

## JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1



**DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL:  
ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS**

**INFLAMMATORY INTESTINAL DISEASE:  
CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS**

**Wynni Gabrielly Pereira de OLIVEIRA**  
Centro Universitário Tocantinense Presidente  
Antônio Carlos (UNITPAC)  
E-mail: [wynnigabrielly159@gmail.com](mailto:wynnigabrielly159@gmail.com)

**Luma Lainny Pereira de OLIVEIRA**  
Centro Universitário Tocantinense Presidente  
Antônio Carlos (UNITPAC)  
E-mail: [lumalainny63@gmail.com](mailto:lumalainny63@gmail.com)

**Hotair Phellipe Martins FERNANDES**  
Centro Universitário Tocantinense Presidente  
E-mail: [hotairfelipe\\_fernandes@hotmail.com](mailto:hotairfelipe_fernandes@hotmail.com)

**Guilherme Ferreira Fernandes AMARAL**  
Centro Universitário Tocantinense Presidente  
Antônio Carlos (UNITPAC)  
E-mail: [guiamaral.med@gmail.com](mailto:guiamaral.med@gmail.com)

**Rosângela do Socorro Pereira RIBEIRO**  
Centro Universitário Tocantinense Presidente  
Antônio Carlos (UNITPAC)  
E-mail: [gigipribeiro19@gmail.com](mailto:gigipribeiro19@gmail.com)



## RESUMO

**Tema:** As doenças inflamatórias intestinais englobam, em sua maioria, a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU), ambas as doenças idiopáticas caracterizadas por episódios recorrentes de inflamação no trato gastrointestinal, e atualmente ocorre um aumento progressivo de sua frequência em todos os continentes. **Objetivo:** Fazer uma revisão sistemática sobre as doenças inflamatórias intestinais. **Metodologia:** Análise literária do assunto abordado através de pesquisas bibliográficas em literaturas nacionais nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline. **Resultados:** A DC têm acometimento transmural e caráter saltatório de mucosa que afeta predominantemente a parte inferior do intestino delgado e intestino grosso, mas pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal. Na RCU o processo inflamatório é limitado à camada superficial da mucosa do cólon, reto e anus, e se apresenta de forma contínua. Sua etiologia não está totalmente definida e seus sintomas podem variar de leve à grave e se apresentam de formas variadas de acordo com a intensidade e o local de acometimento, podendo cursar com dor abdominal, diarreia, perda de peso, astenia outras diversas manifestações extra intestinais. Alguns dos seus diagnósticos diferenciais são apendicite aguda, diverticulite cecal, abscesso tubo-ovariano e doença inflamatória pélvica. **Conclusão:** Esse estudo evidencia que cada doença inflamatória intestinal possui suas peculiaridades, com sintomatologia e gravidades distintas. Porém, fazem diagnóstico diferencial com outras colites de origem infecciosas, sendo necessária uma abordagem diagnóstica mais ampla através da associação do exame clínico, exames sorológicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos.

**Palavras-chave:** Doença de Crohn. Doenças inflamatórias intestinais. Retocolite ulcerativa.

## ABSTRACT

**Theme:** Inflammatory bowel diseases mostly comprise Crohn's Disease (CD) and Ulcerative Retocolitis (UC), both idiopathic diseases characterized by recurrent episodes of inflammation in the gastrointestinal tract, and currently there is a progressive increase in their frequency in all continents **Objective:** To carry out a systematic review of inflammatory bowel diseases. **Methodology:** Literary analysis of the subject addressed through bibliographic research in national literature in the Scielo, Lilacs and Medline

Wynni Gabrielly Pereira de OLIVEIRA; Luma Lainny Pereira de OLIVEIRA; Hotair Phellipe Martins FERNANDES; Guilherme Ferreira Fernandes AMARAL; Rosângela do Socorro Pereira RIBEIRO. Doença Inflamatória Intestinal: Aspectos Clínicos e Diagnósticos. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 323-338. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

databases. **Results:** CD has transmural involvement and a mucosal salutary character that predominantly affects the lower part of the small intestine and large intestine, but can affect any part of the gastrointestinal tract. In the UC, the inflammatory process is limited to the superficial layer of the mucosa of the colon, rectum and anus, and presents itself continuously. Its etiology is not fully defined and its symptoms can vary from mild to severe and present in different ways according to the intensity and the place of involvement, which can lead to abdominal pain, diarrhea, weight loss, asthenia and other diverse extra-intestinal manifestations. Some of its differential diagnoses are acute appendicitis, cecal diverticulitis, ovarian tube abscess and pelvic inflammatory disease. **Conclusion:** This study shows that each inflammatory bowel disease has its peculiarities, with different symptoms and severity. However, they make a differential diagnosis with other colitis of infectious origin, requiring a broader diagnostic approach through the association of clinical examination, serological, radiological, endoscopic and histological examinations.

**Keywords:** Crohn's disease. Inflammatory bowel diseases. Ulcerative colitis.

## INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias do intestino (DII), representadas pela: Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) e Doença de Crohn (DC) são enfermidades crônicas, de etiologia desconhecida, mas que induzem uma reação inflamatória na mucosa digestiva de natureza imunológica (DARBIERI, 2020).

As taxas de incidência e prevalência das DII têm um aumento progressivo de sua frequência em todos os continentes, mas destacam-se principalmente em países desenvolvidos, especialmente da Europa e América do Norte (GASPARINI, 2018).

A Retocolite Ulcerativa diferente da doença de Crohn tem um processo inflamatório limitado à camada superficial da mucosa do cólon, reto e anus, e se apresenta de forma contínua, não havendo áreas de mucosa normal entre os segmentos acometidos (SANDS, 2004).

A Doença de Crohn afeta predominantemente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (cólon), mas pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal. O acometimento intestinal pode ser transmural, estendendo-se da mucosa à serosa, e o envolvimento saltatório da mucosa é uma característica extremamente importante de ser analisada (CARVALHO, 2016).

**Wynni Gabrielly Pereira de OLIVEIRA; Luma Lainny Pereira de OLIVEIRA; Hotair Phellipe Martins FERNANDES; Guilherme Ferreira Fernandes AMARAL; Rosângela do Socorro Pereira RIBEIRO. Doença Inflamatória Intestinal: Aspectos Clínicos e Diagnósticos. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 323-338. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).**

São enfermidades complexas onde os sintomas podem variar de leve à grave e se apresentam de formas variadas. São desencadeadas pela interação de fatores ambientais, genéticos, da microbiota intestinal e imunológicos (SDEPANIAN, 2019).

Para o diagnóstico correto, é essencial o entendimento do conceito espectral das DII, o que possibilita a relação entre o curso clínico-evolutivo e a extensão do comprometimento no organismo, característicos de cada forma clínica da doença. A partir deste conhecimento são aplicadas classificações que auxiliam a compreensão e norteiam a terapêutica.

## **METODOLOGIA**

Esse estudo se trata de uma revisão de literatura, que busca reunir em um só artigo informações gerais e pontuais sobre a temática estudada. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica acerca da definição, clínica, epidemiologia e diagnóstico das duas principais doenças inflamatórias intestinais. Para isso, foram colhidos dados por meio de uma intensa revisão de literaturas nacionais e internacionais nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline.

Para melhor contextualização e norteamento acerca do tema geral abordado, inicialmente, foi realizado uma breve introdução sobre o conceito amplo de doenças inflamatórias intestinais, em seguida o artigo se direcionou para as doenças fazendo uma abordagem específica e separada de cada uma, apontando suas características próprias, clínica e diagnóstico.

Não houve restrição de tempo, localização ou de uma população específica. O artigo em questão abrange todas as literaturas encontradas a partir dos descritores “Doenças Inflamatórias Intestinais, Doença de Crohn e Retocolite ulcerativa”.

## **DOENÇA DE CROHN**

### **Definição e Epidemiologia**

A Doença de Crohn é uma doença inflamatória crônica de caráter persistente e/ou recidivante (LIU, 2005), ela pode acometer qualquer parte do trato gastrointestinal, porém tem predileção pelo íleo terminal (intestino delgado) e pelo cólon.

Duas características importantes são o acometimento segmentar da inflamação, intercalando áreas sãs de áreas afetadas (ESTOMIAS, 2019) e que a lesão se estende para todas as camadas do intestino causando espessamento e estreitamento intestinal, podendo

**Wynni Gabrielly Pereira de OLIVEIRA; Luma Lainny Pereira de OLIVEIRA; Hotair Phellipe Martins FERNANDES; Guilherme Ferreira Fernandes AMARAL; Rosângela do Socorro Pereira RIBEIRO. Doença Inflamatória Intestinal: Aspectos Clínicos e Diagnósticos. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 323-338. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).**

ser observadas desde discretas erosões, edema, friabilidade, enantema, sendo mais característica a presença de úlceras (REVOREDO, 2017).

De acordo com estudos realizados a doença do Crohn tem uma distribuição bimodal da idade sendo evidenciado um primeiro pico da doença entre os 15 e os 25 anos de idade e outro na faixa dos 50 aos 80 anos (PAPACOSTA, 2017). A doença tem uma incidência de 20,20 por 100000 pessoas/ano e uma prevalência de 319 por 100000 pessoas/ano de doença, a distribuição quanto ao sexo é um pouco mais dominante em mulheres (20-30%), fato que pode ocorrer como efeito da atuação de fatores hormonais no desenvolvimento da doença intestinal (DA ROSA, 2014).

A respeito das causas, elas ainda não estão totalmente elucidadas, mas pode-se discorrer sobre agentes psicossomáticos, genéticos, agentes infecciosos e fatores ambientais principalmente aqueles relacionados com a dieta, sendo considerada, por muitos, como uma doença do mundo moderno (SCHOFFEN, 2011).

### **Manifestações Clínicas**

A dor abdominal em cólica e a diarreia são apresentações recorrentes, porém os sintomas intestinais costumam flutuar durante um longo período de tempo. A presença de características de DII associado a um quadro de diarreia persistente e intermitente sugere o diagnóstico de doença de Crohn (PEPPERCOM, 2020).

A fadiga e a perda de peso estão frequentemente associadas à má absorção e a redução da alimentação porque os pacientes com obstrução de segmentos do intestino se sentem melhor quando não comem. A febre ocorre com menos frequência e pode ser devido ao próprio processo inflamatório, já a inflamação transmural do intestino da DC está associada aos tratos sinusais que podem levar a fístulas, formação de flegmão e de doença perianal (BITTON, 2021).

As manifestações extraintestinais incluem: Artrite ou artropatia, envolvimento ocular, distúrbios cutâneos, colangite esclerosante primária, amiloidose secundária, perda óssea, manifestações orais, envolvimento pulmonar e hepatobiliar (CURY, 2011).

Os padrões de distribuição de doenças incluem o seguinte (PEPPERCOM, 2020): Aproximadamente 80% dos pacientes têm envolvimento do intestino delgado, geralmente no íleo distal, com um terço dos pacientes apresentando exclusivamente ileíte. Aproximadamente 50 % dos pacientes têm ileocolite, que se refere ao envolvimento do íleo e do cólon.

Aproximadamente 20% têm doença limitada ao cólon. Em contraste com o envolvimento retal em pacientes com colite ulcerosa, metade dos pacientes com DC com colite preserva o reto. Aproximadamente um terço dos pacientes têm doença perianal. Aproximadamente 5 a 15 por cento têm envolvimento da boca ou área gastroduodenal, enquanto menos pacientes têm envolvimento do esôfago e do intestino delgado proximal.

### **Diagnóstico**

Os objetivos da avaliação diagnóstica para um paciente com suspeita de DC são excluir outras causas de sintomas, estabelecer o diagnóstico de DC e determinar a gravidade da doença.

### **Exame Físico**

O exame físico pode ser normal ou mostrar sinais inespecíficos sugestivos de DC, como a perda de peso. Achados mais específicos incluem marcas cutâneas perianais, tratos sinusais e sensibilidade abdominal ou massa abdominal palpável (geralmente no quadrante inferior direito).

### **Exames Laboratoriais**

Os exames laboratoriais são complementares na avaliação da gravidade e das complicações da DC, porém não estabelecem o diagnóstico, incluem hemograma completo; velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa como marcadores de inflamação; albumina sérica e sorologia.

A sorologia para pesquisa de anticorpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) e anticorpos anti-citoplasma perinuclear de neutrófilos (PANCA), que possuem uma sensibilidade de 83% e especificidade de 93% na doença de crohn (ERRANTE, 2016, p. 39).

### **Exames de Imagem**

#### **Radiografia Contrastada**

O enema opaco é o exame radiológico contrastado que permite estudar a forma e a função do intestino grosso, indicado em condições patológicas como a doença de Crohn (ANDRADE, 2014).

Trânsito intestinal é um procedimento que avalia todos os segmentos do intestino delgado até o início do intestino grosso. O exame é realizado por meio do uso de fluoroscopia e um agente de contraste (bário) tomado pela boca e tem por função avaliar a morfologia do intestino e a sua funcionalidade (NACIF, 2004).

A sugestão de doença de Crohn se dá pelo padrão de edema e acometimento saltatório da mucosa. A presença de úlceras lineares e longitudinais com fissuras profundas e transversais, dando à mucosa um padrão chamado “pedra de calçamento” e alterações de calibre das alças como visto na figura 1 (GODOY, 2018).



**Figura 1.** Exame de enema opaco e trânsito intestinal.

328

A. Enterite, espessamento, pregueamento da mucosa e segmentação da coluna de contraste B. Íleo com forma de “pedras de calçamento” (\*\*\*) e fibrose levando a estenose da região terminal C. Fístula jejuno-cólica com vazamento de contraste para a cavidade abdominal. **Fonte:** NACIF MS, et al. Análise retrospectiva do trânsito do delgado em um serviço de radiologia de hospital geral (RADIOL BRAS, 2004).

### Colonoscopia

A colonoscopia é considerada como a técnica de maior acuidade para o diagnóstico de lesões estruturais do cólon, sendo encarada como de primeira linha para a investigação em pacientes com doença de Crohn. Para sua realização é necessário agendamento, uma vez que exige a presença do cólon sem fezes (AVERBACH, 2020).

A partir desse exame, é possível observar áreas de mucosa afetadas alternadas com áreas de mucosa normal, avalia a extensão da doença, monitoriza a sua atividade, proporciona uma vigilância em situações de displasia ou neoplasia, avalia também a

presença de ulcerações aftóides ou úlceras extensas serpiginosas e longitudinais, permeadas por mucosa edematosa, dando o aspecto macroscópico de pedras de calçamento, como exemplificado na figura 2 (SANTOS, 2013).

Como outros exemplos de ferramentas endoscópicas, temos a cápsula endoscópica (feita através da ingestão de uma cápsula com uma câmera que transmite imagens por wireless) que permite a visualização da mucosa do intestino delgado (CABRAL, 2012). No entanto, este método não deve ser indicado em casos de suspeita de estenose luminal, pelo risco da retenção da cápsula.



**Figura 2.** Colonoscopia de uma Doença de Crohn mostrando a presença de úlceras, permeadas por mucosa edematosa, dando o aspecto macroscópico de pedras de calçamento.

**Fonte:** Revista SOBED - Ed. 22.

### **Tomografia Computadorizada e Enterorressonância**

A tomografia computadorizada é indicada na fase aguda da DC, permitindo verificar anormalidades na parede do intestino como úlceras, fístulas, espessamentos, estenoses e abscessos.

Possibilita o planejamento pré-operatório e o direcionamento de punções. Suas reconstruções tridimensionais fornecem uma visão semelhante à colonoscopia; porém não é possível a coleta de material para exame histológico (ERRANTE, 2016).

Com a realização da Entero-RM, é possível visualizar a extensão do intestino delgado, demonstrando estágios da doença como penetrante ou estenosante, detectando, também, o espessamento da mucosa (CABRAL, 2012, p. 20).

## RETOCOLITE ULCERATIVA

### Definição e Epidemiologia

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma DII recidivante e remitente caracterizada pela inflamação e ulceração contínua da mucosa do cólon e reto (SANDS, 2004).

A doença possui diversas denominações de acordo com o diferente grau de acometimento. Quando ela está restrita ao reto é chamada de proctite ulcerativa presente em 25% dos casos, já os envoltimentos limitados ao reto e cólon sigmóide é denominada de proctosigmoidite ulcerativa. Se ela envolver apenas a porção esquerda do intestino grosso, ela é classificada como colite limitada e se acomete toda a mucosa colônica é conhecida como pancolite (SATSANGI, 2006). A duração e a extensão da inflamação aumentam o risco para desenvolvimento de câncer de colorretal.

Muitos pacientes permanecem em remissão por longos períodos, mas a probabilidade de recidiva por 2 anos é de 80%. As recidivas geralmente ocorrem na mesma região do cólon das outras agudizações (NIKOLAUS, 2007).

Segundo um estudos realizado no condado de Olmsted, Minnesota, a partir de dados disponibilizados pela Rochester Epidemiology Project, entre os anos de 2000 e 2010 a retocolite possuía uma taxa de incidência anual de 12,2 por 100.000 pessoas-ano, sendo o sexo masculino o mais prevalente (SHIVASHANKAR, 2017).

É percebida uma distribuição bimodal na RCU, que costuma ocorrer entre os 15 e 30 anos e entre os 50 e 80 anos (FIGUEROA, 2005). Como já relatado, a retocolite ulcerativa é mais comum em homens e coincide preferencialmente em brancos, e embora a prevalência por raça e grupo étnico ainda seja incerta, estudos epidemiológicos apontam maior acometimento nas populações judias em comparação com as negras e hispânicas (ROTIMI, 2010).

Fatores dietéticos (alta ingestão de gorduras e baixa ingestão de vitamina D), privação do sono, infecções como gastroenterites, uso de AINES e Histórico familiar da doença, demonstram serem fatores de risco para o desenvolvimento da retocolite ulcerativa. Em contrapartida, o tabaco parece ser um fator protetor, sendo a doença 2 a 6 vezes mais frequente em não fumantes.

O estilo de vida e os fatores comportamentais podem ter uma forte participação etiológica (NGCS, 2014), locais desenvolvidos com alto índice socioeconômico possuem

uma maior prevalência da condição, isso porque melhores condições higiênicas têm um papel importante no desenvolvimento de DII (KLEMENT, 2008).

### **Manifestações Clínicas**

A inflamação na mucosa intestinal pode predispor diarreias (sanguinolentas ou não) com pequeno volume e frequência elevada, em casos mais graves a frequência diária chega até 20 evacuações, junto a isso é comum a presença de dor abdominal, que em sua maioria é descrita como cólica. Vale lembrar que em pacientes com uma colite de predomínio distal podem desenvolver um quadro constipativo, com secreção de sangue e muco (SILVERBERG, 2005). Além disso, o tenesmo e a urgência evacuatória também são sintomas muito descritos na RCU.

O paciente pode ainda relatar sintomas sistêmicos como febre, inapetência, perda ponderal, náuseas, vômitos e dependendo da gravidade do quadro podem relatar dispnéia e palpitações secundárias a anemia por perda crônica de sangue.

Além da sintomatologia gastrointestinal, mais da metade dos doentes apresentam manifestações extra-intestinais que ocasionalmente podem ser mais graves que a doença intestinal e causar óbito (TEIXEIRA, 2001).

A artrite periférica não destrutiva envolvendo grandes articulações está presente em até 25% dos pacientes, lesões cutâneas como eritema nodoso e pioderma gangrenoso também se fazem presentes em cerca de 10% dos casos, já as manifestações oculares como uveíte e episclerite são menos frequentes, costumam aparecer em apenas 5% dos casos. O tromboembolismo venoso e arterial, colangite esclerosante primária, esteatose hepática, doença hepática autoimune são outras condições extra-intestinais relacionadas com o curso da doença (MONSEN, 1990).

A classificação da gravidade da retocolite é feita dividindo os pacientes de acordo com sua clínica em leve, moderado e grave (SATSANGI, 2006).

- 1) Leve - Corresponde à maioria dos quadros, frequência diária de 4 ou menos evacuações, Sangramento retal pode estar presente ou ausente e não possui sinais de toxicidade sistêmica. Os demais sintomas podem estar presentes de forma branda;
- 2) Moderada - Corresponde 27% dos pacientes, frequência diária de mais de 4 evacuações, sinais leves de toxemia sistêmica. Nesse quadro o paciente pode apresentar anemia branda;

- 3) Grave- Apenas 1% dos quadros, frequência diária de mais de 6 evacuações , toxicidade sistêmica, forte dor abdominal e perda de peso. Nesse quadro o paciente pode apresentar uma anemia mais importante.

### **Diagnóstico**

O diagnóstico de colite ulcerativa é definido por uma anamnese bem feita e achados no exame físico associado a testes endoscópicos e patológicos. As queixas de diarreia e hematoquezia, embora seja comum na RCU, não são específicas, sendo necessário sempre descartar causas infecciosas e não infecciosas de colite.

Exames complementares como eletrólitos, função renal, hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), testes de função hepática, bilirrubina, transferrina, ferritina, vitamina B12, ácido fólico, urina tipo I, entre outros, ajudam a excluir causas da doença inflamatória, e a confirmar o diagnóstico (KORNBLUTH, 2010).

Sendo assim, todo paciente que se queixar de diarreia sangrenta deve obrigatoriamente realizar exames de fezes para verificar a presença de agentes infecciosos como as bactérias invasivas Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia enterocolitica e Escherichia coli; análise de ovos e parasitas; e teste de toxinas produzidas pelo organismo Clostridium difficile (GREER, 2015).

332

### **Exame Físico**

O exame físico, seja o geral ou o abdominal costuma estar completamente normal, eles são mais úteis nas fases avançadas da doença em que é comum a dor a palpação no quadrante inferior esquerdo.

O exame proctológico é indispensável, a inspeção da região retal pode evidenciar a presença de lesões e secreções, o toque avalia a elasticidade e textura do reto, sendo possível a percepção de granulosidades grosseiras e úlceras. Em sua maioria terá sangramento ou pus em dedo de luva (SANTOS, 1999).

### **Exames Laboratoriais**

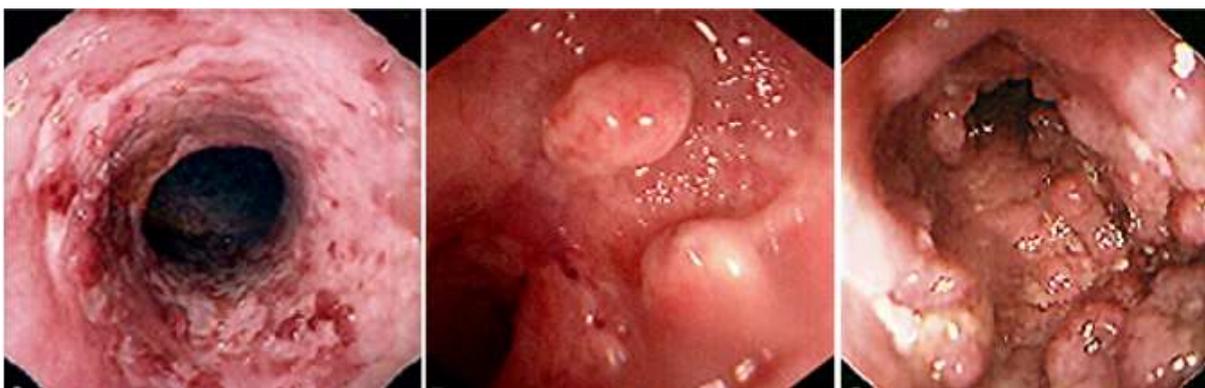
Muitos exames inespecíficos são realizados para avaliar a gravidade do quadro, os mais comuns são: Hemograma completo, eletrólitos, albumina e marcadores de inflamação.

Como já dito anteriormente, os estudos envolvendo as fezes são de suma importância para descartar diagnósticos diferenciais, entre eles devem incluir a reação em cadeia da polimerase das fezes (PCR), culturas de rotina e testes específicos para *Escherichia coli*, Microscopia para ovos e parasitas e um teste de antígeno fecal de *Giardia*.

Além disso, em pacientes que praticam relações sexuais via anal se faz necessária a realização de testes para infecções sexualmente transmissíveis, incluindo *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, HSV e *Treponema pallidum* (RUBIN, 2019).

### Exame de Imagem

A aplicação de técnicas como sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia com biópsia é considerada o “padrão de ouro” para o diagnóstico de colite ulcerativa (GREER, 2015). Os achados colonoscópicos na doença incluem perda de marcações vasculares, granularidade difusa na mucosa, edema, eritema, exsudato mucopurulento e friabilidade observada por sangramento ou toque. Evidente na figura 3.



**Figura 3-** Colonoscopia de uma RCU mostrando mucosa granular, friável e eritematosa com perda do padrão vascular típico e ulcerações em mucosa. **Fonte:** James B McGee, MD-UpToDate.

Na figura 4 pode-se evidenciar um curso mais grave da RCU, na qual é comum se encontrar sangramento, exsudato abundante e macroulcerações profundas na mucosa (DIGNASS, 2012).

Durante a colonoscopia obtêm-se biópsias da mucosa do cólon a fim de certificar o estágio da doença e afastar outros diagnósticos diferenciais. As características histológicas sugestivas de colite ulcerativa incluem criptite, distorções arquitetônicas com ramificação, abscessos e encurtamento das criptas, infiltrados inflamatórios no interior da mucosa e um

número reduzido de células caliciformes. Vale lembrar que a organização histológica da colite ulcerativa e colites infecciosas são muito semelhantes, sendo difícil a distinção entre ambas (MACRO, 2013).



**Figura 4.** Colite ulcerativa grave observada na colonoscopia.  
**Fonte:**(GREER, 2015)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

334

O termo doença inflamatória intestinal (DII) engloba doenças como a retocolite ulcerativa e a doença de Crohn. Cada uma delas possui suas peculiaridades, com sintomatologia e gravidades distintas. No geral, essas doenças são mais prevalentes em populações entre a segunda e terceira década de vida, geralmente com alto nível socioeconômico.

Pela similaridade clínica da DC e da RCU com outras condições intestinais infecciosas, o seu diagnóstico é um pouco comprometido, necessitando-se uma abordagem ampla com associação da história clínica, exame físico, exames sorológicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos para a confirmação do quadro.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Vera Lúcia Ângelo et al. Avaliação topográfica do cólon transverso pelo enema opaco: definição, prevalência e proposta de classificação da ptose do cólon transverso. **Sociedade Brasileira de Hematologia**. GED gastroenterol. endosc. dig. 2014; 33(3): 83-87. Disponível em: [https://sbhepatologia.org.br/pdf/edicao\\_3\\_artigo\\_1.pdf](https://sbhepatologia.org.br/pdf/edicao_3_artigo_1.pdf). Acesso em 01/04/2021.

Wynni Gabrielly Pereira de OLIVEIRA; Luma Lainny Pereira de OLIVEIRA; Hotair Phellipe Martins FERNANDES; Guilherme Ferreira Fernandes AMARAL; Rosângela do Socorro Pereira RIBEIRO. Doença Inflamatória Intestinal: Aspectos Clínicos e Diagnósticos. **JNT- Facit Business and Technology Journal**. QUALIS B1. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 323-338. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

AVERBACH, Marcelo; CORRÊA, Paulo. **Colonoscopia**. Thieme Revinter, 2020. Disponível em:<https://books.google.com.br/books?hl=pt>.

CABRAL, Mariana; ABBY, Flávio. diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 4, 2012. Disponível em:<file:///C:/Users/55639/Downloads/9001-31743-1-PB.pdf>. Acesso em 01/04/2021.

CARVALHO, Elisa de et al. **Diretriz Interprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente com Doença Inflamatória Intestinal**. Brasília Hospital da Criança de Brasília, 2016. 44 p. Disponível em:<https://www.hcb.org.br/arquivos/downloads/hcb2016l.pdf>. Acesso 01/04/2021.

CURY, Dídia Bismara; MOSS, Alan Colm. **Doenças Inflamatórias Intestinais-Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn**. Editora Rubio, 2011. Disponível em:<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=yg->. Acesso em 03/04/2021.

DA ROSA, Juliana Rodrigues; DA SILVA JÚNIOR, Josué Ferreira; DA ROSA, Maria Inês. Perfil epidemiológico de portadores de doença inflamatória intestinal. **Arq Catarin Med**, v. 43, n. 2, p. 53-58, 2014. Disponível em:<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1287.pdf>. Acesso em 03/04/2021.

DARBIERI, dorina. Doenças inflamatórias intestinais. S173-S180 **Jornal de Pediatria** - Rio de Janeiro. Vol. 76, Supl.2, 2000. Disponível em :<https://jped.elsevier.es/>. Acesso em 01/04/2021.

DIGNASS, A.; ELIAKIM, R. & MAGRO, F. — Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: Definitions and diagnosis. **J. Crohn's Col.** [periódico online], 6: 965-90, 2012. Disponível em: [https://www.eccoibd.eu/images/6\\_Publication/6\\_3\\_ECCO%20Guidelines/2012\\_UC\\_Consensus\\_Update\\_1\\_Definitionand\\_Diagnosis.pdf](https://www.eccoibd.eu/images/6_Publication/6_3_ECCO%20Guidelines/2012_UC_Consensus_Update_1_Definitionand_Diagnosis.pdf). Acesso em 02 de ABRIL de 2021.

EM ESTOMIAS, Grupo de Assistência Multidisciplinar; **INTESTINAL-GAMED II**, Doença Inflamatória. Doença de Crohn. 2019. Disponível em: <https://www.gamedii.com.br/doenca-de-crohn>. Acesso em 01/04/2021.

ERRANTE, Paolo Ruggero; JÚNIOR, Sérgio Carmo Romano. Doença de crohn, diagnóstico e tratamento. **Atas de Ciências da Saúde (ISSN 2448-3753)**, v. 4, n. 4, p. 31-50, 2016. Disponível em :<file:///C:/Users/55639/Downloads/1179-4660-1-PB.pdf>. Acesso em 01/04/2021.

FIGUEROA CC, Quera PR, Valenzuela EJ, Jensen BC. Inflammatory bowel disease: experience of two Chilean center. **Rev Med Chile** 2005; 304:1295-304.

GASPARINI, Rodrigo Galhardi. **Incidência e Prevalência de Doenças Inflamatórias Intestinais no Estado de São Paulo-Brasil**. 2018. Disponível em :<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/152905>. Acesso em 01/04/2021.

Wynni Gabrielly Pereira de OLIVEIRA; Luma Lainny Pereira de OLIVEIRA; Hotair Phellipe Martins FERNANDES; Guilherme Ferreira Fernandes AMARAL; Rosângela do Socorro Pereira RIBEIRO. Doença Inflamatória Intestinal: Aspectos Clínicos e Diagnósticos. **JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 323-338. ISSN: 2526-4281** <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdadefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdadefacit.edu.br).

GODOY, Gabriel Sena de; CAVASIN, Iohane Liz Spoladore. **Revisão dos métodos de diagnóstico por imagem na avaliação da doença de Crohn**. 2018. Disponível em <http://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/625/1/Trabalho%20de%20Conclus%3%a3o%20de%20Curso%20TCC%20finalizado.pdf>. Acesso em 01/04/2021.

GREER, J.B, MD, MPH. Regueiro, M.D, MD. **Pathophysiology and Diagnosis of Ulcerative Colitis and Crohn Disease**, SAM. [The original English language work has been published by DECKER INTELLECTUAL PROPERTIES INC. Hamilton, Ontario, Canada. Copyright © 2015 Decker Intellectual Properties Inc. All Rights Reserved.]

GRUPO de Trabalho do Congresso Mundial de Gastroenterologia de Montreal em 2005. **Can J Gastroenterol 2005**; 19 Suplemento A: 5A.

KLEMENT E, Lysy J, Hoshen M, et al. Childhood hygiene is associated with the risk for inflammatory bowel disease: a population-based study. **Am J Gastroenterol 2008**; 103:1775–82.

**Kornbluth A, Sachar DB**, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College Of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. **Am J Gastroenterol 2010**; 105:501.

LIU C, Crawford JM. IU, C. In: Vinay K, Abbas KA, Fausto N. **Patologia**: bases patológicas das doenças. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

1. MAGRO, F. — European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. **J. Crohns Colitis** [periódico online], 7(10): 827-51, 2013. Acesso em 02 de abril 2021. Disponível em: <http://ecco-jcc.oxfordjournals.org/content/7/10/827>.

336

Monsén U, Sorstad J, Hellers G, Johansson C. Diagnósticos extra colônicos na colite ulcerosa: um estudo epidemiológico. **Am J Gastroenterol 1990**; 85: 711.

NACIF, Marcelo Souto et al . Análise retrospectiva do trânsito do delgado em um serviço de radiologia de hospital geral. **Radiol Bras**, São Paulo , v. 37, n. 3, p. 179-183, Junho 2004 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842004000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842004000300008&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Apr. 2021.

Ng SC. Epidemiology of inflammatory bowel disease: focus on Asia. **Best Pract Res Clin Gastroenterol 2014**; 28:363–72.

NIKOLAUS S, Schreiber S. Diagnóstico de doença inflamatória do intestino. **Gastroenterology 2007**; 133: 1670.

PAPACOSTA, Nicolas Garcia et al. Doença de Crohn. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 4, n. 2, p. 25-35, 2017. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/3614/9740>. Acesso em 01/04/2021.

PEPPERCOM, Mark A. **Manifestações clínicas, diagnóstico e prognóstico da doença de Crohn em adultos**. Up To Date. 2020. Disponível em:

Wynni Gabrielly Pereira de OLIVEIRA; Luma Lainny Pereira de OLIVEIRA; Hotair Phellipe Martins FERNANDES; Guilherme Ferreira Fernandes AMARAL; Rosângela do Socorro Pereira RIBEIRO. **Doença Inflamatória Intestinal: Aspectos Clínicos e Diagnósticos**. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 323-338. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

<https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohn-disease-in->. Acesso em 01/04/2021.

REVOREDO, Camila Maria Simplicio et al. Doença de Crohn e probióticos: uma revisão. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, v. 8, n. 2, p. 67-73, 2017. Disponível em :<https://rasbran.com.br/rasbran/article/view/474/178>. Acesso em 01/04/2021.

ROTIMI CN, Lynn BJ. **Ancestry and disease in the age of genomic medicine**. *NEJM* 2010; 363:1551-58.

RUBIN DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, et al. Diretriz Clínica ACG: Colite Ulcerativa em Adultos. **Am J Gastroenterol** 2019; 114: 384.

SANDS B. From symptom to diagnosis: clinical distinctions among various forms of intestinal inflammation. **Gastroenterol** 2004; 126:1518-32.

SANTOS jr. JCM- parte II- Retocolite ulcerativa - diagnóstico e tratamento clínico. **Rev bras Coloproct**, 1999; 19(2): 114-121.

SANTOS, Sandra Margarida Rodrigues. **Doença de Crohn: etiopatogenia, aspetos clínicos, diagnóstico e tratamento**. 2013. Tese de Doutorado. [sn]. Disponível em:<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4100/1/TESE%20MESTRADO%20SANDRA%20SANTOS.pdf>. Acesso em 01/04/2021.

SATSANGI J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. A **classificação de Montreal da doença inflamatória intestinal**: controvérsias, consenso e implicações. *Gut* 2006; 55: 749.

SCHOFFEN, João Paulo Ferreira; PRADO, Isaura Maria Mesquita. < b> Aspectos Epidemiológicos e Etiológicos da Doença de Crohn. **Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 1, 2011. Disponível em:<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index>. Acesso em 03/04/2021.

SDEPANIAN, Vera Lucia et al. Doença Inflamatória Intestinal em Pediatria. **São Paulo: Editora Mazzoni**, 2019. Disponível em:<https://gediib.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Livro-DII-FINAL-1.pdf>. Acesso em 01/04/2021.

SHIVASHANKAR R, Tremaine WJ, Harmsen WS, Loftus EV Jr. Incidence and Prevalence of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in Olmsted County, Minnesota From 1970 Through 2010. **Clin Gastroenterol Hepatol**. 2017; 15(6):857-863. doi:10.1016/j.cgh.2016.10.039.

SILVERBERG MS, Satsangi J, Ahmad T, et al. Rumo a uma classificação clínica, molecular e sorológica integrada da doença inflamatória intestinal: relatório de um Grupo de Trabalho do **Congresso Mundial de Gastroenterologia de Montreal em 2005**. Disponível em:<https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-ulcerative-colitis-in-adults/abstract/1>. Acesso em 26/04/2021.

Wynni Gabrielly Pereira de OLIVEIRA; Luma Lainny Pereira de OLIVEIRA; Hotair Phellipe Martins FERNANDES; Guilherme Ferreira Fernandes AMARAL; Rosângela do Socorro Pereira RIBEIRO. Doença Inflamatória Intestinal: Aspectos Clínicos e Diagnósticos. **JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1**. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 323-338. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

TEIXEIRA GJT, SILVA JH, TEIXEIRA MG, ALMEIDA MG, CALACHE JE, HABR-GAMA A. - Manifestações extra-intestinais após tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa. - **Rev bras Coloproct**, 2001; 21(1): 9-18.