

PROCTOCOLITE IDIOPÁTICA. FOLLOW-UP (1-13 ANOS) DE 71 DOENTES

PEDRO MARTINS, CARLOS SOARES, AMÉLIA BATISTA

Serviço de Gastroenterologia do Centro Policlínico de Almada. Almada

RESUMO

Foi possível realizar-se follow-up (1-13 anos) de 71 dos 74 doentes com proctocolite idiopática que foram diagnosticadas e/ou tratadas no Serviço de Gastroenterologia do Centro Policlínico de Almada entre 1973 e 1985. O objectivo do estudo foi verificar a história natural da doença e se havia diferenças significativas conforme a extensão da mesma (proctite versus colite). Vinte e dois doentes (31%) tiveram complicações: peri-anais (10% dos casos), locais ou intestinais (24%) e extra-intestinais (28%). Quinze doentes (21% dos casos) tiveram de ser internados pelo menos uma vez e dois deles (3%) foram submetidos a intervenção cirúrgica. Não houve nenhum caso de cancro do recto ou colon nem mortalidade. Na última consulta 58% dos doentes estavam assintomáticos (45% com colite e 75% com proctite). Entre os doentes com colite ulcerosa e os que tinham apenas proctite houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao total de complicações ($p < 0.001$), às complicações locais ($p < 0.01$), às complicações extra-intestinais ($p < 0.05$), à necessidade de internamento hospitalar ($p < 0.001$) e ao facto de estarem assintomáticos aquando da última consulta ($p < 0.05$), confirmando-se assim o prognóstico favorável dos doentes em que apenas o recto é atingido.

SUMMARY

Idiopathic proctocolitis. A follow-up (1-13 years) of 71 patients

Follow-up was possible in 71 of 74 patients with idiopathic proctocolitis diagnosed and/or assisted at the Department of Gastroenterology of the Centro Policlínico de Almada, between 1973 and 1985. The aim of the present study was to verify the natural history of the disease and if there were statistically significant differences depending on the extension of the disease (proctitis versus colitis). Complications were present in 22 patients (31%): peri-anal (10%), local or intestinal (24%) and extra-intestinal (28%). Fifteen patients (21% of the cases) had hospital admission at least once, and 2 of them (3%) were submitted to surgery. No cases of cancer of the colon and rectum were detected and mortality was nil. Forty-one patients (58%) were asymptomatic at the last observation (45% with colitis and 75% with proctitis). There were statistically significant differences between the group of patients with ulcerative colitis and that of proctitis concerning the total number of complications ($p < 0.001$), local complications ($p < 0.01$), extra-intestinal complications ($p < 0.05$), need for hospital admission ($p < 0.001$) and absence of symptoms at the time of last observation ($p < 0.05$), thus confirming a better prognosis of the disease when only the rectum is involved.

INTRODUÇÃO

Depois de termos publicado em 1984 a análise diagnóstica de 53 casos de proctocolite idiopática¹, apresentamos agora o follow-up de 71 casos diagnosticados entre 1973 e 1985 focando vários parâmetros, tais como: complicações, curso clínico, necessidade de internamento hospitalar e de intervenção cirúrgica, mortalidade e estado clínico do doente na última consulta efectuada. Analisamos igualmente os citados parâmetros em relação à extensão da doença (proctite versus colite) para determinar se há diferenças estatisticamente significativas.

Finalmente comparamos os nossos dados com os da literatura internacional verificando-se, em alguns dados, semelhanças marcadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Entre 1973 e 1985 foram observados na Consulta de Gastroenterologia do Centro Policlínico de Almada 74 doentes com o diagnóstico de proctocolite idiopática. Desde o início do estudo os doentes foram incluídos num protocolo prévio com a finalidade de analisar critérios de diagnóstico e evolução a curto e a longo prazo. Num trabalho já publicado¹

analisámos os dois primeiros objectivos. Do protocolo consta a identificação do doente: nome, sexo, idade, morada, telefone, profissão, naturalidade; dados clínicos: rectorragias, diarreia (n.º de dejeções/dia), obstipação, tenesmo rectal, muco, dor abdominal, febre (°C), perda de peso (kg), taquicardia, distensão abdominal, massa abdominal ou outros dados; outras informações tais como: primeira crise ou não, primeiro diagnóstico ou não, duração da crise actual e da doença, se houve tratamento, hospitalização ou cirurgia anterior ou se há história familiar.

No exame proctológico, que inclui rectosigmoidoscopia, anotava-se a presença de fissura, abcesso, fístula e o aspecto da mucosa: granitada, desenho vascular alterado ou ausente, hemorragia de contacto (friabilidade) ou espontânea, úlceras, muco, pus e sangue no lume ou existência de pseudo-polipos ou outras alterações.

As biopsias rectais (histologia) foram observadas por um de nós (A.B.) e anotavam-se vários dados tais como depleção de muco, distensão e abcessos das criptas, atipia epitelial e atrofia da mucosa. Os resultados eram classificados em fortemente sugestivo, sugestivo ou inespecífico.

Para se estudar a extensão da doença fazia-se clister opaco com duplo contraste sempre que não houvesse qualquer contra-indicação. Anotavam-se igualmente vários dados

radiológicos: contorno do colon (esbatido, espiculado), espessamento das pregas, diminuição das haustrações, ulcerações (mais ou menos profundas), distorsão das pregas, pseudopolipos, redução do lume e aspecto tubular, encurtamento das zonas afectadas e aumento do espaço pré-sagrado.

Em caso de suspeita de lesão orgânica (estenose, cancro, pseudopolipo) o doente fazia colonoscopia, técnica esta que se pratica no nosso Serviço desde 1980.

Os exames laboratoriais incluíam: hemograma, plaquetas, velocidade de sedimentação, ureia, ionograma, proteína C reactiva, albumina, fosfatase alcalina, bilirrubina, transaminases, tempo de protrombina, ferro e transferrina, coprocultura e pesquisa de ovos, parasitas e quistos nas fezes (3 dias). Caso fosse necessário ou indicado outras análises eram feitas.

Em relação a complicações extra-intestinais esteve-se particularmente atento a queixas dos doentes nomeadamente articulares (artrite periférica, espondilite anquilosante), muco-cutâneas (eritema nodoso, pioderma gangrenosa, ulcerações aftoides), oculares (uveíte anterior, episclerite), hepáticas (alterações laboratoriais ou histológicas), renais (urolitíase), psíquicas (depressão, ansiedade) ou outras.

Não se fez despiste sistemático de complicações aos doentes assintomáticos mas apenas se estudou e enviou, quando necessário, a especialistas (oftalmologista, dermatologista, reumatologista, psiquiatra, urologista) doentes com sintomas.

Em relação ao tratamento anotava-se se era ambulatório ou hospitalar e se era médico (corticosteroides locais ou sistémicos, salazopirina ou outros) ou cirúrgico (proctocolectomia com anastomose ileo-rectal ou outra) e neste caso se a cirurgia era electiva ou de urgência. O motivo da cirurgia também era indicado: colite fulminante, megacolon tóxico, perfuração, hemorragia grave, *intractabilidade* médica, carcinoma (suspeitado ou confirmado), displasia grave, ou outra causa.

O curso clínico foi classificado em intermitente, contínuo ou assintomático no caso de ter havido apenas um episódio agudo não atribuível a outras causas de colite, nomeadamente infecciosa.

Em caso de falecimento anotava-se a data e a causa que obviamente, podia não ser devido à colite ulcerosa.

No follow-up o doente ia à consulta duas vezes por ano (de 6 em 6 meses) a não ser que a sintomatologia justificasse visitas mais frequentes. Exames endoscópicos, histológicos ou radiológicos só eram feitos caso o quadro clínico o justificasse, a não ser o exame proctológico que era feito, mesmo em pessoas assintomáticas, pelo menos de 2 em 2 anos.

Na última consulta efectuada classificamos os doentes em assintomáticos e sintomáticos, e neste caso, conforme a intensidade dos sintomas (rectorragias, diarreia, dores abdominais, obstipação) em ligeiros, moderados ou graves.

RESULTADOS

Trinta e sete doentes (52% dos casos) eram do sexo feminino, embora haja ligeiro predomínio do sexo masculino quando nos restringimos ao grupo da colite. A doença predomina na década dos 30 e 40 anos (55% dos casos) e cerca de 3/4 dos casos estão dentro das décadas dos 30 aos 50 anos (Quadro 1).

Desde a primeira consulta, o follow-up médio foi de 5,6 anos (limites 1 a 13) sendo mais longo nos casos de colite (Quadro 2).

Segundo a nossa observação inicial, a doença atingia apenas o recto em 30 doentes (42,3% dos casos), a sigmoideia em 23 (32,4%), o colon descendente em 11 (15,5%), o transverso em 4 (5,6%) e o ascendente (colite total) em 3 (4,2% dos casos).

QUADRO 1—Proctocolite idiopática

Sexo e Idade	(1.ª consulta)	
	Colite ulcerosa (n=41)	Proctite hemorrágica (n=30)
Sexo		
Masculino	22 (53.7%)	12 (40.0%)
Idade média	45.0	45.9
limites	30-68	29-69
Feminino	19 (46.3%)	18 (60.0%)
Idade média	42.0	36.3
limites	15-73	4-60
Idade		
< 10 anos	0	1
10+	1	1
20+	3	4
30+	12	8
40+	12	7
50+	7	6
60+	5	3
70+	1	0

QUADRO 2—Proctolite idiopática

Follow-up	(anos)	
	Colite ulcerosa (n=41)	Proctite hemorrágica (n=30)
Desde a 1.ª consulta		
Média	5.7	5.5
Limites	1-13	1-13
Desde o 1.º sintoma		
Média	9.5	6.7
Limites	1-30	1-15

Em dois doentes com proctite (6,7% dos casos) a doença progrediu até à região sigmoideia: um do sexo feminino com 36 anos, 2 anos após o diagnóstico e outro do sexo masculino, com 38 anos e 6 anos após o diagnóstico.

Vinte e dois doentes (31% dos casos) tiveram complicações (Quadro 3): 21 (51,2%) do grupo da colite e apenas 1 (3,3%) do grupo da proctite (p<0.001). Este foi um caso de sacroileite. Dos doentes com colite, 4 (9,8% dos casos) tiveram complicações peri-anais, 10 (24,4%) complicações intestinais (p<0.01) e outros 10 complicações extra-intestinais (p<0.05). Como adiante analisaremos, três doentes tiveram mais do que um tipo de complicações (1 doente do sexo feminino de 23 anos e 2 do sexo masculino com 31 e 36 anos).

A fissura foi a complicação peri-anal mais frequente e apareceu em 4 doentes, 3 dos quais do sexo feminino e em um dos casos também havia fistula peri-anal (Quadro 4).

Os pseudopolipos foram a complicação local mais frequente, tendo aparecido em 8 casos (7 homens e 1 mulher) e detectamos estenoses (benignas) em outros 2 casos (Quadro 5).

Onze doentes tiveram complicações extra-intestinais (15,5% dos casos), embora apenas um deles tivesse proctite. As complicações articulares foram as mais frequentes (7 casos) seguidas das muco-cutâneas (3 casos), oculares e urológicas (2 casos, cada) e hepáticas (1 caso), conforme se pode verificar no Quadro 6.

Conforme já afirmámos atrás, 3 doentes tiveram mais de um tipo de complicações: um do sexo feminino, 23 anos, (11 anos de duração da doença que atingia o colon descendente), com fissura peri-anal e artrite periférica; outro do sexo masculino, 31 anos (15 de duração, colon transversal) com pseu-

QUADRO 3 — Proctolite idiopática

Doentes com Complicações			
Colite ulcerosa	(n=41)	21	(51.2%)
Proctite hemorrágica	(n=30)	1	(3.3%)
Total	(n=71)	22	(31.0%)

QUADRO 4 — Proctolite idiopática. Complicações Peri-anais

Sexo	Idade (anos)	Duração doença	Extensão doença	Complicações peri-anal
Mas.	36	4	Ascendente	Fissura
Fem.	23	11	Descendente	Fissura
Fem.	40	11	Sigmoideia	Fissura
Fem.	50	14	Sigmoideia	Fissura Fístula

QUADRO 5 — Proctolite idiopática. Complicações Locais

Sexo	Idade (anos)	Duração doença	Extensão doença	Complicação local
Mas.	31	15	Transverso	Pseudopolipos
Mas.	36	4	Ascendente	Pseudopolipos
Mas.	37	11	Descendente	Pseudopolipos
Mas.	39	4	Sigmoideia	Estenose
Mas.	48	7	Descendente	Pseudopolipos
Mas.	54	2	Sigmoideia	Pseudopolipos
Mas.	57	11	Transverso	Pseudopolipos
Mas.	63	6	Sigmoideia	Pseudopolipos
Fem.	55	23	Ascendente	Estenose
Fem.	73	2	Descendente	Pseudopolipos

QUADRO 6 — Proctolite idiopática. Complicações Extra-intestinais

Sexo	Idade (anos)	Duração doença	Extensão doença	Complicação extra-intestinal
Mas.	31	15	Transverso	Eritema nodoso Irite
Mas.	33	19	Transverso	Artrite periférica Espondilite anquil Urolitíase
Mas.	40	12	Sigmoideia	Aftas na boca
Mas.	46	12	Sigmoideia	Alteraç. hepáticas
Mas.	51	30	Sigmoideia	Sacroileite Pioderma gangrenosa
Mas.	54	2	Sigmoideia	Urolitíase
Mas.	68	13	Transverso	Espondilite anquil.
Mas.	69	9	Recto	Sacroileite
Fem.	23	11	Descendente	Artrite periférica
Fem.	45	14	Descendente	Episclerite
Fem.	62	7	Sigmoideia	Artrite periférica

dopolipos, eritema nodoso, irite e artrite periférica e finalmente outro do sexo masculino, 36 anos (4 de duração, colite total) com fissura peri-anal e pseudopolipos.

Houve doentes com outras queixas extra-intestinais mas que poderão não ter uma relação directa com a proctocolite nomeadamente artralgias (6 casos), dermite escamosa (1 caso), conjuntivite (2), pielonefrite (1), síndrome depressivo (4 casos), síndrome ansioso (1 caso), diabetes mellitus (4), úlcera duodenal (9 casos), acidente vascular cerebral (2 casos). Apenas queremos salientar o diagnóstico endoscópico de 9 úlceras duodenais (12,7%), 7 das quais em doentes com colite (17%) e o aparecimento de 2 casos de A.V.C. antes dos 40 anos (sexo masculino).

A maior parte dos casos (cerca de 90%) têm tido um curso intermitente e sete (3 com colite e 4 com proctite) tiveram apenas um episódio agudo, mas nestes casos o follow-up é inferior a 2 anos. Um doente com curso clínico contínuo, já atrás citado (sexo masculino, 31 anos, com progressão da extensão da doença para colite total), acabou por ser submetido a intervenção cirúrgica.

Dos quinze doentes que, pelo menos uma vez, tiveram de ser internados nenhum tinha apenas proctite, o que significa que dos doentes com colite 36,6% dos casos foram internados ($p < 0.001$).

Nenhum doente com proctite foi operado mas dois com colite foram-no, ambos do sexo masculino: um com 31 anos com doença contínua, progressiva, estendendo-se do transverso ao ascendente (colite total) com complicações locais e extra-intestinais; outro com 40 anos, com 12 anos de duração da doença que atingia a sigmoideia que num episódio agudo, embora não tendo megalon tóxico ou perfuração, foi considerado candidato a intervenção cirúrgica no decurso de internamento hospitalar.

Na última consulta, 41 doentes (57,7% dos casos) estavam assintomáticos, 19 com colite e 22 com proctite ($p < 0.05$). Dos restantes, a sintomatologia era de intensidade ligeira em 22, moderada em 7 e intensa em apenas 1 caso, de colite, que teve de ser internado (Quadro 7).

QUADRO 7 — Proctolite idiopática

	Sintomatologia (última consulta)	
	Colite ulcerosa (n=41)	Proctite hemorrágica (n=30)
Assintomáticos	19 (46.3%)	22 (73.3%)
Com sintomas	22 (53.7%)	8 (26.7%)
Rectorragias	14	3
Diarreia	10	3
Dor abdominal	3	1
Obstipação	6	3

COMENTÁRIOS

No conjunto dos 71 doentes com proctocolite idiopática (P.C.I.) houve um discreto predomínio do sexo feminino (52%) o que confirma outras casuísticas nacionais^{2,3} mas noutras estatísticas há maior incidência no sexo masculino^{4,5}.

A idade média dos doentes no início da sintomatologia era de 37,5 anos, o que é praticamente igual à observada noutra País⁶. Na altura do diagnóstico predominavam os doentes com idades na década dos 30 e 40 anos (55% dos casos) tal como acontece noutra casuística⁴.

O follow-up médio foi de 5,6 anos desde a primeira vez que foram à nossa consulta e de 8,3 anos desde o sintoma inicial com limites entre os 1-13 anos e 1-30 anos, respectivamente.

Na nossa experiência predominou a forma distal da doença havendo apenas 3 doentes com colite total ao contrário do que aconteceu nas casuísticas baseadas em doentes internados (Quadro 8). Mesmo assim, num País do Leste Europeu quase metade dos doentes apresentavam apenas proctite⁷.

Em dois doentes (cerca de 7%) com proctite a doença progrediu até à sigmoideia: um do sexo feminino (36 anos) 2 anos após o diagnóstico e outro do sexo masculino (38 anos) 6 anos após o diagnóstico. A experiência de outros⁸⁻¹⁰ é a de que esta extensão da inflamação para além do recto ocorre em especial nos primeiros 5 anos e que ao fim de 10 anos ela ocorreu em pelo menos 10% dos doentes.

Vinte e dois doentes (31%) tiveram complicações, sendo de notar que destes apenas um tinha a doença limitada ao recto

QUADRO 8—Proctolite idiopática. Extensão (%)

	Recto	Sigmoideia	Descendente	Transverso	Ascendente
Portugal (1)	43	31	16	6	4
Portugal (2)	21	<	40	>	>
Portugal (3)	41	<	35	<	>
Grécia (4)	15	25	28	10	22
Hungria (6)	14	39	30	2	15
Checoslováquia (7)	45	<	23	<	>
Itália (16)	22	24	<	36	18

() referência bibliográfica

(3%) e dos doentes com colite mais de metade tiveram complicações, sendo esta diferença estatisticamente significativa, o que aliás é confirmado por outros autores^{8,9}.

A fissura de ânus (5,6%) foi a complicação peri-anal mais frequente, o que também é e experiência de outros^{11,12}.

Das complicações locais, os pseudopolipos (11,3%) foram o achado mais frequente, o que é confirmado em quase todas as séries^{4,6,11-13}. A estenose benigna (2,8%) foi mais frequente do que numa série¹¹ mas menos do que noutras^{12,13}.

Não diagnosticamos qualquer cancro do colon ou recto, experiência que é semelhante a vários autores do Continente Europeu^{2-5,7,11} mas um pouco diferente de autores britânicos^{12,14}.

As complicações articulares (artrite periférica, espondilite anquilosante e sacro-íleite), que apareceram em 10% dos casos foram a complicação extra-intestinal mais frequente tal como é habitual noutras séries^{2,3,11,15}. A única complicação que ocorreu num paciente com proctite foi, precisamente, uma complicação articular (sacro-íleite).

As alterações cutâneas (2,8%), nomeadamente o eritema nodoso e o pioderma gangrenoso, apareceram em percentagem bem inferior à de outros AA^{13,15}, mas mesmo assim superior à de uma grande casuística¹¹. As ulcerações aftoides da mucosa oral (1,4%) foram duas vezes mais frequentes do que na citada casuística¹¹, mas mais raras em relação a outras^{3,13,15}.

A irite e a episclerite apareceram em 2,8% dos casos, o que é superior à percentagem citada pela O.M.G.E.¹¹

Um doente (1,4% dos casos) tinha alterações laboratoriais e ecográficas compatíveis com o diagnóstico de esteatose hepática mas recusou submeter-se a biopsia hepática, talvez por estar assintomático. As complicações hepáticas costumam verificar-se entre 2 e 7% dos casos^{2,11,13,15}.

A urolitíase apareceu em 2,8% dos doentes, o que é um pouco menos frequente do que a experiência de outros AA^{13,15}.

Há complicações a que nem todos os AA atribuem ligação estreita com a P.C.I. De qualquer modo merecem ser mencionados: artralguas (6 casos), síndrome depressivo (4 casos), conjuntivite (2 casos), dermite escamosa (1 caso) e síndrome ansioso (1 caso).

Nove doentes (12,7% dos casos) tiveram úlcera duodenal com diagnóstico endoscópico, e se considerarmos apenas os doentes com colite essa percentagem eleva-se para 17% (7 doentes), o que não é habitualmente descrito. Também mencionamos dois doentes do sexo masculino com idade inferior a 40 anos que tiveram A.V.C. (acidente vascular cerebral).

Tal como é geralmente descrito a P.C.I. tem um curso clínico intermitente e na nossa casuística apenas um doente teve curso clínico contínuo, tendo sido operado. Cerca de 10% dos pacientes tiveram apenas um episódio agudo mas em qualquer dos casos o follow-up não é superior a 2 anos.

Quinze doentes (21,1%) tiveram de ser internados, pelo menos uma vez, devido a episódios de intensidade moderada ou grave, percentagem um pouco inferior à de outra casuís-

tica nacional³. De frisar que nenhum doente com proctite teve de ser internado.

Apenas dois doentes (2,8% dos casos) foram submetidos a intervenção cirúrgica: um por doença contínua incapacitante e outro por episódio agudo grave que parece não ter cedido a terapêutica médica nos primeiros dias de internamento. Esta experiência é muito semelhante à verificada no Norte de Portugal³ embora estes números sejam inferiores a outros que se baseiam em casuísticas hospitalares e que, mesmo assim, variam entre os 4 a 15% dos casos^{4,6,7,16}.

Na última consulta os doentes estavam assintomáticos em 58% dos casos, tinham sintomas ligeiros em 31%, moderados em 10% e intensos em 1% dos casos. Na casuística da O.M.G.E.¹¹ estes números são de 53%, 37%, 0% e 4% respectivamente.

CONCLUSÕES

Dos 71 doentes com proctolite idiopática vinte e dois doentes (31%) tiveram complicações: peri-anais (10% dos casos), locais (24%) e extra-intestinais (28%).

Três doentes (4%) tiveram mais de um destes tipos de complicação.

O diagnóstico endoscópico de úlcera duodenal foi feito em 9 doentes (13% dos casos).

O curso clínico foi intermitente (por crises e remissões) em 89% dos casos.

Quinze doentes (21%) tiveram de ter internamento hospitalar pelo menos uma vez e dois deles (3%) tiveram de ser submetidos a intervenção cirúrgica.

Na última consulta estavam assintomáticos 41 doentes (58%). Dos restantes a sintomatologia era ligeira em 31%, moderada em 10% e intensa num caso.

Não houve nenhum caso de cancro do recto ou colon nem houve mortalidade.

Entre os doentes com colite ulcerosa e os que tinham apenas proctite houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao total de complicações ($p < 0.001$), às complicações locais ($p < 0.01$), às complicações extra-intestinais ($p < 0.05$), à necessidade de internamento hospitalar ($p < 0.001$) e ao facto de estarem assintomáticos aquando da última consulta ($p < 0.05$), confirmando-se assim o prognóstico favorável dos doentes em que apenas o recto é atingido.

BIBLIOGRAFIA

- MARTINS P.B., FERREIRA J.S. E SOARES C.S.: Proctolite Hemorrágica. Análise de 53 casos. Revista da Soc Med Hosp Dist Z S 1984; 2: 25-28.
- CORREIA J.P., AREIAS E.: Doenças Inflamatórias Intestinais. In J Pinto Correia (ed). Gastroenterologia, Fundação Calouste Gulbenkian 1986; pp 241-262.
- VELOSO F.T., FRAGA J. E CARVALHO J.: Inflammatory Bowel Disease in Oporto. Scand J Gastroenterol 1989; 24 suppl em publicação.

4. THEODOROPOULOS G.: Chronic Inflammatory Bowel Disease in Greece. In FT de Dombal, J Myren, IAD Bouchier and G Watkinson (ed). Inflammatory Bowel Diseases, Oxford University Press 1986; pp 377-379.
5. COTTONE M., MALIZIA G. E PAGLIARO L.: Inflammatory Bowel Diseases (IBD) in Sicily. In FT de Dombal, J Myren, IAD Bouchier and G. Watkinson (ed). Inflammatory Bowel Diseases, Oxford University Press 1986; pp 383-384.
6. GÁBOR G.P., NAGY G., ÚJSZÁSZY L. et. al.: Inflammatory Bowel Diseases in County Barsod, Hungary: a 20 year survey. In FT de Dombal, J Myren IAD Bouchier and G Watkinson (ed). Inflammatory Bowel Diseases, Oxford University Press 1986; pp 365-373.
7. MARATKA Z., NEBDAL J., KOCIÁNOVÁ J. et. al.: Inflammatory Bowel Diseases in Czechoslovakia. In FT de Dombal, J Myren, IAD Bouchier and G Watkinson (ed). Inflammatory Bowel Diseases, Oxford University Press 1986; pp 361-364.
8. FARMER R.G.: Long Term Prognosis for Patients with Ulcerative Proctosigmoiditis (Ulcerative Colitis Confined to the Rectum and Sigmoid Colon). J Clin Gastroenterol 1979; 1: 47-50.
9. LENNARD-JONES J.E., COOPER G.W., NEWELL A.C. et. al.: Observations on Idiopathic Proctitis. Gut 1962; 3: 201-206.
10. POWELL-TUCK J., RITCHIE J.K. AND LENNARD-JONES J.E.: The Prognosis of Idiopathic Proctitis. Scand J Gastroent 1977; 12: 727-732.
11. MYREN J., BOUCHIER A.D., WATKINSON G. et. al.: The OMGE Multinational Inflammatory Bowel Diseases Survey: a report on 2657 cases. In FT de Dombal, J Myren, IAD Bouchier and G Watkinson (ed). Inflammatory Bowel Diseases, Oxford University Press 1986; pp 303-359.
12. GOLIGHER J.C., DE DOMBAL F.T., WATTS J.M. AND WATKINSON G.: Ulcerative Colitis 1968. Bailliere Tindall, London.
13. EDWARDS F.C. AND TRUELOVE S.C.: The Course and Prognosis of Ulcerative Colitis. III—Complications. Gut 1964; 5: 1-15.
14. IDEM IV Carcinoma. Gut 1964; 5: 15-22.
15. GREENSTEIN A.J., JANOWITZ H.D. AND SACHAR D.B.: The Extra-Intestinal Complications of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: a study of 700 patients. Medicine 1976; 55: 401-412.
16. BIANCHI P.A., CASTAGNONE D., PIODI L. et. al.: Inflammatory Bowel Diseases in Italy. In FT de Dombal, J Myren, IAD Bouchier and G Watkinson (ed). Inflammatory Bowel Diseases, Oxford University Press 1986; pp 380-382.

Pedido de Separatas:
 Pedro Martins
 Rua Filipe Folque, 9-1º
 1000 Lisboa