

# A importância da colonoscopia nas doenças inflamatórias intestinais

## Current aspects in the treatment of Peptic Ulcer Disease

Alana Rocha de Oliveira\*, Aline Rocha de Oliveira, Luiza Barbosa Brandão, Aline Pereira Barbalho, Lucineide Martins de Oliveira Maia, Márcio Alexandre Terra Passos

Como citar esse artigo. de Oliveira, A.R.; de Oliveira A.R.; Brandão, L.B.; Barbalho, A.P.; Maia, L.M.O.; Passos, M.A.T. "A importância da colonoscopia nas doenças inflamatórias intestinais". Revista de Saúde. 2019 Jan./Jun.;10 (1) Suplementos: 08-12.

## Resumo

A colonoscopia consiste em uma técnica capaz de visualizar diretamente o cólon permitindo o diagnóstico de afecções como Doença de Crohn (DC) e Colite Ulcerativa (CU). Proporciona a observação da mucosa e possibilita realizar procedimentos durante o exame como biópsia. A aparência endoscópica nem sempre é capaz de diferenciar DC de CU, porém fornece algumas características que auxiliam o diagnóstico. Além disso é fundamental para detecção precoce do Câncer Colorretal. O presente artigo tem como objetivo dissertar e avaliar o papel da endoscopia para diagnóstico, prognóstico e avaliação de doenças inflamatórias intestinais (DII) por meio de pesquisas no banco de dados TRIP, escolhidas as questões clínicas PICO com os descritores "doença inflamatória intestinal", "endoscopia/colonoscopia", "doença de crohn/colite ulcerativa", "diagnóstico/tratamento". A investigação endoscópica é indicada para diferenciar DC de CU, resposta terapêutica após tratamento da CU e para rastreamento de lesões displásicas. Propõe-se para manejo adequado de pacientes com DII, utilizar critérios endoscópicos e clínicos para dar seguimento ao doente, e fazer uso combinado de tratamento médico e o momento da cirurgia para prevenção do câncer colorretal.

**Palavras-chave:** Colonoscopia; Doenças inflamatórias intestinais; Retrocolite ulcerativa e doença de Crohn.

## Abstract

Colonoscopy consists of a technique capable of directly visualizing the colon allowing the diagnosis of conditions such as Crohn's Disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC). It provides observation of the mucosa and allows performing procedures during the examination as a biopsy. Endoscopic appearance is not always able to differentiate CD from UC, but it does provide some features that aid diagnosis. In addition it is critical for early detection with Colorectal Cancer. The aim of this study was to evaluate the role of endoscopy for the diagnosis, prognosis and evaluation of inflammatory bowel diseases (IBD) by searching the TRIP database, choosing the PICO clinical questions with the descriptors "inflammatory bowel disease" "Endoscopy / colonoscopy", "crohn's disease / ulcerative colitis", "diagnosis / treatment". Endoscopic investigation is indicated for differential CD of UC, therapeutic response after UC treatment and for screening of dysplastic lesions. It is proposed to adequately manage patients with IBD, to use endoscopic and clinical criteria to follow up the patient, and to make combined use of medical treatment and the time of surgery for the prevention of colorectal cancer.

**Keywords:** Colonoscopy; Inflammatory bowel diseases; Ulcerative retrocolitis and Crohn's disease.

## Introdução

A colonoscopia consiste em uma técnica capaz de visualizar diretamente o cólon permitindo o diagnóstico de afecções que acometem o intestino grosso até a parte final do intestino delgado (íleo terminal)<sup>1</sup>. Utilizada a partir de 1970, atualmente destaca-se como um dos métodos mais completos de investigação das doenças colorretais, incluindo as doenças inflamatórias intestinais sendo os dois principais tipos Doença de Crohn (DC) e Colite Ulcerativa (CU).

Com vantagens sobre outros métodos de

investigação, a colonoscopia proporciona a observação da mucosa colônica e muitas vezes do íleo terminal, em tempo único e de forma direta, além de permitir realizar procedimentos durante o exame como biópsia<sup>2,3</sup>. O exame deve descrever minuciosamente as características das lesões identificadas e conter a coleta do material para análise histopatológica de todos segmentos, incluindo os segmentos normais e os afetados<sup>4,5,6,7</sup>.

Em alguns pacientes com diarreia crônica, a colonoscopia pode evidenciar mucosa normal, nesses casos a execução de biópsias seriadas pode trazer informações importantes para o diagnóstico e tratamento dos pacientes. Por meio da biópsia é

Afiliação dos autores: Universidade de Vassouras / Vassouras / Rio de Janeiro / Brasil.

\* Email de correspondência: alanarocha27@hotmail.com

Recebido em: 12/02/19. Aceito em: 13/02/19.

possível ao patologista avaliar a distribuição, extensão e profundidade da doença, e identificar alterações invisíveis à visão endoscópica<sup>3</sup>.

Segundo o Royal College of Pathologists (2005)<sup>3</sup> para que a endoscopia e a biópsia do cólon tenham valor preditivo positivo e valor clínico quanto à sua histopatologia é imprescindível à seleção de pacientes com contexto clínico correto, com história de diarreia persistente e sem sangue<sup>3</sup>.

## Materiais e métodos

A busca de artigos científicos foi realizada através da metabusca utilizando-se banco de dados TRIP. As categorias TRIP são: sinopses baseadas em evidências; questões clínicas; revisões sistemáticas; orientações (América do Norte, Europa, outros); pesquisa básica core; *eTextbooks*; ensaios clínicos; e revistas médicas gerais núcleo recuperado do Medline (PubMed).

Os descritores escolhidos foram a partir de questões clínicas (PICO). P (população)- doença inflamatória intestinal; I (intervenção)- colonoscopia; C (comparação)- Doença de Crohn/Colite Ulcerativa; O (resultado)- diagnóstico.

Inicialmente foram analisados 40 artigos num período de 1990 a 2017, acerca do tema. Sendo que os estudos foram selecionados e considerados conforme sua relevância científica e força de evidência.

## Resultados

A investigação endoscópica em paciente com doenças inflamatórias Intestinais (DII) é de suma importância para diferenciar DC de CU, e assim estabelecer diagnóstico, prognóstico e tratamento específicos. Além de ser método de rastreio para lesões displásicas intestinais.

De acordo com Pera (1987)<sup>8</sup> em um estudo prospectivo com 357 pacientes e 606 colonoscopias, nas quais as aparências eram de colite ulcerativa, doença de Crohn, ou colite indeterminada, foram seguidos por um período médio de 22 meses. Um final, definitivo, independente de endoscopia diagnóstico foi alcançado por meio de autópsia, cirurgia ou histologia em biópsia em 71% dos pacientes. A precisão da colonoscopia foi de 89% com 4% de erros e 7% de diagnósticos indeterminados. Erros foram mais frequentes em atividade inflamatória grave (9%). As características endoscópicas mais úteis neste diagnóstico diferencial foram o envolvimento descontínuo, lesões anais, descamação da mucosa para Doença de Crohn, erosões ou microulcerações e granularidade para colite ulcerativa<sup>8</sup>.

Segundo Hodgson (1997)<sup>9</sup> a combinação de característica endoscópica diferentes, mais sugestiva de DC ou da CU<sup>9</sup>, foi considerada para uma avaliação diagnóstica endoscópica (DC era mais provável se os valores fossem maiores que 4, enquanto CU era mais

**Quadro 1.** Pontuação endoscópica diagnóstica para diferenciação entre doença de Crohn e Colite Ulcerativa<sup>11</sup>

Características endoscópicas	
Provável doença de Crohn	
Envolvimento da mucosa segmentar	+55
Aspecto em pedra de calçamento	+8
Úlceras aftóides/serpiginosas/lineares	+4
Grandes úlceras profundas	+4
Reto poupado	+5
Lesões anais	+15
Provável colite ulcerativa	
Envolvimento contínuo das mucosas	-2
Aspecto granular da mucosa	-3
Perda do padrão vascular	-2
Erosões	-7
Envolvimento do reto	-2

provável se a pontuação resultante fosse igual ou abaixo de 4 como pode ser verificado no quadro 1)<sup>4</sup>.

Desde o desenvolvimento de aparelhos endoscópicos de fibra óptica tem-se procurado caracterizar as lesões endoscópicas na busca de escores endoscópicos de gravidade<sup>10</sup>.

Segundo Flores (2008)<sup>10</sup>, nos últimos anos, tem-se observado uma mudança no arsenal terapêutico da DC, com medicações que são capazes de induzir remissão clínica e endoscópica, criando perspectivas de que a cicatrização endoscópica pode melhorar a evolução e o desfecho clínico da DC. A avaliação de pacientes com DC e lesões graves (ulcerações extensas e profundas) à colonoscopia demonstrou que estes pacientes têm um curso mais agressivo com um número significativamente maior de complicações e necessidade de cirurgia<sup>10</sup>.

Daperno e colaboradores (2004)<sup>11</sup> realizaram um trabalho para a criação e validação de um escore endoscópico simplificado (da sigla em inglês SES-CD) para avaliação da DC. Para a construção deste escore foram levadas em consideração 4 variáveis: úlceras, proporção da superfície coberta pelas úlceras, proporção de superfície coberta por outras lesões e estenoses. Cada variável foi classificada em uma pontuação de 0 a 3 em cada seguimento. As úlceras foram classificadas conforme o seu tamanho. A proporção de superfície ulcerada expressas em porcentagem (30%) bem como a proporção da extensão da superfície afetada (75%). As estenoses foram avaliadas pelo número e pela possibilidade de serem ou não ultrapassadas pelo colonoscópio (Tabela 1). Este escore é mais simples e possui baixa variabilidade interobservador. A tendência atual é que haja necessidade de uso cada vez maior de desfechos endoscópicos nos ensaios clínicos, sendo também importante sua incorporação na prática clínica

este escore simples e já validado<sup>10</sup>.

Segundo Flores (2008)<sup>10</sup>, na CU os achados endoscópicos são importantes para definir o grau de atividade da doença. A endoscopia é o método mais objetivo para avaliar e quantificar o dano à mucosa do cólon. Vários índices clínicos e endoscópicos de atividade para CU foram desenvolvidos, porém a maioria não foi validada. Existem instrumentos de mensuração de atividade da CU baseados em parâmetros clínicos, parâmetros endoscópicos ou índices que utilizam a combinação destas informações. Existe uma variação importante de definições e parâmetros endoscópicos considerados: friabilidade (sangramento espontâneo ou ao toque do aparelho), edema, enantema, perda do padrão vascular, granularidade da mucosa, presença de erosões e 8 ulcerações. O mais utilizado atualmente em ensaios clínicos é o Escore de atividade da Clínica Mayo (Tabela 2)<sup>10</sup>.

Ademais, segundo Ekblom UM, Helmick C, Zack M (1990)<sup>12</sup>, pacientes com doença inflamatória intestinal têm um risco aumentado de desenvolver câncer colorretal (CCR)<sup>12,13</sup>. Embora o CCR, que complica a colite ulcerativa e a doença de Crohn, seja responsável por 1-2% de todos os casos de CCR na população geral, é considerado uma seqüela grave da doença e representa um em cada seis todas as mortes em pacientes com DII<sup>14,15,16</sup>.

Em uma metanálise, Langholz E, Munkholm P, Davidsen M (1992)<sup>17</sup>, afirmou que a prevalência geral de CCR em qualquer paciente com colite ulcerativa, com base em 116 estudos, foi estimada em 3,7% (IC95% 3,2 a 4,2%). A taxa de incidência correspondeu a probabilidades cumulativas de 2% em 10 anos, 8% em 20 anos e 18% em 30 anos (Figura 1)<sup>17,18,19</sup>.

**Tabela 1.** Definições do Escore Endoscópico Simplificado para Doença de Crohn

Variável	Valores do escore endoscópico simplificado para DC			
	0	1	2	3
Tamanho das Úlceras	nenhuma	Úlceras aftóides 0,1-0,5cm	Úlceras grandes 0,5 – 2cm	Úlceras maiores >2cm
Superfície ulcerada	nenhuma	<10%	10-30%	>30%
Superfície afetada	nenhuma	<50%	50-75%	>75%
Presença de estenoses	nenhuma	Única, pode ser ultrapassada	Múltiplas, podem ser ultrapassadas	Não podem ser ultrapassadas

**Tabela 2.** Escore da Clinica Mayo<sup>10</sup>

<p><b>1. Freqüência das Evacuações*</b></p> <p>0 = Normal para o paciente              1 = 1 - 2 evacuações/dia &gt; normal              2 = 3-4 evacuações/dia &gt; normal              3 = ≥ 5 evacuações/dia &gt; normal</p>	<p><b>2. Sangramento Retal</b></p> <p>0 = s/ sangue              1 = raíais de sangue &lt; ½ do tempo.              2 = sangue vivo evidente na maioria das evacuações              3 = evacuações com sangue puro.</p>
<p><b>3. Achados Endoscópicos</b></p> <p>0 = normal ou inativa              1 = doença leve (enanterna, perda do padrão vascular, leve friabilidade).              2 = doença moderada (enanterna evidente, perda do padrão vascular, friabilidade, erosões)              3 = doença grave (sangramento espontâneo, ulcerações).</p>	
<p><b>4. Avaliação Médica Global **</b></p> <p>0 = normal    1 = doença leve.              2 = doença moderada    3 = doença grave.</p>	

ESCORE	GRAVIDADE
≤2 s/ nenhum Subscore > 1	Remissão clínica
3 -5	Atividade Leve
6-10	Atividade Moderada
11-12	Atividade Grave

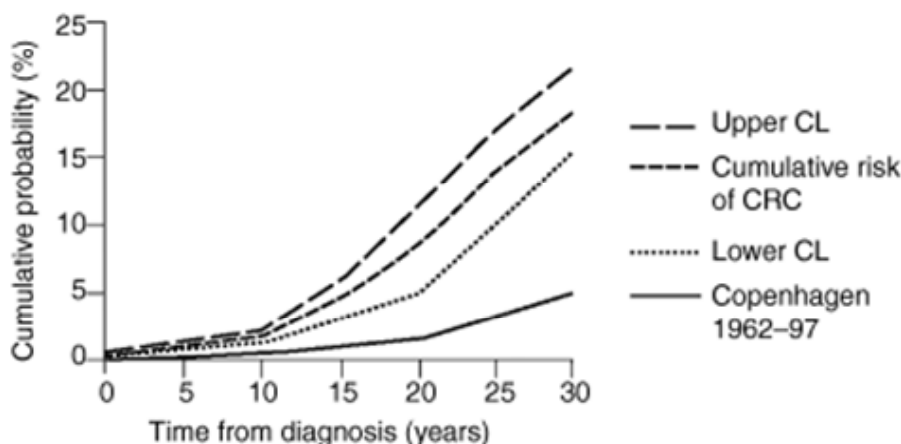
Obs.: a avaliação médica global leva em consideração a queixa diária do paciente de desconforto abdominal, a sensação geral de bem-estar, achados do exame físico e o desempenho do paciente para atividades diárias<sup>10</sup>.

Richards ME, Rickert RR, Nance FC (1989)<sup>20</sup> concluiu que a mortalidade em pacientes diagnosticados com CCR nos pacientes com DII é maior do que para o CCR esporádico<sup>20</sup>.

Flores (2008)<sup>10</sup>, ressaltou que pacientes com CU e DC de cólon de longa duração (em média 10 anos) possuem um risco aumentado de displasia e câncer colorretal (CCR), sendo a vigilância colonoscópica mandatória. A CU que se apresenta apenas como proctite não possui risco aumentado de CCR. Os pacientes com

colite por DC envolvendo mais de 1/3 da superfície colônica possuem um risco de CCR igual aos pacientes com CU<sup>10</sup>.

Outros fatores que aumentam o risco de CCR são: história familiar de CCR, presença de colangite esclerosante, início da doença em idade precoce e pancolite com lesões graves. Os indivíduos com CU ou colite por DC mais extensa devem ser submetidos a colonoscopias periódicas a cada 1 ou 2 anos. Devem ser realizadas biópsias nos 4 quadrantes a cada 10 cm



**Figura 1.** Risco cumulativo de desenvolver câncer colorretal (CCR) na colite ulcerativa<sup>7,18,19</sup>

desde o ceco até o reto, totalizando um mínimo de 33 biópsias<sup>10</sup>.

A evidência microscópica de colite é, provavelmente, o melhor indicador de extensão da doença. Um estudo que avaliou espécimes de colectomia detectou displasia em áreas de inflamação microscópica sem alterações macroscópicas, reforçando a ideia de que o limite de extensão da doença deve ser considerado pelos parâmetros histológicos<sup>10</sup>.

Flores (2008)<sup>10</sup>, conclui que estudos epidemiológicos têm mostrado que a DC que afeta a maior parte do cólon proporciona um risco de CCR semelhante ao da CU. Uma metanálise recente encontrou um risco relativo de 2,59 (intervalo de confiança de 95% - 1.54-4.36) para o desenvolvimento de CCR comparado com controles saudáveis. A taxa de incidência de CCR nos pacientes com DC que foram submetidos à cirurgia foi de 2,3% para displasia e 2,7% para adenocarcinoma<sup>12</sup>.

Dessa forma, as diretrizes da *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (2006)<sup>6</sup> indica uma colonoscopia a cada três anos durante a segunda década da doença, a cada dois durante a terceira década, e anualmente em caso de pancolite<sup>4</sup>.

## Discussão

A colonoscopia permite a visualização direta do cólon bem como a realização de biópsia, sendo dessa forma fundamental na avaliação inicial de pacientes com doenças inflamatórias intestinais associado a quadro clínico sugestivo.

O escore endoscópico é capaz de auxiliar na diferenciação entre CU e DC durante o procedimento, deve assim ser utilizado.

Apesar de vários estudos demonstrarem discordância entre remissão clínica e endoscópica, a avaliação da cicatrização da mucosa durante a terapêutica da CU é relevante para a prática clínica, pois esta é considerada o padrão ouro para resposta terapêutica completa. A gravidade das lesões endoscópicas também possui valor prognóstico, já que a presença de ulcerações profundas determina uma menor probabilidade de resposta à terapêutica medicamentosa e um aumento da probabilidade de cirurgia. Os pacientes com lesões endoscópicas mais acentuadas também carregam maior risco de progressão da extensão da doença ao longo do tempo. Nos casos de reavaliação endoscópica por reativação do quadro, é preferível a utilização de retossigmoidoscopia flexível em vez de colonoscopia para minimizar os riscos de perfuração e megacólon tóxico<sup>10</sup>.

Tanto para colite ulcerativa quanto doença de Crohn, os resultados de estudos epidemiológicos sugerem o risco de desenvolver aumentos de CRC

com duração da doença, idade jovem no diagnóstico, extensão da doença e associação familiar<sup>14</sup>.

O câncer de intestino delgado também é raro em pacientes com DII, no entanto, pacientes com doença de Crohn têm um risco aumentado para esse tipo de câncer. Apesar do aumento da FR na doença de Crohn, o número absoluto de pacientes em risco é relativamente pequeno. Pacientes com colite extensa na doença de Crohn e colite ulcerativa passam por uma colectomia com uma frequência de 15 a 20% dentro de 15 anos a partir do diagnóstico inicial. A ressecção limitada em pacientes com doença de Crohn tem uma probabilidade de 50% dentro de 15 anos a partir do diagnóstico<sup>14</sup>.

## Conclusão

Portanto, propõe-se para manejo adequado de pacientes com DII, utilizar critérios endoscópicos e clínicos para dar seguimento ao doente ao estabelecer diagnóstico mais preciso e tratamento mais eficaz. Além disso, é aconselhável o uso combinado de tratamento médico e o momento da cirurgia para prevenção do câncer colorretal, sendo responsáveis assim por um melhor prognóstico.

## Referências

1. Braz LFN, Goyanes RM. Estándares de uso adecuado de tecnologías sanitarias: Colonoscopia diagnóstica. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSPSI. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Lain Entralgo. 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS 09/05.
2. Nahas CS, Marques SFC, Araújo AS, Aisaka AA, Nahas RSC, Pinto AR, Kiss RD. Colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico das moléstias do intestino grosso: análise de 2.567 exames. Arq Gastroenterol. 2005; 42(2): 77-82.
3. Orso F, Nicoli F, Kagueyama. Importância das biópsias seriadas e avaliação histológica em pacientes com diarreia crônica e colonoscopia normal. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. 1900; 27 (3):184-187.
4. Passos MAT, Chaves FC, Chaves-Junior N. A importância da colonoscopia nas doenças inflamatórias intestinais. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2018; 31 (2): 1374.
5. Geboes K, Dalle I. Influence of treatment on morphological features of mucosal inflammation. BMJ journals. 2002 ; 50 (3): iii37-iii42.
6. Leighton JA, Shen B, Baron TH, Adler DG, Davila R, Egan JV et al. ASGE guideline: endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease. Gastrointestinal endoscopy. 2006; 63 (4): 558-565.
7. Mchugh JB, Appelman HD, Mckenna BJ. The diagnostic value of endoscopic terminal ileum biopsies. The American journal of gastroenterology. 2007; 102 (5): 1084.
8. Pera A, Bellando P, Caldera D, Ponti V, Astegiano M, Barletti C, et al. Colonoscopy in inflammatory bowel disease: diagnostic accuracy and proposal of an endoscopic score. Gastroenterology. 1987; 92 (1): 181-185.
9. Hodgson HJF. Ulcerative colitis versus Crohn's disease- onde disease or two. Inflammatory bowel diseases. 1997; 343-347.
10. Flores C. Doenças Inflamatórias Intestinais: acompanhamento endoscópico. Projeto Diretrizes. 2008.
11. Daperno M, Sostegni R, Lavagna A, Crocella L, Ercole E, Rigazio C, Rocca R, Pera A. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2004;8(5):209.

12. Ekbohm A, Helmick C, Zack M. Ulcerative proctitis in central Sweden 1965–1983. A population-based epidemiological study. *Dig Dis Sci.* 1991;36:97–102.
13. Gyde S, Prior P, Orvalho MJ, Saunders V, Waterhouse JA, Allan RN. Mortalidade na colite ulcerativa. *Gastroenterology.* 1982; 83: 36-43.
14. Munkholm P. The incidence and prevalence of colorectal cancer in inflammatory bowel disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics.* 2003; 18 (2) 1-5.
15. Choi PM, Zelig MP. Semelhança do câncer colorretal na DC e na RCU. *Implic carcinog e prev.* 1994; 35: 950-4.
16. Lennard-Jones JE. Risco de câncer na colite ulcerativa: vigilância ou cirurgia. *Br J Surg.* 1985;72: S84.
17. Langholz E, Munkholm P, Davidsen M. Risco de câncer colorretal e mortalidade em pacientes com colite ulcerativa. *Gastroenterology.* 1992; 103: 1444-51.
18. Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. O risco de câncer colorretal na colite ulcerativa: uma meta-análise. *Pubmed [internet] 2001 [acesso em 2018 mar 3]; 48:526-35.* Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/12084285\\_Eaden\\_JA\\_Abrams\\_KR\\_Mayberry\\_JFThe\\_risk\\_of\\_colorectal\\_cancer\\_in\\_ulcerative\\_colitis\\_a\\_meta-analysis\\_Gut\\_48\\_526](https://www.researchgate.net/publication/12084285_Eaden_JA_Abrams_KR_Mayberry_JFThe_risk_of_colorectal_cancer_in_ulcerative_colitis_a_meta-analysis_Gut_48_526)
19. Langholz E. Colite ulcerativa. Um estudo observacional epidemiológico baseado em coorte regional de início, com especial referência ao curso da doença e prognóstico. *Gastroenterology.* 1999; 46: 400-15.
20. Richards ME, Rickert RR, Nance FC. Carcinoma associado à doença de Crohn: uma complicação pouco reconhecida da doença inflamatória intestinal. *Annals of surgery.* 1989; 209: 764-73.