

Colite Microscópica: Diagnóstico e Tratamento Clínico

Conceito – O que é colite microscópica?

A **colite microscópica** é uma patologia crônica do cólon caracterizada por **diarreia crônica, aquosa e não-sanguinolenta**. Ocorre habitualmente em **pacientes de meia idade**, sobretudo do **sexo feminino**. Uma das suas principais características é a **aparência normal da mucosa à colonoscopia**. Por ser subdiagnosticada, muito frequentemente estes pacientes circulam durante anos com o diagnóstico de síndrome do intestino irritável (SII) antes de receberem o diagnóstico correto.

Etiologia, fisiopatologia e epidemiologia:

Uma das principais peculiaridades desta patologia, descrita pela primeira vez em 1980, é a presença de **alterações inflamatórias somente identificáveis à avaliação histológica**. Apesar de mais subtipos terem sido descritos, dois principais se destacam:

- **Colite Colagenosa (ou colagênica / colágena):** É hipotetizado que o metabolismo anormal do colágeno na matriz subepitelial seja responsável pela síntese de **bandas anormalmente espessas (> 10 µm)** desta proteína estrutural.
- **Colite Linfocítica:** Há aumento na expressão de

linfócitos subepiteliais (≥ 20 linfócitos por 100 células epiteliais de superfície), sem alterações das fibras de colágeno.



Imagem gerada por IA. Adaptado de: Langner, C., Aust, D., Enzari, A. Villanacci, V., Becheanu, G., Miehlke, S. et al. Histology of microscopic colitis-review with a practical approach for pathologists.

Histopathology. 2015; 66: 613–626.

Sua patogênese não é clara, sendo a hipótese mais aceita de que seja multifatorial, com a conjunção de **fatores de risco (tabagismo, etilismo e uso de anti-inflamatórios não esteroidais – AINEs)**. Outros medicamentos, apesar de não apresentarem relação de causalidade estabelecida, já foram associados:

- Inibidores de bomba de prótons – IBPs
- Estatinas
- Inibidores seletivos da recaptação de serotonina – ISRS
- Inibidores de *checkpoint* imunológico – muito utilizados em tratamentos oncológicos.

A incidência relatada varia de forma ampla entre os estudos – aproximadamente 1,8 a 16,4/100.000/ano para a colite colágena e 1,3 a 11,1/100.000/ano para a linfocítica – refletindo diferenças de população e de prática de biópsia. **O perfil clássico é a mulher acima dos 50–60 anos**, mas a doença ocorre em ambos os sexos e em faixas etárias mais jovens.

Quando suspeitar?

O quadro típico é de **diarreia aquosa crônica, não sanguinolenta**, de início por vezes abrupto, frequentemente acompanhada de urgência evacuatória, evacuações noturnas, dor abdominal, incontinência fecal e perda ponderal leve. É

justamente a sobreposição com a SII de predomínio diarreico (SII-D) que motiva o subdiagnóstico.

Alguns elementos auxiliam na inclinação da suspeita para colite microscópica em vez de SII:

- Diarreia **noturna**, que **desperta o paciente**.
- Início dos sintomas em paciente de meia-idade ou idoso, sobretudo mulheres.
- Presença de fatores de risco (fármacos, tabagismo, autoimunidade).
- Perda de peso ou sintomas que destoam de um quadro puramente funcional.

Diagnóstico:

A colonoscopia com **biópsias randômicas e escalonadas** constitui método padrão para diagnóstico. O papel de biomarcadores, como a calprotectina fecal, ainda é incerto – apesar de ser bem estabelecido que resultados normais não afastam um diagnóstico. O achado das alterações histológicas descritas acima (banda colágena espessada ou linfocitose intraepitelial) é o que confirma o diagnóstico.

É recomendada também a investigação de doença celíaca (enquanto possível diagnóstico diferencial).

Tratamento e Prognóstico:

O tratamento deve ser escalonado, conforme intensidade dos sintomas:

1. **Medidas Iniciais:** Revisão e, quando possível, suspensão dos fármacos potencialmente associados e orientar a cessação do tabagismo. Em sintomas leves, antidiarréicos como a loperamida podem ser suficientes para controle

dos sintomas.

2. **Indução da remissão:** Pacientes com sintomas moderados a intensos, a **budesonida oral** (na dose de 9 mg/dia) durante 6 a 8 semanas é o tratamento de primeira linha, seguida por desmame gradual (primeiro para 6 mg/dia por 2 semanas e 3 mg/dia por 2 semanas até retirada definitiva).
3. **Recidiva e tratamento de manutenção:** Aproximadamente metade dos pacientes pode ter recorrência de sintomas após suspender a budesonida. Nestes casos, orienta-se manutenção com a **menor dose eficaz**, pelo menor tempo necessário. Em uso prolongado, considerar suplementação de cálcio/vitamina D e monitoração da densidade mineral óssea, individualizando conforme o risco de osteoporose.
4. **Doença refratária:** Em pacientes refratários à budesonida ou que necessitam de mais de 6 mg/dia para manter remissão, devemos considerar escalonamento para terapia imunomoduladora (tiopurinas) ou biológicos como as drogas anti-TNF (infliximabe ou adalimumabe) e o próprio vedolizumabe – vale destacar que nenhuma dessas opções biológicas tem indicação em bula específica para colite microscópica no Brasil, sendo seu uso baseado em extrapolação de dados de doença inflamatória intestinal.

Referências

1. Miehlske S, Guagnozzi D, Zabana Y, et al. European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology (UEG) and European Microscopic Colitis Group (EMCG) statements and recommendations. *United European Gastroenterol J*. 2021.
2. Tome J, Tariq R, Hassett LC, Khanna S, Pardi DS. Effectiveness and Safety Profile of Budesonide Maintenance in Microscopic Colitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Inflamm Bowel Dis*. 2024 Jul

3;30(7):1178-1188. doi: 10.1093/ibd/izad178. PMID: 37589651.

Como citar este artigo

Obregon CA. Colite Microscópica: Diagnóstico e Tratamento Clínico. Gastropedia 2026, Vol II. Disponível em: <https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/colite-microscopica-diagnostico-e-tratamento-clinico/>