

# DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

---

MARIANA G. CABRAL

FLÁVIO ABBY

---

## RESUMO

O diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais (DII) é estabelecido após avaliação do quadro clínico, em concordância com evidências endoscópicas, laboratoriais, radiográficas e achados histopatológicos. A doença de Crohn (DC) pode acometer qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca ao ânus, no entanto, frequentemente os segmentos do íleo terminal e cólon são os mais acometidos. O quadro clínico vai depender da região comprometida e do fenótipo predominante da doença, que pode ser: inflamatório, estenosante ou penetrante. Já a retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) se limita ao acometimento do cólon exclusivamente. A partir da suspeita clínica, deve-se proceder a investigação endoscópica do cólon em todos os pacientes. Os achados endoscópicos para DC incluem erosões, úlceras aftosas, úlceras profundas, serpiginosas e com mucosa ao redor geralmente poupada, fístulas e padrões de descontinuidade ou salteamento. O acometimento perianal está presente em 30% dos pacientes e se caracteriza por fístulas, estenoses de canal anal, plicomas aberrantes e fissuras. Na DC, 40% dos pacientes apresentam ileocolite, 30% acomete-

timento exclusivo de intestino delgado e 30% acometimento exclusivo do cólon. A RCUI se caracteriza pelo padrão contínuo e difuso, com úlceras rasas que se limitam à mucosa. Sempre que possível, deve ser realizada a investigação do intestino delgado.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Colonoscopia; Enterografia; Histologia.*

## INTRODUÇÃO

O diagnóstico das DII é estabelecido após uma avaliação conjunta do quadro clínico, em concordância com evidências endoscópicas, laboratoriais, radiográficas e achados histopatológicos.

A doença de Crohn (DC) pode acometer qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca ao ânus, no entanto, frequentemente os segmentos do íleo terminal e cólon são os mais acometidos. O quadro clínico vai depender da região comprometida e do fenótipo predominante da doença, que pode ser: inflamatório, estenosante ou penetrante. Já a RCUI se limita ao acometimento do cólon exclusivamente. O quadro clínico que leva à suspeita das DII geralmente inclui diarreia crônica, porém o

espectro de manifestações clínicas é muito variável, podendo incluir distensão abdominal, emagrecimento, anemia, desnutrição. Deve-se ter em mente que os sintomas variam conforme o padrão fenotípico e extensão da doença. Casos que cursam com estenose de intestino delgado apresentam a distensão abdominal como sintoma mais evidente. Por outro lado, em casos de proctosigmoidite ulcerativa, a diarreia sanguinolenta é mais encontrada.

A história familiar positiva para DII pode elevar o nível de suspeição, porém sem garantir o diagnóstico.

Por envolver mecanismos inflamatórios na sua patogenia, marcadores inflamatórios usualmente encontram-se elevados, como o PCR, o VHS e recentemente a dosagem de calprotectina nas fezes.<sup>1</sup> Estes geralmente acompanham a atividade da doença. A análise das fezes deve incluir exame parasitológico, cultura e pesquisa para toxinas A e B do *Clostridium difficile* já que esta bactéria frequentemente está presente em pacientes com DII, mesmo sem uso prévio de antibióticos, mimetizando atividade de doença. Pacientes com anemia devem ser investigados quanto à deficiência de ferro, folato e vitamina B12.

A partir da suspeita clínica, deve-se proceder a investigação endoscópica do cólon em todos os pacientes, desde que não apresentem contra-indicação ao procedimento. Nos pacientes com DC, a investigação também deve incluir a endoscopia digestiva alta, já que o acometimento da doença pode ocorrer em qualquer local do trato digestivo e recentemente a enteroscopia por tomografia ou por ressonância magnética também foram incluídos. Tal medida tem papel importante para o diagnóstico e avaliação da extensão da doença. Os achados endoscópicos para DC incluem erosões, úlceras aftosas, úlceras profundas, serpiginosas e com mucosa ao redor geralmente poupada, fístulas e padrões de descontinuidade ou salteamento. O acometimento perianal está presente em cerca de 30% dos pacientes e se caracteriza por fístulas, estenoses de canal anal, plicomas aberrantes e

fissuras. Na DC, 40% dos pacientes apresentam fleocolite, 30% acometimento exclusivo de intestino delgado e 30% acometimento exclusivo do cólon.<sup>2</sup>

Tipicamente, a RCUI se caracteriza pelo padrão contínuo e difuso de acometimento, com úlceras rasas que se limitam à mucosa.<sup>3</sup>

Tanto a RCUI quanto a DC apresentam padrões endoscópicos que sugerem um ou outro diagnóstico, no entanto, alguns pacientes podem apresentar achados endoscópicos característicos de ambas as doenças, dificultando o diagnóstico preciso. Esta dúvida se limita aos pacientes com acometimento exclusivo do cólon, que não apresentam fístulas ou doença perianal. Nestes casos, é feito o diagnóstico de colite inflamatória indeterminada, que ocorre em aproximadamente 10 a 15% dos casos de DII.<sup>4</sup>

A tabela 1 fornece as manifestações mais comumente encontradas em cada doença. Os achados histopatológicos podem contribuir para o diagnóstico e estão citados na tabela 2. A presença de granuloma não caseoso é o único achado patognomônico da DC, porém está presente em apenas 15% das biópsias e 50% das peças cirúrgicas.<sup>5</sup>

Sempre que possível, deve ser realizada a investigação do acometimento de intestino delgado nos pacientes portadores de DII. A endoscopia e a colonoscopia não contemplam adequadamente este segmento. O trânsito de intestino delgado, realizado através de radiografias seriadas após contraste oral em grande quantidade, apesar de ser um método que não requer equipamentos modernos, não se encontra disponível na maioria por serviços radiológicos, por se tratar de um exame muito demorado e com baixa remuneração. Desta forma, torna-se necessário o emprego de métodos mais avançados. A cápsula endoscópica (feita através da ingestão de uma cápsula com uma câmera que transmite imagens por wireless) permite a visualização da mucosa do intestino delgado. No entanto, este método não deve ser indicado em casos de suspeita de estenose luminal, pelo risco da retenção da cápsula.

Tabela 1.

	COLITE DE CROHN	RETOCOLITE ULCERATIVA
Mucosa	Úlceras aftosas são comuns no início da doença; na doença tardia é notável a presença de úlceras estelares, "garra de urso", lineares ou serpiginosas, além de "pedras de calçamento".	Micro-úlceras são mais comuns, mas úlceras maiores são possíveis.  Pseudopólipos são comuns.
Distribuição	Geralmente descontínua e assimétrica, entremeada por mucosa normal, especialmente na fase inicial.	Contínua, simétrica e difusa com granularidade e ulceração encontrados em todos segmentos envolvidos; no entanto, a inflamação periapendicular é comum, mesmo quando não há envolvimento cecal.
Reto	Pode estar acometido ou não.	Tipicamente envolvido, com distribuição proximal variável.
Íleo	Frequentemente envolvido (aproximadamente 75% dos casos).	Não envolvido, exceto pela ileíte de refluxo na pancolite ulcerativa.
Profundidade da inflamação	Mucosa, submucosa e transmural	Mucosa; transmural apenas na doença fulminante.
Achados na serosa	Eritema importante e engurgitamento da gordura.	Ausente, exceto na colite grave ou megacólon tóxico.
Complicações perianais	Frequentemente proeminente, incluindo grandes plicomas aberrantes, fissuras profundas, fistulas perianais, geralmente complexas.	Ausentes.
Estenoses	Frequentemente presente.	Raramente presente; sugere adenocarcinoma ou DC.
Fístulas	Perianal, enterocutânea, retovaginal, enterovesicular, e outras fístulas podem estar presentes.	Ausente.
Histopatologia	Granulomas estão presentes em 15-60% dos pacientes (frequência maior em peças cirúrgicas do que em biópsias de mucosa).	Granulomas não estão presentes (pseudogranulomas podem estar associados à ruptura de abscesso de cripta).
	Abscesso de cripta pode estar presente.	Abscesso de cripta e úlceras são as lesões definidoras.
	Inflamação focal.	Úlceração em mucosa inflamada.
Sorologia *	pANCA in 20%-25% ASCA in 41%-76%	pANCA in 60%-65% ASCA in 5%

### Diferenciando colite de Crohn de retocolite ulcerativa<sup>1</sup>

**\*As dosagens séricas de pANCA e ASCA não têm valor diagnóstico isoladamente, mas podem ajudar no diagnóstico diferencial entre DC e RCU e nos pacientes com DC podem estar relacionados ao fenótipo da doença.**

Tabela 2.

DOENÇA DE CROHN	RETICOLITE ULCERATIVA
Amostras normais	Todas as amostras inflamadas
Doença transmural	Biópsia distal mais grave
Infiltrado mononuclear	Acometimento apenas da mucosa
Linfangiectasia, microfissuras	Abscesso de cripta
Tecido/fibrose de granulação	Ingurgitação capilar e venular
	Sem tecido/fibrose de granulação

### Achados histopatológicos diferenciando DC e RCUI<sup>5</sup>

A enterografia por tomografia computadorizada (TC) ou por ressonância magnética (RM) é um método que permite a visualização da parede do intestino delgado, com detalhes luminiais. Isto é possível após administração de contraste venoso e grandes quantidades de contraste oral que distendem o intestino delgado, pois este método utiliza equipamentos de alta resolução. As alterações incluem impregnação da parede, aumento da densidade da gordura perientérica e o sinal de pente (dilatação segmentar do vasa recta envolvendo uma alça intestinal). A enteroscopia por RM tem a vantagem de não irradiar o paciente e permite a visualização da extensão da doença no intestino delgado e a diferenciação das estenoses fibróticas e inflamatórias.<sup>2</sup> Além disso, vários autores descrevem uma boa correlação deste método com a atividade inflamatória do cólon. Estes métodos não são de amplo acesso em nosso meio, pois requerem radiologistas capacitados para a sua análise. O trânsito de intestino delgado, através de radiografias contrastadas, de realização mais simples, também pode fornecer algumas destas informações, porém com menor acurácia.

A utilização da ressonância magnética é importante também na DC com acometimento perianal mostrando fístulas complexas e abscessos locais. O exame proctológico sob anestesia é fundamental nesses pacientes para diagnóstico e tratamento.

Quando comparado a um diagnóstico de consenso da DC, com base na apresentação clínica e quatro diferentes modalidades de imagem, a sensibilidade da enterografia por

TC foi de 82%, a especificidade foi de 89%, e acurácia de 85%.

Métodos de imagem, como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética convencionais e a ultrassonografia de abdome podem ser solicitados na suspeita de DII e surpreender abscessos e complicações perianais.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As infecções do trato gastrointestinal podem simular as DII. As bactérias como *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella* podem provocar colite grave, com presença de sangue nas fezes. A amebíase também é causa importante de diarreia sanguinolenta. A *Yersinia enterocolitica* leva a um acometimento do íleo terminal, com ulceração da mucosa e espessamento da parede. No entanto, esses patógenos levam à diarreia infecciosa aguda e de evolução auto-limitada, exceto a colite amebiana que deve estar sempre no diagnóstico diferencial das DII, em especial da RCUI.

A infecção pelo *Clostridium difficile* está frequentemente presente nos pacientes com DII e deve ser pesquisa de rotina quando o paciente entra em atividade da doença, através da pesquisa de toxina A e B nas fezes. Nos pacientes com diarreia crônica, pode ser feito um tratamento empírico para parasitose, antes de iniciar uma investigação específica para DII.

Em pacientes imunodeprimidos, a investigação deve incluir a pesquisa para *Isospora*, *Cyclospora* e *Cryptosporidium*. As infecções por

citomegalovirus e herpes, também importantes nestes pacientes, podem levar a úlceras no trato gastrointestinal. O acometimento ileal, bem como da válvula ileocecal, nos remete à pesquisa para tuberculose intestinal.

Muitos pacientes com DII apresentam emagrecimento associado a sintomas gastrointestinais, o que exige uma investigação adequada para pesquisa de neoplasias, sendo o linfoma de intestino delgado, um importante diagnóstico diferencial. Portadores de RCUI com estenose também necessitam excluir a presença de neoplasia associada, como complicação da doença de longa evolução.

Uma parcela dos pacientes submetidos à apendicectomia por apendicite aguda é surpreendida pelo diagnóstico de DC pelo laudo histopatológico. Geralmente, estes apresentam sintomas gastrointestinais de longa data, porém são pouco sintomáticos e o diagnóstico só é feito após a análise histológica.

## REFERÊNCIAS

1. Sands BE, Siegel CA. Crohn Disease. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 1949-59.
2. Tremaine WJ. Clinical features and complications of Crohn's disease. In: Inflammatory Bowel Disease. From Bench to Bedside. Baltimore: Williams and Wilkins;1994.p.291-304.
3. Osterman MT, Lichtenstein GR. Ulcerative colitis. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p.1982-90.
4. Sands BE. From symptom to diagnosis: clinical distinctions among various forms of intestinal inflammation. *Gastroenterology*. 2004;126:1518-32.

5. Bernstein CN, Riddel RH. Endoscopic and histology perspective of diagnostic. In: Inflammatory Bowel Disease. From Bench to Bedside. Baltimore: Williams and Wilkins;1994. p. 357-68.

## ABSTRACT

The diagnosis of Intestinal Bowel Disease (IBD) is established after evaluation of clinical status, in agreement with endoscopic evidence, laboratory, radiographic and histopathologic findings. Crohn's disease (CD) can affect any part of the gastrointestinal tract, from mouth to anus, but most often the segments of the terminal ileum and colon are the most affected. The clinical picture will depend on the affected region and the predominant phenotype of the disease that can be: inflammatory, stenosing or penetrating. The ulcerative colitis (UC) otherwise is limited to the involvement of the colon only. So, once suspected, patients must be submitted to colonoscopy, as long as there are no contraindications to the procedure. Endoscopic findings for CD include erosions, aphthous ulcers, deep ulcers, serpiginous and surrounding mucosa usually spared, fistulas and patterns of discontinuity or cobblestoning. Perianal involvement is present in 30% of patients and is characterized by fistulae, strictures and fissures. In CD, 40% of patients have ileocolitis, 30% exclusive involvement of the small intestine and 30% exclusive involvement of the colon. Typically, the UC is characterized by continuous, diffuse pattern of involvement, with shallow ulcers that are confined to the mucosa. Whenever possible, the investigation of the small intestine should be done.

KEY WORDS: *Colonoscopy; Enterography; Histology.*

# TITULAÇÃO DOS AUTORES

## EDITORIAL

### **ANA TERESA PUGAS CARVALHO**

Professora Associada da Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva - HUPE-UERJ;

Chefe do ambulatório de DII - HUPE-UERJ;

Doutora em Clínica Médica - PGCM-FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

Av. Nossa Senhora de Copacabana 540-sala 808

Rio de Janeiro - RJ. CEP 22020-001

Telefone: 21 2255-1968; 21 2257-9208.

Email: atpugas@yahoo.com.br

## ARTIGO 1: ETIOPATOGENIA DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

### **BARBARA C. ESBERARD**

Médica da Disciplina de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva - HUPE-UERJ;

Mestranda - PGCM-FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

R. Mariz e Barros, 288 - Niterói - RJ

Telefone: 55 21 2711-1061

E-mail: besberard@hotmail.com

## ARTIGO 2: DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

### **MARIANA G. CABRAL**

Médica Residente em Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

### **FLÁVIO ABBY**

Médico do Ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal - HUPE-UERJ;

Titular em Endoscopia Digestiva pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED).

Endereço para correspondência:

Hospital Universitário Pedro Ernesto - Disciplina de Gastroenterologia /DII.

Boulevard 28 de setembro, 77, Vila Isabel

Rio de Janeiro - RJ

Telefone: 55 21 2868-8258

E-mail: marianagcabral@yahoo.com.br

### ARTIGO 3: MANIFESTAÇÕES EXTRAIÑTESTIAIS DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

#### **ANA BRAUNSTEIN GRINMAN**

Médica do Serviço de Gastroenterologia  
HFSE-RJ;

Chefe do Ambulatório de DII - HFSE-RJ;

Mestre em Gastroenterologia  
PGCM-FCM - UERJ.

Endereço para correspondência:  
E-mail: anagrinman@oi.com.br

### ARTIGO 4: TRATAMENTO CONVENCIONAL NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

#### **RENATA DE SÁ BRITO FRÓES**

Mestranda - PGCM-FCM - UERJ.

Especialista em Gastroenterologia pela Federação  
Brasileira de Gastroenterologia (FBG);

Especialista em Endoscopia Digestiva pela  
Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva  
(SOBED).

Endereço para correspondência:  
R. Jornalista Henrique Cordeiro 120, 1706, bl2  
Barra da Tijuca. Rio de Janeiro - RJ. CEP 22631-450  
Telefone: 55 21 9183-7070  
E-mail: refroes@gmail.com

### ARTIGO 5: TERAPIA BIOLÓGICA.

#### **ANA TERESA PUGAS CARVALHO**

(Vide Editorial).

### ARTIGO 6: TRATAMENTO CIRÚRGICO NA RETOCOLITE ULCERATIVA.

#### **ANDRÉ DA LUZ MOREIRA**

Médico da Disciplina de Coloproctologia - HUPE-  
UERJ;

Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Endereço para correspondência:  
Praça Serzedelo Correa, 15/1007 - Copacabana  
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22040-050  
Telefone: 55 21 2547-0801  
E-mail: andre luzmoreira@yahoo.com.br

### ARTIGO 7: TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DOENÇA DE CROHN.

#### **ANDRÉ DA LUZ MOREIRA**

(Vide Artigo 6).

### ARTIGO 8: TRATAMENTO NUTRICIONAL NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS.

#### **CRISTINA F. DIESTEL**

Nutricionista do Ambulatório de Doenças  
Inflamatórias Intestinais da Disciplina de  
Gastroenterologia - HUPE-UERJ;

Doutora em Fisiopatologia e Ciências Cirúrgicas -  
UERJ.

#### **MARIANA C. DOS SANTOS**

Residente de Nutrição do Ambulatório de  
Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de  
Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

#### **MARCELA D. ROMI**

Residentes de Nutrição do Ambulatório de  
Doenças Inflamatórias Intestinais da Disciplina de  
Gastroenterologia - HUPE-UERJ.

Endereço para correspondência:  
Rua General Roca n.º 472/401 - Tijuca - RJ/RJ -  
CEP 20521-070  
Telefone: 55 21 8820-8858  
E-mail: crisdiestel@hotmail.com

## ARTIGO 9: INTER-RELAÇÃO ENTRE A PERIODONTITE E A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

**JULIANA S. B. MENEGAT**

Professora da Disciplina de Periodontia - FOUERJ;  
Doutoranda em Periodontia - FOUERJ.

**ROBERTA R. PEDREIRA**

Oficial de Carreira Dentista - PMERJ;  
Mestre em Periodontia - FOUERJ.

**RICARDO G. FISCHER**

Professor Titular da Disciplina de Periodontia -  
FOUERJ;  
Vice-Diretor - FOUERJ;  
Doutor em Periodontia - FOUERJ.

**CARLOS MARCELO S. FIGUEREDO**

Procientista - UERJ.  
Pesquisador do Departamento de Periodontia do  
Instituto Karolinska (Estocolmo)  
Doutor em Periodontia - FOUERJ.  
  
Endereço para correspondência:  
Faculdade de Odontologia Universidade do Estado  
do Rio de Janeiro.  
Av. Boulevard 28 de setembro, 157 – Vila Isabel  
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-530  
Telefone: 21 2587-6382 / 9996-5530  
E-mail: jmenegat@hotmail.com

## ARTIGO 10: CASO CLÍNICO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL.

**ANDRÉ DA LUZ MOREIRA**

(Vide Artigo 6).

## FOTOS DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DII DO HUPE-UERJ.

**ANA TERESA PUGAS CARVALHO**

(Vide Editorial).