
COLITE ULCERATIVA E GRAVIDEZ. RELATO DE TRÊS CASOS

QUINTINO DO N. CAVICHINI, ASBCP
ALBINO VIEIRA BRUM
FRANCISCO DE ASSIS RABELLO ALONSO
PEDRO ALBERTO VIDAL ANDERSON
RENAM CATHARINA TINOCO

CAVICHINI QN, BRUM AV, ALONSO FAR, ANDERSON PAV, TINOCO RC – Colite ulcerativa e gravidez: relato de três casos.

RESUMO: A associação da colite ulcerativa com a gestação sempre foi temida devido às intercorrências que a enfermidade poderia causar sobre a gestação e vice-versa. Após revisão da literatura, foi observado que os riscos materno-fetais existem e podem ser alterados pela atividade da doença na concepção, mas também que esses riscos são mínimos, desde que haja um rigoroso controle clínico da doença, acompanhado de uma cuidadosa evolução da gestação. Três casos de associação da colite ulcerativa com a gravidez são descritos. A evolução das gestações foi satisfatória, e apenas em um caso houve um abortamento espontâneo. Os fetos nasceram bem, sem anormalidades congênitas.

UNITERMOS: colite ulcerativa; gravidez

A colite ulcerativa, assim como a doença de Crohn, que são entidades nosológicas classificadas no grupo das doenças intestinais inflamatórias, são enfermidades graves, de etiologia obscura, evolução imprevisível e tratamento controverso. Acomete comumente pacientes jovens, em fase reprodutiva e que anseiam ter filhos.

Poucos relatos da interação da colite ulcerativa com a gestação têm sido observados em nossa literatura, seja pela raridade da associação ou pelo obscurecimento da sintomatologia da enfermidade em uma gestação bem conduzida.

Se a presença de colite ulcerativa em não grávidas pode causar sérios problemas, a associação dessa enfermidade,

que compromete o estado geral, com a gestação, sempre foi temida, devido aos possíveis efeitos adversos que poderiam causar tanto à mãe quanto ao feto.

Atualmente, entretanto, há suficiente experiência com a colite ulcerativa associada à gestação, e relatos recentes têm citado que essa interação afeta muito pouco a taxa de mortalidade e morbidade materno-fetal, mas que um pequeno aumento do risco de vida fetal pode existir quando a gravidez se inicia durante uma fase de atividade da doença ou quando a colite ulcerativa se inicia com a gestação^{1, 2}.

Relato dos casos

De março de 1983 a julho de 1985, tivemos a oportunidade de observar e tratar três portadoras de colite ulcerativa, que tiveram a enfermidade associada à gestação. Segundo a classificação de *Abramson* e cols.³, as pacientes se encontravam no grupo III (duas pacientes) e no grupo IV.

Caso 1

Paciente de 21 anos, branca, casada, do lar, natural de Itaperuna – RJ.

Internou-se no H.S.J.A. em 9/3/83 com queixas de dor abdominal e diarreia mucopiossanguinolenta, com mais de 10 evacuações diárias, há dois meses. Paciente emagrecida, referindo perda acentuada de peso há um mês. Referiu amenorréia de três meses, com teste de gravidez positivo. D U M = 9/12/82. D P P = 16/9/83. Gesta = I. Para = 0. Aborto = 0. Ao exame físico apresentava mucosas hipocoradas, escleróticas anictéricas, ausência de adenopatia cervical, axilar ou inguinal. Aparelho respiratório e cardiovascular sem anormalidades. Abdômen flácido, doloroso à palpação do flanco e fossa ilíaca esquerda. Presença de edema de membros inferiores (3 cruzes/4). Exame laboratorial no dia 9/3/83: Hm = 3.740.000 mm³; Hb = 10,3%;

Trabalho realizado no Hospital São José do Avaí (HSJA) – Itaperuna – RJ

Aceito para publicação em
15 de março de 1987

Ht = 32%; leucometria = 5.800 mm^3 ; metamielócitos = 2; bastões = 39; proteínas totais = 5,0 g%; albumina = 2,9 g%; globulinas = 2,1 g%; V H S 1ª hora = 76 mm e na 2ª hora = 112 mm. Realizada retossigmoidoscopia e biopsia no dia 16/3/83, observando-se presença de secreção mucopiossanguinolenta na luz retal; mucosa retal friável com granularidade grosseira e perda do padrão vascular e sangramento fácil ao contato com o aparelho; ulcerações na mucosa retal. Resultado do exame histopatológico = colite ulcerativa.

Cateterismo de veia jugular interna foi realizado no dia 16/3/83, colocando-se a paciente em nutrição perenteral até 21/3/83. Foi associada medicação sintomática (anti-diarréicos, antispasmódicos) e específica (hidrocortisona, sulfasalazina), além de benzodiazepínicos, cimetidina, antiácidos e ampicilina. Houve melhora do quadro clínico e a paciente teve alta hospitalar em 26/3/83.

Em 19/4/83 a paciente foi reinternada com queixas de dor abdominal intensa no hipogástrio e metrorragia. Apresentava-se com o útero aumentado de volume, a 6 cm da sínfise púbica. O exame ginecológico foi doloroso, com colo uterino dilatado e metrorragia. A ultra-sonografia pélvica realizada em 19/4/83 diagnosticou morte fetal (feto com 2,5 cm de diâmetro). A paciente foi submetida à curetagem uterina e teve alta hospitalar em 24/4/83.

Dia 12/5/83 foi novamente internada com quadro de diarréia mucopiossanguinolenta e dor abdominal, sendo submetida a clister opaco (Fig. 1).

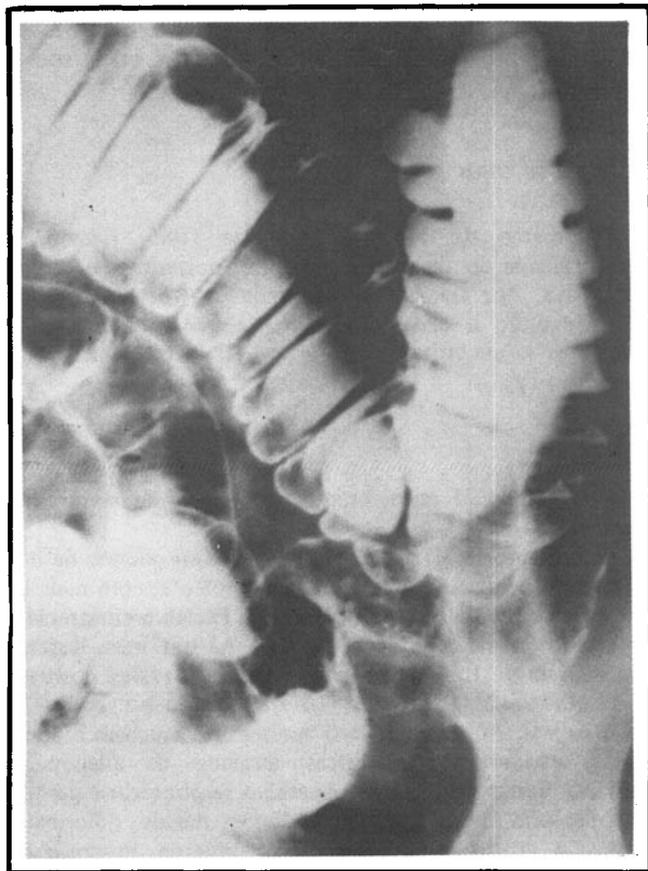


Fig. 1 - Clister opaco. Granularidade grosseira no cólon.

De 31/5/83 a 18/6/83, a paciente esteve internada devido a recidiva da colite ulcerativa e foi necessário nutrição parenteral até 14/6/83. A alta hospitalar ocorreu em 18/6/83.

Recaída da doença intestinal ocorreu em 13/4/84, sendo reinternada e submetida a clister opaco (Fig. 2) para avaliar a evolução da enfermidade.

Em 25/10/84 procurou o serviço de Ginecologia do H.S.J.A. relatando amenorréia de 45 dias, com teste de gravidez positivo. D U M = 5/9/84; D P P = 12/6/85. A evolução durante a gestação foi satisfatória, não havendo recidiva da enfermidade. Durante os três primeiros meses de gestação, a paciente foi mantida sob rigoroso controle clínico e obstétrico. Dia 12/6/85 foi submetida a cesariana, devido à parada de progressão do trabalho de parto, nascendo um feto vivo, do sexo feminino, com 3.700 gramas, sem qualquer anormalidade congênita. No pós-parto, a paciente foi controlada cuidadosamente para evitar recidiva da colite ulcerativa.

Caso 2

Paciente de 30 anos, branca, casada, professora, natural de Natividade, RJ. No dia 25/7/83 a paciente internou-se com queixas de dor abdominal e diarréia mucopiossanguinolenta, com mais de 10 evacuações diárias. Referia história de 2 anos de enterorragia leve, que se iniciou 15 dias após o nascimento de seu segundo filho. Há um ano

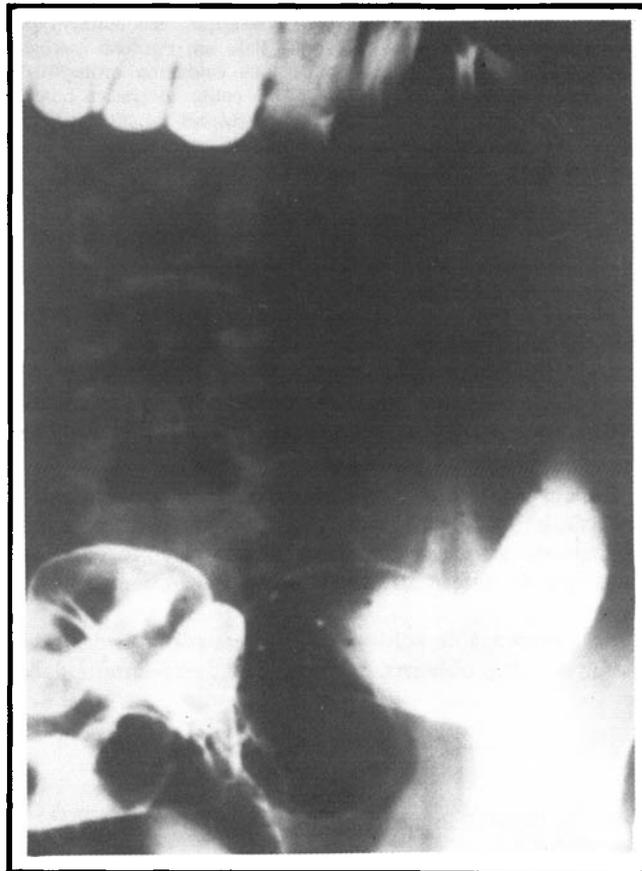


Fig. 2 - Clister opaco. Granularidade fina no cólon.

notou o aparecimento de fístula anal. História obstétrica: Gesta = II; Para = II; Aborto = 0; gestações normais, sem intercorrências; fetos vivos, sem anormalidades congênitas. Ao exame físico apresentava-se emagrecida, mucosas normocoradas, escleróticas anictéricas, ausência de comprometimento ganglionar cervical, axilar ou inguinal. Aparelho respiratório e cardiovascular normais. Abdômen flácido, doloroso à palpação do flanco e fossa ilíaca esquerda. Exame proctológico realizado em 4/8/83 revelou: fístula anal no quadrante anterior esquerdo, com saída de fezes e secreção purulenta, plicomas residuais; o toque retal constatou subestenose retal a aproximadamente 4 cm da margem anal e a anoscopia confirmou subestenose retal; na retossigmoidoscopia, observou-se perda do padrão vascular normal do reto, mucosa de aspecto granular grosseiro, com áreas de ulcerações e sangramento fácil ao contato com o aparelho. Feito biopsia retal, com resultado histopatológico confirmando o diagnóstico de colite ulcerativa. Exames laboratoriais foram realizados em 26/7/83. À medicação sintomática associou-se sulfasalazina, corticosteróides, antiácidos e cimetidina. Tem sido feito acompanhamento periódico desta paciente para evitar qualquer recidiva grave da colite ulcerativa.

Caso 3

Paciente de 37 anos, branca, casada, professora, natural de Natividade, RJ. Com queixas de dor abdominal em cólicas e diarreia mucopiossanguinolenta, com mais de oito evacuações por dia, a paciente foi internada em 29/7/85. A diarreia mucopiossanguinolenta tinha evolução de 6 meses, melhorando com o uso de antispasmodicos e antidiarréicos, mas há um mês não houve melhora do quadro diarréico com o uso desta medicação. A paciente estava no 8º mês gestacional; Gesta = II; Para = I; Aborto = 0; D U M = 22/11/84; D P P = 29/8/85. A primeira gestação transcorreu sem anormalidades e o feto nasceu sem problemas congênitos. Exame físico = mucosas normocoradas; escleróticas anictéricas; gânglios cervicais, axilares e inguinais sem comprometimento; edema de membros inferiores (3 cruzes/4). Aparelho respiratório e cardiovascular normais. Abdômen gravídico, doloroso à palpação do flanco e fossa ilíaca esquerda. Exame proctológico realizado em 31/7/85 revelou: plicomas residuais, trombose hemorroidária externa em fase de absorção do coágulo; toque retal doloroso; hemorroidas II grau; a retossigmoidoscopia mostrou mucosa retal com aspecto granular grosseiro, perda do padrão vascular normal do reto, sangramento fácil do reto em contato com o aparelho. Realizada biopsia retal, com diagnóstico histopatológico de colite ulcerativa. Tratamento sintomático associado a corticoterapia e ácido 5-amino-salicílico (supositórios) foi administrado. No dia 4/8/85 teve alta hospitalar.

Em 7/8/85 reinternou com fortes metrossístoles, colo uterino dilatado para 4 cm, feto cefálico, rítmico. Foi submetida a cesariana iterativa, nascendo um feto vivo, sem anormalidades congênitas. A paciente foi submetida a esterilização tubária, como era de sua vontade e teve alta hospitalar em 13/8/85. Seguimento periódico tem sido feito.

COMENTÁRIOS

Durante muito tempo a associação da colite ulcerativa, enfermidade agressiva ao estado geral da paciente, com gravidez, foi temida pelo risco de algum efeito nocivo materno e/ou fetal, já que havia relatos de que essa associação aumentava de modo surpreendente as taxas de morbidade e mortalidade materno-fetais, sendo essas taxas proporcionais à gravidade da doença^{1, 3, 4}. O receio era tão extremo que alguns autores desaconselhavam a gestação em pacientes com colite ulcerativa, e até mesmo indicavam um abortamento terapêutico. Entretanto, posteriormente, começaram a observar que negar a uma paciente jovem o direito de conceber era uma sentença por demais pesada, que causava um trauma psicológico sério^{1, 3, 4, 5}.

Após estudarem pacientes com colite ulcerativa, Abramson e cols.³ idealizaram uma classificação que melhor analisava a interação gravidez/colite ulcerativa. Devido a sua validade, esta classificação vem sendo usada também na associação gravidez/doença de Crohn^{1, 3, 4, 6}. A classificação de Abramson e cols.³ consta de quatro grupos: grupo I - pacientes com antecedentes de colite ulcerativa, com a gravidez iniciando numa fase inativa da doença; grupo II - pacientes com antecedentes de colite ulcerativa, com a gravidez iniciando numa fase ativa da doença; grupo III - colite ulcerativa iniciando durante a gravidez; grupo IV - colite ulcerativa iniciando durante o puerpério. Há ainda a citação de um grupo V - gravidez após a cirurgia para tratar a colite ulcerativa. Entretanto, a classificação original de Abramson e cols.³ é a mais aceita^{1, 4, 6}.

Utilizando a classificação de Abramson e cols.³, para avaliar a evolução da interação colite ulcerativa e gravidez, podemos observar que:

No grupo I, a doença pode sofrer recidiva em 25% a 50% dos casos, ou no primeiro trimestre ou, menos freqüentemente, no puerpério; pode ocorrer abortamento espontâneo e a recidiva grave freqüentemente determina indução do trabalho de parto.

No grupo II, o curso da colite ulcerativa pode piorar em 30% a 100% dos casos, particularmente no primeiro trimestre e pequeno número de pacientes pode apresentar melhora.

No grupo III, a sintomatologia inicial freqüentemente aparece no primeiro trimestre; a recidiva, durante ou após o parto, pode ser moderadamente grave, e a mortalidade materna é comumente elevada.

No grupo IV, freqüentemente a doença se inicia de forma muito grave; a mortalidade materna é alta e as recidivas em gestações posteriores são comuns.

A colite ulcerativa não causa alteração na fertilidade das pacientes, como foi sugerido há algumas décadas³. Pode-se estimar que 40% das pacientes, com idade inferior a 45 anos, podem conceber sem problemas, o que confirma as séries de Banks e cols.⁶, de De Dombal e cols.¹ e de MacDougall², que encontraram, respectivamente, taxas de 41%, 31% e 49% de gravidez em mulheres com colite ulcerativa.

Willoughby e cols.⁷ relataram uma experiência de duas décadas com 147 mulheres com colite ulcerativa, com 216

gestações. Neste estudo observaram que 81% das pacientes conceberam pelo menos uma vez, com 6,8% de pacientes inférteis involuntariamente. Relataram que o resultado total de gestações foi similar à população geral. A diminuição da fertilidade nas portadoras de colite ulcerativa é explicada por um decréscimo na libido ou por falta de interesse de conceber, devido ao receio de uma exacerbação grave da enfermidade⁸.

O receio de uma exacerbação da doença durante ou após a gravidez tem fundamento, já que no primeiro trimestre gestacional e no puerpério, as recidivas podem ocorrer; entretanto, do 4.º mês gestacional até o parto, a enfermidade permanece inativa. Esta fase de remissão da colite ulcerativa durante a gestação se deve ao aumento dos estrógenos, progestágenos e corticosteróides, a partir do segundo trimestre gestacional, o que mantém a doença estacionária. Entretanto, no pós-parto há uma queda nos níveis hormonais, com recidiva da doença, que pode ser tão grave de modo a causar óbito materno^{1, 4}.

Existem relatos de que uma possível melhora no estado psicológico materno durante a gestação é que manteria a doença em remissão, porém a grave exacerbação puerperal contraria esta hipótese, pois com o nascimento do bebê a mãe deveria manter ou mesmo melhorar seu estado psicológico, impedindo uma recidiva da doença^{1, 4}.

Crohn e cols.⁴ relataram taxas de 75% e 55% de recidivas da colite ulcerativa quando as pacientes engravidaram durante as fases ativa e inativa da doença, respectivamente. Mc Ewan, citado por Zetzel⁸, relatou taxas de 45% e 16% de recidivas da enfermidade em gestantes que conceberam durante a atividade e inatividade, respectivamente, da doença.

Abramson e cols.³ relataram uma experiência de 46 gestações em 33 mulheres com colite ulcerativa. Em nenhum caso houve melhora da enfermidade durante a gestação, ou remissão da colite ulcerativa no puerpério; ao contrário, houve exacerbação da doença em 64,9% das 37 gestações dos grupos I e II.

Os efeitos adversos da gravidez sobre a colite ulcerativa estavam fundamentados no fato de que não se comparava a taxa de exacerbação da doença em grávidas com colite ulcerativa com a das não grávidas com a mesma doença, durante um período de um ano, ou seja, fase em que a colite ulcerativa das gestantes sofria mais comumente recidivas graves. De Dombal e cols.¹ fizeram essa comparação e encontraram uma diferença mínima entre as taxas de exacerbação das pacientes com colite ulcerativa grávidas e não grávidas.

A colite ulcerativa causa mínimos efeitos adversos sobre a gestação, pois a taxa de crianças normais, a termo, que nascem de portadoras de colite ulcerativa, é elevada. Contudo, há relatos de que quando a doença começa com a gravidez há um aumento da mortalidade fetal, principalmente no primeiro trimestre gestacional, quando a doença está ativa, podendo haver abortamento espontâneo. Atualmente, o prognóstico é melhor devido ao maior conhecimento da doença.

A indicação de um abortamento terapêutico em pacientes com colite ulcerativa tem causado polêmica. Alguns autores¹ não acham justificável a interrupção da gravidez, preferindo mantê-la mesmo que a doença sofra recidiva

grave; outros^{3, 4} acham que um abortamento terapêutico é necessário quando há uma exacerbação ou início grave da doença no primeiro trimestre, com ameaça à vida materna. Crohn e cols.⁴ citaram que a doença de Crohn, ao contrário da colite ulcerativa, não constitui indicação para um abortamento terapêutico. Observaram que na doença de Crohn do intestino delgado a evolução da gravidez era bem mais favorável que a das pacientes com colite ulcerativa ou colite de Crohn.

Desde que não haja ameaça à vida materna, a portadora de colite ulcerativa que esteja gestando deve ser tratada sintomaticamente para que a gestação vá a termo, cuidando-se tanto da enfermidade quando do binômio mãe-feto^{5, 9, 10}. Se no primeiro trimestre gestacional não houve melhora da doença com o uso de medicação específica, e ocorrendo agravamento das condições gerais da gestante com ameaça à sua vida, a possibilidade de um abortamento terapêutico deve ser cogitada^{3, 4}.

Repouso relativo ou absoluto, dependendo da gravidade da enfermidade; dieta hipercalórica, hiperprotéica e com poucos resíduos; suplementação vitamínica, de cálcio e ferro, devem ser usadas para melhorar as condições gerais da gestante com colite ulcerativa. Em alguns casos recomenda-se psicoterapia de apoio^{3, 4}.

O uso de corticoterapia em não grávidas com colite ulcerativa incentivou a administração dessa terapia em pacientes grávidas com a doença. Teoricamente, a corticoterapia durante a gestação pode causar supressão da secreção de ACTH, causando deficiência de glicocorticóides no feto; mas na prática isto não ocorre⁸. Observou-se que a utilização de corticosteróides em gestantes tem pouco efeito sobre a mãe, mas a morbidade e mortalidade fetais podem aumentar¹⁰.

Bongiovanni e Mc Padden, citados por Zetzel⁸, após revisarem 280 gestações em que a cortisona ou um de seus derivados foram usados, observaram 9,3% de anormalidades fetais. A insuficiência placentária, que não deixa haver um desenvolvimento normal do feto ou que pode causar uma hipóxia aguda no parto, tem sido citada como a principal causa do aumento do risco fetal¹⁰. Um estudo realizado por Warrel e Taylor¹⁰ comparando 30 pacientes (34 gestações) que usaram prednisolona (2,5 a 30 mg por dia) com um grupo similar de pacientes com as mesmas doenças mas que não fizeram uso da droga, constatou que em 18 pacientes que usaram o medicamento houve aumento do risco fetal. Se for observado em pacientes que estão usando corticosteróides uma diminuição da excreção urinária de estrógenos, deve ser pesquisada a possibilidade de morte fetal iminente, crescimento fetal retardado ou toxemia⁸.

Corticosteróides devem ser usados como medicamento de ataque e manutenção no puerpério, para evitar grave recidiva da doença, já que os níveis de cortisol caem subitamente no puerpério. O uso da droga nos três primeiros meses do puerpério deve ser rigoroso, pois é a época das recidivas mais graves; posteriormente, a droga deve ser retirada gradualmente^{1, 9, 11}.

A sulfasalazina em doses convencionais, devido a sua capacidade de atravessar a barreira placentária, pode causar kernicterus, o que induz a sua não indicação durante os primeiros três meses de gravidez. A droga,

apesar de ter efeitos colaterais, é bem tolerada, melhor que os corticosteróides^{8, 11}. Apenas Schinagle, citado por Zetzel⁸, relatou um caso de malformação congênita com a sulfasalazina. Mogadan e cols.¹¹ compararam a segurança do uso de corticosteróides e sulfasalazina em 133 pacientes com colite ulcerativa que não receberam qualquer droga e 172 pacientes com a doença que foram tratados com uma ou ambas as drogas, e observaram que a frequência de recém-natos de baixo peso, prematuridade, abortamento espontâneo, natimortalidade e icterícia grave foi significativamente menor em ambos os grupos de gestantes com colite ulcerativa, tratadas ou não com os medicamentos, quando comparados com a taxa desses acontecimentos na população geral. Nenhum aumento na frequência de desenvolvimento de anormalidades congênitas foi observado.

O tipo de parto que deve ser recomendado em gestantes com colite ulcerativa tem causado polêmica entre os obstetras, entretanto o método de parturição da grávida enferma não difere do indicado na grávida não enferma. A episiotomia em pacientes com colite ulcerativa e complicações anorretais deve ser evitada, pois pode ocasionar uma fistula reto-vaginal persistente. Quando a paciente não tem complicações anorretais e é submetida a episiotomia, a demora na cicatrização da ferida perineal é comum^{4, 9, 12}. Scudamore e cols.¹³ relataram a realização de 13 partos vaginais em 18 gestações de 12 mulheres submetidas a ileostomia por colite ulcerativa, sem qualquer problema quanto à evolução e execução dos partos.

A proctocolectomia com ileostomia não é contra-indicação para a gestação, nem tem efeito prejudicial à concepção ou à evolução da gravidez; o que ocorre com frequência são complicações cirúrgicas transitórias - prolapso da ileostomia, obstrução intestinal devido ao crescimento uterino, ou dificuldades durante o parto vaginal por causa da fibrose perineal^{3, 5, 6, 12, 13}. Scudamore e cols.¹³ relataram sete gestações em cinco pacientes que foram submetidas a cirurgia, com duas suboclusões intestinais e três casos de demora na cicatrização da episiotomia. Bands e cols.⁶ relataram nove gestações em cinco pacientes operadas com apenas um caso de disfunção da ileostomia. Nas 107 gestações das 72 gestantes vistas por De Dombal e cols.¹, seis pacientes engravidaram após proctocolectomia e ileostomia.

É incomum a utilização de cirurgia radical durante a gestação, pois ocorre uma remissão da enfermidade entre o 4.º mês gestacional e o parto, mas se houver uma recidiva grave da doença, a remoção do segmento intestinal comprometido com a realização de uma ileostomia, ou somente uma ileostomia, podem ser necessários¹².

Portanto, a associação da colite ulcerativa com a gravidez é um assunto por demais controverso, necessitan-

do ainda de um criterioso estudo. Os esforços para encontrar um consenso comum para agrupar todos os aspectos discutidos dessa associação têm sido contínuos.

CAVICHINI QN, BRUM AV, ALONSO FAR, ANDERSON PAV, TINOCO RC - Ulcerative colitis and pregnancy: three cases reported.

SUMMARY: The association of ulcerative colitis and pregnancy has been always feared due to the risks which could emerge from the interference of the disease over pregnancy and vice-versa. A revision of the literature confirms this possibility but there is evidence that the risks involved may be minimal, provided an accurate clinical control of the disease is done in parallel with a careful follow-up of pregnancy. Three cases of the association are described. The course of pregnancy has been satisfactory with a sole case of spontaneous abortion. No congenital anomalies were observed.

KEY - WORDS: ulcerative colitis; pregnancy

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Pombal FT, Watts JM, Watkinson G, Goligher JC. Ulcerative colitis and pregnancy. *Lancet* 1965; 2: 599.
2. MacDougall I. Ulcerative colitis and pregnancy. *Lancet* 1956; 2: 641.
3. Abramson S, Jankelson IR, Milner LR. Pregnancy in idiopathic ulcerative colitis. *Am J Obstet Gynecol* 1951; 61: 121.
4. Crohn BB, Yarnis H, Crohn EB, Walter RI, Gabrilove LJ. Ulcerative colitis and pregnancy. *Gastroenterology* 1956; 30: 391.
5. Goligher JC. Colitis ulcerosa. In *Cirurgia del ano, recto y colon*. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1979.
6. Banks BM, Korelitz BI, Zetzel L. The course of nonspecific ulcerative colitis: review of twenty years' experience and late results. *Gastroenterology* 1957; 32: 983.
7. Willoughby CP, Truelove SC. Ulcerative colitis in pregnancy. *Gastroenterology* 1980; 78: 1291.
8. Zetzel L. Fertility, pregnancy and idiopathic inflammatory bowel disease. In Kirsner JB, Shorter RG: *Inflammatory bowel disease*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1980.
9. Greenhill JP, Friedman EA. Perturbações intestinais. In *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976.
10. Warrel DW, Taylor R. Outcome for the fetus of mother receiving prednisolone during pregnancy. *Lancet* 1968; I: 117.
11. Mogadan M, Dobbins WC, III, Korelitz BI. The safety of corticosteroids and sulfasalazine in pregnancy associated with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1980; 78: 1224.
12. Priest FO, Gilchrist RK, Long JS. Pregnancy in the patient with ileostomy and colectomy. *JAMA* 1959; 169: 213.
13. Scudamore HH, Rogers AG, Bargin JA, Banner EA. Pregnancy after ileostomy for chronic ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1957; 32: 295.

Endereço do Autor:
Quintino do N. Cavichini
Rua Dez de Maio, 623
28300 - Itaperuna - RJ