

**ERODILHO SANDE MOTA**

**Manifestações extra-intestinais em doença de Crohn e retocolite  
ulcerativa : prevalência e correlação com o diagnóstico,  
extensão, atividade, tempo de evolução da doença**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de  
Mestre em Ciências

Área de Concentração: Cirurgia do Aparelho Digestivo  
Orientador: Prof. Dr. Desidério Roberto Kiss

**São Paulo  
2007**

## Agradecimentos

A minha esposa Fernanda, que sempre me apoiou, incentivou, estimulou nos momentos de dificuldade e desânimo, e soube compreender a minha angústia, dificuldades e ausências nesta longa caminhada.

Aos meus pais, Erodilho e Catarina, que me deram a vida e as oportunidades para que eu realizasse um sonho, mesmo com todas as dificuldades, sempre me apoiaram com muito amor e compreensão.

A Dra. Magaly Gênio Teixeira, excelente professora e amiga, que fez com que eu me apaixonasse por doenças inflamatórias intestinais, e me deu a oportunidade de utilizar o seu conhecimento e *banco de dados* para a confecção desta dissertação.

Ao Dr. Desidério Kiss, motivador que fez com que um sonho se concretizasse. Pessoa de um alto astral contagiante, de uma oratória perfeita, e que sempre se disponibilizou para me ajudar.

A Dra. Angelita Habr-Gama, profissional excepcional, séria, responsável, com uma disposição para o trabalho/ensino/ciência invejável e ímpar, que tive a honra de ter sido aluno.

A Dra. Maristela Almeida, uma pessoa super solidária. Mesmo sem me conhecer direito há alguns anos atrás, foi sempre solícita, apoiando, ajudando a superar algumas dificuldades e *acolhendo a mim e a minha esposa*.

Ao Dr. Paulo Alves, pelos ensinamentos em colonoscopia e de ordem culturais, que fizeram da minha especialização mais agradável.

A Dra. Anna Paula Malheiros, colega, amiga, irmã, que soube nos acolher em São Paulo, incorporando-nos a sua família e sendo um exemplo de determinação e disciplina.

Ao Dr. Edésio, uma pessoa especial, iluminada, bom conselheiro e ouvidor, trabalhadora, responsável, que mesmo com toda a timidez sabe conquistar a admiração das pessoas.

Aos meus tios, primos e amigos, que mesmo à distância sempre me apoiaram.

Ao meu sogro, Antônio Carlos, e cunhados, Bruno e Gustavo, o meu obrigado pelos incentivos.

À minha família paulistana, Elizabeth Rocha (“mãe”), Carlos (“pai”) e Sérgio (“cunhado”), que me fizeram sentir mais em casa, mesmo a milhares de quilômetros de distância.

Ao meu amigo Mathew Thomas Thorpe, que mesmo sendo músico, assistiu aos meus treinos para apresentação do mestrado, dando dicas e motivando.

Às secretárias Myrtes e Vilma, pela atenção, simpatia, disponibilidade e orientações sempre que solicitadas.

À Marta, bibliotecária , que muito me ajudou na revisão bibliográfica.

À dona Neuza, sempre atenciosa e prestativa no ambulatório do Hospital das Clínicas.

## Normalização Adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors*(Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2<sup>o</sup> ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

## SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Resumo

Summary

1. Introdução .....	1
2. Objetivos .....	4
3. Métodos .....	6
3.1 Análise Estatística .....	8
4. Resultados .....	9
5. Discussão .....	27
5.1 Manifestações Articulares .....	31
5.2 Manifestações Dermatológicas .....	35
5.3 Manifestações Oftalmológicas .....	37
5.4 Manifestações Hepatobiliares .....	38
5.5 Manifestações Urológicas .....	41
5.6 Manifestações Vasculares .....	43
5.7 Manifestações Pulmonares .....	46
6. Conclusões .....	49
7. Anexos .....	51
8. Referências .....	91

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b>	Extensão da doença intestinal na retocolite ulcerativa.....	10
<b>Tabela 2.</b>	Extensão da doença intestinal na doença de Crohn.....	10
<b>Tabela 3.</b>	Distribuição dos pacientes com retocolite ulcerativa e manifestações extra-intestinais de acordo com a extensão da doença intestinal .....	11
<b>Tabela 4.</b>	Distribuição dos pacientes com doença de Crohn e manifestações extra-intestinais de acordo com a extensão da doença intestinal .....	11
<b>Tabela 5.</b>	Distribuição das manifestações articulares em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença .....	13
<b>Tabela 6.</b>	Distribuição das manifestações articulares em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença .....	13
<b>Tabela 7.</b>	Distribuição das manifestações dermatológicas em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença.....	14
<b>Tabela 8.</b>	Distribuição das manifestações dermatológicas em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença .....	14
<b>Tabela 9.</b>	Distribuição das manifestações oftalmológicas em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença.....	15
<b>Tabela 10.</b>	Distribuição das manifestações oftalmológicas em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença .....	15
<b>Tabela 11.</b>	Distribuição das manifestações urológicas em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença .....	16
<b>Tabela 12.</b>	Distribuição das manifestações urológicas em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença .....	16
<b>Tabela 13.</b>	Distribuição das manifestações hepatobiliares em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença .....	17
<b>Tabela 14.</b>	Distribuição das manifestações hepatobiliares em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença .....	18

<b>Tabela 15.</b> Distribuição das manifestações pulmonares em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença .....	18
<b>Tabela 16.</b> Distribuição das manifestações pulmonares em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença .....	19
<b>Tabela 17.</b> Distribuição das manifestações vasculares em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença. ....	19
<b>Tabela 18.</b> Distribuição das manifestações vasculares em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença. ....	20
<b>Tabela 19.</b> Distribuição dos pacientes por período em que surgiram as manifestações extra-intestinais e os sintomas intestinais e sua relação com a atividade da doença e com cirurgias abdominais .....	24
<b>Tabela 20.</b> Número de manifestações extra-intestinais em pacientes com retocolite ulcerativa – relação com a extensão da doença.....	25
<b>Tabela 21.</b> Número de manifestações extra-intestinais em pacientes com doença de Crohn – relação com a extensão da doença.....	25

## Lista de Gráficos

<b>Gráfico 1.</b>	Comparação entre a frequência de manifestações entre RCU e DC (%) ...	21
<b>Gráfico 2.</b>	Comparação entre a frequência de manifestações entre RCU e DC (%) ...	21
<b>Gráfico 3.</b>	Distribuição por sexo das MEI em RCU(%).....	22
<b>Gráfico 4.</b>	Distribuição por sexo das MEI em RCU(%).....	22
<b>Gráfico 5.</b>	Distribuição por sexo das MEI em DC(%). ....	23
<b>Gráfico 6.</b>	Distribuição por sexo das MEI em DC(%). ....	23
<b>Gráfico 7.</b>	Número de MEI por DII.....	26



## Lista de Abreviaturas

MEI	Manifestações Extra-intestinais
DC	Doença de Crohn
RCU	Retocolite Ulcerativa
DII	Doença Inflamatória Intestinal
HCE	Hemicólon Esquerdo
ID	Intestino Delgado
C	Cólon
PA	Perianal
ART	Articular
DERM	Dermatológica
OFT	Oftálmica
URO	Urológica
HEP	Hepatobiliar
PUL	Pulmonar
VAS	Vascular
M	Masculino
F	Feminino
US	Ultrassonografia
TC	Tomografia Computadorizada
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
et al.	E outros
Rev.	Revista
Colab.	Colaboradores
p	página(s)

## Resumo

Mota ES. *Manifestações extra-intestinais em doença de Crohn e retocolite ulcerativa: prevalência e correlação com o diagnóstico, extensão, atividade, tempo de evolução da doença*[dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 102p.

**INTRODUÇÃO:** As doenças inflamatórias intestinais têm chamado a atenção da comunidade científica pela multiplicidade de manifestações no trato digestivo, manifestações extra-intestinais e pela sua incidência em ascensão. Existe uma grande prevalência de manifestações extra-intestinais em portadores de doença de Crohn e de retocolite ulcerativa, variando na literatura de 24 a 65%. Estas alterações podem surgir antes dos sintomas intestinais, concomitante ou posteriormente, podendo ou não ter relação com a atividade da doença intestinal. O conhecimento destas manifestações extra-intestinais assim como seu quadro clínico, evolução e tratamento é importante, devido ao aumento da morbidade e mortalidade desencadeada por elas. **OBJETIVO:** Objetivou-se neste trabalho determinar a prevalência de manifestações extra-intestinais em retocolite ulcerativa e doença de Crohn, correlacionando com diagnóstico do tipo de doença inflamatória intestinal, extensão, tempo de evolução e aparecimento dos sintomas, sexo e atividade da doença. **MÉTODOS:** Os pacientes que participaram do estudo estão cadastrados no Ambulatório de Doenças Inflamatórias do Serviço de Cirurgia do Cólon, Reto e Ânus do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de setembro de 1984 até setembro de 2004. Os dados para a pesquisa foram colhidos retrospectivamente de mil protocolos que foram preenchidos em caráter prospectivo na primeira consulta do doente e atualizados em consultas subsequentes. Foram estudadas as manifestações articulares, dermatológicas, oftalmológicas, urológicas, hepáticas, pulmonares e vasculares. **RESULTADOS:** Entre os 1.000 pacientes estudados encontrou-se 468 com doença de Crohn (46,8%) e 532 com retocolite ulcerativa (53,2%). Foram encontrados 627 pacientes com pelo menos uma forma de manifestação extra-intestinal (315-59,2% com RCU e 312-66,7% com doença de Crohn). A média de tempo de duração da doença inflamatória intestinal dos pacientes que tinham manifestações extra-intestinais foi de 10,23 anos, comparado a 7,89 anos daqueles que não possuíam, sendo estatisticamente significativo. Também foi evidenciado que as manifestações extra-intestinais surgiram com maior frequência posteriormente aos sintomas intestinais da doença. **CONCLUSÕES:** Na retocolite ulcerativa a maior extensão da doença no cólon foi proporcional a incidência de manifestações extra-intestinais, enquanto na doença de Crohn, quando havia algum acometimento colônico era maior a incidência destas manifestações. Apenas as manifestações urológicas tiveram uma predisposição maior pela doença de Crohn, e nestes, no sexo masculino. As manifestações articulares e dermatológicas foram mais prevalentes no sexo feminino tanto em retocolite ulcerativa quanto na doença de Crohn. Na doença de Crohn também houve maior prevalência de manifestações hepáticas no sexo feminino. As manifestações articulares, dermatológicas e vasculares tiveram uma maior correlação com a atividade da doença intestinal em ambos os grupos.

**Descritores:** 1.Enteropatias inflamatórias 2.Doença de Crohn 3.Proctocolite 4.Prevalência

## Summary

Mota ES. *Extra-intestinal manifestations in Crohn disease and ulcerative rectocolitis: prevalence and correlation with diagnosis, extension, activity, disease evolution time* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2007. 102p.

**INTRODUCTION:** Intestinal inflammatory diseases have been calling the attention of the scientific community due to the multiplicity of manifestations in the digestive tract, extra-intestinal manifestations and due to its growing incidence. There's great prevalence of extra-intestinal manifestations in Crohn's disease and ulcerative rectocolitis bearers, varying in literature from 24 to 65%. These alterations may arise before the intestinal symptoms, either at the same time or after, and they may or may not be related to the activity of the intestinal disease. Knowing these extra-intestinal manifestations, as well as their clinical condition, evolution and treatment is important, due to the enhancement in morbidity and mortality aroused by them. **AIM:** The objective of this paper was to determine the prevalence of extra-intestinal manifestations in ulcerative rectocolitis and Crohn's disease, relating it with the diagnosis of the kind of intestinal inflammatory disease, extension, evolution time and the arising of the symptoms, sex and disease activity. **METHODS:** The patients who took part in the study are registered in the Ambulatory for Inflammatory Diseases of the Anus, Rectum and Colon Surgery Service in the Gastroenterology Service of the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, from September 1984 until September 2004. The data for the research were retrospectively gotten from one thousand protocols that were filled out in a prospective character during the patient's first consultation, and updated during subsequent consultations. Articular, dermatological, ophthalmologic, urologic, hepatic, pulmonary and vascular manifestations were studied. **RESULTS:** Among the 1,000 patients studied 468 were found to have Crohn's disease (46.8%) and 532 had ulcerative rectocolitis (53.2%). 627 patients were found with at least one form of extra-intestinal manifestation (315-59.2% had ulcerative retocolitis and 312-66.7% had Crohn's disease). The average duration time of the intestinal inflammatory disease of the patients who had extra-intestinal manifestations was of 10.23 years, compared to 7.89 years of those who had no disease, being statistically significant. It was also evident that the extra-intestinal manifestations came about more frequently subsequently to intestinal symptoms of the disease. **CONCLUSIONS:** In ulcerative rectocolitis, the greater extension of the disease in the colon was proportional to the incidence of extra-intestinal manifestations, whereas in Crohn's disease, when there was some colonic assault, the incidence of these manifestations was greater. Only the urologic manifestations have greater predisposition for Crohn's disease and in these ones, in the masculine sex. Articular and dermatological manifestations were more prevalent in the feminine sex both for ulcerative rectocolitis and for Crohn's disease. In Crohn's disease there was also greater prevalence of hepatic manifestations in the feminine sex. Articular, dermatological and vascular manifestations had greater correlation with the intestinal disease activity in both groups.

Descriptors: 1.Inflammatory enteropathy 2.Crohn's disease 3.Proctocolitis  
4.Prevalence

# **1. Introdução**

---

As doenças inflamatórias intestinais têm chamado a atenção da comunidade científica pela multiplicidade de manifestações no trato digestivo e pela sua incidência em ascensão<sup>8,17,28,37,42,48,97,98</sup>. Em nosso meio, pode-se concluir que o mesmo esteja ocorrendo face ao crescente número de publicações<sup>4,5,6,7,19,30,34,50,58,62,63,64,73,76,81,82,85,90,94,96,98,103,104,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,115,116</sup>. Sabe-se que estas doenças inflamatórias intestinais não se limitam apenas a manifestações no aparelho digestivo, podendo causar sintomas em vários outros órgãos<sup>1,2,3,12,13,15,16,17,21,23,25,26,29,30,32,33,35,36,37,38,39,41,42,43,44,46,47,48,49,50,61,77,80,112</sup>.

Existe uma grande prevalência de manifestações extra-intestinais em portadores de doença de Crohn e de retocolite ulcerativa, variando na literatura de 24 a 65%<sup>3,16,36,61,77,80,112</sup>. Estas alterações podem surgir antes dos sintomas intestinais, concomitante ou ulteriormente, podendo ou não ter relação com a atividade da doença intestinal. O conhecimento destas manifestações extra-intestinais assim como seu quadro clínico, evolução e tratamento é importante, devido ao aumento da morbidade e mortalidade desencadeada por elas.

Pode haver acometimento articular<sup>10,59,60</sup>, oftalmológico<sup>55,57,71,89</sup>, dermatológico<sup>24,28,53,56,72</sup>, urológico<sup>15,78,86</sup>, hepatobiliar<sup>14,22,84,88</sup>, pulmonar<sup>52,54,66,69,79</sup>, entre outros que, uma vez instalados, podem evoluir independente da doença intestinal, como acontece com a colangite esclerosante primária e espondilite anquilosante, causando cirrose hepática e deformidade óssea respectivamente<sup>13,25,51,83,90</sup>.

Em algumas situações, estas manifestações extra-intestinais requerem tratamentos específicos, seja clínico ou cirúrgico, às vezes de grande complexidade e morbi-mortalidade. Isto fica bem evidente nos casos de transplante hepático naqueles pacientes que desenvolvem cirrose secundária a colangite esclerosante primária, ou nefrectomia em pacientes acometidos por nefrolitíase ou glomerulonefrite intersticial, mesmo estando a doença intestinal sob controle<sup>15,25,78,83,86</sup>.

Outras vezes, os sintomas causados por estas manifestações extra-intestinais são determinantes para o tratamento cirúrgico com ressecção de segmentos intestinais para controle dos mesmos<sup>73,105,108,110,114,115</sup>.

Com todos os aspectos citados anteriormente, é de grande importância um estudo epidemiológico que possa descrever a prevalência destas MEI em doentes com RCU e DC, além de correlacionar com aspectos específicos de cada doença, para que, de alguma maneira estas MEI sejam detectadas precocemente e melhor conduzidas, além de ajudar em um melhor entendimento da patogênese das DII.

## **2. Objetivos**

---

---

Os objetivos deste trabalho são de estudar:

- 1- Prevalência de manifestações extra-intestinais (MEI) em retocolite ulcerativa e doença de Crohn,
- 2- Predomínio de determinada MEI em relação ao tipo de DII,
- 3- Correlação das MEI com a extensão da DII,
- 4- Relação das MEI com o sexo,
- 5- Momento de aparecimento das MEI em relação ao início dos sintomas intestinais.



### **3. Métodos**

---

---

Os pacientes que participaram do estudo estão cadastrados no Ambulatório de Doenças Inflamatórias do Serviço de Cirurgia do Cólon, Reto e Ânus do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de setembro de 1984 até setembro de 2004. Os dados para a pesquisa foram colhidos retrospectivamente de mil protocolos que foram preenchidos em caráter prospectivo na primeira consulta do doente e atualizados em consultas subsequentes. Estes resultados não incluem a identidade do doente, para que a mesma seja preservada, e evitar assim qualquer tipo de depreciação ou discriminação.

O diagnóstico da DII foi estabelecido pelo quadro clínico, exames radiológicos (enema opaco e trânsito intestinal) e exames endoscópicos (retossigmoidoscopia, colonoscopia e endoscopia digestiva alta) com biópsia. Foi também analisada a extensão do comprometimento intestinal nas doenças inflamatórias, sendo na retocolite ulcerativa classificadas como Distal (envolvendo reto e/ou sigmóide), Hemicólon Esquerdo-HCE-(com envolvimento do reto, sigmóide, descendente e/ou 1/3 distal do transverso) e Universal (envolvendo o reto e todos os segmentos colônicos).

Na doença de Crohn, a extensão da doença foi avaliada da seguinte maneira: Intestino Delgado-ID- (envolvimento apenas do intestino delgado); Cólon-C- (acometendo exclusivamente o cólon); Perianal-PA(envolvendo apenas a região perianal) e as combinações destas manifestações (Ex: ID+PA, ID+C, ID+C+PA, C+PA).

Foram estudadas as MEI articulares, dermatológicas, oftalmológicas, urológicas, hepáticas, pulmonares e vasculares. As MEI foram estudadas através de RX simples ou tomografia do tórax, ultrassonografia ou tomografia do abdome, além de exames laboratoriais que avaliaram a função renal, hepática, pancreática e testes de coagulação. Todos os doentes passaram por exame especializado com o oftalmologista.

Só foram considerados portadores de manifestações articulares os doentes soro negativos para doença reumatológica. Em casos selecionados, foram solicitados exames radiológicos para estudo de determinada articulação.

Cento e nove pacientes que realizaram tratamento cirúrgico por via abdominal foram submetidos a biópsia hepática no intra-operatório.

A atividade da DII foi avaliada por um conjunto de critérios clínicos, corroborados por exames laboratoriais (medidas séricas de marcadores de atividade inflamatória-VHS e PCR) além de exames endoscópicos e radiológicos quando necessário.

### **3.1 Análise Estatística**

Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos. As variáveis quantitativas foram apresentadas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão.

Para se verificar a associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-quadrado.

O nível de significância adotado foi de 5%.

## **4. Resultados**

---

---

Entre os 1.000 pacientes estudados encontramos 468 com doença de Crohn (46,8%) e 532 com retocolite ulcerativa (53,2%). 441 eram do sexo masculino (228 com RCU e 213 com DC) e 559 do sexo feminino (304 com RCU e 255 com DC).

Quanto a cor, estão distribuídos da seguinte forma: 764 brancos (397 com RCU e 367 com DC), 38 pretos (24 com RCU e 14 com DC), 180 pardos (100 com RCU e 80 com DC) e 18 amarelos (11 com RCU e 07 com DC).

Os resultados encontrados quanto a distribuição da extensão da doença intestinal, são apresentados nas tabelas 1 e 2.

**Tabela 1.** Extensão da doença intestinal na retocolite ulcerativa

<b>Extensão</b>	<b>Nº de pacientes</b>
Distal	<b>184</b>
HCE	<b>121</b>
Universal	<b>227</b>
<b>Total</b>	<b>532</b>

**Tabela 2.** Extensão da doença intestinal na doença de Crohn

<b>Extensão</b>	<b>Nº de pacientes</b>
ID	<b>103</b>
ID+PA	<b>64</b>
ID+C	<b>64</b>
ID+C+PA	<b>98</b>
C	<b>34</b>
C+PA	<b>98</b>
PA	<b>7</b>
<b>Total</b>	<b>468</b>

A média de idade do início da doença inflamatória intestinal foi de 31,2 anos (variando de 1-83 anos), com tempo médio de doença de 9,36 anos (com variação de 1-63 anos).

Entre os pacientes estudados, foram encontrados 627 pacientes com pelo menos uma forma de manifestação extra-intestinal (315 com RCU e 312 com DC), distribuídos, como apresentado nas tabelas 3 e 4, de acordo com o diagnóstico e extensão da manifestação intestinal.

**Tabela 3.** Distribuição dos pacientes com retocolite ulcerativa e manifestações extra-intestinais de acordo com a extensão da doença intestinal

<b>Extensão</b>	<b>Nº total de pacientes</b>	<b>Nº de pacientes com MEI</b>	<b>(%)</b>	<b>Proporção de MEI X Nº de pacientes com RCU</b>	<b>(%)</b>
Distal	184	<b>91</b>	49,5	91/315	28,9
HCE	121	<b>79</b>	65,3	79/315	25,1
Universal	227	<b>145</b>	63,9	145/315	46
Total	532	<b>315</b>	59,2	315/315	100

**Tabela 4.** Distribuição dos pacientes com doença de Crohn e manifestações extra-intestinais de acordo com a extensão da doença intestinal

<b>Extensão</b>	<b>Nº total de pacientes</b>	<b>Nº de pacientes com MEI</b>	<b>(%)</b>	<b>Associação de grupos com MEI</b>	<b>(%)</b>
ID	103	<b>65</b>	63,1	ID (+) ID+PA	61,67
ID+PA	64	<b>38</b>	59,4		
ID+C	64	<b>40</b>	62,5	ID+C (+) ID+C+PA	70,37
ID+C+PA	98	<b>74</b>	75,5		
C	34	<b>23</b>	67,6	C (+) C+PA	70,45
C+PA	98	<b>70</b>	71,4		
PA	7	<b>2</b>	28,6	--	--
Total	468	<b>312</b>	66,7	--	--

Pelo teste de comparação de duas proporções, pode-se observar que o grupo Universal difere do grupo Distal ( $p < 0,01$ ), e o grupo Universal difere do grupo HCE ( $p < 0,01$ ), mas o grupo Distal não difere do grupo HCE ( $p = 0,34$ ), quando analisamos a proporção do número de doentes com MEI de acordo com a extensão da doença. Concluimos então que a maior extensão da doença implica em maior chance de desenvolver MEI ( $p < 0,01$ ).

Pode-se observar, pelo teste de comparação entre duas proporções, que a soma dos pacientes com acometimento exclusivo do ID e ID+PA difere da soma dos pacientes com envolvimento do ID+C e ID+C+PA ( $p < 0,05$ ). A soma dos pacientes com acometimento exclusivo do ID e ID+PA difere da soma dos pacientes com envolvimento exclusivo do C e C+PA ( $p < 0,05$ ). Entretanto a soma dos pacientes com envolvimento do ID+C e ID+C+PA não difere da soma dos pacientes com envolvimento exclusivo do C e C+PA ( $p > 0,05$ ). O que evidenciamos com isso é que a presença do envolvimento colônico foi estatisticamente significativo para uma maior incidência de MEI em DC.

A média de tempo de duração da doença inflamatória intestinal dos pacientes que tinham MEI foi de 10,23 anos (01-63), comparado a 7,89 anos (1-36) daqueles que não possuíam qualquer forma de MEI ( $p < 0,05$ ). O tempo de seguimento destes pacientes no Ambulatório de Doenças Inflamatórias foi de 10,41 anos para os pacientes com DC e 8,98 anos para os com RCU.

Encontramos 489 pacientes com pelo menos algum tipo de manifestação articular. Foram 252 pacientes com RCU. As manifestações articulares mais frequentes entre os pacientes com RCU foram artralgia (96,52%), seguido de sacroileíte (2,70%) e espondilite anquilosante (0,78%). Dos 252 pacientes com RCU, sete tinham mais de um tipo de manifestação articular. A distribuição das

manifestações articulares correlacionando com a extensão da doença na RCU é apresentada na tabela 5.

**Tabela 5.** Distribuição das manifestações articulares em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Articular/Extensão</b>	<b>Distal</b>	<b>HCE</b>	<b>Universal</b>	<b>Total</b>
Artralgia	72	66	112	250
Sacroileíte	3	1	3	7
Espondilite anquilosante	--	--	2	2
<b>Total de manifestações articulares</b>	<b>75</b>	<b>67</b>	<b>117</b>	<b>259</b>

\*07 pacientes apresentaram mais de um tipo de manifestação articular.

237 pacientes com DC tinham algum tipo de manifestação articular. As manifestações articulares mais frequentes entre os pacientes com DC foram artralgia (90,1%), sacroileíte (6,7%) e espondilite anquilosante (3,2%). 15 pacientes com DC apresentavam mais de uma manifestação articular. Os resultados são apresentados na tabela 6.

**Tabela 6.** Distribuição das manifestações articulares em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Articular/Extensão</b>	<b>ID</b>	<b>ID+PA</b>	<b>ID+C</b>	<b>ID+C +PA</b>	<b>C</b>	<b>C+PA</b>	<b>PA</b>	<b>TOTAL</b>
Artralgia	41	28	57	59	18	49	2	254
Sacroileíte	3	1	4	5	3	3	--	19
Espondilite anquilosante	--	2	2	2	--	3	--	9
<b>Total de manifestações articulares</b>	<b>44</b>	<b>31</b>	<b>63</b>	<b>66</b>	<b>21</b>	<b>55</b>	<b>2</b>	<b>282</b>

\*15 pacientes apresentaram mais de um tipo de manifestação articular.



Analisando as manifestações dermatológicas, encontramos 68 pacientes com algum tipo de lesão correlacionada com a DII.

Foram 36 pacientes com RCU com algum tipo de manifestação dermatológica. As manifestações mais frequentes foram eritema nodoso (51,28%) e pioderma gangrenoso (41,02%), ver tabela 7. Três pacientes apresentaram mais de uma manifestação dermatológica.

**Tabela 7.** Distribuição das manifestações dermatológicas em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Dermatológica/Extensão</b>	<b>Distal</b>	<b>HCE</b>	<b>Universal</b>	<b>Total</b>
Eritema nodoso	4	4	12	20
Pioderma gangrenoso	--	2	14	16
Psoríase	1	--	2	3
<b>Total de manifestações dermatológicas</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>28</b>	<b>39</b>

\*03 pacientes apresentaram mais de um tipo de manifestação dermatológica.

Dos pacientes com doença de Crohn, 32 pacientes apresentavam doenças dermatológicas, sendo o eritema nodoso (50%) e o pioderma gangrenoso (40,62%) os mais frequentes (ver tabela 8).

**Tabela 8.** Distribuição das manifestações dermatológicas em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Dermatológica/Extensão</b>	<b>ID</b>	<b>ID+PA</b>	<b>ID+C</b>	<b>ID+C+PA</b>	<b>C</b>	<b>C+PA</b>	<b>TOTAL</b>
Eritema nodoso	--	2	2	3	--	9	16
Pioderma gangrenoso	1	1	--	6	1	4	13
Psoríase	--	1	1	--	--	1	3
<b>Total de manifestações dermatológicas</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>32</b>

Foram 10 pacientes com RCU que apresentavam manifestações oftalmológicas, sendo que um destes pacientes era portador de duas manifestações. As manifestações mais frequentes foram uveíte (54,54%) e episclerite (18,18%) como mostrado na tabela 9.

**Tabela 9.** Distribuição das manifestações oftalmológicas em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Oftalmológica/Extensão</b>	<b>Distal</b>	<b>HCE</b>	<b>Universal</b>	<b>Total</b>
Uveíte	4	1	1	6
Episclerite	--	1	1	2
Vitreíte	--	1	--	1
Amaurose	--	--	1	1
Conjuntivite	--	--	1	1
<b>Total de manifestações oftalmológicas</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>11</b>

\*Um paciente apresentava duas manifestações oftalmológicas.

Nos pacientes com doença de Crohn, seis eram portadores de manifestações oftalmológicas, distribuídos como apresentado na tabela 10. A mais frequente foi uveíte (66,7%).

**Tabela 10.** Distribuição das manifestações oftalmológicas em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Oftalmológica/Extensão</b>	<b>ID</b>	<b>ID+C</b>	<b>ID+C+PA</b>	<b>C+PA</b>	<b>TOTAL</b>
Uveíte	1	1	1	1	4
Glaucoma	--	--	--	1	1
Episclerite	--	--	--	1	1
<b>Total de manifestações oftalmológicas</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>

Quanto as manifestações urológicas na RCU, 48 pacientes apresentavam algum tipo de manifestação, porém, três destes possuíam mais de uma patologia urológica associada. As mais frequentes foram litíase renal (84,31%), insuficiência renal (5,88%) e fístulas êntero-vesicais (5,88%) como apresentado na tabela 11.

**Tabela 11.** Distribuição das manifestações urológicas em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Urológica/Extensão</b>	<b>Distal</b>	<b>HCE</b>	<b>Universal</b>	<b>Total</b>
Litíase renal	16	7	20	43
Insuficiência renal	--	--	3	3
Fístulas êntero-vesicais	--	--	3	3
Nefrosclerose	1	--	--	1
Nefrite	1	--	--	1
<b>Total de manifestações urológicas</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>51</b>

\*Três pacientes apresentavam mais de uma manifestação urológica.

Foram encontrados 69 pacientes com doença de Crohn e manifestações urológicas. As patologias encontradas foram litíase renal (81,7%), fístulas êntero-vesicais (14,08%) e insuficiência renal (4,22%). Dois dos pacientes apresentava mais de uma manifestação (ver tabela 12).

**Tabela 12.** Distribuição das manifestações urológicas em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Urológica/Extensão</b>	<b>ID</b>	<b>ID+PA</b>	<b>ID+C</b>	<b>ID+C+PA</b>	<b>C</b>	<b>C+PA</b>	<b>TOTAL</b>
Litíase renal	12	11	8	13	5	9	58
Fístulas êntero-vesicais	1	1	4	3	--	1	10
Insuficiência renal	1	--	--	1	--	1	3
<b>Total de manifestações urológicas</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>71</b>

\*Um paciente apresentava mais de uma manifestação urológica.

Quando foram analisadas as manifestações hepatobiliares na RCU, encontramos como mais frequentes a colelitíase (34,29%), esteatose hepática (34,29%), fígado reacional (11,43%) e colangite esclerosante (10%). Foram 66 pacientes com algum tipo de manifestação hepática, dos quais, quatro pacientes apresentaram mais de um acometimento hepatobiliar (ver tabela 13).

**Tabela 13.** Distribuição das manifestações hepatobiliares em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Hepatobiliar/Extensão</b>	<b>Distal</b>	<b>HCE</b>	<b>Universal</b>	<b>Total</b>
Colelitíase	10	5	9	24
Esteatose	8	9	7	24
Fígado reacional	1	1	6	8
Colangite esclerosante	1	--	6	7
Hepatopatia difusa	1	1	--	2
Fibrose Portal	--	1	1	2
Hipertensão portal+hepat.auto-imune	--	--	1	1
Hemangioma	--	1	--	1
<b>Total de manifestações hepatobiliares</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>70</b>

\*Quatro pacientes apresentavam mais de uma manifestação hepatobiliar.

Dentre os pacientes com DC, 70 apresentavam manifestações hepatobiliares, sendo que nove eram portadores de mais de uma manifestação. Colelitíase (43,04%), esteatose hepática (21,52%), fígado reacional (13,92%) e fibrose periductal (12,66%) foram as mais frequentes (ver tabela 14).

**Tabela 14.** Distribuição das manifestações hepatobiliares em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Hepatobiliar/Extensão</b>	<b>ID</b>	<b>ID+PA</b>	<b>ID+C</b>	<b>ID+C +PA</b>	<b>C</b>	<b>C+PA</b>	<b>TOTAL</b>
Colelitíase	9	8	3	8	2	4	34
Esteatose	7	3	1	4	--	2	17
Fígado reacional	3	--	1	4	--	3	11
Fibrose periductal	2	--	--	4	1	3	10
Colangite esclerosante	1	--	1	1	1	--	4
Abscesso hepático	1	--	--	--	1	--	2
Cirrose	--	1	--	--	--	--	1
<b>Total de manifestações hepatobiliares</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>79</b>

\*Nove pacientes apresentavam mais de uma manifestação hepatobiliar.

Sendo analisadas as manifestações pulmonares, dez pacientes com RCU apresentaram alguma queixa, sendo a mais frequente a bronquite (60%). Outras manifestações também foram evidenciadas como apresentado na tabela 15.

**Tabela 15.** Distribuição das manifestações pulmonares em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Pulmonar/Extensão</b>	<b>Distal</b>	<b>HCE</b>	<b>Universal</b>	<b>Total</b>
Bronquite	2	2	2	6
Nódulos pulmonares	--	1	--	1
Bronquiectasia	--	--	1	1
Cavitação Pulmonar	--	1	--	1
Derrame pleural	--	--	1	1
<b>Total de manifestações pulmonares</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>10</b>

Em 14 pacientes com DC houve algum tipo de manifestação pulmonar. A mais frequente foi bronquite (71,43%). Podemos ver na tabela 16 outras formas de manifestação pulmonar.

**Tabela 16.** Distribuição das manifestações pulmonares em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença

<b>Manifestação Pulmonar/Extensão</b>	<b>ID</b>	<b>ID+PA</b>	<b>ID+C</b>	<b>ID+C +PA</b>	<b>C</b>	<b>C+PA</b>	<b>TOTAL</b>
Bronquite	2	2	--	2	--	4	10
ASMA	1	--	--	--	1	--	2
Pneumopatia inespecífica	--	--	--	--	--	1	1
Dor torácica + derrame pleural	--	--	1	--	--	--	1
<b>Total de manifestações pulmonares</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>14</b>

Foram identificados sete pacientes com RCU e manifestações vasculares. A mais prevalente foi trombose venosa (85,71%). Apresentamos na tabela 17 outras manifestações que foram encontradas.

**Tabela 17.** Distribuição das manifestações vasculares em retocolite ulcerativa de acordo com a extensão da doença.

<b>Manifestação Vascular/Extensão</b>	<b>Distal</b>	<b>Universal</b>	<b>Total</b>
Trombose venosa	1	5	6
Vasculites	--	1	1
<b>Total de manifestações vasculares</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

Dentre os pacientes com DC, seis apresentavam algum tipo de manifestação vascular, entretanto, um paciente apresentava duas manifestações concomitantes. A manifestação vascular mais encontrada foi trombose venosa (57,14%). Ver tabela 18.

**Tabela 18.** Distribuição das manifestações vasculares em doença de Crohn de acordo com a extensão da doença.

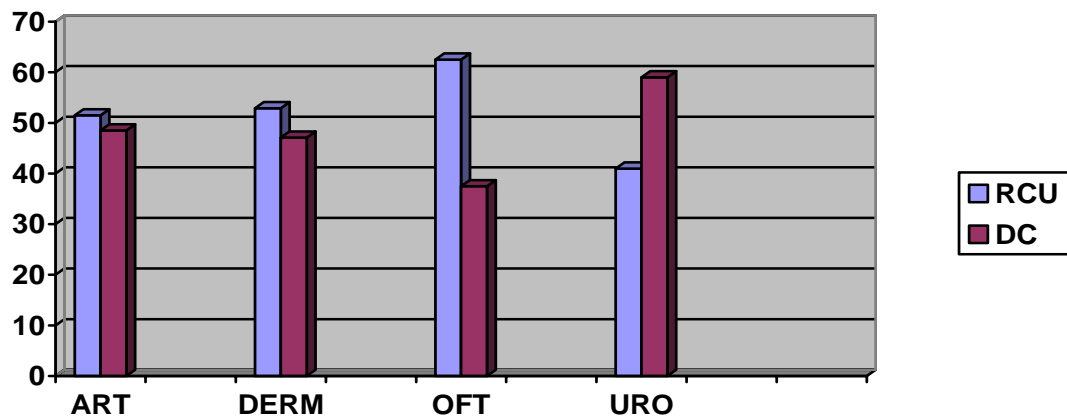
<b>Manifestação Vascular/Extensão</b>	<b>ID</b>	<b>ID+C</b>	<b>ID+C+PA</b>	<b>C+PA</b>	<b>TOTAL</b>
Trombose venosa	1	--	2	1	4
Vasculites	1	1	--	--	2
Arterite de Takayasu	--	--	--	1	1
<b>Total de manifestações vasculares</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

\*Um paciente apresentava mais de uma manifestação vascular.

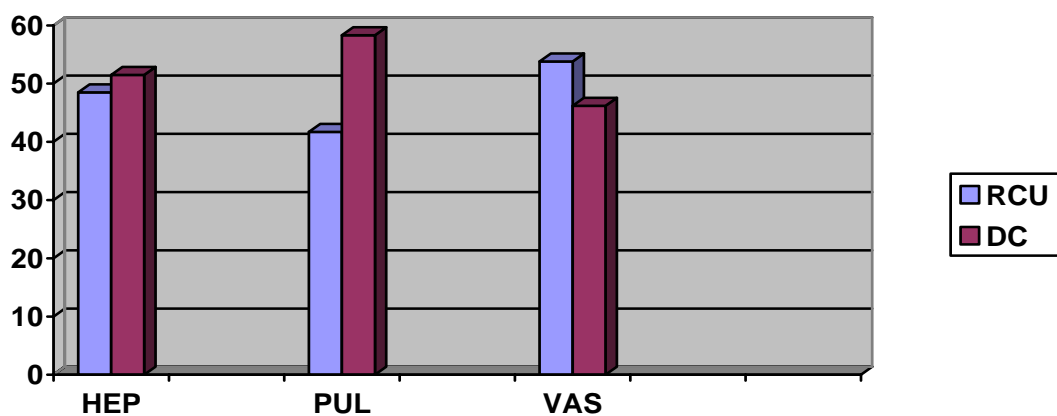
Se formos estudar a frequência das manifestações extra-intestinais em cada tipo de doença inflamatória intestinal, encontramos o resultado apresentado nos gráficos 1 e 2.

Nossos resultados mostram uma maior incidência de MEI em DC (66,7%) comparado aos doentes com RCU (59,2%), entretanto este dado não foi estatisticamente significativo ( $p>0,05$ ).

O número de pacientes com manifestações articulares foi de 489, sendo 252 (51,5%) pacientes com RCU e 237 (48,5%) com DC. Quanto as manifestações dermatológicas, foram encontradas em 68 pacientes, sendo que, 36 (52,9%) com RCU e 32 (47,1%) com DC. Analisando as manifestações oftalmológicas, foram 10 pacientes com RCU (62,5%) e seis com DC (37,5%). Entre os pacientes com manifestações urológicas, 48 (41%) eram portadores de RCU e 69 (59%) com DC ( $p=0,009$ ).

**Gráfico 1.** Comparação entre a frequência de manifestações entre RCU e DC (%)

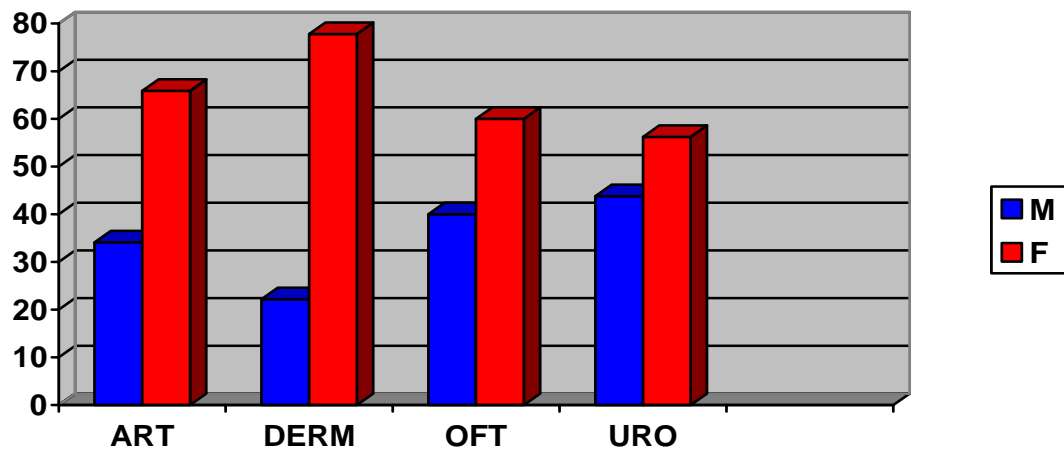
Os pacientes com manifestações hepatobiliares foram 66 (48,5%) nos pacientes com RCU e em 70 (51,5%) com DC. O número de pacientes com manifestações pulmonares foi de 24, sendo dez com RCU (41,7%) e 14 com DC (58,3%). Quanto as manifestações vasculares, sete (53,8%) pacientes com RCU e seis (46,2%) com DC.

**Gráfico 2.** Comparação entre a frequência de manifestações entre RCU e DC (%)

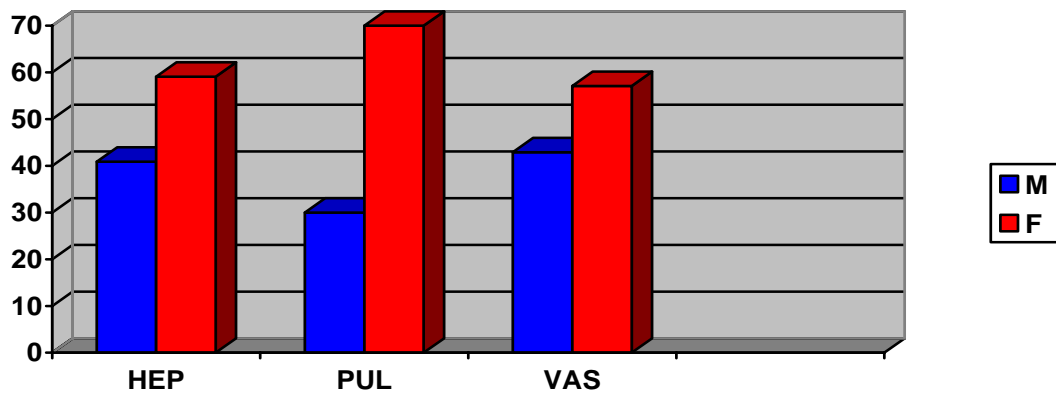


Quanto a distribuição das manifestações extra-intestinais por sexo em RCU, encontramos o seguinte: articular (M = 34,1% e F = 65,9%)  $p < 0,001$ ; dermatológica (M = 22,2% e F = 77,8%)  $p < 0,001$ ; oftalmológica (M = 40% e F = 60%)  $p = 0,65$ ; urológica (M = 43,8% e F = 56,2%)  $p = 0,31$ ; hepatobiliar (M = 40,9% e F = 59,1%)  $p = 0,055$ ; pulmonar (M = 30% e F = 70%)  $p = 0,18$ ; e vascular (M = 42,9% e F = 57,1%)  $p = 0,97$ , como demonstra os gráficos 3 e 4.

**Gráfico 3.** Distribuição por sexo das MEI em RCU(%).

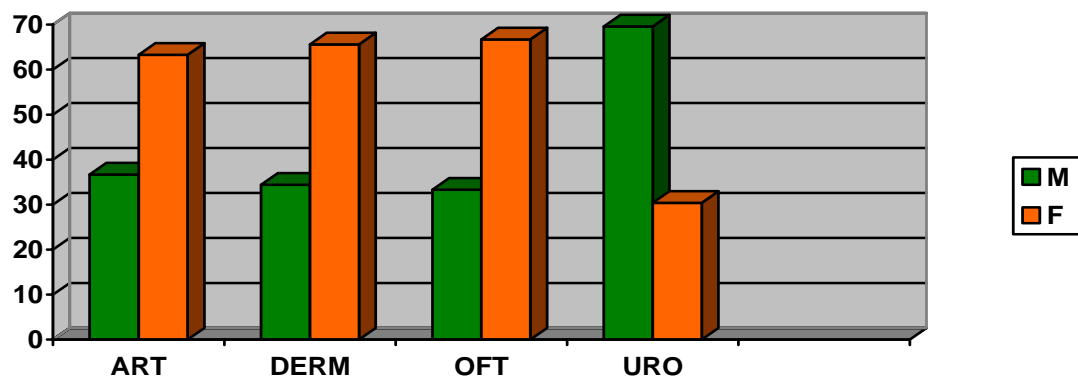


**Gráfico 4.** Distribuição por sexo das MEI em RCU(%).

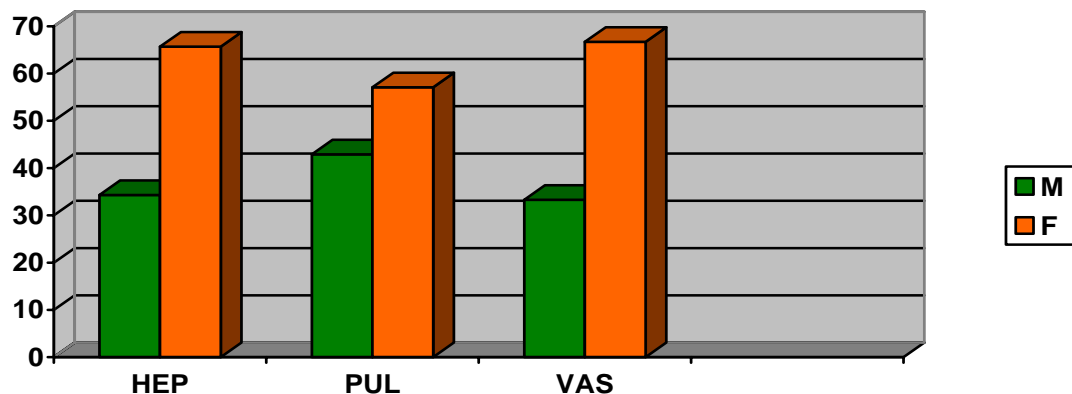


Nos pacientes com DC, encontramos a seguinte distribuição: articular (M = 36,7% e F = 63,3%)  $p < 0,001$ ; dermatológica (M = 34,4% e F = 65,6%)  $p < 0,001$ ; oftalmológica (M = 33,3% e F = 66,7%)  $p = 0,56$ ; urológica (M = 69,6% e F = 30,4%)  $p < 0,001$ ; hepatobiliar (M = 34,3% e F = 65,7%)  $p < 0,001$ ; pulmonar (M = 42,9% e F = 57,1%)  $p > 0,05$ ; e vascular (M = 33,3% e F = 66,7%)  $p > 0,05$ , como demonstra os gráficos 5 e 6.

**Gráfico 5.** Distribuição por sexo das MEI em DC(%).



**Gráfico 6.** Distribuição por sexo das MEI em DC(%).



Foi analisado o período em que as MEI ocorreram em relação ao início da doença intestinal, sendo evidenciado que 40 dos pacientes apresentaram algum tipo de MEI anteriormente ao aparecimento das manifestações intestinais(mais evidente nas manifestações pulmonares), 56 concomitantes e 762 ulteriores a estas(lembrase que alguns pacientes apresentavam mais de um tipo de MEI). Em 430 pacientes com uma ou mais MEI, estas apareceram enquanto a doença intestinal estava em atividade(sendo mais freqüente nas manifestações articulares, dermatológicas, oftalmológicas e vasculares) e em 59 pacientes com algum tipo de MEI, estas se instalaram após algum tipo de procedimento cirúrgico abdominal(visto com mais freqüência nas manifestações vasculares(ver tabela 19).

**Tabela 19.** Distribuição dos pacientes por período em que surgiram as manifestações extra-intestinais e os sintomas intestinais e sua relação com a atividade da doença e com cirurgias abdominais

RCU + CROHN	ANTERIOR	CONCOMITANTE	ULTERIOR	Rel. com atividade	Rel. com cirurgia
Articular	6	46	432	333	21
Dermatológica	--	6	62	53	7
Oftalmológica	3	--	13	7	--
Urológica	8	2	107	19	14
Hepatobiliar	12	2	122	4	7
Pulmonar	10	--	14	7	3
Vascular	1	--	12	7	7
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>56</b>	<b>762</b>	<b>430</b>	<b>59</b>

Foram analisados também o número de MEI(ex: ART apenas - 01 MEI; ART + PUL - 02 MEI; ART + VAS + OFT - 03 MEI , etc) em cada DII, correlacionando com a extensão da doença, e obtivemos os resultados apresentados nas tabelas 20 e 21, não sendo observado diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos em RCU ( $p=0,39$ ) e DC ( $p=0,33$ ).

**Tabela 20.** Número de manifestações extra-intestinais em pacientes com retocolite ulcerativa – relação com a extensão da doença

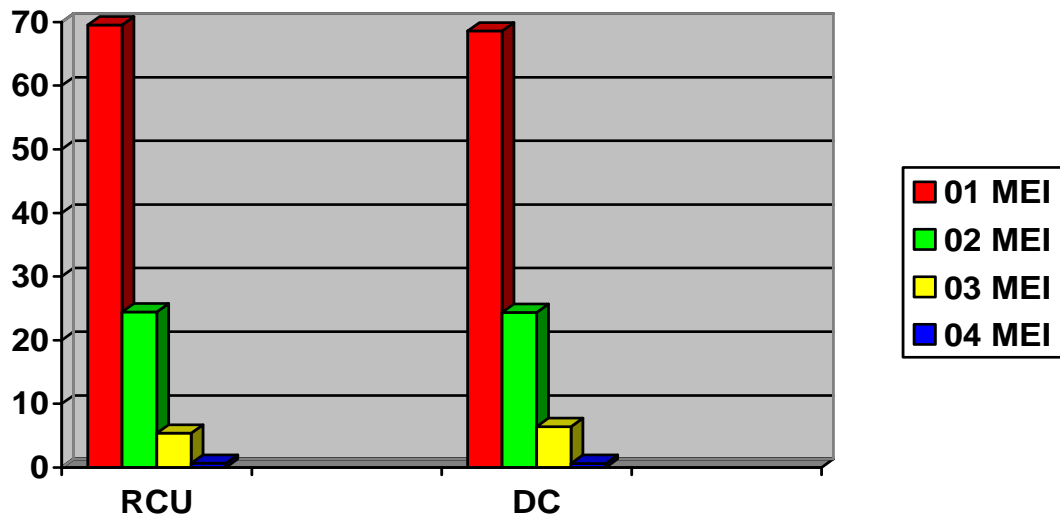
RCU/Nº de MEI	1	2	3	4	TOTAL
DISTAL	65	21	5	--	91
HCE	60	14	5	--	79
UNIVERSAL	94	42	7	2	145

**Tabela 21.** Número de manifestações extra-intestinais em pacientes com doença de Crohn – relação com a extensão da doença

CROHN/Nº de MEI	1	2	3	4	TOTAL
ID	46	18	1	--	65
ID + PA	22	13	2	1	38
ID + C	31	6	3	--	40
ID + C + PA	43	24	7	--	74
C	18	3	2	--	23
C + PA	52	12	5	1	70
PA	2	--	--	--	2

Quando analisamos o número de MEI por DII, obtivemos um resultado semelhante para doença de Crohn e retocolite ulcerativa, como podemos evidenciar no gráfico 7 (p=0,99).

**Gráfico 7.** Número de MEI por DII.



## **5. Discussão**

---

---

A retocolite ulcerativa e a doença de Crohn são doenças inflamatórias crônicas de etiologia indeterminada. São doenças poligênicas multifatoriais com provável heterogeneidade genética<sup>80</sup>. Desta forma, a doença pode se desenvolver em indivíduos com predisposição genética como uma consequência de alteração na barreira da mucosa intestinal e resposta imunológica exacerbada a um agente agressor, antígenos entéricos em particular, resultando em inflamação imuno-modulada contínua<sup>80</sup>.

Pacientes com DII frequentemente manifestam um grande número de sintomas e sinais clínicos causados por lesões intestinais e extra-intestinais<sup>80,119</sup>. Algumas destas manifestações extra-intestinais ocorrem paralelamente aos sintomas intestinais, enquanto outras tem o seu curso independente das mesmas<sup>80</sup>. Um aumento de frequência de associação destas MEI sugere um mecanismo patogênico comum para todas (alterações no sistema imunológico)<sup>119</sup>. Poucas patologias como retocolite ulcerativa e doença de Crohn têm uma grande variedade de manifestações sistêmicas de patogênese ainda desconhecida.

A variedade de complicações encontradas é consistente com o conceito de uma vulnerabilidade tecidual generalizada e também por fatores genéticos, que é sugerido por estudos de genes familiares<sup>80</sup>.

A importância da imunidade humoral é constatada por uma maior prevalência de auto-anticorpos na presença de MEI, especialmente pANCA em colangite esclerosante primária<sup>80</sup>. Entretanto, nem todos os pacientes demonstram complexos

imunes e muitos pacientes sem MEI apresentam concentrações elevadas de complexos imunes em dosagens séricas<sup>97</sup>. As correlações clínicas e imunológicas ainda não estão completamente elucidadas<sup>80,97,119</sup>.

Estas MEI podem preceder, ser concomitantes ou surgir após anos de instalação da doença intestinal. Também podem aparecer após procedimentos cirúrgicos envolvendo o trato gastro-intestinal. MEI contribuem de maneira significativa para a morbi-mortalidade dos pacientes com DII, por acometer outros sistemas e também por serem indicativos de tratamentos cirúrgicos intestinais ou nos órgãos acometidos<sup>80</sup>. Algumas delas seguem seu curso independentemente da doença intestinal causando sintomas importantes e incapacitantes, ou até levando ao óbito.

É difícil determinar com exatidão a verdadeira incidência de MEI em RCU e DC, pois muitos estudos são retrospectivos e outros não consideram algumas doenças como MEI, fazendo com que haja uma grande divergência de incidência nos trabalhos publicados<sup>3,16,36,61,77,80,112</sup>.

Um dos primeiros estudos foi realizado por Greenstein et al. (1966), dividiram as MEI em três grupos: grupo A – incluindo lesões articulares, dermatológicas, oftalmológicas e da cavidade oral (sendo conhecidas como “colitis related”); grupo B – relacionado a fisiopatologia do intestino delgado (mal absorção, litíase renal, colelitíase e hidronefrose não calculosa); e grupo C – incluindo um grupo menor com complicações não-específicas (osteoporose, doença hepática, úlcera péptica e amiloidose)<sup>61</sup>.

Os autores observaram uma incidência de 45% de MEI do grupo A em portadores de RCU e 33% nos pacientes com DC (sendo mais frequente quando havia envolvimento do cólon do que na enterite exclusiva – 55% X 23%). A



frequência das manifestações dos outros grupos foram analisadas individualmente, não sendo possível calcular a incidência por grupo em cada DII<sup>61</sup>.

Em nosso meio, Teixeira et al. (1989), analisando as MEI em 103 pacientes (37 com DC e 66 com RCU) durante um período de quatro anos, encontraram uma incidência de MEI em RCU de 54,55% e 64,86% em DC<sup>112</sup>.

Em um outro estudo, Veloso et al. (1996), evidenciaram uma incidência de MEI em DII de 25,8% em 792 doentes, com uma média de seguimento de 4,5 anos<sup>119</sup>. Foram estudadas apenas as manifestações articulares, dermatológicas, oftalmológicas e lesões orais. As MEI foram mais comuns nos doentes com DC (29,8%) do que nos doentes com RCU (20,6%). Entre os doentes com DC, as MEI foram mais frequentes quando havia acometimento colônico (47,3%) do que naqueles com envolvimento apenas do intestino delgado (19,2%). Não houve diferença do número de MEI e extensão da doença em RCU. Dos doentes com MEI, 60,5% apresentavam apenas um tipo de manifestação; enquanto que 39,5% dos doentes apresentavam de duas a quatro manifestações simultâneas<sup>119</sup>.

Em nosso estudo, encontramos uma incidência de MEI em DII de 62,7%. Esta incidência elevada quando comparada a outros trabalhos pode ser explicada pelo maior tempo médio de seguimento destes doentes e a um maior número de MEI estudadas (articular, dermatológica, oftalmológica, hepatobiliar, urológica, vascular e pulmonar). Aliado a estes fatores, todos os pacientes durante a admissão no protocolo, são questionados e investigados para a presença de MEI independente das queixas (consulta de rotina com oftalmologista, ultrassonografia abdominal e biópsia hepática durante as intervenções abdominais). Avaliações mais específicas foram realizadas de acordo com os sintomas apresentados nas consultas subsequentes.

Entre os doentes com RCU e MEI, encontramos incidência mais elevada entre aqueles com maior envolvimento colônico (Distal-28,9%; HCE-25,1% e Universal-46%)<sup>80</sup>.

Nos doentes com DC, houve maior incidência de MEI quando o cólon estava acometido com ou sem envolvimento do delgado{(ID+C) e (ID+C+PA)- 70,37% e (C) e (C+PA)-70,45% respectivamente} comparado apenas com envolvimento do delgado { (ID) e (ID+PA) 61,67% }.

Quando analisados os grupos citados anteriormente quanto as manifestações perianais, observamos que a presença destas determinava uma maior incidência de MEI, excetuando aqueles pacientes com envolvimento do delgado apenas (ID- 63,1% X 59,4% -ID+PA / ID+C- 62,5% X 75,5% -ID+C+PA e C- 67,6% X 71,4% - C+PA ), porém sem diferença estatística.

Em relação ao sexo, dos 627 doentes que apresentavam algum tipo de MEI, 388 (61,88%) eram femininos e, encontramos resultado semelhante quando analisado por tipo de DII, onde evidenciamos 59,62% do sexo feminino em DC e 64,12% em RCU<sup>112</sup>.

## 5.1 Manifestações Articulares

As manifestações articulares ou osteomusculares são as mais frequentes entre as MEI encontradas em pacientes com DC e RCU. Foram descritas inicialmente na literatura por Bargen\* (1930) citado por Scarpa<sup>101</sup>, que observaram esta relação em pacientes portadores de RCU<sup>20,90,97,99,101</sup>.

---

\* Bargen JA: Complications and sequelae of chronic ulcerative colites. *Ann Intern Med* 1930; 3:335-9

Estas, por sua vez, são divididas em dois grupos: as que acometem o esqueleto periférico e as que envolvem o esqueleto axial. Pode haver também associação entre estes dois grupos<sup>90</sup>.

Os sintomas associados ao envolvimento das articulações periféricas incluem dor, edema, hiperemia, caráter migratório, acometendo grandes ou pequenas articulações, além de apresentarem Fator Reumatóide negativo<sup>20,90</sup>. A incidência de acometimento articular periférico varia de 10,6 a 23%<sup>8,61,90,101</sup>. Em nosso estudo encontramos uma incidência de 48,9% (RCU-51,5% e DC-48,5%), que pode ser explicada por maior tempo de seguimento destes doentes, questionamentos frequentes sobre manifestações articulares, além de diferenças na definição de artropatias entre os trabalhos publicados.

Estas manifestações articulares mantêm um paralelo com a doença intestinal, fato este que nos leva a supor que este dano articular possa ser mediado por imunocomplexos, cujos antígenos seriam absorvidos no intestino<sup>90,119</sup>. Alguns destes antígenos já estão sendo estudados como o HLA-DRB1\*0103 e o DRB1\*0101<sup>93</sup>. Estes antígenos são induzidos após atividade inflamatória no cólon e regulação da sua expressão no íleo terminal<sup>93</sup>.

Na maioria das vezes, os sintomas intestinais antecedem ou coincidem com as manifestações articulares<sup>8,99</sup>. Scarpa et al. (1992), observaram que os sintomas intestinais antecederam as manifestações articulares periféricas em 86,6% dos seus pacientes, foram concomitantes em 6,2% e surgiram posteriormente em 6,2%<sup>101</sup>.

Veloso et al. (1996) encontraram resultados semelhantes em seu estudo, com as lesões articulares antecedendo os sintomas intestinais em 18,5%, sendo concomitante em 43,5% e surgindo posteriormente em 48%<sup>119</sup>. Em RCU, a remoção

cirúrgica do cólon doente pode induzir remissão da artrite periférica, enquanto que na DC pequeno efeito foi observado<sup>8</sup>.

O outro tipo de manifestação articular é aquela na qual ocorre o comprometimento do esqueleto axial, como a espondilite anquilosante primária e sacroileíte. Em nossa casuística tivemos uma incidência de 0,37% de manifestações axiais nos pacientes com DII, sendo 1,7% nos pacientes acometidos por retocolite ulcerativa e 6% naqueles pacientes com doença de Crohn. Encontramos relatos de incidência que variam de 1-43,1%<sup>8,90,91,99,101</sup>. Estes trabalhos que apresentam uma incidência maior de manifestações axiais tem além do acompanhamento dos pacientes por um gastroenterologista, consultas freqüentes com reumatologistas que diagnosticam esta manifestação com maior freqüência, inclusive quando assintomáticas<sup>8,91,101</sup>.

Nestes pacientes com comprometimento axial não existe uma correlação clínica entre o quadro articular e a doença intestinal. Na realidade as manifestações articulares apresentam uma história natural, independente da evolução da doença no intestino<sup>90</sup>. O início do envolvimento axial frequentemente antecede o da doença intestinal<sup>8,99</sup>. Salvarani et al. (2001) observaram que as manifestações axiais antecederam as manifestações intestinais em 50% dos pacientes, foram concomitante em 7% e surgiram posteriormente em 43%<sup>99</sup>.

Scarpa et al. (1992) tiveram 50% dos seus pacientes com manifestações axiais antecedendo as intestinais, 15% concomitante e 35% posteriormente<sup>101</sup>. Neste grupo, existe uma maior incidência do antígeno de histocompatibilidade HLA-B-27 mostrando assim a necessidade de uma predisposição genética dos pacientes para apresentar essas manifestações<sup>8,75,90,93,101</sup>. Em pacientes submetidos a tratamento

cirúrgico para controle da doença intestinal, Baeten et al. (2002) não evidenciaram alteração no curso da sacroileíte ou espondilite anquilosante<sup>8</sup>.

Quando analisamos em nossa casuística a incidência de manifestações articulares no grupo RCU e DC separadamente, encontramos maior prevalência entre os pacientes com DC (54,1% X 47,4%). Estes dados estão de acordo com dados publicados<sup>8,80,90,99</sup>.

Avaliando individualmente a extensão da DII encontramos maior prevalência de manifestações articulares em RCU quanto maior o envolvimento colônico (Distal-40,76%, HCE-55,37% e UNIV- 51,54%), coincidindo com as publicações de Teixeira et al.(1989) e Lakatos et al. (2003)<sup>80,112</sup>.

Entre os pacientes com DC e manifestações articulares, evidenciamos maior prevalência quando havia comprometimento do cólon (43,1%-ID c/ ou sem PA; 74,1%- ID+C c/ ou sem PA; 52,2%- C c/ ou sem PA). Estas evidências foram citadas inicialmente por Greenstein em 1966 e confirmadas por outros autores<sup>61,80</sup>.

Poucas publicações relatam a prevalência desta manifestações quanto ao sexo. No presente trabalho, foi encontrado uma maior prevalência de manifestações articulares no sexo feminino tanto em RCU (masculino-16,2% e feminino-31,2%) quanto em DC (masculino-18,6% e feminino-32,1%).

Lakatos et al. (2003), encontraram em RCU uma incidência de manifestações articulares em 7,6% dos pacientes do sexo masculino e 9,3% do sexo feminino. Este mesmo autor observou uma incidência em DC de 18,4% no sexo masculino e 26,4% no feminino<sup>80</sup>.

## 5.2 Manifestações Dermatológicas

Os pacientes com DII também podem apresentar lesões cutâneas de aspectos variados, sendo as mais comumente observadas o eritema nodoso e pioderma gangrenoso<sup>61,112,119</sup>. Outras manifestações tem sido relatadas com menor frequência como dermatites inespecíficas, rash eritematoso, psoríase, lesões pápulo-necróticas, placas eritematosas ulceradas, doença de Crohn metastática<sup>18,61,72, 74,87,100</sup>.

A incidência de manifestação dermatológicas varia de 5 a 15% nas séries estudadas, esta grande variação devido ao que é considerado pelos autores como manifestação dermatológica ou reação às drogas utilizadas como tratamento da DII subjacente<sup>61,97,112</sup>. Na nossa casuística, encontramos incidência de 6,8% de lesões dermatológicas em DII, sendo 6,83% em DC e 6,76% em RCU. As mais frequentes foram eritema nodoso e pioderma gangrenoso, sendo encontrado também psoríase em ambos os grupos.

O eritema nodoso tem sido considerado como MEI desde o relato de Barger\* (1929) citado por Ranklin<sup>97</sup>. Caracteriza-se clinicamente como lesões nodulares, múltiplas, dolorosas, hiperemiadas, localizadas preferencialmente na face anterior dos membros inferiores<sup>72,97</sup>. No trabalho de Greenstein et al. (1966), 4% dos pacientes acometidos por RCU apresentavam eritema nodoso, enquanto que a incidência nos pacientes com DC foi de 6,8%<sup>61</sup>. Outros autores também tem encontrado uma maior incidência de eritema nodoso em DC, como no trabalho de Veloso et al. (1996), onde foram avaliados 792 pacientes, e 8,4% dos pacientes com DC eram acometidos comparado a 3,2% dos doentes com RCU<sup>119</sup>. No nosso estudo, o eritema nodoso foi a manifestação dermatológica mais frequente nos pacientes com

DII (3,6%), coincidindo com outros autores, porém não evidenciamos diferença de incidência de acordo com o tipo de DII, sendo 3,75% nos pacientes com RCU e 3,41% nos pacientes com DC.

O pioderma gangrenoso é uma úlcera que se expande radialmente e tem um centro necrótico preenchido por sangue, pus e tecido de granulação. A necrose pode ser superficial ou profunda, envolvendo a pele, tecido celular subcutâneo, fáscia e raramente músculo<sup>18</sup>. Está presente tanto na RCU quanto na DC, em incidência variável de 0,48-5% dos pacientes<sup>61,80,87,97,119</sup>. Não encontramos em nossa série diferença de incidência de pioderma gangrenoso quanto ao tipo de DII, observando números semelhantes em RCU (3,0%) e DC (2,77%). Menachem et al. (2004), também não encontraram diferença de incidência de pioderma gangrenoso quanto ao tipo de DII analisada, numa casuística de 986 pacientes – RCU-0,6% e DC-0,59%<sup>87</sup>.

Veloso et al. (1996), observaram uma prevalência maior de eritema nodoso em pacientes acometidos por DC, e nestes pacientes com DC, ocorreu principalmente com aqueles que tinham doença no cólon e em mulheres, além de estar associado a atividade da DII. Não houve diferença na incidência de pioderma gangrenoso de acordo com o tipo de DII<sup>119</sup>.

Lakatos et al. (2003), tentaram determinar a incidência de MEI em DII, correlacionando com a localização, tipo de DII e gênero mais acometido. Foi encontrado uma maior incidência de manifestações dermatológicas em DC (10,2%) do que em RCU (3,9%); estas manifestações foram mais comuns no sexo feminino em ambos os grupos e na RCU estas estavam mais freqüentes quanto maior o envolvimento colônico<sup>80</sup>.

No estudo atual evidenciamos uma frequência semelhante de manifestações dermatológicas em ambos os grupos. Nos pacientes com DC, aqueles que tinham acometimento colônico apresentaram um número maior de lesões cutâneas, enquanto que na RCU isto foi evidenciado quanto maior a extensão da doença no cólon, concordando com outros autores. Quanto ao sexo, evidenciamos uma frequência maior entre as mulheres em ambos os grupos e uma correlação positiva com a atividade da DII.

### 5.3 Manifestações Oftalmológicas

Complicações oftalmológicas em DII tem sido relatadas desde a primeira descrição de dois pacientes com conjuntivite e infiltrado na córnea por Crohn\*\* (1925), citado por Ghanchi<sup>57</sup>. A verdadeira incidência de MEI oftalmológicas em DII é desconhecida, porém os relatos variam de 3,5 a 11,8%<sup>9,57,61,97</sup>. Na nossa casuística, encontramos uma incidência de 1,87% e 1,28% respectivamente para RCU e DC, menor do que observado em outros trabalhos, mesmo com todos os pacientes sendo encaminhados para avaliação por especialista quando estes iniciam o acompanhamento ambulatorial e quando apresentavam qualquer queixa associada.

As manifestações encontradas com maior frequência são uveíte, episclerite, conjuntivite, vitreíte e catarata<sup>9,57,97</sup>. Algumas destas patologias estão associadas diretamente com as alterações imunológicas da DII, enquanto outras estão associadas

---

\*\* Crohn BB: Ocular lesions complicating ulcerative colitis. *Amer J Med Sci* 1925; 169: 260-7.



com o efeito de medicamentos para o tratamento da doença intestinal subjacente, como acontece com a uveíte e catarata respectivamente.

A maioria dos pacientes que apresentam alterações oftalmológicas, já apresentaram sintomas intestinais de DII, sendo raro estas precederem o diagnóstico de DII<sup>57</sup>. Isto ficou também evidente no nosso estudo onde dos 16 pacientes acometidos, apenas três tiveram manifestações que antecederam os sintomas intestinais. Estas manifestações estão relacionadas com a atividade da doença intestinal, não guardando relação com a extensão do acometimento intestinal.

Ghanchi et al. (2003), observaram maior incidência em DC quando o cólon estava envolvido, comparado ao acometimento ileal exclusivo<sup>57</sup>. Na nossa casuística, dos seis pacientes com DC que tiveram manifestações oftalmológicas, cinco tinham algum tipo de envolvimento colônico enquanto apenas um tinha envolvimento exclusivo do intestino delgado.

Não observamos diferença quando analisado as manifestações oftalmológicas quanto ao tipo de DII e ao sexo.

## **5.4 Manifestações Hepatobiliares**

Thomas (1874), citado por Broomè, descreveu uma associação entre RCU e doença hepática e desde então, publicações vem confirmando uma maior incidência de doenças hepáticas em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal<sup>22</sup>.

As alterações hepáticas comumente associadas a DII são infiltração gordurosa, pericolangite, cirrose, hepatite crônica ativa, amiloidose, granulomas,

abscessos e anormalidades do trato biliar como carcinoma de vesícula e ducto biliar, colangite esclerosante, colelitíase, trombose de veia porta e de veias hepáticas<sup>27,40,45,97</sup>.

A incidência de manifestações hepáticas em pacientes com DII varia de 5-95%<sup>14,22,27,40,45,61,97,112</sup>. Em nossa casuística encontramos uma incidência de 14,9%, sendo 13,2% para RCU e 16,9% para DC. Esta grande discrepância observada nos trabalhos publicados se deve a falta de critérios pré-estabelecidos para a investigação sistemática de manifestações hepáticas, seja por alterações laboratoriais, exames radiológicos (USG, TC de Abdome, RNM), endoscópicos (CPRE) ou biópsias quando possível ou necessário. Além disso, alguns autores não consideram algumas patologias hepáticas como MEI nas DII.

Broomé et al. (1990), observaram que 50% dos pacientes com RCU e que não apresentavam alterações bioquímicas hepáticas apresentavam algum tipo de alteração histológica<sup>22</sup>. Bargiggia et al. (2003), evidenciaram anormalidades ultrassonográficas em 55,1% dos pacientes com DII investigados sistematicamente (DC-54,3% e RCU-55,9%)<sup>14</sup>. Estes achados sustentam a justificativa para a grande variação de incidência de manifestações hepáticas em DII entre os autores.

A esteatose hepática é uma lesão inespecífica, reversível, que por ela mesma não leva a fibrose<sup>97</sup>. A incidência de esteatose hepática é de até 80% em pacientes com DII<sup>97</sup>. A patogênese da esteatose hepática é desconhecida, mas comumente é multifatorial (má absorção intestinal, perda protéica gastrointestinal, metabólitos bacterianos, drogas, toxinas químicas). A maioria dos pacientes é assintomático, entretanto, hepatomegalia pode estar presente<sup>97</sup>. Em um estudo com grupo controle onde foram realizados rotineiramente estudos ultrassonográficos em pacientes com

DII, foi encontrado incidência de esteatose hepática em 39,5% dos pacientes com DC e 35,5% em RCU<sup>14</sup>.

Em nosso estudo, evidenciamos incidência de esteatose hepática de 4,5% em pacientes com RCU e 3,6% em pacientes com DC, mesmo com a realização rotineira de ultrassonografia de abdome total em todos os pacientes admitidos no protocolo, e com a realização deste exame sempre que havia alguma queixa relacionada, ou alteração laboratorial nos exames hepáticos. Talvez esta discrepância ocorra pois a ultrassonografia é um exame técnico-dependente, podendo variar a interpretação de acordo com o profissional examinador, ou pelo momento em que foi realizado o exame e a duração da DII nestes pacientes.

Os pacientes com DII também apresentam uma maior prevalência de colelitíase, principalmente os acometidos por DC com envolvimento do íleo terminal ou com passado de ressecções íleo-cólicas<sup>14,61</sup>. Isto se deve por diminuição da absorção dos sais biliares com conseqüente desequilíbrio na composição da bile, tornando-a litogênica<sup>61,97</sup>. Encontramos uma incidência de 5,8% de colelitíase nos pacientes com DII, sendo 4,5% com RCU e 7,3% com DC. Esta incidência não difere da observada na população, porém houve maior incidência nos pacientes com DC do que naqueles com RCU, coincidindo com outros autores<sup>14,61,97</sup>.

Colangite esclerosante primária é uma doença colestática crônica, caracterizada por um processo inflamatório dos ductos biliares, levando-os a fibrose, obliteração ductal, cirrose e insuficiência hepática<sup>97</sup>. Ocorre numa incidência que varia de 1-4% dos pacientes com DII, sendo mais comum nos pacientes com RCU<sup>80,97</sup>. A presença de colangite esclerosante primária aumenta o risco de desenvolvimento de colangiocarcinoma e câncer de cólon<sup>80</sup>. Encontramos colangite

esclerosante primária em 1,1% dos pacientes analisados, com frequência pouco maior nos pacientes com RCU (1,3%) do que em DC (0,8%) e, entre os sete pacientes com RCU acometidos, seis tinham colite universal, comparado ao que tem sido observado por outros autores<sup>61,80,97,112</sup>.

No presente estudo observamos uma maior frequência de manifestações hepatobiliares no sexo feminino em ambos os grupos, sendo mais significativo na DC. Isto também foi evidenciado por outros autores<sup>80,97,112</sup>.

## 5.5 Manifestações Urológicas

Várias manifestações extra-intestinais em DII tem sido descritas que acometem os rins e as vias urinárias, sendo relatada uma incidência que varia de 4-23% dos pacientes<sup>61,67,97,112</sup>. Os mais acometidos são aqueles que já foram submetidos a ressecções intestinais ou ileostomia<sup>61,97</sup>. As três complicações mais comuns são calculose do trato urinário, obstrução ureteral e fístulas vesicais. Estes acometem mais frequentemente os pacientes com DC grave e de longa duração. Cálculos renais também são encontrados em RCU com incidência acima de 5%. Os fatores litogênicos mais implicados incluem desidratação, oligúria, absorção de água diminuída, obstrução do trato urinário e infecção, excreção anormal de uratos, alteração na absorção e excreção de oxalatos, administração de esteróides, hipercalcemia, repouso no leito prolongado, e diminuição da absorção intestinal de sódio com concomitante diminuição do sódio urinário<sup>61,97</sup>.

Fístulas entero-vesicais em pacientes com DC foram primeiramente descritas por J. Ten Kate<sup>\*\*\*</sup> (1936), citado por Yamamoto<sup>122</sup>. São relativamente raras, com incidência variando 2-5% dos pacientes com DC, sendo mais freqüentes em homens, com incidência superior a 4%<sup>97</sup>.

Fístulas entero-vesicais são causadas por fissuras transmuralis originárias do segmento intestinal doente para a bexiga, que geralmente está normal. Por não possuir esta característica transmural, as fístulas entero-vesicais são mais raras na RCU, normalmente se apresentando como complicações de cirurgias abdominais. Na DC os segmentos mais acometidos são íleo terminal e cólon sigmóide, podendo às vezes serem fístulas complexas. Os sintomas urinários mais comuns são pneumatúria, polaciúria, disúria, hematúria e episódios de febre que acomete mais que 50% dos pacientes com fístulas entero-vesicais. Passagem de fezes é menos comum que pneumatúria. Sepse urinária pode ser tratada com sucesso com terapia medicamentosa apenas. Entretanto, a fístula entero-vesical constitui uma indicação para cirurgia não apenas para erradicar a sepse urinária, mas também para corrigir outras complicações como desnutrição, obstrução intestinal e abscesso da DC.

A maioria dos pacientes com fístula entero-vesical requer tratamento cirúrgico. Os pacientes devem ser tratados com ressecção da parte intestinal acometida e correção do defeito na bexiga<sup>122</sup>.

Complicações renais graves são raras, entretanto casos de glomerulonefrite tem sido relatadas. Albuminúria sub-clínica tem sido descrita e relacionada com a atividade da DII. Alguns autores atribuem esta proteinúria em DII como causa de disfunção renal e associado ao uso de 5-ASA para tratamento da doença de base<sup>67</sup>.

---

<sup>\*\*\*</sup> Ten Kate J: Tweegevallen van ileitis terminalis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1936; 80: 5660-4.

Teixeira et al. (1989), em nosso meio, encontraram 13,59% de manifestações urológicas em pacientes com DC e RCU, sendo mais comum no sexo masculino. A MEI mais freqüente foi calculose, seguida de fístula entero-vesical e hidronefrose<sup>112</sup>.

Nós encontramos uma incidência de 9,02% de manifestações urológicas em paciente acometidos por RCU e 14,74% naqueles com DC. Dentre as alterações encontradas, foi mais freqüente a litíase renal em ambos os grupos e uma incidência maior de fístulas entero-vesicais nos pacientes com DC, pela própria natureza fistulizante da doença. Os casos de fístulas encontrados nos pacientes com RCU, estão associados a complicações pós operatórias. Não observamos diferença na incidência de manifestações urológicas de acordo com a extensão da doença em ambos os grupos e não observamos diferença quanto ao sexo na RCU. Porém na DC houve uma maior incidência de manifestações urológicas nos pacientes do sexo masculino.

## **5.6 Manifestações Vasculares**

A incidência de eventos tromboembólicos em doença inflamatória intestinal é maior do que a população geral, e a DII é reconhecida por proporcionar um estado de hipercoagulabilidade, tanto na microvascularização do intestino inflamado, quanto em eventos sistêmicos, aumentando a morbidade e mortalidade destes doentes<sup>65,92,95,117,121</sup>. Estes eventos sistêmicos ocorrem

principalmente na circulação venosa, mas também podem se desenvolver na circulação arterial, sendo a trombose venosa profunda e embolia pulmonar os mais comuns, respectivamente<sup>95,117</sup>.

O mecanismo para uma maior propensão dos pacientes com DII desenvolverem complicações tromboembólicas ainda é desconhecido e são encontrados dados conflitantes<sup>92,95,121</sup>. A mutação no fator V de Leiden tem sido citada no aumento de risco da trombose venosa em pacientes com DII, assim como a hiperhomocisteinemia e a mutação do gene da protrombina (G20210A)<sup>92,121</sup>. Além disto, outros fatores contribuem para o aparecimento de complicações vasculares. Podemos citar o uso de cateter venoso central, alimentação parenteral, períodos acamados, cirurgias e deficiências de vitaminas como a B6 e B12, além do ácido fólico<sup>95</sup>.

Wong et al. (2003), encontraram risco elevado de desenvolvimento de trombose venosa espontânea em pacientes com DII que apresentavam mutações no fator V de Leiden, e não evidenciaram diferença na prevalência dos pacientes que apresentavam mutação no gene da protrombina (G20210A)<sup>121</sup>.

Oldenburg et al. (2005), também confirmaram um aumento de prevalência na mutação do fator V de Leiden em pacientes com DII e passado de trombose, além da importância da hiperhomocisteinemia na patogênese do tromboembolismo arterial em pacientes com DII<sup>92</sup>.

A incidência de tromboembolismo em DII varia de 2-10%, o que significa três a quatro vezes maior que a população em geral<sup>95,117</sup>. Na casuística atual, encontramos uma incidência de manifestações vasculares em pacientes com DII de 1,4% (RCU-1,3% e DC-1,5%), sendo as mais frequentes a trombose venosa profunda, vasculites e um caso de arterite de Takayasu em paciente com DC.

Quando analisado apenas a trombose venosa profunda, encontramos 1,12% dos pacientes com RCU acometidos e 0,85% com DC.

Twig et al. (2005), observaram uma correlação positiva entre a atividade da DII e a ocorrência de fenômenos tromboembólicos<sup>117</sup>. Em nosso estudo, dos 14 pacientes com manifestações vasculares, sete tinham relação com a atividade da doença intestinal e sete com procedimentos cirúrgicos. Quanto ao sexo, não houve diferença de prevalência de manifestações vasculares em ambos os grupos. Encontramos maior número de manifestações vasculares na RCU quanto maior a extensão da doença colônica, e entre os pacientes com DC a incidência foi maior naqueles pacientes que apresentavam comprometimento colônico quando comparados com envolvimento do intestino delgado exclusivamente. Entretanto, por ser um número pequeno de pacientes, não é possível determinar se em um maior número de pacientes acometidos por alterações vasculares, encontraríamos a mesma tendência.

Arterite de Takayasu é uma vasculite crônica envolvendo principalmente a aorta e seus ramos e frequentemente conduzindo a manifestações sistêmicas como insuficiência renal, hipertensão arterial sistêmica, miocardiopatia dilatada, miocardite e pericardite, entre outras<sup>11</sup>. Nós tivemos apenas um paciente acometido por esta patologia. Este paciente apresentava DC, com acometimento colônico e perianal. Trata-se de uma doença de possível patogênese relacionada a alterações imunológicas, porém de etiologia desconhecida<sup>11</sup>.



## 5.7 Manifestações Pulmonares

As doenças pulmonares são complicações raras da DII<sup>31,47,70,102,120</sup>. Foi primeiramente descrito por Kraft\*\*\*\* (1976) citado por Spira<sup>102</sup>, e os primeiros relatos foram de bronquite crônica com ou sem bronquiectasia como sendo uma complicação da DII<sup>26,47,102</sup>. Outras manifestações pulmonares também foram descritas como a pneumonite intersticial, estenose traqueal, bronquiolite, vasculite pulmonar, bronquiolite obliterante com pneumonia, nódulos necróticos pulmonares, serosite e infiltrado pulmonar com eosinofilia<sup>26,31,52,68,102,118</sup>.

A incidência de manifestações pulmonares em DII permanece ainda desconhecida e difícil de determinar, pois muitos pacientes são avaliados por médicos fora do contexto da sua doença intestinal ou muitos anos após colectomia<sup>102</sup>. Herrlinger et al. (2002), encontraram uma incidência de alterações nas funções pulmonares de 39% dos pacientes com DC e 45% daqueles com RCU, onde os pacientes foram submetidos a espirometria e mensurada a capacidade de difusão do monóxido de carbono, comparados a grupo controle<sup>68</sup>. A incidência global encontrada no nosso estudo foi de 2,4%, sendo 1,9% nos pacientes com RCU e 3,0% naqueles com DC. Talvez esta incidência seja maior, já que os pacientes assintomáticos quanto aos sintomas pulmonares só realizaram RX de tórax. Talvez se realizássemos provas de função pulmonar e/ou tomografia computadorizada de tórax em todos os pacientes acompanhados, encontraríamos um número maior de pacientes com alterações pulmonares.

---

\*\*\*\* Kraft SC, Earle RH, Roesler M, et al. Unexplained bronchopulmonary disease with inflammatory bowel disease. *Arch Intern Med* 1976; 136: 454-9.

A patogênese da relação entre DII e as manifestações pulmonares é desconhecida, entretanto tudo leva a crer que é de natureza inflamatória<sup>26,66,102</sup>. Como tanto o trato gastrointestinal quanto a árvore brônquica tem a mesma origem embrionária, a associação entre as manifestações pulmonares e a DII podem simplesmente corresponder a inflamação de dois sítios diferentes de uma origem embriológica comum<sup>66,102,118</sup>.

Uma segunda hipótese sugere que muitas das MEI de DII, incluindo manifestações pulmonares são secundárias a circulação de mediadores inflamatórios originários da mucosa intestinal inflamada. A inflamação da mucosa intestinal cria um mecanismo propenso para a absorção sistêmica de antígenos provenientes da dieta, enzimas digestivas ou produtos específicos de algumas bactérias capazes de induzir inflamação sistêmica<sup>66,102,118</sup>.

Esta teoria, todavia, encontra dificuldade de ser sustentada, pois alguns pacientes que desenvolvem manifestações pulmonares já foram submetidos a colectomia total e não possuem inflamação da mucosa intestinal<sup>102</sup>.

Os sintomas pulmonares também podem ser causados pelas drogas utilizadas para o tratamento da doença intestinal, como sulfassalazina ou mesalazina, sendo que a primeira droga pode levar a infiltrado pulmonar intersticial com eosinofilia periférica e a segunda droga não tem um padrão de acometimento definido<sup>47,66,68</sup>.

A correlação entre as manifestações pulmonares e a atividade da DII não está ainda muito bem definida. Heatley et al. (1982), não encontraram relação entre a atividade da doença intestinal e as alterações pulmonares<sup>66</sup>, entretanto, Wilcox et al. (1987), relatam uma forte correlação<sup>120</sup>. Na nossa casuística, sete pacientes dos vinte e quatro acometidos com alterações pulmonares apresentavam atividade da doença intestinal simultaneamente.

Muitos autores tem relatado uma correlação positiva do aparecimento de manifestações pulmonares em relação com procedimentos cirúrgicos intestinais, principalmente colectomias<sup>47,70,120</sup>. Nós só observamos isto em três pacientes do presente estudo.

Não observamos diferença na incidência de manifestações pulmonares quanto ao sexo nem quanto a extensão da doença intestinal em ambos os grupos estudados e, estas manifestações surgiram com maior freqüência após o surgimento dos sintomas intestinais, concordando com relatos de outros autores<sup>26,118</sup>.

## **6. Conclusões**

---

---

- 1) A Incidência de MEI foi proporcional a duração da doença inflamatória intestinal e surgiram com maior frequência posteriormente ao início dos sintomas intestinais;
- 2) Das MEI estudadas, houve apenas predisposição maior das manifestações urológicas em DC, principalmente no sexo masculino;
- 3) As MEI foram diretamente proporcionais a extensão do envolvimento colônico na RCU;
- 4) As MEI foram mais frequentes na DC quando havia acometimento do cólon nestes pacientes;
- 5) As manifestações articulares e dermatológicas foram mais prevalentes no sexo feminino tanto em RCU quanto na DC. Na DC também houve maior prevalência de manifestação hepática no sexo feminino;
- 6) As manifestações articulares, dermatológicas e vasculares tiveram uma maior correlação com a atividade da doença intestinal em ambos os grupos.

## **7. Anexos**

---

---

## **Anexo 1**

**Identificação dos doentes, classificando-os quanto ao diagnóstico, sexo, registo do HC, numeração do protocolo no ambulatório de doenças inflamatórias intestinais.**

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registo do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
1	1	AMN	2.824.787 D	M	Crohn
2	2	TFO	2.362.383 J	F	Crohn
3	3	RLP	2.368.270 A	M	RCU
4	4	DPM	2.350.884 E	M	Crohn
5	5	APFG	2.364.076 A	M	RCU
6	6	MSI	2.350.710 A	M	Crohn
7	7	OB	2.367.586 G	M	Crohn
8	8	JAB	2.397.937 J	M	Crohn
9	10	IOA	2.379.050 D	F	Crohn
10	11	GFR	2.379.883 D	M	Crohn
11	13	MAT	2.400.007 D	M	Crohn
12	14	MFN	2.285.820 B	M	RCU
13	15	CAT	2.379.246 D	M	RCU
14	16	BJK	2.372.312 D	F	Crohn
15	17	GCR	2.408.716 K	F	RCU
16	18	RTC	13.480.245G	M	RCU
17	19	CACR	3.014.440J	F	RCU
18	20	ARL	2.333.566 G	M	Crohn
19	21	GVD	2.401.830 I	M	RCU
20	22	MCSR	2.407.520 F	F	Crohn
21	23	SRS	2.080.502 B	M	RCU
22	25	ZGS	2.421.240 G	M	Crohn
23	26	AWP	2.392.248 J	M	Crohn
24	27	VLS	2.419.992 E	F	RCU
25	29	CAXM	2.422.768 H	F	Crohn
26	30	EM	2.424.103 E	F	Crohn
27	31	CJTS	2.156.599 D	M	Crohn
28	32	IBG	2.395.316 F	F	RCU
29	33	AB	2.153.166 C	M	RCU
30	34	MCS	2.057.274 G	F	RCU
31	35	VAS	2.428.930 B	F	RCU
32	36	GSB	2.045.997 H	M	RCU
33	38	STP	2.418.071 I	F	RCU
34	39	MAP	2.179.727 B	F	RCU
35	40	EAN	2.420.418 E	M	RCU

Continua...

...continuação Anexo I

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
36	41	MGP	2.430.884 J	F	RCU
37	42	TAA	2.432.566 E	F	Crohn
38	43	AFGL	2.037.655 F	M	RCU
39	44	FSS	2.434.646 H	M	RCU
40	45	AS	2.430.937 G	M	Crohn
41	46	SRAA	2.049.877 I	F	Crohn
42	47	JDD	2.415.011 I	F	RCU
43	48	NJF	2.444.238 H	F	Crohn
44	49	JS	2.435.343 G	F	RCU
45	50	MC	2.434.529 D	F	Crohn
46	53	MOP	2.448.818 C	F	Crohn
47	54	MCVC	2.208.018 G	F	RCU
48	55	SZ	2.357.877 C	M	RCU
49	56	MACV	2.445.354 H	F	RCU
50	57	SJP	2.453.079 B	M	Crohn
51	58	MALPR	2.337.225 H	F	RCU
52	61	AB	2.458.489 B	M	RCU
53	63	DSD	2.119.014 G	F	RCU
54	64	MTS	2.464.281 J	M	RCU
55	65	IMCOF	2.456.988 B	F	Crohn
56	66	QCS	2.330.671 I	F	Crohn
57	67	GSD	2.470.228 B	M	RCU
58	68	NSG	2.475.452 J	F	RCU
59	69	NPC	2.438.655 H	M	RCU
60	71	MAM	2.473.350 D	F	RCU
61	73	NFS	2.340.009 G	F	RCU
62	74	JNC	2.471.713 G	F	RCU
63	75	VO	2.144.482 A	M	Crohn
64	76	JACF	2.039.577 E	M	RCU
65	77	AIVN	2.485.953 E	F	Crohn
66	78	BCT	2.408.980 J	F	Crohn
67	79	RCA	2.480.759 J	F	RCU
68	80	LBML	2.489.013 K	F	RCU
69	81	JEL	2.490.652 D	M	RCU
70	83	MPC	2.459.547 G	M	RCU
71	84	DGS	2.448.474 E	F	RCU
72	85	RB	2.498.300 D	F	RCU
73	86	JRFG	2.498.916 D	M	RCU
74	88	RBL	2.272.700 K	M	RCU
75	89	RAFL	2.502.754 B	M	RCU

Continua...



...continuação Anexo I

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
76	90	YU	2.499.979 K	M	RCU
77	91	AFP	2.069.773 E	M	Crohn
78	92	NG	2.458.815 K	F	Crohn
79	93	LMM	2.478.800 G	F	RCU
80	94	WLM	2.491.925 D	F	RCU
81	95	SF	2.509.896 H	M	Crohn
82	96	MMF	2.496.881 B	F	RCU
83	97	JSA	2.401.385 I	M	RCU
84	98	SLBS	2.512.011F	F	RCU
85	99	RMPH	2.509.779 K	F	RCU
86	100	QJM	2.510.308 K	F	RCU
87	101	MN	2.513.194 C	F	RCU
88	102	MJL	2.507.993 B	F	Crohn
89	103	LCC	2.168.774 B	M	Crohn
90	104	FS	2.514.258 B	M	RCU
91	105	EOS	2.513.780 H	F	RCU
92	106	MDO	2.513.933 A	F	RCU
93	107	KRAD	2.310.325 K	F	Crohn
94	108	LTS	2.512.682 D	F	Crohn
95	109	VLML	2.516.639 C	F	Crohn
96	110	MCGS	2.263.061 J	F	RCU
97	111	MSMM	2.198.256 H	M	RCU
98	112	MIDS	2.529.625 K	F	RCU
99	113	CSM	2.529.926 I	M	Crohn
100	114	EPJ	2.001.620 D	F	RCU
101	116	EC	2.533.925 A	F	Crohn
102	117	MGGD	2.521.923 H	F	Crohn
103	119	ILS	2.541.898 G	M	RCU
104	120	MMP	2.037.476 I	F	RCU
105	121	IVC	2.237.379 G	F	RCU
106	122	ABL	2.553.516 G	F	Crohn
107	123	MCR	2.555.872 D	F	RCU
108	124	OS	2.376.121 A	M	RCU
109	125	VLS	2.548.555 J	M	RCU
110	126	CVD	2.560.150 D	M	Crohn
111	127	DCS	2.544.240 F	M	Crohn
112	129	EFS	2.564.616 D	M	RCU
113	130	AMS	2.010.975 D	F	Crohn
114	131	ERS	2.568.857 F	F	Crohn
115	132	SMS	2.520.959 A	F	Crohn

Continua...

...continuação Anexo I

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
116	133	BRV	2.557.651 I	F	RCU
117	135	TDP	2.570.243 E	F	Crohn
118	136	CP	2084740H	F	RCU
119	137	FGS	2.573.687 B	M	RCU
120	138	SFN	2.563.563 K	M	RCU
121	139	MFP	2.576.727 A	F	RCU
122	140	SAB	2.564.306 G	F	Crohn
123	141	JSS	2.571.186 K	M	Crohn
124	142	DC	2.288.984 E	M	Crohn
125	143	ASM	2.550.538 C	M	Crohn
126	144	JJP	2.562.704 C	M	Crohn
127	145	MAPM	2.588.624 C	F	RCU
128	146	FVA	2.558.035 H	F	RCU
129	147	MYO	2.579.212 D	F	Crohn
130	148	JCO	2.583.395 G	M	RCU
131	149	VLJF	2.563.088 I	F	RCU
132	150	MCSF	2.592.157 C	F	Crohn
133	151	SIL	2.603.584 K	F	RCU
134	152	VLM	2.084.423 A	M	Crohn
135	153	ER	2.579.094 G	M	RCU
136	154	FJS	2.604.654 K	M	Crohn
137	155	GFV	2.606.225 C	F	RCU
138	156	RMGF	2.594.867 E	F	Crohn
139	158	HSS	2.613.309 J	F	RCU
140	159	JSP	2.319.105B	F	Crohn
141	160	MLS	2.537.908 F	M	Crohn
142	161	WP	3.014.440J	M	RCU
143	162	AJCS	2.617.815 J	F	Crohn
144	163	APJ	2.071.153 K	F	RCU
145	164	GGO	2.558.037 F	F	RCU
146	165	TBS	2.617.153 K	F	Crohn
147	166	CSM	2.525.908 K	F	Crohn
148	167	SFP	2.588.601 A	F	RCU
149	168	WLS	2.548.555 J	M	RCU
150	169	MIMS	2.616.078 I	F	RCU
151	170	CSN	2.628.017 A	F	RCU
152	171	GTS	2.629.530 J	F	RCU
153	172	ISS	2.565.295 B	M	RCU
154	173	EPA	2.019.493 H	F	Crohn

Continua...

...continuação Anexo I

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
155	174	MC	2.598.017 J	F	Crohn
156	175	VGS	2.630.371 K	M	RCU
157	176	RAS	2.627.705 E	M	RCU
158	177	MCBC	2.211.759 F	F	Crohn
159	178	TMDS	2.632.709 I	F	Crohn
160	179	NIR	2.603.247 I	F	RCU
161	180	MEFO	2.359.984 K	F	RCU
162	181	GMJ	2.409.972 F	F	RCU
163	182	JRV	2.634.096 C	M	Crohn
164	183	BG	2.651.335 C	M	RCU
165	185	SSC	2.652.322 C	F	RCU
166	186	FLA	2.650.671 I	M	Crohn
167	187	VAM	2.557.631 D	F	Crohn
168	188	EAS	2.668.672 F	F	Crohn
169	189	SCD	2.668.368 D	F	RCU
170	190	LCO	2.665.562 F	M	RCU
171	191	LV	2.665.245 J	F	RCU
172	192	AM	2.688.534 H	M	Crohn
173	193	ALL	2.672.137 B	F	RCU
174	194	HM	2.394.115 I	M	RCU
175	195	IP	2.240.871 B	F	RCU
176	196	AAS	2.662.119 A	M	RCU
177	197	OOG	2.675.854 K	F	RCU
178	198	FNS	2.684.097 E	M	RCU
179	199	ICMA	2.366.184 H	F	Crohn
180	200	LS	2.695.155 D	F	Crohn
181	202	GCB	2.645.627 J	M	Crohn
182	203	SJP	2.679.719 B	F	RCU
183	204	RMB	2.639.189 G	F	RCU
184	205	JMR	2.217.787 B	M	RCU
185	206	MESB	2.712.653 I	M	RCU
186	207	LCMC	2.658.564 F	M	Crohn
187	208	EBV	2.733.154 K	F	Crohn
188	209	ATD	2.736.625 F	F	Crohn
189	210	VGR	2.672.338 D	M	RCU
190	211	WG	2.744.825 B	M	RCU
191	213	EOR	2.807.256 G	F	RCU
192	214	OP	2.660.605 J	M	RCU
193	215	VCS	2.024.003 D	F	Crohn

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
194	216	VG	2.747.406 H	M	Crohn
195	217	GPO	2.753.197 F	M	RCU
196	218	SHVC	2.475.248 D	F	RCU
197	219	VS	2.755.146 F	F	Crohn
198	220	TCC	2.754.292 B	F	RCU
199	221	MRS	6.003.785 A	F	RCU
200	222	OG	4.051.555 C	F	RCU
201	223	ASS	2.737.928 H	M	Crohn
202	224	MLPRR	2,758,880 G	F	Crohn
203	225	SRGJ	2.596.172 C	F	Crohn
204	226	NSS	2.755.515F	F	Crohn
205	227	MPAN	2.671.388 E	F	Crohn
206	228	JBF	2.754.857 G	F	RCU
207	229	JSS	2.764.219 B	M	RCU
208	230	SRA	2.765.419 K	M	RCU
209	231	DDS	2.753.189 G	F	Crohn
210	232	MABR	2.277.105 K	F	RCU
211	233	LM	2.270.138 F	M	RCU
212	234	AMS	2.770.168 F	F	RCU
213	235	AMFS	2.775.738 J	F	RCU
214	236	FPA	2.770.639 E	M	Crohn
215	237	MCM	2.307.604 J	F	Crohn
216	238	RGS	2.777.058 K	F	Crohn
217	239	DBO	2.764.237 E	M	RCU
218	240	MGLC	2.778.989 I	F	Crohn
219	241	FAS	2.338.581 C	F	RCU
220	242	MRF	2.269.522 D	F	RCU
221	243	LP	2.625.714 B	M	RCU
222	244	VA	2.780.243G	F	RCU
223	245	LRFS	2.779.068 I	F	Crohn
224	246	JP	2.779.297 D	M	RCU
225	247	HA	2.781.486 A	M	Crohn
226	248	SUG	2.554.691 A	F	Crohn
227	249	MPS	2.779.660 D	F	Crohn
228	250	MVSM	2.787.922 F	F	Crohn
229	251	JMNC	2.642.060 K	M	Crohn
230	252	MMO	2.790.553 H	F	Crohn
231	253	SDC	13.479.507J	F	Crohn
232	254	LF	13.492.385B	M	RCU

Continua...

...continuação Anexo I

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
233	255	MLSS	2.793.764 C	F	RCU
234	256	EFR	2.794.979 D	F	RCU
235	257	VAPC	2.793.606 A	F	Crohn
236	258	MKS	2.797.455 H	F	Crohn
237	259	CA	2.797.521F	M	Crohn
238	260	BPS	2.756.054 J	M	RCU
239	261	VML	2.526.699 A	M	Crohn
240	262	RLSG	2.803.636 F	M	RCU
241	263	MZACN	2.790.302 J	F	Crohn
242	264	SAPC	2.804.264 J	M	RCU
243	265	LNU	2.751.392 B	F	RCU
244	266	JSS	2.350.316 K	F	RCU
245	268	RGS	2.694.313 D	M	RCU
246	269	FRSS	2.806.712 H	F	RCU
247	270	SSL	2.804.830 J	F	Crohn
248	271	ALS	2.816.566 B	F	RCU
249	272	DMPM	2.816.567 A	F	Crohn
250	274	ATS	2.793.866 B	F	RCU
251	275	MPS	2.819.953 J	F	Crohn
252	276	CRV	2.631.588 J	F	Crohn
253	277	JS	2.793.830 K	M	Crohn
254	278	LCM	6.006.060 C	M	Crohn
255	279	FMC	2.805.185 B	F	RCU
256	280	AAS	2.099.625 D	F	RCU
257	281	STK	2.724.623 B	F	RCU
258	282	MVSM	2.798.459 J	M	Crohn
259	283	IBO	2.808.262 C	F	Crohn
260	284	SUSA	2.826.189 C	F	RCU
261	285	PSN	2.820.993 D	M	RCU
262	286	MAPS	2.798.439 E	M	Crohn
263	287	GMR	2.796.514 K	M	RCU
264	288	MRS	2.830.884D	M	RCU
265	289	JRF	2.817.435K	M	RCU
266	290	JF	2.060.071C	M	Crohn
267	291	JGCE	2.829.217G	F	Crohn
268	292	CCS	2.835.119A	M	Crohn
269	293	HSR	2.838.191C	F	Crohn
270	294	MSR	2.835.226H	M	Crohn
271	295	TSH	2.835.680B	F	Crohn

Continua...

...continuação Anexo I

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
272	296	JCM	2.847.651E	M	Crohn
273	297	EMM	2.746.008E	F	Crohn
274	298	GCRM	2.853.579I	F	Crohn
275	299	AMS	2.835.255K	F	Crohn
276	300	MRP	2.859.052A	F	Crohn
277	301	WP	4.008.901A	M	RCU
278	302	MMS	2.866.342A	F	RCU
279	303	CSS	2.856.561E	M	RCU
280	304	MSS	5.024.351J	M	RCU
281	306	WAC	2.856.900H	M	RCU
282	307	SRL	2.597.532E	F	Crohn
283	308	ESP	2.873.839H	F	Crohn
284	309	TSC	2.872.586B	F	RCU
285	310	JKS	2.875.209I	M	Crohn
286	311	MTJ	2.852.409F	F	RCU
287	312	MAP	2.880.175D	M	RCU
288	313	CMO	2.877.871F	M	Crohn
289	314	RL	2.870.858G	M	Crohn
290	315	ASL	2.867.063A	M	RCU
291	316	GBF	2.866.387F	F	Crohn
292	317	MZACN	2.867.069F	F	RCU
293	318	AMB	2.876.560E	F	Crohn
294	319	ODF	2.882.211A	M	Crohn
295	320	NBL	2.797.407J	F	RCU
296	321	JRS	2.847.944D	M	RCU
297	322	DFLM	2.882.807G	F	Crohn
298	323	MAO	2.889.354B	M	Crohn
299	324	LFC	2.761.332C	F	RCU
300	325	RA	2.889.414J	M	Crohn
301	326	LMR	2.845.270D	F	RCU
302	327	APO	5.152.619I	F	RCU
303	328	DF	2.858.031B	M	RCU
304	329	SS	2.894.526I	M	Crohn
305	330	ASD	2.886.106E	M	RCU
306	331	JS	2.900.806D	F	RCU
307	332	ARF	2.901.055F	M	Crohn
308	333	FCS	2884.108B	M	RCU
309	334	MSP	2.903.217I	F	Crohn
310	335	CVS	2.853.843A	F	RCU

Continua...

...continuação Anexo I

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
311	336	OMD	2.889.468B	M	Crohn
312	338	EAO	2.826.607I	F	RCU
313	339	WJS	2.899.442H	M	Crohn
314	340	NPC	2.898.749H	M	RCU
315	341	AR	2.911.935C	M	RCU
316	342	ZFN	2.900.111A	F	RCU
317	343	MFMA	2.330.356K	F	Crohn
318	344	TTN	2.895.360F	F	RCU
319	345	NSM	2.898.236I	F	RCU
320	346	EGT	2.918.117D	F	RCU
321	348	AG	2.912.748K	M	RCU
322	349	JSM	2.918.922G	M	RCU
323	350	CG	2.905.124C	F	RCU
324	351	STR	2.919.285I	F	Crohn
325	352	MTMC	2.922.230C	F	RCU
326	353	MGRO	2.926.455H	F	RCU
327	354	JSP	2.896.291F	M	RCU
328	355	ADP	2.930.961B	M	RCU
329	356	SCS	2.931.144J	M	Crohn
330	357	ZMPC	2.919.706A	F	Crohn
331	358	SLP	2.921.544K	F	Crohn
332	359	RA	2.380.932K	M	Crohn
333	361	MJSS	2.921.609C	F	Crohn
334	362	SS	2.009.983H	F	RCU
335	363	MSR	2.924.494G	M	RCU
336	364	JAS	2.942199A	M	RCU
337	365	MAS	2.928.011H	F	RCU
338	366	VLP	2.899.572F	M	Crohn
339	367	RABL	2.927.688E	F	Crohn
340	368	MMP	2.930.202C	F	RCU
341	369	MLFL	2.928.777K	F	RCU
342	370	LCAP	2.915.815D	M	Crohn
343	371	JLG	2.933.318H	M	RCU
344	372	OAMCC	2.901.331D	F	RCU
345	373	IRC	2.917.776A	F	RCU
346	374	STS	13.492.385B	F	Crohn
347	375	ENE	2.930.575K	M	RCU
348	376	LODA	2.955.086A	F	RCU
349	377	AEW	2.840.377G	F	RCU

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
350	378	CRB	2.507.987A	M	Crohn
351	379	IFM	2.669.712D	M	Crohn
352	380	RM	2.926.898J	M	RCU
353	381	CB	2.961.998G	M	Crohn
354	382	EMS	2.484.176K	M	RCU
355	383	RCA	2.964.268G	F	Crohn
356	384	AS	2.902.917H	M	Crohn
357	385	EJFS	2.945.885I	F	RCU
358	386	SSAS	2.865.623J	F	RCU
359	387	CAK	2.713.310I	F	RCU
360	388	JPC	2.065.620I	M	Crohn
361	389	CGS	2.950.303H	F	RCU
362	390	OJD	2.923.476E	M	RCU
363	391	BTA	2.940.656F	M	RCU
364	392	SFM	2.960.612J	M	Crohn
365	393	AB	2.954.718H	M	RCU
366	394	JAS	2.935.065I	M	Crohn
367	395	GP	2.725.458B	F	RCU
368	396	MMG	2.954.963A	M	Crohn
369	397	JBP	2.971.749A	M	RCU
370	398	GFA	2920.436J	F	RCU
371	399	NGL	2.960.236E	F	Crohn
372	400	JAS	2.977.380F	M	RCU
373	401	CAS	2.965.331C	M	Crohn
374	402	MAS	2.940.655G	F	RCU
375	403	HS	2.980.564G	M	RCU
376	404	DSA	2.758.776H	F	RCU
377	405	VP	2.902.282J	F	Crohn
378	406	TMB	2.148.335H	M	RCU
379	407	RMMBR	2.985.552I	F	Crohn
380	408	RSS	2.985.200E	F	RCU
381	409	GCV	2.971.442I	M	Crohn
382	410	EOS	2.957.867H	M	RCU
383	411	SL	2.888.570H	F	Crohn
384	412	VLS	2.989.977F	F	RCU
385	413	LASB	2.899.246A	F	RCU
386	414	FJB	2.410.360H	M	Crohn
387	415	MGGA	2.845.721I	F	Crohn
388	416	COM	2.995.850D	M	RCU

Continua...



...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
389	417	JUM	2.955.657G	M	Crohn
390	418	RSS	2.985.100I	F	RCU
391	419	MIQC	2.940.218J	F	RCU
392	420	EF	2.995.169I	M	Crohn
393	421	LTS	3.001.848G	F	Crohn
394	422	JMC	3.004.337E	F	Crohn
395	424	JR	3.017.825B	M	Crohn
396	425	CFS	3.005.380C	M	RCU
397	426	LMB	4.057.268A	F	RCU
398	427	VLPA	2.734.023I	F	Crohn
399	428	RCAS	2.883.138I	F	RCU
400	429	MSF	9.825.769K	F	RCU
401	430	RM	3.026.800A	F	RCU
402	431	JCC	3.014.130C	F	Crohn
403	432	EGS	3.008.743C	F	RCU
404	434	TSVP	3.027.347H	F	Crohn
405	435	DPOD	2.146.940E	F	Crohn
406	436	MAMA	3.022.243H	F	RCU
407	438	LA	3.011.462F	F	Crohn
408	439	ACRL	3.030.278B	F	RCU
409	440	MSS	2.957.906A	F	RCU
410	441	PCT	3.004.028H	F	RCU
411	442	MAS	3.014.134J	F	RCU
412	443	RCT	3.032.691F	F	Crohn
413	444	RCV	3.035.751J	M	RCU
414	445	JRB	3.049.463B	F	RCU
415	446	PPO	3.044.672F	M	RCU
416	447	DFB	3.055.520E	M	Crohn
417	448	DSF	3.057.030A	M	RCU
418	449	SS	2.655.730D	F	Crohn
419	450	MDK	3.054.036J	F	RCU
420	451	ACO	3.053.616H	F	RCU
421	452	FGSF	3.055.405J	M	RCU
422	453	MSM	3.043.766F	M	RCU
423	454	RBS	3.003.269C	M	RCU
424	455	VGP	5.079.700J	F	Crohn
425	456	ADPG	2.894.563K	F	RCU
426	457	AGP	3.014.494B	F	RCU
427	458	JMLP	3.067.792B	F	Crohn

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
428	459	JSA	3.066.565J	M	RCU
429	460	HPL	6.006.637C	M	Crohn
430	461	AAJS	2.516.018A	F	Crohn
431	462	LSS	3.075.876D	M	Crohn
432	463	ABM	3.066.800J	F	Crohn
433	464	LPS	3.076.004J	F	Crohn
434	465	LMD	2.993.238C	F	RCU
435	466	MAG	2.619.208G	F	RCU
436	467	MC	3.002.744J	M	RCU
437	468	MAN	3.091.304K	F	RCU
438	469	IABF	3.084.842E	F	RCU
439	470	OJAAR	3.096.110F	M	RCU
440	471	NPS	3.038.238C	M	RCU
441	472	LBM	3.101.646J	F	Crohn
442	473	VRS	3.073.374C	M	RCU
443	474	PHF	3.102.822G	M	RCU
444	476	CTB	3.333.052D	F	Crohn
445	477	LLD	3.103.476J	F	Crohn
446	478	ABM	3.101.973C	M	RCU
447	479	JT	3.067.340B	M	Crohn
448	480	VA	3.106.135I	F	Crohn
449	481	VO	3.106.133K	F	Crohn
450	482	JFS	3.105.065I	F	RCU
451	483	YB	3.052.423J	F	RCU
452	484	MJQ	3.023.352H	M	RCU
453	485	TBM	3.111.948A	F	RCU
454	486	AMF	2.943.457I	F	RCU
455	487	RSA	3.113.531F	F	RCU
456	488	GVC	3.087.514I	F	RCU
457	489	MT	3.114.913K	M	Crohn
458	490	MBA	3.113.864D	M	Crohn
459	491	TR	3.110.185G	F	RCU
460	492	EMM	3.117.435H	M	RCU
461	493	CFR	3.104.419I	F	RCU
462	494	RPO	3.105.739H	M	RCU
463	495	SKM	3.124.583K	F	Crohn
464	496	ACA	3.110.908G	F	RCU
465	497	SGP	3.081.862C	F	RCU
466	498	IGDA	2.833.989B	F	RCU

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
467	499	HAFB	3.122.297D	M	RCU
468	500	RCJ	3.076.983F	M	Crohn
469	501	ACA	2.964.860B	M	RCU
470	502	WCC	3.066.602E	M	RCU
471	503	SMS	3.112.820C	F	RCU
472	504	JNC	3.126.907E	M	RCU
473	505	MJT	2.868.667A	M	Crohn
474	506	VFM	2.374.489F	M	Crohn
475	507	FFSA	2.815.749B	M	Crohn
476	508	AFS	3.135.363C	M	Crohn
477	509	OAG	2.960.597G	F	Crohn
478	510	JPM	3.108.627B	M	RCU
479	511	FGV	3.138.234K	M	Crohn
480	512	MBBM	3.139.245B	F	Crohn
481	513	AS	3.107.883G	M	RCU
482	515	PF	3.141.877A	F	Crohn
483	516	LRO	3.123.581G	M	RCU
484	517	MRT	3.062.223A	F	RCU
485	518	GFS	3.067.010A	M	RCU
486	519	AR	3.145.508B	M	RCU
487	520	AK	3.152.450H	M	Crohn
488	521	GRA	3.149.077D	M	RCU
489	522	AKN	6.012.701F	M	RCU
490	523	BS	3.155.548F	F	Crohn
491	524	MOA	2.598.229H	F	Crohn
492	525	LES	3.154.813B	F	Crohn
493	526	SRC	2.650.837G	F	RCU
494	527	ASN	2.189.375K	M	RCU
495	528	KKS	2.873.562G	F	RCU
496	529	DSP	3.066.858I	M	Crohn
497	530	MS	3.108.540G	F	RCU
498	531	RSC	3.153.521G	M	RCU
499	532	MCC	3.163.178F	M	Crohn
500	533	LR	2.784.293E	F	RCU
501	534	JPB	7.027.730C	M	RCU
502	535	CJB	3.164.438A	F	RCU
503	536	CDA	3.175.387B	F	Crohn
504	537	RMT	3.175.865A	M	RCU
505	538	CAAA	3.174.220C	F	Crohn

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
506	539	MPC	3.181.394E	M	RCU
507	540	MGCM	3.182.955I	F	Crohn
508	541	MER	3.179.252K	F	RCU
509	542	JFS	2.901310K	M	RCU
510	543	FDA	3.185.185F	M	RCU
511	544	MGMA	3.166.118I	F	RCU
512	545	MLM	3.176.956E	F	RCU
513	546	OHP	2.383.202K	M	Crohn
514	547	AFBZ	3.188883I	F	Crohn
515	548	GFS	13.658.174K	M	RCU
516	549	JRO	3.187.661H	M	Crohn
517	550	VLAS	3.168.178C	F	RCU
518	551	EFMS	3.192.811A	F	Crohn
519	553	SDJG	3.195.747H	M	RCU
520	554	MSB	3.195.753I	F	RCU
521	555	JSL	3.175.007E	M	RCU
522	556	LFT	3.198.976J	M	Crohn
523	557	NSF	2.141.411E	F	RCU
524	558	RGA	3.191.917G	F	RCU
525	559	RPS	3.193.789D	M	RCU
526	560	LNS	3.051.568E	F	Crohn
527	561	MEAF	3.193.288C	M	Crohn
528	562	JRM	3.203.698I	M	RCU
529	563	FAD	3.205.057C	M	RCU
530	564	MLP	4.022.402E	F	Crohn
531	565	SAM	3.166.760K	F	RCU
532	566	ALS	3.209.101K	M	RCU
533	567	RRSV	3.185.871G	F	RCU
534	568	PCSN	3.212.939B	M	RCU
535	570	DMJ	3.116.038D	F	Crohn
536	571	ESF	3.210.831B	M	Crohn
537	572	MLFB	3.208.587C	F	RCU
538	573	ALM	3.214.988K	F	Crohn
539	574	JRM	3.207.337 I	M	RCU
540	575	ARB	3.206.485H	M	RCU
541	576	MFS	3.194.505B	F	RCU
542	577	GSH	3.221.101F	M	Crohn
543	579	ABD	3.208.164F	M	RCU
544	580	DOS	3.115.681J	M	RCU

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
545	581	JLG	3.076.946D	M	RCU
546	582	RMM	52304881H	F	RCU
547	583	JGO	3.213.690K	M	Crohn
548	584	FDM	3.216.964K	M	RCU
549	585	JFSS	3.226.881F	M	Crohn
550	586	NSM	3.225.899K	F	RCU
551	587	LMS	3.191.156F	F	Crohn
552	588	SAS	3.226.035F	M	RCU
553	589	JPN	3.206.822B	M	RCU
554	590	CB	3.229.222J	F	Crohn
555	591	GA	3.229.660F	M	RCU
556	592	OGM	3.204.977J	F	RCU
557	593	FAN	3.226.875E	F	Crohn
558	594	CPS	3.231.535D	F	Crohn
559	596	SRP	5.017.050C	F	Crohn
560	597	GNS	3.209.766H	F	Crohn
561	598	LCG	3.234.072K	M	Crohn
562	599	MLLS	3.135.290G	F	RCU
563	600	ASS	3.235.038A	F	RCU
564	601	MFLN	3.236.162K	F	Crohn
565	602	OC	13.492.547J	M	Crohn
566	603	FVS	3.205.973 I	F	RCU
567	604	ACC	2.911.597J	F	RCU
568	605	MCBF	3.214.938D	F	Crohn
569	606	AMP	2.861.835F	F	RCU
570	607	AMM	3.234.368G	F	Crohn
571	608	AAMLRL	3.223.575J	F	Crohn
572	609	CLA	3.152.069A	F	RCU
573	610	PBS	3.243.413K	F	Crohn
574	611	EP	3.239.326G	M	Crohn
575	613	ECS	3.214.395B	F	RCU
576	614	LACM	3.244.357E	F	Crohn
577	615	JRN	2.977.546D	M	RCU
578	616	ALPB	3.245.398K	M	Crohn
579	617	APF	3.010.754K	M	Crohn
580	618	LNR	3.230.820E	F	RCU
581	619	NPS	3.236.931K	M	RCU
582	620	ESSDV	3.214.551J	F	Crohn
583	621	MELS	3.242.145F	F	RCU

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
584	622	MLM	3.249.107C	M	Crohn
585	623	EWP	3.251.587H	M	Crohn
586	624	SAFR	3.246.738F	M	RCU
587	625	LML	3.252.570.B	M	Crohn
588	626	EG	3.251.433.J	M	Crohn
589	627	RAH	3.242.312.J	F	RCU
590	628	ABS	5.190.677.A	M	RCU
591	629	SREM	3.255.507.A	F	Crohn
592	630	CRO	3.253.155.C	M	RCU
593	631	LAF	3.244.657.G	F	Crohn
594	632	AFP	3.250.316.J	M	RCU
595	633	NS	3.249.751.C	F	RCU
596	634	CKS	3.255.224.J	M	RCU
597	635	WCS	3.2584.137.B	M	Crohn
598	636	LAQ	3.254.776.K	M	RCU
599	637	RVDK	7.032.697.A	F	Crohn
600	638	JHS	3.235.374.C	F	Crohn
601	639	GB	2.387.690.E	M	Crohn
602	640	JCJ	3.262.800.E	M	RCU
603	641	MVB	3.263.174.C	F	RCU
604	642	LS	3.264.219.G	M	Crohn
605	643	HSO	2.416.465.B	F	Crohn
606	644	FPL	3.253.411.G	F	RCU
607	645	ECS	3.264.437.F	F	Crohn
608	646	VLST	3.264.437 F	F	Crohn
609	647	VCS	3.269.186A	M	Crohn
610	648	TBN	3.270.209 F	F	Crohn
611	649	DCPR	3.252.824 A	F	RCU
612	650	MZAA	3.269.770 H	F	Crohn
613	651	LG	3.269.175 E	F	RCU
614	652	JAF	3.270.256 A	M	RCU
615	653	MCS	3.271.256 A	F	RCU
616	654	RAS	2.446.007 E	F	RCU
617	655	ARAC	3.178.930 G	F	RCU
618	656	TNS	3.294.460H	F	Crohn
619	657	AMC	3.269.770 H	M	Crohn
620	658	JOMS	3.281.356 H	M	RCU
621	659	GSC	3.282.499 F	M	Crohn
622	660	MCO	2.021.216 E	M	Crohn

Continua...

...continuação Anexo I

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
623	661	RMD	3.277.905 I	F	RCU
624	662	GAV	3.204.610C	M	Crohn
625	663	SDS	3.283.714 G	F	RCU
626	664	CPS	3.272.449 E	M	Crohn
627	665	RCFA	3.280.799 D	M	RCU
628	666	AWB	3.281.330 I	M	RCU
629	667	CRS	3.286.117 B	M	Crohn
630	668	EXJ	3.286.127 J	M	Crohn
631	669	AAS	3.225.973 H	M	Crohn
632	670	FNB	5.234.687 G	F	Crohn
633	671	RB	3.274.949 H	M	RCU
634	672	MRA	3.287.982 D	M	Crohn
635	673	DBS	3.251.007 H	F	Crohn
636	674	JD	2.337.493 G	M	RCU
637	675	DBR	3.289.080 J	F	Crohn
638	676	MÊS	3.280.969 E	F	Crohn
639	677	JCFP	3.289.967 F	M	Crohn
640	678	PRM	3.268.956 E	M	RCU
641	679	JSA	3.276.771 E	F	RCU
642	680	MDBA	3.121.598 G	F	RCU
643	681	SOS	3.277.164 B	M	RCU
644	682	GRSS	3.294.464D	F	Crohn
645	683	MM	3.294.466B	M	Crohn
646	684	MGRJ	3.269.724H	F	RCU
647	685	SMMA	5.211.479J	F	Crohn
648	686	RPS	3.273.509H	F	Crohn
649	687	MFS	3.203.373J	F	RCU
650	688	MSF	3.295.163A	M	Crohn
651	689	RP	3.296.371I	M	Crohn
652	690	RZ	2.132.954D	F	Crohn
653	691	MHLA	7.018.676A	F	Crohn
654	692	REAS	3.304.029I	M	Crohn
655	693	AAN	2.958.772I	M	Crohn
656	694	LFSG	3.304.394B	M	RCU
657	695	MPA	3.298.825A	F	RCU
658	696	CPS	3.292.910B	M	RCU
659	697	ARFL	3.305.173A	M	Crohn
660	698	EAR	3.296.199C	F	RCU
661	699	SFS	3.308.062E	F	RCU

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
662	700	LBA	3.295.318C	F	Crohn
663	701	ONS	3.311.919F	M	Crohn
664	702	JSM	3.298.921A	M	RCU
665	703	SSU	3.314.399B	F	RCU
666	704	FTF	3.314.589H	M	Crohn
667	705	JA	3.280.949K	M	Crohn
668	706	MEQJ	3.315.857B	M	RCU
669	707	CMAS	3.316.461E	F	RCU
670	708	LSPO	3.316.839A	F	Crohn
671	709	AD	2.884.443E	M	Crohn
672	710	MAMM	5.206.848G	F	RCU
673	711	DMS	2.815.874E	F	RCU
674	712	AOS	3.319.380K	M	Crohn
675	713	ABS	3.330.815G	M	RCU
676	714	RBS	3.156.811E	M	RCU
677	715	VCJ	3.308.825A	M	Crohn
678	717	MGSS	3.319.168F	F	RCU
679	718	GRS	3.315.440F	M	RCU
680	719	CS	3.324.089K	F	RCU
681	720	SBM	3.199.611G	F	RCU
682	721	RJS	3.298.478J	M	Crohn
683	722	CSS	3.277.147E	M	RCU
684	723	ABS	3.325.291C	M	Crohn
685	724	RMS	3.296.626G	M	RCU
686	725	QALR	3.322.253F	F	RCU
687	726	AEAC	3.300.659F	M	RCU
688	728	AG	3.281.943A	M	Crohn
689	729	MHAM	3.322.254E	F	Crohn
690	730	FG	13.503.038H	M	Crohn
691	731	DB	3.252.372H	M	RCU
692	732	MASB	3.327.360J	F	Crohn
693	733	RBS	3.330.092G	F	Crohn
694	734	BFB	33304194	M	Crohn
695	735	VFS	3330114E	F	Crohn
696	736	IMA	3291434F	M	Crohn
697	738	JOC	3333125I	M	Crohn
698	739	VSR	9077935J	F	Crohn
699	740	ARMCA	33347795K	F	RCU
700	741	CFA	9086766G	F	RCU

Continua...



...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
701	742	AMJF	3001520K	F	RCU
702	743	JFS	3332964A	M	RCU
703	744	MCQM	33254419K	F	Crohn
704	745	MSSE	3333797C	F	RCU
705	746	JCL	3334850B	M	Crohn
706	747	JAV	3336604K	M	Crohn
707	748	VDM	3338306K	M	Crohn
708	749	RMF	2106042J	F	RCU
709	750	KAS	3301149B	F	Crohn
710	751	RVO	3338406G	M	Crohn
711	752	CRS	3329532J	F	RCU
712	753	VJM	3300028G	F	RCU
713	754	MHLS	33328775A	F	Crohn
714	755	CRN	3340198B	M	RCU
715	756	CO	33383221L	F	Crohn
716	757	MPA	3.341.506J	M	Crohn
717	758	MLSV	3.341.805J	F	Crohn
718	759	DMDL	3.338.911K	F	Crohn
719	760	VFS	2.412.302C	M	RCU
720	761	TAG	13.507.286A	F	RCU
721	762	NFFS	3.329.435K	F	Crohn
722	763	CCCD	3.343.882A	M	RCU
723	764	MLSV	13.554.343 G	F	RCU
724	765	EB	3.075.430F	F	RCU
725	766	ET	13.510.792J	M	Crohn
726	767	VOS	2,366.243F	M	RCU
727	768	LB	3.132.542F	F	RCU
728	769	FSO	3.342.417E	F	RCU
729	770	DMM	13.509.199J	F	Crohn
730	771	MAOC	5.215.828A	F	Crohn
731	772	JMC	13.511.969J	F	RCU
732	773	MABM	3.330.542B	F	Crohn
733	774	LCOA	3.285.556B	F	RCU
734	775	MPO	3.335.445K	F	RCU
735	776	VNR	3.329.790H	M	RCU
736	777	MCM	13513839B	F	RCU
737	778	SAP	13.512.969E	M	Crohn
738	779	MNB	3.324.011G	F	RCU
739	780	ERG	3.340.741K	M	RCU

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
740	781	WNP	9.212.502H	M	RCU
741	782	MFT	13.516.983G	M	Crohn
742	783	MLS	13.509.388F	F	Crohn
743	784	MBP	13.516.199H	M	RCU
744	785	MCV	2.583.903A	F	Crohn
745	786	LQN	13.513.019G	M	RCU
746	788	JCPS	13.518.792C	M	RCU
747	789	ES	13.512.864C	F	Crohn
748	790	NMB	3.299.053J	F	Crohn
749	791	MRF	13.519.383E	F	Crohn
750	792	RMS	13.918.919A	F	Crohn
751	793	JWAM	13.510.171H	M	RCU
752	794	JRJ	13.521.029H	M	RCU
753	795	EAR	13.521.031B	M	Crohn
754	796	GOMC	13.520.625D	F	RCU
755	797	RTY	3.348.114A	M	Crohn
756	798	COS	13.516.917B	M	Crohn
757	799	JECS	13.530.041J	M	Crohn
758	800	DS	2.880.312F	F	RCU
759	801	JLL	3.131.883H	M	Crohn
760	802	LBS	13.521.278H	M	Crohn
761	803	RLC	13.523.889C	F	RCU
762	804	AL	3.061.739J	F	Crohn
763	805	RCB	13.528.547D	M	Crohn
764	806	ARJ	13.525.125J	F	RCU
765	807	GFD	13.522.724B	F	Crohn
766	808	PJC	3.355.753H	F	Crohn
767	809	MBR	13.523.821G	M	RCU
768	810	LRA	3.256.503K	F	Crohn
769	811	MRS	2.887.958F	F	Crohn
770	812	ACPT	13.526.402B	F	Crohn
771	813	RHM	3.142.856C	F	RCU
772	814	FCC	13.529.902K	M	Crohn
773	815	SBR	3.314.822J	F	RCU
774	816	CCS	3.259.393J	F	RCU
775	817	CAAC	2.817.610C	F	Crohn
776	818	MAV	13.532.180F	F	Crohn
777	819	REVS	3.115.240F	F	RCU
778	820	FP	13.532.529J	F	Crohn

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
779	821	TCS	2.401.284C	M	Crohn
780	822	LMPP	13.528.765C	F	RCU
781	824	MAMM	13.533.232J	F	RCU
782	825	AMPO	13.534.255G	F	RCU
783	826	SC	3.282.977E	M	Crohn
784	827	MFPS	5.034.006D	F	RCU
785	828	AFN	13.536.047F	M	Crohn
786	829	ARN	13.536.882K	M	RCU
787	830	MJS	2.175.721G	F	RCU
788	831	AMK	13.529.303A	M	Crohn
789	832	VANSC	3.211.561K	F	RCU
790	833	MCSN	13.536.084H	F	RCU
791	834	MVS	2.458.526H	F	Crohn
792	837	AZ	13537894A	M	Crohn
793	838	JRS	13.537.618G	M	Crohn
794	839	JBCM	3229404F	M	RCU
795	840	COA	13540245A	F	RCU
796	841	FHM	3.305.718A	M	RCU
797	842	ROC	13.436.082I	M	Crohn
798	843	MVSP	13.501.936F	F	Crohn
799	844	MSS	3.320.538E	F	RCU
800	845	CSS	2.217.518H	M	RCU
801	846	CAP	13.542.741I	M	Crohn
802	847	PCN	13.542.557H	M	Crohn
803	848	LBFS	13.543.796F	F	Crohn
804	850	LRS	13.533.042D	M	Crohn
805	851	MGOF	13.533.029C	F	RCU
806	852	JBPO	3.366.055I	M	RCU
807	853	RSB	13.543.396K	F	Crohn
808	854	RSS	13.543.535K	F	Crohn
809	855	RSN	13.545.347D	M	Crohn
810	856	FCC	13.545.352F	M	RCU
811	857	APS	3.213.247B	M	RCU
812	858	TM	13.545.355C	F	RCU
813	859	LB	13.545.576J	M	Crohn
814	860	SFS	13.546.677K	F	Crohn
815	861	VLB	13.545.838H	M	Crohn
816	862	EBR	3.175.211 K	F	Crohn
817	864	JAS	13.546.727K	F	Crohn

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
818	865	LVFA	13.547.831E	M	RCU
819	866	CSC	13.549.071D	F	Crohn
820	867	SBW	2.420.712J	M	RCU
821	870	AGE	13.547.615D	F	RCU
822	871	MCSV	13.549.519E	F	RCU
823	872	LP	2.773.006D	F	RCU
824	873	MHMSF	2.495.176K	F	RCU
825	874	SCAA	3.368.334H	F	Crohn
826	875	JFA	2.131.404K	F	Crohn
827	876	WFS	13.535.954H	M	RCU
828	877	JBF	13.547.335J	F	Crohn
829	878	EMFAP	13.352.617S	F	RCU
830	879	AMJ	13.553.873 E	F	Crohn
831	880	SP	13.555.160G	F	RCU
832	881	SPN	5.531.566C	M	Crohn
833	882	SLSA	13.555.574F	F	Crohn
834	883	LPMS	3.314.873E	F	RCU
835	884	LJS	13.552.289C	F	Crohn
836	885	FMP	13.556.457 H	F	Crohn
837	886	LSO	13.553.159K	F	Crohn
838	887	CCHF	13.555.407F	F	Crohn
839	888	JMS	13.556.071B	M	RCU
840	889	LMC	13.504.179H	M	RCU
841	890	CMS	13.550.597K	F	Crohn
842	891	MAP	13.556.970K	M	RCU
843	894	SF	3.212.679B	M	RCU
844	895	RVR	13.522.401A	F	RCU
845	896	GAN	3.357.855C	M	Crohn
846	897	TCG	13.558.636H	F	Crohn
847	898	RMF	13.562.730 A	M	Crohn
848	899	CBA	5.294.196 K	F	RCU
849	900	DP	13.563.584 G	M	Crohn
850	901	CAC	13.562.656 D	F	Crohn
851	902	VCS	3.254.567 J	M	Crohn
852	903	JPL	13.562.610 K	F	RCU
853	904	JJS	13.526.738 H	M	RCU
854	905	TMP	3.362.692 J	F	Crohn
855	906	JSR	13.563.397 J	F	RCU
856	907	RRD	13.564.517 I	F	Crohn

Continua...

...continuação Anexo I

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
857	908	CFLM	13.564.232 I	F	RCU
858	909	DG	3.247.086 E	F	Crohn
859	910	LABF	13.565.772 E	F	Crohn
860	911	SAOR	13.565.630 A	F	RCU
861	913	HSM	13.543.790 A	M	RCU
862	914	BMCM	13.569.092G	F	RCU
863	915	ORG	13.569.812 J	M	Crohn
864	916	RRS	13.569.817 E	F	RCU
865	917	CE	13.569.848 F	F	Crohn
866	918	SER	13.570.871J	F	RCU
867	919	MMO	13.571.549 G	M	Crohn
868	920	EMG	13.519.817 B	M	RCU
869	921	JSFS	13.567.557 D	F	RCU
870	922	MPJ	3.196.092J	F	RCU
871	923	AFRL	3.329.751H	F	RCU
872	924	HSM	13.659.584I	M	RCU
873	925	CLA	3.020.430E	M	Crohn
874	926	MCG	3.013.566J	F	RCU
875	927	MGA	3.340.723D	F	RCU
876	928	EMAS	13.440.928F	F	RCU
877	929	MCN	13.568.217A	F	RCU
878	930	ACS	13.440.930K	M	Crohn
879	931	RMF	13.573.601B	F	Crohn
880	932	ECM	13.441.638J	M	Crohn
881	933	GRSA	13.440.811I	F	RCU
882	934	WRF	13.442.545I	M	Crohn
883	935	MRS	3.165.101B	F	Crohn
884	936	DSP	3.164.337F	F	Crohn
885	937	AJS	13.441.769G	M	RCU
886	938	MSS	3.090.502J	F	RCU
887	939	RRO	13.442.436D	F	Crohn
888	940	TGV	3.372.131J	M	Crohn
889	941	MAL	13.573.469F	F	RCU
890	942	ACF	13.445.042F	F	RCU
891	943	LMO	13.497.986B	M	Crohn
892	944	II	13.441.110K	F	Crohn
893	945	IP	13.444.801C	M	Crohn
894	946	MAS	13.445.044D	M	Crohn
895	947	RAT	5.088.240F	F	Crohn

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
896	948	AMFF	13.558.060G	F	RCU
897	949	RFS	13446721B	F	RCU
898	950	ABA	2.996.260I	M	RCU
899	951	JSS	13.571.431K	M	Crohn
900	952	MPJ	13.458.823B	F	Crohn
901	953	ESL	13.445.430F	F	Crohn
902	954	EMB	13.447.861C	F	RCU
903	955	FSG	13.446.705D	M	Crohn
904	956	MSL	13.448.523I	M	RCU
905	957	FAAPJ	13.448.538A	M	Crohn
906	958	PTA	13.443.539H	M	Crohn
907	959	CDVS	3.366.478I	F	RCU
908	960	MO	13.577.781I	M	RCU
909	961	NPJJ	13.449.343F	M	RCU
910	962	AMLGV	13.447.872J	F	Crohn
911	964	JMC	13.451.227B	M	Crohn
912	965	VJS	9.825.769K	M	RCU
913	967	MTP	13.448.929I	M	Crohn
914	968	ABS	3.091.739C	M	Crohn
915	969	SCL	2.999.045C	M	RCU
916	970	MHKS	13.452.024H	F	RCU
917	971	BBSS	3.110.193F	M	Crohn
918	972	AAD	3.313.011G	M	RCU
919	973	LAG	13.509.450H	F	Crohn
920	974	MBN	13.449.789E	M	RCU
921	975	CGP	3.3361.113C	F	Crohn
922	976	SPF	13.454.565I	F	Crohn
923	977	BBSF	3.110.193F	M	Crohn
924	978	JCB	13.454.954H	M	Crohn
925	979	RJB	13.456.649H	M	Crohn
926	980	AMSL	13.456.767K	F	Crohn
927	981	JRP	3.376.608C	M	Crohn
928	982	SAEK	13.458.260F	F	RCU
929	983	MMS	13446927J	F	Crohn
930	984	RGML	13.457.322F	F	RCU
931	985	SRS	13.580.328J	F	Crohn
932	986	AG	13.458.468A	M	Crohn
933	987	SVS	5.364.424K	M	RCU
934	988	JASJ	13.553.007J	M	Crohn

Continua...

...continuação Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
935	989	AVU	13.460.127E	F	RCU
936	990	GGAS	13.450.344K	M	RCU
937	991	ARBS	13.460.128D	F	Crohn
938	992	ABC	13.581.515C	F	Crohn
939	993	CVS	5.078.831A	F	RCU
940	994	OMBS	13.460.189G	F	Crohn
941	995	BCAGJ	13.460.344E	M	RCU
942	996	MPGMS	2.296.566G	F	Crohn
943	997	DQCP	3.223.703C	F	RCU
944	998	VFS	3.326.193K	F	RCU
945	999	VRL	13.558.037I	F	RCU
946	1000	JEGC	13.462.676E	M	Crohn
947	1001	EGV	3.253.461C	M	Crohn
948	1002	DLO	13.462.671J	M	RCU
949	1003	MAHO	13.462.700F	F	RCU
950	1004	ZSS	13.451.707J	F	RCU
951	1005	MSTC	13.574.863B	F	RCU
952	1006	MADS	13.464.063C	F	RCU
953	1007	LCS	13.4438.504I	F	RCU
954	1008	JLRM	13.465.678J	M	Crohn
955	1009	NRM	3230716F	F	Crohn
956	1010	RAS	13465251F	M	Crohn
957	1011	NAD	13442727E	M	Crohn
958	1012	MES	3031727K	F	RCU
959	1013	APLS	2276363H	F	RCU
960	1015	AAS	3339182E	M	Crohn
961	1016	NRS	13582428G	M	RCU
962	1017	LCJA	13464088C	M	Crohn
963	1018	RMS	13470143H	M	Crohn
964	1019	JAMG	13470142I	M	Crohn
965	1020	LBS	2353483G	F	Crohn
966	1021	RGM	13471108J	M	Crohn
967	1022	MMXA	2675673C	F	Crohn
968	1023	EFB	13468593I	M	RCU
969	1024	JMS	13448015H	F	RCU
970	1025	JDRR	13468596F	M	Crohn
971	1026	VASV	13469337D	F	Crohn
972	1027	SCVBL	13475654C	F	RCU
973	1028	MFN	13565212J	M	RCU

Continua...

...conclusão Anexo 1

<b>Número do doente</b>	<b>Protocolo</b>	<b>Iniciais do doente</b>	<b>Registro do Hospital das Clínicas</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico</b>
974	1029	MEBP	3386976A	F	RCU
975	1030	JMS	3297448B	M	Crohn
976	1031	GSS	3381375G	M	Crohn
977	1032	DCC	13478117F	F	Crohn
978	1033	MHS	13478119D	F	Crohn
979	1034	FA S	13473804I	M	RCU
980	1035	AGC	13.479.146D	F	Crohn
981	1036	JPJ	13.471.345D	F	RCU
982	1037	ACG	2.818.364B	F	Crohn
983	1038	MSA	13.480.020D	F	RCU
984	1039	GHO	3.050.085E	M	RCU
985	1040	MGB	13.481.215K	F	RCU
986	1041	ACSJ	13.482.861D	M	Crohn
987	1042	VRGC	7.706.4392A	F	Crohn
988	1043	MJFS	13.474.868D	F	RCU
989	1044	LPS	13.483.993F	F	RCU
990	1045	LFFSA	13.485.207C	F	Crohn
991	1046	TCNM	13.484.062C	F	Crohn
992	1047	CEPS	2.092.045B	F	Crohn
993	1048	WFS	13.437.578K	M	RCU
994	1049	CSC	3.388.687J	F	Crohn
995	1050	EMS	13.532.890H	F	Crohn
996	1052	AB	13.487.710J	M	Crohn
997	1053	RBAA	13.541.703B	F	Crohn
998	1054	VLP	9.786.960K	F	RCU
999	1062	LLS	13.559.257A	F	Crohn
1000	1063	NMFV	13.490.532F	F	RCU





Avós Paternos : \_\_\_\_\_ Maternos : \_\_\_\_\_

Data do início dos sintomas da DII : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade do início da DII : \_\_\_\_

Data do diagnóstico da DII : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Intervalo(meses) : \_\_\_\_\_

**Sintomatologia Inicial :**

Nº de evacuações/dia : \_\_\_\_/\_\_\_\_ C/ Sangue:  S  N Muco:  S  N Pus:  S  N

Consistência das fezes: Líquidas Pastosas Normais Ressecadas Anorexia:  S  N

Febre :  S  N Náuseas:  S  N Vômitos:  S  N Dor Abdominal :  S  N

Dist. Abdominal :  S  N Dor Retal :  S  N Perda Ponderal(kg/tempo): \_\_\_\_

Outras Queixas : \_\_\_\_\_

Manifest. Perianais : \_\_\_\_\_

Hábito Intestinal Anterior: \_\_\_\_\_ Dieta Habitual:  com  sem fibras

Fumo :  S  N Álcool :  S  N Excesso de açúcar :  S  N Drogas : \_\_\_\_

Intolerância Alimentar : \_\_\_\_\_

Antecedentes Individuais e outras Patologias : \_\_\_\_\_

Antecedentes Hereditários : \_\_\_\_\_

Outros casos na família ( grau de parentesco ) : \_\_\_\_\_

**Tratamento Clínico :**

Medicamentos	Resposta			Efeitos Colaterais
Sulfassalazina	melhor <input type="checkbox"/>	pior <input type="checkbox"/>	inalterado <input type="checkbox"/>	
Mesalazina VO	melhor <input type="checkbox"/>	pior <input type="checkbox"/>	inalterado <input type="checkbox"/>	
Mesalazina SUP	melhor <input type="checkbox"/>	pior <input type="checkbox"/>	inalterado <input type="checkbox"/>	
Mesalazina FLEET	melhor <input type="checkbox"/>	pior <input type="checkbox"/>	inalterado <input type="checkbox"/>	
Metronidazol	melhor <input type="checkbox"/>	pior <input type="checkbox"/>	inalterado <input type="checkbox"/>	
Ciprofloxacino	melhor <input type="checkbox"/>	pior <input type="checkbox"/>	inalterado <input type="checkbox"/>	
Corticóide	melhor <input type="checkbox"/>	pior <input type="checkbox"/>	inalterado <input type="checkbox"/>	
Azatioprina	melhor <input type="checkbox"/>	pior <input type="checkbox"/>	inalterado <input type="checkbox"/>	
Outros Imunossupressores	melhor <input type="checkbox"/>	pior <input type="checkbox"/>	inalterado <input type="checkbox"/>	
Outros	melhor <input type="checkbox"/>	pior <input type="checkbox"/>	inalterado <input type="checkbox"/>	

**Internações para Tratamento Clínico :**

1- Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Tempo de Internação: \_\_\_\_\_ NPP/NE (quanto tempo): \_\_\_\_\_.

Medicamentos: \_\_\_\_\_.

Resultado:      Melhor                  Pior                  Inalterado

2- Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Tempo de Internação: \_\_\_\_\_ NPP/NE (quanto tempo): \_\_\_\_\_.

Medicamentos: \_\_\_\_\_.

Resultado:      Melhor                  Pior                  Inalterado

3- Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Tempo de Internação: \_\_\_\_\_ NPP/NE (quanto tempo): \_\_\_\_\_.

Medicamentos: \_\_\_\_\_.

Resultado:      Melhor                  Pior                  Inalterado

**TRATAMENTO CIRÚRGICO ( DII ) – LAPAROTOMIAS**

1- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

2- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

3- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

4- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

5- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

6- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

7- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

8- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

**CIRURGIAS ORIFICIAIS ( DII )**

1- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

2- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

3- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

4- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

5- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

6- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

7- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

8- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

**CIRURGIAS NÃO RELACIONADAS COM A DII**

1- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

2- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

3- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

4- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

5- Indicação: \_\_\_\_\_ U E Conduta: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Complicações: \_\_\_\_\_ Tempo de Int.: \_\_\_\_\_.

A.P.: \_\_\_\_\_

**AValiação Psicológica :** \_\_\_\_\_**RETARDO DO CRESCIMENTO :**  S  N **ALTURA :** \_\_\_\_\_**AValiação Nutricional :**Desnutrição :  S  N **Peso Atual :** \_\_\_\_\_ **Peso Habitual :** \_\_\_\_\_**IMC :** \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) **Perda Ponderal/tempo :** \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA :**

Menarca : \_\_\_\_\_ DUM : \_\_\_\_\_

ANTES DA DOENÇA:

Métodos anticoncepcionais: \_\_\_\_\_ Gestações: \_\_\_\_\_

Partos Normais: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Fórceps: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_ Naturais: \_\_\_\_\_ Provocados: \_\_\_\_\_

Recém-nascidos: \_\_\_\_\_ Normais: \_\_\_\_\_ Anormalidades: \_\_\_\_\_ Prematuros: \_\_\_\_\_

DEPOIS DA DOENÇA:

Métodos anticoncepcionais: \_\_\_\_\_ Gestações: \_\_\_\_\_

Partos Normais: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Fórceps: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_ Naturais: \_\_\_\_\_ Provocados: \_\_\_\_\_

Recém-nascidos: \_\_\_\_\_ Normais: \_\_\_\_\_ Anormalidades: \_\_\_\_\_ Prematuros: \_\_\_\_\_

DII + Gravidez: \_\_\_\_\_ Melhorou: \_\_\_\_\_ Piorou: \_\_\_\_\_ Inalterada: \_\_\_\_\_

**MANIFESTAÇÕES EXTRA-INTESTINAIS ( MEI )****1- ARTICULARES:**Artralgia:  S  N Edema:  S  N Eritema:  S  N Migratória:  S  N

Localização: \_\_\_\_\_

Início em relação a DII Anterior  Concomitante  Ulterior Correlação com a atividade da DII:  S  N Correlação com Cirurgia:  S  NSacroileíte:  S  N Espondilite Anquilisante:  S  N

Testes para Artrite Reumatóide: ASLO: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

RX: \_\_\_\_\_

**2- OFTALMOLÓGICAS:**


---



---



---

Início em relação a DII : Anterior  Concomitante  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N Correlação com Cirurgia:  S  N

**3- DERMATOLÓGICAS**

Eritema Nodoso: Localização: \_\_\_\_\_

Início em relação a DII : Anterior  Concomitante  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N Correlação com Cirurgia:  S  N

Pioderma Gangrenoso: Localização: \_\_\_\_\_

Início em relação a DII : Anterior  Concomitante  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N Correlação com Cirurgia:  S  N

Outras: \_\_\_\_\_

Início em relação a DII : Anterior  Concomitante  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N Correlação com Cirurgia:  S  N

**4- HEPATOBILIARES**

Colelitíase:  S  N Esteatose:  S  N Colangite Esclerosante:  S  N

Hepatite:  S  N Qual? \_\_\_\_\_

Início em relação a DII : Anterior  Concomitante  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N Correlação com Cirurgia:  S  N

Outras: \_\_\_\_\_

---



**5- UROLÓGICAS**

Urolitíase:  S  N      Ins.Renal:  S  N      Nefrite:Fístulas:  S  N

Qual? \_\_\_\_\_

Início em relação a DII : Anterior  Concomitante  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N      Correlação com Cirurgia:  S  N

Outras: \_\_\_\_\_

**6- VASCULARES**

Trombose:  S  N

Localização: \_\_\_\_\_

Início em relação a DII : Anterior  Concomitante  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N      Correlação com Cirurgia:  S  N

Vasculite:  S  N

Localização: \_\_\_\_\_

Início em relação a DII : Anterior  Concomitante  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N      Correlação com Cirurgia:  S  N

Arterite de Takayasu:  S  N

Outras: \_\_\_\_\_

**7- PULMONARES**

Início em relação a DII : Anterior  Concomitante  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N      Correlação com Cirurgia:  S  N

**8- TIREOIDEANAS**

---

---

Início em relação a DII : Anterior  Concomitan  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N Correlação com Cirurgia:  S  N

**9- SEXUAIS**

---

---

Início em relação a DII : Anterior  Concomitante  Ulterior

Correlação com a atividade da DII:  S  N Correlação com Cirurgia:  S  N

**10- OUTRAS:**

---

---

---

**11- AVALIAÇÃO DA EXTENSÃO DA DOENÇA**

Exame Físico Geral: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exame Proctológico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Colonoscopia ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Biópsia : \_\_\_\_\_

Enema Opaco ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_

Trânsito Intestinal ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Endoscopia Digestiva Alta ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

USG Abdome Total ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TC de Abdome ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BX Hepática ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Manometria Anorretal ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RX de 90km Tórax ( \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_



**EVOLUÇÃO**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nº de evacuações: \_\_\_\_\_ Consistência: LÍQ PAS NOR RESS

Sangue:  S  N Muco:  S  N Urgência:  S  N Continência:  S  NDor Abdominal:  S  N Náuseas:  S  N Vômitos:  S  N Dist.Abd.:  S  NPerda de peso( quanto ? ): \_\_\_\_\_ Anorexia:  S  N Febre:  S  N

DPA: \_\_\_\_\_

MEI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Alterado para: \_\_\_\_\_

Outras queixas: \_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Exames/consultas solicitados: \_\_\_\_\_

## **8. Referências**

---

---

1. Adachi Y, Hinoda Y, Takahashi H, Nakagawa N, Sakamoto H, Itoh F, Endo T, Suzuki S, Imai K. Rheumatoid arthritis associated with ulcerative colitis. *J Gastroenterol* 1996;31:590-5.
2. Aitola P, Karvonen AL, Matikainen M. Prevalence of hepatobiliary dysfunction in patients with ulcerative colitis. *Ann Chir Gynaecol* 1994;83:275-8.
3. Allan RN. Extra-intestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol*. 1983;12:617-32.
4. Alves,P.R.A. *Contribuição do estudo colonoscópico nas doenças inflamatórias do cólon. Análise dos índices histológicos e imunohistoquímicos*. São Paulo, 1990; Tese de Doutorado USP.
5. Alves,P.R.A. Diagnóstico endoscópico das doenças inflamatórias do intestino grosso. In:Habr-Gama A. *Doenças Inflamatórias Intestinais*. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 35-40.
- 6- Alves PRA, AlvesRAF, Rodrigues MAMR, Habr-Gama A. Índices Histológicos no Diagnóstico Colonoscópico das Doenças Inflamatórias Intestinais. In:Habr-Gama A, Barone B. *Atualização em Coloproctologia*. São Paulo: 1995. p. 37-40.
- 7- Amaral,E.G. ; Ribeiro M.P. ;Laranjeira,L.L.S. ; Teixeira,M.G. ; Brunetti,C. ; Habr-Gama,A. Doença de Crohn e Apendicite. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 1993;13:91-3.
- 8- Baeten D, De Keyser F, Veys EM. Ankylosing spondylitis and bowel disease. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2002; 16:537-49.
- 9- Baiocco PJ, Gorman BD, Korelitz BI. Uveitis occurring after colectomy and ileal-rectal sleeve anastomosis for ulcerative colitis. *Dig Dis Sci*. 1984 ;29:570-2.
- 10- Ball GV. Arthritis and inflammatory bowel disease. *Ala J Med Sci*. 1985 ;22:35-6.

- 11- Bansal R, Aggarwal P, Handa R, Biswas A, Bandhu S, Wali JP. Ulcerative colitis associated with Takayasu arteritis. *International Journal of Cardiology* 2003; 88:91-3.
- 12- Bar-Dayyan Y, Ben-Zikrie S, Fraser G, Ben-Ari Z, Braun M, Kremer MR, Niv Y. Pulmonary alveolar hemorrhage in a patient with ulcerative colitis and primary sclerosing cholangitis. *Isr Med Assoc J.* 2002 ;4:464-5.
- 13- Bardazzi G, Mannoni A, d'Albasio G, Bonanomi AG, Trallori G, Benucci M, Serni U, Pacini F. Spondyloarthritis in patients with ulcerative colitis. *Ital J Gastroenterol Hepatol.* 1997 ;29:520-4.
- 14- Bargiggia S, Maconi G, Elli M, Molteni P, Ardizzone S, Parente F, Todaro I, Greco S, Manzionna G, Porro GB. Sonographic prevalence of liver steatosis and biliary tract stones in patients with inflammatory bowel disease: study of 511 subjects at a single center. *J Clin Gastroenterol.* 2003 ;36:417-20.
- 15- Ben-Ami H, Ginesin Y, Behar DM, Fischer D, Edoute Y, Lavy A. Diagnosis and treatment of urinary tract complications in Crohn's disease: an experience over 15 years. *Can J Gastroenterol.* 2002 ;16:225-9.
- 16- Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Yu N. The prevalence of extraintestinal diseases in inflammatory bowel disease: a population-based study. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:1116-22.
- 17- Blackstone MO, Nemchausky BA. Cholangiographic abnormalities in ulcerative colitis associated pericholangitis which resemble sclerosing cholangitis. *Am J Dig Dis.* 1978 ;23:579-85.
- 18- Blitz NM, Rudikoff D. Pyoderma gangrenosum. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2001; 68:287-97.
- 19- Bonardi RA, Oliveira JR. Doença de Crohn anoreto-perineal. In:Habr-Gama A, Barone B, editores. *Atualização em Coloproctologia.* São Paulo: 1995. p. 189-96.
- 20- Boyer F, Fontanges E, Miossec P. Rheumatoid arthritis associated with ulcerative colitis: a case with severe flare of both diseases after delivery. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:901.
- 21- Braester A, Shay M, Cohen I, Reshef R. Skin lesions as the presenting symptom of a gastrointestinal disease. *Postgrad Med J.* 1996 ;72:761-2.



- 22- Broome U, Glaumann H, Hultcrantz R. Liver histology and follow up of 68 patients with ulcerative colitis and normal liver function tests. *Gut*. 1990 ;31:468-72.
- 23- Broome U, Glaumann H, Hellers G, Nilsson B, Sorstad J, Hultcrantz R. Liver disease in ulcerative colitis: an epidemiological and follow up study in the county of Stockholm. *Gut*. 1994 ;35:84-9.
- 24- Buckley C, Bayoumi AH, Sarkany I. Metastatic Crohn's disease. *Clin Exp Dermatol*. 1990 ;15:131-3.
- 25- Bush A, Mitchison H, Walt R, Baron JH, Boylston AW, Summerfield JA. Primary biliary cirrhosis and ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 1987 ;92:2009-13.
- 26- Camus P, Piard F, Ashcroft T, Gal AA, Colby TV. The lung in inflammatory bowel disease. *Medicine (Baltimore)*. 1993 ;72:151-83.
- 27- Cello JP. Cholestasis in ulcerative colitis. Long term complications and medical therapy. *Gastroenterology*. 1977 ;73:372-4.
- 28- Chalvardjian A, Nethercott JR. Cutaneous granulomatous vasculitis associated with Crohn's disease. *Cutis*. 1982 ;30:645-55.
- 29- Chaun H, Day J, Dodd WA, Dunn WL. Ischemic skin lesions in ulcerative colitis. *Can Med Assoc J*. 1985 15;132:937-9.
- 30- Chebli JM, Gaburri PD, de Souza AF, Dias KV, Cimino KO, de Carvalho-Filho RJ, Lucca FA. Fatal evolution of systemic lupus erythematosus associated with Crohn's disease. *Arq Gastroenterol*. 2000 ;37:224-6.
- 31- Chikano S, Sawada K, Ohnishi K, Fukunaga K, Tanaka J, Shimoyama T. Interstitial pneumonia accompanying ulcerative colitis. *Intern Med*. 2001;40:883-6.
- 32- Christophi C, Hughes ER. Hepatobiliary disorders in inflammatory bowel disease. *Surg Gynecol Obstet*. 1985 ;160:187-93.
- 33- Cohen S, Kpplan M, Gottlieb L, Patterson J. Liver disease and gallstones in regional enteritis. *Gastroenterology*. 1971 ;60:237-45.

- 34- Costa,A.C.T ; Bettarello,A. Editorial:Doença Inflamatória Crônica do Intestino e Risco de Câncer. *Revista do Hospital das Clínicas de São Paulo*, 1981;36:189-93.
- 35- Crowson AN, Nuovo GJ, Mihm MC Jr, Magro C. Cutaneous manifestations of Crohn's disease, its spectrum, and its pathogenesis: intracellular consensus bacterial 16S rRNA is associated with the gastrointestinal but not the cutaneous manifestations of Crohn's disease. *Hum Pathol*. 2003;34:1185-92.
- 36- Danzi JT. Extraintestinal manifestations of idiopathic inflammatory bowel disease. *Arch Intern Med*. 1988 ;148:297-302.
- 37- Darnell A, Brullet E, Campo R, Donoso L. Liver abscesses as initial presentation of Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 1995 ;90:1363-4.
- 38- Daum F, Gould HB, Gold D, Dinari G, Friedman AH, Zucker P, Cohen MI. Asymptomatic transient uveitis in children with inflammatory bowel disease. *Am J Dis Child*. 1979 ;133:170-1.
- 39- De Dombal FT, Goldie W, Watts JM, Goligher JC. Hepatic histological changes in ulcerative colitis. A series of 58 consecutive operative liver biopsies. *Scand J Gastroenterol*. 1966;1:220-7.
- 40- Desmet VJ, Geboes K. Liver lesions in inflammatory bowel disorders. *J Pathol*. 1987;151:247-55.
- 41- de Vlam K, Mielants H, Cuvelier C, De Keyser F, Veys EM, De Vos M. Spondyloarthritis is underestimated in inflammatory bowel disease: prevalence and HLA association. *J Rheumatol*. 2000 ;27:2860-5.
- 42- Domschke W, Klein R, Terracciano LM, Jung P, Kirchner T, Berg PA, Bianchi L. Sequential occurrence of primary sclerosing cholangitis and autoimmune hepatitis type III in a patient with ulcerative colitis: a follow up study over 14 years. *Liver* 2000;20:340-5.
- 43- Dordal E, Glagov S, Kirsner JB. Hepatic lesions in chronic inflammatory bowel disease. I. Clinical correlations with liver biopsy diagnoses in 103 patients. *Gastroenterology*. 1967;52:239-53.
- 44- Dyer NH, Dawson AM. The incidence and significance of liver dysfunction in Crohn's disease. *Digestion* 1972;5:317-25.

- 45- Eade MN. Liver disease in ulcerative colitis. I. Analysis of operative liver biopsy in 138 consecutive patients having colectomy. *Ann Intern Med.* 1970 ;72:475-87.
- 46- Eade MN, Cooke WT, Brooke BN. Liver disease in ulcerative colitis. II. The long-term effect of colectomy. *Ann Intern Med.* 1970 ;72:489-97.
- 47- Eade MN, Cooke WT, Williams JA. Liver disease in Crohn's disease. A study of 100 consecutive patients. *Scand J Gastroenterol.* 1971;6:199-204.
- 48- Ernst BB, Lowder CY, Meisler DM, Gutman FA. Posterior segment manifestations of inflammatory bowel disease. *Ophthalmology.* 1991 ;98:1272-80.
- 49- Fielding JF. Liver abscess in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol.* 1989 ;84:834.
- 50- Fiss E , Steinwaurz F , Vannucci AB , Succi CM. Derrame pleural: uma complicação extra-intestinal da doença de Crohn. *J. Pneumologia.* 2002; 28: 285-7.
- 51- Fornaciari G, Salvarani C, Beltrami M, Macchioni P, Stockbrugger RW, Russel MG. Musculoskeletal manifestations in inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol.* 2001 ;15:399-403.
- 52- Forrest JA, Shearman DJ. Pulmonary vasculitis and ulcerative colitis. *Am J Dig Dis.* 1975 ;20:482-6.
- 53- Funakoshi N, Kanoh T, Uchino H, Miyake T, Kohriyama E, Oda T. The association of pyoderma gangrenosum with ulcerative colitis in Japan. *Gastroenterol Jpn.* 1986;21:630-2.
- 54- Gabazza EC, Taguchi O, Yamakami T, Machishi M, Ibata H, Fukukita S, Tsutsui K, Imoto I, Suzuki S, Kitagawa T, et al. Bronchopulmonary disease in ulcerative colitis. *Intern Med.* 1992 ;31:1155-9.
- 55- Geerards AJ, Beekhuis WH, Remeyer L, Rijneveld AJ, Vreugdenhil W. Crohn's colitis and the cornea. *Cornea.* 1997 ;16:227-31.
- 56- Gellert A, Green ES, Beck ER, Ridley CM. Erythema nodosum progressing to pyoderma gangrenosum as a complication of Crohn's disease. *Postgrad Med J.* 1983;59:791-3.

- 57- Ghanchi FD, Rembacken BJ. Inflammatory bowel disease and the eye. *Surv Ophthalmol*. 2003 ;48:663-76.
- 58- Godoy,A.C. ; Habr-Gama,A. ; Mauro,E. Moléstia de Crohn primária do intestino grosso. *Revista Paulista de Medicina* 1965;66:273-80.
- 59- Gran JT, Husby G. Joint manifestations in gastrointestinal diseases. 1. Pathophysiological aspects, ulcerative colitis and Crohn's disease. *Dig Dis*. 1992;10:274-94.
- 60- Gravallesse EM, Kantrowitz FG. Arthritic manifestations of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 1988 ;83:703-9.
- 61- Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB. The extra-intestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis: a study of 700 patients. *Medicine (Baltimore)*. 1976 ;55:401-12.
- 62- Habr-Gama A, Teixeira MG. Doença de Crohn do intestino delgado e do intestino grosso. In:Raia AA, Zerbini EJ. *Clínica Cirúrgica – Alípio Correia Netto*. 4a ed. São Paulo: Sarvier; 1988. p419-32.
- 63- Habr-Gama A. Doença de Crohn. In:Moreira H. *Atualização em Coloproctologia*. 1ª ed. Goiânia: Escaleno Ltda; 1992. p-145-56.
- 64- Haddad MT. Tratamento clínico das doenças inflamatórias intestinais. In:Habr-Gama A, Barone B. *Atualização em Coloproctologia*. São Paulo: 1995. p-89-110.
- 65- Hatoum AO, Spinelli KS, Abu-Hajir M, Attila T, Franco J, Otterson MF, Telford GL, Binion DG. Mesenteric venous Thrombosis in inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39:27-31.
- 66- Heatley RV, Thomas P, Prokipchuk EJ, Gauldie J, Sieniewicz DJ, Bienenstock J. Pulmonary function abnormalities in patients with inflammatory bowel disease. *Q J Med*. 1982 ;51:241-50.
- 67- Herrlinger K R, Noftz M K, Fellermann K, Schimidt K, Steinhoff J, Stange E F. Minimal renal dysfunction in inflammatory bowel disease is related to disease activity but not to 5-ASA use. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15:363-9.

- 68- Herrlinger KR, Noftz MK, Dalhoff K, Ludwig D, Stange EF, Fellermann K. Alterations in pulmonary function in inflammatory bowel disease are frequent and persist during remission. *American Journal of Gastroenterology* 2002; 97:377-81.
- 69- Higenbottam T, Cochrane GM, Clark TJ, Turner D, Millis R, Seymour W. Bronchial disease in ulcerative colitis. *Thorax*. 1980; 35:581-5.
- 70- Hilling GAL, Robertson DAF, Chalmers AH, Rigby HS. Unusual pulmonary complication of ulcerative colitis with a rapid response to corticosteroids: case report. *Gut* 1994; 35: 847-8.
- 71- Hofley P, Roarty J, McGinnity G, Griffiths AM, Marcon M, Kraft S, Sherman P. Asymptomatic uveitis in children with chronic inflammatory bowel diseases. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1993; 17:397-400.
- 72- Johnson ML, Wilson HT. Skin lesions in ulcerative colitis. *Gut*. 1969; 10:255-63.
- 73- Jorge JMN, Habr-Gama A. Proctocolectomia total no tratamento das doenças inflamatórias intestinais. In:Habr-Gama A, Barone B. *Atualização em Coloproctologia*. São Paulo: 1995. p-111-20.
- 74- Kafity AA, Pellegrini AE, Fromkes JJ. Metastatic Crohn's disease: a rare cutaneous manifestation. *J. Clin Gastroenterology* 1993; 17:300-3.
- 75- Klausen T, Amris K, Helin P. Ulcerative colitis complicating seronegative HLA-A2-B27 rheumatoid arthritis with sacroiliitis. *Ann Rheum Dis* 1992; 51:1009-11.
- 76- Kotze,L.M.S. Doença de Crohn – Experiência pessoal. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 1991; 11: 9-14.
- 77- Kozarek RA. Extracolonic manifestations of inflammatory bowel disease. *Am Fam Physician*. 1987; 35: 205-11.
- 78- Kruglik GD, Neiman HL, Sparberg M, Nudelman E, Mintzer RA, Rogers LF. Urological complications of regional enteritis. *Gastrointest Radiol*. 1977; 1: 375-8.

- 79- Kuzela L, Vavrecka A, Prikazska M, Drugda B, Hronec J, Senkova A, Drugdova M, Oltman M, Novotna T, Brezina M, Kratky A, Kristufek P. Pulmonary complications in patients with inflammatory bowel disease. *Hepatogastroenterology*. 1999; 46:1714-9.
- 80- Lakatos L, Pandur T, David G, Balogh Z, Kuronya P, Tollas A, Lakatos PL. Association of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease in a province of western Hungary with disease phenotype: results of a 25-year follow-up study. *World J Gastroenterol*. 2003; 9: 2300-7.
- 81- Laudanna AA. Importância das doenças inflamatórias intestinais na gastroenterologia atual. In: Habr-Gama A, Barone B. *Atualização em Coloproctologia*. São Paulo: 1995. p-1-7.
- 82- Lázaro da Silva,A. ; Melanazo,H.V ; Queiroz,E. ; Andrade,D.O. Doença de Crohn. *Revista Brasileira de Medicina* 1990; 47: 319-34.
- 83- Lever E, Balasubramanian K, Condon S, Wat BY. Primary biliary cirrhosis associated with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol*. 1993; 88: 945-7.
- 84- Lupinetti M, Mehigan D, Cameron JL. Hepatobiliary complications of ulcerative colitis. *Am J Surg*. 1980; 139:113-8.
- 85- Magalhães AFN. Doença de Crohn. In:*Gastroenterologia Clínica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A; 1988. p-653-63.
- 86- McManamon P, Reddy R, MacLaughlin E. Urological complications in Crohn's disease. *J Can Assoc Radiol*. 1985; 36:230-3.
- 87- Menachem Y, Gotsman I. Clinical manifestations of pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease. *IMAJ* 2004; 6:88-90.
- 88- Memon MI, Memon B, Memon MA. Hepatobiliary manifestations of inflammatory bowel disease. *HPB Surg*. 2000; 11: 363-71.
- 89- Mintz R, Feller ER, Bahr RL, Shah SA. Ocular manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2004; 10: 135-9.
- 90- Moura-Filho GL , Ribeiro S. Manifestações articulares da doença inflamatória intestinal. *Arq. Gastroenterol*. 1985; 22: 186-91.

- 91- Münch H, Purrmann J, Reis HE, Bertrams J, Zeidler H, Stolze T, Miller B, Korsten S, Cremers J, Strohmeyer. Clinical features of inflammatory joint and spine manifestations in Crohn's disease. *Hepato-gastroenterology* 1986; 33:123-7.
- 92- Oldenburg B, Van Tuyl BAC, Van Der Griend R, Fijnheer R, Van Berge Henegouwen GP. Risk factors for thromboembolic complications in inflammatory bowel disease: the role of hyperhomocysteinaemia. *Digestive Diseases of Sciences* 2005; 50:235-40.
- 93- Orchard TR, Thiyagaraja S, Welsh KI, Wordsworth BP, Gaston JSH, Jewell DP. Clinical phenotype is related to HLA genotype in the peripheral arthropathies of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2000; 118:274-8.
- 94- Pinto PE, Habr-Gama A, Teixeira MG, Ferrini MT, Gama-Rodrigues JJ. Moléstias inflamatórias intestinais. In: Waitzberg D. *Nutrição enteral e parenteral na prática clínica*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1990. p-337-41.
- 95- Quera R, Shanahan F. Thromboembolism – an important manifestation of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:1971-3.
- 96- Ramos JR, Regadas FSP. Doença inflamatória intestinal: indicações e análise crítica do uso do acesso videolaparoscópico. In: Habr-Gama A, Barone B. *Atualização em Coloproctologia*. São Paulo: 1995. p-207-16.
- 97- Rankin G B. Extraintestinal and systemic manifestations of inflammatory bowel disease. *Medical Clinics of North America* 1990; 74: 39-50.
- 98- Reis Neto JA, Reis Jr JA. Formas clínicas de apresentação da doença de Crohn. In: Habr-Gama A, Barone B. *Atualização em coloproctologia*. São Paulo: 1995.
- 99- Salvarani C, Vlachonikolis IG, van Der Heijde DM, Fornaciari G, Macchioni P, Beltrami M, Olivieri I, Di Gennaro F, Politi P, Stockbrügger RW, Russel MG. Musculoskeletal manifestations in a population-based cohort of inflammatory bowel disease patients. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36:1307-13.
- 100- Sangüeza OP, Davis LS, Gourdin FW, Augusta GA. Metastatic Crohn's disease. *South Med J*. 1997; 90:897-900.
- 101- Scarpa R, Del Puente A, D'Arienzo A, di Girolamo C, della Valle G, Panarese A, Lubrano E, Oriente P. The arthritis of ulcerative colitis: clinical e genetic aspects. *The Journal of Rheumatology* 1992; 19:373-7.

- 102- Spira A, Grossman R, Balter M. Large airway disease associated with inflammatory bowel disease. *Chest* 1998; 113:1723-6.
- 103- Teixeira MG, Brunetti C, Rosoky RM, Habr-Gama A, Pinotti HW. Tratamento da doença de Crohn perianal. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 1987; 7:91-3.
- 104- Teixeira MG, Fergusson A. Uses and limitations of the Crohn's disease activity Index. *Arquivos de Gastroenterologia* 1979; 16: 67-72.
- 105- Teixeira MG, Habr-Gama A. Tratamento cirúrgico da doença de Crohn intestinal. In: Habr-Gama A, Barone B. *Atualização em Coloproctologia*. São Paulo: 1995. p-173-87.
- 106- Teixeira MG, Habr-Gama A, Netto CB. Estudo das características da doença de Crohn incidindo em pacientes com mais de 50 anos. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 1995; 15: 72-4.
- 107- Teixeira MG, Habr-Gama A, Pinotti HW. Tratamento cirúrgico da doença de Crohn do intestino delgado. *A.B.C.D. Arquivo Brasileiro Cirurgia Digestiva* 1987; 3: 113-6.
- 108- Teixeira MG, Habr-Gama A, Brunetti C, Kiss DR. Resultado do tratamento cirúrgico da enterite de Crohn. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 1995; 15: 5-9.
- 109- Teixeira MG, Habr-Gama A, Pinotti HW. Doença de Crohn: manifestações ano-reto-perineais. *A.B.C.D. Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva* 1991; 6: 61-3.
- 110- Teixeira MG, Habr-Gama A, Rocha MES, Santos HAL, Oliveira ALP. Qualidade de vida dos doentes com doença inflamatória intestinal antes e após o tratamento cirúrgico. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 1996; 16: 186-91.
- 111- Teixeira MG, Habr-Gama A, Takiguti C, Calache JE, Almeida MG, Teixeira WGI, Pinotti HW. Doença de Crohn exclusiva no intestino grosso: resultados do tratamento. *Rev Hosp Clín Fac Med São Paulo* 1998; 53: 61-7.
- 112- Teixeira MG, Netto CB, Gonçalves SR, Habr-Gama A, Pinotti HW. Manifestações extra-intestinais em 103 pacientes com retocolite ulcerativa ou doença de Crohn. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* 1989; 16: 126-32.



- 113- Teixeira MG, Sobreira RS, Silva MLT. Enteroscopia Intra-operatória na doença de Crohn. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 1995;15: 55-7.
- 114- Teixeira MG. *Tratamento cirúrgico da doença de Crohn*. São Paulo, 2000; Tese de Livre Docência USP.
- 115- Teixeira MG , Ponte ACA , Sousa M. Resultado precoce e tardio da anastomose íleoanal com reservatório ileal na retocolite ulcerativa. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. 2003; 58: 193-8.
- 116- Teixeira WG, da Silva JH, Teixeira MG, Almeida M, Calache JE, Habr-Gama A. Pouchitis: extracolonic manifestation of ulcerative colitis? *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. 1999; 54:155-8.
- 117- Twig G, Zimlichman E, Szyper-Kravitz M, Zandman-Goddard G. Recurrent and bilateral deep vein thrombosis in a Crohn's patient. *Imaj* 2005; 7: 612-3.
- 118- Tzanakis N, Bouros D, Samiou M, Panagou P, Mouzas J, Manousos O, Siafakas N. Lung function in patients with inflammatory bowel disease. *Respiratory Medicine* 1998; 92: 516-22.
- 119- Veloso FT, Carvalho J, Magro F. Immune-related systemic manifestations of inflammatory bowel disease. A prospective study of 792 patients. *J Clin Gastroenterol*. 1996; 23: 29-34.
- 120- Wilcox P, Miller R, Miller G, Heath J, Nelems B, Muller N, Ostrow D. Airway involvement in ulcerative colitis. *Chest* 1987; 92:18-22.
- 121- Wong T, Nightingale J, Winter M, Muller AF. Spontaneous venous thrombosis in inflammatory bowel disease: relevance of factor V Leiden and the prothrombin gene mutation. *J Thromb Haemost* 2003; 1:1326-8.
- 122- Yamamoto T, Keighley M R B. Enterovesical fistulas complicating Crohn's disease: clinicopathological features and management. *Int. J Colorectal Dis*. 2000;15: 211-5.