

# BMJ Best Practice

## Avaliação da proctite

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# **Tabela de Conteúdos**

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>4</b>
Etiologia	4
<b>Emergencies</b>	<b>5</b>
Considerações de urgência	5
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Visão geral do diagnóstico diferencial	8
Diagnóstico diferencial	9
Diretrizes de diagnóstico	13
<b>Referências</b>	<b>14</b>
<b>Imagens</b>	<b>16</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>18</b>

## Resumo

- ◊ A proctite refere-se à inflamação do reto. Pode ser resultado de sangramento ou corrimento retal, urgência, defecação dolorosa, tenesmo e dor na parte inferior do abdome semelhante a cólica. A inflamação pode se desenvolver em consequência da exposição da mucosa retal a organismos infecciosos, alérgenos, radiação, isquemia e toxinas ou desvio do fluxo fecal do reto (proctite por desvio). Além disso, ela pode ser o local primário de doença inflamatória intestinal idiopática, como colite ulcerativa ou doença de Crohn.  
Como há muitas causas possíveis para essa doença, a avaliação e a identificação precisas da causa subjacente são essenciais para a terapia apropriada.[\[1\]](#)

## Etiologia

A prevalência relativa das várias causas de proctite em populações não selecionadas é desconhecida. O diagnóstico diferencial da proctite depende da história clínica de cada caso.

- A proctite infecciosa é mais provável em pacientes que tiveram sexo anal receptivo, especialmente quando imunocomprometidos.
- A proctite por radiação é a causa mais comum de sangramento retal naqueles que receberam tratamento de irradiação pélvica e pode ocorrer precocemente durante o tratamento ou meses depois.<sup>[2]</sup> Até 50% dos pacientes apresentam um pequeno sangramento retal após irradiação pélvica para câncer de próstata, ginecológico ou urológico.<sup>[3]</sup>
- A proctite isquêmica deve ser considerada em pacientes idosos com um episódio de hipotensão significativo recente ou cirurgia para aneurisma da aorta abdominal.
- Doença celíaca - uma alergia ao glúten que causa perda de peso, diarreia e má absorção - também foi associada à proctite.<sup>[4]</sup>
- A proctite induzida por anti-inflamatório não esteroidal (AINE) pode ocorrer em pacientes usando as formas oral ou de supositório e pode causar ulceração retal dolorosa.<sup>[5]</sup>
- A proctite por desvio ocorre ocasionalmente em pacientes que fizeram uma cirurgia que desvia o fluxo fecal para um estoma (por exemplo, ileostomia ou colostomia) e é reversível assim que o fluxo fecal é restaurado.<sup>[6]</sup>
- A inserção intencional e não intencional de agentes cáusticos no reto pode causar proctite aguda.<sup>[7]</sup>
- A doença inflamatória intestinal (colite ulcerativa, doença de Crohn) é o diagnóstico mais provável quando nenhum dos fatores mencionados parece estar implicado.

## Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

A presença de febre, desconforto abdominal e defesa em caso de suspeita de proctite é um sinal de alerta e indica um comprometimento colônico mais extenso por inflamação ou infarto.

Sangramento retal maciço da proctite pode decorrer de necrose ou ulceração ao longo dos vasos sanguíneos e foi descrito com proctite isquêmica, ulcerativa ou por radiação. Os pacientes que apresentam essa complicaçāo podem precisar de medidas endoscópicas ou angiográficas urgentes para hemostasia. Medidas de suporte como acesso intravenoso, ressuscitação fluídica e monitoramento em unidade de terapia intensiva (UTI) seriam necessárias nesse caso. Em pacientes com proctite ulcerativa idiopática grave, esteroides intravenosos podem ser necessários para tratar a inflamação retal.

A proctite isquêmica pode causar infarto da parede retal, perfuração e sepse em casos raros.[\[8\]](#) Essas complicações requerem cirurgia e tratamento em UTI.

# Abordagem passo a passo do diagnóstico

A abordagem para pacientes com sintomas de proctite baseia-se em uma história cuidadosa para diferenciar as causas infecciosas das não infecciosas. Uma história clara envolvendo proctite sexualmente transmissível pode ser suficiente para justificar swabs retais e terapia empírica. Outras causas de proctite geralmente exigem avaliação endoscópica para auxiliar o diagnóstico.

## Considerações sobre a história do paciente

Uma história cuidadosa deve evocar os sintomas comuns de proctite, inclusive diarreia, urgência, sangramento ou corrimento retal, cólica na parte inferior do abdome, tenesmo e defecação dolorosa. Sintomas sistêmicos como febre, mal-estar, perda de peso e vômitos também devem ser investigados e podem indicar um processo patológico mais difuso. Diarreia não é um pré-requisito, já que alguns pacientes com proctite têm constipação. Diferentemente de outras causas, o início da proctite isquêmica em geral é abrupto. A história deve incluir perguntas específicas sobre:

- Relação sexual anal receptiva
- Doença imunossupressora (por exemplo, vírus da imunodeficiência humana [HIV])
- Doença celíaca
- História prévia ou recente de irradiação pélvica
- Episódio de hipotensão recente
- Cirurgia pélvica recente
- História de doença psiquiátrica envolvendo lesão autoprovocada
- Uso de medicamentos imunossupressores como prednisona, azatioprina/6-mercaptopurina, ciclosporina
- Uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) nas formas de supositório ou oral
- Uso de antibióticos nos últimos 6 meses
- Inserção de agentes cáusticos pelo reto (por exemplo, peróxido de hidrogênio)
- História familiar de doença inflamatória intestinal.

## Exame físico

No exame físico, deve-se observar o seguinte:

- Febre, hipotensão ou taquicardia (sepse, risco isquêmico)
- Caquexia, baqueteamento digital ungueal (doença celíaca, doença de Crohn)
- Marcas de uso de drogas injetáveis (risco de estilo de vida para vírus da imunodeficiência humana [HIV])
- Linfonodos (infecção sistêmica como citomegalovírus [CMV], tuberculose [TB], linfogranuloma venéreo causado por Chlamydia trachomatis)
- Desconforto abdominal (infarto intestinal, colite, ileíte de Crohn)
- Condilomata anal (infecções anais), fissuras anais (doença de Crohn), cancro anal (sífilis)
- Sangue retal (proctite ulcerativa, proctite isquêmica, proctite por radiação).

Um exame de toque retal deve ser realizado, mas pode ser restrito em virtude da sensibilidade intensa.

Nesse caso, recomenda-se um exame sob anestesia. A presença de febre, desconforto abdominal e defesa em caso de suspeita de proctite é um sinal de alerta e indica um comprometimento colônico mais extenso por inflamação ou infarto. Um grande volume de sangramento retal com sangue vivo também é um sinal de

alerta e levanta a possibilidade de úlceras retais profundas na proctite, o que pode requerer uma hemostasia urgente e tratamento da causa subjacente.

## Exames diagnósticos

Os testes apropriados para um paciente com suspeita de proctite podem ser adaptados para a provável etiologia com base no diferencial discutido anteriormente. Anuscopia ou sigmoidoscopia é o teste definitivo para o diagnóstico de proctite. Biópsias da mucosa retal são úteis para distinguir a proctite aguda da crônica. No ambiente ambulatorial ou de pronto-socorro, alguns testes podem ser feitos imediatamente, inclusive a anuscopia, mas outras avaliações endoscópicas podem levar um dia ou mais a serem organizadas.

Se houver história de sexo anal receptivo, vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou imunossupressão, os testes adicionais devem incluir:

- Swab retal para microscopia, coloração de Gram e cultura (*Neisseria gonorrhoeae*,

[\[Fig-1\]](#)

[\[Fig-2\]](#)

(*Chlamydia trachomatis*, herpes simples, *Treponema pallidum*)

- Microscopia das fezes e coprocultura (*Shigella*, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Clostridium difficile*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*)
- Testes sorológicos (teste de reagina plasmática rápida, teste Venereal Disease Research Laboratory [VDRL], teste de absorção do anticorpo treponêmico fluorescente para *Treponema pallidum*)
- Biópsia tecidual (coloração de imunofluorescência para *T pallidum* e *Chlamydia trachomatis*;

[\[Fig-3\]](#)

reação em cadeia da polimerase para herpes simples e CMV)

- Teste de HIV se a sorologia para HIV for desconhecida.

Se nenhuma causa clara de proctite for evidente a partir da história ou pelo exame físico, deve-se considerar o seguinte:

- Colonoscopia total e intubação do íleo terminal em pacientes com proctite ulcerativa ou proctite de Crohn<sup>[9]</sup> para determinar a extensão da doença
- Tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste intravenoso (IV) e oral se houver suspeita de proctite isquêmica ou doença de Crohn; também pode ser considerada na situação aguda se o paciente se apresentar com dor abdominal significativa, dor à descompressão brusca, defesa ou febre
- Exames dos níveis séricos do anticorpo antitransglutaminase tecidual imunoglobulina A (IgA) se houver suspeita de doença celíaca (por exemplo, anemia, diarreia crônica, esteatorreia, pouca idade). Nos casos de deficiência de IgA associada à doença celíaca, deve ser solicitada sorologia de peptídeo de gliadina desamidada imunoglobulina G (IgG).

Em geral, é feita uma biópsia da área afetada para confirmar um diagnóstico. Outros testes confirmatórios incluem enterografia por TC, exame de trânsito do intestino delgado e ressonância nuclear magnética (RNM).

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Proctite ulcerativa idiopática

Proctite de Crohn

Proctite sexualmente transmissível

## Incomum

Doença celíaca

Proctite por radiação

Proctite isquêmica

Proctite relacionada ao uso de anti-inflamatório não esteroidal, agente cáustico

Colite por desvio

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### 🚩 Proctite ulcerativa idiopática

História	Exame	1º exame	Outros exames
diarreia com fezes e mucos pequenos e frequentes, embora a constipação possa se desenvolver em virtude de fibrose retal; <a href="#">[10]</a> sangramento geralmente associado a desconforto, tenesmo ou diarreia; urgência; diarreia noturna; ocasionalmente incontinência fecal	nenhum achado de diferenciação nos exames	» <b>sigmoidoscopia</b> : inflamação contínua com ou sem ulceração a partir do reto em direção proximal Se a inflamação ultrapassar o reto, é justificada uma colonoscopia total para determinar a extensão da doença.	» <b>biópsia</b> : distorção das criptas com glândulas bifurcadas, atrofia das criptas e polimorfismo epitelial geral das criptas em proctite ulcerativa crônica <a href="#">[11]</a> Esses achados também podem ocorrer com outras causas de proctite crônica.

### 🚩 Proctite de Crohn

História	Exame	1º exame	Outros exames
sintomas semelhantes aos da proctite ulcerativa (por exemplo, sangramento retal, urgência, diarreia); o comprometimento de outras partes do cólon ou intestino delgado pode causar dor abdominal e febre; o diagnóstico da doença pode já ser conhecido	a doença perianal pode causar fistulas, abscessos ou fissuras; dor no quadrante inferior direito quando associada a ileíte	» <b>colonoscopia</b> : áreas irregulares de inflamação e/ou ulceração, embora o reto geralmente seja preservado na doença de Crohn A inspeção do íleo terminal é importante, já que cerca de 30% dos pacientes também têm doença do intestino delgado. <a href="#">[9]</a>	» <b>biópsia</b> : granulomas e inflamação focal <a href="#">[11]</a> Os granulomas são muito comuns na doença de Crohn retal, mas ocorrem apenas em 30% de todos os casos. <a href="#">[12]</a>  » <b>enterografia por tomografia computadorizada (TC)</b> : espessamento da mucosa ou fistulas no intestino delgado Comparada com o exame de trânsito do intestino delgado, a TC tem a vantagem de visualizar os órgãos fora do intestino.  » <b>exame de trânsito do intestino delgado</b> :

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

9

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Comum

**🚩 Proctite de Crohn**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			espessamento da mucosa ou fístulas no intestino delgado » <b>ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve:</b> fístulas ou abscessos intrapélvicos

**🚩 Proctite sexualmente transmissível**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sexo anal receptivo com ou sem imunossupressão (por exemplo, vírus da imunodeficiência humana [HIV]), secreção retal, dor anal intensa, mal-estar	febre sistêmica, linfadenopatia (linfogranuloma venéreo causado por Chlamydia trachomatis), corrimento anal	» <b>swab retal para microscopia, coloração de Gram e cultura, sonda de ácido desoxirribonucleico (DNA):</b> Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, herpes simples, Treponema pallidum 55% dos casos de proctite em homens que fazem sexo com homens são positivos para Neisseria gonorrhoeae, [Fig-1] [Fig-2] herpes simples ou Chlamydia trachomatis.[13]	» <b>sigmoidoscopia:</b> inflamação difusa e/ou ulceração, pode parecer colite ulcerativa » <b>sorologia para sífilis (teste de reagina plasmática rápida, teste Venereal Disease Research Laboratory [VDRL], testes de absorção do anticorpo treponêmico fluorescente):</b> positiva » <b>biópsia:</b> Treponema pallidum, Chlamydia trachomatis, herpes simples, CMV A imunofluorescência é necessária para T pallidum e Chlamydia trachomatis [Fig-3] ; reação em cadeia da polimerase para herpes simples e CMV. » <b>teste de HIV:</b> pode ser positiva

## Incomum

### Doença celíaca

História	Exame	1º exame	Outros exames
relatada principalmente em crianças; se apresenta com diarreia ou esteatorreia, fadiga, dor abdominal, perda de peso; o diagnóstico da doença pode já ser conhecido[4]	palidez, hematomas frequentes, estomatite aftosa	<p>»<b>sigmoidoscopia:</b> inflamação contínua com ou sem ulceração a partir do reto em direção proximal Se a inflamação ultrapassar o reto, é justificada uma colonoscopia total para determinar a extensão da doença.</p> <p>»<b>anticorpo imunoglobulina A (IgA) antitransglutaminase tecidual sérico:</b> &gt;4.0 U/mL</p> <p>»<b>imunoglobulina G (IgG) para peptídeo de gliadina desamidada (DGP) ou IgA/IgG DGP:</b> título elevado Teste de escolha para indivíduos com deficiência de IgA.</p>	<p>»<b>biópsia retal:</b> distorção das criptas com glândulas bifurcadas, atrofia das criptas e polimorfismo epitelial geral das criptas Esses achados também podem ocorrer com outras causas de proctite crônica.</p> <p>»<b>biópsia do intestino delgado:</b> atrofia vilosa, linfócitos intraepiteliais elevados</p>

### ◊ Proctite por radiação

História	Exame	1º exame	Outros exames
sangramento retal após radioterapia:[2] a proctite aguda ocorre em um período de 3 meses da terapia e geralmente cessa após a conclusão do tratamento; a proctite tardia ocorre pelo menos 3 meses após a conclusão da terapia, com sangramento recorrente como principal característica; a fase crônica pode se	nenhum achado de diferenciação nos exames	<p>»<b>sigmoidoscopia:</b> inflamação difusa A inflamação atinge a intensidade máxima em 2 semanas após o tratamento e depois regide.</p>	<p>»<b>biópsia retal:</b> achados agudos: criptite, perda de células caliciformes, eosinofilia, inflamação estromal; achados tardios: fibrose da subintima, telangiectasia de capilares e vênulas pós-capilares, degeneração endotelial, formação</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

**Incomum****◊ Proctite por radiação**

História	Exame	1º exame	Outros exames
desenvolver em 5% a 15% dos casos			de trombos plaquetários[14]

**🚩 Proctite isquêmica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
paciente mais velho com episódios de hipotensão recentes; em uma série de casos, todos os pacientes tinham >55 anos de idade com um aneurisma roto da aorta abdominal ou outra causa de hipotensão; <sup>[8]</sup> também pode ocorrer com lúpus eritematoso sistêmico (LES) e após a anafilaxia	pode apresentar hemorragia retal maciça, bem como sepse e peritonismo devido a infarto da parede retal; hipotensão; a maioria dos casos de lesão isquêmica no cólon é proximal ao reto	» <b>sigmoidoscopia:</b> forte demarcação proximal da inflamação devido à distribuição arterial	» <b>biópsia:</b> necrose e alterações gangrenosas na maioria dos casos devidas à gravidade da isquemia <sup>[8]</sup> » <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste intravenoso (IV):</b> espessamento da parede retal com acúmulo de gordura

**◊ Proctite relacionada ao uso de anti-inflamatório não esteroidal, agente cáustico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
Uso de anti-inflamatório não esteroidal (AINE), seja por via oral ou retal; inserção de agente cáustico pelo reto (há >16 agentes implicados; os mais comuns são soluções e ácidos de limpeza)	nenhum achado de diferenciação nos exames	» <b>sigmoidoscopia:</b> AINEs por via retal: área bem demarcada de inflamação e/ou ulceração dentro do alcance do supositório de AINE; AINEs por via oral: inflamação incomum na área retal, mas pode causar úlceras distintas	» <b>biópsia:</b> infiltrado inflamatório agudo de linfócitos polimorfonucleares na lámina própria Desnecessária se história clara de inserção de agente cáustico.

**◊ Colite por desvio**

História	Exame	1º exame	Outros exames
cirurgia prévia causando desvio do fluxo fecal do reto; início em 9 a 12	presença de colostomia ou ileostomia	» <b>sigmoidoscopia:</b> eritema contínuo e petéquias do reto	» <b>biópsia:</b> abscessos nas criptas, hiperplasia folicular, infiltração da lámina própria

**Incomum****◊ Colite por desvio**

História	Exame	1º exame	Outros exames
meses da cirurgia; sangramento retal, corrimento retal, tenesmo são os sintomas mais comuns		disseminando-se em direção proximal <sup>[6]</sup>	com plasmócitos, preservação relativa da arquitetura da mucosa

**Diretrizes de diagnóstico****América do Norte****Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015**

**Publicado por:** Centers for Disease Control and Prevention  
**Última publicação em:** 2015

DIAGNOSIS

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

13

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Artigos principais

- Glotzer DJ, Glick ME, Goldman H. Proctitis and colitis following diversion of the fecal stream. *Gastroenterology*. 1981;80:438-441.
- da Fonseca J, Brito MJ, Freitas J, et al. Acute colitis caused by caustic products. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:2601-2602.
- Sharif S, Hyser M. Ischemic proctitis: case series and literature review. *Am Surg*. 2006;72:1241-1247.
- Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2004;38:300-302.
- Haboubi NY, Schofield PF, Rowland PL. The light and electron microscopic features of early and late phase radiation-induced proctitis. *Am J Gastroenterol*. 1988;83:1140-1144.

## Referências

1. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64:1-137. [Texto completo](#)
2. Williams HR, Vlavianos P, Blake P, et al. The significance of rectal bleeding after pelvic radiotherapy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21:1085-1090.
3. Dearnaley DP, Khoo VS, Norman AR, et al. Comparison of radiation side-effects of conformal and conventional radiotherapy in prostate cancer: a randomised trial. *Lancet*. 1999;353:267-72.
4. Breen EG, Coughlan G, Connolly CE, et al. Coeliac proctitis. *Scand J Gastroenterol*. 1987;22:471-477.
5. D'Haens G, Breysem Y, Rutgeerts P, et al. Proctitis and rectal stenosis induced by nonsteroidal antiinflammatory suppositories. *J Clin Gastroenterol*. 1993;17:207-212.
6. Glotzer DJ, Glick ME, Goldman H. Proctitis and colitis following diversion of the fecal stream. *Gastroenterology*. 1981;80:438-441.
7. da Fonseca J, Brito MJ, Freitas J, et al. Acute colitis caused by caustic products. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:2601-2602.
8. Sharif S, Hyser M. Ischemic proctitis: case series and literature review. *Am Surg*. 2006;72:1241-1247.
9. Loftus EV Jr, Silverstein MD, Sandborn WJ, et al. Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota, 1940-1993: incidence, prevalence, and survival. *Gastroenterology*. 1998;114:1161-1168.
10. Bentley E, Jenkins D, Campbell F, et al. How could pathologists improve the initial diagnosis of colitis? Evidence from an international workshop. *J Clin Pathol*. 2002;55:955-960. [Texto completo](#)

11. Crispino P, Habib FI, Badali D, et al. Colorectal motor and sensitivity features in patients affected by ulcerative proctitis with constipation: a radiological and manometric controlled study. Inflamm Bowel Dis. 2006;12:712-718.
12. Pierik M, De Hertogh G, Vermeire S, et al. Epithelioid granulomas, pattern recognition receptors, and phenotypes of Crohn's disease. Gut. 2005 Feb;54(2):223-7.
13. Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. Clin Infect Dis. 2004;38:300-302.
14. Haboubi NY, Schofield PF, Rowland PL. The light and electron microscopic features of early and late phase radiation-induced proctitis. Am J Gastroenterol. 1988;83:1140-1144.

## Imagens

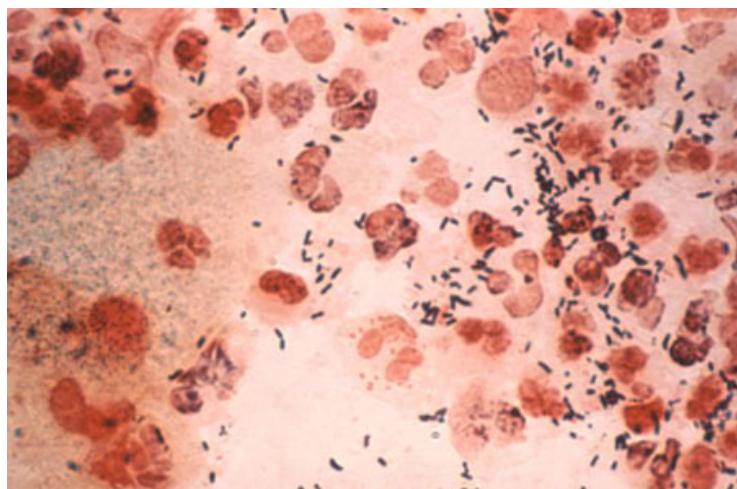


Figura 1: Fotomicrografia de esfregaço com coloração de Gram revelando a presença de *Neisseria gonorrhoeae* Gram-negativa

CDC/ Joe Miller

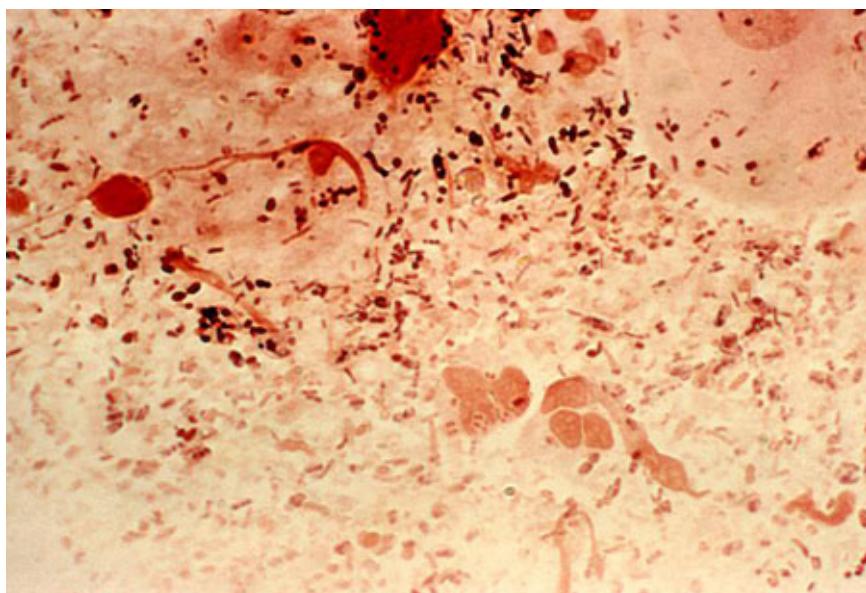


Figura 2: Micrografia de esfregaço com coloração de Gram revelando a presença de diplococos Gram-negativos de *Neisseria gonorrhoeae*

CDC/ Joe Miller

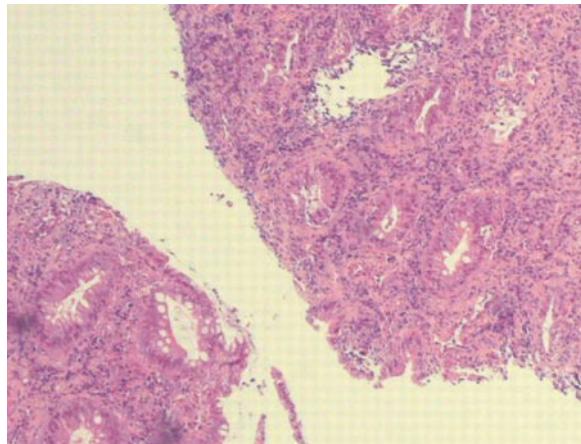


Figura 3: Mucosa retal mostrando proctite crônica ativa inespecífica em um paciente com linfogranuloma venéreo (devido a *Chlamydia trachomatis*)

Laverse E, Jaleel H, Evans D, et al. Sexual history: its importance in averting detrimental misdiagnosis and delayed diagnosis. BMJ Case Reports. 2009; doi: 10.1136/bcr.04.2009.1773

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

DISCLAIMER

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

19

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exoneración de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Alan C. Moss, MD**

Associate Professor of Medicine  
Harvard Medical School, Boston, MA  
DIVULGAÇÕES: ACM declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Srikrishna Nagri, MD**

Gastroenterologist  
Dartmouth-Hitchcock Nashua, Nashua, NH  
DIVULGAÇÕES: SN declares that he has no competing interests.

#### **Terry Bolin, MBBS**

Associate Professor of Medicine  
Gastrointestinal and Liver Unit, The Prince of Wales Hospital, Sydney, New South Wales, Australia  
DIVULGAÇÕES: TB declares that he has no competing interests.