

Doença de Crohn e retocolite ulcerativa

Crohn's disease and ulcerative colitis

Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa

Lucas da Silva Venito¹, Mila Schiavini Beiriz Santos¹, Adriana Rodrigues Ferraz¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características da doença de Doença de Crohn (DC) e da Retocolite Ulcerativa (RCU). **Revisão bibliográfica:** Pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) apresentam comprometimento da qualidade de vida diária, já que ambas as doenças têm maior incidência em pacientes jovens, que apresentam sintomas frequentes de dor abdominal, diarreia e fezes com sangue, além de perda de peso e progressão crônica com ciclos repetidos de recaída e remissão. Acredita-se que surjam da interação de quatro fatores: ambiental, genético, microbiota e imunológico. As DII são doenças autoimunes, crônicas, que podem apresentar longos períodos de remissão ou frequentes recidivas, das quais não se conhece a etiologia. **Considerações finais:** A RCU afeta a mucosa colônica e do reto de forma contínua formando erosões e/ou úlceras. Enquanto a DC é caracterizada por acometimento descontínuo com comprometimento transmural e/ou fístula, podendo afetar qualquer região do trato digestório, da boca ao ânus, mas principalmente as regiões ileocecal e perianal. Dessa forma, torna-se essencial o conhecimento e diferenciação entre essas doenças a fim de propiciar diagnóstico e tratamento adequados, melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença de Crohn, Colite ulcerativa, Inflamação.

ABSTRACT

Objective: To analyze the characteristics of Crohn's Disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC). **Bibliographic review:** Patients with Inflammatory Bowel Diseases (IBD) have impaired quality of daily life, as both diseases have a higher incidence in young patients, who have frequent symptoms of abdominal pain, diarrhea and bloody stools, in addition to weight loss and chronic progression with repeated cycles of relapse and remission. It is believed that they arise from the interaction of four factors: environmental, genetic, microbiota and immunological. IBDs are chronic, autoimmune diseases that may present long periods of remission or frequent relapses, of which the etiology is not known. **Final considerations:** UC affects the colonic and rectal mucosa continuously, forming erosions and/or ulcers. While CD is characterized by discontinuous involvement with transmural and/or fistula involvement, which can affect any region of the digestive tract, from the mouth to the anus, but mainly the ileocecal and perianal regions. Thus, it is essential to know and differentiate between these diseases in order to provide adequate diagnosis and treatment, improving quality of life.

Keywords: Crohn disease, Colitis ulcerative, Inflammation.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características de la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). **Revisión bibliográfica:** Los pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales (EII) tienen deteriorada la calidad de vida diaria, ya que ambas enfermedades tienen mayor incidencia en pacientes jóvenes, quienes presentan síntomas frecuentes de dolor abdominal, diarrea y heces sanguinolentas, además de pérdida de peso y progresión crónica con ciclos repetidos de recaída y remisión. Se cree que surgen de la interacción de cuatro factores: ambientales, genéticos, de microbiota e inmunológicos. Las EII son enfermedades autoinmunes crónicas que pueden presentar largos períodos de remisión o frecuentes recaídas, cuya etiología se desconoce. **Consideraciones finales:** La CU afecta la mucosa colónica y rectal de forma continua, formando erosiones y/o úlceras. Mientras que la EC se caracteriza por una afectación discontinua con compromiso transmural y/o fistuloso, que puede afectar cualquier región del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano,

¹ Universidade de Vassouras (UV), Vassouras - RJ.

pero principalmente la región ileocecal y perianal. Por lo tanto, es fundamental conocer y diferenciar estas enfermedades para brindar un diagnóstico y tratamiento adecuados, mejorando la calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa, Inflamación.

INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) corresponde a um grupo de doenças autoimunes, crônicas, que apresentam recidivas e das quais não se conhece a etiologia (VASCONCELOS RS, et al., 2018). Acredita-se que surjam da interação de quatro fatores fundamentais: ambiental, genético, microbiota e imunológico, sendo resultado de imunidade intestinal anormal e microbiota intestinal alterada causada por fatores ambientais, como dieta e infecção em indivíduos geneticamente suscetíveis (MATSUOKA K, et al., 2018; SANTOS ALC, et al., 2021). Parentes de primeiro grau de pacientes acometidos são muito suscetíveis do que a população geral (FERREIRA GS, et al., 2021; CARVALHO CL, et al., 2022).

Esse grupo de doenças envolve a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU), as quais que se caracterizam por debilitar os doentes e apresentar uma resposta imune desregulada da mucosa intestinal (VASCONCELOS RS, et al., 2018; CARVALHO CL, et al., 2022). Tanto a RCU quanto a DC se desenvolvem em idades relativamente jovens, os pacientes são mais propensos a desenvolver a doença entre os 10 e os 30 anos (MATSUOKA K, et al., 2018).

Pacientes com DII frequentemente apresentam comprometimento da qualidade de vida diária, uma vez que ambas as doenças se desenvolvem em idades jovens, apresentam sintomas como dor abdominal, diarreia e fezes com sangue, além de perda de peso e progressão crônica com ciclos repetidos de recaída e remissão (MATSUOKA K, et al., 2018; SEYEDIAN SS, et al., 2019). Além disso, pode desenvolver complicações extraintestinais em órgãos sistêmicos, como articulações, pele e olhos (MATSUOKA K, et al., 2018).

Há maior incidência e prevalência das DII no norte da Europa, Reino Unido e Estados Unidos. Entretanto, nos últimos anos, houve aumento nos casos em países da América Latina (YAMAMOTO-FUROSHO JK, et al., 2018). Nos países ocidentais, tende a haver mais mulheres entre os pacientes com DII, especialmente pacientes com DC (MATSUOKA K, et al., 2018; FUMERY M, et al., 2018).

A RCU é uma doença inflamatória inespecífica difusa de causa desconhecida que afeta continuamente a mucosa colônica proximal ao reto e frequentemente forma erosões e/ou úlceras. A DC é uma doença inflamatória crônica de causa desconhecida, caracterizada por áreas acometidas de forma descontínua com comprometimento transmural e/ou fístula. A DC pode afetar qualquer região do trato digestório, da boca ao ânus, mas é mais provável que envolva os intestinos delgado e grosso (especialmente o íleo terminal) e a região perianal (MATSUOKA K, et al., 2018; FERREIRA GS, et al., 2021; FUMERY M, et al., 2018).

A anemia é a complicação mais frequente das doenças inflamatórias intestinais, com prevalência que varia entre 6% e 74%. A anemia na DII é um processo complexo, envolvendo múltiplos fatores que contribuem para o seu surgimento. A causa mais frequente é determinada pelo déficit de ferro (perda crônica, má absorção por inflamação e ulceração da mucosa e síndrome do intestino curto); no entanto, pode haver outros fatores etiológicos, como deficiência de vitamina B12 e ácido fólico e efeitos de citocinas pró-inflamatórias ou hemólise (DRANGA M, et al., 2021).

A incidência de câncer colorretal (CCR) está significativamente aumentada em pacientes com RCU que apresentam lesões extensas por um longo período de tempo, e sabe-se também que a incidência de neoplasias no intestino delgado e grosso, principalmente na região do reto e canal anal, é alta em pacientes com DC (MATSUOKA K, et al., 2018).

A colonoscopia com ileoscopia permite a visualização direta e biópsia da mucosa do reto, cólon e íleo terminal, e devem ser realizadas durante a avaliação inicial de pacientes com quadro clínico sugestivo de DII (PASSOS MAT, et al., 2018).

Nesse contexto, o estudo das doenças inflamatórias intestinais torna-se essencial a fim de propiciar rápido diagnóstico e tratamento adequado de modo a melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos. O objetivo do estudo foi analisar as características da doença de Doença de Crohn da Retocolite Ulcerativa.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Retocolite Ulcerativa

A RCU é uma DII recorrente e remitente caracterizada por inflamação da mucosa que começa distalmente e pode se estender proximalmente para envolver todo o cólon. A RCU tem distribuição etária bimodal com pico de incidência na segunda ou terceira décadas e um segundo pico entre 50 e 80 anos (SEGAL JP, et al., 2021). A incidência e prevalência mundial da RCU está aumentando e agora é considerada uma doença global e para 1 em cada 3 indivíduos acometidos, sua doença culmina em uma colectomia total como resultado de falha no tratamento médico (PRAVDA J, 2019).

Sua etiologia envolve interações entre o ambiente, desregulação do sistema imunológico, microbioma intestinal e uma predisposição genética à doença (SEGAL JP, et al., 2021). Essa desregulação imunológica foi por muito tempo atribuída a uma imunidade adaptativa aberrante, enquanto estudos mais recentes apontam para um papel essencial das respostas imunes inatas do epitélio intestinal no desenvolvimento e perpetuação da inflamação (BRULAND T, et al., 2021). Quanto aos fatores genéticos, até o momento, mais de 200 polimorfismos de nucleotídeo único (SNPs) foram associados ao risco de desenvolver RCU (POPOV J, et al., 2021).

Estudos epidemiológicos mostraram uma maior incidência de RCU entre as populações que adotam dietas ocidentais ricas em açúcares refinados, laticínios, proteínas e gordura animal e pobres em fibras alimentares, incluindo grãos integrais, frutas e vegetais. A exposição a antibióticos durante a gestação e infância, estresse psicológico e histórico familiar também afetam o risco de desenvolver RCU (POPOV J, et al., 2021).

A apresentação clínica ao diagnóstico é variável, sendo difícil prever sua evolução, podendo ir desde uma doença quiescente até um curso crônico refratário, o que acaba determinando a necessidade de internações, cirurgias ou complicações como Câncer Colorretal (CCR), acabando por comprometer a qualidade da vida (PIZARRO G, et al., 2017; FUMERY M, et al., 2018).

O diagnóstico da RCU não pode ser estabelecido definitivamente por um único estudo diagnóstico. Em vez disso, é feito com base em uma interpretação global das manifestações clínicas, exames laboratoriais e achados endoscópicos, histológicos e radiológicos. Uma causa infecciosa deve ser descartada no momento do diagnóstico inicial e, posteriormente, sempre que surgir um episódio agudo (KURCHAZIK T, et al., 2020).

Os exames laboratoriais devem incluir a medição dos parâmetros inflamatórios no sangue (contagem e diferencial de leucócitos, contagem de plaquetas, PCR) e nas fezes (concentração de calprotectina ou lactoferrina). Um valor de calprotectina fecal abaixo de 150-200 µg por grama de fezes é considerado um marcador confiável de remissão. O principal diagnóstico diferencial é a doença de Crohn, seguida por tipos mais raros de colite, por exemplo, colite induzida por Anti-Inflamatórios Não Esteroidais (AINE) e colite isquêmica, linfocítica, colagenosa ou eosinofílica (KURCHAZIK T, et al., 2020; FUMERY M, et al., 2018).

A manifestação mais freqüente é a diarreia sanguinolenta (> 90%), combinada com cólicas (tenesmo, > 70%) no quadrante inferior esquerdo ou ao longo de todo o comprimento do cólon em pacientes com pancolite. A urgência fecal também é comum (>70%) (KURCHAZIK T, et al., 2020). Manifestações extraintestinais também podem se apresentar, incluindo patologias oculares, artropatias, doenças hepáticas como colangite esclerosante primária e manifestações dermatológicas (POPOV J, et al., 2021; PABLA BS e SCHWARTZ DA, 2020). Ademais, as lesões orais como a piostomatite vegetante, erupção e espessamento da mucosa oral com múltiplas pústulas tipicamente indica RCU (CHANG J, et al., 2019).

A colite do lado esquerdo é a localização mais frequente observada em 10-30% dos pacientes. A maioria dos pacientes tem um curso leve-moderado, mais ativo no diagnóstico e depois em vários períodos de

remissão ou atividade leve; cerca de 10 a 15% dos pacientes apresentam um curso agressivo e o risco cumulativo de recidiva é de 70 a 80% em 10 anos. Quase 50% dos pacientes requerem hospitalização relacionada à CU e o risco de re-hospitalização em 5 anos é de aproximadamente 50%. O risco cumulativo de colectomia em 5 e 10 anos é de 10 a 15% (FUMERY M, et al., 2018).

A anemia por deficiência de ferro é a manifestação extra-intestinal mais comum da DII crônica; assim, a triagem para deficiência de ferro deve ser realizada aproximadamente uma vez por ano (HIGASHIYAMA M, et al., 2019; KURCHAZIK T, et al., 2020).

A colite ulcerativa é visualizada endoscopicamente como um processo inflamatório que se espalha continuamente do reto em direção oral. Pode ser classificada de acordo com o padrão de envolvimento e extensão máxima da doença, da seguinte forma, de acordo com a Classificação de Montreal: E1 ou proctite (doença limitada ao reto); E2 ou doença do lado esquerdo (distal à flexura esplênica); e E3 ou colite extensa (a doença estende-se proximalmente à flexura esplênica) (KURCHAZIK T, et al., 2020; SEGAL JP, et al., 2021).

A gravidade da RCU pode ser classificada em leve, moderada e grave, com base nos sinais e sintomas clínicos e nos exames de sangue (MATSUOKA K, et al., 2018). Quatro formas evolutivas da doença são reconhecidas: 1) atividade inicial grave com remissão subsequente ou curso leve; 2) atividade inicial leve com subsequente aumento da gravidade dos sintomas; 3) atividade crônica contínua e 4) atividade crônica intermitente (PIZARRO G, et al., 2017; HIGASHIYAMA M, et al., 2019). Fumar é considerado fator de proteção para a RCU. Sugere-se que este seria um fator de proteção ambiental, propondo que a retirada do efeito imunossupressor do tabagismo desencadearia o aparecimento da doença em um indivíduo geneticamente suscetível (PIZARRO G, et al., 2017; POPOV J, et al., 2021).

A extensão e duração da atividade da doença está associada a um risco aumentado de neoplasia. O risco de desenvolver câncer associado à colite começa a aumentar 8 a 10 anos após o diagnóstico de RCU. Estudos estimaram um risco de 2% em 10 anos, 8% em 20 anos e 18% em 30 anos. A relação entre RCU e neoplasia de cólon influenciou o desenvolvimento de diretrizes de prática clínica, com maior vigilância endoscópica recomendada entre pacientes com RCU a partir de 8 anos após o diagnóstico inicial (POPOV J, et al., 2021; FUMERY M, et al., 2018).

Além da extensão da doença, os principais fatores de risco para displasia/câncer colorretal na RCU incluem a duração da doença; inflamação endoscópica ou histológica ativa; presença de estenose ou pólipos pós-inflamatórios; história familiar de câncer colorretal; e colangite esclerosante primária associada (um distúrbio inflamatório crônico do ducto biliar que afeta 3-7% dos pacientes com RCU) (SEGAL JP, et al., 2021).

Sempre que um tratamento é iniciado ou mudado para outro tipo de tratamento, e principalmente quando se inicia o tratamento com qualquer agente biológico, a resposta deve ser verificada por endoscopia em três a seis meses. O objetivo do tratamento é a cicatrização da mucosa documentada endoscopicamente, mesmo que isso não possa ser alcançado em todos os pacientes. Se a endoscopia não estiver disponível, a resposta ao tratamento deve ser julgada com o auxílio de parâmetros substitutos objetivos, como a redução ou normalização da calprotectina fecal ou a normalização da espessura da parede intestinal medida por ultrassonografia (KURCHAZIK T, et al., 2020; HIGASHIYAMA M, et al., 2019).

A escolha do tratamento é baseada no padrão de acometimento da doença e no grau de sua atividade clínica. A Mesalazina, também conhecida como ácido 5-aminossalicílico (5-ASA), é um pilar da farmacoterapia para RCU. Pode ser administrado por via oral ou retal na forma de supositório, espuma ou enema, sendo útil não apenas para induzir a remissão, mas também como terapia de manutenção (KURCHAZIK T, et al., 2020; FUMERY M, et al., 2018).

Doença de Crohn

A Doença de Crohn é uma doença intestinal inflamatória crônica, cuja inflamação pode acometer todo o intestino, mas principalmente o íleo distal. Pacientes com DC experimentam períodos de surtos e períodos de remissões durante o curso da doença (PETAGNA L, et al., 2020). Os sintomas comuns incluem diarreia, dor abdominal, sangramento retal, febre, perda de peso e fadiga (VEAUTHIER B e HORNECKER JR, 2019).

A DC afeta 1,5-213 pessoas por 100.000, dependendo da localização geográfica e estilo de vida (SENSI B, et al. 2020). Descrita pela primeira vez nos Estados Unidos em 1932, a doença de Crohn foi cada vez mais diagnosticada na Europa e na América do Norte durante o século 20, onde se acredita que cerca de 0,5% da população seja afetada. Mais recentemente, foi reconhecida nos países de renda média-alta em rápido desenvolvimento do Leste Asiático e América do Sul, com taxas de prevalência tão altas quanto 24 por 100.000 no Brasil (RAJBHANDARI R, et al., 2020).

Não há cura para a doença e os pacientes precisam de tratamento por toda a vida (ZHOU WP, et al., 2021). Sua patogênese resulta das interações de fatores ambientais, sistema imunológico, genes de suscetibilidade e alterações do microbioma do hospedeiro, levando à ruptura da mucosa intestinal. O papel das células inflamatórias na manutenção de uma doença ativa é bem conhecido e a maioria das terapias visa interromper a cascata de citocinas inflamatórias e pró-inflamatórias (PETAGNA L, et al., 2020).

Alguns estudos descobriram que a DC resulta principalmente da inflamação crônica dos linfócitos T, especialmente das células T CD4+. Como células mediadoras da imunidade humoral, os linfócitos B não participam da ocorrência e desenvolvimento da DC. As células T CD4+ são os principais linfócitos efetores no tecido inflamatório intestinal (LI N e SHI RH, 2018).

Os dados atuais sugerem uma interação entre a suscetibilidade genética e fatores ambientais no desenvolvimento da doença de Crohn. Foram identificados loci genéticos que aumentam o risco. Por exemplo, a homozigotidade para o gene NOD2 mostrou um risco 20 a 40 vezes maior de desenvolver a doença de Crohn. Os fatores ambientais associados ao aumento do risco incluem tabagismo, uso de contraceptivos orais, uso de antibióticos, uso regular de anti-inflamatórios não esteroides e ambiente urbano. Fatores associados à diminuição do risco incluem exposição a animais de estimação e animais de fazenda, compartilhamento de quarto, ter mais de dois irmãos, alto consumo de fibras, consumo de frutas e atividade física (VEAUTHIER B e HORNECKER JR, 2019; MATSUOKA K, et al., 2018).

A inflamação crônica está associada ao acúmulo de dano tecidual que pode levar a complicações da doença, como estenoses, fístulas e ressecções cirúrgicas. Até metade dos pacientes com DC apresentará uma complicação da doença que requer cirurgia dentro de 10 anos após o diagnóstico (UNGARO RC, et al., 2020). Como a inflamação da DC tende a se desenvolver nos intestinos delgado e grosso (especialmente no íleo terminal) e na região perianal, a DC é dividida em tipo ileal, tipo colônico e tipo ileocolônico (MATSUOKA K, et al., 2018).

A cavidade oral está envolvida em 0,5% a 20% dos pacientes com DC, apresentando apresentações clínicas variáveis, como edema labial, paralelepípedos na mucosa, marcas mucosas, mucogengivite, úlceras profundas lineares ou aftosas, mucosas abscessos e queilite angular (CHANG J, et al., 2019).

Os testes laboratoriais têm vários propósitos para a avaliação da doença de Crohn, incluindo diagnóstico, monitoramento da atividade da doença e rastreamento de efeitos adversos e eficácia de medicamentos. A calprotectina fecal é um teste razoável para descartar a doença de Crohn em adultos (sensibilidade de 83% a 100%; especificidade de 60% a 100%) e crianças (sensibilidade de 95% a 100%; especificidade de 44% a 93%) com sintomas equívocos, e pode poupá-los de testes mais invasivos (VEAUTHIER B e HORNECKER JR, 2018).

Quando o diagnóstico de doença de Crohn é considerado, um hemograma completo; um painel metabólico completo; teste de gravidez; nível de proteína C reativa; taxa de sedimentação de eritrócitos; e estudos de fezes para *Clostridium difficile*, óvulos e parasitas, e a cultura pode ser útil. Os resultados podem fornecer informações para apoiar o diagnóstico, identificar a gravidade da doença ou determinar diagnósticos alternativos. A medição da proteína C reativa, calprotectina fecal e lactoferrina nas fezes pode ajudar a avaliar a atividade da doença e potencialmente limitar a necessidade de endoscopia nas decisões de manejo da doença (VEAUTHIER B e HORNECKER JR, 2018; FINAMORE A, et al., 2020).

O tratamento da DC é multidisciplinar: o tratamento clínico é focado na cicatrização endoscópica, a qual é primordial para melhorar as taxas de remissão e o risco de complicações a longo prazo; a cirurgia mantém um papel fundamental no tratamento de complicações como estenoses, perfurações, fístulas e abscessos. A recorrência cirúrgica é conhecida por afligir mais de 80% dos pacientes operados (PETAGNA L, et al., 2020;

UNGARO RC, et al., 2020). Como 75% dos pacientes com DC apresentam lesões de intestino delgado, sua avaliação também é importante, assim como a avaliação da inflamação transmural e complicações extra-intestinais (TAKENAKA K, et al., 2020).

O manejo farmacológico inclui corticosteroides, imunomoduladores e biológicos. Os corticosteroides sistêmicos apresentam rápido início de ação e são indicados para induzir a remissão. Recomendam-se cursos de redução gradual de prednisona, com doses iniciais de 40 a 60 mg com base na gravidade da doença. Dependendo da resposta e da rapidez com que a remissão é alcançada, primeiro diminuir em 5 mg por semana até que o paciente atinja uma dose de 20 mg e, em seguida, diminuir em 2,5 a 5 mg por semana até a descontinuação é uma estratégia apropriada (VEAUTHIER B e HORNECKER JR, 2018).

Como os corticosteroides não mantêm a remissão, os efeitos adversos são comuns e, como as complicações perforantes são maiores, eles são mais frequentemente usados para tratar os surtos de sintomas enquanto os pacientes fazem a transição para terapias mais eficazes (PETAGNA L, et al., 2020; VEAUTHIER B e HORNECKER JR, 2018).

Tiopurinas e metotrexato são os imunomoduladores usados na doença de Crohn. Os imunomoduladores têm um início de ação relativamente lento, mas são frequentemente usados como adjuvante por seus efeitos poupadores de esteroides. As tiopurinas são usadas para manter a remissão na DC moderada, geralmente em combinação com esteróides (PETAGNA L, et al., 2020; VEAUTHIER B e HORNECKER JR, 2018).

Em pacientes de risco moderado a alto, a azatioprina combinada com agentes antifator de necrose tumoral (TNF), como o infliximabe (Remicade), demonstrou maior eficácia em relação a qualquer agente usado sozinho. Essa combinação diminui a exposição aos corticosteróides, resultando em menos efeitos adversos, e reduz a taxa de imunogenicidade contra agentes anti-TNF. Com base em evidências mais limitadas, o metotrexato também pode ser usado para indução ou manutenção da remissão; no entanto, o tempo de resposta clínica deve ser considerado. Incluídos nos efeitos colaterais estão hepatotoxicidade e mais raramente mielossupressão; são proibidos durante a gravidez por serem teratogênicos e abortivos (VEAUTHIER B e HORNECKER JR, 2018; ADEGBOLA SO, et al., 2018).

Vários anticorpos monoclonais foram aprovados para o tratamento da doença de Crohn: agentes anti-TNF, agentes anti-integrina e terapia com anticorpos anti-interleucina-12/23p40. Qualquer agente que induza a remissão deve ser continuado para manutenção. Todos os anticorpos monoclonais aumentam o risco de certos tipos de câncer e infecções, incluindo a reativação da tuberculose. Apesar desses riscos, uma meta-análise recente indica que os pacientes são mais propensos a continuar o tratamento com biológicos do que com imunomoduladores devido à maior eficácia e tolerabilidade (FINAMORE A, et al., 2020; PETAGNA L, et al., 2020; VEAUTHIER B e HORNECKER JR, 2018).

Agentes anti-TNF, como certolizumabpegol (Cimzia), adalimumab (Humira) e infliximab, induzem e mantêm a remissão em pacientes de risco moderado a alto, ou em pacientes com resposta inadequada a corticosteroides e imunomoduladores. O início da ação e o benefício clínico são frequentemente observados dentro de duas semanas após o início da terapia. A eficácia geral dos agentes anti-TNF é maior quando administrados dentro de dois anos do início da doença (PETAGNA L, et al., 2020; VEAUTHIER B e HORNECKER JR, 2018).

A ressecção cirúrgica do intestino doente surgiu como o procedimento de escolha para a maioria dos pacientes com DC do íleo terminal ou com ileocolite, incluindo casos complicados. Avanços nos cuidados perioperatórios, como melhora nutricional, anestesia e administração de fluidos e eletrólitos, garantiram melhorias e segurança na cirurgia de DC. A consciência da DC como uma afecção panentérica e, sobretudo, a evidência da inevitável recorrência e possível desenvolvimento da síndrome do intestino curto devido a cirurgias repetidas, sugeriam a adoção de uma política conservadora, evitando ressecções amplas (PETAGNA L, et al., 2020; MEIMA-VAN EMP, et al., 2021).

A cirurgia minimamente invasiva também é uma possibilidade no tratamento cirúrgico da DC, sendo amplamente aceita na atualidade como a abordagem de primeira linha para, na presença de experiência adequada. A laparoscopia demonstrou vantagens em termos de estética e recuperação pós-operatória e garantiu algumas vantagens a longo prazo, incluindo menos hérnias incisionais, menos aderências e um

impacto significativo na fertilidade feminina; porém não mostrou nenhuma diferença clara no tempo de recorrência foi encontrada. Do ponto de vista cirúrgico, a recorrência da DC deve ser considerada como uma consequência inevitável (PETAGNA L, et al., 2020; ADAMINA M, et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças inflamatórias intestinais, Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn, são doenças autoimunes, crônicas, que apresentam períodos de remissão e recidivas e das quais não se conhece a etiologia. A RCU afeta a mucosa colônica e do reto de forma contínua formando erosões e/ou úlceras. Enquanto a DC é caracterizada por acometimento descontínuo com inflamação granulomatosa transmural e/ou fístula, podendo afetar qualquer região do trato digestório, da boca ao ânus, mas principalmente as regiões ileocecal e perianal. Dessa forma, torna-se essencial o conhecimento e diferenciação entre essas doenças a fim de propiciar diagnóstico e tratamento adequados.

REFERÊNCIAS

1. ADAMINA M, et al. O ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. *J Crohns Colitis*, 2020; 14(2): 155-168.
2. ADEGBOLA SO, et al. Anti-TNF Therapy in Crohn's Disease. *Int J Mol Sci*, 2018; 19(8): 2244.
3. BRULAND T, et al. Host-Viral Interactions in the Pathogenesis of Ulcerative Colitis. *Int J Mol Sci*, 2021;22(19):10851.
4. CARVALHO CL, et al. Doenças inflamatórias intestinais: uma abordagem geral. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 2022; 2: e9650.
5. CHANG J, et al. Crohn's disease initiated with extraintestinal features. *BMJ Case Rep*, 2019; 12(4): e229916.
6. DRANGA M, et al. Anemia in Crohn's Disease-The Unseen Face of Inflammatory Bowel Disease. *Medicina (Kaunas)*, 2021; 57(10): 1046.
7. FERREIRA GS, et al. Fisiopatologia e etiologias das doenças inflamatórias intestinais: uma revisão sistemática de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(4): 17061-17076.
8. FINAMORE A, et al. Salivary Stress/Immunological Markers in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. *Int J Mol Sci*, 2020; 21(22): 8562.
9. FUMERY M, et al. Natural History of Adult Ulcerative Colitis in Population-based Cohorts: A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2018; 16(3): 343-356.
10. HIGASHIYAMA M, et al. Management of elderly ulcerative colitis in Japan. *J Gastroenterol*, 2019; 54(7):571-586.
11. KURCHAZIK T, et al. Ulcerative Colitis-Diagnostic and Therapeutic Algorithms. *DtschArztebl Int.* 2020; 117(33-34): 564-574.
12. LI N, SHI RH. Updated review on immune factors in pathogenesis of Crohn's disease. *World J Gastroenterol.*, 2018; 24(1): 15-22.
13. MATSUOKA K, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol.*, 2018; 53(3): 305-353.
14. MEIMA-VAN EMP, et al. Surgical management of Crohn's disease: a state of the art review. *Int J Colorectal Dis*, 2021; 36(6): 1133-1145.
15. PASSOS MAT, et al. The Importance of Colonoscopy in Inflammatory Bowel Diseases. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 2018; 31 (02): e1374.
16. PABLA BS, SCHWARTZ DA. Assessing Severity of Disease in Patients with Ulcerative Colitis. *Gastroenterol Clin North Am.*, 2020; 49(4): 671-688.
17. PETAGNA L, et al. Pathophysiology of Crohn's disease inflammation and recurrence. *Biol Direct.*, 2020; 15(1): 23.
18. PIZARRO G, et al. Prognostic factors of ulcerative colitis at the moment of diagnosis. *Rev Med Chil*, 2017; 145(10): 1319-1329.
19. POPOV J, et al. Microbiota-Immune Interactions in Ulcerative Colitis and Colitis Associated Cancer and Emerging Microbiota-Based Therapies. *Int J Mol Sci*, 2021; 22(21):11365.
20. PRAVDA J. Can ulcerative colitis be cured? *Discov Med*, 2019; 27(149): 197-200.
21. RAJBHANDARI R, et al. Crohn's disease in low and lower-middle income countries: A scoping review. *World J Gastroenterol*, 2020; 26(43): 6891-6908.
22. SANTOS ALC, et al. Nutritional therapy for inflammatory bowel diseases: Crohn's disease and ulcerative colitis. *Research, Society and Development*, 2021; 10(7): e11410716660.
23. SEGAL JP, et al. Ulcerative colitis: an update. *Clin Med (Lond)*, 2021; 21(2): 135-139.

24. SENSI B, et al. The Role of Inflammation in Crohn's Disease Recurrence after Surgical Treatment. *J Immunol Res*, 2020; 2020: 8846982.
25. SEYEDIAN SS, et al. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *J Med Life*, 2019; 12(2): 113-122.
26. TAKENAKA K, et al. Objective evaluation for treat to target in Crohn's disease. *J Gastroenterol*. 2020; 55(6): 579-587.
27. UNGARO RC, et al. Systematic review and meta-analysis: efficacy and safety of early biologic treatment in adult and paediatric patients with Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*, 2020; 51(9): 831-842.
28. VASCONCELOS RS, et al. Qualidade de vida de pacientes com doença inflamatória intestinal: revisão integrativa. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 2018; 16: e2118.
29. VEAUTHIER B, HORNECKER JR. Crohn's Disease: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*, 2018; 98(11): 661-669.
30. YAMAMOTO-FUROSHO JK, et al. The Mexican consensus on the diagnosis and treatment of ulcerative colitis. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*, 2018; 83(2): 144-167.
31. ZHOU WP, et al. Economic burden and factors associated with Crohn's disease. *Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 2021; 53(3): 555-559.