

Melanose cólica (*Melanosis coli* ou Lipofuscinoses) consiste na presença de pigmento marrom em macrófagos na mucosa do intestino grosso^{1,2}. A condição, descrita pela primeira vez por Cruveilhier, em 1829³ e chamada de melanosis coli por Virchow em 1857⁴, foi inicialmente pensada como sendo devido à presença de melanina. No entanto estudos mostraram a presença de grânulos de lipofuscina ao invés de melanina em macrófagos do cólon^{2,5}. Desse modo muitos sugerem o uso dos termos “pseudomelanosis coli” ou “lipofuscinoses” do cólon para descrição dessa alteração.

Existe uma forte associação entre *melanosis coli* e uso excessivo de laxantes, em particular derivados de antraquinona⁶, embora também possa ser visto em pacientes com doença inflamatória intestinal⁵, diarreia crônica⁷ ou com o uso de anti-inflamatórios não esteroidais⁸. É causada pela apoptose de células epiteliais do cólon induzida pela antraquinona, seguida de fagocitose dos restos celulares por macrófagos⁹.

A melanosis coli é mais frequentemente detectada durante a investigação da constipação de longa data e associação com uso crônico de catárticos de antraquinona (incluindo cáscara sagrada, senna, aloe vera e ruibarbo). Essa pigmentação ocorre em geral de forma mais pronunciada em cólon direito e raramente acomete íleo, no entanto sua localização e intensidade podem ser variáveis⁶. Vide figuras 1 e 2.

Clique nas imagens para ampliá-las !



Figura 1: melanosis coli em ceco



Figura 2: melanosis coli em sigmoide

A presença de melanosis coli tem associação com um aumento significativo na detecção de adenomas, em especial > 5 mm e isolados. Isso se deve a maior facilidade de visualização dos adenomas mais claros em um fundo pigmentado (vide figuras 3, 4 e 5)¹⁰. Os adenomas raramente são pigmentados, embora haja relatos de melanosis nos mesmos¹¹.



Figura 3: adenoma em paciente com melanosis coli

Figura 4: aspecto com cromoscopia óptica (NBI)

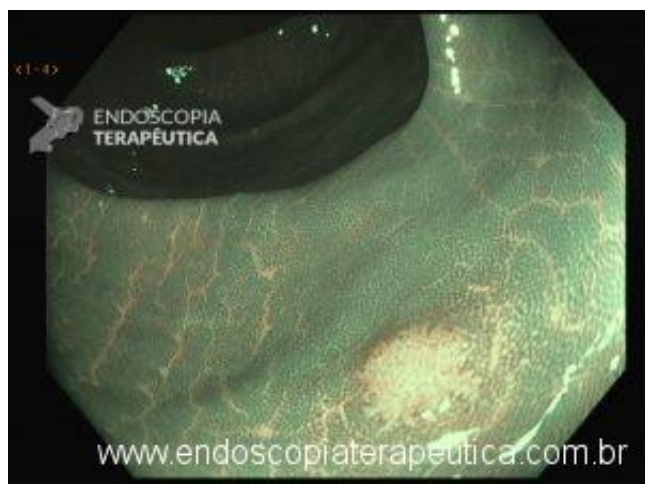


Figura 5: fotomicrografia de polipectomia. Área central (não pigmentada) correspondente a adenoma.



Como mostrado nas **Figuras 6 e 7**, uma biópsia submetida à coloração de hematoxilina eosina mostra macrófagos em lâmina própria preenchidos com grânulos de pigmento de cor marrom.

Figura 6: fotomicrografia mostrando macrófagos com grânulos de pigmento na lâmina própria

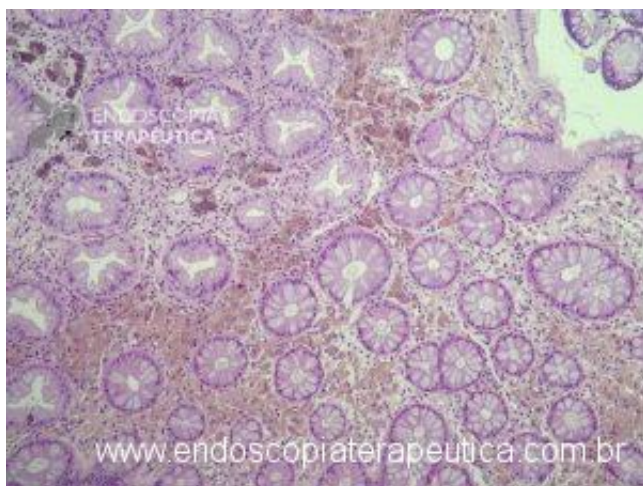
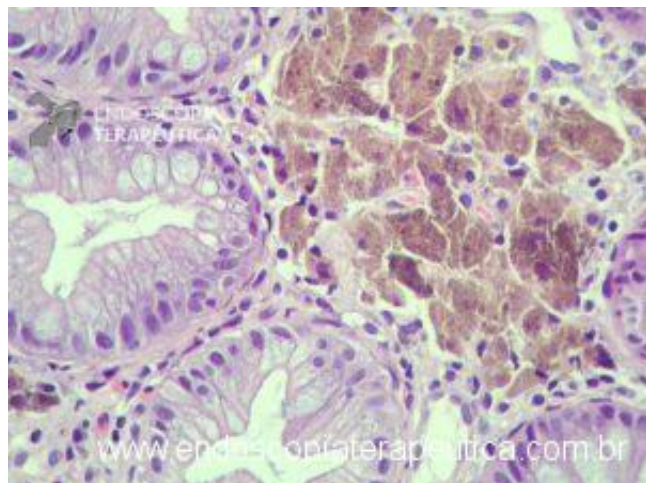


Figura 7: fotomicrografia mostrando macrófagos com grânulos de pigmento (maior aumento)



A pigmentação pode ocorrer após o curto prazo de uso do laxativo, sendo encontrados relatos após 6 meses de uso. Além disso, esta é uma condição reversível podendo regredir após 1 ano de interrupção¹².

Apesar da ausência de relação definida entre melanosis coli e neoplasia^{10, 11}, esta pode não ser uma condição inofensiva, visto que demonstra um sinal de agressão crônica da mucosa, necessitando de mais estudos para uma conclusão definitiva.

Agradecimentos a patologista Dra Rafela Pinheiro pelo fornecimento das figuras das lâminas.

Como citar este artigo:

Oliveira JF. Melanose cólica - Melanosis coli. *Endoscopia Terapêutica*; 2020. Disponível em: <https://endoscopiaterapeutica.com.br/assuntosgerais/melanosis-coli/>

Referências:

1. Steer HW, Colin-Jones DG. Melanosis coli: studies of the toxic effects of irritant purgatives. *J Pathol.* 1975; 115(4):199±205. <https://doi.org/10.1002/path.1711150403> PMID: 1159566.
2. Ghadially FN, Parry EW. An electron-microscope and histochemical study of melanosis coli. *J Pathol Bacteriol.* 1966; 92(2):313±7. <https://doi.org/10.1002/path.1700920207> PMID: 5964370.
3. Cruveilhier J. Anatomie pathologique du corps humain, ou Descriptions, avec figures lithographie et colorie, des diverses altérations morbides dont le corps humain est susceptible: Paris, 1829±1835; 1835.
4. Virchow R. Die pathologischen Pigmente. *Arch. Pathol. Ant.* 1847; 1(2): 379±404. <https://doi.org/10.1007/BF01975874>
5. Byers RJ, Marsh P, Parkinson D, et al. Melanosis coli is associated with an increase in colonic epithelial apoptosis and not with laxative use. *Histopathology.* 1997;30:160–164.
6. Freeman HJ. “Melanosis” in the small and large intestine. *World J Gastroenterol.* 2008;14:4296–4299.
7. Marshall JB, Singh R, Diaz-Arias AA. Chronic, unexplained diarrhea: are biopsies necessary if colonoscopy is normal? *Am J Gastroenterol.* 1995; 90(3):372±6. PMID: 7872272.

8. Lee FD. Importance of apoptosis in the histopathology of drug related lesions in the large intestine. *J Clin Pathol.* 1993; 46(2):118±22. PMID: 8459031.
9. Walker NI, Smith MM, Smithers BM. Ultrastructure of human melanosis coli with reference to its pathogenesis. *Pathology.* 1993;25:120–123.
10. Blackett JW, Rosenberg R, Mahadev S, Green PHR, Lebwohl B. Adenoma Detection is Increased in the Setting of Melanosis Coli. *J Clin Gastroenterol.* 2018 Apr;52(4):313-318. doi: 10.1097/MCG.0000000000000756. PubMed PMID: 27820223.
11. Coyne JD. Melanosis coli in hyperplastic polyps and adenomas. *Int J Surg Pathol.* 2013;21:261–263.
12. Liu ZH, Foo DCC, Law WL, Chan FSY, Fan JKM, Peng JS. Melanosis coli: Harmless pigmentation? A case-control retrospective study of 657 cases. *PLoS One.* 2017 Oct 31;12(10):e0186668. doi: 10.1371/journal.pone.0186668. eCollection 2017. PubMed PMID: 29088250; PubMed Central PMCID: PMC5663380.



PMC5663380.