

RETICOLITE ULCERATIVA: UMA REVISÃO DOS ASPECTOS ETIOPATOGÊNICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ULCERATIVE COLITIS: A REVIEW OF ETIOPATHOGENIC, CLINICAL, DIAGNOSTIC, AND THERAPEUTIC ASPECTS

COLITIS ULCEROSA: UNA REVISIÓN DE LOS ASPECTOS ETIOPATOGÉNICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Marianna Huguenin Cervantes¹

Amanda Helena Novaes Saldanha Ruy de Almeida²

David Oliveira Pêso³

Anderson Vieira Gentil⁴

Brenda Souza Barreiros⁵

Gabriel Oliveira Motta da Cunha⁶

Geovana do Nascimento Almeida⁷

Anna Clara de Jesus Oliveira⁸

Stella Mares Oliveira Andrade⁹

RESUMO: A retocolite ulcerativa (RCU) é uma das principais doenças inflamatórias intestinais (DII), juntamente com a doença de Crohn. A RCU é caracterizada por inflamação persistente da mucosa e submucosa do cólon e reto, com potencial para aumentar o risco de câncer colorretal. A incidência global de DII está aumentando, com taxas mais altas em países desenvolvidos. A RCU apresenta uma prevalência significativa em adultos jovens, com incidência similar entre homens e mulheres. A patogênese da RCU envolve fatores genéticos, ambientais e imunológicos. A resposta imune desregulada desempenha um papel importante na inflamação intestinal crônica. A apresentação clínica típica inclui diarreia sanguinolenta, urgência retal e tenesmo, com possíveis manifestações extraintestinais. O diagnóstico é confirmado por meio de história clínica, exames laboratoriais, endoscopia e biópsias. O tratamento visa alcançar remissão sintomática e endoscópica sustentável, começando com aminossalicilatos como primeira linha para casos leves a moderados. O uso prolongado de mesalazina pode reduzir o risco de câncer colorretal, mas também apresenta riscos de toxicidade renal. Corticosteroides orais são indicados em casos de resposta inadequada ao tratamento inicial, com opções como budesonida-MMX e prednisona. Em casos graves, corticosteroides intravenosos, ciclosporina e infliximabe são considerados. A terapia de manutenção inclui aminossalicilatos, imunomoduladores e terapias biológicas. A cirurgia é reservada para casos refratários ao tratamento clínico ou emergências, como hemorragia maciça e megacólon tóxico. A decisão cirúrgica é tomada por uma equipe multidisciplinar e depende das condições clínicas do paciente. Este estudo fornece uma compreensão abrangente da epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e considerações cirúrgicas da RCU, destacando a importância da abordagem multidisciplinar no manejo dessa condição.

Palavras-chave: Retocolite Ulcerativa. Doença Inflamatória Intestinal. Diarreia.

¹Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

² Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

³ Acadêmico de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Três Rios.

⁴ Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

⁵ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios.

⁶ Acadêmico de Medicina do Centro Universitário FAMINAS Muriaé.

⁷ Acadêmica de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

⁸ Acadêmica de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

⁹Médica pelo Centro Universitário Atenas.

ABSTRACT: Ulcerative colitis (UC) is one of the main inflammatory bowel diseases (IBD), along with Crohn's disease. UC is characterized by persistent inflammation of the colon and rectum mucosa and submucosa, with the potential to increase the risk of colorectal cancer. The global incidence of IBD is increasing, with higher rates in developed countries. UC has a significant prevalence in young adults, with similar incidence between men and women. The pathogenesis of UC involves genetic, environmental, and immunological factors. Dysregulated immune response plays a crucial role in chronic intestinal inflammation. Typical clinical presentation includes bloody diarrhea, rectal urgency, and tenesmus, with possible extraintestinal manifestations. Diagnosis is confirmed through medical history, laboratory tests, endoscopy, and biopsies. Treatment aims to achieve sustainable symptomatic and endoscopic remission, starting with aminosalicilates as first-line therapy for mild to moderate cases. Prolonged use of mesalazine may reduce the risk of colorectal cancer but also presents risks of renal toxicity. Oral corticosteroids are indicated in cases of inadequate response to initial treatment, with options such as budesonide-MMX and prednisone. In severe cases, intravenous corticosteroids, cyclosporine, and infliximab are considered. Maintenance therapy includes aminosalicilates, immunomodulators, and biological therapies. Surgery is reserved for refractory cases or emergencies, such as massive hemorrhage and toxic megacolon. The decision for surgery is made by a multidisciplinary team and depends on the patient's clinical conditions. This study provides a comprehensive understanding of the epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, diagnosis, treatment, and surgical considerations of UC, highlighting the importance of a multidisciplinary approach in managing this condition.

Keywords: Ulcerative Colitis. Inflammatory Bowel Disease. Diarrhea.

RESUMEN: La colitis ulcerosa (CU) es una de las principales enfermedades inflamatorias intestinales (EII), junto con la enfermedad de Crohn. La CU se caracteriza por una inflamación persistente de la mucosa y submucosa del colon y el recto, con el potencial de aumentar el riesgo de cáncer colorrectal. La incidencia global de EII está aumentando, con tasas más altas en países desarrollados. La CU tiene una prevalencia significativa en adultos jóvenes, con una incidencia similar entre hombres y mujeres. La patogénesis de la CU involucra factores genéticos, ambientales e inmunológicos. La respuesta inmune desregulada juega un papel importante en la inflamación intestinal crónica. La presentación clínica típica incluye diarrea sanguinolenta, urgencia rectal y tenesmo, con posibles manifestaciones extraintestinales. El diagnóstico se confirma a través de la historia clínica, análisis de laboratorio, endoscopia y biopsias. El tratamiento tiene como objetivo lograr una remisión sintomática y endoscópica sostenible, comenzando con aminosalicilatos como primera línea para casos leves a moderados. El uso prolongado de mesalazina puede reducir el riesgo de cáncer colorrectal, pero también presenta riesgos de toxicidad renal. Los corticosteroides orales están indicados en casos de respuesta inadecuada al tratamiento inicial, con opciones como budesonida-MMX y prednisona. En casos graves, se consideran corticosteroides intravenosos, ciclosporina e infliximab. La terapia de mantenimiento incluye aminosalicilatos, inmunomoduladores y terapias biológicas. La cirugía se reserva para casos refractarios al tratamiento clínico o emergencias, como hemorragia masiva y megacolon tóxico. La decisión quirúrgica la toma un equipo multidisciplinario y depende de las condiciones clínicas del paciente. Este estudio proporciona una comprensión integral de la epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y consideraciones quirúrgicas de la CU, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de esta condición.

Palabras clave: Colitis Ulcerosa. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Diarrea.

INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) representam condições inflamatórias crônicas complexas, cujas origens ainda são amplamente desconhecidas, manifestando-se em indivíduos com predisposição genética.¹¹

Essas enfermidades constituem um conjunto variado de condições que impactam o sistema gastrointestinal, destacando-se a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU), as quais se caracterizam por inflamação intestinal de origem idiopática persistente.⁶

O processo inflamatório na retocolite ulcerativa persiste, mas é limitado à mucosa e à submucosa superficial, tipicamente afetando o cólon e o reto. Além disso, pacientes com doenças inflamatórias intestinais têm um risco aumentado de desenvolver câncer colorretal (CCR), com uma probabilidade acumulada de 18% na retocolite ulcerativa e 8% na doença de Crohn após 30 anos do diagnóstico.¹¹

Além de causarem considerável morbidade, as doenças inflamatórias intestinais (DII) têm visto um aumento em sua incidência nos últimos anos, estabelecendo-se como uma verdadeira epidemia global. A incidência de DII é mais prevalente em países ocidentais, com os maiores índices registrados no norte da Europa, América do Norte, Reino Unido e Austrália.¹⁶

Embora sejam pouco comuns em países orientais, a incidência dessas doenças tem aumentado nesses locais nos últimos anos. Aproximadamente 0,5% dos adultos nos países ocidentais são afetados por doenças inflamatórias intestinais. Atualmente, a causa exata e os eventos fisiopatológicos que desencadeiam essas condições são desconhecidos. Os principais fatores implicados na instalação e manutenção da inflamação intestinal são a genética e a microbiota do hospedeiro. No entanto, alguns fatores ambientais foram associados, como localização geográfica, tabagismo, consumo de álcool, histórico de apendicectomia, estresse, depressão, atividade física e padrão de sono.⁶

A retocolite ulcerativa é uma condição crônica e inflamatória do cólon, uma das doenças intestinais inflamatórias idiopáticas (DII), que provoca inflamação contínua na mucosa superficial, afetando o trato do reto ao cólon proximal em diferentes extensões. Caracteriza-se por um curso de recidivas e remissões. Os sintomas típicos incluem diarreia sanguinolenta, urgência retal e tenesmo. Embora a causa exata ainda seja debatida, há crescentes evidências que sugerem um componente autoimune subjacente na RCU. Muitos

pacientes também apresentam manifestações extra intestinais que se assemelham a outros distúrbios autoimunes, envolvendo múltiplos órgãos.⁴

O custo anual direto e indireto relacionado à RCU nos Estados Unidos é estimado entre US\$ 8,1 e 14,9 bilhões.⁴

O diagnóstico da RCU é baseado nos sintomas apresentados pelo paciente, juntamente com evidências endoscópicas de inflamação difusa e contínua no cólon, iniciando no reto. Confirma-se o diagnóstico com biópsias colônicas que mostram inflamação crônica. O tratamento geralmente envolve terapia farmacológica para induzir a remissão e, em seguida, para mantê-la, muitas vezes sem o uso de corticosteroides.⁴

As manifestações clínicas mais comuns da retocolite ulcerativa incluem diarreia, sangramento retal, presença de muco nas fezes e dor abdominal. É essencial descartar causas infecciosas. O diagnóstico é estabelecido através da história clínica, exame das fezes, endoscopia e análise histopatológica. Como o tratamento varia de acordo com a extensão da doença, a retossigmoidoscopia flexível é útil para determinar as áreas afetadas, preferencialmente sem preparo intestinal e com cautela na insuflação de ar para evitar desconforto em caso de inflamação acentuada. A colonoscopia geralmente não é indicada na fase aguda e deve ser evitada, se possível, para prevenir o risco de megacólon tóxico.⁸

METODOLOGIA

A metodologia adotada foi uma síntese integrativa com abordagem qualitativa, que busca estabelecer conexões entre referências bibliográficas provenientes de fontes teóricas de autores renomados que discutem o tema em questão. A coleta de dados foi realizada por meio de revisão bibliográfica para análise secundária nos bancos de dados online PUBMED, SCIELO e LILACS, utilizando os descritores "Retocolite Ulcerativa" e "Doença Intestinal". As publicações foram selecionadas com base em sua relevância e importância para o estudo.

Os critérios de exclusão incluíram artigos que apresentavam apenas o resumo disponível e aqueles que não estavam alinhados aos objetivos propostos. Após a seleção da bibliografia, suas principais características foram agrupadas, com foco nas variáveis relacionadas à doença investigada.

DISCUSSÃO

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A retocolite ulcerativa é uma condição que afeta pessoas em todo o mundo, com uma prevalência global variando de 2,42 a 298,5 casos por 100.000 habitantes. É mais comum em adultos jovens, geralmente entre o final da adolescência e o início dos 30 anos, e ocorre igualmente em homens e mulheres. As taxas de incidência e prevalência são particularmente altas em países desenvolvidos, como na América do Norte, onde cerca de 1,2 milhões de pessoas são afetadas, e no norte da Europa, totalizando 2,6 milhões de casos. Cerca de 25% dos diagnósticos ocorrem antes dos 18 anos. ^{3,12,13,16}

Observa-se uma tendência crescente da doença em países recentemente industrializados, com um aumento na taxa de incidência de 14,9%. Essa expansão da prevalência da retocolite ulcerativa nos países desenvolvidos e em desenvolvimento pode ser parcialmente explicada pelas mudanças relacionadas à globalização cultural, como a adoção de dietas industrializadas e hábitos de vida pouco saudáveis, que, por sua vez, impactam a microbiota intestinal. ^{3,12,13,16}

Estima-se que até 2025 haverá cerca de 30 milhões de pessoas afetadas por essa doença em todo o mundo. ^{3,12,13,16}

No Brasil, os dados epidemiológicos sobre retocolite ulcerativa são limitados. Um estudo realizado em 2019 na região do Paraná, Sul do Brasil, revelou uma incidência de 10,43 casos por 100.000 habitantes naquele ano, juntamente com uma prevalência de 58,84 casos por 100.000 habitantes. Esses números foram mais altos na parte mais industrializada do estado, e a doença afeta mais mulheres do que homens, especialmente na faixa etária entre 40 e 80 anos. ^{3,12,13,14}

Em São Paulo, a incidência é de 6,14 casos por 100.000 habitantes, com uma prevalência de 52,6 casos por 100.000 habitantes. Embora as taxas de doenças inflamatórias intestinais sejam atualmente baixas no Brasil e na América Latina, a tendência à industrialização está gradualmente aumentando esses números, prevendo-se que se equiparem ao longo do tempo com os países desenvolvidos. ^{3,12,13,14}

Como mencionado anteriormente, o ambiente desempenha um papel fundamental no aumento da incidência das doenças inflamatórias intestinais (DII). Fatores como a ocidentalização e urbanização, combinados com mudanças na dieta e estilo de vida das

populações ocidentalizadas, têm contribuído para o aumento das taxas de incidência e prevalência da RCU. A maior prevalência observada em populações judaicas, quando comparadas a populações não judaicas, destaca a influência genética na patogênese das doenças inflamatórias intestinais. Certos locus genéticos específicos, como HLA e ADCY7, estão associados à RCU, embora a hereditariedade seja baixa (6,2% em gêmeos monozigóticos). Além disso, anti-inflamatórios não esteroidais e contraceptivos orais também foram associados a um aumento na incidência da doença. Foi identificado um risco cumulativo de câncer colorretal de 2% em 10 anos e 8% após 20 anos de RCU. Alguns fatores protetores incluem o tabagismo e a apendicectomia ^{3,12,16}

FISIOPATOLOGIA

A retocolite ulcerativa é uma condição crônica com base imunológica que tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. Sua origem está relacionada a alterações na barreira epitelial, como aumento ou diminuição na secreção de peptídeos antimicrobianos, ou falhas físicas, resultando em um recrutamento exacerbado de neutrófilos e, conseqüentemente, em respostas imunológicas anômalas. A inflamação é um indicador crucial da atividade da doença. Além disso, fatores longitudinais, como genética, histórico médico prévio, hospitalizações anteriores, bem como sintomas atuais, impacto na qualidade de vida, extensão do comprometimento intestinal, danos estruturais e o curso da doença, todos desempenham um papel na manifestação e gravidade da RCU.¹⁰

Outro aspecto crucial na retocolite ulcerativa é a resposta imune, uma vez que se trata de uma doença inflamatória que causa aumento tanto no número quanto na sobrevivência dos neutrófilos, intensificando o dano nos tecidos afetados. A presença excessiva de neutrófilos nas criptas colônicas leva à morte celular descontrolada, como evidenciado pela alta concentração de calprotectina nas fezes e no sangue, além da resposta sorológica que apresenta anticorpos anticitoplasma de neutrófilos autoperinucleares (pANCA). Essas alterações contribuem para o desenvolvimento de uma resposta imune adaptativa patológica, que inclui modificações na resposta das células T, principalmente pelo subtipo Th₂, resultando em aumento das interleucinas IL-4, IL-5 e IL-13. Compreender essas alterações na resposta imune abre caminho para o uso de agentes farmacológicos capazes de modular o perfil das citocinas como uma abordagem terapêutica no tratamento da doença.¹²

CLÍNICA

O sintoma predominante da retocolite ulcerativa é a diarreia sanguinolenta, observada em cerca de 90% dos pacientes no momento da apresentação. Acompanhando esse sintoma principal, podem surgir sintomas adicionais como dor abdominal em cólica, tenesmo, urgência evacuatória e presença de muco e pus nas fezes. Os casos mais graves podem estar associados a sintomas sistêmicos como febre, anemia e perda de peso. A expressão dos sintomas tende a variar de acordo com a extensão da doença, sendo que pacientes com proctite apresentam sintomas predominantemente locais, enquanto aqueles com colite extensa geralmente apresentam febre, perda significativa de sangue, emagrecimento e dor abdominal.⁹

Manifestações extraintestinais (MEI) podem ocorrer em até 10% dos casos de RCU, abrangendo comprometimento articular, cutâneo, hepatobiliar, oftalmológico, hematológico e influência no metabolismo ósseo. Essas manifestações podem ocorrer de forma independente ou estar relacionadas à atividade inflamatória intestinal, sendo que em alguns casos os sintomas extraintestinais podem ser mais graves do que os sintomas intestinais.⁹

Pacientes diagnosticados com colangite esclerosante primária associada à RCU apresentam um comportamento clínico diferente, com maior risco de câncer colorretal e doença mais extensa. A classificação de Montreal é utilizada para estadiar a extensão do comprometimento macroscópico na colonoscopia, dividindo os pacientes em três categorias: proctite ou retite, colite esquerda e pancolite.⁹

A gravidade da doença é melhor avaliada pela intensidade dos sintomas, sendo classificada de acordo com os critérios estabelecidos por Truelove e Witts. As agudizações são categorizadas em leve, moderada e grave, com base na frequência das evacuações, presença de sangue nas fezes, comprometimento sistêmico e velocidade de sedimentação globular. Casos suspeitos de megacólon tóxico também devem ser considerados graves.⁹

DIAGNÓSTICO

A dosagem sanguínea de proteína C reativa (PCR) e a velocidade de hemossedimentação (VHS ou VSG) são úteis na avaliação diagnóstica da retocolite ulcerativa, porém podem não apresentar alterações significativas na doença distal (retite), sendo, portanto, não recomendadas neste protocolo como método isolado de confirmação do

diagnóstico. O diagnóstico é estabelecido por meio da avaliação da história clínica, exames laboratoriais, exame endoscópico e achados histopatológicos.⁹

Os exames endoscópicos, como colonoscopia ou retossigmoidoscopia, desempenham um papel fundamental no diagnóstico e classificação da doença. O achado mais característico na colonoscopia é o comprometimento contínuo e simétrico da mucosa desde a margem anal, com clara demarcação entre a mucosa inflamada e a normal. Inicialmente, a mucosa pode apresentar diminuição ou perda da trama vascular submucosa, acompanhada de eritema e edema. Com a progressão da doença, a mucosa torna-se granular, friável e recoberta por exsudato mucopurulento, e em casos mais graves, podem ser observadas úlceras. Pacientes com RCU de longa duração podem apresentar perda das haustrações, pseudopólipos inflamatórios e encurtamento do cólon. Alguns pacientes com doença distal também podem apresentar comprometimento periapendicular, embora este achado pareça não influenciar na remissão, recidivas ou progressão da doença.⁹

A avaliação histológica no diagnóstico da RCU baseia-se em alterações como distorção arquitetural difusa de criptas, infiltrado inflamatório transmucoso com plasmocitose basal, e, eventualmente, criptites e abscessos crípticos como indicativos de atividade inflamatória. A depleção de mucina também pode ser observada, embora seja menos específica. É importante ressaltar que mesmo na presença de achados típicos, a histologia deve ser interpretada em conjunto com outros aspectos para um diagnóstico correto.⁹

TRATAMENTO

O objetivo primordial do tratamento clínico da retocolite ulcerativa é alcançar a remissão completa dos sintomas e melhorar os achados endoscópicos de forma duradoura, sem depender exclusivamente de corticosteroides. A estratégia terapêutica é guiada pela extensão da inflamação endoscópica, pela gravidade dos sintomas e pelos fatores prognósticos desfavoráveis. Em casos de RCU com intensidade leve a moderada, a primeira linha de tratamento consiste no uso de aminossalicilatos, como a mesalazina, na dose de 2-4,8 mg por dia. Para casos limitados à região retal, é possível utilizar a forma tópica ou supositórios dessa medicação isoladamente. Quando o cólon esquerdo também está

comprometido, é recomendada a combinação de mesalazina oral, supositórios e/ou tratamento tópico.¹

É fundamental ponderar que o uso prolongado de mesalazina pode apresentar benefícios, como a redução do risco de câncer colorretal. No entanto, também podem surgir desvantagens, tais como a possível exacerbação dos sintomas da colite e potencial toxicidade renal.⁵

Na ausência de uma resposta satisfatória ao tratamento inicial por pelo menos seis semanas, ou se houver uma deterioração dos sintomas, é recomendado considerar a introdução de corticosteroides orais. A budesonida-MMX (9mg/dia) é atualmente a opção preferencial nesse cenário. Para pacientes que não respondem a essa medicação ou que apresentam casos extensos e graves de retocolite ulcerativa, os corticosteroides convencionais, como a prednisona (0,75-1 mg/kg/dia), devem ser considerados.¹

Se o paciente não responder satisfatoriamente mesmo sob o uso de corticosteroides orais, é necessário investigar a presença de infecções, como *Clostridium difficile* e Citomegalovírus, que podem comprometer o controle da doença. Após a exclusão dessas infecções e persistência dos sintomas, considera-se o uso de corticosteroides intravenosos. Em situações agudas e graves, o tratamento com corticosteroides intravenosos deve ser considerado imediatamente. No entanto, se a resposta for inadequada, a ciclosporina e o infliximabe são as principais opções para pacientes que não respondem aos esteroides.¹

Quanto à terapia de manutenção, é recomendado o uso de aminossalicilatos, podendo ser associados a imunomoduladores e/ou agentes imunobiológicos. Por outro lado, o uso prolongado de corticosteroides não é indicado devido aos potenciais efeitos colaterais a longo prazo, como ganho de peso, hiperglicemia, aumento do risco de infecções e distúrbios hidroeletrólíticos. Na eventualidade de resistência aos imunomoduladores, a terapia biológica é considerada como última opção. Essa inclui medicamentos como anti-TNF, utilizados isoladamente ou em combinação com azatioprina, vedolizumabe, tofacitinibe e/ou tacrolimo.¹

A colectomia é considerada o principal procedimento cirúrgico para tratar a retocolite ulcerativa. As principais indicações para a realização da colectomia incluem a RCU refratária ao tratamento clínico e a presença de displasia de alto grau ou neoplasia. O adenocarcinoma é uma indicação absoluta para a colectomia, uma vez que representa uma

displasia epitelial que não pode ser removida por métodos endoscópicos. Além disso, a RCU associada à estenose do cólon, atraso no crescimento, disfunções psicossociais e intolerância às medicações também podem justificar o procedimento.¹⁵

A cirurgia também é recomendada em casos agudos de retocolite ulcerativa nos quais o paciente apresenta deterioração rápida ou não responde ao tratamento de resgate (como Infiximabe ou Ciclosporina) em até sete dias. Situações de hemorragia maciça, perfuração e megacólon tóxico indicam gravidade. Nesses casos, a colectomia subtotal e a ileostomia geralmente são necessárias, com preservação do segmento retal. A colectomia parcial deve ser considerada somente em situações específicas.⁷

A decisão de optar ou não pela cirurgia é tomada por uma equipe multidisciplinar composta por médicos coloproctologistas, gastroenterologistas e outros profissionais de saúde. Essa equipe é responsável por informar o paciente sobre o procedimento, seus benefícios e possíveis complicações.¹⁵

CONCLUSÃO

A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória intestinal crônica que tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. Ela afeta pessoas em todo o mundo, independentemente de idade, raça ou sexo, com uma incidência e prevalência consideráveis. Embora sua causa exata ainda não seja completamente compreendida, fatores genéticos, ambientais e imunológicos desempenham um papel crucial no seu desenvolvimento.

As manifestações clínicas da RCU podem variar de leves a graves, incluindo sintomas como diarreia crônica, dor abdominal, sangramento retal e perda de peso. O diagnóstico clínico é baseado na combinação de sintomas característicos, exame físico e avaliação de fatores de risco. Exames laboratoriais, como colonoscopia com biópsia, exames de imagem e marcadores inflamatórios, são usados para confirmar a suspeita clínica e avaliar a extensão e gravidade da inflamação intestinal. O diagnóstico diferencial é crucial, pois várias doenças intestinais e sistêmicas podem apresentar sintomas semelhantes.

O tratamento da RCU visa reduzir a inflamação, controlar os sintomas e prevenir complicações. Isso inclui terapias medicamentosas, como aminossalicilatos, corticosteroides, imunomoduladores e terapias biológicas. Em casos graves ou refratários, a

cirurgia pode ser considerada. Além disso, a nutrição e a dieta desempenham um papel relevante no manejo da RCU. Dietas específicas, como a exclusão de alimentos inflamatórios, podem ajudar a controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Por fim, a pesquisa contínua, o avanço da tecnologia diagnóstica e o desenvolvimento de novas terapias são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o impacto dessa doença na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. BURRI, E. et al. Treatment Algorithm for Mild and Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis: An Update. v. 101, n. Suppl. 1, p. 2-15, 1 jan. 2020
2. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Retocolite Ulcerativa. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2020/relatorio_pcdt_retocolite_ulcerativa_final_514_2020.pdf. Acesso em: 15 de março de 2024.
3. D'HAENS, G. R. et al. Ulcerative Colitis: Shifting Sands. v. 19, n. 2, p. 227-234, 2 mar. 2019.
4. FEUERSTEIN, J. D.; MOSS, A. C.; FARRAYE, F. A. Ulcerative Colitis. Mayo Clinic Proceedings, [s. l.], v. 94, n. 7, p. 1357-1373, 2019.
5. HIROSHI NAKASE et al. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease 2020. v. 56, n. 6, p. 489-526, 22 abr. 2021.
6. KHORSHIDI, M. et al. A posteriori dietary patterns and risk of inflammatory bowel disease: a meta-analysis of observational studies. International Journal for Vitamin and Nutrition Research. Boston, v. 90, n. 3-4, p. 376-384, jun. 2020
7. LAMB, C. A. et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. v. 68, n. Suppl 3, p. S1-S106, 27 set. 2019.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Retocolite Ulcerativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_retocolite_ulcerativa.pdf. Acesso em: 11 de abril de 2024.
9. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Retocolite Ulcerativa. Brasília, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2020/relatorio_pcdt_retocolite_ulcerativa_final_514_2020.pdf)

br/midias/relatorios/2020/relatorio_pcdt_retocolite_ulcerativa_final_514_2020.pdf. Acesso em: 15 de março de 2024

10. PABLA, B.; SCHWARTZ, D. A. Assessing Severity of Disease in Patients with Ulcerative Colitis. v. 49, n. 4, p. 671-688, 1 dez. 2020.
11. POCHARD., C. et al. The multiple faces of inflammatory enteric glial cells: is Crohn's disease a gliopathy? American Journal of Physiology Gastrointestinal and Liver Physiology. United States, v. 315, n. 1, p. G1-G11, jul. 2018
12. PORTER, R.; KALLA, R.; HO, G.-T. Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis. v. 9, p. 294-294, 24 abr. 2020.
13. SEYED SAEED SEYEDIAN; FOROGH NOKHOSTIN; MEHRDAD DARGAHIMALAMIR. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. v. 12, n. 2, p. 113-122, 1 abr. 2019.
14. SZULC, S. et al. Incidence, prevalence, and epidemiological characteristics of inflammatory bowel diseases in the state of Paraná in southern Brazil. v. 59, n. 3, p. 327- 333, 1 set. 2022.
15. TORSTEN KUCHARZIK et al. Ulcerative Colitis—Diagnostic and Therapeutic Algorithms. 17 ago. 2020
16. ZHOU, M. et al. New frontiers in genetics, gut microbiota, and immunity: a rosetta stone for the pathogenesis of inflammatory bowel disease. BioMed Research International. v. 2017, p. 1-17, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1155/2017/8201672>. Acesso em 05 de junho de 2021.