

DIAGNÓSTICO

JOÃO RAMOS DE DEUS

Serviço de Gastreenterologia, Hospital Fernando Fonseca, Amadora, Portugal.

INTRODUÇÃO

Não existe qualquer sintoma, sinal ou teste diagnóstico que permita isoladamente estabelecer o diagnóstico de doença de Crohn (DC). O diagnóstico de DC baseia-se num quadro clínico compatível, em conjugação com a presença de dados imagiológicos, endoscópicos e anatómopatológicos, concordantes com a doença.

CLÍNICA / LABORATÓRIO

A diarreia é o sintoma mais comum na DC. Dores abdominais, emagrecimento e sinais de malnutrição, astenia, anorexia, náuseas e vômitos são também dados clínicos vulgarmente presentes na DC. A febre habitualmente de grau moderado, está frequentemente associada a DC activa, podendo ocasionalmente ser o sintoma inicial de apresentação.

Os sinais e sintomas relacionados com a presença de anemia, estão presentes em cerca de 1/3 dos doentes. As manifestações fistulizantes por vezes associadas a abscesso, são manifestações frequentes na DC, reflectindo a natureza penetrante da doença. As manifestações perianais da DC podem ser manifestações iniciais ou predominantes da doença, ocorrendo em 15 a 35% dos doentes. Sinais e sintomas de oclusão intestinal são outra manifestação clínica frequente, podendo aparecer como primeira manifestação da doença ou no curso da sua evolução.

As manifestações extraintestinais na DC compreendem manifestações musculo-esqueléticas, oftalmológicas, hepatobiliares e dermatológicas, reflectindo a natureza sistémica da doença. Manifestações ligadas aos aparelhos urológico, cardiovascular, pulmonar, endócrino e neurológico reflectem habitualmente complicações relacionadas com a doença.

Não existem dados laboratoriais específicos da DC. A sua utilidade, em particular o doseamento da proteína C-reactiva, consiste sobretudo na avaliação de actividade da doença.

SEROLOGIA

Trabalhos recentes têm demonstrado uma forte associação entre determinados anticorpos e a doença inflamatória intestinal (DII). Os anticorpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) estão presentes em 50 a 70% dos doentes com DC e entre 6 a 14% dos doentes com Colite Ulcerosa (CU). Os anticorpos ASCA raramente se expressam em doentes sem DII, possuindo elevada especificidade para DC. Podem ser úteis no diagnóstico diferencial com a CU, com outras colites ou na investigação de um quadro de diarreia crónica; os seus níveis de sensibilidade limitam contudo o seu papel no rastreio diagnóstico. A associação de ASCA (+) com anticorpos anti-citoplasma neutrófilos (p-ANCA)(-), confere uma alta probabilidade de existência de DC, no diagnóstico diferencial com a Colite Ulcerosa (sensibilidade-49%; especificidade -97%)

IMAGIOLOGIA

Os métodos radiológicos de imagem têm um papel importante no diagnóstico da DC. A sua utilização permite não só confirmar o diagnóstico, como avaliar a extensão e gravidade da doença e suas complicações.

Os exames de contraste baritado (Radiografia Esófago Gastroduodenal, Clíster Opaco com Duplo Contraste, Trânsito do Intestino Delgado, Enteroclise do Delgado), são sobretudo importantes na avaliação da extensão da doença, no diagnóstico diferencial com a CU (o envolvimento descontínuo é favorável ao diagnóstico de DC), e na avaliação morfológica de estenoses ou fistulas, constituindo nesta última situação um dos melhores métodos de avaliação diagnóstica.

Na avaliação do intestino delgado, por radiologia de contraste convencional, o Trânsito do intestino delgado e a Enteroclise, constituem os métodos utilizados, com sensibilidade (85-95%) e especificidade (89-94%) comparáveis. A exposição a doses consideráveis de radiação, constituem uma limitação a considerar.

As técnicas de imagem seccional, tal como a Tomografia Axial Computorizada (TAC) e a Ressonância Magnética Nuclear (RMN), são capazes de demonstrar o espessamento segmentar da parede intestinal, estenoses ou dilatações pré-estenóticas, lesões extraluminais e complicações como fistulas, abscessos e inflamação focal do tecido adiposo envolvente. São menos sensíveis que a radiologia convencional, na detecção de manifestações precoces e subtis de DC, ao nível de alterações da mucosa, embora a sua evolução técnica tenha vindo a suplantar parcialmente este problema, utilizando técnicas de preenchimento do lúmen intestinal (ex: Enteroclise por TAC). Constituem os métodos de eleição para a detecção de lesões e complicações extraluminais. A RMN do território pélvico é considerada a técnica de referência na avaliação de lesões da região perianal, em particular se as mesmas se encontram a maior distância

Diagnóstico

da parede rectal.

Uma vantagem adicional quer da TAC quer da RMN, sobretudo esta última, consiste na possibilidade de diferenciar inflamação activa de fibrose, em segmentos estenóticos do intestino.

A RMN é considerada particularmente mais segura na gravidez e na insuficiência renal, em relação à TAC, e como não utiliza radiação ionizante constitui um método de diagnóstico potencialmente atraente, em particular em doentes jovens em idade reprodutiva.

A Ecografia Abdominal, tendo a vantagem tal como a RMN, de não submeter o paciente a radiação, tem utilidade na detecção e monitorização de colecções extraluminais. A Ecografia transrectal tem considerável utilidade, comparável à TAC, na detecção de abscessos anorectais, permitindo obter uma boa avaliação da relação de fistulas com os esfíncteres anais e os músculos elevadores do ânus.

ENDOSCOPIA

A Colonoscopia suplanta na actualidade claramente o Clíster Opaco, na avaliação do cólon. As indicações para Endoscopia (Colonoscopia com Ileoscopia Distal), na DC incluem:

- 1) O diagnóstico precoce e o diagnóstico diferencial entre a DC e outras doenças inflamatórias do cólon de origem infecciosa, e em particular com a Colíte Ulcerosa;
- 2) Avaliação inicial e perioperatória da extensão da doença;
- 3) Avaliação da actividade;
- 4) Avaliação de recidiva pós-cirúrgica.

As lesões endoscópicas na DC caracterizam-se pelo seu carácter segmentar, assimétrico e descontínuo, com áreas afectadas separadas por mucosa normal. A colite da DC poupa o recto em 50% das situações. Ao contrário, na CU, as lesões são contínuas e difusas, estendendo-se desde a margem anal, até a uma distância variável no cólon.

Presumivelmente as alterações endoscópicas mais precoces na DC são pequenas máculas avermelhadas, que evoluem posteriormente para típicas lesões aftóides. As lesões aftóides são alterações planas ou ligeiramente deprimidas, habitualmente com dimensões inferiores a 5 mm de diâmetro, com úlcera central de fundo nacarado, rodeadas por um halo de hiperemia. A mucosa envolvente apresenta características normais, sem perturbação da rede vascular.

As lesões aftóides embora bastante características da DC, não são contudo específicas, podendo surgir em casos de tuberculose e outras colites de origem infecciosa, na colite de derivação, na doença de Behcet, na diverticulite e após preparação do cólon com fosfato de

sódio.

À medida que a doença progride podem então observar-se úlceras de maior dimensão, podendo coexistir os diferentes tipos de úlceras. A mucosa que envolve as lesões permanece intacta, constituindo uma diferença fundamental com a CU. Em particular no cólon esquerdo, as úlceras tem tendência a organizar-se de modo longitudinal, dando origem ao característico aspecto "em carril". A sobreposição de fissuras e ulcerações dispostas transversalmente, dão origem ao típico aspecto em "pedra de calçada".

Tal como nas úlceras aftóides, as úlceras de maior dimensão não são específicas da DC, podendo observar-se, para além das entidades atrás referidas, na sequência da administração de anti inflamatórios não esteróides. Apenas os aspectos "em carril" e em "pedra de calçada" podem ser considerados como bastante característicos de DC.

Nos casos de maior gravidade, os aspectos ulcerativos podem envolver praticamente toda a circunferência cólica do segmento afectado, tornando o diagnóstico diferencial com a CU, extremamente difícil.

Aspectos estenóticos e fistulizantes podem também ser detectados, constituindo um dado fortemente sugestivo de DC.

Na fase cicatricial, podem apenas ser detectados pseudopolipos e bandas de fibrose nacaradas, sem úlceras coexistentes.

Recentemente a Enteroscopia por videocápsula, permitiu aprofundar a investigação diagnóstica na DC, pela possibilidade de visualização endoscópica de todo o intestino delgado, tendo contudo uma limitação importante pela impossibilidade de obtenção de material para estudo anatomo-patológico. Constitui um método mais sensível que a radiologia convencional, não estando contudo a sua especificidade e valor predictivo positivo estabelecidos. A sua utilidade consiste:

- 1) Na possibilidade de presumir o diagnóstico de DC afectando o intestino delgado, quando existe suspeita da doença, com base em dados clínicos e serológicos e os exames convencionais não tenham sido reveladores;
- 2) Avaliação da extensão a nível do intestino delgado. de doença de Crohn, já conhecida

A Enteroscopia por videocápsula só deverá ser efectuada após exclusão de obstrução intestinal, por outro método, radiológico ou por cápsula de patência.

O diagnóstico de DC não deverá ser baseado apenas em achados detectados por videocápsula.

HISTOLOGIA

Os dados obtidos por histologia são habitualmente mais confirmativos da doença, do que propriamente diagnósticos da mesma. A inflamação focal do tubo digestivo

Diagnóstico

constitui um dos aspectos mais marcantes da DC, bem assim com a sua marcada variação ao longo do tubo digestivo. O aspecto focal da inflamação difere claramente do padrão de inflamação difuso característico da Colite Ulcerosa. A presença de granulomas não caseosos embora característico da DC, não é suficientemente específico nem é universal. A presença de granulomas varia grandemente conforme as publicações, oscilando entre 15% nas séries endoscópicas, até 70% nas séries cirúrgicas (peça operatória). Os granulomas característicos de DC não se encontram em relação directa com as criptas e estão na maioria das vezes localizados abaixo do nível da mucosa. Podem ser observados noutras situações clínicas como é o caso da colite de derivação, colite diverticular, sarcoidose, doença de Behcet, tuberculose e infecção por yersinia.

É de importância crucial a referenciação do local de biópsia, bem como a sua realização tanto em mucosa endoscopicamente patológica como aparentemente normal.

A utilidade e o valor das biopsias do tubo digestivo na DII, dependem bastante do nível de comunicação entre o endoscopista/gastroenterologista, e o anatomopatologista.

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO

É relativamente frequente que o diagnóstico da DC se coloque num contexto de intervenção por "abdómen agudo". Embora existam aspectos laparoscópicos fortemente sugestivos de DC, o seu diagnóstico deve ser

complementado posteriormente, não só pelo estudo histológico de peça operatória, como através de uma avaliação global, sobretudo se não tiver sido efectuada ressecção intestinal.

A exploração cirúrgica sob anestesia constitui ainda um método essencial de diagnóstico na avaliação da DC perianal.

BIBLIOGRAFIA

1. Papadakis K A, Talilbzadeh S. Diagnosis and misdiagnosis of inflammatory bowel disease. *Gastr. Endosc. Clin N A* 2002; 12: 433-450.
2. Carucci L R, Levine M S. Radiographic Imaging of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin N A* 2002; 31: 93-118.
3. Lee S D, Cohen R D. Endoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin N A* 2002; 31: 119-132.
4. Tytgat GNJ. Endoscopy in Crohn's disease. In "Colitis: diagnosis and therapeutic strategies (Falk Symposium 147); 7-13.
5. Warren BF, Sheperd NA. What are the controversies in histopathological diagnosis? In "Challenges in Inflammatory bowel disease". Ed Blackwell publishing, 2006.
6. Schreyer A G, Seitz J, Feurbach S et al. Modern imaging using Computer Tomography and Magnetic Resonance Imaging for inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2004; 10: 45-54.
7. Mackalsky B A, Bernstein C N. New diagnostic imaging tools for inflammatory bowel disease. *Gut* 2006; 55: 733-741.
8. Fefferman D S, Farrell R J. Endoscopy in inflammatory bowel disease: indications, surveillance, and use in clinical practice. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2005; 3: 11-24.
9. Bar-Meier S. Review article: capsule endoscopy - are all small intestinal lesions Crohns disease? *Aliment Pharmacol Ther* 24, 2006; Suppl 3: 19-21.

..