

4.01.01 - Medicina / Clínica Médica.

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO/EPIDEMIOLÓGICA DA COLITE INDETERMINADA EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA.

Isaac Neri de N.Silva^{1*}, Genoile Oliveira Santana²

1. Acadêmico de medicina e IC da Universidade do Estado da Bahia/ UNEB.
2. Docente pesquisadora da Universidade do Estado da Bahia/ UNEB.

Resumo:

As doenças inflamatórias intestinais (DIIs) têm apresentações heterogêneas. Cerca de 5 a 10% dos pacientes com patologia inespecíficas no cólon são considerados pacientes com colite indeterminada (CI) por se assemelhar à DII. Há uma carência de estudos sobre o assunto em nosso meio. Assim, o objetivo desse estudo é a caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes com CI em um hospital público de referência.

Trata-se de um estudo transversal observacional, com entrevista dos pacientes, revisão dos prontuários e aplicação do TCLE. As variáveis serão analisadas pelo pacote estatístico SPSS versão 21.0. Conhecer as características e os sintomas iniciais da CI permite diagnóstico correto e melhor manejo da doença, contribuindo para qualidade de vida dos pacientes e com o direcionamento das políticas de saúde pública.

Autorização legal: Projeto aprovado pelo Comitê de Ética Em Pesquisa do Hospital Geral Roberto Santos -HGRS sob o número do parecer 1.472.184. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi devidamente apresentado e assinado pelos pacientes que concordarem em participar do estudo.

Palavras-chave: Doença inflamatória intestinal; Colite não classificadas; inflamação inespecífica.

Apoio financeiro: Programa de Iniciação Científica da Universidade do Estado da Bahia – aluno voluntário.

Trabalho selecionado para a JNIC pela instituição: UNEB (Universidade do Estado da Bahia).

Introdução:

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são representadas pela Retocolite Ulcerativa (RCU), Doença de Crohn (DC) e Colite Não Classificada (CNC)¹. Cerca de 5 a 10% dos pacientes com DII restrita ao cólon são portadores de CNC - antes chamadas de colites indeterminadas - cujos parâmetros clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos não permitem o diagnóstico definitivo de DC ou RCU^{2,3}. O diagnóstico de colite não classificada permanece em alguns pacientes até que, pela evolução clínico-radiológica e endoscópica seja possível definir o diagnóstico de DC ou RCU. Caso não seja possível definição após estudo de peça cirúrgica de colectomia a denominação correta é colite indeterminada.

Ao mesmo tempo, há uma enorme carência de estudos sobre colite indeterminada (CI) nos portadores de DII no mundo. A relevância desse trabalho está no melhor conhecimento e direcionamento para o atendimento e manejo adequado da apresentação clínica e epidemiológica dos pacientes diagnosticados com CI, frente às inúmeras repercussões de uma doença crônica e debilitante.

O objetivo deste trabalho é descrever do ponto de vista clínico e epidemiológico a colite indeterminada (CI) em um centro de referência da Bahia. Entender as peculiaridades do comportamento da doença e a apresentação de seus sintomas iniciais permite elaborar melhor manejo, diagnóstico correto e tratamento terapêutico no momento adequado, a fim de evitar futuras complicações e maiores taxas de hospitalizações e oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes e contribuir com o melhor direcionamento das políticas de saúde pública.

Desta forma, o estudo proposto busca responder a muitos questionamentos em relação à melhor aplicação dos recursos, visando uma adequada conduta com base em evidência científica.

Metodologia:

Estudo observacional, transversal, através de entrevista e revisão dos prontuários com coleta de dados epidemiológicos e clínicos. O estudo foi realizado no ambulatório de Doença Inflamatória Intestinal (DII) do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), que é centro de referência em DII do Programa Estadual de Medicamentos de Alto Custo - PEMAC da SESAB. Foi realizada coleta no período de 1º de agosto de 2016 até 31 de julho de 2017.

O Projeto aprovado pelo Comitê de Ética Em Pesquisa do HGRS sob o número do parecer 1.472.184. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi devidamente apresentado e assinado pelos pacientes que concordaram em participar do estudo. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, com CI acompanhados no HGRS.

Foram avaliadas variáveis epidemiológicas como a procedência, gênero, idade, etnia/cor, estado civil, renda familiar, saneamento básico; os fatores de risco como: tabagismo, etilismo, história familiar de DII; as variáveis clínicas: 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, a abordagem terapêutica cirúrgica ou farmacológica.

Resultados e Discussão:

Foram atendidos no período 06 pacientes, com diagnóstico de colite não classificada (CNC), sendo 05 pacientes do sexo feminino (83,4%). A média de idade ao diagnóstico foi de 38,5 anos. A média de idade de início dos sintomas foi de 35 anos.

Em relação à procedência, todos os pacientes residiam em zona urbana. 16,7% eram tabagistas e 66,7% apresentavam história familiar de DII. O tempo médio de doença da amostra foi de 109 meses, aproximadamente 09 anos de doença em investigação e tratamento.

Dois pacientes apresentaram colite extensa, 01 colite esquerda (proctossigmoidite) e 03 proctite. O aspecto salteado das lesões, típicos da doença de Crohn (presente em 03 pacientes) associado ao aspecto circunferencial e homogêneo das lesões, observados na retocolite ulcerativa, foram os principais achados que permitiram definir como CNC os pacientes descritos. O acometimento difuso estava presente em 03 pacientes. Acometimento da válvula ileocecal esteve presente em 03 pacientes.

Histopatologicamente, os 06 pacientes apresentaram inflamação crônica inespecífica leve-moderada nos segmentos macroscopicamente acometidos – todos com micro erosões (com ou sem friabilidade) e ulcerações

Nenhum paciente do estudo foi submetido a procedimento cirúrgico, eletivo ou emergencial por CNC ou complicações dela decorrentes. Portanto, não foi possível a avaliação de peça cirúrgica com estudo anatomopatológico. Todos os pacientes estavam em uso de medicamento (azatioprina, sulfassalazina ou mesalazina oral /supositório).

Os anticorpos (Ac) anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) e anticítosplasma de neutrófilos padrão periférico (p-ANCA) podem ajudar no diagnóstico diferencial de colite indeterminada quando há dúvida diagnóstica entre RCU e DC. O p-ANCA é mais comum na

RCU, enquanto o ASCA é mais comum na DC. A associação dos dois marcadores pode aumentar a sensibilidade e especificidade diagnóstica. Assim, p-ANCA positivo associado ao ASCA negativo tem valor preditivo positivo (VPP) de 75% para RCU, enquanto p-ANCA negativo associado ao ASCA positivo tem VPP de 85% para doença de Crohn.⁵

Dos pacientes diagnosticados com colite não classificada, em torno de 15% acabam sendo diagnosticados com doença de Crohn. O que se percebia através de estudos como o de Yu et al., que compararam complicações em pacientes com RCU e colite não classificada pós-cirurgia, era que os pacientes com colite não classificada tinham mais sepse pélvica por fístulas do que os pacientes com RCU, o que levou a investigações, e determinou-se que dentre eles 15% tinham na realidade DC.⁶

Esses dados demonstram a importância da investigação diagnóstica, visto que os pacientes podem evoluir com maiores complicações e precisam ser tratados com mais agilidade e rapidez. Além disso, é fundamental o diagnóstico da localização e do tipo de lesão também para direcionamento do tratamento adequado, indicação cirúrgica e acompanhamento do paciente para maximizar os resultados e melhor sobrevida dos pacientes.

Conclusões:

Observou-se predomínio do sexo feminino, além de uma elevada frequência de história familiar de DII. Observou-se um longo tempo para que os pacientes recebessem o diagnóstico de CNC. Um aspecto a ser ressaltado é o longo tempo de duração da doença e, ainda assim, os pacientes mantinham o diagnóstico de CNC.

Referências

1. Schirbel A, Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: establishing and evolving considerations on its etiopathogenesis and therapy. *J Digestive Disease* 2010.
2. Souza MH et al. Evolução da ocorrência da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática. *Arq Gastroenterol* 2002.
3. ODZE, R. — Diagnostic problems and advances in inflammatory bowel disease, 2003.
4. Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease- Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004.
5. Tremaine, W J. Review article: indeterminate colitis – definition, diagnosis and management.
5. Santana GO, Lyra LGC, Santana TCA, Dos Reis LB, Guedes JC, Toralles MB, et. Crohn's disease in one mixed-race population in Brazil. *W J Gastroenterol* 2007; 13: 4489-4492
6. Odze R. Diagnostic problems and advances in inflammatory bowel disease. *Mod. Pathol.* [periódico online], 16(4): 347-58, 2003. Disponível em: <http://www.nature.com/modpathol/journal/v16/n4/full/3880772a.html> [citado em 05 de julho de 2014]