

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA NO SERVIÇO DE COLO-PROCTOLOGIA DO HCFMUSP

MAGALY GEMIO TEIXEIRA, TSBCP
ANGELITA HABR-GAMA, TSBCP
CLOVIS K. TAKIGUTI
CARLOS BRUNETTI NETTO
WALTER HENRIQUE PINOTTI

TEIXEIRA MG, HABR-GAMA A, TAKIGUTI CK, BRUNETTI NETTO C & PINOTTI WH - Aspectos epidemiológicos da retocolite ulcerativa inespecífica no serviço de colo-proctologia do HCFMUSP. *Rev bras Colo-Proct*, 1991; 11(3): 87-91.

RESUMO: Foram estudados 123 doentes com RCUI no período de setembro/84 a abril/90, quanto a aspectos epidemiológicos. Verificamos que a doença incide preferencialmente em brancos, com idade média de 31,6 anos. A maioria dos doentes é brasileira (99,19%), filhos (91,87%) e netos (82,33%) de brasileiros. Os doentes procedem de todos os estados brasileiros. O nível cultural dos doentes com RCUI é superior ao da população brasileira e dos controles. O número de operações neste grupo de doentes é elevado, ou seja, 2,2 operações/doente.

UNITERMO: retocolite ulcerativa, epidemiologia

A retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) representa importante aspecto de saúde pública por atingir adultos jovens, pela sua incidência aparentemente em ascensão em nosso meio, por necessitar de tratamento clínico prolongado e, quando cirúrgico, implicar em uma ou mais operações e, finalmente, pela possibilidade dos doentes acometidos desenvolverem neoplasia ao longo da evolução da doença.

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia da Disciplina de Cirurgia do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Os estudos epidemiológicos fornecem elementos que contribuem para aumentar os conhecimentos sobre a história natural da doença e suas complicações. Podem demonstrar alterações do comportamento da doença ao longo dos anos, gerando, assim, hipóteses diagnósticas. Podem sugerir a influência de fatores genéticos e/ou ambientais na patogênese da doença, embora nem sempre consigam identificá-los.

Por essas razões, achamos oportuna a apresentação dos resultados deste estudo, realizado com o objetivo de analisar os principais aspectos epidemiológicos desta doença no Serviço de Cirurgia do Cólon, Reto e Ânus do HCFMUSP e compará-los com os referidos na literatura mundial.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudados 123 doentes com diagnóstico de RCUI atendidos no Serviço de Cirurgia do Cólon, Ânus da Disciplina de Cirurgia do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), no período de setembro de 1984 a abril de 1990.

O diagnóstico de RCUI foi estabelecido através dos dados da anamnese, exame físico, enema opaco, retossigmoidoscopia, colonoscopia com biópsias seriadas e comprovação histológica em todos os doentes.

Os doentes foram divididos em grupos segundo a extensão da RCUI. A doença foi considerada universal quando o comprometimento se estendia do reto ao ceco, subtotal, do reto ao cólon transverso, e distal quando se restringia ao reto e cólon sigmóide.

Os doentes responderam, por ocasião da primeira consulta, aos seguintes quesitos: local de nascimento, residência atual, nacionalidade dos pais, avós maternos e pa-

ternos, estado civil, religião, nível cultural e presença de doença inflamatória intestinal, RCUI ou doença de Crohn, em outros membros da família.

Como grupo-controle, foram considerados 96 doentes sem patologia colo-proctológica, que aguardavam atendimento ambulatorial, no HCFMUSP. Estes doentes foram pesquisados quanto à idade, religião e nível cultural.

A análise estatística foi feita através do Chi-quadrado.

RESULTADOS

O número de casos novos diagnosticados mensalmente foi de 1,8, resultando em 22 casos novos/ano, no período considerado. O grupo estudado constituía-se por 74 mulheres e 49 homens. A relação entre mulheres:homens foi 1,5:1,0. A idade do início da sintomatologia variou de dois a 75 anos, com média de 31,6 anos. A distribuição dos doentes segundo a idade e sexo encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos doentes com RCUI segundo sexo e idade, no início da sintomatologia

Idade (anos)	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
0-20	15	7	22
21-30	26	16	42
31-40	17	15	32
41-50	11	6	17
51-80	5	5	10
Total	74	49	123
X = 1,88	GL = 4	p > 0,05	

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos masculino e feminino.

Quanto à cor, 104 doentes eram brancos, 10 pardos, sete pretos e dois amarelos. Foram considerados como pardos os mestiços, cafusos, índios e todas as nuances de cor entre o tipo europeu e o africano (17). Foram entrevistados 50 homens e 46 mulheres, no grupo-controle, sendo 60 brancos, 17 pretos, 14 pardos e cinco amarelos. O estudo deste grupo revelou diferença estatisticamente significativa (X = 12,65, GL = 2, p < 2,02). Os amarelos foram excluídos deste estudo pelo baixo número.

A distribuição dos doentes segundo a extensão da RCUI e sexo está na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos doentes segundo a extensão da RCUI e sexo

Extensão da RCUI	Sexo		Total de doentes	
	Feminino	Masculino	Número	%
Universal	29	25	54	43,9
Subtotal	18	9	27	21,9
Distal	26	13	39	31,7

Quanto ao estado civil, 72 doentes eram casados, 46 solteiros, três separados e dois viúvos.

Oito doentes (6,5%) apresentavam outros casos de doença inflamatória intestinal, RCUI ou doença de Crohn, na família.

Quanto à religião, 93 eram católicos, 20 protestantes, nove ateus e um espírita. No grupo-controle, 79 eram católicos, 10 protestantes, quatro budistas, dois espíritas e um ateu.

Quanto à nacionalidade, 99,19% dos doentes eram brasileiros. Apenas um doente era japonês. A nacionalidade dos pais e dos avós maternos e paternos figura na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos pais e avós dos doentes segundo sua nacionalidade.

Nacionalidade	Pais	Avós
Brasileira	226	405
Espanhola	7	8
Italiana	6	28
Japonesa	2	8
Polonesa	2	5
Argentina	1	2
Portuguesa	0	15
Alemã	0	5
Africana	0	1
Russa	0	1
Não referida	2	4
Total	246	492

A procedência remota e atual dos doentes brasileiros figura na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos doentes com RCUI segundo sua procedência remota e atual.

Procedência	N.º de doentes	
	Remota	Atual
Alagoas	2	0
Bahia	12	3
Ceará	2	0
Goiás	0	1
Maranhão	4	1
Minas Gerais	15	5
Pará	1	0
Paraná	5	3
Paraíba	1	1
Pernambuco	10	0
Rio de Janeiro	3	2
Santa Catarina	2	1
São Paulo	61	104
Sergipe	3	1

Os dados referentes ao nível cultural dos doentes com RCUI e do grupo-controle encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos doentes com RCUI e do grupo-controle em relação ao nível cultural

Nível cultural	RCUI		Grupo-controle	
	Nº doentes	%	Número	%
Analfabetos	13	10,57	28	29,17
1ª a 4ª série	40	32,52	62	64,58
4ª a 8ª série	37	30,01	4	4,17
Secundário	20	16,26	1	1,04
Universitário	11	8,94	1	1,04
Sem referência *	2	1,63	0	0
Total	123		96	

$X = 60,24$ $G.L. = 4$ $p < 0,0000$

*excluídos da análise estatística.

A diferença do nível cultural entre os doentes com RCUI e o grupo-controle foi estatisticamente significativa.

Dois doentes desta série desenvolveram câncer no reto. Trinta e sete doentes foram submetidos a tratamento cirúrgico. Destes, 26 foram operados duas vezes, 14, três vezes e três doentes, quatro vezes, totalizando 106 operações.

DISCUSSÃO

O estudo dos aspectos epidemiológicos pode fornecer informações importantes na elucidação da etiologia da retocolite ulcerativa inespecífica.

A comparação dos resultados de estudos epidemiológicos da RCUI é difícil de ser realizada em razão de vários fatores:

1. Há intervalo significativo entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo. O início insidioso da doença associado à similaridade da sintomatologia com outras doenças pode retardar o diagnóstico. O retardo diagnóstico não é apanágio dos países subdesenvolvidos. Assim, Iversen et alii (10) relatam que em 40% dos doentes o diagnóstico foi feito com atraso de um ano e em um paciente chegou a 30 anos. Outro estudo, realizado na Suécia, mostrou retardo diagnóstico de 2,1 a 2,4 anos (16). Este fato demonstra a dificuldade de se obter a exata incidência da doença.

2. O uso de métodos diagnósticos diversos em diferentes centros médicos pode induzir a diagnósticos incorretos. Esta falta de precisão no diagnóstico pode atingir 20% dos casos (5).

3. Podem ocorrer casos assintomáticos. Assim, Mayberry et alii (12), estudando 37.000 pessoas assintomáticas através da pesquisa de sangue oculto nas fezes, encontraram oito doentes assintomáticos com doença inflamatória intestinal, dos quais cinco com RCUI universal. Estes autores acreditam que a verdadeira prevalência da RCUI pode ser subestimada entre 27% e 38% dos casos (18).

4. A ocorrência simultânea de doenças infecciosas, principalmente nos países menos desenvolvidos, pode dificultar o diagnóstico diferencial.

5. A ocorrência relativamente rara da doença em países menos desenvolvidos e a falta de contacto dos profissionais da área de saúde com esta doença contribuem para que a mesma seja pouco diagnosticada.

6. A RCUI em sua forma distal é freqüentemente tratada a nível ambulatorial, dispensando internação hospitalar ao longo da sua evolução. Estudos revelam que 60% do total dos casos de retocolite ulcerativa restringem-se a sua forma distal (3). A doença também não é de notificação obrigatória. O doente portador de RCUI freqüentemente falece por outras causas. Assim, estudos baseados em internação hospitalar ou *causa mortis* não servem para caracterizar a verdadeira ocorrência da doença.

O estudo da prevalência da RCUI torna-se ainda mais difícil, razão pela qual se admite que, uma vez diagnosticada a doença, esta persistirá por toda a vida do doente ou até sua erradicação por colectomia total.

A incidência da RCUI está aumentando nos países em desenvolvimento, enquanto parece permanecer estável em países bem desenvolvidos. Os estudos realizados em migrantes demonstram melhor este fato. A incidência entre judeus na parte central de Israel variou de 2,67/100.000 habitantes, em 1970, para 5,09/100.000 habitantes, em 1979 (8). Na mesma área estudada está havendo aumento da incidência entre grupos nascidos em Israel, provenientes da Ásia, África, Europa e América, o que sugere a influência de fatores ambientais na etiologia da RCUI (8).

A RCUI é considerada mais freqüente em pessoas de origem britânica, em americanos e europeus do norte, sendo pouco freqüente na Europa Central e Oriente Médio, e rara na América do Sul, Ásia e África (5). No entanto, diagnosticamos 123 casos de RCUI nos últimos cinco anos, com média anual de 22 casos novos ao ano. Esta incidência refere-se apenas ao Serviço de Colo-Proctologia do HCFMUSP. Este número demonstra que está havendo um processo nítido de aumento da incidência da doença em nosso meio.

No presente estudo, verificamos que houve preponderância de mulheres sobre os homens, na razão de 1,5:1,0, porém estatisticamente não significativa. A maior incidência em mulheres é referida por vários autores, principalmente nos estudos de populações de origem inglesa ou do norte da Europa (1, 3, 5, 6, 7, 9, 13, 14), embora outros autores mostrem incidência maior em homens (5) ou similar entre homens e mulheres (8, 20).

A faixa etária mais acometida em nossa casuística foi a compreendida entre 21 e 30 anos para o sexo feminino e entre 21 e 40 anos para o sexo masculino. Após os 50 anos, houve queda nítida da incidência da doença, que permaneceu estável até os 75 anos. Outros estudos referem como idade de maior incidência da doença a faixa compreendida entre os 15 e os 25 anos (5). Alguns autores referem bimodalidade da curva de distribuição por incidência, segundo a idade, para a RCUI (4). Este achado pode ser

consequência de artefato, uma vez que não ocorre em outras pesquisas, principalmente quando o número dos casos considerados é grande (1, 14).

Os dados que obtivemos demonstram que a RCUI em doentes do HCFMUSP tem maior incidência em brancos, menor nos pardos, similar nos pretos e maior nos amarelos, se compararmos nossos dados com os obtidos quanto à cor para a população brasileira, fornecidos pelo IBGE (17). A maior incidência em brancos também se confirma quando os dados forem comparados à população-controle dos doentes que procuram o HCFMUSP. Esta comparação confirma que os pardos, pretos e amarelos são menos acometidos que a população-controle. Os dados comparativos entre os doentes com RCUI, grupo-controle e população brasileira, segundo o IBGE, figuram na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos doentes com RCUI, do grupo-controle e da população brasileira (em %), segundo a cor.

Cor	RCUI	Controle	IBGE
Branco	84,55	62,50	56,6
Pardos	8,13	14,58	37,2
Pretos	5,69	17,71	5,6
Amarelos	1,63	5,21	0,6

A predominância da incidência na raça branca é referida por outros autores (4), embora, clinicamente, a doença tenha comportamento similar em brancos e pretos (19, 21). Ainda não se conseguiu explicação plausível para essa preferência racial da doença. O aumento da incidência entre indivíduos não-brancos pode ser explicado pela melhor qualidade de vida das populações minoritárias, com acesso a tratamento médico e, também, por aumento do risco, por fatores que desconhecemos. Por outro lado, estudos de mortalidade por doença inflamatória intestinal demonstram pequena diferença entre grupos raciais nos Estados Unidos e na África do Sul, mostrando que a raça é menos importante que o local da residência na etiologia destas doenças, enfatizando um fator ambiental ou dietético na etiopatogenia (15).

Quanto à extensão do comprometimento da doença, verificamos que a forma universal foi mais freqüente, tendo sido verificada em 44% dos casos atendidos. Este achado se justifica pelo fato de prestarmos atendimento cirúrgico e recebermos muitos casos triados. As formas distais, em geral, são tratadas clinicamente. Haug et alii (9) referem que 35% dos 239 doentes estudados por eles apresentavam a forma distal da RCUI. Verificamos que a distribuição por sexo foi similar entre os doentes com RCUI, de forma universal, porém o número dos casos nas formas distal e subtotal foi duas vezes maior no sexo feminino que no masculino.

Apenas 6,5% dos doentes referiam familiares com doença inflamatória intestinal na família, índice menor que os que oscilam entre 10% e 40% (9,22), apresentados na literatura. No entanto, é interessante considerar que,

assim como o referido por Singer et alii (22), também encontramos um mosaico de casos representados por RCUI e doença de Crohn. Investigadores e clínicos acreditam que essas doenças tenham alguma associação familiar, genética ou ambiental (5).

Quanto à religião, verificamos ausência de judeus entre nossos pacientes, o que está de acordo com o tipo de população que procura atendimento médico no HCFMUSP. A incidência de RCUI parece ser maior em judeus que em não-judeus, com maior incidência entre judeus de origem européia, quando comparados a judeus-russos ou poloneses. Estes achados sugerem uma predisposição genética, o que poderia explicar o risco aumentado neste grupo populacional (18).

Durante muitos anos, referia-se que a RCUI só ocorria em nosso país nos descendentes de europeus. Os dados obtidos mostram que a maioria (99,19%) são brasileiros, filhos de pais brasileiros (91,87%) e netos de brasileiros (82,32%). Portanto, a doença parece ser de distribuição cosmopolita.

Os achados em relação à procedência remota dos doentes mostram que eles são originários de todo o Brasil. Quanto à procedência atual, ela reflete a situação de migração interna, cuja tendência natural das pessoas procedentes de locais onde as condições de vida são precárias, é a de procurarem os estados mais ricos da Federação.

Outro aspecto mais importante em nossa pesquisa refere-se ao nível cultural dos doentes. Os níveis de analfabetismo entre os doentes com RCUI são bastante inferiores aos encontrados na população-controle que é atendida no HCFMUSP e também inferiores aos dados fornecidos pelo IBGE, que demonstraram 19,3% de analfabetos na população brasileira, em 1987. O número percentual de pessoas com curso secundário e RCUI ultrapassa em 15 vezes o número correspondente à população-controle. O número percentual de doentes com RCUI e curso universitário é superior a oito vezes o encontrado na população controle.

Dois doentes (1,63%) desta casuística desenvolveram câncer do reto. Acredita-se que a possibilidade do doente desenvolver câncer seja diretamente relacionada à extensão do acometimento colônico e à duração da RCUI. O risco do câncer intestinal em RCUI após 18 anos de evolução da doença é de 1,4%, ou seja, duas vezes maior que o risco da população em geral e significativamente mais baixo que o relatado em outros trabalhos (2). Lennard-Jones et alii (11), estudando prospectivamente 303 doentes com RCUI por 15 anos, verificaram que 13 (4,3%) desenvolveram câncer. Os mesmos autores acreditam que o risco de desenvolver neoplasia é de 1%/ano (11).

Trinta por cento dos doentes necessitaram de tratamento cirúrgico durante o período estudado. O número de operações por doente foi 2,2%, sendo realizadas para o tratamento da doença inflamatória intestinal ou para o tratamento das complicações resultantes de operações anteriores.

CONCLUSÕES

1. A RCU é doença que ocorre em brasileiros, filhos e netos de brasileiros, em sua maioria.
2. Não há diferença estatisticamente significativa entre o acometimento de homens e mulheres, em nossa casuística;
3. Incide com maior frequência em brancos e pessoas de nível cultural mais elevado;
4. É responsável por número elevado de operações, na forma universal, com conseqüentes gastos para o Estado e afastamento dos doentes do seu convívio social e do trabalho, razão pela qual deve merecer maior atenção em nosso meio.

TEIXEIRA MG, HABR-GAMA A, TAKIGUTI CK, BRUNETTI NETTO C & PINOTTI WH - Epidemiological aspects of ulcerative colitis.

SUMMARY: One-hundred twenty three patients with ulcerative colitis (UC) were studied concerning epidemiological aspects from September/84 to April/90. UC was more frequent in whites, medium age 31.6 years. Patients were Brazilians (99.19%), with Brazilians parents (91.87%) and Brazilians grand-parents (82.32%), coming from several states of the country. Their cultural level was higher than the control population and the Brazilian population. The number of operations was high, 2.2/patient.

KEY WORD: ulcerative colitis, epidemiology

REFERÊNCIAS

1. Bergman L, Krause U. The incidence of Crohn's disease in central Sweden. *Scand J Gastroenterol* 1975; 10: 725-729.
2. Binder V. Epidemiology, course and psico-economic influence of inflammatory bowel disease. *Schweiz Med Wochenschr* 1988; 118: 738-742.
3. Bonnevie O, Riis P, Anthonisen P. An epidemiological study of ulcerative colitis in Copenhagen county. *Scand J Gastroenterol* 1968; 3: 432-438.
4. Calkins BM, Lilienfeld AM, Garland CF e cols. Trends in the incidence rates of ulcerative colitis and Crohn's disease. *Dig Dis Sci* 1984; 29: 913-920.
5. Calkins BM, Mendeloff AI. Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Epidemiol Reviews* 1986; 8: 60-91.
6. Devlin HB, Datta D, Dellipiani AW. The incidence and prevalence of inflammatory disease in North Tees health district. *World J Surg* 1980; 4: 183-193.
7. Evans JG, Acheson DE. An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis in the Oxford Area. *Gut* 1965; 6: 311-324.
8. Grossman A, Fireman Z, Lilos P, Novis B, Rozen P, Gilat T. Epidemiology of ulcerative colitis in the jewish population of central Isreal 1970-1980. *Hepatogastroenterology* 1989; 36: 193-197.
9. Haug K, Schrupf E, Barstad SA, Fluge G, Halvorsen JF. Epidemiology of ulcerative colitis in western Norway. *Scand J Gastroenterol* 1988; 23: 517-522.
10. Iversen E, Bonnevie O, Anthoniesen PE and cols. An epidemiological model of ulcerative colitis. *Scand J Gastroenterol* 1968; 3: 593-610.
11. Lennard-Jones JE, Morson BC, Ritchie JK, Williams CB. Cancer surveillance in ulcerative colitis. Experience over 15 years. *Lancet* 1983; 149-152.
12. Mayberry JF, Ballantyne KC, Hardcastle JD, Mangham C, Pye G. Epidemiological study of asymptomatic inflammatory bowel disease: the identification of cases during a screening programme for colorectal cancer. *Gut* 1989; 30: 481-483.
13. Monk M, Mendeloff AI, Siegel CI, Lilienfeld A. An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore. I. Hospital incidence and prevalence, 1960-1963. *Gastroenterology* 1967; 53: 198-210.
14. Myren I, Gjone E, Hertzberg JN e cols. Epidemiology of ulcerative colitis and regional enteritis (Crohn's disease) in Norway. *Scand J Gastroenterol* 1971; 6: 511-514.
15. Newcombe RG, Mayberry JF, Rhodes J. An international study of mortality from inflammatory bowel disease. *Digestion* 1982; 24: 73-78.
16. Nordenvall B, Bronstom O, Burglund ME e cols. Incidence of ulcerative colitis in Stockholm county 1955-1979. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20: 783-790.
17. PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. IBGE, 1987.
18. Roth MP, Petersen GM, McElree C, Feldman E, Rotter JI. Geographic origins of jewish patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1989; 97: 900-904.
19. Samuels AD, Weese JL, Berman PM e cols. An epidemiologic and demographic study of inflammatory bowel disease in black patients. *Dig Dis Sci* 1974; 19: 156-160.
20. Shivananda S, Hordijk ML, Pena AS, Mayberry JF. Inflammatory bowel disease: One condition or two? *Digestion* 1987; 38: 187-192.
21. Simsek H, Schuman BM. Inflammatory bowel disease in 64 black patients: analysis of course, complications and surgery. *J Clin Gastroenterol* 1989; 11: 294-298.
22. Singer HC, Anderson JGO, Fischer HE and cols. Familial aspects of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1971; 61: 423-430.

Endereço para correspondência:

Magaly Gemio Teixeira
Rua Pensilvânia, 520, ap. 201
04564 - São Paulo - SP