

# BMJ Best Practice

## Avaliação da hemorragia digestiva baixa

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jun 21, 2018

# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>4</b>
Etiologia	4
<b>Emergencies</b>	<b>7</b>
Considerações de urgência	7
Sinais de alarme	8
<b>Diagnóstico</b>	<b>9</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Visão geral do diagnóstico diferencial	12
Diagnóstico diferencial	14
Diretrizes de diagnóstico	30
<b>Referências</b>	<b>31</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>33</b>

## Resumo

- ◊ A hemorragia aguda digestiva baixa inclui um amplo espectro clínico, variando de sangramento discreto a uma hemorragia maciça com instabilidade hemodinâmica. A incidência de hemorragia digestiva baixa corresponde a cerca de um quinto da incidência de hemorragia digestiva alta e representa aproximadamente 20 a 30 hospitalizações por 100,000 adultos ao ano.[\[1\]](#) [\[2\]](#) A incidência de hemorragia digestiva baixa aumenta com a idade.

No ocidente, as 2 causas mais comuns de hemorragia aguda digestiva baixa, resultando em sangramento significativo, são a doença diverticular colônica e a angiodisplasia. Pacientes com sangramento intenso ou estados de comorbidades significativos necessitam de rápida identificação e ressuscitação agressiva. Sangramento hemodinamicamente insignificante pode, muitas vezes, decorrer de hemorroidas e neoplasias colônicas. Causas raras de sangramento incluem úlcera retal solitária, vasculite e endometriose.

A colonoscopia é o pilar da avaliação em pacientes nos quais as causas anorrectais ou do trato gastrointestinal superior foram descartadas. Ela é feita para localizar a origem do sangramento e permitir a hemostasia. A hemostasia endoscópica é bem-sucedida na maioria dos casos. A angiografia mesentérica ou a imagem nuclear é realizada somente em pacientes nos quais a colonoscopia não é viável ou quando houver sangramento persistente e uma colonoscopia negativa. A origem do sangramento não pode ser definitivamente identificada em até 25% dos pacientes.[\[1\]](#) [\[3\]](#)

## Etiologia

Há várias causas possíveis da hemorragia digestiva baixa. Elas podem ser categorizadas da seguinte maneira:

### Anatômica

As anormalidades anatômicas do cólon, congênitas ou adquiridas, podem resultar em hemorragia digestiva baixa. A doença diverticular ocorre em populações mais velhas, ao passo que o sangramento decorrente do divertículo de Meckel é mais comum em crianças.

Doença diverticular (responsável por 15% a 40% dos pacientes com hemorragia digestiva baixa):

- Divertículos são lesões adquiridas do cólon, tipicamente localizados na parede colônica em locais de vasos nutrientes penetrantes
- Os divertículos podem estar presentes em qualquer parte no cólon, embora a localização mais comum seja no cólon esquerdo. Eles têm maior tendência a sangrar se estiverem localizados no cólon direito
- A doença diverticular é a causa mais comum de hemorragia digestiva baixa em pacientes mais velhos, afetando cerca de dois terços dos pacientes acima de 80 anos de idade<sup>[4] [5]</sup>
- Os fatores de risco para o desenvolvimento da doença diverticular incluem falta de fibra alimentar, constipação crônica e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).

Divertículo de Meckel:

- Uma anomalia congênita do trato gastrointestinal, decorrente da obliteração incompleta do ducto vitelino, resultando no divertículo ileal
- Ocorre em 1% a 2% da população
- Localizado em até 100 cm da válvula ileocecal, na margem antimesentérica do íleo.

### Vascular

Angiodisplasia do cólon:

- É uma causa comum de hemorragia digestiva baixa entre pessoas idosas
- Ocorre em qualquer local no trato gastrointestinal, sendo mais comum no cólon direito
- A patogênese é desconhecida, embora possa estar relacionada ao envelhecimento. A maioria dos pacientes tem mais de 65 anos de idade
- Os fatores de risco para o sangramento da angioplastia incluem doença renal crônica e terapia recente com anticoagulante.

Colite isquêmica:

- Resulta em hipóxia da mucosa, provocada por hipoperfusão dos vasos intramurais da parede intestinal. A hipoperfusão é provocada por distúrbios vasculares (como aterosclerose ou vasculite) ou distúrbios com viscosidade sanguínea aumentada
- A terapia é direcionada ao tratamento da causa subjacente.

Radioterapia para cânceres abdominais ou pélvicos:

- Pode resultar em danos vasculares com subsequente isquemia, espessamento e ulceração da mucosa
- A lesão aguda por radiação ocorre até 6 semanas após a radioterapia, ao passo que a lesão crônica ocorre entre 9 semanas e 4 meses após a lesão por radiação.

Sangramento decorrente da lesão de Dieulafoy no cólon:

- Uma causa rara de hemorragia digestiva baixa
- Pequenas lesões na mucosa, que subsequentemente corroem um vaso subjacente, levando ao sangramento.

Fístula aorto-entérica, vasculite, telangiectasia hemorrágica hereditária e síndrome do nevo em bolha de borracha azul são outras causas vasculares de hemorragia digestiva baixa.

## Inflamatória

Pacientes com doença inflamatória intestinal (incluindo doença de Crohn e colite ulcerativa) podem apresentar diarreia hemorrágica. Sangramento com risco de vida proveniente da doença inflamatória intestinal é raro.

## Infecciosa

Qualquer tipo de colite infecciosa pode provocar hematoquezia (sangramento retal com sangue vivo). Os tipos mais comuns são as colites por Escherichia entero-hemorrágico, Salmonella, Histoplasma e citomegalovírus. Exames de fezes, incluindo coproculturas, são úteis para fazer o diagnóstico. Os patógenos relatados que provocam diarreia hemorrágica são:

Bacteriana

- *Campylobacter*
- *Clostridium difficile*
- *Escherichia coli* entero-hemorrágica
- *Salmonella*
- *Shigella*
- *Vibrio parahaemolyticus*
- *Yersinia*.

Parasitários

- *Cryptosporidium*
- *Entamoeba histolytica*.

Viral

- Citomegalovírus
- Herpes-vírus

## Neoplásica

O câncer colorretal e os pólipos do cólon são causas de sangramento retal. O sangramento decorrente dessas causas geralmente é oculto e provocado por defeitos na mucosa da superfície do tumor. O sangramento é raramente intenso e normalmente indolor e intermitente. O câncer anal é uma causa rara de

sangramento retal. Um valor preditivo positivo de sangramento retal para o câncer colorretal é de 8.1% nos indivíduos com 50 anos de idade ou mais. Para o sangramento retal acompanhado por perda de peso ou alteração no hábito intestinal, as razões de probabilidade positivas combinadas de câncer colorretal são de 1.9 e 1.8, respectivamente.[\[6\]](#)

## Anorrectal

Hemorroidas internas:

- É a origem de sangramento em 2% a 9% dos pacientes com hemorragia aguda digestiva baixa.[\[7\]](#)

Úlcera retal solitária:

- Uma causa incomum de sangramento retal intenso
- A isquemia local tem uma função na patogênese dessa entidade
- O prolapsos retal interno ou a ausência da inibição do músculo puborectal durante o esforço também pode ter um papel importante.

Varizes retais:

- Outra causa incomum de hemorragia digestiva baixa
- Encontradas em pacientes com hipertensão portal
- Elas se desenvolvem na mucosa retal, entre as veias hemorroidas superiores e as veias hemorroidas média e inferior
- Elas são tratadas de forma similar às varizes esofágicas, com escleroterapia ou desvios portossistêmicos.[\[8\]](#)

Fissuras anais:

- Podem apresentar sangramento retal
- Os pacientes relatam dor durante a defecação
- O sangramento retal pode estar presente com movimentos peristálticos.

## Diversa

As causas diversas de hemorragia digestiva baixa incluem o seguinte:

- Sangramento pós-polipectomia
- Colopatia por anti-inflamatório não esteroidal (AINE)
- Distúrbios do tecido elástico
- Hemorragia digestiva alta (transporte rápido)
- Sangramento do local de biópsia de próstata
- Endometriose.

# Considerações de urgência

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

## Hemorragia digestiva baixa severa

A avaliação inicial do paciente inclui a avaliação da gravidade do sangramento do trato gastrointestinal e do risco ao paciente. Os pacientes de alto risco que apresentam hemorragia digestiva baixa severa precisam ser identificados e ressuscitados agressivamente. Dentre os pacientes de alto risco estão os com:

- Instabilidade hemodinâmica
- Estados comórbidos graves
- Sangramento persistente
- Necessidade de várias transfusões sanguíneas. (A necessidade de 6 unidades é uma indicação de que o sangramento não apresentará resolução espontânea; 10 unidades sugerem mortalidade elevada.)

O sangramento intenso é definido como sangramento agudo, com hipotensão postural e/ou uma queda significativa no hematócrito ( $>6\%$  a  $8\%$ ). O sangramento crônico com episódio agudo também pode apresentar instabilidade hemodinâmica. A ressuscitação é necessária, juntamente com a avaliação diagnóstica e o manejo.

As características clínicas a seguir têm sido encontradas em associação a hemorragia intensa:

- Pressão arterial (PA) sistólica  $<115$  mmHg
- Frequência cardíaca  $>100$  batimentos por minuto (bpm)
- Síncope
- Abdome não sensível
- Sangramento pelo reto durante as primeiras 4 horas de apresentação
- Uso de aspirina
- Mais de 2 estados comórbidos ativos.[\[9\]](#) [\[10\]](#)

A ressuscitação com fluidos intravenosos (IV) e transfusões de sangue, bem como a correção de qualquer coagulopatia subjacente ou trombocitopenia, são necessárias. A coagulopatia ou trombocitopenia é corrigida com plasma fresco congelado ou plaquetas, respectivamente. Dois cateteres IV periféricos de calibre grosso ou uma linha venosa central é necessária. A transfusão sanguínea necessária é determinada pela idade do paciente, taxa de sangramento e a presença de estados comórbidos (como a doença arterial coronariana, cirrose ou doença obstrutiva crônica do pulmão). A presença de hipotensão ortostática, uma queda no hematócrito  $>6\%$  ou um sangramento ativo contínuo é fator para admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) para observação estrita.

As condições que causam a hemorragia digestiva baixa são mais propensas a apresentarem sangramento intenso e incluem:

- Angiodisplasia
- Doença diverticular colônica
- Lesão de Dieulafoy
- Fístula aorto-entérica
- Hemorragia digestiva alta (transporte rápido)
- Pós-polipectomia.

## Colite isquêmica

A colite isquêmica manifesta-se com dor abdominal aguda em cólicas, diarreia e hematoquezia (sangramento retal vivo). O exame revela desconforto na parte abdominal inferior. Uma tomografia computadorizada (TC) abdominal é o teste inicial a ser realizado se houver suspeita de colite isquêmica. A colonoscopia é geralmente realizada subsequentemente para confirmar o diagnóstico. O manejo urgente é necessário em virtude do risco de perfuração. Os sinais peritoneais e a ausência de ruído hidroaéreo sugerem a perfuração ou o infarto transmural, necessitando de laparotomia urgente.

## Sinais de alarme

- Doença diverticular
- Angiodisplasia do cólon
- Colite isquêmica
- Lesão de Dieulafoy
- Fístula aorto-entérica
- Câncer colorretal
- Câncer anal
- Sangramento pós-polipectomia
- Colopatia por anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
- Hemorragia digestiva alta (transporte rápido)

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

A avaliação inicial do paciente inclui a avaliação da gravidade do sangramento do trato gastrointestinal e do risco ao paciente. O sangramento severo é definido como sangramento agudo, com hipotensão postural e/ou uma queda significativa no hematocrito (>6% a 8%) da linha basal. A avaliação de um paciente com hemorragia aguda digestiva baixa envolve a ressuscitação, juntamente com a avaliação diagnóstica e o manejo.

Além disso, os recursos clínicos a seguir foram considerados associados a sangramento intenso:

- Pressão arterial (PA) sistólica <115 mmHg
- Frequência cardíaca >100 batimentos por minuto (bpm)
- Síncope
- Abdome não sensível
- Sangramento pelo reto durante as primeiras 4 horas de apresentação
- Uso de aspirina
- Mais de 2 estados comórbidos ativos.<sup>[9] [10]</sup>

### História

A história ajuda a determinar a origem possível do sangramento gastrointestinal e também avalia a gravidade do sangramento. Os pacientes podem ser caracterizados como sendo de baixo ou alto risco para complicações. Os pacientes com sangramento intenso precisam ser identificados precocemente, pois podem precisar de tratamento urgente e apresentar um desfecho mais desfavorável.

O seguinte deve ser determinado na história:

- Idade do paciente. A doença diverticular e a angiodisplasia são mais comuns em pacientes mais velhos (idade >65 anos)
- Duração do sangramento. O sangramento pode ser um evento agudo, intermitente ou crônico. O sangramento retal intermitente ou crônico é geralmente observado em pacientes com hemorroidas internas. O sangramento agudo, especialmente em pessoas idosas, deve desencadear a avaliação da doença diverticular
- Cor do sangue. A cor do sangue nas fezes, e se o sangue reveste as fezes ou está misturado nas fezes, ajuda a localizar o local do sangramento
- Tontura ou síncope associada. A presença de síncope pode sugerir que o paciente perdeu uma quantidade significativa de sangue
- Outros sintomas associados incluem dor abdominal, constipação, dor retal, perda de peso, diarreia e tenesmo. A presença de dor abdominal e diarreia com hematoquezia (sangramento retal vermelho vivo) sugere colite inflamatória ou isquêmica, enquanto a angiodisplasia geralmente não causa dor. A alteração nos hábitos intestinais, tenesmo ou perda de peso pode ser observada no câncer colorretal ou na colite inflamatória.
- É necessário o questionamento específico sobre a presença de doença inflamatória intestinal, hemorroide interna, doença diverticular, angiodisplasia, uso de aspirina/anti-inflamatório não esteroidal (AINE), uso recente de antibióticos e viagem recente.

## Exame físico

O exame físico inclui o seguinte:

- Avaliação dos sinais vitais. Avaliação da hipotensão postural. A presença de instabilidade hemodinâmica sugere sangramento intenso. Pode haver febre baixa em pacientes com colite infecciosa ou doença inflamatória intestinal
- A palpação do abdome é usada para avaliar a sensibilidade, a hepatomegalia ou as massas abdominais. A hepatomegalia ou as massas abdominais requerem avaliação de câncer colorretal como a origem do sangramento
- Exame retal. É essencial realizar um exame retal em todos os pacientes com hemorragia digestiva baixa para excluir uma massa retal palpável. Se houver suspeita de fissura anal e o exame retal for muito doloroso, deve-se considerar o exame sob anestesia. A cor das fezes pode sugerir o local do sangramento.

## Exames iniciais

Os pacientes que chegam em estado grave devem ser avaliados imediatamente e tratados com urgência.

Hemograma completo (com atenção especial ao hematócrito, contagem leucocitária e contagem plaquetária), tempo de protrombina e tempo de tromboplastina são medidos. Pacientes com sangramento agudo, sangramento ativo e contínuo ou sangramento intenso requerem exame de grupo sanguíneo e prova cruzada. A velocidade de hemossedimentação (VHS) e a proteína C-reativa podem estar elevadas em pacientes com doença inflamatória intestinal.

Os estudos de fezes, como leucócitos nas fezes, coprocultura e exame microscópico para ovos e parasitas, são obtidos em pacientes com hematoquezia (sangramento retal com sangue vivo) associada à diarreia aguda.

A lavagem com sonda nasogástrica é realizada em todos os pacientes que apresentam sangramento intenso para descartar o trato gastrointestinal superior como a origem do sangramento. O sangramento com origem no trato gastrointestinal superior está presente em 11% dos pacientes com hematoquezia.

## Anuscopia

Em pacientes com suspeita de sangramento de origem anorrectal, a anuscopia pode ser um teste diagnóstico útil. As hemorroidas internas podem ser visualizadas na anuscopia.

## Colonoscopia

A colonoscopia é o procedimento de imagem inicial em todos os pacientes com suspeita de hemorragia digestiva baixa, nos quais foi excluída a origem anorrectal ou do trato gastrointestinal superior.<sup>[11]</sup> A endoscopia digestiva alta (EDA) é o teste diagnóstico de escolha em pacientes com suspeita de hemorragia digestiva alta enquanto a anuscopia é o teste diagnóstico preferido em pacientes com distúrbios anorrectais. A colonoscopia pode localizar a origem do sangramento e também oferece intervenções terapêuticas possíveis (por exemplo, a angiodisplasia colônica pode ser tratada com sondas térmicas de endoscopia convencional). O momento da colonoscopia é controverso; entretanto, alguns especialistas recomendam colonoscopia urgente.<sup>[1] [12]</sup> Colonoscopia precoce foi associada a internações hospitalares mais curtas.<sup>[3] [13]</sup> A colonoscopia urgente exige um preparo do intestino (frequentemente com solução de polietilenoglicol). O rendimento diagnóstico da colonoscopia em hemorragia digestiva baixa varia entre 45%

e 100%.<sup>[14]</sup> <sup>[15]</sup> Complicações da colonoscopia incluem reações adversas aos medicamentos sedativos intravenosos e um baixo risco de perfuração.

## **Imagen com radionuclídeos: cintilografia com eritrocitos marcados, por exemplo, com tecnécio**

Em pacientes com uma colonoscopia normal, endoscopia digestiva alta (EDA) e sangramento persistente, um exame de imagem de radionucleotídeo pode ser útil para localizar a origem até de sangramentos mínimos (tão pequenos quanto 0.1 mL/minuto). Essa abordagem tem a vantagem de ser não invasiva. As desvantagens são a ineficiência se o sangramento cessou, precisão variável e dependente da experiência e conhecimento local e não oferece qualquer potencial terapêutico. Ela pode ser usada como um procedimento de rastreamento antes da angiografia mesentérica, pois os pacientes com varredura negativa provavelmente não se beneficiariam da angiografia.

## **Angiografia**

A angiografia é realizada em pacientes com sangramento gastrointestinal persistente com colonoscopia negativa ou em pacientes que não podem se submeter à endoscopia. O estudo de imagem com radionuclídeo é frequentemente necessário antes da angiografia. A angiografia requer sangramento ativo para que o local de sangramento seja visualizado. Ela tem a vantagem de localização precisa de um local com sangramento de progressão rápida e também oferece opções terapêuticas possíveis. As desvantagens incluem o risco possível de complicações como insuficiência renal, trombose arterial e reações a contraste.

## **tomografia computadorizada (TC) abdominal**

A tomografia computadorizada (TC) do abdome é útil no diagnóstico de colite isquêmica e fístula aorto-entérica. A TC do abdome é o primeiro exame feito na avaliação de pacientes com isquemia colônica suspeita. A angiotomografia pode ser realizada em vez da angiografia mesentérica baseada em cateter.<sup>[16]</sup> A angiotomografia tem uma sensibilidade de 89% e especificidade de 85% em pacientes com sangramento gastrointestinal agudo.<sup>[17]</sup>

## **Endoscopia digestiva alta (EDA)**

A EDA é o teste diagnóstico recomendado em pacientes com suspeita de hemorragia digestiva alta. Também é útil para o diagnóstico de fístula aorto-entérica.

## **Marcadores sorológicos (por exemplo, fatores antinucleares [FAN], anticorpo anticitoplasma de neutrófilo [ANCA])**

Esses testes podem ser realizados se houver suspeita de sangramento secundário à doença vasculítica, como o lúpus eritematoso sistêmico (LES).

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Doença diverticular

Angiodisplasia do cólon

Colite isquêmica

Doença de Crohn

Colite ulcerativa

Colite infecciosa

Câncer colorretal

Hemorroidas internas

Fissura anal

Pólipos cólicos

## Incomum

Divertículo de Meckel

Telangiectasia induzida por radiação

Lesão de Dieulafoy

Fístula aarto-entérica

Vasculite

Telangiectasia hemorrágica hereditária

Síndrome do nevo em bolha de borracha azul

Câncer anal

Úlcera retal

Varizes retais

## Incomum

Sangramento pós-polipectomia

Colopatia por anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Hemorragia digestiva alta (transporte rápido)

Sangramento do local de biópsia de próstata

Endometriose

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### ◊ Doença diverticular

História	Exame	1º exame	Outros exames
normalmente acima dos 65 anos de idade; pode apresentar uma história de dor recorrente na parte inferior do abdome, distensão abdominal, constipação, diarreia; hematoquezia leve ou intensa indolor (sangramento retal vermelho vivo), para espontaneamente na maioria dos pacientes, sangramento recorrente em 10% a 40% dos pacientes[18]	os sinais vitais podem indicar sangramento grave (por exemplo, pressão arterial [PA] sistólica <115 mmHg, frequência cardíaca >100 batimentos por minuto [bpm]); o exame abdominal é geralmente normal; o exame retal pode revelar coágulo sanguíneo ou sangue vermelho vivo, podendo não ser diferenciado de angioplastia colônica, mas o sangramento é geralmente mais intenso e com maior probabilidade de provocar instabilidade hemodinâmica	<p>»<b>Hemograma completo:</b> hemoglobina normal ou baixa Pacientes com baixa hemoglobina podem precisar de transfusão sanguínea.</p> <p>»<b>plaquetas:</b> normais ou raramente trombocitopenia em sangramento intenso</p> <p>»<b>estudos de coagulação:</b> geralmente normais</p> <p>»<b>colonoscopia:</b> sangramento ativo ou sangue vivo pode ser observado com divertículos O diagnóstico é feito frequentemente ao achar divertículos na ausência de outras origens possíveis. A intervenção terapêutica também pode ser realizada durante a colonoscopia.</p>	<p>»<b>imagem com radionuclídeos:</b> a cintilografia com eritrócitos marcados demonstra o extravasamento e identifica o local do sangramento Realizada se houver colonoscopia normal, mas com sangramento persistente, ou se a endoscopia não for viável. Auxilia na decisão sobre o benefício de se realizar um angiograma mesentérico.</p> <p>Pode detectar uma velocidade de sangramento tão baixa quanto 0.1 mL/minuto.</p> <p>»<b>angiografia mesentérica:</b> localiza o local do sangramento, se a velocidade de sangramento for &gt;0.5 mL/minuto É realizada em pacientes com sangramento gastrointestinal persistente e colonoscopia normal ou em pacientes em que a endoscopia não é viável.</p>

## Comum

## ◊ Doença diverticular

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>A imagem com radionuclídeo (cintilografia com eritrócitos marcados) é frequentemente realizada antes da angiografia.</p> <p>A angiografia permite a intervenção terapêutica em pacientes com sangramento ativo.</p> <p>As complicações possíveis incluem insuficiência renal, trombose arterial e reações ao contraste.</p>

## ◊ Angiodisplasia do cólon

História	Exame	1º exame	Outros exames
tipicamente acima dos 65 anos de idade; episódios leves, intensos ou intermitentes de hematoquezia indolor (sangramento retal vermelho vivo), pode ter história de doença renal em estágio terminal, doença de von Willebrand, estenose aórtica ou terapia com anticoagulante	os sinais vitais podem indicar sangramento grave (por exemplo, pressão arterial [PA] sistólica <115 mmHg, frequência cardíaca >100 bpm); sinais e sintomas de anemia podem estar presentes; o exame abdominal é geralmente nada digno de nota; o sangramento retal pode não ser diferente da doença diverticular, porém o sangramento é geralmente menos intenso e com menor probabilidade de ser hemodinamicamente instável	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Hemograma completo:</b> hemoglobina normal ou baixa</li> <li>» <b>plaquetas:</b> normais ou raramente trombocitopenia em sangramento intenso</li> <li>» <b>estudos de coagulação:</b> geralmente normais</li> <li>» <b>colonoscopia:</b> angiomas podem ser visualizados: 5 a 10 mm de vasos sanguíneos ectáticos, de cor vermelho cereja, irradiando de um vaso central</li> </ul> <p>Os angiomas são frequentemente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>imagem com radionuclídeos:</b> pode localizar o local de sangramento</li> <li>Realizada se houver colonoscopia normal, mas com sangramento persistente, ou se a endoscopia não for viável. Auxilia na decisão sobre o benefício de se realizar um angiograma mesentérico.</li> </ul> <p>Pode detectar uma velocidade de sangramento tão baixa quanto 0.1 mL/minuto.</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 21, 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 exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Comum

## ◊ Angiodisplasia do cólon

História	Exame	1º exame	Outros exames
		múltiplos e podem ocorrer no intestino delgado e grosso.	<p>»<b>angiografia mesentérica:</b> o local do sangramento ativo pode ser observado</p> <p>É realizada em pacientes com hemorragia digestiva persistente e colonoscopia normal ou em pacientes em que a endoscopia não é viável.</p> <p>A imagem com radionuclídeo (cintilografia com eritrócitos marcados) é frequentemente realizada antes da angiografia.</p> <p>A angiografia permite a intervenção terapêutica em pacientes com sangramento ativo.</p> <p>As complicações possíveis incluem insuficiência renal, trombose arterial e reações ao contraste</p>

## ◊ Colite isquêmica

História	Exame	1º exame	Outros exames
idade tipicamente acima de 60 anos, início súbito de cólica abdominal, diarreia e hematopezia autolimitada (sangramento retal vermelho vivo); pode ter história	desconforto na parte abdominal inferior; presença de sinais peritoneais/ ausência de ruído hidroáereo pode sugerir infarto transmural ou perfuração	<p>»<b>Hemograma completo:</b> hemoglobina normal ou elevada; a contagem de leucócitos pode estar elevada</p> <p>A transfusão de sangue pode ser necessária</p>	<p>»<b>colonoscopia:</b> hemorragias petequiais, edema, ulceração da mucosa colônica</p> <p>Geralmente realizada após a TC para</p>

**Comum****◊ Colite isquêmica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
de hemodiálise, hipertensão, hipoalbuminemia, diabetes mellitus, medicamentos indutores de constipação		<p>em pacientes com anemia intensa (hemoglobina &lt;80 g/L ou &lt;8 g/dL).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>plaquetas:</b> normal</li> <li>»<b>estudos de coagulação:</b> normal</li> <li>»<b>tomografia computadorizada (TC) do abdome:</b> espessamento da parede circunferencial segmentar Esse é o primeiro exame feito em pacientes com isquemia colônica suspeita.</li> </ul>	confirmar o diagnóstico de colite isquêmica.

**◊ Doença de Crohn**

História	Exame	1º exame	Outros exames
idade do diagnóstico geralmente abaixo de 50 anos, diarreia crônica (geralmente não sanguinolenta); os sintomas podem ser intermitentes; tenesmo; início gradual dos sintomas; perda de peso	a aparência pode ser pálida, desnutrida; desconforto abdominal do quadrante inferior direito; pode ter massa abdominal, ulceração oral, acrocórdones perianais, fístulas, abscesso ou trato dos seios nasais; o sangramento com risco de vida é raro	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>Hemograma completo:</b> anemia; leucocitose A anemia pode ocorrer em decorrência da inflamação crônica, sangramento crônico, má absorção de ferro e/ou má absorção de vitamina B12 ou folato. A leucocitose está associada à inflamação aguda ou crônica, ao abscesso ou ao tratamento com corticosteroides.</li> <li>»<b>plaquetas:</b> normal ou elevado</li> </ul>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 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 2018. Todos os direitos reservados.

## Comum

## ◊ Doença de Crohn

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»<b>estudos de coagulação:</b> normal</p> <p>»<b>colonoscopia:</b> friável, ulcerada, mucosa edematosas, lesões descontínuas com intestino de aparência normal alternando com seções anormais. As biópsias são diagnósticas.</p> <p>»<b>proteína C-reativa:</b> elevado Os marcadores inflamatórios estão estreitamente relacionados à atividade da doença.</p> <p>»<b>Velocidade de hemossedimentação (VHS):</b> elevado Os marcadores inflamatórios estão estreitamente relacionados à atividade da doença.</p>	

## ◊ Colite ulcerativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
idade do diagnóstico geralmente abaixo dos 50 anos, hematoquezia (sangramento retal vermelho vivo); diarreia crônica; dor abdominal inferior; urgência fecal; tenesmo; episódios de constipação; perda de peso; artropatia aguda; os sintomas podem ser intermitentes; história de colangite esclerosante primária	a aparência pode ser pálida, desnutrida, desconforto abdominal, eritema nodoso ou pioderma gangrenoso, uveíte ou episclerite, febre pode estar presente, o sangramento com risco de vida é raro	<p>»<b>Hemograma completo:</b> grau variável de anemia, leucocitose A anemia pode ser decorrente da inflamação crônica ou do sangramento crônico. A leucocitose está associada à inflamação aguda ou crônica ou ao</p>	

**Comum****◊ Colite ulcerativa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>tratamento com corticosteroides.</p> <p>»<b>plaquetas:</b> geralmente normal; pode estar elevado</p> <p>»<b>estudos de coagulação:</b> normais; ou coagulopatia presente</p> <p>»<b>colonoscopia:</b> envolvimento retal, envolvimento uniforme contínuo, perda da marcação vascular, eritema difuso, granularidade da mucosa, fistulas (raramente observadas), íleo terminal normal (ou leve ileite na pancolite). As biópsias são diagnósticas.</p> <p>A sigmoidoscopia flexível é uma alternativa à colonoscopia. A avaliação endoscópica deve ser evitada em pacientes que apresentam colite fulminante.</p> <p>»<b>proteína C-reativa:</b> elevado Os marcadores inflamatórios estão estreitamente relacionados à atividade da doença.</p> <p>»<b>Velocidade de hemossedimentação (VHS):</b> elevado Os marcadores inflamatórios estão</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 21, 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 exonerar responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

**Comum****◊ Colite ulcerativa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		estreitamente relacionados à atividade da doença.	

**◊ Colite infecciosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
diarreia aguda, dor abdominal, pode ter uma história de viagem a regiões com maior risco de diarreia infecciosa	desconforto abdominal pode estar presente, febre	» <b>estudos de fezes:</b> coprocultura: pode revelar patógenos específicos; contagem de leucócitos nas fezes: pode estar elevada; testes para ovo e parasitas podem ser positivos Pode ser bacteriana (Campylobacter, Clostridium difficile; Escherichia coli entero-hemorrágico, Salmonella, Shigella, Vibrio parahemolyticus, Yersinia); parasitária (Cryptosporidium, Entamoeba histolytica, Schistosoma mansoni); ou viral (citomegalovírus, herpes-vírus).	

**◊ Câncer colorretal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
a idade típica é acima de 40 anos; sangramento retal; perda de peso; alteração nos movimentos peristálticos; tenesmo, dor abdominal	massa palpável pode estar presente no abdome; massa retal pode ser sentida no exame de toque retal	» <b>colonoscopia:</b> massa friável no cólon pode ser observada e a biópsia é diagnóstica.	

## Comum

### ◊ Hemorroidas internas

História	Exame	1° exame	Outros exames
sangramento retal vermelho vivo, autolimitado, intermitente e indolor que pode ser crônico ou intermitente; a constipação também pode estar presente; o sangue pode cobrir as fezes	o exame geral está geralmente normal	» <b>anuscopia:</b> hemorroidas internas visualizadas	

### ◊ Fissura anal

História	Exame	1° exame	Outros exames
sangramento retal (geralmente observado no papel higiênico) e dor perianal intensa na defecação	a fissura pode estar visível ao afastar as nádegas, mais comum na linha mediana posterior	» <b>nenhuma:</b> geralmente o diagnóstico é clínico em pessoas mais jovens » <b>exame sob anestesia:</b> fissura presente Essencial em pacientes mais velhos, para excluir o câncer.	

### ◊ Pólipos cólicos

História	Exame	1° exame	Outros exames
tipicamente a idade é acima dos 40 anos; pode ter história familiar de pólipos cólicos, câncer de cólon ou polipose adenomatosa familiar ou síndrome de Gardner; o sangramento retal pode ser assintomático, alteração nos movimentos peristálticos, dor abdominal	exame abdominal normal	» <b>colonoscopia:</b> pólipos visíveis As biópsias colônicas são diagnósticas.	

**Incomum****◊ Divertículo de Meckel**

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocorre em crianças ou adultos jovens; melena indolor ou sangue vermelho vivo pelo reto (descrito como "geleia de groselha") é o sintoma principal	desconforto abdominal e uma massa abdominal podem estar presentes	<p>»<b>Hemograma completo:</b> hemoglobina normal ou baixa</p> <p>»<b>plaquetas:</b> geralmente normais</p> <p>»<b>estudos de coagulação:</b> geralmente normais</p> <p>»<b>imagem com radionuclídeos:</b> mostra uma captação em decorrência da ligação de tecnécio às células parietais gástricas ectópicas A sensibilidade do teste pode ser melhorada com o uso de pentagastrina ou cimetidina.</p>	<p>»<b>angiografia mesentérica:</b> extravasamento do corante no local de sangramento no ileo terminal</p> <p>Isso pode ser útil na localização do local do sangramento ativo.</p>

**◊ Telangiectasia induzida por radiação**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de radioterapia para cânceres abdominais; diarreia, dor retal ou urgência, incontinência fecal e defecação obstruída também podem ocorrer; os sintomas iniciam tipicamente entre 9 semanas e 4 meses após a lesão por radiação: o sangramento pode ser persistente ou intenso	o exame abdominal não contribui para o diagnóstico; o exame retal pode revelar sangue vermelho vivo pelo reto	<p>»<b>Hemograma completo:</b> hemoglobina geralmente normal</p> <p>»<b>plaquetas:</b> geralmente normais</p> <p>»<b>estudos de coagulação:</b> normais; ou coagulopatia presente</p> <p>»<b>colonoscopia:</b> palidez da mucosa com friabilidade e telangiectasias; as telangiectasias podem ser grandes e múltiplas Os achados na colonoscopia são geralmente</p>	

**Incomum****◊ Telangiectasia induzida por radiação**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		diagnósticos. As biópsias da mucosa não são necessárias para confirmar o diagnóstico. O tratamento para sangramento intenso ou persistente pode ser endoscópico ou clínico.	

**◊ Lesão de Dieulafoy**

História	Exame	1º exame	Outros exames
hematoquezia indolor (sangramento retal vermelho vivo); o sangramento pode ser intenso	os sinais vitais podem indicar sangramento intenso (por exemplo, pressão arterial [PA] sistólica <115 mmHg, frequência cardíaca >100 bpm); o exame abdominal é normal; o exame retal também pode revelar sangue vermelho vivo ou coágulos sanguíneos	» <b>Hemograma completo:</b> hemoglobina geralmente baixa » <b>plaquetas:</b> geralmente normais » <b>estudos de coagulação:</b> normais; ou coagulopatia presente » <b>colonoscopia:</b> um vaso sanguíneo superficial (com ou sem sangramento ativo com sinais de sangramento recente) pode ser observado no cólon, no local do sangramento As lesões são caracteristicamente diagnosticadas durante a endoscopia. Pode ser tratada com injeção de agentes esclerosantes, termocoagulação ou hemoclipes.	

## Incomum

## ◊ Fístula aorto-entérica

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode ocorrer hemorragia sentinel; história de enxerto aórtico, melena e hematêmese; febre pode estar presente	os sinais vitais podem indicar sangramento intenso (por exemplo, PA sistólica <115 mmHg, frequência cardíaca >100 bpm); desconforto abdominal, o sangramento tem maior probabilidade de ser profuso com instabilidade hemodinâmica	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>Hemograma completo:</b> hemoglobina geralmente baixa</li> <li>»<b>plaquetas:</b> geralmente normais, podem estar baixas</li> <li>»<b>estudos de coagulação:</b> geralmente normais, pode ter coagulopatia com sangramento intenso</li> <li>»<b>endoscopia digestiva alta (EDA):</b> o sangramento da segunda ou terceira parte do duodeno pode ser visualizado A sensibilidade de EDA é de somente 25%. É necessário obter uma tomografia computadorizada (TC) do abdome para confirmar o diagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>tomografia computadorizada (TC) do abdome:</b> achados típicos: fluido ao redor do enxerto, atenuação dos tecidos moles, gás ectópico, pseudoaneurisma ou intestino isquêmico focal A TC terá uma sensibilidade de 95% e uma especificidade de 85% se os achados típicos estiverem presentes.</li> <li>A laparotomia exploratória é o método definitivo de diagnóstico.</li> </ul>

## ◊ Vasculite

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de vasculite (como lúpus eritematoso sistêmico [LES], poliarterite nodosa) dor abdominal, sangramento gastrointestinal, náuseas, vômitos e hematêmese	o desconforto abdominal pode estar presente, outros sinais de condição vasculítica subjacente podem estar presentes (por exemplo, rash malar em asa de borboleta em pacientes com LES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>Hemograma completo:</b> a hemoglobina pode estar normal; o esfregaço pode ser consistente com anemia ferropriva, pode haver leucopenia</li> <li>»<b>plaquetas:</b> geralmente normais; pode haver trombocitopenia</li> <li>»<b>estudos de coagulação:</b> normais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>tomografia computadorizada (TC) do abdome:</b> pode mostrar espessamento da parede do cólon ou do intestino delgado A colonoscopia ou a EDA deve ser evitada, se possível.</li> </ul>

**Incomum****◊ Vasculite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>ou coagulopatia presente</p> <p>»<b>marcadores sorológicos (por exemplo, fatores antinucleares [FAN], anticorpo anticitoplasma de neutrófilo [ANCA]):</b> pode ser positiva</p> <p>Um FAN positivo também pode ocorrer com artrite reumatoide, esclerose sistêmica, síndrome de Sjögren, doenças na tireoide, doenças infecciosas crônicas e em pacientes tratados com certos medicamentos como procainamida, hidralazina, isoniazida e clorpromazina.</p>	

**◊ Telangiectasia hemorrágica hereditária**

História	Exame	1º exame	Outros exames
epistaxe; história familiar de telangiectasia hemorrágica hereditária	múltipla telangiectasia nos lábios, cavidade oral, dedos, nariz; pode ter sinais relacionados a complicações de malformações arteriovenosas nos pulmões, fígado, cérebro	<p>»<b>Hemograma completo:</b> hemoglobina geralmente normal ou baixa</p> <p>»<b>plaquetas:</b> geralmente normais</p> <p>»<b>estudos de coagulação:</b> normais; ou coagulopatia presente</p> <p>»<b>endoscopia digestiva alta (EDA):</b> telangiectasia presente no trato gastrointestinal superior</p>	<p>»<b>colonoscopia:</b> telangiectasia presente no trato gastrointestinal inferior</p> <p>As telangiectasias são mais comuns no estômago e no duodeno que no cólon.</p>

## Incomum

## ◊ Telangiectasia hemorrágica hereditária

História	Exame	1º exame	Outros exames
		As telangiectasias são mais comuns no estômago e no duodeno que no cólon.	

## ◊ Síndrome do nevo em bolha de borracha azul

História	Exame	1º exame	Outros exames
várias malformações venosas da pele, frequentemente presentes no nascimento ou diagnosticadas no começo da infância; o sangramento é mais provável em um adulto jovem; melena e hematêmese; fadiga pode estar presente	lesões cutâneas (tumores vasculares azul-escuros protuberantes) podem ser observadas; protuberância esquelética pode estar presente se houver envolvimento ósseo	<p>»<b>Hemograma completo:</b> hemoglobina geralmente normal</p> <p>»<b>plaquetas:</b> geralmente normais</p> <p>»<b>estudos de coagulação:</b> normais; ou coagulopatia presente se houver cirrose hepática</p> <p>»<b>colonoscopia:</b> lesões vasculares azul-escuro protuberantes são observadas no trato gastrointestinal Lesões podem ser observadas em todo o trato gastrointestinal.</p> <p>»<b>endoscopia digestiva alta (EDA):</b> lesões vasculares azul-escuro protuberantes são observadas no trato gastrointestinal Lesões podem ser observadas em todo o trato gastrointestinal.</p>	

**Incomum****◊ Câncer anal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sangramento retal, dor retal ou sensação de massa retal pode estar presente	inspeção da área perianal e exame de toque retal podem revelar a presença da massa anal, linfadenopatia inguinal	» <b>anuscopia</b> : tumor visualizado	» <b>tomografia computadorizada (TC) da pelve</b> : tumor visualizado

**◊ Úlcera retal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sangramento retal; eliminação de muco; esforço durante a defecação; e sensação de evacuação incompleta[19]	o exame geral está geralmente normal	» <b>colonoscopia</b> : variável, incluindo: eritema, úlceras, lesões polipoides O nome é enganoso, pois os pacientes não apresentam tipicamente úlceras solitárias, como o nome indica. Os achados histológicos são característicos, com camada mucosa espessa e distorção da arquitetura da cripta.[20]	

**◊ Varizes retais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sangramento retal indolor em um paciente com história de hipertensão portal	pode revelar sinais de cirrose hepática crônica, como icterícia, ascite, ginecomastia, nevos arâneos, eritema palmar, baqueteamento digital	» <b>colonoscopia</b> : estruturas vasculares estendendo-se em direção proximal à linha dentada A escleroterapia, ligação da banda ou injeção dentro da variz retal de cola acrílica pode ser realizada durante o procedimento	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 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 2018. Todos os direitos reservados.

**Incomum****◊ Varizes retais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		para controle de sangramento.	

**◊ Sangramento pós-polipectomia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sangramento retal indolor após colonoscopia.	os sinais vitais podem indicar sangramento intenso (por exemplo, PA sistólica <115 mmHg, frequência cardíaca >100 bpm); os pacientes podem estar pálidos, se houver anemia, o exame abdominal não contribui para o diagnóstico	» <b>Hemograma completo:</b> hemoglobina geralmente normal; baixa em pacientes com sangramento intenso » <b>plaquetas:</b> geralmente normais; pode haver trombocitopenia » <b>estudos de coagulação:</b> normal » <b>colonoscopia:</b> sangramento ou sinal de sangramento recente no local da polipectomia O sangramento após a polipectomia pode ocorrer em até 3 semanas após o procedimento.	

**◊ Colopatia por anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sangramento retal indolor, história de uso de medicamento AINE	o exame geral está geralmente normal	» <b>colonoscopia:</b> erosões e ulcerações no cólon podem ser observadas A terapia de injeção ou os dispositivos de pinçamento podem ser úteis no controle do sangramento.	

**Incomum****◊ Hemorragia digestiva alta (transporte rápido)**

História	Exame	1° exame	Outros exames
melena e sangramento retal e dor na parte superior do abdome também podem estar presentes;	os sinais vitais podem indicar sangramento intenso (por exemplo, PA sistólica <115 mmHg, frequência cardíaca >100 bpm); sensibilidade epigástrica, hipotensão ortostática, sangramento com maior probabilidade de ser intenso	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>Hemograma completo:</b> hemoglobina normal ou baixa</li> <li>»<b>plaquetas:</b> geralmente normais</li> <li>»<b>exames de coagulação:</b> geralmente normais</li> <li>»<b>endoscopia digestiva alta (EDA):</b> erosões, ulcerações ou vasos de sangramento ativos podem ser observados</li> </ul>	

**◊ Sangramento do local de biópsia de próstata**

História	Exame	1° exame	Outros exames
sangramento retal em poucas horas ou dias após a biópsia de próstata	o exame geral está geralmente normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>colonoscopia:</b> local de sangramento no local de biópsia de próstata</li> <li>O local de sangramento pode ser tratado com injeção de adrenalina ou escleroterapia.</li> </ul>	

**◊ Endometriose**

História	Exame	1° exame	Outros exames
sexo feminino, idade reprodutiva, pode ter uma história de dismenorreia, dor pélvica, dispareunia, infertilidade	sensibilidade no abdome inferior; o exame pélvico pode revelar massa pélvica (endometrioma ovariano), útero fixo e retrovertido ou nodularidade de ligamento uterossacro e sensibilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>colonoscopia:</b> lesões endometrióticas visualizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>ultrassonografia transvaginal (USTV):</b> endometrioma ovariano - ecos homogêneos de baixo nível; endometriose pélvica profunda, como o envolvimento do ligamento uterossacro -espessamento hipoecogênico linear</li> </ul>

# Diretrizes de diagnóstico

## América do Norte

### ACG clinical guideline: management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding

**Publicado por:** American College of Gastroenterology  
**Última publicação em:** 2016

### The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding

**Publicado por:** American Society for Gastrointestinal Endoscopy Standards of Practice Committee  
**Última publicação em:** 2014

## Artigos principais

- Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol.* 1997;92:419-424. [Resumo](#)
- Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Part II: etiology, therapy, and outcomes. *Gastrointest Endosc.* 1999;49:228-238. [Resumo](#)
- Strate LL, Orave EJ, Syngal S. Early predictors of severity in acute lower intestinal tract bleeding. *Arch Intern Med.* 2003;163:838-843. [Resumo](#)
- Strate LL, Syngal S. Timing of colonoscopy: impact on length of hospital stay in patients with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2003;98:317-322. [Resumo](#)
- Pasha SF, Shergill A, Acosta RD, et al.; ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2014;79:875-885. [Texto completo](#) [Resumo](#)

## Referências

1. Rockey DC. Lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology.* 2006;130:165-171. [Resumo](#)
2. Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol.* 1997;92:419-424. [Resumo](#)
3. Schmulewitz N, Fisher DA, Rockey DC. Early colonoscopy for acute lower GI bleeding predicts shorter hospital stay: a retrospective study of experience in a single center. *Gastrointest Endosc.* 2003;58:841-846. [Resumo](#)
4. Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon, a 20th century problem. *Clin Gastroenterol.* 1975;4:3-21. [Resumo](#)
5. Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroentrol.* 1975;4:53-69. [Resumo](#)
6. Astin M, Griffin T, Neal RD, et al. The diagnostic value of symptoms for colorectal cancer in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2011;61:e231-e243. [Resumo](#)
7. Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Part II: etiology, therapy, and outcomes. *Gastrointest Endosc.* 1999;49:228-238. [Resumo](#)
8. Hosking SW, Smart HL, Johnson AG, et al. Anorectal varices, haemorrhoids, and portal hypertension. *Lancet.* 1989;1:349-352. [Resumo](#)
9. Strate LL, Orave EJ, Syngal S. Early predictors of severity in acute lower intestinal tract bleeding. *Arch Intern Med.* 2003;163:838-843. [Resumo](#)

10. Strate LL, Saltzman JR, Ookubo R, et al. Validation of a clinical prediction rule for severe acute lower intestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:1821-1827. [Resumo](#)
11. Wandono, H. Diagnosis and treatment of hematochezia: guideline for clinical practice. *Acta Med Indones.* 2007;39:202-206. [Resumo](#)
12. Barnert J, Messmann H. Management of lower gastrointestinal tract bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22:295-312. [Resumo](#)
13. Strate LL, Syngal S. Timing of colonoscopy: impact on length of hospital stay in patients with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2003;98:317-322. [Resumo](#)
14. Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding: part I: clinical presentation and diagnosis. *Gastrointest Endosc.* 1998;48:606-617. [Resumo](#)
15. Pasha SF, Shergill A, Acosta RD, et al.; ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2014;79:875-885. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Chua AE, Ridley LJ. Diagnostic accuracy of CT angiography in acute gastrointestinal bleeding. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2008;52:333-338. [Resumo](#)
17. Wu LM, Xu JR, Yin Y, et al. Usefulness of CT angiography in diagnosing acute gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2010;16:3957-3963. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. McGuire HH Jr. Bleeding colonic diverticula. A reappraisal of natural history and management. *Ann Surg.* 1994;220:653-656. [Resumo](#)
19. Vaizey CJ, van den Bogaerde JB, Emmanuel AV, et al. Solitary rectal ulcer syndrome. *Br J Surg.* 1998;85:1617-1623. [Resumo](#)
20. Goei R, Baeten C, Janevski B, et al. The solitary rectal ulcer syndrome: diagnosis with defecography. *ACR Am J Roentgenol.* 1987;149:933-936. [Resumo](#)

## 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	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

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

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

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 2018. Todos os direitos reservados.

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

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Praveen Roy, MD**

---

Chief of Gastroenterology

Presbyterian Hospital, Clinical Assistant, Professor of Medicine, University of New Mexico, NM

DIVULGAÇÕES: PR declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Ian Jenkins, MB BS**

---

Specialist Registrar

Division of Surgery, North Glasgow University Hospitals NHS Trust, Glasgow, UK

DIVULGAÇÕES: IJ declares that he has no competing interests.