
COLITE COLAGENOSA

QUINTINO N. CAVICHINI
ALBUNO VIEIRA BRUM
JOSÉ GERALDO BANDOLI

CAVICHINI QN, BRUM AV, BANDOLI JG – Colite colagenosa.
Rev bras Colo-Proct., 1989; 9(2): 72-74.

RESUMO: A colite colagênica é uma patologia recente, cujo primeiro relato foi feito por Lindström e col., em 1976, e que se manifesta clinicamente por diarreia aquosa, e na histologia observa-se um espessamento da camada sub-epitelial de tecido colágeno. Apresentamos um caso de colite colagenosa observado em nosso Serviço.

UNITERMOS: colite colagenosa

A colite colagênica foi primeiramente descrita por Lindström, em 1976, que observou um paciente com quadro clínico de diarreia aquosa, com testes normais de absorção intestinal e na histopatologia foi encontrada uma camada de tecido colagenoso de 10 a 50 micrômetros, imediatamente abaixo da superfície mucosa do cólon, enquanto que normalmente esta camada varia de 3 a 5 micrômetros.

Um caso de colite colagênica foi observado por nós e o relatamos a seguir.

Relato de caso

Paciente (L.A.C.P.) do sexo masculino, com 24 anos de idade (DN = 07/07/64), branco, solteiro, lavrador, natural de Itaperuna – R.J., registro hospitalar nº 5.058 – HSJA, internou-se em 18/06/88, com dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia mucossanguinolenta, com mais de cinco evacuações diárias. Relatava perda de peso, anorexia. O paciente apresentava-se emagrecido, com mucosas normocoradas, esclerótidas anictéricas.

Aparelho cardiovascular normal

Aparelho respiratório normal

Abdômen doloroso à palpação profunda; ausência de

hepatoesplenomegalia; ausência de massa palpável.

Exame ano-reto-sigmoidoscópico realizado em 12/08/88, sem preparo, revelou:

- ectoscopia – normal
- toque retal – normal
- anuoscopia – normal

retossigmoidoscopia – introduzidos 20 cm do aparelho rígido, observando-se granularidade fina na mucosa retal, sangramento fácil da mucosa retal ao contato com o aparelho, ausência de ulcerações na mucosa. Diagnóstico endoscópico = colite ulcerativa. Realizada biópsia retal.

O exame histopatológico (nº 39421) de quatro fragmentos teciduais revelou:

– microscopia – discreto infiltrado inflamatório na lâmina própria. Logo abaixo da superfície epitelial verifica-se faixa de tecido conjuntivo denso, de espessura variável, com disposição intercalada. Ausência de malignidade (Figs 1 e 2).

Conclusão – Quadro histopatológico não compatível com o diagnóstico clínico de colite ulcerativa, mas sim com o de COLITE COLAGÊNICA.



Fig. 1 – Colite colagênica (biópsia retal).

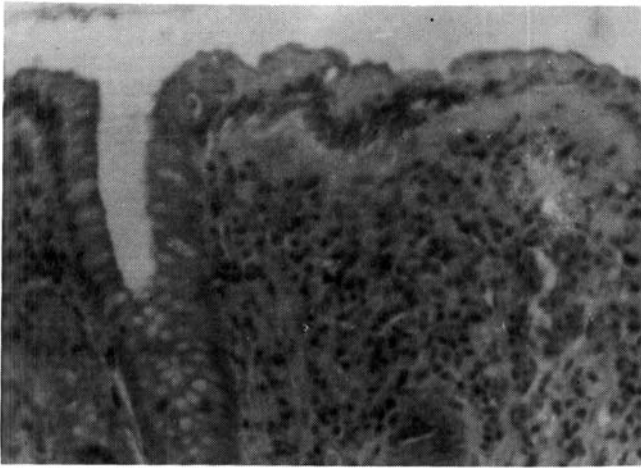


Fig. 2 - Colite colagênica (biópsia retal). Espessamento da camada colagênica.

COMENTÁRIOS

A colite colagenosa, ou colagênica, é uma enfermidade relativamente rara, que se manifesta clinicamente com diarreia aquosa e na histopatologia observa-se um espessamento subepitelial, de tecido colágeno, no cólon e reto, mais comumente observada sob a superfície epitelial ou intercriptal, do que em torno das criptas, além de não haver doença no intestino delgado ou outra causa para a diarreia^{2, 3, 4}. Quando há comprometimento do intestino delgado a doença recebe o nome de sprue colagenoso¹¹.

Segundo *Bogomoletz* e col.², as microscopias óptica e eletrônica revelaram que o depósito de colágeno subepitelial é provavelmente do tipo III.

A etiopatogenia da colite colagenosa permanece obscura. *Lindstron* e col.⁶ relataram a possibilidade de um complexo antígeno-anticorpo estar relacionado com a patogenicidade da doença. *Nielsen* e col.⁷ relataram a possibilidade de que um depósito excessivo de colágeno no subepitélio, que alteraria o ciclo contínuo da atividade fibroblástica pericriptal, seria responsável pela migração de células epiteliais da camada inferior para a superior das criptas.

Lindstron e col. citaram que o depósito de colágeno no subepitélio da mucosa retal, em pacientes com colite colagenosa, seria o responsável pelo bloqueio à absorção de água, causando a diarreia aquosa.

Não há certeza se o depósito de tecido colágeno na mucosa do intestino grosso compromete todo o cólon ou apenas parte dessas alças intestinais^{1, 4, 8}. Após revisão da literatura, *Bamford* e cols.¹ relataram que a colite colagenosa não se estendia por mais de 60 cm da margem anal, com o depósito de colágeno variando de 11,5 a 50 micrômetros. Entretanto, relatos mais recentes sugerem que o espessamento do colágeno é mais freqüente no cólon proximal, e que no cólon distal, principalmente no retossigmoide, há um espessamento discreto da camada colagênica^{4, 8}.

O padrão distinto de colagenização da lâmina própria não é descrito em outras patologias do cólon ou reto, nem ocorre quando há degeneração superficial após o uso de enemas⁴.

O sprue colagenoso tem aspecto histopatológico semelhante à colite colagenosa, mas há mudanças degenerativas na superfície celular epitelial, além de que naquela patologia há comprometimento de intestino delgado e clínica de má absorção intestinal, fato não observado na colite colagenosa^{1, 4, 11, 12}.

A colite colagenosa é uma enfermidade que clínica e histologicamente se diferencia das manifestações colônicas da doença vascular colagênica, pois naquela há diarreia aquosa e depósito subepitelial de colágeno, e nesta há um íleo adinâmico devido a hipoperistalse, e histologicamente observa-se um depósito de tecido colágeno fibroso de maneira segmentar, predominantemente na submucosa, muscular e em menor grau na serosa da alça¹².

Há um consenso geral que o aspecto endoscópico da colite colagenosa mais se parece com um edema de mucosa colônica do que com os aspectos observados em outros tipos de colite. Apesar de haver relatos de aspectos similares aos da colite ulcerativa². No caso relatado por *Bogomoletz* e col.², a colonoscopia revelou uma mucosa retal congesta, friável e com sangramento fácil ao contato com o aparelho, porém sem ulceração identificável. Este aspecto também foi observado por outros autores⁹.

O tratamento clínico da doença ainda não tem especificidade. O uso de terapia sintomática tem apresentado melhora do quadro diarreico, porém a administração de drogas específicas para tratar colite ulcerativa ou outras formas de colites não têm sido satisfatórias^{2, 3, 12}. *Yeshaya* e col.¹² relataram um caso de paciente com colite colagenosa que usou sulfasalazina, sem resultado. *Debongnie* e col.² observaram colite colagenosa em dois casos, e usaram terapia sintomática, com melhora da enfermidade.

A evolução da colite colagenosa também não tem avaliação precisa, já que o follow-up de pacientes com colite colagenosa não tem sido relatado pelos autores. *Debongnie* e col.³ citaram o acompanhamento de seus pacientes, e interrogaram a possibilidade de esta doença ser transitória, pois seus pacientes tiveram regressão da diarreia e da camada subepitelial do tecido colágeno após 15 e 11 meses do diagnóstico da doença. *Bamford* e col.¹ após acompanhamento de seu paciente relataram um período assintomático. Biópsias retais e colônicas mostraram que o processo de colagenização pode aumentar ou decrescer.

Em nosso caso iniciamos tratamento específico para colite ulcerativa, mas após confirmação diagnóstica foi suspensa a sulfasalazina, e terapia sintomática foi administrada, com melhoras do quadro diarreico. Foi sugerido ao paciente nova retossigmoidoscopia com biópsia, mas devido à melhora da sintomatologia o paciente não aceitou a realização do procedimento.

Após revisão de alguns casos da literatura e o acompanhamento de nosso paciente, cremos que a colite colagenosa é uma patologia que merece ser melhor estudada, já que é uma doença de relato recente e com poucos casos publicados.

CAVICHINI QN, BRUM AV, BANDOLI JG - Collagenous colitis.

SUMMARY: Collagenous colitis is a pathology reported recently. The first case reported was done by Lindström e col., em 1976. The disease show a watery diarrhea and the histopatology have an thickness of sub-epithelial layer of collagenous tissue in mucosa of colon. We show a case of collagenous colitis that had been diagnosed in our Service.

KEY WORDS: collagenous colitis

REFERÊNCIAS

1. Bamford MJ, Matz LR, Armstrong JA, Harris ARC. Collagenous colitis. A case report and review of the literature. *Pathol*, 1982; 14: 481-484.
2. Bogomoletz WV, Adnet JJ, Birembaut P, Feydy P, Dupont P. Collagenous colitis: an unrecognized entity. *Gut* 1980; 21: 164-168.
3. Debongnie JC, De Galocsy C, Oana Caholessur M, Haot J. Collagenous colitis: a transient condition? Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 672-676.
4. Guarda LA, Nelson RS, Siroehlein JR, Korinek JK, Raymond AK. Collagenous colitis. *Am J Clin Pathol* 1983; 80: 503-507.
5. Grouls V, Vogel J, Sorger M. Collagenous colitis. *Endoscopy*, 1982; 14: 31-33.
6. Lindstrom CG. Collagenous colitis with watery diarrhea. A new entity? *Pathol Eur* 1976; 11: 87-89.
7. Nielsen VT, Vetner M, Harslof F. Collagenous colitis. *Histopathology*, 1980; 4: 83-86.
8. Scully RE, Mark EJ, McNeely WF, Mcneely BV. Collagenous colitis. Case reports of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med* 1988; 319: 162-168.
9. Teglbjaerg PS, Hess Thaysen E. Collagenous colitis: an ultrastructural study of a case. *Gastroenterology*, 1982; 82: 561-563.
10. Van Der Oord JJ, Geboes K, Desmet VJ. Collagenous colitis: an abnormal collagen table (?) Two new cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1982; 77: 377-381.
11. Weinstein WM, Saunders DR, Tytgat GN, Rubin CE. Collagenous sprue. An unrecognized type of malabsorption. *N Engl J Med* 1976; 283: 1297-1301.
12. Yeshaya C, Novis B, Bernheim J, Leichtmann G, Samara M, Griffel B. Collagenous colitis. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 111-113.