



RETICOLITE ULCERATIVA DIAGNOSTICADA NA INFÂNCIA COM PROGRESSÃO PARA COLITE EXTENSA: RELATO DE CASO

Ulcerative retocolitis diagnosed in childhood with progression to extensive colitis: case report

Murilo O. Carvalho¹; Nicole B. Oliveira¹; Mauricio O. Carvalho¹; Marcos Augusto D.L. Fernandes¹; Gustavo Z. Fernandes¹; Eduardo D. Dalló²

Palavras chaves: Proctocolite; Hemorragia Gastrointestinal; Pediatria

Keywords: Proctocolitis; Gastrointestinal Hemorrhage; Pediatrics

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal caracterizada pela inflamação crônica da mucosa e submucosa do cólon, o qual começa no reto e se estende pelo cólon em graus variáveis¹. Aproximadamente 20% dos pacientes com colite ulcerativa são diagnosticados na infância (≤ 18 anos) com uma incidência entre 1 e 4 casos por 100.000/ano. A RCU de início pediátrico possui um fenótipo um pouco mais grave quando comparadas com a população adulta, sendo duas vezes mais extensa e requerendo hospitalização com uma maior frequência. Em 60-80% dos casos apresenta-se como pancolite, ao passo que nos adultos essa forma de apresentação é vista em 20–30% dos pacientes^{2,3}. Como a gravidade da doença tem sido consistentemente associada à sua extensão, as crianças são especialmente suscetíveis a ataques graves refratários⁴.

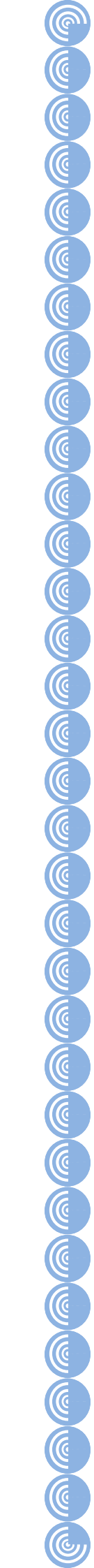
Atualmente, há predominância de doença de Crohn na maioria dos serviços pediátricos, apesar de a incidência da RCU estar crescendo⁵. A inflamação na RCU está relacionada a diversos fatores que desregulam o sistema imunológico, como por exemplo: falta de aleitamento materno; uso de antibióticos na gestação; consumo de alimentos processados; exposição à poluentes⁶. Outro fator é que estudos epidemiológicos mostraram uma maior incidência de RCU entre populações que adotam dietas ocidentais ricas em açúcares refinados, laticínios, proteínas e gordura animal, e pobres em fibras alimentares, incluindo grãos integrais, frutas e vegetais⁷.

¹ Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário - CEP: 88806-000, Criciúma - SC - Brasil - Fone : (48) 3431.2500

² Médico Gastroenterologista Pediátrico

Autor correspondente: Murilo Oliveira de Carvalho, Rodovia Alexandre Beloli, 630, bairro Primeira Linha, CEP: 88807-450, Criciúma – SC – Brasil; murilocarvalho3010@gmail.com

Os autores informam que não existem órgãos e instituições financeiras deste estudo



Em relação ao quadro clínico, os sintomas mais típicos encontrados nas crises são dor abdominal, fezes amolecidas, hematoquezia e tenesmo ¹ e, nos casos mais graves, há febre, perda de peso, anemia e fadiga. Na forma fulminante, o paciente apresenta mais de 10 evacuações diárias com febre e taquicardia acompanhando o quadro clínico. Devido à perda sanguínea nas evacuações, pode ser indicada uma transfusão de hemocomponentes, conforme a gravidade da situação ⁶.

O comprometimento extraintestinal pode ocorrer e, em algumas situações, pode ser a primeira manifestação da doença. Entre elas, enfatizam-se o comprometimento do crescimento, artropatias, manifestações cutâneas e oculares, doenças hepáticas como colangite esclerosante primária e manifestações neurológicas ^{1,6}. Na colite mais extensa, os sintomas são mais intensos, havendo diarreia noturna e comprometimento nutricional mais significativo. O escore de Mayo é um critério classificatório que, além de avaliar o número de evacuações, pontua a quantidade de sangue nas fezes, os achados endoscópicos em conjunto para definir se a doença é leve, moderada ou grave ⁶.

O diagnóstico inicia pela história clínica detalhada. São empregados critérios clínicos, laboratoriais sanguíneos e fecais, endoscópicos, histológicos e de imagem para identificar a atividade da doença. A ileocolonoscopia com intubação ileal, endoscopia digestiva alta (EDA), biópsias múltiplas e exploração completa do intestino delgado são considerados procedimentos diagnósticos indispensáveis ⁶.

O tratamento da RCU deve ser orientado pelo diagnóstico específico, do prognóstico da doença e pela classificação⁸. Dessa forma, ele sempre deve ser individualizado, identificando-se os pacientes de alto risco de complicações da doença, principalmente aqueles com necessidade precoce de cirurgia e risco de progressão para falência intestinal. Divide-se o tratamento em indução da remissão e manutenção dessa remissão ⁶.

Em relação a remissão da doença, o ácido 5-aminossalicílico (5-ASA) se mostrou eficaz em pacientes com doença leve a moderada. Ford e colaboradores ⁹ avaliaram em uma meta-análise de 11 ensaios clínicos que o 5-ASA induziu de forma mais efetiva a RCU em comparação ao placebo. O resultado melhorou tanto na apresentação clínica quanto endoscópica. Resultados similares também foram observados em outra meta-análise, essa com 38 ensaios clínicos, em pacientes com proctite leve a moderada ativa ou RCU no lado esquerdo ¹⁰.

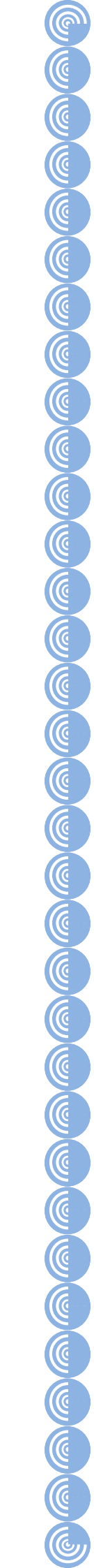
A corticoterapia também está entre os medicamentos usados na RCU, porém, seu uso deve ser iniciado em pacientes que não toleram o 5-ASA, a não ser em casos de proctite isolada, onde apenas corticoides tópicos são indicados. O tratamento também é indicado em casos de sangramento retal sustentado por 2 semanas e em pacientes sem melhora clínica após o uso de 5-ASA ¹¹. Mas, em geral, os corticoides tanto orais convencionais, quanto a budesonida multimatriz (MMX), são superiores ao placebo e ao 5-ASA na remissão quando doença ativa ^{12,13,14}. A budesonida MMX também se mostra mais eficaz em CU do lado esquerdo ¹⁵.

A terapia com corticoide convencional não é eficaz na doença leve quando comparada ao uso de budesonida MMX. Contudo, em pacientes que não respondem a budesonida MMX ou com doença grave a moderada, os corticoides convencionais devem ser considerados na terapia dessas condições (8). Em pacientes com RCU cronicamente ativa ou esteroide-dependente, não controlada com 5-ASA e tiopurinas, indica-se o uso do Infliximabe ⁶.

O tratamento cirúrgico consiste na colectomia eletiva em situações em que há falha da terapia biológica ou displasias colônicas, sendo indicada a cirurgia devido ausência de resposta ao tratamento clínico ⁶.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Paciente do sexo feminino, 11 anos de idade, com peso inicial de 32 quilogramas e histórico de intussuscepção intestinal tratada cirurgicamente em 2019. Após a cirurgia, a paciente mantinha um quadro estável, com ganho de peso limitado e, ocasionalmente, tinha episódios de diarreia com consistência fecal mais pastosa. Em setembro do mesmo ano, paciente buscou atendimento no pronto socorro pediátrico devido quadro de fezes com sangue e muco. Na admissão, foram coletados exames laboratoriais e iniciado Metronidazol via oral de forma empírica. Paciente recebeu alta após, porém, não houve melhora sintomática depois de 3 dias de tratamento ambulatorial. Foi optado então pela internação hospitalar com início em 08 de setembro de 2019 a 05 de outubro do mesmo ano, totalizando 27 dias. Durante a internação, foram realizados diversos exames laboratoriais, incluindo a coprocultura, que revelou a presença de Entamoeba e Salmonella, sendo então realizado tratamento conforme sensibilidade. Mesmo após tratamento, paciente mantinha quadro com diarreia sanguinolenta, porém sem êmese e afebril. Tal continuidade se fez necessária a avaliação de um gastroenterologista pediátrico, o qual sugeriu coleta de calprotectina fecal, que resultou em valores elevados (6000 µg/g). Após, foi realizado EDA e colonoscopia devido suspeita de



Doença Inflamatória Intestinal e iniciado tratamento com mesalazina e prednisolona. A EDA revelou gastrite endoscópica do antro exsudativo de grau moderado. A colonoscopia mostrou RCU severa com colite extensa (subscore Mayo 3) com biópsia evidenciando mucosa de intestino grosso com alterações inflamatórias crônicas acentuadas, atividade inflamatória, criptas distorcidas, criptite aguda, abscesso de criptas e erosão na presente amostra. Com o início das medicações, paciente apresentou boa resposta com melhora da diarreia sanguinolenta e posterior alta para seguimento ambulatorial com peso de 29 quilogramas. Para o tratamento ambulatorial, foi prescrito Mesalazina 500 mg 3 vezes ao dia (48 mg/kg/dia), Prednisolona 10 ml ao dia e Ferro aminoácido quelato + ácido fólico 150 mg. Na primeira consulta após a alta hospitalar, a paciente estava assintomática, com fezes com aspecto usual, aceitando bem alimentação via oral e com ganho de peso ponderal de 1,8 quilogramas. Foi iniciada a redução do corticoide e solicitado exames laboratoriais de controle. No retorno no mês seguinte, paciente manteve sem alterações das fezes e sem queixas. Exame físico sem alterações, estatura de 144 cm, peso 32 kg com IMC de 15,4 kg/m². Seus exames de controle mostravam coprocultura negativa, exame parasitológico de fezes com 3 amostras negativas, hemograma, plaquetograma, velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa sem alterações significativas. Também foi evidenciado níveis normais de enzimas hepáticas, taxa de filtração glomerular normal, ferro e ferritina sem alterações, assim como lipidograma. Estava em uso de Omeprazol 40 mg/dia, Mesalazina 1500 mg/dia e Ferro aminoácido quelato + ácido fólico 5mg/kg/dia. Foram solicitados novos exames laboratoriais de controle e retorno para nova avaliação. Após 2 meses, paciente retorna sem queixas, exame físico sem alterações, estatura de 145 cm, peso 32,8 com IMC 15,6 kg/m². Seus exames não demonstraram alterações. Manteve os medicamentos de última consulta com plano para redução e posterior suspensão de Omeprazol. No seguimento, paciente manteve acompanhamento médico regular a cada 2 a 3 meses, mantendo-se sem queixas do aparelho digestivo. Atualmente, paciente está em uso diário da mesalazina, sem alterações em exames laboratoriais e exame físico normal com ganho ponderal dentro do esperado.

CONCLUSÕES:

A RCU infantil é uma condição incomum que necessita ser considerada como diagnóstico diferencial em crianças com alterações em fezes. O caso dessa paciente ilustra a importância de uma abordagem multidisciplinar para diagnosticar e tratar doenças

inflamatórias intestinais em pacientes pediátricos. No caso relatado, houve uma demora na conclusão diagnóstica devido à necessidade de exames laboratoriais e de imagem. Contudo, logo após paciente obteve melhora clínica com o tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

- 1) Yamamoto-Furusho JK, Martínez-Benítez B, Sánchez-Morales GE. Histopathologic Parameters at Diagnosis as Early Predictors of Histologic Remission along the Course of Ulcerative Colitis. *Gastroenterol Res Pract.* 2020;2020:8891937. Published 2020 Dec 3. doi:10.1155/2020/8891937
- 2) Siow VS, Bhatt R, Mollen KP. Management of acute severe ulcerative colitis in children. *Semin Pediatr Surg.* 2017;26(6):367-372. doi:10.1053/j.sempedsurg.2017.10.006
- 3) Orlanski-Meyer E, Aardoom M, Ricciuto A, et al. Predicting Outcomes in Pediatric Ulcerative Colitis for Management Optimization: Systematic Review and Consensus Statements From the Pediatric Inflammatory Bowel Disease-Ahead Program. *Gastroenterology.* 2021;160(1):378-402.e22. doi:10.1053/j.gastro.2020.07.066
- 4) TURNER, D. et al. Tratamento da colite ulcerosa pediátrica, parte 2: Colite aguda grave – uma diretriz de consenso baseada em evidências da Organização Europeia de Crohn e Colite e da Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição. *Revista de gastroenterologia e nutrição pediátrica*, v. 2, pág. 292–310, 2018.
- 5) Sýkora, J., Pomahačová, R., Kreslová, M., Cvalínová, D., Štych, P., & Schwarz, J. (2018). Current global trends in the incidence of pediatric-onset inflammatory bowel disease. *World journal of gastroenterology*, 24(25), 2741.
- 6) Sociedade Brasileira de Pediatria./Organizadores Luciana Rodrigues Silva ... [et al.]. 5. ed. V. 1 e 2. Barueri: Editora Mente Aberta, 2022, 1.719 . p.
- 7) Pigneur B., Ruemmele FM Intervenções Nutricionais para o Tratamento da DII: Evidências Atuais e Controvérsias. *Lá. Av. Gastroenterol.* 2019; 12 :175628481989053. doi: 10.1177/1756284819890534.
- 8) Rubin, David T. MD, FACG1; Ananthakrishnan, Ashwin N. MD, MPH2; Siegel, Corey A. MD, MS3; Sauer, Bryan G. MD, MSc (Clin Res), FACG (GRADE Methodologist)4; Long, Millie D. MD, MPH, FACG5. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in

Adults. *The American Journal of Gastroenterology* 114(3):p 384-413, March 2019. | DOI: 10.14309/ajg.0000000000000152

- 9) Ford, A. C., Achkar, J. P., Khan, K. J., Kane, S. V., Talley, N. J., Marshall, J. K., & Moayyedi, P. (2011). Efficacy of 5-aminosalicylates in ulcerative colitis: systematic review and meta-analysis. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 106(4), 601-616.
- 10) Marshall, J. K., Thabane, M., Steinhart, A. H., Newman, J. R., Anand, A., & Irvine, E. J. (2010). Rectal 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- 11) Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U, et al.; European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: current Management. *J Crohn's Colitis*. 2017 Jul;11(7):769–84
- 12) Rubin DT, Cohen RD, Sandborn WJ, Lichtenstein GR, Axler J, Riddell RH, et al. Budesonide Multimatrix Is Efficacious for Mesalamine-refractory, Mild to Moderate Ulcerative Colitis: A Randomised, Placebo-controlled Trial. *J Crohn's Colitis*. 2017 Jul;11(7):785–91.
- 13) Ford AC, Bernstein CN, Khan KJ, Abreu MT, Marshall JK, Talley NJ, et al. Glucocorticosteroid therapy in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2011 Apr;106(4):590–99.
- 14) Travis SP, Danese S, Kupcinkas L, Alexeeva O, D'Haens G, Gibson PR, et al. Once-daily budesonide MMX in active, mild-to-moderate ulcerative colitis: results from the randomised CORE II study. *Gut*. 2014 Mar;63(3):433–41.
- 15) Gross V, Bunganic I, Belousova EA, Mikhailova TL, Kupcinkas L, Kiudelis G, et al.; Grupo Internacional de Estudos BUC-57. 3g de grânulos de mesalazina são superiores a 9mg de budesonida para alcançar a remissão na colite ulcerativa ativa: um estudo duplo-cego, duplo simulado e randomizado. *Colite de J Crohn*. Abril de 2011;5(2):129–38.