabula, Salvador - BA, CEP: 41180-045

Joao Henrique Fonseca do Nascimento

Instituição: Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil
Endereço: R. Silveira Martins, 2555 - Cabula, Salvador - BA, CEP: 41180-045

Juliana Silva

Instituição: Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil
Endereço: R. Silveira Martins, 2555 - Cabula, Salvador - BA, CEP: 41180-045

Beatriz Silva Brito

Instituição: Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil
Endereço: R. Silveira Martins, 2555 - Cabula, Salvador - BA, CEP: 41180-045

Andrea Maia Pimentel

Instituição: Hospital Roberto Santos, Salvador, Bahia, Brasil
Endereço: Rua Direta do Saboeiro, s/n - Cabula, Salvador - BA, CEP: 40301-110

Neogelia Pereira de Almeida

Instituição: Hospital Roberto Santos, Salvador, Bahia, Brasil
Endereço: Rua Direta do Saboeiro, s/n - Cabula, Salvador - BA, CEP: 40301-110

Flora Maria Lorenzo Fortes

Instituição: Hospital Roberto Santos, Salvador, Bahia, Brasil
Endereço: Avenida Luiz Viana Filho, 13223, Hangar Business Park, Torre 7, 410/411
Paralela Salvador, Bahia, Brasil CEP: 41500-300
E-mail: florafortes@yahoo.com.br

Genoile Oliveira Santana

Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde
Instituição: Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil
Endereço: R. Silveira Martins, 2555 - Cabula, Salvador - BA, CEP: 41180-045

RESUMO

A doença de Crohn (DC) faz parte do grupo de doença inflamatória intestinal (DII). A DC pode ter comportamento desde mais leves (inflamatória), até as formas mais graves (estenosante e penetrante). O presente trabalho tem objetivo de caracterizar a DC de acordo com o comportamento da doença inflamatório, estenosante ou penetrante. Trata-se de um estudo transversal observacional, com entrevista dos pacientes e revisão dos prontuários após aplicação do TCLE. As variáveis foram analisadas pelo pacote estatístico SPSS versão 21.0. Foram incluídos 92 pacientes, 55,4% (51) eram do sexo feminino. A média de idade foi 44,4 anos (\pm 14,6) e a média de tempo de doença foi 114,6 meses. A idade de diagnóstico mais frequente nos três fenótipos foi entre 17 e 40 anos. Um total de 54,3% (50) apresentavam o comportamento não estenosante/não penetrante, 23,9% (22) estenosante e 22,2% (20) penetrante. Em todos os comportamentos da doença, a grande maioria se autodeclarou como pardo, seguido por negro. Os comportamentos estenosante e penetrante mantiveram predominância do sexo feminino, enquanto que na forma não estenosante/ não penetrante, do sexo masculino. Entre os pacientes com doença de comportamento não penetrante e não estenosante e com o comportamento penetrante, a principal localização foi a colônica, Entre os pacientes com doença estenosante, a maioria apresentou localização ileocônica. Os pacientes com a doença penetrante foram mais jovens no momento da entrevista, com localização mais frequente colônica e maior frequência de doença perianal associada.

Nosso trabalho conclui que o comportamento não penetrante/não estenosante foi o mais observado na amostra estudada. Os pacientes com as formas complicadas, tiveram o diagnóstico mais tardio e apresentaram maior tempo de duração da doença. A forma penetrante apresentou mais frequente localização colônica e doença perianal associada. O comportamento estenosante teve predominante localização ileocolonica, enquanto na doença não penetrante/ não estenosante a localização colônica foi a mais frequente.

Palavras-chave: doença de crohn, inflamatória, estenosante, penetrante.

ABSTRACT

Crohn's disease is part of the Inflammatory Bowel Disease Group and may be present from lighter to most severe forms. This paper aims to characterize the CD according to its disease behavior. We conducted an observational cross-sectional study that included patients from a tertiary referral center from Salvador, Bahia, Brazil. It was performed interviews of patients and review of medical charts. The variables were analyzed by the statistical package SPSS version 21.0. Ninety-two (n=92) patients were included in the analysis, of which 52 patients (56.5%) were female. The mean age was 44.4 years (\pm 14.6) and the meantime of the disease's course was 114.6 months. The most frequent age at diagnosis among the three phenotypes was between 17 and 40 years. The non-stricturing/non-penetrating behavior was identified in 50 patients (54%), the stricturing behavior in 22 patients (23.9%) and the penetrating in 20 patients (22.2%). Regarding ethnicities, the majority of patients self-declared themselves as mixed race in all phenotypes of the disease. Females were predominant among cases with the stricturing and penetrating behavior, while males presented a non-stricturing/non-penetrating behavior of the disease more frequently. Among patients with non-penetrating/non-stricturing and penetrating behavior, the main location was the colon; however, among patients with the stricturing disease, most of them presented an ileocolic disease's location. Patients with penetrating disease were younger at the time of the interview, with more frequent colonic location and higher frequency of associated perianal disease. Our study concludes that the non-penetrating/non-stricturing behavior was the most frequent

in the sample population. Patients with complicated forms of CD had the most delayed diagnosis and had a longer duration of the disease's course. The penetrating form presented more frequent colonic location and associated perianal disease than the other phenotypes. The stricturing behavior had predominant ileocolic location, while the non-penetrating/non-stricturing disease presented most frequently colonic location.

Keywords: crohn's disease, inflammatory, structuring, penetrating.

1 INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DIIs) são caracterizadas por inflamação crônica e idiopática do trato gastrointestinal (TGI), impactam profundamente na qualidade de vida dos pacientes e podem ainda cursar com manifestações extraintestinais^{1,2,3,4}. As DIIs possuem diferentes formas de comprometimento do TGI, variando de formas leves até formas graves, dependendo da localização e comportamento das mesmas^{5,6,7}. A doença de Crohn (DC), retocolite ulcerativa (RCU) e colite não classificada (CNC) são as três formas de apresentação^{1,2,3}.

Embora a etiologia das DIIs ainda não esteja esclarecida, os estudos sugerem que existe uma interação entre a história familiar de DII; desregulação imunológica com desequilíbrio das respostas Th1, Th2 e Th17; fatores ambientais como dieta mais industrializada e tabagismo; o polimorfismo gênico no sistema imune; e as alterações na microbiota intestinal contribuem para a natureza multifatorial da doença^{8,9,10}. Atualmente, estudos mostram que as DIIs estão em ascensão em todas as regiões geográficas, incluindo os países em desenvolvimento, como o Brasil^{8,9,10,11}.

A DC é caracterizada por uma inflamação transmural e recidivante, que pode acometer qualquer região do trato gastrointestinal, desde a boca até a região anal. Possui uma apresentação heterogênea com manifestações clínicas, evolução e necessidades terapêuticas diferenciadas¹². O diagnóstico da DC é baseado na combinação de dados clínicos, endoscópicos, histológicos e radiológicos^{1,2,3}.

A DC pode ser classificada de acordo com seu comportamento em: não estenosante/não penetrante (inflamatória), estenosante e penetrante, segundo a Classificação de Montreal (CM)^{1,2,10,11,12}. A forma inflamatória pode evoluir para as formas consideradas mais graves de apresentação: estenosante e penetrante, que demandam maior número de hospitalizações e cirurgias, sujeitas a um maior número de complicações, como risco de obstrução intestinal, perfuração livre e peritonite^{13,14,15,16}.

Poucos estudos avaliaram a caracterização clínica e epidemiológica em relação ao comportamento da DC. O objetivo do presente estudo foi descrever as características demográficas e clínicas dos pacientes com DC, de acordo com o comportamento.

2 MÉTODOS

2.1 LOCAL DO ESTUDO

Estudo desenvolvido no ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) que é Centro de Referência do Programa Estadual de Medicamentos de Alto Custo. O programa, ao qual esta pesquisa está vinculada, forneceu as medicações para doença de Crohn, incluindo derivados 5-ASA, azatioprina, adalimumabe e infliximabe.

2.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional, transversal cuja coleta ocorreu entre agosto de 2016 a fevereiro de 2017. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos e excluídos pacientes sem condições de responder ao questionário.

2.3 VARIÁVEIS ANALISADAS

Foram analisadas as seguintes variáveis demográficas: gênero, idade, etnia/cor, história familiar de DII. Foi aplicada a classificação de Montreal 2005 para descrição dos casos, que considera os seguintes parâmetros: idade do diagnóstico, localização e comportamento da doença. Em relação à idade (A - age) é classificada em: menor ou igual 16 anos (A1), de 17 a 40 anos (A2) e maior que 40 anos (A3); a localização (L - location) pode ser ileal (L1), colônica (L2), ileocolônica (L3) e trato gastrointestinal superior (L4); e o comportamento (B - behaviour): não estenosante não penetrante ou inflamatória (B1), estenosante (B2) e penetrante/fistulizante (B3), apresentando ou não doença perianal associada (p). Nessa atualização da antiga classificação de Viena, a doença perianal deixou de ser incluída em penetrante, passando a ser uma variável independente^{10,12}.

As variáveis clínicas avaliadas foram: tempo de doença, idade no diagnóstico da doença, sintomas no momento do diagnóstico e presença dos sintomas ou sinais como: dor abdominal, diarreia, hematoquezia, massa abdominal, insônia, desnutrição, distensão abdominal, sintomas obstrutivos, doença perianal, sintomas sistêmicos, recidiva após cirurgia, abordagem terapêutica cirúrgica ou farmacológica e o número hospitalizações no último ano.

2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram feitas as análises da média e desvio padrão das variáveis numéricas e, da frequência para as variáveis categóricas, utilizando o pacote estatístico SPSS versão 21.0.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HGRS (CAAE: 54614316.7.0000.5028). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e assinado pelos pacientes que aceitaram participar do estudo.

3 RESULTADOS

Durante o período de agosto/2016 a fevereiro/2017, foram entrevistados 92 pacientes com diagnóstico de Doença de Crohn (DC), com a média de idade de 44,4anos.

Na Tabela 1 encontram-se as características demográficas dos pacientes com DC.

Tabela 1. Características demográficas dos pacientes com DC em um centro de referência em Salvador/BA.

Característica	Amostra com DC¹ (N=92)
Sexo % (n)	
Feminino	55,4 (51)
Média de idade (em anos)	44,4 (DP ± 14,6)
Tempo dos sintomas até o diagnóstico (meses)	29,3 (DP ± 42,1)
Tempo de doença (meses)	114,6 (DP ± 95,6)
Autodeclaração % (n)	
Negros	32,6 (30)
Branco	19,5 (18)
Pardo	45,6 (42)
Amarelo	1,1 (1)
Sem declarar	1,1 (1)
História familiar 1º grau % (n)	
Sim	14,1 (13)
Não	85,9 (79)

Na tabela 2, aplicou-se a Classificação de Montreal (CM) para a amostra total de pacientes com DC e a distribuição entre o comportamento da doença.

Tabela 2. Aplicação da Classificação de Montreal da amostra total de pacientes com DC e de acordo com o comportamento da doença em centro de referência em Salvador- BA (2016-2017)

Classificação de Montreal	Total da amostra (N=92)	B1: Não penetrante/estenosante (N=50)	B2: Não Estenosante (N=22)	B3: Penetrante (N=20)
Idade no Diagnóstico (A) - % (n)				
A1: ≤16	6,5 (6)	4 (2)	9,1 (2)	10 (2)
A2: 17 -40	55,4 (51)	52 (26)	50 (11)	70 (14)
A3: > 40	38,0 (35)	44 (22)	40,9 (9)	20 (4)
Localização (L) - % (n)				
(L1) Ileal	17,4(16)	26,0 (13)	9,1 (2)	5 (1)
(L2) Colônica	47,8 (44)	44,0 (22)	40,9 (9)	65(13)
(L3) Ileocolônica	34,8 (32)	30 (15)	50 (11)	30(6)
(L4) L1 + TGI superior*	1,1 (1)	-	4,5 (1)	-
L2 + L4	2,1 (2)	2 (1)	4,5 (1)	-
L3 + L4	3,2 (3)	4 (2)	-	5 (1)
Doença perianal (p) - % (n)				
B1 + p	18,3 (17)	34 (17)	-	-
B2 + p	9,7 (9)	-	41(9)	-
B3 + p	15,1(14)	-	-	70 (14)

*TGI – Trato Gastrointestinal Superior.

A tabela 3 analisa os dados demográficos e aspectos clínicos distribuídos de acordo com o comportamento da doença, inflamatório, estenosante ou penetrante.

Tabela 03. Comparação dos aspectos demográficos de acordo com o comportamento da doença: não penetrante/ não estenosante, estenosante ou penetrante.

Comportamento da doença	Não penetrante/ não estenosante (50)	Estenosante(22)	Penetrante (20)
Sexo % (n)			
Feminino	48 (24)	52,2 (12)	80 (16)
Masculino	52 (26)	47,8 (10)	20 (4)
Média de idade na entrevista (em anos)			
Tempo até o diagnóstico (meses)	44,3(±14,9)	49 (±15)	40,0 (DP±12,2)
Tempo de doença (meses)	22 (±34,7)	38 (±51)	39,0 (DP ±46,4)
	96 (±77,0)	152 (±120)	121,6(DP±101,1)
Autodeclaração - % (n)			
Negros	32 (16)	31,8 (7)	35 (7)
Branços	22 (11)	13,6 (3)	20 (4)
Pardo	42 (21)	54,5 (12)	45 (9)
Amarelo	2 (1)	-	-

Sem declarar	2 (1)	-	-
História Familiar 1º grau - % (n)			
Sim	8 (4)	27,3 (6)	15 (3)
Não	92 (46)	72,7 (16)	85 (17)

Ao total, foram realizados 143 procedimentos cirúrgicos. Destes, a Colectomia Parcial (11,8%) foi o procedimento mais realizado em caráter eletivo, principalmente em pacientes com comportamento estenosante ou penetrante. Já no que diz respeito ao caráter de emergência, observou-se que a Hemicolectomia Direita (12,6%) foi o procedimento mais realizado, sendo que os pacientes com o comportamento inflamatório realizaram 88,9% dos casos cirúrgicos. A tabela 4 informa os procedimentos cirúrgicos realizados durante a doença, de acordo com o comportamento.

Tabela 4. Cirurgia durante a doença em pacientes com DC, de acordo com comportamento da doença, em centro de referência em Salvador – BA (2016-2017)

Cirurgia durante a doença (N)	Não penetrante/ não estenosante	Estenosante	Penetrante (Σ)	TOTAL
Colectomia Parcial	3	7	7	17
Colectomia Total	2	1	2	5
Apendicectomia	3	5	3	11
Prévia				
Colectomia parcial + ressecção ileal	2	3	5	10
Ressecção ileal	1	6	4	11
Doença Perianal	9	4	6	19
Recidiva Pós-	1	1	3	5
Cirurgia Clínica				
Recidiva Pós-	-	1	-	1
Cirurgia Endoscópica				
Doença	5	1	1	7
Perianal/Fissura				
Doença	11	4	8	23
Perianal/Fístula				
Doença	1	2	1	4
Perianal/Abcessos				
Apendicectomia*	1	2	1	4
Hemicolectomia	16	-	2	18
Direita*				
Drenagem de	-	1	1	2
Abcesso*				
Enterectomia*	-	3	1	4
Colectomia Total*	-	-	2	2

*Cirurgia de emergência

Os agentes farmacológicos utilizados no tratamento da Doença de Crohn foram corticosteróides, antibióticos, imunossupressores e anticorpo anti-fator de necrose

tumoral (anti-TNF). A tabela 5 informa as medicações em uso no momento da entrevista de acordo com o comportamento da doença.

Tabela 05. Medicações em uso no momento da entrevista em pacientes com DC em centro de referência em Salvador – BA (2016-2017).

(N)	Medicações em uso - %	Não		Estenosante (20)	Penetrante
		penetrante/ estenosante (50)	não(22)		
	Azatioprina	62% (31)		68,1% (15)	70% (14)
	Adalimumabe	20% (10)		40,9% (9)	10% (2)
	Infliximabe	16% (8)		9% (2)	50% (10)
	Prednisona	10% (5)		13,6% (3)	-
	Budesonida	10% (5)		-	-
	Sulfassalazina	16% (8)		4,5% (1)	5% (1)
	Mesalazina Oral	14% (7)		-	-
	Mesalazina Supositório	12% (6)		-	-

4 DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se que a maior parte dos pacientes acometidos pela DC foram do sexo feminino, dados semelhantes descritos em outros estudos^{6,11,12,17,18}. Considerando a idade no momento do diagnóstico, a maioria dos pacientes foram classificados como A2 (17 a 40 anos), em concordância com o padrão epidemiológico da DC descrito por outros estudos^{19,20}. Com relação à localização, a maioria dos pacientes foi classificada como L2 (colônica), que contribuiu para 47,8% do total, seguida pelas localizações L3 (ileocolônica) e L1 (ileal), que corresponderam a 34,8% e 17,4% respectivamente, dados que contrastam com resultados demonstrados por outros estudos^{11,18,19,21}.

A cor/etnia que predominou em todos os comportamentos da doença foi a parda, seguida por negros e menor em brancos, em concordância com outros estudos^{11,19,21,22}. Entretanto, é importante salientar que a amostra do estudo foi tipicamente miscigenada e semelhante ao da população onde residem, portanto, diferente das características étnicas das populações europeias caucasianas tradicionalmente estudadas. Esse dado é corroborado com o estudo de Parente *et al*, onde demonstrou-se uma taxa de 64% de pacientes miscigenados na DC. Em um estudo prévio realizado por Santana *et al* na cidade de Salvador/BAHIA, também foi observado que a maioria dos pacientes acometidos pela DC (63,8%) se autodeclararam pardos.

No que diz respeito à frequência, considerando o comportamento da doença, a maioria dos pacientes, 54,3% do total, foram classificados como B1 (comportamento não penetrante/ não estenosante), 23,9% B2 (comportamento estenosante) e 22,2% B3 (comportamento penetrante). Esse dado é similar ao publicado por outros estudos.

Segundo o estudo de Parente *et al*, no Piauí, em uma amostra de 100 pacientes, encontrou-se uma frequência de 69% para o comportamento não penetrante/ não estenosante (B1), 18% para o estenosante (B2) e 13% para o comportamento penetrante (B3). Outrossim, no trabalho de Torres *et al*, em São Paulo, os achados mostraram que 71% (64 pacientes) apresentaram comportamento não penetrante/ não estenosante (B1). Tais resultados demonstram que, embora os estudos apresentem proporções diferentes, mantêm a mesma ordem de frequência, com maior predominância do comportamento não penetrante/ não estenosante. Os pacientes com comportamento não penetrante/ não estenosante apresentaram menor tempo mediano de doença do que aqueles com comportamento estenosante e penetrante (8 anos vs 12,6 anos vs 10,1 anos). Tal comparação é similar a observada também na casuística de Torres *et al*, onde foi encontrado menor tempo de doença para o comportamento não penetrante/ não estenosante comparado ao comportamento estenosante e penetrante (5,2 anos vs 10,6 anos e 7,4 anos, respectivamente, $P = 0,018$). Sugere-se que os pacientes com comportamento não penetrante/ não estenosante têm menor tempo de doença. Vale ressaltar que a localização da DC muda muito pouco com o passar do tempo, entretanto, o comportamento da doença evolui de não penetrante/ não estenosante para estenosante ou fistulizante com o passar do tempo^{19,20,21,23}, podendo evoluir para comportamento complicado em até 90% dos casos, após 20 anos de doença⁶.

Quanto aos sintomas iniciais mais frequentes no comportamento não penetrante/ não estenosante, observou-se que perda de peso e diarreia foram relatados por 86% dos pacientes, seguido por dores abdominais (82%), urgência (78%), fezes com muco (64%), tenesmo (60%), incontinência (52%) e hematoquezia (48%).

Dentre os pacientes com doença penetrante, 70% apresentaram doença perianal (B3p), e foi o comportamento que mais apresentou doença perianal quando comparado aos outros dois fenótipos, embora, quando se observa a partir dos pacientes que apresentaram doença perianal, apenas 35% apresentaram o comportamento penetrante concomitante. Esse dado é semelhante com outros estudos^{22,24,25}. De acordo com o estudo de Bechara *et al*, realizado em Belo Horizonte, onde dos 125 pacientes com DC, 26,4% dos pacientes apresentavam doença perianal associada ao comportamento, sendo eles: 4% não penetrante/ não estenosante (B1p), 4% estenosante (B2p) e 18,4% (B3p) penetrante. Nos nossos resultados, a doença perianal (p) acometeu 43,4% dos pacientes, taxa mais elevada do que a observada em outros centros^{24,26}. Possivelmente, a característica do Centro de Referência do presente estudo, onde o Serviço de Coloproctologia realiza

atendimento conjunto com o Serviço de Gastroenterologia contribuiu para esse perfil de pacientes.

No que diz respeito ao tratamento cirúrgico, as colectomias, ileocolectomias e cirurgias da doença perianal foram os procedimentos mais realizados, o que é compatível com a localização da DC na população estudada (L2 em 47,8% e L3 em 34,8% dos pacientes). Sabe-se que o comportamento penetrante apresenta curso de maior agressividade clínica da doença, principalmente em pacientes jovens, bem como a presença de doença perianal^{12,20,22,24,25,26,27,28,29,30,31}. No presente estudo, observou-se que os pacientes com comportamento B3 apresentaram maior frequência de procedimentos cirúrgicos, o que pode ser atribuído à maior agressividade desse comportamento na DC, dado semelhante observado também em um estudo português (classificação de Viena). Do total de pacientes com doença perianal submetidos à cirurgia, notou-se que procedimento para correção de fístulas foi o mais realizado. Este achado pode estar relacionado à alta frequência de fístulas, inclusive, a mesma já foi descrita como o tipo de lesão mais frequente observada em outros estudos e pode ocorrer em até 30% nos pacientes com DC^{24,32,33}.

O tratamento farmacológico da DC deve levar em conta a atividade da doença, a localização e o seu comportamento. A medicação mais utilizada no tratamento da DC foi o imunossupressor, seguido pelos biológicos e corticoesteróides, sendo os biológicos a droga de escolha na forma moderada a grave da doença³⁴. Essas drogas têm seu uso estabelecido na remissão e manutenção da doença, com exceção dos corticoesteróides, os quais não são utilizados na fase de manutenção. Os imunossupressores são sabidamente efetivos na manutenção da remissão da doença^{34,35,36}. É de suma importância ressaltar que o tratamento com os agentes anti-TNFs reduzem o risco de cirurgia e hospitalização dos pacientes com DC³⁶.

5 CONCLUSÕES

Na amostra estudada, o comportamento não penetrante/não estenosante foi o mais observado. Os pacientes com as formas complicadas, tiveram o diagnóstico mais tardio e apresentaram maior tempo de duração da doença. A forma penetrante apresentou mais frequente localização colônica e doença perianal associada. O comportamento estenosante teve predominante localização ileocolônica, enquanto na doença não penetrante/ não estenosante a localização colônica foi a mais frequente.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) pela concessão de três bolsas para alunos do curso de graduação em Medicina. À Universidade do Estado da Bahia (UNEB) pela concessão da Bolsa de Iniciação Científica. À equipe do Ambulatório de DII: Neogélia Pereira de Almeida, Jaciane de Araújo Mota Fontes, Valdiana Cristina Surlo, Flora Maria Lorenzo Fortes. Aos alunos da Universidade do Estado da Bahia Issac Neri de Novaes Silva e Viviane Nóbrega pela valiosa colaboração durante a coleta de dados.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Programa PIBIC-PICIN/CNPq/FAPESB para financiamento do projeto de pesquisa.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflito de interesse associado a nenhum dos autores que contribuíram para este manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Cohen D, Bin CM, Fayh APT. Assesment of Quality of Life of patients with Inflammatory Bowel Disease residing in Southern Brazil. *Arq Gastroenterol.* 2010; 47(3): 285-9.
2. Vasconcelos VB, Andrade MN, Andrade VD, Thiara BW, Palmiro LP, Barbosa RM, Sacramento CSB, Santa GO. Variáveis associadas à readmissão hospitalar em pacientes com doença de Crohn em um centro de referência em Salvador-BA. *Brazilian Journal of Development.* v.7, n.12, p. 116728-116741 dec. 2021.
3. Santos MCA, Oliveira FA, Andrade LD, Mariano VD, Pimentel AM, Surlo VC, Mota JA, Santana GO. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Doença de Crohn em uso de terapia biológica de um centro de referência em Salvador, Bahia. *Brazilian Journal of Development.* v.7, n.3, p. 32489-32502 mar 2021.
4. Palmiro LP, Andrade JS, Sousa KMM, Dias AGN, Andrade MN, Almeida NP, Fortes FML, Santana GO. Aspectos sociodemográficos em pacientes com doenças inflamatórias intestinais em um centro de referência em Salvador-BA. *Brazilian Journal of Development.* v.7, n.3, p. 32503-32513 mar 2021.
5. Danelius M, Ost A, Lapidus AB. Inflammatory bowel disease related lesion in the duodenal and gástrico mucosa. *Scand J Gastroenterol.* 2009;44(4):441-5.
6. Magro F, Portela F, Lago P, Ramos de Deus J, Vieira A, Peixe P, et al. Crohn's disease in a southern European country: Montreal classification and clinical activity. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15(9):1343-50.
7. Magalhães J, Castro FD De, Carvalho PB, Leite S, Moreira MJ, Cotter J. Original article quality of life in patients with inflammatory bowel disease: importance of clinical, demographic and psychosocial factors. *Arq. Gastroenterol.* 2014; 51(3):192–197.
8. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, et al. Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology.* 2011;140(6):1785-94.
9. Victoria CR, Sasaki LY, Nunes HRC. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in Midwestern of São Paulo state, Brazil. *Arq Gastroenterol.* 2009;46(1):20-25.
10. Basso PJ, Fonseca MTC, Bonfa G, Alves VBF, Sales-Campos H, V. Nardini and Cardoso CRB. Association among genetic predisposition, gut microbiota, and host immune response in the etiopathogenesis of inflammatory bowel disease. *Braz J Med Bio Res.* 2014;47(9):727–737.
11. Souza MM De, Belasco AGS, Aguilar-Nascimento JE De. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. *Rev Bras Coloproctol.* 2008;28(3):324-328.
12. Rebelo A, Rosa B, Moreira MJ, Cotter J. Da Classificação de Viena para a Nova Classificação de Montreal: Caracterização Fenotípica e Evolução Clínica da Doença de Crohn. *J Port de Gastreterol.* 2011;18(1):15-21.

13. Rute M. CERQUEIRA, *et al.* Fatores clínicos preditivos de complicações na doença de Crohn, *Acta Med Port.* 2011; 24(S4):1057-1062.
14. Portela F. De Viena a Montreal. Mais Distantes Geograficamente do que na Doença de Crohn. *J Port de Gastreterol.* 2011;18(1):13-14.
15. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel J-F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut* 2006;55(6):749–753.
16. Gomollón F, Dignass A, Annese V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO, Peyrin-Biroulet L, Cullen GJ, Daperno M, Kucharzik T, Rieder F, Almer S, Armuzzi A, Harbord M, Langhorst J, Sans M, Chowers Y, Fiorino G, Juillerat P, Mantzaris GJ, Rizzello F, Vavricka S, Gionchetti P, ECCO. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *J Crohn's Colitis.* 2017 Jan;11(1):3-25.
17. Arantes JAV, Santos CHM Dos, Delfino BM, Silva BA Da, Souza RMM De, Souza TMM De, *et al.* Epidemiological profile and clinical characteristics of patients with intestinal inflammatory disease. *J. Coloproctol.* 2017;37(4):273-278.
18. Kleinubing-Junior H, *et al.* Perfil dos pacientes ambulatoriais com doenças inflamatórias intestinais. *ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.* 2011;24(3):200-203.
19. Torres US, *et al.* The Montreal classification for Crohn's disease: clinical application to a Brazilian single-center cohort of 90 consecutive patients. *Arq. Gastroenterol.* 2010;47(3):279-84.
20. Freeman HJ. Application of the Montreal classification for Crohn's disease to a single clinician database of 1015 patients. *Can J Gastroenterol.* 2007; 21(6):363-6
21. Santana GO, Souza LR, Azevedo M, Sá AC, Bastos CM, Lyra AC. Application of the Vienna classification for Crohn's disease to a single center from Brazil. *Arq. Gastroenterol.* 2008;45(1):64-68.
22. Andrade ACM, Santana GO, Santos RR, Guedes JC, Lyra LGC. Perfil da Doença de Crohn Fistulizante em Atividade em Dois Serviços Universitários em Salvador – Bahia. *Rev bras Coloproct.* 2005;25(3):241-248.
23. Parente JML, Coy CSR, Campelo V, Parente MPPD, Costa LA, da Silva RM, Stephan C, Zeitune JMR. Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil. *World J Gastroenterol.* 2015; 21(4):1197-1206.
24. Louis E, Collard A, Oger AF, Degroote E, Aboul Nasr El Yafi FA, Belaiche J. Behaviour of Crohn's disease according to the Vienna classification: changing pattern over the course of the disease. *Gut.* 2001;49(6):777-82.
25. Bechara CS, *et al.* Caracterização de pacientes operados por doença de Crohn pela classificação de Montreal e identificação de fatores preditores de sua recorrência cirúrgica. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015;42(2):097-105.

26. Martins AL, Volpato RA, Zago-Gomes MP. The prevalence and phenotype in Brazilian patients with inflammatory bowel disease. *BMC Gastroenterology*. 2018;18:87.
27. Eglinton TW, Barclay ML, Geary RB, Frizelle FA. The spectrum of perianal Crohn's disease in a population-based cohort. *Dis Colon Rectum*. 2012;55(7):773-777.
28. Oostenbrug LE, van Dullemen HM, te Meerman GJ, Jansen PL, Kleibeuker JH. Clinical outcome of Crohn's disease according to the Vienna classification: disease location is a useful predictor of disease course. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2006;18(3):255-61.
29. Tarrant, K. M., Barclay, M. L., Frampton, C. M. A., & Geary, R. B. Perianal Disease Predicts Changes in Crohn's Disease Phenotype-Results of a Population-Based Study of Inflammatory Bowel Disease Phenotype. *The American Journal of Gastroenterology*. 2008;103(12):3082-3093.
30. Aljebreen AM, Alharbi OR, Azzam NA, Almalki AS, Alswat KA, Almadi MA. Clinical epidemiology and phenotypic characteristics of Crohn's disease in the central region of Saudi Arabia. *Saudi J Gastroenterol*. 2014;20(3):162-9.
31. Shirazi MK, Somi MH, Bafandeh Y, Saremi F, Mylanchy N, Rezaeifar P, Manesh AN, Mirinezhad Sk. Epidemiological and Clinical Characteristics of Inflammatory Bowel Disease in Patients from Northwestern Iran. *Middle East J Dig Dis*. 2013;5(2):86-92.
32. Juncadella AC, Alame AM, Sands LR, Deshpande AR. Perianal Crohn's disease: A Review. *Postgrad Med*. 2015;127(3):266-272.
33. Schwartz DA, Loftus EV Jr, Tremaine WJ, Panaccione R, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Sandborn WJ. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*. 2002;122(4):875-80.
34. Hellers G, Bergstrand O, Ewerth S, Holmstrom B. Occurrence and outcome after primary treatment of anal fistulae in Crohn's disease. *Gut*, 1980;21(6):525-27.
35. Consensus guidelines for the management of inflammatory bowel disease. *Arq Gastroenterol*. 2010;47(3):313-325.
36. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(4):481-517.