

72 cl. n.

COLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA

- REVISÃO E ANÁLISE CLÍNICA RETROSPECTIVA DE 33 CASOS -

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

COLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA
- REVISÃO E ANÁLISE CLÍNICA RETROSPECTIVA DE 33 CASOS*

IARA MACHADO MARASCIULO**
JUSSARA NÁDIA DA SILVA MORITZ**
MARCELA BRISIGHELI SCHAEFER**

* TRABALHO REALIZADO NO ARQUIVO DO HOSPITAL GOVERNADOR
CELSO RAMOS, DE FLORIANÓPOLIS.

** ESTUDANTES DA 12a. FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
MEDICINA, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1980

Í N D I C E

I	- INTRODUÇÃO.....	01
II	- CASUÍSTICA E MÉTODO.....	02
III	- RESULTADOS.....	03
IV	- COMENTÁRIOS.....	22
	IV-1 - IDADE E SEXO.....	22
	IV-2 - OCUPAÇÃO PROFISSIONAL.....	23
	IV-3 - TEMPO DE INÍCIO.....	23
	IV-4 - MODO DE INÍCIO.....	23
	IV-5 - PERFIL CLÍNICO.....	24
	a- Antecedente de doença psiquiátrica.....	24
	b- Fatores desencadeantes.....	24
	c- Quadro clínico.....	25
	IV-6 - CURSO EVOLUTIVO.....	26
	IV-7 - DISTRIBUIÇÃO TROPOGRÁFICA.....	27
	IV-8 - COMPLICAÇÕES.....	28
	a- Locais.....	29
	b- Sistêmicas ou extra-colônicas.....	31
	IV-9 - ESTUDOS LABORATORIAIS.....	32
	IV-10- ESTUDOS RADIOLÓGICOS.....	33
	IV-11- ESTUDOS ENDOSCÓPICO.....	36
V	- CONCLUSÕES.....	38
VI	- RESUMO.....	40
VII	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

I - INTRODUÇÃO

Várias denominações tem sido usadas para designar a doença inflamatória do intestino grosso, enfocando sem aspecto clínico, topográfico ou anátomo-patológico. Dentre elas pode-se citar: colite trombo ulcerativa, retocolite hemorrágica e purulenta, colite ulcerativa essencial, colite ulcerativa idiopática, retocolite ulcerativa grave, retocolite ulcerativa inespecífica, etc (1,2), porém o termo colite ulcerativa inespecífica (CUI) (3,4) parece-nos o mais adequado.

CUI é uma doença inflamatória crônica, de etiologia desconhecida, que afeta a mucosa e submucosa do cólon e reto (1,2), eventualmente o processo pode estender-se a camada muscular e serosa (5,6). Afeta preferentemente o cólon esquerdo e reto, porém o processo pode envolver todo o cólon de forma difusa ou segmentar e até, mais raramente, comprometer as porções terminais do íleo (4, 7,8,9). Apresenta-se numa gama diversificada de tipos evolutivos que variam desde a remissão espontânea (7) até ao ataque agudo fulminante (3,6,7,8,10). O paciente está sujeito a desenvolver complicações graves como: megacólon tóxico, perfuração intestinal, estenose e encurtamento intestinal, neoplasia colônica, entre outras; atém de manifestações extra-intestinais, como resposta do organismo ao mesmo estímulo nóxio ou a fatores outros (2,3,6,11,12).

Desde 1875, quando Wilks e Moxon promoveram a distinção entre desenterias epidêmicas específicas e as demais enfermidades imflamatórias do colon que vem-se tentando evidenciar a etiologia ou fatores desencadeantes da CUI (1.5). Apesar de inúmeros estudos na tentativa de isolar um agente infeccioso, fatores alérgicos, psicossomáticos ou um processo imunológico de auto-agressão, não tem-se logrado encontrar a causa real da doença. Esta última hipótese é, atualmente a mais cogitada entre a maioria dos autores (1).

Este estudo visa a análise retrospectiva dos casos CUI, do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), para conhecimento de suas características particulares, sua incidência num Hospital Geral, bem como realizar uma revisão dos aspectos clínicos da doença.

II - CASUÍSTICA E MÉTODO

Levantamos todos os casos catalogados como CUI, do arquivo do HGCR de Florianópolis (cujo registro, para a doença, iniciou em 1972), até julho de 1980. Dos 53 casos encontrados (totalizando 61 internações), 15 foram excluídos por não apresentarem dados suficientes para permitir comprovação diagnóstica; 5 prontuários não foram encontrados.

Estudamos 33 casos de CUI, cujo diagnóstico clínico foi comprovado através de exames radiológicos e/ou endoscópio. Incluímos aqueles com clínica compatível nos quais os exames complementares foram sugestivos da doença (Rx e endoscopia). Estes casos foram analisados sob ponto de vista clínico, radiológico (enema opaco), endoscópico e laboratorial.

Consideramos não conhecidos (NC) os dados que não constavam nos documentários dos pacientes. Como laudo sem especificação (SE) catalogamos aqueles exames que não detalhavam as alterações encontradas, mas apenas relatavam serem compatíveis como o diagnóstico.

Na prevalência anual estão incluídos todas as internações por CUI registradas no arquivo do referido Hospital.

R E S U L T A D O S

A prevalência anual de CUI no HGCR foi maior em 1974, 1976 e 1977 ocorrendo 16 (26,23%), 10 (16,39%) e 13 (21,31%) casos respectivamente. O restante variou entre 3 (4,92%) e 7 (11,47%) casos por ano (Tabela I). Obtivemos uma média anual de 7 casos.

Os 33 pacientes eram todos leucodérmicos e constituíram-se em 17 (51,51%) do sexo feminino e 16 (48,48%) do masculino (Tabela II).

Na figura ^(Fig. 8) está representada a incidência da doença segundo a idade e o sexo, como pode ser observado, sua distribuição não se faz uniformemente ao longo da evolução cronológica. Observa-se uma curva bimodal, com picos primários e secundários nas 3ª e 5ª décadas nos pacientes masculinos e picos nas 4ª e 6ª décadas nos pacientes femininos. Obteve-se uma curva unimodal, com pico na 4ª década para o total de casos. A média de idade para o sexo masculino foi 36 anos e para o feminino 44 anos, variando entre 21 e 65 anos para o sexo masculino e entre 20 e 59 anos para o feminino. Os limites de idade foram, portanto 20 e 65 anos numa média total de 40 anos.

O estudo da ocupação profissional mostrou que 10 (58,82%) das mulheres eram "do lar"; 1 (5,88%) funcionária pública e 1 (5,88%) aposentada (desta não conhecemos a profissão anterior). Os homens tinham as seguintes profissões: funcionário público, lavrador, motorista e aposentado, 2 (12,50%) casos cada e, professor, balconista, operário e mineiro, 1 (6,25%) casos cada. De 8 (24,24%) pacientes (4 masculinos e 4 femininos) não sabemos a ocupação (Tabela III).

Analisando a Tabela IV, observamos que em 11 pacientes (33,33%) não obtivemos dados quanto ao tempo de início da doença, 7 pacientes (28,28%) iniciaram a sintomatologia há mais de 5 anos; o restante teve seu início num período que variou entre menos de 3 meses até 5 anos, sem apresentar predomínio em determinado período de tempo.

Ao estudarmos o modo de início da doença verificamos que foi bastante variável nos diversos pacientes. A diarreia foi a manifestação mais frequente, ocorrendo em 14 paciente (42,42%), sendo em 8 casos (24,24%) aguda e em 6 casos (18,18%) de evolução crô

nica (dado considerado no momento da internação). Em 5 pacientes (15,15%) foi a única manifestação inicial da doença. Um (3,03%) paciente apresentava como sintomatologia inicial constipação intestinal e 10 (30,30%) dor abdominal; 9 (27,27%) apresentavam fezes com muco, pus e sangue (FMPS), com as seguintes associações: FMPS e diarreia aguda - 1 caso (3,03%); FMPS e dor abdominal e diarreia aguda - 1 caso (3,03%); FMPS e diarreia crônica - 4 casos (12,12%); FMPS com alternância de constipação e diarreia em 2 casos (6,06%) e ambos mais dor abdominal em 1 caso (3,03%). Três (9,09%) pacientes apresentavam diarreia aguda e dor abdominal: de 10 (30,30%) dos pacientes não conhecemos o modo de início da doença (Tabela Va e Vb).

A Tabela VI mostra o perfil clínico da CUI; 11 pacientes (33,33%) apresentaram passado de doença psiquiátrica; como fator desencadeante foi evidenciado apenas alterações na esfera psicoemocional em 6 casos (18,18%). Em nenhum dos casos havia história de infecção ou puerpério relacionada ao início da doença. Em 27 casos (81,81%) não encontramos relato com respeito a estes fatores. Como sintomas gerais encontramos; febre em 14 casos (42,42%), perda ponderal em 12 (36,36%) e anemia em 16 (48,48%) casos. Os principais sintomas abdominais foram: dor abdominal em 27 casos (81,81%) e tenesmo em 11 casos (33,33%); como sintomas coprológicos encontramos: diarreia com MPS, em proporções variáveis, em 29 (87,87%) dos casos; 2 (6,06%) dos pacientes apresentaram obstipação. A consistência das dejeções foi líquida ou pastosa, com predomínio da primeira e a média de dejeções foi de 9 evacuações por paciente, por dia.

A Tabela VII e figura 2 apresentam a incidência da doença segundo a região comprometida do cólon; mostram predomínio na região retossigmoideana, 8 casos (24,24%), seguida de acometimento de reto até à flexura esplênica em 7 casos (21,21%); o cólon esquerdo com o transverso foram acometidos em 4 casos (12,12%). Encontramos ainda comprometimento de íleo terminal associado ao cólon direito e transverso em 1 caso (3,03%); acometimento de cólon transverso também foi evidenciado em 1 caso (3,03%). Não conhecemos a região acometida em 11 casos (33,33%).

Nossos pacientes apresentaram como complicações locais: hemorróidas em 4 casos (12,12%), abscesso e fístula perirretal em 3 casos (9,09%). Apenas um paciente (3,03%) teve hemorragia grave, e não encontramos casos de perfuração, neoplasia e megacólon. Das complicações gerais, nossa série só mostrou acometimento articular em 2 casos (6,06%), não sendo encontradas alterações dermatológicas,

hepáticas, oculares, renais e pulmonares (Tabela VIII).

Dos 33 casos, 31(93,93%) realizaram hemograma, 10(30,30%) VHS e, 14(42,42%) eletroforese de proteínas. A anemia e a leucocitose apareceram em 16 casos (48,48%) e 10 casos (30,30%) respectivamente. Ocorreu neutrofilia em 11 casos (33,33%), linfocitose em apenas 6 casos (18,18%); em 13 casos (39,39%) encontramos desvio para a esquerda. Linfopenia e neutropenia foram evidenciadas em 11 (33,33%) e 8 (24,24%) casos, respectivamente. O VHS estava elevado em todos os casos no qual este exame foi encontrado. Na eletroforese de proteínas evidenciamos hipoalbuminemia em 10 casos (30,30%), alfa₂ globulina aumentada e hipergamaglobulinemia foram encontradas em 3 pacientes (9,09%) cada uma (Tabela IX).

O exame radiológico encontramos em 31 casos (93,93%), dos quais 6 (18,18%) apenas davam o diagnóstico sem detalhar os achados. Como não dispomos dos exames, mas apenas dos laudos dos mesmos, não podemos detalhá-los. Dos 31 casos, a presença de microulcerações foi achado mais frequente, 18 casos (54,54%), sendo em 5 única manifestação da doença. Pseudopólipos foram encontrados em 6 casos (18,18%). Aumento do espaço pré-sacro em 2 (6,06%) e alteração do relevo mucoso em 8 casos (24,24%). Encurtamento e estreitamento do cólon foram observados em 4(12,12%) e 10 (30,30%) casos respectivamente. Todos estes achados bem como suas associações estão expostos nas Tabelas Xa e Xb.

Na análise da classificação dos estados evolutivos segundo o exame endoscópico (Tabela XIa) deparamos com 6 pacientes (18,18%) em atividades graves, 4 (12,12%) em atividade moderada, 3 (9,09%) em atividades leve, 1 (3,03%) em estado de regressão. Em 4 casos (12,12%) não havia especificação (SE) do laudo endoscópico e em 15 (45,45%) o exame não foi encontrado.

Dos achados endoscópicos (Tabela XIb) ressaltamos; edema e congestão da mucosa em 13 pacientes (39,39%); sangramento em 10 (30,30%), sendo 6 (18,18%) sangramento profundo e 4 (12,12%) espontâneo. Ulcerações foram encontradas em 8 casos (24,24%); pseudopólipos em 4 (12,12%); a fragilidade da mucosa era discreta em 4 casos (12,12%), moderada em 2 (6,06%) e intensa em 1 caso (3,03%). Muco na ampola retal foi visto em 3 casos (9,09%); exudato mucopurulento em 2 (6,06%) e exudato aderente em 1 (3,03%). Três pacientes (9,09%) apresentaram estreitamento da ampola retal, cicatrizes e perda de elasticidade da ampola retal foi visto em 1 caso (3,03%) cada; 2 pacientes (6,06%) tinham alterações discretas.

TABELA I - PREVALÊNCIA DA CUI NO HGCR

ANO	Nº	%
1972	3	4,92
1973	4	6,56
1974	16	26,23
1975	--	-
1976	10	16,39
1977	13	21,31
1978	4	6,56
1979	7	11,47
1980	4	6,56
T O T A L	61	100,00

NOTA: Estão incluídas todas as internações por CUI registrados no arquivo do HGCR.

$$\bar{X} = 7 \text{ casos/ano}$$

TABELA II - DISTRIBUIÇÃO DA CUI SEGUNDO SEXO E IDADE

IDADE	SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 10		--	-	--	-	--	-
11 - 20		--	-	1	3,03	1	3,03
21 - 30		7	21,21	--	-	7	21,21
31 - 40		3	9,09	6	18,18	9	27,27
41 - 50		4	12,12	4	12,12	8	24,24
51 - 60		--	-	6	18,18	6	18,18
61 - 70		2	6,06	-	-	2	6,06
T O T A L		16	48,48	17	51,51	33	100,00

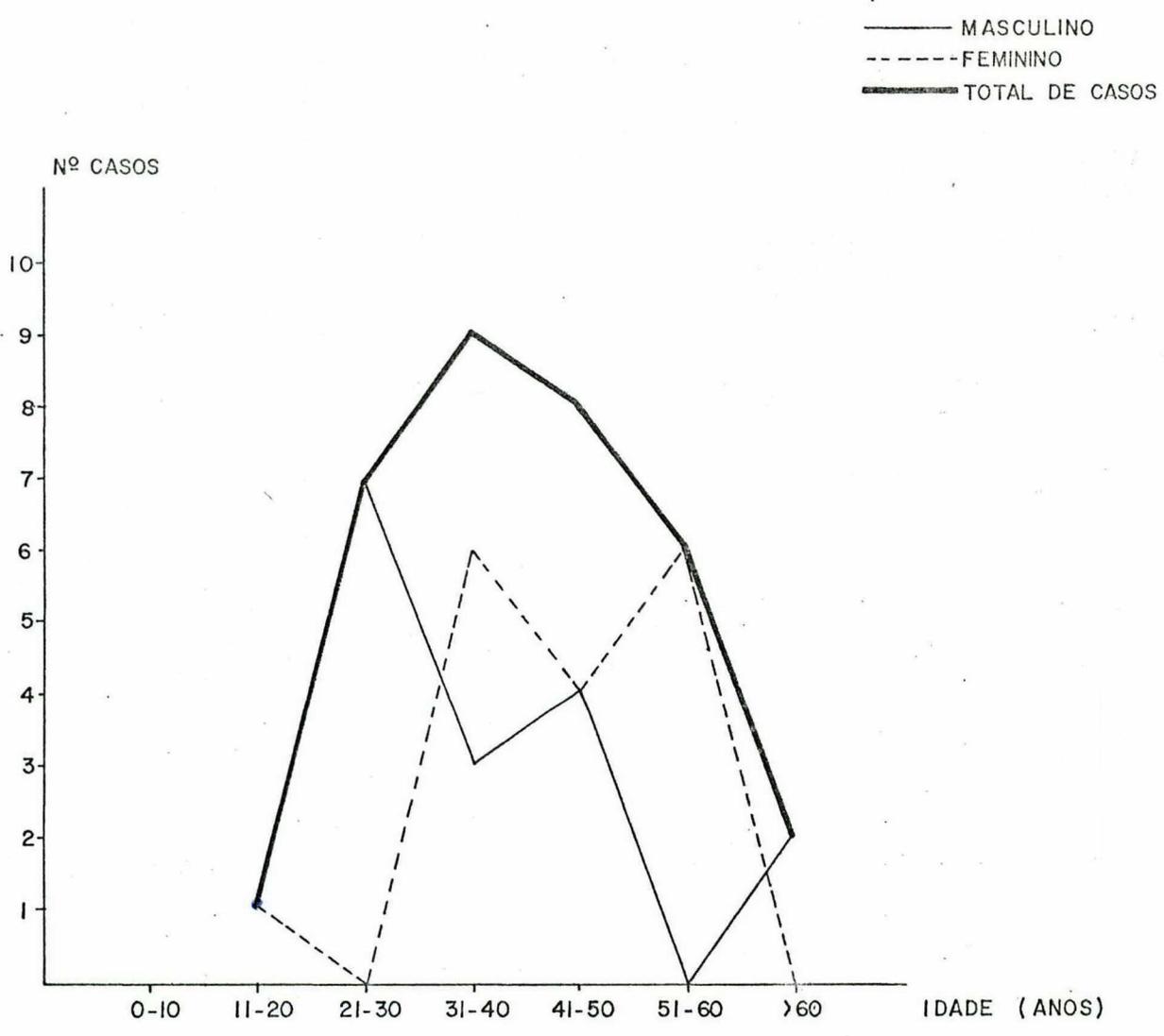


FIG. I : INCIDÊNCIA DA CUI SEGUNDO SEXO E IDADE .

TABELA III - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE
CUI SEGUNDO SEXO E OCUPAÇÃO DOS PACIENTES

PROFISSÃO	SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%*	Nº	%*	Nº	%**
Do Lar		--	-	10	58,82	10	30,30
Funcionário Público		2	12,50	1	5,88	3	9,09
Aposentado		2	12,50	1	5,88	3	9,09
Lavrador		2	12,50	--	-	2	6,06
Professor		1	6,25	1	5,88	2	6,06
Motorista		2	12,50	--	-	2	6,06
Balconista		1	6,25	--	-	1	3,03
Operário		1	6,25	--	-	1	3,03
Mineiro		1	6,25	--	-	1	3,03
N. C.		4	25,00	4	23,52	8	24,24
T O T A L		16	100,00	17	100,00	33	100,00

NOTA: * percentagens calculadas sobre o nº de casos/sexo

** " " " " o " Total de casos

TABELA IV - DISTRIBUIÇÃO DA CUI DE ACORDO
COM O TEMPO DE INÍCIO DA DOENÇA

TEMPO	Nº	%
< 3 meses	4	12,12
3 meses - 6 meses	2	6,06
7 meses - 12 meses	2	6,06
1 ano - 2 anos	4	12,12
3 anos - 4 anos	3	9,09
> 5 anos	7	21,21
N.C.	11	33,33
T O T A L	33	100,00

TABELA V-a - CUI SEGUNDO MODO DE INÍCIO SEM
CONSIDERAR AS ASSOCIAÇÕES DE SINTOMAS

MODO DE INÍCIO	Nº	%
Diarréia Aguda	8	24,24
Diarréia Crônica	6	18,18
Constipação	1	3,03
Constipação/Diarréia	3	9,09
Dor Abdominal	10	30,30
Fezes MPS	9	27,27

NOTA: Constipação/Diarréia = alternância de ritmo intestinal

MPS - Mucopiossanguinolenta

TABELA V-b - CUI SEGUNDO MODO DE INÍCIO

MODO DE INÍCIO	Nº	%
Diarréia Aguda	3	9,09
Diarréia Crônica	2	6,06
Constipação	1	3,03
Dor Abdominal	5	15,15
Diarréia Aguda + Dor Abdominal	3	9,09
Diarréia Aguda + Dor Abdominal + Fezes MPS	1	3,03
Diarréia Aguda + Fezes MPS	1	3,03
Diarréia Crônica + Fezes MPS	4	12,12
Constipação/Diarréia + Fezes MPS	2	6,06
Constipação/Diarréia + Fezes MPS + Dor Abdominal	1	3,03
N C	10	30,30

NOTA: Constipação/Diarréia = alternância de ritmo intestinal

MPS - Mucopiossanguinolenta

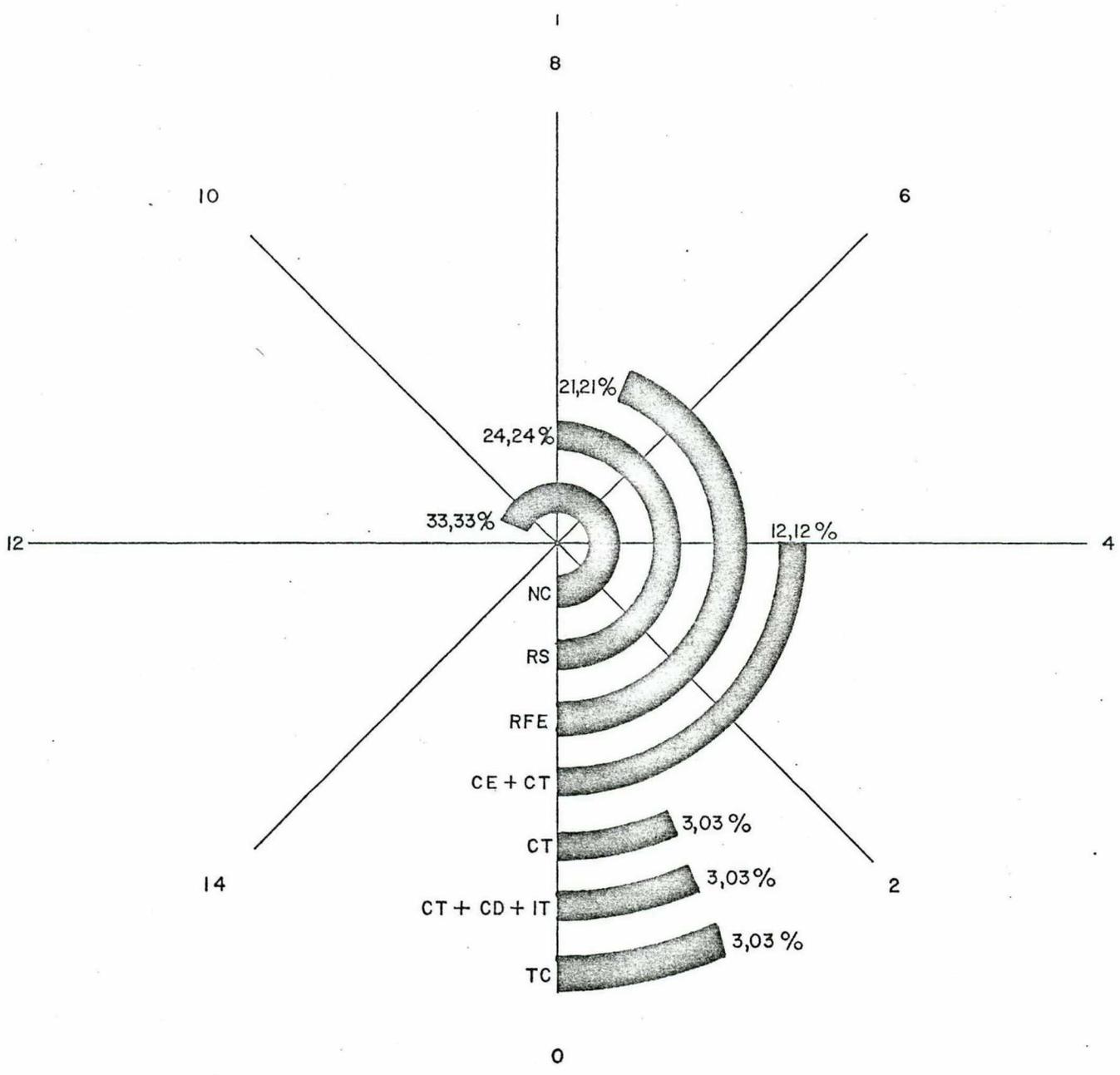
TABELA VI - PERFIL CLÍNICO NA CUI

CLÍNICA	Nº	%
1. História de Doença Psiquiátrica	11	33,33
2. Fatores Desencadeantes		
Psicoemocionais	6	18,18
Infecção	--	-
Puerpério	--	-
N C	27	81,81
3. Quadro Clínico		
Sintomas Gerais		
Febre	14	42,42
Perda Ponderal	12	36,36
Anemia	16	48,48
Sintomas Abdominais		
Dor Abdominal	27	81,81
Tenesmo	11	33,33
Sintomas Coprológico		
*Diarréia MPS	29	87,87
Constipação	2	6,06
N C	2	6,06
4. Característica das Fezes		
Consistência		
Líquida	17	51,51
Pastosa	7	21,21
N C	9	27,27
Nº dejeções		
< 4	2	6,06
4 - 8	8	24,24
> 8	11	33,33
N C	12	36,36

* Diarréia MPS = Diarréia mucopiossanguinolenta

TABELA VII - INCIDÊNCIA DA CUI SEGUNDO A
REGIÃO COMPROMETIDA

REGIÃO	Nº	%
Retossigmóide	8	24,24
Reto ã Flexura Esplênica	7	21,21
Colon esquerdo + Colon transverso	4	12,12
Colon Transverso	1	3,03
Colon transverso + Colon direito + Íleo terminal	1	3,03
Todo o Colon	1	3,03
N C	11	33,33
T O T A L	33	100,00



- NC - NÃO CONHECIDOS
- RS - RETOSSIGMÓDE
- RFE - RETO À FLEXURA ESPLÊNICA
- CE + CT - CÓLON ESQUERDO + CÓLON TRANSVERSO
- CT - CÓLON TRANSVERSO
- CT + CD + IT - CÓLON TRANSVERSO + CÓLON DIREITO + ÍLEO TERMINAL
- TC - TODO O CÓLON

FIG. 2 : DISTRIBUIÇÃO TOPOGRÁFICA DA CUI .

TABELA VIII - INCIDÊNCIA DAS COMPLICAÇÕES
NA CUI

COMPLICAÇÕES	Nº	%
1. Locais		
Hemorróidas	4	12,12
Abscessos e Fístulas	3	9,09
Perianais e perirretais		
Pseudopólipos	6	18,18
Estreitamento do Cólon	10	30,30
Hemorragia Grave	1	3,03
Perfuração	-	-
Neoplasia	-	-
Megacólon	-	-
2. Extra-Cólicas		
Articulares	2	6,06

TABELA IX - ACHADOS LABORATORIAIS NA CUI

EXAME	ACHADOS	NORMAL		↑		↓		N C	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hemograma								2	6,06
Hemoglobina		15	45,45	--	-	16	48,48		
Leucometria		16	48,48	10	30,30	5	15,15		
Bastões		10	30,30	13	39,39	8	24,24		
Neutrófilos		12	36,36	11	33,33	8	24,24		
Linfócitos		14	42,42	6	18,18	11	33,33		
V H S		--	-	10	30,30	--	-	23	69,69
E F P								19	57,57
Albumina		4	12,12	--	-	10	30,30		
α_1 Globulina		8	24,24	2	6,06	4	12,12		
α_2 Globulina		9	27,27	3	9,09	2	6,06		
β Globulina		7	21,21	1	3,03	6	18,18		
γ Globulina		7	21,21	3	9,09	4	12,12		

V H S - Velocidade de Hemossedimentação

E F P - Eletroforese de Proteínas

TABELA X-a - ACHADOS RADIOLÓGICOS NA CUI
(SEM CONSIDERAR AS ALTERAÇÕES ASSOCIADAS)

ACHADOS RADIOLÓGICOS	Nº	%
↑ Espaço pré-sacro	2	6,06
Alteração relevo mucoso	8	24,24
Ulcerações	18	54,54
Pseudopólipos	6	18,18
Encurtamento do Cólon	4	12,12
Estreitamento do Cólon	10	30,30
Perfuração	--	-
Neuplasia	--	-
Megacólon	--	-
S E	6	18,18
Normal	4	12,12
N C	2	6,06

TABELA X-b - ACHADOS RADIOLÓGICOS NA CUI

ACHADOS RADIOLÓGICOS	Nº	%
Normal	4	12,12
Ulceração	5	15,15
Ulceração + Espaço pré-sacro	1	3,03
Ulceração + Estreitamento do Colon	5	15,15
Ulceração + Pseudopólipos	2	6,06
Ulceração + Pseudopólipos + Estreitamento + Alteração de relevo	1	3,03
Ulceração + Estreitamento + Encurtamento + Alteração de relevo	2	6,06
Ulceração + Pseudopólipos + Alteração de relevo	1	3,03
Ulceração + Espaço pré-sacro + Pseudopólipos + Encurtamento + Estreita mento + Alteração de relevo	1	3,03
Alteração relevo mucoso	1	3,03
Alteração relevo mucoso + Pseudopólipos	1	3,03
Alteração relevo mucoso + Estreitamento + Encurtamento	1	3,03
S E	6	18,18
N C	2	6,06
T O T A L	31	100,00

TABELA XI-a - ESTADOS EVOLUTIVOS SEGUNDO
EXAMES ENDOSCÓPICO

ESTADOS EVOLUTIVOS	Nº	%
Regreção	1	3,03
Atividade Leve	3	9,09
Atividade Moderada	4	12,12
Atividade Grave	6	18,18
S E	4	12,12
N C	15	45,45
T O T A L	33	100,00

TABELA XI-b - ACHADOS ENDOSCÓPICOS NA CUI

ACHADOS ENDOSCÓPICOS	Nº	%
Congestão e Edema da mucosa	13	39,39
Sangramento	10	30,30
Ulcerações	8	24,24
Fragilidade da Mucosa	7	21,21
Pseudopólipos	4	12,12
Muco na Ampola Retal	3	9,09
Exsudato Mucopurulento	3	9,09
Estreitamento da Ampola Retal	3	9,09
Perda da Elasticidade da Ampola Retal	1	3,03
Cicatrizes	1	3,03
Alterações discretas	2	6,06
Normal	1	3,03
S E	4	12,12
N C	15	45,45

IV - COMENTÁRIOS.

Vários estudos tem ressaltado a dificuldade de estabelecer a frequência da CUI devido a diversificada maneira de apresentação e aos diferentes graus de intensidade da doença. Frequentemente, os casos leves transcorrem sem diagnóstico ou são tratados ambulatorialmente, somente os mais severos necessitam atendimento hospitalar. Este fato, como sugerem Arabehty e Fernandez (6) e Roth (11), prejudica estudos estatísticos.

A CUI não é rara, mas de certa forma incomum (1,2,13,14), encontramos em nossa série apenas 53 casos no período de tempo estudado.

Texter (1) refere que existe diferença importante nas diversas áreas e apresenta distribuição mundial (1,6). Estudos realizados por Watanabe e cols (13) no Japão, evidenciam um aumento gradual da doença nos últimos anos. Nossa revisão não permitiu constatar esta ocorrência, talvez pelo curto período abrangido por este estudo. Encontramos maior número de casos em 1974 (16 casos - 26,23%), 1976 (10 casos - 16,39%) e 1970 (13 casos - 21,31%) (Tabela I) Obtivemos uma média de 7 casos por ano.

IV - 1 - IDADE E SEXO

A maioria dos autores relata que a idade de início da doença situa-se aproximadamente em torno dos 20-40 anos (4,6,10,15,16,17) para ambos os sexos. Ressaltando como rara a ocorrência da mesma antes dos 15 anos e após os 70 anos, porém a incidência mantém-se elevada até os 50 anos (3,6,10,15,16 17). A idade dos pacientes no primeiro exame, segundo o estudo de Watanabe e cols (13), mostrou uma curva bimodal com picos na segunda e sexta década para os homens e uma curva unimodal com pico na quarta década para as mulheres; no total de casos obteve também curva unimodal com pico na terceira década. Nossos pacientes, apresentaram na primeira internação neste hospital idade média total de 40 anos, para o sexo masculino, a média situou-se em 36 anos, mostrando uma curva bimodal com picos nas 3ª e 5ª décadas. Para as mulheres, a média foi de 44 anos, com picos na 4ª e 6ª década. Nossos dados, portanto são similares aos da maioria dos autores consultados (4,6,9,10,15 ,

16,17). (Tabela II e figura 1).

Os achados dos diversos autores quanto ao fator sexo são bastantes variáveis. alguns mostram predomínio do sexo feminino (7, 10,17), outros do sexo masculino (16), porém Roth (11) entre outros (2,6,13,15) relata que a incidência é semelhante para ambos os sexos. Nosso estudo concorda com estes autores, mostrando que 48,48% dos pacientes são masculinos e 51,51% são femininos (Tabela II).

IV - 2 - OCUPAÇÃO PROFISSIONAL

A literatura revisada não faz análise da ocupação profissional dos pacientes, a não ser, Watanabe e cols (13) que relatam que 48% das mulheres eram desempregadas, incluindo as "do lar", 26% realizaram trabalho físico e 16% atividade intelectual. Quanto aos homens 34% eram estudantes, 52% realizavam trabalho físico e 17% atividade intelectual. Em nosso estudo 58,82% das mulhres eram do lar e 81,25 do homens realizavam trabalhos físicos (Tabela III).

IV - 3 - TEMPO DE INÍCIO DA DOENÇA

A análise do intervalo entre o início da doença e a internação hospitalar variou entre menos de 3 meses a mais de 5 anos nos casos em que tal dado foi obtido (22 casos - 66,66%). Quinze pacientes (45,45%) tiveram seu início há menos de 5 anos, sendo que 8 pacientes (24,24%) há menos de 1 ano. Na estatística de Watts e cols (17) foi encontrado 43,87% com história menor do que 1 ano, Banks e cols (4) encontraram em 46,93% e Buckell (14) em 50%, ressaltando que para a maioria dos pacientes que merecem assistência hospitalar, esta é necessária no primeiro ano de evolução da doença. Nossa casuística não pode ser comparada a destes autores pela alta percentagem de casos em que não conhecemos este particular. Os dados com detalhes estão evidenciados na Tabela IV.

IV - 4 - MODO DE INÍCIO DA DOENÇA

O modo de início da CUI é bastante variável para os diversos pacientes. Basicamente o início pode ser súbito ou gradual, sendo na maioria da vezes abrupto (1,5,10,11,15). Quando é insidioso, diarrréia pode não estar presente e o primeiro sintoma pode ser o aparecimento de muco e sangue nas fezes. Não é raro, num ataque leve,

que estes sinais estejam acompanhados de constipação intestinal quando o paciente já a apresentava anteriormente (4,11). A constipação é mais frequente quando o acometimento é limitado ao reto e sigmóide (11). A forma clássica de início da doença é diarréia, dor abdominal tipo cólica, fezes com muco e sangue e tenesmo retal, em graus variáveis (1,5,10,11) Nos casos mais severos (inclusive ataque agudo fulminante), estes sintomas estão exacerbados com evacuações contínuas mucopiosanguinolentas e outros sintomas associados como febre, taquicardia, astenia e desnutrição. Desordens mentais podem ser observadas (1,11). Na verdade, os sintomas dependem da importância da atividade inflamatória no momento em que se examina o paciente. A nossa série mostrou como manifestação inicial da doença diarréia aguda em 8 casos (24,24%), crônica em 6 casos (18,18%), constipação isolada em apenas 1 caso (3,03%), alternância entre diarréia e constipação em 3 casos (9,09%), dor abdominal em 10 casos (30,30%) e fezes mucopiosanguinolenta em 9 casos (27,27%) (Tabela Va e Vb). Não encontramos na literatura dados com que pudéssemos comparar nosso resultado.

IV - 5 - PERFIL CLÍNICO

O perfil clínico da CUI é mostrado na Tabela VI.

a- Antecedente de Doença Psiquiátrica

Na história de nossos pacientes encontramos 11 casos (33,33%) com passado de doença psiquiátrica. Gruner e cols (20) citam uma incidência maior de esquizofrênia e Liedtke e cols (21) relatam que seus estudos mostraram uma tendência a hipocondria, depressão, paranóia e introversão social nestes pacientes.

b- Fatores Desencadeantes

Anteriormente foi dada demasiada importância as desordens psicoemocionais na gênese da CUI. Atualmente, porém, com as novas descobertas principalmente no campo da imunologia (18) esta teoria tem sido relegada a um plano secundário, entretanto, tem-se citado que os portadores da CUI apresentam com determinada frequência alterações neste sentido, sem ter sido possível estabelecer ainda, relação direta entre estes achados (1,5,6,19). O que admite-se é que os distúrbios psicoemocionais em seus diferentes graus, como os demais fatores citados como desencadeantes, são

importantes porque estabelecem uma relação temporal entre estes e o início da doença ou uma crise de recorrência. Os demais fatores assim enquadrados são: ciclo gravídico-puerperal (4,11,15,16), infecções (6,11,16), transgressões dietéticas (6,11), cirurgias (11, 16), stress, alterações endócrinas (11), entre outros. No presente estudo encontramos referência a este aspecto em apenas 6 casos (18,18%) nos quais os pacientes referiam relação do início da doença com alterações na esfera psicoemocional.

c- Quadro Clínico

Quanto a diarreia as dejeções são geralmente líquidas com pouco material fecal e quase inteiramente compostas de muco, pus e sangue; a frequência é variável, geralmente entre 4 a 8 dejeções por dia podendo chegar a mais de 20 e, raramente, a menos de 4. O volume também é variável e na fase aguda o paciente pode perder até 3 a 4 litros de água e eletrólitos por dia (6,11). A presença de muco é mais evidente nas fases iniciais da doença quando o epitélio glandular ainda está conservado ou formas menos extensas. Na crise ulcerosa diminui sua presença aparecendo sangue e pus em maior quantidade, decorrente da mucosa e infecção das ulcerações (6). O aparecimento de sangue é o índice mais fiel de atividade ulcerativa e a evolução de seu surgimento nas fezes guarda estreita relação com as alterações endoscópicas e anátomo-patológicas (6,11).

A diarreia mucopiossanguinolenta ocorreu em 29 casos (87,87%), é citada em 78,5% (22) e 48,85% (13), o sangramento retal em 54,5% (22) e 97,06% (13). Estes achados são relativamente semelhantes aos nossos. A constipação apareceu em 2 (6,06%) dos nossos casos e os outros autores também relatam sua pequena ocorrência (8,13,22).

A dor abdominal é dos sintomas mais frequentes da colite, podendo estar ausente nas formas leves e de início insidioso (6,11,13). Guarda paralelismo com a gravidade do processo (6,11) e não parece ter relação com a extensão do mesmo (13). Caracteristicamente é do tipo cólica, de intensidade variável podendo chegar a ser muito importante e, até mesmo, tornar-se contínua durante um curto período de tempo (6,11). A dor pode ser generalizada ou limitada ao hipogástrico e quadrante inferior esquerdo do abdome frequentemente, o paciente refere alívio após a exoneração intestinal (6,11). Vinte e sete (81,81%) pacientes de nossa série apre -

sentavam dor abdominal, outros autores a tem encontrado também em alta percentagem 70,5%(22), 64,90%(4), 36,76%(13).

Outro sintoma freqüente referido pelos pacientes é o tenesmo retal, manifestação decorrente do estado de semicontração dos músculos da defecação. Traduz-se por uma sensação incomoda e desejo constante, doloroso e ineficaz de evacuar e, ocorre principalmente quando o reto esta acometido ou se o paciente tem múltiplas dejeções por dia (6,11). Watanabe e cols (13) e Nefzger e cols (22) apresentaram em suas casuísticas 16% dos pacientes com tenesmo. Este sintoma apareceu em 11 dos nossos (33,33%).

Os pacientes comumente apresentam náuseas, vômitos, anorexia, sensação de plenitude e desconforto epigástrico em diferentes graus de acordo com a severidade da colite, ou seja, podem ser leves ou ausentes nas formas brandas da doença ou extremamente severos na forma fulminante (6,11).

Hipertermia pode ou não ser encontrada. Quando presente, não costuma ser elevada e geralmente indica o início de uma crise aguda. Pode ser devida a múltiplos fatores, como infecção secundária local ou mesmo um quadro séptico sistêmico. (6,11). Ocorreu em 14 (42,42%) de nossos casos, o que não coincide com os achados de Nefzger e Acheson (22) e Watanabe (13) que apresentaram este sinal em apenas 11,2% e 4,41% dos casos, respectivamente.

Sintomas como perda de peso e astenia com freqüência também fazem parte do quadro com que manifesta-se a doença. Dependem, como os demais, da severidade do comprometimento colônico, da toxemia sistêmica e dos distúrbios hidro eletrolíticos decorrentes das perdas pela diarréia (6,11). Encontramos 12 pacientes (36,36%) com perda de peso, Nefzger e cols (22) tiveram apenas 17,9% dos casos com este achado.

A anemia também é sinal freqüente e decorre das perdas nas fezes (6,11). Watanabe e cols (13) citam apenas 1,45%; encontramos 10 casos (30,30%), concordando com o citado por Roth (11) e Arabehty e Fernandez (6).

IV - 6 - Curso Evolutivo

Considerando o curso evolutivo da doença. Bockus instituiu uma classificação que é utilizada pela maioria dos autores (5, 6,7,10,11). Esta divide as modalidades evolutivas em 3 tipos principais que servem como orientação e também tem algum valor prognós

tico (11): recidivante-remitente, crônico-contínuo e agudo fulminante.

O tipo recidivante-remitente é o mais comum (64% para Roth e 59% para Arabehehy e Fernandez) e tem por característica períodos nítidos de atividade inflamatória e regressão clínica dos sintomas. Os pacientes podem apresentar sintomas leves ou graves sendo que no 1º caso geralmente apenas o retossigmóides está envolvido; nestes casos, comumente o paciente pode ser tratado a nível ambulatorial, ao contrário da forma grave que costuma requerer tratamento hospitalar. No intervalo entre os ataques, a mucosa pode mostrar-se a retossigmoidoscopia praticamente normal nas formas leves ou com persistência da atividade inflamatória nas formas mais graves (6,9,11).

O termo crônico-contínuo é utilizado para aqueles casos em que a atividade inflamatória persiste por períodos maiores de 6 meses e não regride mesmo a despeito do tratamento (9,11). Foi encontrado em 31% dos casos por Roth (11) e em 39% por Arabehehy e Fernandez (6). O cólon é comprometido em maior extensão e a doença pode apresentar-se em diferentes graus de intensidade. As complicações locais e sistêmicas são frequentes e geralmente é necessário a intervenção cirúrgica (6,9,11).

O tipo agudo fulminante é o menos freqüente (5%) por Roth (11) e 2% por Arabehehy e Fernandez (6), é a forma mais dramática de manifestação da doença. Tem início abrupto com sintomas severos e sepsis que levam a rápida depleção. As úlceras tendem a confluir, o cólon sofre dilatação e há sinais de perfuração eminente ou obstrução. Geralmente o cólon esquerdo ou todo o cólon estão envolvidos. A taxa de mortalidade é elevada (6,9,11).

O fato de um paciente ser catalogado em um tipo clínico não significa que naquele permaneça durante toda a evolução de sua doença, pelo contrário, em qualquer etapa da evolução pode trocar de um tipo para outro (6).

Pelo fato de haveremos revisado retrospectivamente os portadores de CUI num hospital geral não conseguimos documentar seu curso evolutivo nos pacientes estudados.

IV - 7 - Distribuição Topográfica

Considerando a distribuição topográfica a CUI, é uma doença que mais freqüentemente está restrita ao reto, como uma

proctite (5,23). esta afirmativa difere da estatística mostrada pela maioria dos demais autores consultados, provavelmente devido ao fato que nestes pacientes geralmente os sintomas são leves e os pacientes tratados ambulatorialmente. Diversos estudos mostram alta frequência de acometimento de todo o cólon (pancolite) - 48,4% para Bockus e cols (3), 31% para Banks e cols (4); Edwards e cols (7) mostram apenas 8,1%. Encontramos pancolite em apenas 3,03% dos casos (1 paciente). Acometimento isolado do retossigmóide tem sido encontrado com frequência variável 6%(4), 8,81%(7), 14,8% (3), 18% (3). Em nossa casuística encontramos 24,24% o que constitui-se na maioria dos casos. Comprometimento do reto à flexura esplenica é mostrado em torno de 20 a 30% (3,4,5,11,23). Nosso achado concorda com o destes autores, ou seja, encontramos uma percentagem de 21,21%. Comprometimento regional não foi encontrado em nossa casuística e tem sido relatado como de frequência baixa 6,2%(3), 9,0% (11), 8,0%(4). Enterocolite foi encontrado em um caso. A literatura consultada descreve essa ocorrência em torno de 9,0% (3,11). Em 15,15% de nossos casos o retossigmóide estava livre da doença, estando acometido apenas cólon esquerdo e transversal em 4 pacientes (12,12%) e o cólon direito e transversal em 1 paciente (3,03%). Arabehety e Fernandez (6) referem que esta ocorrência situa-se em torno de 10% dos casos. Observando os dados acima podemos verificar que na grande maioria dos casos estudados pelos diversos autores o retossigmóide está acometido (4,5,6,7,11,23). A respeito da distribuição topográfica pode se dizer ainda que o acometimento do cólon tende a ser ascendente e parece ter relação com o prognóstico da doença (1,6,11,15). (tabela VII).

IV - 8 - Complicações

Dentro do diversificado quadro clínico da CUI encontra-se uma variedade de complicações que recaem em 2 grupos principais: complicações locais no e/ou proximidade do intestino grosso, e complicações sistêmicas afetando outras partes do organismo (articulações, fígado, olhos, ossos, pele, etc) (6,11,23,24,25) que segundo Roth (11) poderiam resultar de toxidade, absorção anormal, debilidade ou possivelmente um reflexo sistêmica da doença. Estas complicações podem ser a causa de morte dos pacientes e tendem a ser numerosas durante o curso da doença (23).

Nossos achados estão expressos na Tabela VII.

a- Complicações Locais

Os pseudopólipos são definidos por Lumb e Goldgrober, citados em Arabehty e Fernandez (6), como sendo estruturas formadas por proliferação de tecido conjuntivo (infiltrado inflamatório do mesmo tipo do mucoso, proliferação de fibroblastos e abundantes fibras conjuntivas) e que se acham recobertas de epitélio glandular reconstituído em graus variáveis, sangram com facilidade. Frequentemente são múltiplos e difusos, mais comum no reto e estão relacionados com a severidade da doença (11,23). É uma das complicações mais comuns, encontrada em 13%, 14,9%, 34,21% e 74% por Wright e cols (24), Edwards e cols (23), Watanabe (13) e Roth (11) respectivamente; nossos achados se assemelham aos de Edwards e cols (23), encontramos 6 casos (18,18%).

O estreitamento do cólon é um sinal de doença crônica e segundo alguns autores ocorre em pequena proporção (6,3%). Já Roth (11) mostrou uma incidência de 24%. Em nossa série apareceu em 10 casos (30,30%). Pode ser aventada a hipótese de carcinoma quando o estreitamento é detectado (11,26).

Abscesso ou fístula perianal resultam da infiltração de tecido ao redor do reto ou sigmóide devido a perfuração ou permeabilidade, pode ocorrer a formação de um trajeto para a bexiga e/ou vagina. Este achado é relativamente frequente (Roth (11) - 18%; Wright e cols (24) - 13%; e Edwards e cols (23) 11,4%). Encontramos em 3 casos (9,09%). Costuma ocorrer em igual porcentagem não importando a topografia das lesões nos diversos segmentos do cólon, e geralmente tem indicação cirúrgica (11).

Em nossa série, 1 paciente (3,03%) apresentou hemorragia maciça; esta manifestação é de ocorrência pouco frequente, 1 a 4% (11,23,24). O sangramento intenso é mais comum quando o cólon esquerdo está envolvido e também no ataque agudo fulminante (11).

Nossa casuística não mostrou carcinoma como muitos autores tem encontrado (11,23,27,28). É citado (11,28,29) que o carcinoma tem-se apresentado com uma frequência 30 vezes maior e 10 anos mais cedo nos portadores de CUI do que na população em geral. Diversos estudos confirmam o fato de que o risco para o desenvolvimento de Ca de cólon está aumentando nestes paciente (23,28,29,30). A clínica ou exame radiológico já podem detectar esta complicação, qualquer constrição ou massa deve ser observada com atenção (11,26,28).

outras (6,11,23,24,33,34,35).

A mais comum das complicações sistêmicas é a artrite, e sua frequência varia de 5,2% a 22% (11,23,24). Pode preceder o início da doença, acompanhar um ataque ou, ainda, ocorrer um período de remissão clínica(23). Edwards e col(23) citam um acometimento poliarticular, já Wrigh e col (24) relatam ser o acometimento usualmente monoarticular, ambos concordam quanto ao comprometimento das grandes articulações. Tende a envolver com o tratamento da colite, e pode ocorrer paralelamente ao eritema nodoso, à conjuntivite, ou a um rash cutâneo (23). Nestes casos o teste de Waaler Rose é negativo diferenciando a artrite da CUI de outros casos de Artrite Reumatóide (23).

Eritema nodoso, piodermite gangrenosa, lesões pápulo-necróticas, placas eritematosas ulceradas, eritema multiforme são as lesões de pele encontradas. O eritema nodoso aparece complicando a CUI numa percentagem pequena de casos 1,93%(23), 19% (Foster and Breck citado por Texter (1)) e quase sempre associado com artrite e conjuntive (1,23,33). Pode preceder o início de um quadro agudo, ou acompanhar um ataque de colite (23,33). Esta manifestação costuma regredir com o uso de ACTH, mas geralmente recidivam (1). A piodermite gangrenosa trata-se de simples ou múltiplas ulcerações necróticas de pele (1). E é tida como uma complicação de um ataque severo, podendo existir numa condição crônica. Jonhson e col (33) discordam relatando que não encontraram aparecimento das ulcerações coincidindo com exacerbações da doença e também não observaram relações entre o grau de envolvimento do cólon e a severidade das úlceras. Usualmente o sucesso do tratamento depende do controle da colite por corticoesteróides ou por colectomia (23). Ocorreu em 0,6% na casuística de Edwards e col (23), 1,67% na de Jonhson e col (33). Outras lesões de pele são de ocorrência bastante rara(11,33).

Vários autores tem citado lesão hepática no curso desta doença. Roth e col (11) mostram cirrose em 10% e Mitilis e cols(34) apresentam a pericolangiólite como a agressão hepática mais frequente e a consideram relativamente benigna. Amiloidose hepática, colangite esclerosante, hepatite, necrose focal, etc também podem ocorrer (35,36).

As lesões da mucosa oral são frequentemente comum durante a evolução da colite (23). O acometimento ocular, pulmonar e renal são de ocorrência rara mas é mostrado em várias revisões da

Também não encontramos megacôlon tóxico como complicação em nosso estudo. Os diversos autores relatam uma incidência que varia de 1,5% a 5% (6,13,23,24). Buckel e col (14) porém relatam uma frequência de aproximadamente 12% em hospital geral. Geralmente os pacientes com doença limitada ao reto ou retossigmóide ou que apresentam enterocolite são poupados. O megacôlon costuma desenvolver-se durante um primeiro ataque fulminante, nas recidivas agudas do tipo recidivante-remittente ou na exacerbação fulminante do curso crônico contínuo, sendo o mais temível das complicações (6,11,23). O paciente apresenta-se toxêmico, com sinais de irritação peritoneal ou peritonite franga, distensão ou dor abdominal, ausência de ruidos hidro aéreos, hipertermia de 38 a 39°C, leucócitos com desvio para a esquerda dispnêia mecânica, Continua evacuando o intestino. A perfuração intestinal é eminente (6,11,14,23). Como fisiopatologia do megacôlon tóxico cita-se: hipopotassemia, uso excessivo de drogas anticolinérgicas, estenose distal relativa, a degeneração inflamatória ou a destruição necrótica aguda das fibras musculares e/ou plexos mientéricos, trombose vasos submucoso (6,11,23,31). Pôde ser desencadeado pelo enema baritado (23,32). Roth (11), relata que a dilatação aguda do cólon pode ocorrer muito cedo ou tardiamente no curso da doença.

A perfuração livre para a cavidade peritoneal é de ocorrência rara (11,23,24), não a encontramos em nossa série. Esta complicação ocorre geralmente nas formas séveras da doença ou em casos muito crônicos com estreitamento do cólon (11,23). Deve ser considerada a hipótese de perfuração eminente, em paciente severamente doente que apresenta sinais de irritação peritoneal; esta pode ser precedida pela dilatação do colon (23,31). O uso de antibióticos de largo espectro ou sulfonamidas e a intervenção cirúrgica precoce tem diminuído a mortalidade nestes casos (11). Edwards e col (23) citam hemorróida de aparecimento freqüente na CUI (20,7%); a encontramos em 4 casos (12,12%).

b- Complicações Sistêmicas

Das complicações sistêmicas encontramos apenas 2 casos (6,06%) que apresentaram relato de acontecimento articular associado. No entanto, a literatura mostra, outras complicações tais como: lesões de pele, doença hepática, lesão renal, complicações pulmonares, irite, uveíte, episclerite, pancreatite intersticial, espondilite anquilosante, lesões de mucosa oral, neurite periférica, entre

literatura (6,11,23).

IV - 9 - ESTUDOS LABORATORIAIS

Apesar de que até o momento não se dispor de provas laboratoriais específicas para o diagnóstico ou mesmo para determinar com exatidão os graus de atividade inflamatória de CUI, muitos exames fornecem elementos que permitem avaliar o grau de comprometimento sistêmico da doença ou mesmo mantem alguma relação com os diversos estagios evolutivos da mesma, sendo que alguns deles, como as alterações demonstradas no proteinograma tem alguma implicação diagnóstica e prognóstica (6,37).

Na gênese da anemia estão implicados múltiplos fatores como a perda pelas fezes, estados tóxicos ou infecciosos sistêmicos. Geralmente é tipo hipocrômico e microcítico e como é natural, mais comum nos pacientes sistomáticos. Guarda relação com a severidade da doença e é duas vezes mais freqüente nos pacientes com colite universal do que naqueles que apresentam apenas comprometimento distal do cólon (36,37). Foi encontrado nos estudos de Perret e cols (36) em apenas 19% e nos de Watanabe e cols (13) em 40%; evidencia a anemia em 48,48% dos casos.

Leucocitose também pode ser encontrada e é citada como de aparecimento comum (13,15). Com anemia, é mais freqüente nos casos mais graves, mas não tem implicações prognósticas(37). A encontramos em 30,30% de nossos casos, outros autores não mostraram dados que possam ser comparados aos nossos. A linfocitose encontrada nos pacientes com CUI demonstra a cronicidade do processo bem como quando apoiada por outras evidências sugere participação imunológica no mesmo(6).

A elevação do VHS é mais comum quando o comprometimento colônico é extenso e tem relação com o grau de atividade inflamatória do processo (6,36). Como não obtivemos este dado em 69,69% de nossos pacientes não podemos valorizar nossos achados, porém, em todos os casos que foi obtido, mostrou-se elevado. Perret e cols(36) o encontraram normal, em 241 de 300 pacientes estudados.

Alterações no nível sérico das proteínas plasmáticas são achados relativamente freqüentes. Hipoalbuminemia tanto por perda como por ingesta deficiente, ocorre principalmente em estados de atividade moderada à grave ou em período de atividade muito prolongada(6,15,36,37,38); a encontramos em 30,30% dos casos. No estudo

das globulinas chama atenção as alterações na fração α_2 nos períodos de regressão pois seu aumento, nesta fase, tem sido relacionada a novo surto de atividade inflamatória (6,38). Nos estudos de Dombal (38) todos os pacientes que sofreram recaída da doença apresentaram anteriormente (num período de 3 meses anteriores) níveis elevados de α_2 globulina. A análise de nossos paciente, durante a crise, mostrou índices normais em 27,27% dos pacientes, apenas foi evidenciado aumento em 9,09% dos casos. A gama globulina pode estar aumentada na fase ativa da doença porém seu aumento é inconstante, não serve para avaliar a atividade inflamatória da doença e não tem valor prognóstico (6). Segundo Arabehty e Fernandez (6) a determinação do nível sérico de α_1 glicoproteína ácida (orosseromucóide) é melhor índice para avaliar a atividade inflamatória da doença. Os mesmos autores citam estudos realizados por Dearnig que demonstram que este exame, embora não seja muito útil, para diferenciar os pacientes sadios dos portadores de CUI em fase de regressão ou atividade leve, é útil para diferenciar estes de estados mais graves. Este estudo não foi realizado em nossos pacientes.

Wright e cols (39) fizeram um estudo sobre a eosinofilia na corrente sanguínea e nos tecidos de portadores de CUI, evidenciando que durante a reincidência da doença há um incremento da eosinofilia tissular e na circulação periférica destes pacientes. Citam também estudos de Rusager que encontrou eosinofilia na circulação de pacientes com CUI ativa, este fato foi posteriormente confirmado por Juhlin e por Riis e Anthobisen (também citados por Wright e cols (38), que encontraram eosinofilia nos tecidos do colon e em exudato inflamatório destes pacientes. A causa deste aumento de eosinófilos muitas vezes visto na CUI permanece obscura, mas a frequente associação de eosinofilia com estados alérgicos aumenta a possibilidade de desordens alérgicas na gênese deste processo (39).

Outros exames mais específicos como as determinações de função hepática, testes imunológicos, entre outros, podem ainda ser realizados para estudos mais detalhados e sua necessidade é variável de acordo com o caso em questão (11,25,36,37,38,39).

IV - 10 - ESTUDOS RADIOLÓGICOS

O exame radiológico contrastado de intestino grosso é importante na elaboração do diagnóstico e na determinação prognosti-

dez. Estes, são principalmente consequência da extensão da doença a camadas mais profundas, com reações do tipo fibroso infiltrativo crônico (6). A presença de espasmos ou mesmo estreitamento do cólon podem dar margem a suspeita diagnóstica de carcinoma (26). A mucosa revela um alto grau de atrofia com evidência de reepitelização (42,43). Em nossa casuística, encurtamento e estreitamento do cólon foram observados em 4(12,12%) e 10(30,30%) dos casos respectivamente (Tabela Xa e Xb). Os pseudopólipos podem ocorrer na fase aguda ou crônica. Na primeira são decorrentes de mucosa tumefeita entre as úlceras, já, na fase crônica (quando é mais comum) são expressão dos tampões que ficam na mucosa decorrentes das alterações cicatriciais (42). Lesher e cols (44) citam 1 caso em que a pseudopolipose foi a única manifestação da doença.

Aumento do espaço pré-sacro tem sido advogado com um dos sinais sugestivos do comprometimento retal na CUI. Alp e cols (45) num amplo estudo verificaram que medida mais consistente é a obtida no plano do disco entre S3 e S4. Estabeleceram como limite normal superior 16mm. Concluíram que não há relação entre a medida do espaço e a severidade da doença, em contrapartida, demonstraram relação significativa entre a duração do processo (em anos) e o alargamento excessivo do referido espaço. Em nosso estudo, esta alteração foi encontrada em apenas 2(6,06%) casos. Na verdade não podemos tomar este dado como real pois desconhecemos se foi observado em todos os pacientes.

A investigação radiológica através do enema baritado e Raio X simples de abdome permite ainda o diagnósticos de outras complicações importantes como presença de carcinoma de cólon, perfuração e megacólon tóxico (14,32,41,42,43,46). A literatura consultada adverte sobre o risco de realizar enema opaco em pacientes com suspeita de dilatação do cólon, pelo risco de perfuração eminente (23,31,32,46,47).

Na presente série, em nenhum dos casos foi evidenciada qualquer destas complicações. Quando o cólon direito está seriamente envolvido, o íleo terminal pode ser comprometido pela doença em até 25cm(43,48). Este acometimento foi evidenciado em apenas 1 (3,03%) de nossos pacientes.

Tem sido relatado, em alguns casos, regressão das alterações radiológicas, passada a fase aguda da doença (43).

ca dos pacientes com CUI, pois, além de fornecer elementos que fazem ou comprovam o primeiro, mostra alterações que permitem ao médico assistente fazer uma prevenção do seguimento destes pacientes (32,40,41). Parece não existir outra doença que afete o cólon, que altere sua anatomia de forma tão significativa. Assim, o diagnóstico deve basear-se no conjunto das alterações demonstradas, mais que num achado típico (6). Os achados radiológicos variam com a duração e intensidade do processo bem como a frequência das crises de atividade inflamatória e a presença de complicações(6). A exploração radiológica através do enema baritado proporciona informações acerca da localização da enfermidade, sua extensão e gravidade, tão bem como eventuais complicações (42). Na fase aguda, os achados dependem de 3 fatores: edema, ulceração e alterações da motilidade intestinal. Mesmo aqui o padrão radiológico varia em função da severidade do processo (43). Na fase mais precoce da doença, por ser afecção basicamente mucosa, os achados limitam-se as alterações de relevo mucoso, edema e distorção das pregas longitudinais e transversais (6). A inflamação produz alterações da motilidade caracterizada por espasmos e irritabilidade em decorrência, estreitamento e enchimento incompleto do cólon podem ser observados com frequência (43). Considerável volume de secreção está presente na luz intestinal, constituindo propriamente por muco, sangue e exudato purulento e em consequência o contraste perde sua aparência homogênea tornando-se granular (floculação do bário). As ulcerações características aparecem em toda região acometida do cólon e são variáveis na forma e tamanho dependendo da intensidade do quadro. Radiologicamente manifestam-se como irregularidade simétrica do contorno (aspecto serrilhado), ou como pequenas espículas que partem da mucosa (6,42,43). O tamanho das espículas expressa a amplitude e profundidade das úlceras. Estas comumente não costumam ultrapassar os limites da mucosa (6), porém com a progressão do processo podem aumentar em profundidade e largura e penetrar na muscular e inclusive extenderem, se cada vez mais, com tendência a escarafear a mucosa, dando os chamados abscessos em botão de camisa (42). Encontramos alterações do relevo mucoso em 8 casos e ulcerações em 18 dos pacientes estudados (Tabela Xa e Xb).

Na fase crônica os achados proeminentes são fibrose, regeneração epitelial e pseudopolipose. O resultado final é o encurtamento e estreitamento do cólon, depressão das flexuras e rigi-

IV - 11 - ESTUDOS ENDOSCÓPICOS

Os achados endoscópicos usualmente são paralelos ao curso clínico da doença, porquanto as alterações da mucosa retossigmóideana são diferentes nos diversos estágios de atividade ou regressão da doença. Arabehty e Fernandez (6) mostram uma classificação sucinta que estabelece critérios permitindo classificar a atividade inflamatória da mucosa através do exame retossigmoidoscópico:

- a- Estado de regressão - o aspecto da mucosa está na dependência da intensidade da crise anterior. Exibe geralmente uma mucosa mais pálida, granulosa e com algumas cicatrizes. A ampola retal pode aparecer estreitada, com perda da elasticidades de suas paredes, válvula de Houston salientes e de bordos rambos, e pseudopólipos;
- b- Estado de atividade leve - edema e congestão da mucosa, com ulcerações raras ou ausentes, pouca fragilidade (+/+++) e grande quantidade de muco na ampola retal;
- c- Estado de atividade mediana - muitas ulcerações, podendo haver infecção secundária. O sangramento é espontâneo, a fragilidade da mucosa maior (++/+++), com exudato mucopurulento;
- d- Estado de atividade grave - mucosa mostrando ulcerações confluentes que formam áreas cruentas com sangramento abundante, e exudato aderente. Enguadramos nossos pacientes que realizaram exame endoscópico (14 - 42,42%) nesta classificação e constatamos que 6 (18,18%) apresentavam-se em atividade grave, e 4 (12,12%) em atividade moderada (Tabela XIa). Observando estes achados notamos, como outros autores (6,11) relatam, que são realmente os casos mais severos aqueles assistidos a nível hospitalar. Desta maneira, torna-se difícil a detecção da incidência real da doença, considerando que casos leves muitas vezes passam despercebidos, e portanto, sem diagnóstico.

Os achados endoscópicos mais evidentes em nossa série foram: edema e congestão da mucosa em 13 pacientes (39,39%), sangramento em 10 (30,30%), ulcerações em 8 (24,24%), fragilidade da mucosa em 7 (21,21%), muco e exudato mucopurulento em 3 (9,09%) cada; estes achados denotam atividade da doença (6,11,23). Apontando um processo já crônico encontramos pseudopólipos em 4 casos (12,12%), estreitamento da ampola retal em 3 (9,09%), cicatrizes e perda da elasticidade da ampola retal em 1 caso (3,03%). Em 1 paciente (3,03%) a mucosa estava intacta (Tabela XIb).

Watanabe e cols (13) mostra maior aparecimento de lesões à endoscopia do que o aparecimento em nosso estudo, relata 78,95% de seus casos com exudato inflamatório, 23,91% com pseudopólipos ; apenas as ulcerações apresentaram-se em menos frequência(10,87%) .

V - C O N C L U S Õ E S

Outros autores já tem citado a dificuldade de estabelecer dados estatísticos a respeito da incidência da CUI por sua diversificada forma e intensidade de manifestação. Assim, em última análise, o que nossa casuística apresenta são dados referentes aqueles casos mais severos, que necessitaram atendimento hospitalar. No HGCR, nos últimos 8 anos a média de internações para a doença foi de 7 casos por ano. A incidência quanto ao sexo foi semelhante, e a idade média foi de 40 anos o que vai de encontro aos dados da literatura revisada. Encontramos curva bimodal quanto a idade para ambos os sexos e unimodal para o total de casos.

Não evidenciamos relação direta entre a ocupação do paciente e a doença. A maioria de nossos pacientes necessitou assistência médica a nível hospitalar no 1º ano de atividade da doença denotando curso mais severo.

A doença pode iniciar-se de modo insidioso ou agudo, mais frequentemente com dor abdominal e diarréia com fezes mucopiosan - guinolentas, porém eventualmente, com constipação. Um terço dos pacientes tinham passado de doença psiquiátrica, não podemos precisar se trata-se apenas de achado ocasional ou se tem relação com a doença. A tentativa de demonstrar presença de fatores que tivessem relação com o início do processo mostrou apenas alterações psicoemocionais em 18,18% dos pacientes. A ausência de referências a este aspecto na grande maioria dos casos não nos permite valorizar o achado. Os sinais e sintomas clínicos encontrados foram aqueles citados por toda a literatura compulsada.

O retossigmoidite foi a reação mais acometida pela doença seguido de acometimento do reto à flexura esplênica, achado este semelhante ao dos demais autores. As complicações locais foram as mais frequentes, sendo a mais comum, o estreitamento do cólon. Diferindo de outros estudos, não encontramos casos de perfuração, neoplasia ou megacólon tóxico. Das complicações extra-colônicas citadas encontramos apenas comprometimento articular.

Os exames de laboratório evidenciaram apenas existência de um processo inflamatório e alterações decorrentes do comprometimento sistêmico.

O estudo radiológico mostrou-se útil para diagnóstico da doença e suas complicações, bem como para a análise topográfica do comprometimento colônico.

Os achados endoscópicos foram importantes para confirmação diagnóstica e para avaliação dos graus de atividade inflamatória da mucosa.

Quando estudos futuros elucidarem aspectos etiopatogênicos da CUI uma grande lacuna na história natural da doença estará preenchida e, possivelmente, a conduta terapêutica hoje sistomática e paliativa, poderá surgir como preventiva e até curativa.

VI - R E S U M O

Revisamos todos os casos de CUI do arquivo do HGCR no período compreendido entre o ano de 1972 e 1980. Não encontramos aumento na prevalência anual e obtivemos uma média de 7 casos por ano. Houve semelhança na incidência quanto ao sexo, 16 casos (48,48%) do feminino e 17 (51,51%) do masculino, e a idade média foi de 40 anos. Encontramos uma curva bimodal para ambos os sexos, com picos na 3a. e 5a. décadas para o feminino e 4a. e 6a. para o masculino. A distribuição quanto a ocupação não mostrou relação direta com a doença. O tempo de início da doença variou desde período menor do que 3 meses até maior de 5 anos. Oito casos (24,24%) tiveram seu início no 1º ano de doença denotando a maior procura de serviço médico a nível hospitalar neste período; e 7 casos (21,21%) apresentavam a doença a mais de 5 anos.

Em nossos pacientes o início foi tanto agudo, 8 casos (24,24%); quanto insidioso 6 casos (18,18%) e manifestou-se sob a forma de dor abdominal 10 casos (30,30%); diarréia, 14 casos (42,42%), fezes mucopiosanguinolenta 9 casos (27,27%); e raramente como constipação em 1 caso (3,03%). Foi relatado história de doença psiquiátrica em 11 casos (33,33%) sem podermos confirmar relação com a doença. Apenas as alterações psicoemocionais 6 casos (18,18%) foram citadas em nossa série como fator desencadeante. O quadro clínico constou de sintomas gerais: febre em 14 casos (42,42%); perda ponderal 12 casos (36,36%) e anemia, 16 casos (48,48%); sintomas abdominais: dor em 27 casos (81,81%) e tenesmo em 11 casos (33,33%); sintomas coprológicos: diarréia mucopiosanguinolenta, em 29 casos (87,87%); constipação 2 casos (6,06%) e; como característica das fezes, estas eram líquidas na maioria 17 casos (51,51%), e a média do número de dejeções foi 9 por dia. Este quadro clínico é o descrito pela literatura.

A região retossigmoideana isolada foi a mais acometida pela doença 8 casos (24,24%); em 7 casos (21,21%) o comprometimento atingiu a flexura esplênica. Houve pancolite e acometimento do íleo terminal em 1 caso (3,03%) cada. O estreitamento do cólon e pseudopólipos ocorreram em 10 casos (30,30%) e 6 casos (18,18%) respectivamente, sendo o mais frequente das complicações locais. Encontramos como complicação extra-colônicas apenas envolvimento articular em 2 casos (6,06%). Os exames de laboratório permitiram verificar comprometimento sistêmico e atividade da doença. Comprovamos anemia

em 16 casos (48,48%), leucocitose em 10 casos (30,30%), desvio para esquerda em 13 casos (39,39%), hipoalbuminemia em 10 casos (30,30%), Alfa₂ globulina aumentada e hipergamaglobulinemia em 3 casos (9,09%) cada. Os achados radiológicos mais encontrados foram as ulcerações em 18 casos (54,54%) e o estreitamento do cólon em 10 casos (30,30%). Quatro pacientes (12,12%) tinham exames normais.

A retossigmoidoscopia permitiu o estudo quanto ao grau de atividade ressaltando a maioria dos casos com atividade moderada e grave, 4 casos (12,12%) e 6 casos (18,18%) respectivamente. Os achados endoscópicos refletiram a atividade da doença e a cronicidade do processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - TEXTER, E. Clinton. The natural history of ulcerative colitis. J. Chron. Dis. , 5 (3): 347 - 68, Mar. 1957.
- 2 - SIMONSEN, Oscar. Retocolite ulcerativa inespecífica. In CLINICA cirúrgica Alípio Corrêa Netto. São Paulo, Sarvier, 1974. p. 133 - 151.
- 3 - BOCKUS, H. L. et alii. Life history of non-specific ulcerative colitis: relation of prognosis to anatomical and clinical varieties. Gastroenterologia, 8 (5): 549 - 81, 1956.
- 4 - BANKS, Benjamin M. et alii. The course of nonspecific ulcerative colitis: review of twenty years' experience and late results. Gastroenterology, 32 (6): 983 - 1012, June 1957.
- 5 - Zetzel, Louis, Enfermedades inflamatorias del intestino: colitis ulcerosa. In: BEESON, Paul B. & MacDERMOTT, Walsh. Tratado de medicina interna de Cecil-Coeb. 13 3d. México, Interamericana, 1972. T.2, p. 1399 - 1417.
- 6 - ARABEHETY, Julián T. & FERNANDEZ, Luiz Bustos. Colite ulcerativa inespecífica e colite granulomatosa. In: DANI, Renato et alii. Gastroenterologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. p. 480 - 512.
- 7 - EDWARDS, Felicity C. & TRUELOVE, S.C.C. The course and prognosis of ulcerative colitis. Gut, 4: 229 - 315, 1963.
- 8 - MENDELOFF, Albert I. et alii. Doenças do cólon e do reto: colite ulcerativa crônica inespecífica. In: HARRISON. Medicina interna. 7. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977. T. 2, p. 1367 - 75.
- 9 - IRVING, Miles. Ulcerative colitis. Nur. Times, 73 (38): 1466-69, Sept. 1977.

- 10 - RICE-OXLEY; J. M. & TRUELOVE, Sidney. Ulcerative colitis course and prognosis. Lancet: 663 - 6, Apr. 1950.
- 11 - ROTH, James L. A. Ulcerative colitis. In: BOCKUS, Henry L. Gastroenterology. 2. ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1964. Vol. 2, p. 816 - 92.
- 12 - SHORTER, Roy G. & SHEPHARD; David A.E. Frontiers in inflammatory bowel disease; part II. Dig. Dis, 20 (7):639 - 65.
- 13 - WATANABE, Hikaru; HIWATASHI, Nobuo; YAMAGATA, Shoichi. Clinical observations on ulcerative colitis. Tohoku J. Exp. Med., 123 (3): 197 - 213, Nov. 1977.
- 14 - BUCKELL, N. A. & LENNARD - Jones, J. E. How district hospitals see acute colitis. Lancet, 1 (8128): 1226 - 9, June 1979.
- 15 - CULLINAN, E. R. & MACDOUGALL, I. P. The natural history of ulcerative colitis. Gastroenterologia, 86 (5):582-90,1956.
- 16 - SLOAN, W. P. ; BARGEN, J. A. ; GAGE, R. P. Chronic ulcerative colitis. Gastroenterology, 16 (1): 25 - 38, Sept. 1950.
- 17 - WATTS, J. Mck. et alii. Long-term prognosis of ulcerative colitis. Brit. Med. J., 1: 1447 - 53, June 1966.
- 18 - SHORTER; Roy G. & SHEPHARD, David A.E., Frontiers inflammatory bowel disease. part I. Dig. Dis., 20 (6): 540 - 71, June 1975.
- 19 - DOMBAL, F. T. de; BURCH, P.R.J.; WATKINSON, G. Aetiology of ulcerative colitis. Gut, 10: 270 - 6, 1969.
- 20 - GRUNER, O.P.N. et alii. Mental disorders in ulcerative colitis: suicide, divorce, psychosis, hospitalization for mental disease, alcoholism, and consumption of psychotropic drugs in 178 patients subjected to colectomy. Dis. Col. & Rect., 21 (1): 37 - 9, Jan/Feb. 1978.

- 21 - LIEDTKER, R.; FREYBERGER, H. ; ZEOF, S. Personality features of patients with ulcerative colitis. Psychother. Psychosom., 28 (1-4): 187-92, 1977.
- 22 - NEFZGER; M. Dean & ACHESON, E.D. Ulcerative colitis in the United States Army in 1944. Gut, 4: 183-93, 1963.
- 23 - EDWARDS, Felicity C. & TRUELOVE, S.C. The course and prognosis of ulcerative colitis. Gut, 5: 1 - 23, 1964.
- 24 - WRIGUT, V. & WATKINSON, G. The arthritis of ulcerative colitis. Brit. Med. J., 2: 670 - 5, Sept. 1965.
- 25 - MISTILIS, Steven P. Pericholangitis and ulcerative colitis . Ann. Intern. Med., 63 (1): 1 - 16, July 1965.
- 26 - MUNRO, T. G. Pitfalls to avoid: spasm in ulcerative colitis masquerading as carcinoma. J. Can. Assoc. Radiol., 30 (3): 171 - 2, Sept. 1979.
- 27 - LENNARD-JONES, J.E. et alii. Concer in colitis: assessment of the individual risk by clinical and histological criteria. Gastroenterology, 73 (6): 1280 - 9, Dec. 1977.
- 28 - KEWENTER; J.; AHLMAN, H.; HULTÉN, L. Cancer risk in extensive ulcerative colitis. Ann. Surg., 188 (6): 824 - 8 , Dec. 1978.
- 29 - PONTES, José Fernandes & MARCHESE, Marco Antonio. Retocolite ulcerativa: aspectos clínico-sociopsicossomáticos; complicação com adenocarcinoma no cólon transverso. Arq. Gastroent., 15 (4): 199 - 204, out/dez. 1978.
- 30 - NUGENT, F. Warren et alii. Malignant potential of chronic ulcerative colitis. Gastroenterology, 76 (1): 1 - 5, Jan. 1979.
- 31 - GOLDSTEIN, Franz & THORNTON, James J. Better treatment in inflammatory bowel disease. Gastroenterology.

- 32 - WRUBLE, Lawrence D. & BRONSTEIN, Maury W. Toxic dilatation of the colon following barium enema examination during the quiescent stage of chronic ulcerative colitis. Am. J. Dig. Dis., 13 (10): 918 - 24, 1968.
- 33 - JOHNSON, M. L. & WILSON, H.T.H. Skin lesions in ulcerative colitis. Gut, 10: 255 - 63, 1969.
- 34 - MISTILIS, S. P. et alii. Pericholangitis and ulcerative colitis. II. Clinical aspects. Ann. Intern. Med., 63(1): 17 - 26, July 1965.
- 35 - THORPE, M.E.C.; SCHEUER, P.J.; SHERLOCK, Sheila. Primary sclerosing cholangitis, the biliary tree, and ulcerative colitis. Gut, 8: 435 - 48, 1967.
- 36 - PERRETT, A.D. et alii. The liver in ulcerative colitis. Quart. J. Med., 15 (158): 211 - 38, Apr. 1971.
- 37 - JALAN, K. N. et alii. An experience of ulcerative colitis. Gastroenterology, 59 (4): 589 - 609, Oct. 1970.
- 38 - DOMBAL, F. T. de. Prognostic value of estimating serum proteins in cases of ulcerative colitis in remission. Gut, 10: 491 - 6, 1969.
- 39 - WRIGHT, Ralph & TRUELOVE, Sidney C. Circulating and tissue eosinophils in ulcerative colitis. Am. J. Dig. Dis., 11 (11): 831 - 46, 1966.
- 40 - BARTRAM, C.I. & WALMSLEY, K. A radiological and pathological correlation on the mucosal changes in ulcerative colitis. Clin. Radiol., 29 (3): 323 - 8, May 1978.
- 41 - FIGIEL, Leo S. & FIGIEL, Steven J. Lesions of the large intestine producing acute symptoms. Radiol. Clin. North Am., 2 (1): 33 - 54, Apr. 1964.
- 42 - WELIN, S. & ANDRÉN, L. Colon y reto. In:---. Tratado de roentgen diagnostic. 6. ed. Barcelona, Científico Médico, 1969. T. 5, p. 320 - 56.

- 43 - MARSHAK, Richard H. & LINDNER, Arthur E. Ulcerative and granulomatous colites. In: ALIMENTARY tract roentgenology. 2. ed. Saint Louiz, The C. V. Mosby, 1967. Vol.2, cap. 6, p. 742 - 83.
- 44 - LESHER, Donald T. et alii. The radiology corner. Am.J.Gastroenterol., 70 (6): 670 - 2, Dec. 1978.
- 45 - ALP, M.H. et alii. The significance of widening of the presacral space at contrast radiography in inflammatory. Aust. N. Z. J. Surg., 48 (2). 175 - 7, Apr. 1978.
- 46 - BIERLEIN, Alan H. & Mendonza, Jr. Catalino B. X - ray case of the month: acute dilation of the large bowel. West Virginia Med. J., 75 (4): 99 - 100, Apr. 1979.
- 47 - BAYLESS, Theodore M. Clinical conferences at the Johns Hopkins Hospital; discussion. Johns Hopkins Med. J., 144 (5): 169 - 72, May 1979.
- 48 - BERK, Robert N. & LASSER, Elliott C. Inflammatory lesions of the ileocecal area. In:---. Radiology of the ileocecal area. London, W.B. Saunders, 1975. Cap. 4, p. 178 - 247.

**TCC
UFSC
CM
0072**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0072

Autor: Marasciulo, Iara M

Título: Colite ulcerativa inespecífica



972805284

Ac. 253271

Ex.1 UFSC BSCCSM