



Avaliação do período de tempo para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais

Assessment of the time period for diagnosis of inflammatory bowel diseases

Evaluation del tiempo para el diagnóstico de enfermedades inflamatorias intestinales

Caroline Torres Sampaio¹, Josilene Maria de Sousa¹, Vanessa Noeme Correa¹, Jozelda Lemos Duarte¹, Conceição de Maria de Sousa Coelho¹, Thaline Alves Elias da Silva¹, Murilo Moura Lima¹, José Miguel Luz Parente¹.

RESUMO

Objetivos: Avaliar o tempo para o diagnóstico das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) em um centro no nordeste do Brasil. **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e transversal. Foram coletados dados nos prontuários eletrônicos do hospital, incluindo pacientes acima de 18 anos atendidos de 2013 a 2021 e com diagnóstico confirmado de Doença de Crohn (DC) ou Retocolite Ulcerativa (RCU). **Resultados:** Foram incluídos 678 pacientes, dos quais 346 tinham RCU e 332 tinham DC. O tempo para o diagnóstico das DII teve média de 24,8 meses e mediana de 9,0 meses (variação de 1 mês a 432 meses). A mediana do atraso no diagnóstico da DC foi maior para os comportamentos B2 (estenosante), com 12 meses, e B3 (penetrante), com 20 meses. A mediana do atraso diagnóstico de RCU teve resultados estatisticamente significantes ($p < 0,05$) para a extensão da doença, com E3 (pancolite: 8,0 meses) $<$ E2 (colite esquerda: 9,0 meses) $<$ E1 (proctite: 9,5 meses). **Conclusão:** Os resultados deste estudo indicaram que o tempo para o diagnóstico das DII teve grande variação temporal e esses resultados foram influenciados pela extensão da RCU e pelo comportamento da DC. Esse atraso diagnóstico pode impactar negativamente no prognóstico das DII.

Palavras-chave: Doenças Inflamatórias Intestinais; Doença de Crohn, Retocolite Ulcerativa, Diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the time to diagnosis of Inflammatory Bowel Diseases (IBD) in a center in northeastern Brazil. **Methods:** Observational, retrospective and cross-sectional study. Data were collected from the hospital's electronics medical records, including patients over 18 years old who were treated from 2013 to 2021 and who had a confirmed diagnosis of Crohn's disease (CD) or ulcerative colitis (UC). **Results:** 678 patients were included, of which 346 had UC and 332 had CD. The time to diagnosis of IBD had an average of 24,8 months and a median of 9,0 months (range from 1 month to 432 months). The median CD diagnostic delay was greater for behaviors B2 (stenosing) with 12 months and B3 (penetrating) with 20 months. The median delay in diagnosis of UC had statistically significant results ($P < 0,05$) for the extent of the disease, with E3 (pancolitis: 8,0 months) $<$ E2 (left colitis: 9,0 months) $<$ E1 (proctitis: 9,5 months). **Conclusion:** The results of this study indicated that the time to diagnosis of IBD had a large temporal variation and these results were influenced by the extent of UC and the behavior of CD. This diagnostic delay can negatively impact the prognosis of IBD.

Keywords: Inflammatory Bowel Diseases, Cohn's disease, Ulcerative Colitis, Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el tiempo hasta el diagnóstico de enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en un centro del noreste de Brasil. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Los datos se recolectaron de los registros médicos electrónicos del hospital, incluidos los pacientes mayores de 18 años que fueron tratados de 2013 hasta 2021 y que tenían diagnóstico confirmado de enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU). **Resultados:** Se incluyeron 678 pacientes, de los cuales 346 tenían CU y 332 tenían EC. El tiempo hasta el diagnóstico de EII tuvo una media de 24,8 meses y un mediana de 9,0 meses (variación de 1 mes a

¹ Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina – PI.

432 meses). La mediana del retraso diagnóstico de la EC fue mayor para los comportamientos B2 (estenotante) con 12 meses y B3 (penetrante) con 20 meses. La mediana mediana de retraso en el diagnóstico de CU tuvo resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) para la extensión de la enfermedad, con E3 (pancolitis: 8,0 meses) < E2 (colitis izquierda: 9,0 meses) < E1 (proctitis: 9,5 meses). **Conclusión:** Los resultados de este estudio indicaron que el tiempo hasta el diagnóstico EII tuvo una gran variación temporal y estos resultados estuvieron influenciados por la extensión de la CU y el comportamiento de la EC. Este retraso diagnóstico puede impactar negativamente el pronóstico de la EII.

Palabras clave: Enfermedades Inflamatorias Intestinales, Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa, Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) são condições inflamatórias crônicas que acometem o trato gastrointestinal (TGI), tendo como principais fenótipos a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU). Estas enfermidades causam manifestações clínicas diversas, com predomínio de diarreia, dor abdominal, perda de peso e adinamia (YU YR e RODRIGUEZ JR, 2017). Na RCU também são sintomas comuns, além dos citados acima, fezes com sangue e muco, tenesmo e urgência evacuatória (MOLANDER P e YLÄNNE K, 2019).

A DC manifesta um processo inflamatório crônico, descontínuo e transmural, com possibilidade de evoluir com abscessos cavitários, fístulas e estenoses. Historicamente, a incidência e a prevalência das DII são mais elevadas em países desenvolvidos e de etnia caucasiana. Mais recentemente, tem sido observada elevação do número de casos destas enfermidades em todos os continentes e nas mais diversas etnias (ALATAB S, et al., 2020).

A taxa de prevalência global pode variar entre 46 a 57 casos por 100.000 pessoas nos países industrializados. No Brasil, em um estudo realizado em 2018 no Espírito Santo, a prevalência foi de 38,2 casos/100.000 habitantes (MARTINS AL, et al., 2018). Já em São Paulo, uma prevalência de 22,6 casos/100.000 habitantes foi encontrada por Victoria CR, et al. (2009) e um estudo realizado no Piauí por Parente JML, et al. (2015) a prevalência foi menor, de 2,8 casos/100.000 habitantes.

O diagnóstico de DII é estabelecido por uma combinação de parâmetros clínicos, laboratoriais e de exames endoscópicos e radiológicos. A elucidação diagnóstica é difícil devido à semelhança clínica que existe entre as DII e outras enfermidades abdominais, a necessidade de recursos diagnósticos de custo elevado, difícil acesso ao serviço de saúde em países em desenvolvimento e pouco treinamento ou expertise dos profissionais que atendem nos serviços primários de saúde para suspeição e investigação desta patologia, especialmente em regiões subdesenvolvidas. Nos países desenvolvidos, o tempo necessário para o diagnóstico das DII é significativamente inferior aos observados nos países em desenvolvimento. O tempo médio para o diagnóstico nos EUA é de 6,5 meses, enquanto na Europa pode ser de apenas 4,6 meses (NAHON P, et al., 2018). Isso contrasta com o tempo necessário para o diagnóstico na Ásia, que pode atingir até 18 meses, bem como no Brasil, onde pode alcançar até 35,5 meses em média, como foi evidenciado em estudo realizado no Piauí (BANERJEE R, et al., 2022 e PARENTE JML, et al., 2015).

O atraso no diagnóstico na DII pode resultar em dano progressivo do trato gastrointestinal e complicações como estenoses, doença penetrante e displasia e maior risco de internações ou cirurgias (DANESE S, et al., 2015). No Brasil, ainda há uma escassez de estudos a respeito do tempo de atraso no diagnóstico das DII, não sendo possível dimensionar esse tempo em âmbito nacional. Faz-se necessária a realização de mais estudos para melhor definição epidemiológica destas enfermidades e melhor programação de medidas públicas para diminuir esse tempo para diagnóstico de DII e, conseqüentemente, melhorar o tratamento e prognóstico desses pacientes (PARENTE JML, et al., 2015).

O objetivo deste trabalho foi avaliar o tempo para o diagnóstico das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) em um centro no nordeste do Brasil nestes primeiros anos do Século XXI.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e transversal, que foi aprovado pelas instâncias administrativas e Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com número do parecer do CEP 5.053.057 e número do certificado de apresentação de apreciação ética (CAAE) 52112721.5.0000.8050. Os dados primários foram coletados nos prontuários médicos eletrônicos dos pacientes que fazem tratamento para Doenças Inflamatórias Intestinais, incluindo Doença de Crohn (CID K50) e Retocolite Ulcerativa (CID K51) e que iniciaram o seguimento clínico na instituição no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2021. O período de recrutamento ocorreu entre setembro e dezembro de 2022. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Foram excluídos todos os pacientes com diagnóstico de colite indeterminada ou com diagnóstico de outras doenças do trato gastrointestinal que faz diagnóstico diferencial com DII, bem como pacientes com qualquer alteração cognitiva ou que não deram o consentimento livre e informado para participação no estudo.

O diagnóstico de DII foi estabelecido de acordo com os critérios universalmente reconhecidos para estas enfermidades, incluindo os aspectos clínicos e laboratoriais, características endoscópicas, achados anatomopatológicos e exames radiológicos. O tempo necessário para efetivação do diagnóstico das DII foi considerado o período compreendido entre o início das manifestações clínicas até a data em que foi efetivamente realizado o diagnóstico de Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa.

RESULTADOS

Foram incluídos 678 pacientes, dos quais 346 (51,0%) tinham RCU e 332 (49,0%) tinham DC. Em relação ao sexo da população total com DII estudada, 352 (51,9%) eram do sexo feminino; no grupo de pacientes com DC, o sexo masculino foi mais prevalente, com 176 (53,0%) indivíduos, enquanto no grupo de pacientes com RCU houve predomínio de pacientes do sexo feminino 196 (56,6%) indivíduos. No total de pacientes com DII, a faixa etária decenal com maior frequência foi de 21 a 30 anos, com 187 (27,6%) indivíduos, seguido da faixa etária entre 31 a 40 anos, com 169 (24,9%) indivíduos. Este padrão de acometimento em adultos jovens foi observado tanto para os pacientes com Doença de Crohn quanto para aqueles com Retocolite Ulcerativa (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características demográficas dos pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais (total da amostra), de acordo com o fenótipo clínico de Doença de Crohn (DC) ou Retocolite Ulcerativa (RCU), sexo, faixa etária, raça e local de residência (urbana ou rural).

Características Demográficas	DII		Total DII n (%)	p - valor	OR (IC 95%)
	DC n (%)	RCU n (%)			
População	332 (49,0)	346 (51,0)	678 (100)	0,0147	Referência para o cálculo
Sexo					
Masculino	176 (53,0)	150 (43,4)	326 (48,1)		
Feminino	156 (47,0)	196 (56,6)	352 (51,9)		1,47 (1,09-2,00)
Faixa etária (anos)				<0,0001	Referência para o cálculo
Até 20	44 (13,3)	36 (10,4)	80 (11,8)		
De 21 a 30	113 (34,0)	74 (21,4)	187 (27,6)		
De 31 a 40	78 (23,5)	91 (26,3)	169 (24,9)		
De 41 a 50	57 (17,2)	68 (19,7)	125 (18,4)		
De 51 a 60	22 (6,6)	46 (13,3)	68 (10,0)		
De 61 a 70	8 (2,4)	27 (7,8)	35 (5,2)		
>71	10 (3,0)	4 (1,2)	14 (2,1)		0,49 (0,14-1,69)
Raça				0,23	Referência para o cálculo
Miscigenada	265 (79,8)	295 (85,3)	560 (82,6)		
Branca	46 (13,9)	31 (9,0)	77 (11,4)		
Negra	16 (4,8)	15 (4,3)	31 (4,6)		
Amarela	5 (1,5)	5 (1,4)	10 (1,5)		
Residência				0,01	Referência para o cálculo
Urbana	305 (91,9)	295 (85,3)	600 (88,5)		
Rural	27 (8,1)	51 (14,7)	78 (11,5)		1,95 (1,19 - 3,20)

Fonte: Sampaio CT, et al., 2025.

A Classificação de Montreal considera as variáveis idade no momento do diagnóstico (“A” de Montreal), localização da doença (“L” de Montreal) e comportamento (“B” de Montreal). Em relação à idade do diagnóstico em pacientes com DC, houve predomínio absoluto no período A2, qual seja, pacientes entre 17 e 40 anos de idade, com 217 (65,4%) pacientes (**Tabela 2**).

Os resultados da localização da DC, de acordo com a classificação de Montreal, mostraram que houve maior número de pacientes com envolvimento colônico, quando foram considerados as localizações L2, L3, L2+L4 e L3+L4, uma vez que em todas estas situações houve acometimento do intestino grosso, totalizando 242 (73,9%) indivíduos. Em segundo lugar, foi observado o envolvimento do íleo distal nas diferentes maneiras de acometimento, quer seja isoladamente (L1) ou associado ao acometimento colônico (L1 + L2) ou do TGI superior (L1 + L4 e L3 + L4), totalizando 199 (59,9%) dos casos. Os comportamentos B2 (estenosante) e B3 (penetrante), isoladamente, ocorreram em 25 (7,5%) e 26 (7,8%), respectivamente, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Por outro lado, foi observado o envolvimento perianal em 81 (24,5%) dos pacientes (**Tabela 2**).

A análise do tempo necessário para a efetivação do diagnóstico da DC demonstrou que a média foi de 29,5 meses e a mediana de 11,0 meses. Quando foram analisados os dados do tempo necessário para a efetivação do diagnóstico de acordo com os subtipos de localização da DC, de acordo com a classificação de Montreal, foram observados resultados heterogêneos, mas não houve diferença estatisticamente significante entre os diversos subgrupos ($p = 0,28$). Pelos resultados obtidos, os pacientes mais jovens não são diagnosticados mais brevemente do que os mais velhos, assim como a localização da doença não interfere no tempo de diagnóstico (**Tabela 3**).

Quando foram analisados os dados do tempo para a efetivação do diagnóstico de acordo com o comportamento da DC, houve diferença estatisticamente significativa entre os diversos comportamentos desta enfermidade ($p = 0,01$). Pelo teste de comparações múltiplas observou-se que o tempo para o diagnóstico diferiu entre os comportamentos B1 e B2 ($p = 0,0097$) e entre B1 e B3 ($p = 0,0426$). Dessa forma, o tempo para a efetivação do diagnóstico nos pacientes com o comportamento estenosante e penetrante foi significativamente maior quando comparados com o comportamento não estenosante (**Tabela 3**).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes com Doença de Crohn, de acordo com a Classificação de Montreal.

Variáveis	Masculino	Feminino	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Idade no diagnóstico (A: age)			
A1 (≤ 16 anos)	13 (9,8)	5 (2,5)	18 (5,4)
A2 (17- 40 anos)	130 (65,4)	87 (65,3)	217 (65,4)
A3 (> 40 anos)	33 (24,8)	64 (32,2)	97 (29,2)
P-valor	$< 0,0001$	$< 0,0001$	$< 0,0001$
Localização (L: location)			
L1 (íleo terminal)	46 (26,2)	27 (16,8)	73 (21,0)
L2 (cólon e reto)	53 (30,1)	65 (41,9)	118 (36,0)
L3 (íleo distal e cólon)	59 (33,5)	54 (34,8)	113 (34,5)
L4 (TGI superior isolado)	5 (2,8)	0 (0)	5 (1,5)
L1 + L4 (íleo distal + TGI superior)	5 (2,8)	7 (4,5)	12 (3,6)
L2 + L4 (cólon + + TGI superior)	4 (2,3)	2 (1,3)	6 (1,8)
L3 + L4 (íleo distal-cólon + TGI superior)	4 (2,3)	1 (0,6)	5 (1,6)
P-valor	$< 0,0001$	$< 0,0001$	$< 0,0001$
Comportamento (B: behavior)			
B1 (não estenosante, não penetrante)	100 (56,8)	100 (64,1)	200 (60,2)
B2 (estenosante)	24 (13,6)	1 (0,6)	25 (7,5)
B3 (penetrante)	13 (7,4)	13 (8,3)	26 (7,8)
B1p, B2p e B3p (perianal)	39 (22,2)	42 (26,9)	81 (24,5)
P-valor	$< 0,0001$	$< 0,0001$	$< 0,0001$

Notas. TGI: trato gastrointestinal superior.

Fonte: Sampaio CT, et al., 2025.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes com Doença de Crohn de acordo com a classificação de Montreal e o tempo (mediana) para a efetivação do diagnóstico (em meses).

Variáveis	Tempo para a efetivação do diagnóstico	p-valor
	(mediana ± IIQ)	
Idade no diagnóstico		
A1 (≤ 16 anos)	7,5 ± 6,75	0,18
A2 (17- 40 anos)	12 ± 20	
A3 (> 40 anos)	9 ± 26	
Localização		
L1 (íleo terminal)	12 ± 18	0,28
L2 (cóloons e reto)	9 ± 17	
L3 (íleo distal e cólon)	12 ± 26	
L4 (TGI superior isolado)	6 ± 5	
L1 + L4 (íleo distal + TGI superior)	10 ± 69,8	
L2 + L4 (cóloons + + TGI superior)	45 ± 19,5	
L3 + L4 (íleo distal-cóloons + TGI superior)	6 ± 9	
Comportamento		
B1 (não estenosante, não penetrante)	9 ± 18	0,01
B2 (estenossante)	12 ± 31	
B3 (penetrante)	20 ± 81,8	
B3p (penetrante - doença perianal)	9,5 ± 45	

Notas: TGI: trato gastrointestinal superior; IIQ: intervalo interquartilico. Análise estatística: teste de *Kruskal-Wallis*. **Fonte:** Sampaio CT, et al., 2025.

Os resultados obtidos de todos os pacientes com RCU, quando foram analisados os dados da idade, mostraram que houve predomínio de pacientes que tiveram o diagnóstico da doença no período A2 de Montreal, adaptada, (entre 17 e 40 anos de idade), com 190 (54,9%) indivíduos. Em segundo lugar, o diagnóstico foi realizado em indivíduos no período A3 de Montreal, adaptada, (> 40 anos de idade), com 145 (41,9) pacientes.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes com Retocolite Ulcerativa de acordo com a classificação de Montreal (adaptada) e o sexo.

Variáveis	Masculino	Feminino	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Idade no diagnóstico (A: age)			
A1 (≤ 16 anos)	7 (4,7)	4 (2,0)	11 (3,2)
A2 (17- 40 anos)	84 (56,0)	106 (54,1)	190 (54,9)
A3 (> 40 anos)	59 (39,3)	86 (43,9)	145 (41,9)
P-valor	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Extensão (E: extension)			
E1 (proctite)	36 (24,0)	68 (34,7)	104 (30,0)
E2 (colite esquerda)	57 (38,0)	70 (35,7)	127 (36,7)
E3 (pancolite)	57 (38,0)	58 (29,6)	115 (33,3)
P-valor	0,528	0,531	0,317
Gravidade (S: severity)			
S1 (atividade clínica leve)	31 (20,7)	61 (31,1)	92 (26,7)
S2 (atividade clínica moderada)	43 (28,7)	64 (32,7)	107 (31,0)
S3 (atividade clínica grave)	76 (50,6)	70 (36,2)	146 (42,3)
P-valor	< 0,0001	0,723	0,001

Fonte: Sampaio CT, et al., 2025.

Por outro lado, foi encontrado apenas um pequeno número de pacientes que tiveram o diagnóstico com idade no período A1 (≤ 16 anos). O fato de ter sido detectado uma frequência menor do período de idade A1 (≤ 16 anos), da mesma forma que foi observado entre os pacientes com DC, pode ser atribuído às características do HU-UFPI de fazer atendimento na população com idade igual ou superior a 18 anos.

Os resultados quanto à extensão do comprometimento da RCU mostraram que não houve diferença estatística significativa ($p = 0,317$) entre os subgrupos E1 (proctite), E2 (colite esquerda) e E3 (pancolite). Já os resultados relacionados a gravidade dos pacientes com RCU mostraram que houve diferença estatística significativa ($p = 0,001$) entre os três subgrupos: 92 (26,7%) pacientes no subgrupo S1 (atividade clínica leve), 107 (31,0%) pacientes no subgrupo S2 (atividade clínica moderada) e 146 (42,3%) pacientes no subgrupo S3 (atividade clínica grave) (**Tabela 4**).

A análise do tempo necessário para a efetivação do diagnóstico da RCU demonstrou que a média foi de 20,3 meses e a mediana de 9,0 meses. Quando foram analisados os dados do tempo para a efetivação do diagnóstico de acordo com a classificação de Montreal para o componente “idade” (“A: age”), não houve diferença estatística significativa nos três subgrupos, cujas medianas variaram de 6,0 a 9,0 meses ($p = 0,25$). Os resultados indicaram que a idade dos pacientes não influenciou no tempo para a realização do diagnóstico de RCU.

A gravidade da RCU também não teve influência no tempo necessário para a efetivação do diagnóstico, uma vez que não houve diferença estatística significativa entre os subgrupos, cujas medianas variaram de 8,0 a 9,0 meses ($p = 0,09$). Por outro lado, houve diferença estatística significativa quando foram comparados os tempos para a efetivação do diagnóstico e a extensão (componente “E - extensão) da RCU ($p = 0,04$). Pelo teste de comparações múltiplas observou-se que o tempo de atraso diferiu entre os pacientes com extensão E1 (proctite) e E3 (pancolite) ($p = 0,0105$). Estes resultados indicaram que os pacientes com pancolite demoram menos tempo para confirmação diagnóstica quando comparados com os pacientes com proctite (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes com Retocolite Ulcerativa de acordo com a classificação de Montreal (adaptada) e o tempo (mediana) para a efetivação do diagnóstico (em meses).

Variáveis	Tempo para a efetivação do diagnóstico	p-valor
	(mediana \pm IIQ)	
Idade no diagnóstico (A: age)		
A1 (≤ 16 anos)	6 \pm 8,5	0,25
A2 (17- 40 anos)	9 \pm 10,5	
A3 (> 40 anos)	9 \pm 15	
Extensão (E: extension)		
E1 (proctite)	9,5 \pm 18	0,04
E2 (colite esquerda)	9 \pm 9,5	
E3 (pancolite)	8 \pm 11,5	
Gravidade (S: severity)		
S1 (atividade clínica leve)	9 \pm 16,5	0,09
S2 (atividade clínica moderada)	8 \pm 8	
S3 (atividade clínica grave)	9 \pm 11,8	

Notas IIQ: intervalo interquartil. Análise estatística: teste de *Kruskal-Wallis*. Na classificação de Montreal original não há o subgrupo A (age).

Fonte: Sampaio CT, et al., 2025.

Na **Tabela 6** estão apresentados os pacientes com DII (DC e RCU), distribuídos em intervalos de cinco anos, de acordo com o ano da confirmação do diagnóstico. O tempo médio de diagnóstico das DII neste estudo foi de 24,8 meses, enquanto a mediana foi de 9 meses. Esta diferença entre média e mediana ocorreu porque houve grande heterogeneidade quanto ao tempo para a efetivação do diagnóstico, que variou de 1 mês (tempo mínimo) a 432 meses (tempo máximo).

A análise sugere uma tendência de redução no tempo de atraso de diagnóstico, sendo evidente no intervalo de 2016 a 2020. Contudo, no ano de 2021 nota-se um aumento no tempo de diagnóstico com mediana de 12 meses devido a ocorrência da pandemia da COVID-19 decretada em março de 2020, que impactou na assistência aos pacientes com estas enfermidades inflamatórias.

Tabela 6 - Pacientes com DII (RCU, DC) distribuídos em intervalos de 5 anos, durante o período de 1985 a 2021, com as análises do tempo para a efetivação do diagnóstico, tomando as medidas de tempo mínimo, tempo máximo, média e mediana (meses).

Períodos	Medidas						
	N	Tempo mínimo	Tempo máximo	média	mediana	desvio padrão	IIQ
1985-1990	1	9	9	9,00	9,0	-	-
1991-1995	7	4	36	12,00	9,0	10,77	1,5
1996-2000	39	1	288	39,25	12,0	65,80	32,5
2001-2005	50	2	240	21,66	9,0	45,19	6,0
2006-2010	149	3	360	23,70	9,0	46,67	9,0
2011-2015	254	1	360	23,67	9,0	42,48	19,0
2016-2020	173	1	432	25,62	8,0	53,02	16,0
2021	5	1	48	19,40	12,0	18,11	14,0
N total	678	1	432	24,82	9,0	47,71	18,8

Notas DII: Doenças Inflamatórias Intestinais; RCU: Retocolite Ulcerativa; DC: Doença de Crohn; n: número de casos em cada ano; IIQ: intervalo interquartil. **Fonte:** Sampaio CT, et al., 2025.

DISCUSSÃO

As Doenças Inflamatórias Intestinais são mais frequentemente encontradas nos países desenvolvidos. No entanto, nas últimas décadas houve um aumento significativo nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos há bancos de dados sobre as condições de saúde da população bem estruturados e com ampla cobertura, enquanto nos países em desenvolvimento as informações sobre a saúde geralmente apresentam falhas ou imprecisões, o que compromete a veracidade sobre os dados epidemiológicos. Os estudos epidemiológicos sobre as DII no Brasil também são escassos e os resultados apresentados em estudos regionais podem servir como base para melhor entendimento do impacto dessas enfermidades no nosso país.

Neste estudo unicêntrico realizado no HU-UFPI, que é um centro de referência para o atendimento dos pacientes com DII no Estado do Piauí e na região Nordeste brasileira, foi detectado um aumento da frequência tanto de Doença de Crohn quanto de Retocolite Ulcerativa nas últimas quatro décadas. Quando analisados os números totais de pacientes com DII, houve distribuição semelhante entre as duas enfermidades, Doença de Crohn (49,0%) e Retocolite Ulcerativa (51,0%). Esses resultados são consistentes com os estudos recentes de Gasparini RG, et al. (2018), realizado em São Paulo, sendo 46,16% com DC e 53,84% com RCU e com os estudos de Moreira AL, et al. (2019) baseados nos dados de prescrição de medicamentos presentes no DATASUS, sendo 41% com DC e 59% com RCU.

Nesse estudo, a faixa etária de maior frequência de pacientes com DII foi de 21 a 30 anos, com 187 (27,6%) indivíduos, seguido da faixa etária entre 31 a 40 anos, com 169 (24,9%) indivíduos. Observou-se que os extremos de faixa etária, menos de 20 anos e acima de 71 anos, apresentaram as menores taxas de indivíduos acometidos com a doença. Esses dados corroboram com os estudos de Mak WY, et al. (2020) que descreveram o pico de incidência na faixa etária entre 20 a 30 anos nos países da Europa Ocidental, América do Norte e Oceania e de Parente JML, et al. (2015) no Piauí. Além disso, a Ásia apresentou uma distribuição etária semelhante, pois a idade média de diagnóstico da DC foi de 32 anos e a de RCU foi de 42 anos (MAK WY, et al., 2020).

A classificação de Montreal na DC leva em consideração três variáveis: a idade dos pacientes quando do diagnóstico, a localização topográfica da doença e o seu comportamento. Neste estudo, foi observado um houve predomínio absoluto no período A2 na Classificação de Montreal, qual seja, pacientes entre 17 e 40 anos de idade, de ambos os sexos. Estes dados se assemelham aos achados relatados por Parente JML, et al. (2015), que foi realizado no HU-UFPI em período anterior ao presente estudo, e por Torres U dos S, et al. (2010), que foi realizado na região noroeste do Estado de São Paulo. Quanto ao seguimento do TGI acometido por DC, houve maior acometimento de L2, ou seja, cólons e reto. Considerando o comportamento da Doença de Crohn, o fenótipo não estenosante/não penetrante teve maior predominância de casos, com cerca de

60,2% dos indivíduos, com semelhança ocorrência em ambos os sexos. Nossos resultados são consistentes com estudo de coorte realizado no Chile em 2016, (SIMIAN D, et al., 2016). Quando foi avaliado o acometimento perianal da DC, houve uma predominância de casos de pacientes do sexo feminino. Em contrapartida, o estudo anterior realizado no HU-UFPI por Parente JML, et al. (2015), assim como outro estudo realizado em nosso país por Torres U dos S, et al. (2010) mostraram maior frequência de envolvimento perianal em indivíduos do sexo masculino.

Foi demonstrado que, dentre as três variáveis da classificação de Montreal, apenas o comportamento da doença interferiu no período necessário para a realização do diagnóstico da doença. O estudo indicou que os pacientes com comportamento B1 (não estenosante e não penetrante) necessitaram de menos tempo para elucidação diagnóstica (mediana de 9 meses) quando comparado com os indivíduos com os fenótipos B2 (estenosante), com mediana de 12 meses, e B3 (penetrante), com mediana de 20 meses, observando-se significância estatística para os resultados apresentados.

O comportamento da DC muda ao longo do tempo para um fenótipo mais severo, com fenótipo mais inflamatório na apresentação da doença. O estudo de Torres U dos S, et al. (2010) defende a hipótese de que os pacientes com o comportamento B1 (fenótipo inflamatório) evoluem ao longo do tempo para o comportamento estenosante (tipo B2) ou penetrante (tipo B3). Por conseguinte, os pacientes com maior tempo de doença apresentam-se com menores taxas de comportamento B1 e maiores taxas de comportamento B2 e B3. Logo, quanto maior o tempo necessário para a elucidação diagnóstica maior será a chance de evolução da doença para os outros tipos de comportamento. Esta ideia é reforçada por outros pesquisadores, como Arieira C, et al. (2018); Barros KSC, et al. (2017); Ouaz A, et al. (2016), embora sejam necessários maiores estudos para confirmação deste pressuposto.

Em relação ao perfil de gravidade clínica da RCU no presente estudo, de acordo com os escores da Mayo Clinic, houve uma predominância da atividade grave seguida da moderada e leve. Já no estudo de Parente JML, et al. (2015) houve maior número de casos com atividade moderada, seguido da leve e grave.

A análise das características da RCU com relação ao tempo necessário para a realização diagnóstica evidenciou que apenas a extensão da doença foi capaz de interferir no período de investigação ($p = 0,04$). O teste de comparações múltiplas indicou que os pacientes com pancolite necessitaram de menor tempo para a efetivação do diagnóstico quando comparado aos pacientes com proctite. Esse resultado deve-se, possivelmente, pela maior intensidade das manifestações clínicas na doença mais extensa, o que faz o paciente procurar atendimento mais rápido, tanto ambulatorial como em pronto atendimento. No entanto, o estudo multicêntrico italiano realizado por Cantoro L, et al. (2017) nos últimos 60 anos não encontrou associação estatisticamente significativa entre a extensão da RCU e o tempo necessário para a realização do diagnóstico (CANTORO L, et al., 2017). Logo, maiores estudos são necessários para avaliar este quesito apresentado de forma discordante nos dois estudos.

O tempo de diagnóstico das DII no Brasil é maior do que quando comparado aos países desenvolvidos. O nosso estudo também objetivou avaliar o tempo de diagnóstico das DII no HU-UFPI. Logo, o tempo médio de diagnóstico encontrado para a DII foi de 24,8 meses, conquanto a mediana tenha sido menor, em torno de 9 meses. Quando separamos os dois representantes desta entidade, observamos que o tempo médio de diagnóstico da DC foi de 29,5 meses e a mediana de 11 meses e na RCU a média foi de 20,3 meses e a mediana de 9 meses. Além disso, a análise sequencial do tempo de diagnóstico em intervalos de 5 anos sugeriu uma tendência à redução no tempo necessário para a elucidação diagnóstica em nossa instituição. O estudo de Parente JML, et al. (2015) realizado na mesma instituição em anos anteriores mostrou que o tempo médio para o diagnóstico das DII era de 35,5 meses. Logo, os resultados atuais do nosso estudo comprovaram que houve uma redução do tempo necessário para a elucidação diagnóstica para os pacientes atendidos no HU-UFPI. Contudo, o Brasil ainda está longe de se aproximar ao tempo médio necessário para a elucidação diagnóstica como tem sido observado nos países desenvolvidos. Neste sentido, um estudo realizado por Walker GJ, et al. (2020) no Reino Unido demonstrou que o tempo médio para o diagnóstico das DII no país é de 4,3 meses, sendo de 3,3 meses o tempo médio para o diagnóstico de RCU de 7,6 meses o tempo médio para o diagnóstico de Doença de Crohn.

A incidência das DII apresentou, nas últimas duas décadas, uma rápida ascensão no estado do Piauí, com um pico significativo entre o período de 2011 a 2015 (132 pacientes com RCU e 121 com DC). Acredita-se que a inserção da rede EBSEH neste período contribuiu para o aumento dos diagnósticos de DII no estado. Em contrapartida, a partir do ano de 2016 houve uma redução na taxa de incidência das DII, este fato pode estar relacionado à ampliação dos serviços de Gastroenterologia no estado do Piauí, a exemplo do Centro Integrado De Saúde Lineu Araújo (CISLA) e do Hospital Getúlio Vargas (HGV), que também atendem pacientes com DII. Este fato vai ao encontro dos resultados do estudo realizado em São Paulo por Victoria CR, et al. (2009), ao descreverem um aumento na incidência das DII entre 1986 e 2005. Além disso, um outro estudo realizado em São Paulo por Gasparini RG, et al. (2018), durante o período de 2012 a 2015, reforçou que houve aumento na incidência das DII no Brasil.

Quando confrontado com os estudos epidemiológicos sobre as DII, o Brasil está incluído no estágio de aceleração de incidência destas enfermidades, assim como os outros países recém industrializados, conforme foi descrito na publicação feita por Kaplan GG, et al. (2021). Segundo os critérios definidos nessa publicação, os países ocidentais industrializados já se encontram em uma fase de estabilização da incidência. Os nossos resultados estão de acordo com essa premissa de fase de aceleração da incidência das DII em nosso meio, o que também pode ser observado no estudo de Simian D, et al. (2016), realizado no Chile, que é um país recém 34 industrializado, e que também demonstrou que foi observado uma rápida ascensão de novos casos das DII naquele país no período de 1998 a 2014.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicaram que o tempo para o diagnóstico das DII teve grande variação temporal e esses resultados foram influenciados pela extensão da RCU e pelo comportamento da DC. Esse atraso diagnóstico pode impactar negativamente no prognóstico das DII e na qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. ALATAB S, et al. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2020; 5(1): 17–30.
2. ARIEIRA C, et al. Clinical course in Crohn's disease: factors associated with behaviour change and surgery. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2018; 53: 1222–1227.
3. BANERJEE R, et al. Emerging inflammatory bowel disease demographics, phenotype, and treatment in South Asia, South-East Asia, and Middle East: Preliminary findings from the Inflammatory Bowel Disease-Emerging Nations' Consortium. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2022; 37(6): 1004-1015.
4. BARROS KSC, et al. Evolution of Clinical Behavior in Crohn's Disease: Factors Associated with Complicated Disease and Surgery. *Digestive Diseases and Sciences*, 2017; 6(9): 2481–2488.
5. CANTORO L, et al. The Time Course of Diagnostic Delay in Inflammatory Bowel Disease Over the Last Sixty Years: An Italian Multicentre Study. *Journal of Crohn's & Colitis*, 2017; 11 (8): 975–980.
6. DESAI D. Disease Behaviour in Patients with Crohn's Disease: A Review. *Gastroenterology & Hepatology: Open Access*, 2015; 3 (2).
7. FEUERSTEIN JD e CHEIFETZ AS. Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Mayo Clinic Proceedings*, 2017; 92 (7): 1088–1103.
8. GASPARINI RG, et al. Inflammatory bowel disease epidemiology in São Paulo State, Brazil. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, 2018; 11: 423–429.
9. HERESBACH D, et al. Crohn's disease in the over-60 age group: a population based study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2004;16(7): 657–664.
10. LAKATOS PL, et al. IBD in the elderly population: Results from a population-based study in Western Hungary, 1977–2008. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2011; 5(1): 5–13.

11. LIMA MARTINS A, et al. The prevalence and phenotype in Brazilian patients with inflammatory bowel disease. *BMC Gastroenterology*, 2018; 18(1).
12. MAK WY, et al. The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meets west. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2020; 35 (3): 380–389.
13. MOLANDER P e YLÄNNE K. Impact of ulcerative colitis on patients' lives: results of the Finnish extension of a global ulcerative colitis narrative survey. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2019; 54 (7): 869–875.
14. MOREIRA AL, et al. IBD Epidemiology: What is Going on in the Developing World? Results from 163,000 Patients. *Gastroenterology*, 2019; 362(73).
15. NAHON P, et al. Incidence of Hepatocellular Carcinoma After Direct Antiviral Therapy for HCV in Patients With Cirrhosis Included in Surveillance Programs. *Gastroenterology*, 2018; 155(5): 1436- 1450.
16. OUAZ A, et al. Changes of Crohn's disease phenotype over time. *La Tunisie Medicale*, 2016; 94(6): 167–170.
17. PARENTE JML, et al. Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil. *World Journal of Gastroenterology*, 2015; 21(4): 1197–1206.
18. SAIRENJI T, et al. An Update on Inflammatory Bowel Disease. *Primary Care*, 2017; 44 (4): 673–692.
19. SIMIAN D, et al. Inflammatory bowel disease: A descriptive study of 716 local Chilean patients. *World Journal of Gastroenterology*, 2016; 22: 5267–5275.
20. KAPLAN GG e WINDSOR JW. The four epidemiological stages in the global evolution of inflammatory bowel disease. *Nature Reviews*, 2021; 18.
21. TORRES U DOS S, et al. The Montreal classification for Crohn's disease: clinical application to a Brazilian single-center cohort of 90 consecutive patients. *Arquivos De Gastroenterologia*, 2010; 47(3): 279–284.
22. VICTORIA CR, et al. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State, Brazil. *Arquivos de Gastroenterologia*, 2009; 46: 20–25.
23. VUCELIC, B. Inflammatory bowel diseases: controversies in the use of diagnostic procedures. *Digestive Diseases (Basel, Switzerland)*, 2009; 27(3): 269–277.
24. WALKER GJ, et al. Quality improvement project identifies factors associated with delay in IBD diagnosis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2020; 52(3): 471–480.
25. YU YR e RODRIGUEZ JR. Clinical presentation of Crohn's, ulcerative colitis, and indeterminate colitis: Symptoms, extraintestinal manifestations, and disease phenotypes. *Seminars in Pediatric Surgery*, 2017; 26(6): 349–355.