

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA DA DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO GROSSO

Luís Alberto Trazzi Fonseca¹
Dalvo Barbosa do Amaral²
José Tadeu Gil Borgonovi²

RESUMO

A revisão de 17 pacientes tratados por doença inflamatória do intestino grosso em nossa instituição, entre janeiro de 80 a dezembro de 82, mostrou que os casos localizados no reto e/ou sigmóide apresentaram 66% de resultados bons e satisfatórios com tratamento à base de sulfasalazina e/ou corticosteróides.

Por outro lado, de cinco pacientes portadores de doença colônica, tivemos três óbitos com o tratamento cirúrgico, atestando a maior gravidade de tais casos.

UNITERMOS: retocolite ulcerativa; doença inflamatória do intestino grosso

A doença inflamatória do intestino grosso, com destaque para a Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) apresenta grande controvérsia etiológica, o que acarreta, conseqüentemente, uma certa diversidade terapêutica.

No serviço de cirurgia do Hospital Padre Albino, pertencente ao Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Catanduva, temos tido a oportunidade de diagnosticar e tratar um número crescente de pacientes portadores de tal patologia, o que nos levou à realização desse estudo.

CASUÍSTICA

No período de janeiro de 1980 até dezembro de 1982, observamos 17 casos de doença inflama-

tória do intestino grosso sendo 13 pacientes do sexo masculino e quatro do sexo feminino com média etária de 44 anos (variação de 15 a 73 anos). Chamou-nos a atenção, o fato de que seis pacientes do sexo masculino, totalizando 35% do total da casuística, eram lavradores e moradores em zona rural.

O diagnóstico de doença inflamatória foi baseado em critérios clínico, radiológico, endoscópico e histopatológico, de acordo com a **Tabela 1**.

O anatomopatológico não conseguiu especificidade para RCUI em todos os casos, por dificuldade na interpretação de biópsias de tamanho reduzido, algumas vezes apenas com mucosa no espécime. Entretanto, a valorização dos dados clínicos, radiológicos e endoscópicos foi capaz de fornecer o diagnóstico nestes casos (**Tabela 2**).

Com a finalidade de estudarmos a resposta terapêutica em função do tipo de envolvimento colônico, dividimos o nosso material em 2 grupos, a saber:

Grupo I — pacientes com doença localizada no reto e/ou sigmóide — 12 casos.

Grupo II — pacientes com doença difusa do intestino grosso — cinco casos.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Catanduva (Professor Dr. Pier Luigi Castelfranchi).

- 1 Professor Assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica
- 2 Residentes de 2º ano do Hospital Escola "Padre Albino" da Faculdade de Medicina de Catanduva

Tabela 1 – Doença inflamatória do intestino grosso – diagnóstico

Critério	Nº casos
História clínica	17
Enema opaco	10
Retossigmoidoscopia	14
Anatomopatológico	15

Tabela 2 – Doença inflamatória do intestino grosso – histologia

Relato histopatológico	Nº casos
Processo inflamatório inespecífico	11
Colite purulenta	1
Específico para R.C.U.I.	3

RESULTADOS

Os resultados comparativos podem ser resumidos na **Tabela 3**.

Tabela 3 – Doença inflamatória do intestino grosso

Grupo	Resultados comparativos			
	Resultados			
	Bom	Regular	Óbito	Sem dados
I	7 (58%)	1 (8%)	–	4 (32%)
II	2 (40%)	–	3 (60%)	–

O grupo I, com doença localizada no reto e/ou sigmóide apresentou melhor resposta terapêutica ao tratamento clínico isolado, com 58% de resultados bons e 8% satisfatórios. Neste grupo, instituímos uma terapêutica base, constando de hidratação, reposição de sangue total em três casos (25%) e antiespasmódicos. Para a doença inflamatória, especificamente, utilizamos sulfasalazina na dose média diária de 6 g. Três pacientes não tiveram remissão com o uso exclusivo desta droga, necessitando da complementação com corticosteróide (prednisona) na dose diária média de 40 mg e, finalmente, um paciente necessitou de enema de retenção com hidrocortisona para controle da doença.

Com relação aos efeitos colaterais da sulfasalazina, apenas um doente, provavelmente acetilador lento, necessitou redução na dose diária para 2 g a fim de debelar efeitos gastroduodenais indesejáveis.

Já o grupo II, apresentou casos de pior evolução em três pacientes necessitando de cirurgia como última tentativa terapêutica (**Tabela 4**) e dois apresentando remissão após tormentoso período de cuidados clínicos.

Tabela 4 – Doença inflamatória do intestino grosso

Grupo II – Tratamento cirúrgico		
Paciente	Procedimento	Evolução
1	Colectomia parcial	Óbito P.O. imediato*
2	Colectomia parcial	Óbito pós-operatório
3	Proctocolectomia total	Óbito tardio**

* Paciente c/adenocarcinoma sigmóide associado

** Pacientes c/sepsis por não cicatrização do perineo

A terapêutica base do grupo foi hidratação, reposição de sangue total em quatro casos (80%) e nutrição parenteral prolongada em dois casos, além de antiespasmódicos e obstipantes.

Como drogas antiinflamatórias específicas, usamos em todos os casos a associação de sulfasalazina na dose média diária de 6 g com a prednisona na dose média diária de 40 mg. O enema de retenção, como se poderia esperar, foi usado em dois casos, sem sucesso.

Dos três pacientes operados, tivemos dois óbitos no pós-operatório imediato, sendo um em caso complicado por adenocarcinoma de sigmóide, obstrutivo, com perfuração de colo D e outro por grave quadro séptico. O último paciente foi a óbito cerca de dois anos após proctocolectomia total, por septicemia e desnutrição extrema, decorrentes da não cicatrização perineal pós-operatória.

COMENTÁRIOS

A RCUI é uma doença inflamatória de origem incerta, apesar dos inúmeros trabalhos que tentam associá-la com mecanismos imuno-alérgicos⁴, inflamatórios⁶ e infecciosos. Apesar disso continua a apresentar morbidade e mortalidade significativas⁵.

Considerando um número relativamente alto de pacientes acometidos por esta patologia em nosso meio, incluindo aqueles provenientes de zona rural, optamos pelo estudo do nosso material coletado num período de dois anos.

Dessa forma, dividimos a casuística em 2 grupos, para podermos relacionar diretamente o efeito terapêutico com o grau de envolvimento colônico.

O que pudemos observar foi que os pacientes com doença limitada ao reto e/ou sigmóide apresentaram 66% de resultados globais bons ou satisfatórios com medidas clínicas exclusivas e o uso de agentes antiinflamatórios tipo sulfasalazina e/ou corticosteróide.

A ação de tais drogas parece estar relacionada com uma diminuição da síntese de prostaglan-

dinas (principalmente PG E₂), quer por inibição da enzima prostaglandina sintetase no caso da sulfasalazina, como pela inibição do substrato para a síntese, nos corticosteróides^{3, 6}. Essa diversidade de ação justifica o fato de associarmos as duas drogas quando a remissão não é obtida com uma delas isolada, em geral a sulfasalazina. Entretanto, no nosso material, o corticosteróide foi usado apenas o tempo necessário para induzir remissão (cerca de sete a 10 dias), período após o qual a manutenção era feita exclusivamente com a sulfasalazina.

O tratamento cirúrgico da RCUI tem sido limitado às complicações da doença, tais como o megacólon tóxico^{1, 7}, estenoses; risco de degeneração maligna, sangramento maciço ou doença de evolução clínica rebelde. Com este raciocínio, três casos da nossa casuística foram operados, todos pertencentes ao grupo com doença difusa do intestino grosso.

Desses pacientes, dois foram submetidos à colectomia parcial e um à proctocolectomia total. O alto índice de mortalidade neste grupo cirúrgico, apesar de seu pequeno número, atesta a alta gravidade da doença. A taxa de mortalidade na literatura para pacientes operados por megacólon tóxico, por exemplo, tem revelado índices de 27% até 71%⁶; lembrando-se sempre que a precocidade da intervenção e os cuidados no manuseio colônico⁷ podem alterar drasticamente tais números.

Não temos ainda experiência com as cirurgias de preservação do reto, através de anastomoses ileorretais com ou sem ressecção mucosa². Acreditamos porém que venham a ter uma aceitação progressiva, sobretudo em pacientes jovens, nos quais evitariam os dissabores de uma ileostomia definitiva.

Concluindo, a análise de nosso material nos permite, ao menos, a formulação de algumas inferências:

a) a sulfasalazina continua a ser a droga de escolha e com melhores resultados, quando usada isoladamente, na doença limitada ao reto e/ou sigmóide, tanto na remissão como na manutenção.

b) o corticosteróide deve ser usado como complemento ou opção terapêutica nos casos de resposta desfavorável ou intolerância à sulfasalazina.

c) o enema de retenção preparado com corticosteróides exerce, também, efeitos satisfatórios na doença limitada distal, podendo ser uma alternativa bastante útil nesta situação.

d) a doença colônica difusa é a que acarreta maior morbidade e mortalidade. Responde, em menor porcentagem, à associação de sulfasalazina com corticosteróides e portanto, concorre com a grande maioria dos casos levados ao tratamento cirúrgico.

e) nesta situação, reforçamos mais uma vez que a precocidade e precisão da intervenção são as únicas alternativas disponíveis para o sucesso terapêutico, antes que as graves complicações sépticas e metabólicas impeçam a recuperação do paciente.

Therapeutic evaluation of large bowel inflammatory disease

SUMMARY

The review of 17 patients treated of large bowel inflammatory disease in our institution between january/1980 and december 1982 appointed that the rectum and/or sigmoid disease had the better results with sulphasalazine and/or corticosteroid.

On the other side, five patients with total large bowel disease revealed a high mortality rate due to surgical treatment, justifying the extreme gravity of such cases.

UNITERMS: ulcerative colitis; large bowel inflammatory disease

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FRY PD & ATKINSON KG - Current surgical approach to toxic megacolon. *Surg Gynec Obst*, 143: 26-30, 1976.
2. KHUBCHANDANI IT, TRIMPI HD, SHEETS JA, STASIK JJ & KLECKNER FS - Ileorectal anastomosis for ulcerative and Crohn's colitis. *The Amer J Surg*, 135: 751-756, 1978.
3. LENNARD-JONES JE, MISIEWICZ JJ, CONNELL AM, BARON JH & AVERYJONES F - Prednisone as maintenance treatment for ulcerative colitis in remission. *The Lancet*, 188-189, January 23, 1965.
4. MANI V, LLOYD G, GREEN FHY, FOX H & TURNBERG LA - Treatment of ulcerative colitis with oral disodium cromoglycate. *The Lancet*, 439-441, May 22, 1976.
5. ONDERDONK AB, HERMOS JA, DZINK JL & BARTLETT JG - Protective effect of metronidazole in experimental ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 74: 521-526, 1978.
6. SHARON P, LIGUMSKI M, RACHMILEWITZ D & ZOR U - Role of prostaglandins in ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 75: 638-640, 1978.
7. TURNBULL Jr. RB, HAWK WA & WEAKLEY FL - Surgical treatment of toxic megacolon. *The Amer J Surg*, 122: 325-331, 1971.