



Capítulo 3

ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA: ABORDAGEM CLÍNICA-CIRÚRGICA

MARIA FERNANDA IZAIAS NOVAIS¹
VÂNDERSON LUIS DE FREITAS REGES¹
JAMILY IZABEL ALVES DOS SANTOS¹
SOPHIA ALVES VIEIRA¹
MARIA CLARA CAZUZA PEREIRA²
VALERIA DOS SANTOS TURBANO¹
HELLEN LÚCIA MACEDO CRUZ³
JORGE ANDRÉ CARTAXO PEIXOTO³

Discente - Medicina da Universidade Federal do Cariri – UFCA, Barbalha, Ceará, Brasil..

Discente - Medicina do Centro Universitário Santa Maria - UNIFSM, Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

Docente – Universidade Federal do Cariri - UFCA, Barbalha, Ceará, Brasil.

Palavras Chave: Úlcera Péptica Perfurada Úlcera Péptica; Gastroenterologia.



10.59290/978-65-6029-134-8.3

INTRODUÇÃO

A Úlcera Péptica é uma doença gastrointestinal caracterizada por lesões ulcerativas maiores que 5 mm no estômago ou na primeira porção do intestino delgado (duodeno). Essas lesões ocorrem na presença de ácido ou pepsina devido à secreção excessiva de ácido gástrico, resultante do desequilíbrio entre substâncias protetoras e ofensivas à mucosa gástrica. A perfuração da úlcera acontece quando a lesão atravessa todas as camadas da parede do órgão, permitindo que o conteúdo do trato digestivo, incluindo bactérias, vaze para a cavidade abdominal. Isso pode levar a um quadro de peritonite e de sepse (MOTA *et al.*, 2023).

A Úlcera Péptica Perfurada (UPP) atinge anualmente 4 milhões de pessoas, com uma incidência global estimada entre 1,5% e 3%. A prevalência da perfuração é de aproximadamente 5%, com uma taxa de mortalidade que varia de 1,3% a 25%. A bactéria gram-negativa, *Helicobacter pylori*, está presente em cerca de 50-80% dos pacientes com úlcera duodenal perfurada, as quais são cerca de quatro vezes mais comuns em pessoas com menos de 40 anos. A doença é mais prevalente entre idosos com comorbidades associadas e em populações economicamente vulneráveis devido à falta de condições adequadas de higiene e saneamento básico, o que propicia a transmissão da *H. pylori* (WELEDJI, 2020; CHUNG & SHELAT, 2017).

A etiologia dessa doença está relacionada principalmente com o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e com a presença da bactéria anteriormente citada. Os AINEs inibem a COX-1, enzima que realiza a síntese de prostaglandinas, as quais aumentam a secreção de bicarbonato e protegem a mucosa. Assim, com a inibição do lípido mencionado, o trato gastrointestinal fica mais suscetível às ul-

cerações, pois perde um fator de proteção importante. A *H. pylori*, por sua vez, atua inibindo os hormônios gastrina e somatostatina, o que estimula a secreção de ácido gástrico (HAWKEY *et al.*, 2022).

As manifestações clínicas mais frequentes são dor abdominal súbita e intensa – *inicialmente localizada e posteriormente generalizada* - distensão abdominal, sensação de saciedade e rigidez abdominal. A febre, a oligúria e a hipotensão são queixas habituais que podem ser indicativos de sepse. Além disso, também pode ocorrer pneumoperitônio, por se tratar de uma perfuração em um órgão interno, e peritonismo - se caracteriza por hiperestesia cutânea (CHUNG & SHELAT, 2017).

O diagnóstico da Úlcera Péptica é realizado principalmente pela Endoscopia Digestiva Alta. Em pacientes que apresentam dor na região superior, o ar livre encontrado em uma Radiografia de Tórax pode definir o diagnóstico de perfuração e pneumoperitônio. No entanto, esse exame só tem acurácia de 75%, enquanto a Tomografia Computadorizada (TC) é o método com melhor acurácia (99%) para diagnosticar a UPP e, também, é útil para excluir uma possível suspeita de Pancreatite Aguda (Søreide, 2015).

Por fim, o tratamento cirúrgico é o mais comum, sendo a Laparotomia e o Reparo de Retalho Omental, as abordagens cirúrgicas mais frequentes. Para pacientes que apresentam *H. pylori* positiva, a terapêutica não cirúrgica é realizada por antibióticos (SØREIDE; THORSEN; SØREIDE, 2013).

Em conclusão, o objetivo deste trabalho é abordar os principais aspectos etiológicos, epidemiológicos, clínicos, diagnósticos terapêuticos da Úlcera Péptica Perfurada.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de revisão de literatura através de publicações científicas nos

bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Public Medline* (PubMed), Portal de Periódicos CAPES, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico, no período de 1990 a 2024. Com o objetivo de contextualizar o tema com sua abordagem no Brasil, foram consultados os sites oficiais do Ministério da Saúde e a literatura cinzenta.

Na busca no banco de dados, foram empregadas as seguintes palavras-chave: "*Úlcera Péptica Perfurada*" e "*Úlcera Péptica*". Para a interseção das palavras, adotou-se a expressão booleana "AND". Os critérios de inclusão foram: (a) artigos publicados nos idiomas inglês, espanhol e português; (b) artigos completos e disponíveis gratuitamente na íntegra; (c) artigos que abordavam o tema central da pesquisa. Como critérios de exclusão, foram retirados comentários, cartas ao editor, artigos de revisão e aqueles que não tratavam do tema central.

As informações dos artigos selecionados foram organizadas em uma planilha que inclui o ano de publicação, os autores, a base de dados e a revista ou jornal em que foi veiculado. A compilação dos dados ocorreu no software *Microsoft Office Word*, e as informações foram submetidas a uma análise que correlacionou os parâmetros estudados. O processo de síntese dos dados foi conduzido por meio de uma análise descritiva e quantitativa dos estudos selecionados, e o resultado dessa análise foi apresentado de maneira dissertativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiopatogenia:

O surgimento da Doença Ulcerosa Péptica (DUP) perpassa por um ambiente de descontrole entre os mecanismos defensivos (camada mucosa, prostaglandinas, renovação celular e fluxo sanguíneo) e os agressivos (ácido clorídrico, pepsina, sais biliares, medicamentos, etc) (RAMAKRISHNAN; SALINAS, 2007).

Recentemente, a infecção por *Helicobacter pylori* e o uso crônico de medicamentos anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) tornaram-se as causas mais comuns da úlcera devido aos seus papéis na degradação da mucosa (Sivri, 2004). Também há relatos de aumento da incidência de Úlcera Péptica Perfurada (UPP) associado ao uso de crack devido ao efeito de isquemia da mucosa gástrica secundária ao uso da droga (LAGOO *et al.*, 2002).

A infecção e a inflamação decorrentes da *H. pylori* atuam prejudicando o controle inibitório da liberação de gastrina, diminuindo a somatostatina e aumentando o ácido gástrico, sendo esse o mecanismo principal de desenvolvimento da DUP (Zittel; Jehle; Becker, 2000). Há ainda outros fatores de virulência que auxiliam no surgimento da doença, como a produção de urease, que decompõe a ureia em amônia e neutraliza o ambiente gástrico ácido de modo que beneficie a sobrevivência da bactéria, as toxinas que causam inflamação da mucosa e danos teciduais e os flagelos que possibilitam a motilidade ao longo do epitélio gástrico (MALIK; GNANAPANDITHAN; SINGH, 2018).

O uso de AINEs acarreta a DUP devido ao seu papel de bloqueio da síntese de prostaglandinas, substâncias protetoras gástricas, com a inibição da COX-1, o que resulta na diminuição do muco e do bicarbonato, e reduz o fluxo sanguíneo na mucosa. Além dessa classe, outros medicamentos estão sendo relacionados como causadores dessa patologia, como corticosteróides, bifosfonatos, cloreto de potássio e fluorouracilo (MALIK; GNANAPANDITHAN; SINGH, 2018).

Algumas causas raras da Úlcera Péptica que podem gerar perfuração são: Síndrome de Zollinger-Ellison, doenças malignas, como Câncer Gástrico, de Pulmão e Linfomas, estresse por doença aguda, queimaduras ou traumatismo cranioencefálico, infecção viral, insuficiência

vascular, tratamento radioterápico ou quimioterápico e Doença de Crohn. Essas condições patológicas levam o ambiente gástrico a tornar hipersecretor, sendo considerados fatores de risco, como a mastocitose sistêmica, fibrose cística e hiperparatireoidismo (MALIK; GNANAPANDITHAN; SINGH, 2018).

Além dessas causas, alguns fatores associados podem alterar os mecanismos da barreira mucosa ou aumentar a secreção gástrica, o que leva ao agravamento da úlcera, amplificação dos sintomas e aumento do risco de perfuração, como o hábito do tabagismo e o consumo regular de cafeína (VOMERO; COLPO, 2014).

Epidemiologia:

A Úlcera Péptica atinge até 10% da população global e possui uma incidência anual de 0,1%-0,3%, com prevalência ao longo da vida chegando a 5%-10%. Alguns fatores como o uso excessivo e prolongado de Anti-Inflamatórios Não Esteroides contribuem para esse cenário. Além disso, o aumento da população idosa com múltiplas comorbidades e a polifarmácia são responsáveis por um alto índice persistente de complicações, como a Úlcera Péptica Perforativa (ZHAO *et al.*, 2022).

A UPP é uma complicação relacionada à Úlcera Péptica observada clinicamente em 7% dos casos, considerando-se um problema de Saúde Pública em todo o mundo, pois mesmo com o seu declínio durante as últimas décadas a sua incidência ainda varia de 7 a 10/100.000 por ano sendo variável entre países e regiões (Komen *et al.*, 2008). Além disso, trata-se de uma emergência cirúrgica e está associada com mortalidade e morbidade de até 30 e 50%, respectivamente (MØLLER *et al.*, 2011).

O fator de risco de mortalidade mais amplamente relatado pela literatura é a idade, sendo a faixa etária superior aos 60 anos mais associada ao aumento do risco de morte. A presença

de comorbidades como doença cardíaca, diabetes e, possivelmente, choque, também se relaciona com a piora do prognóstico do paciente (LAU *et al.*, 2011).

A faixa etária na qual a úlcera duodenal ocorre é geralmente entre 20 e 50 anos e a úlcera gástrica é mais comum em pacientes com mais de 50 anos. Entre os acometidos com úlcera duodenal, de 6% a 11% apresentam perfuração e, entre aqueles com úlcera gástrica, de 2% a 5% perfuram. A mortalidade por rotura em cavidade peritoneal livre é de, aproximadamente, 5% a 15% na úlcera duodenal e de até 20% na úlcera gástrica, principalmente se esta está localizada próximo à cárdia (GRAHAM, 1997; ZANETTINI; ZANETTINI; ZANOVELLI, 1995).

Manifestações clínicas:

A Úlcera Péptica é um problema do trato gastrointestinal que se caracteriza por danos à mucosa desses órgãos, ocorrendo com maior frequência no estômago e na porção proximal do duodeno. Assim, sendo a perfuração uma complicação da úlcera péptica, suas principais manifestações clínicas se dão à altura do abdômen (RAMAKRISHNAN; SALINAS, 2007).

O paciente apresenta, caracteristicamente, dor abdominal súbita, intensa e persistente (Filho; Vasconcelos; Rocha, 2003). Essa dor inicia-se localizada, mas que rapidamente irradia, podendo propagar-se para o abdômen inferior direito ou para os ombros (Ramakrishnan; Salinas, 2007). Dentro de algumas horas, a dor abdominal pode melhorar levemente, mas ainda é exacerbada pelo movimento (STERN; SUGUMAR; JOURNEY, 2023).

Além disso, a exposição ao suco gástrico extravasado pela perfuração resulta em irritação peritoneal (peritonite), que, no exame físico, se apresenta como abdômen rígido em “forma de tábua” (SØREIDE *et al.*, 2015).

Outras queixas frequentes incluem febre, oligúria e hipotensão, as quais sugerem um quadro de sepse (Ramakrishnan; Salinas, 2007), e, secundária à hipotensão, que pode ser causada pela perda de sangue ou pela inflamação, o paciente pode apresentar tontura ou síncope (S-TERN; SUGUMAR; JOURNEY, 2023).

Em adição a isso, perfurações em órgãos internos normalmente levam à presença de ar livre na cavidade peritoneal (pneumoperitônio), que pode ser visível em exames radiológicos (Søreide *et al.*, 2015). Entretanto, a ausência desse achado na radiografia não exclui a possibilidade de perfuração (RAMAKRISHNAN; SALINAS, 2007).

Diante disso, é necessário frisar que o quadro clínico pode ser menos claro em obesos, idosos, crianças, pacientes imunocomprometidos, que fazem uso de esteroides ou cujo nível de consciência está comprometido, sendo necessário recorrer a exames complementares de imagem ou exames laboratoriais, a fim de descartar possíveis outros diagnósticos, tais como Pancreatite Aguda (SØREIDE *et al.*, 2015).

Ademais, pacientes com diagnóstico ou suspeita de Úlcera Péptica que apresentam anemia, melena, hematêmese ou perda de peso precisam ser investigados a fim de se identificar complicações e tratá-las antes do agravamento. Outros sintomas de alerta que devem levar ao encaminhamento urgente incluem: disfagia, sangramento gastrointestinal evidente, anemia por deficiência de ferro, êmese recorrente e histórico familiar de malignidade gastrointestinal superior (MALIK; GNANAPANDITHAN; SINGH, 2018).

O prognóstico de pacientes operados por Úlcera Péptica Perfurada (UPP) tem melhorado nos últimos anos. Contudo, a taxa de mortalidade por perfuração segue superior aos valores para Apendicite Aguda ou Colecistite (S-tern; Sugumar; Journey, 2023). Além de ser

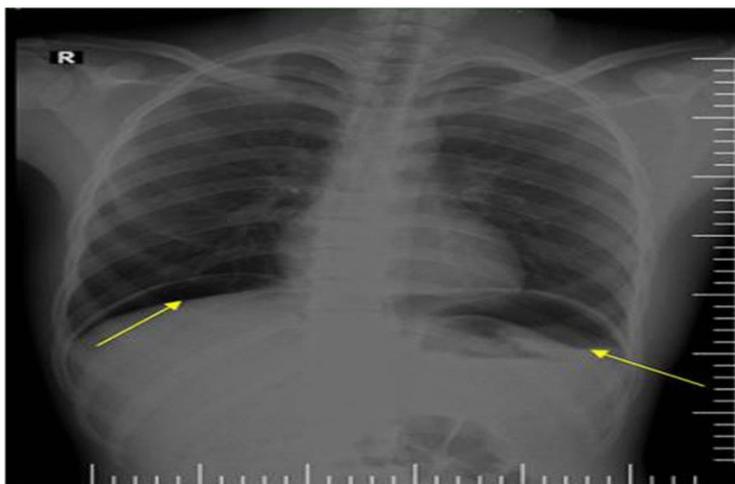
mais letal que a hemorragia associada à Úlcera Péptica, mesmo essa complicação sendo a mais comum (LAU *et al.*, 2011).

Diagnóstico diferencial:

Existem outras afecções gastrointestinais com sintomatologia semelhante à Úlcera Péptica, e é relevante estar ciente de suas manifestações para intervir em tempo hábil a evitar complicações, como a UPP. A gastrite, inflamação da mucosa gástrica imunomediada ou infecciosa, apresenta dor no abdome superior e náuseas. A doença do refluxo gastroesofágico manifesta-se com desconforto epigástrico e retroesternal com sensação de queimação, salivação excessiva e regurgitação do conteúdo alimentar. Pacientes com câncer gástrico descrevem dor abdominal e sintomas de alerta, como perda de peso não intencional, melena e vômitos (Malik; Gnanapandithan; Singh, 2018). A familiaridade com a apresentação clínica dessas doenças, o conhecimento sobre patologias progressas e a possibilidade de realização de exames complementares são importantes ferramentas para estabelecimento do diagnóstico correto.

Ademais, há condições potencialmente fatais que devem ser analisadas por terem apresentação semelhante. O infarto agudo do miocárdio pode causar dor epigástrica, náuseas e vômitos, além de sintomas mais marcantes, como dispneia e tontura. A isquemia mesentérica resulta em dor abdominal intensa de início abrupto, e, quando crônica, causa dor epigástrica pós-prandial. Já a vasculite mesentérica pode ter sintomas gastrointestinais com ou sem hemorragia digestiva. Nessas situações devem ser notados fatores de risco, como idade avançada, risco cardiovascular e de aterosclerose, perda de peso e outras características das patologias citadas (MALIK; GNANAPANDITHAN; SINGH, 2018) (**Figura 3.1**).

Figura 3.1 Radiografia de tórax



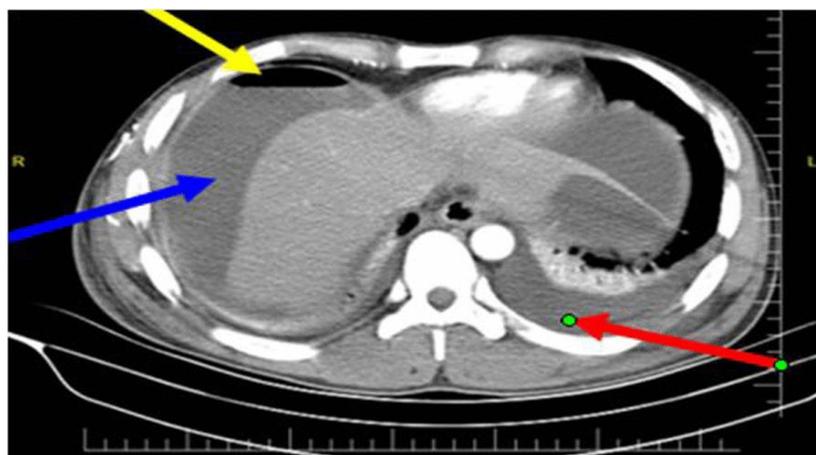
Legenda: Imagem mostra subdiafragma livre com níveis hidroaéreos sob o hemidiafragma direito (seta amarela), extenso líquido intraperitoneal livre (seta azul) e derrame pleural esquerdo (seta vermelha). **Fonte:** Ali *et al.*, 2022

Diagnóstico

O diagnóstico da Úlcera Péptica Perfurada é determinado com base em métodos laboratoriais e de imagens, associado à descrição clínica de dor abdominal intensa. Alguns achados diagnósticos consistem em parâmetros inflama-

tórios elevados, ar subdiafragmático e pneumoperitônio detectados na radiografia e na tomografia computadorizada (TC), respectivamente. Na **Figura 3.1** pode ser observado um RX de tórax e na **Figura 3.2**, uma TC abdominal com possíveis achados diagnósticos (ATAY *et al.*, 2023).

Figura 3.2 Tomografia computadorizada abdominal



Legenda: As setas mostram grande volume de gás subdiafragmático livre com níveis hidroaéreos sob ambos os hemidiafragmas. **Fonte:** Atai *et al.*, 2023

Os parâmetros inflamatórios usam como base, principalmente, a Relação Neutrófilo-Linfócito (RNL) e a Razão Plaqueta-Linfócito (RPL). Uma RNL > 5,27 e uma RPL > 215

podem indicar perfuração em pacientes já diagnosticados com úlcera péptica. Na **Tabela 3.1** são expostos outros diagnósticos com base nesses valores. Esses marcadores inflamatórios

podem ser utilizados como uma alternativa diagnóstica auxiliar, em que os exames de imagens não de-tectaram a UPP. E devem estar preferencial-mente associados aos exames

clínicos, à tomo-grafia computadorizada e à endoscopia, esses dois últimos são considerados padrão-ouro para o diagnóstico (ATAY *et al.*, 2023; ISHIGURO *et al.*, 2014).

Tabela 3.1 Possíveis diagnósticos com base nos valores de NRL e RPL

Diagnóstico	Valores encontrados
DUP em pacientes com queixas dispépticas	NLR > 2,2 RPL > 133,56
UPP em pacientes já diagnosticados com úlcera péptica	NRL > 5,27 RPL > 215
UPP	Leucócitos > 11,15 PCR* > 4,7 Neutrófilos > 7,07

Legenda: *Proteína C Reativa.

Fonte: Atay *et al.*, 2023.

A avaliação histopatológica também é utilizada para identificar úlceras duodenais causadas por *H. pylori*. A bactéria pode ser observada não só pela coloração de Hematoxilina e Eosina (H&E), mas também pelo uso de outras colorações especiais: coloração de Giemsa e coloração prata Warthin-Starry (OCASIO QUINONES; WOOLF, 2024).

Por fim, conforme o estudo de Atay *et al.* (2023), evidências de perfuração não foram encontradas em 7,4% dos pacientes estudados e, em 8,2% dos pacientes que receberam diagnóstico pré-operatório, não foram observadas perfurações nos exames de imagem. A UPP foi determinada somente perante laparoscopia diagnóstica, devido ao desenvolvimento de abdômen agudo.

Tratamento:

O tratamento da Úlcera Péptica Perfurada pode ser feito de várias maneiras, que variam desde o tratamento não operatório até a cirurgia imediata definitiva (Lau *et al.*, 1996).

Em geral, pacientes que apresentam quadro clínico de UPP necessitam de reanimação imediata, antibióticos intravenosos precoces, analgésicos, Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs), sonda nasogástrica, catéter urinário e

controle de fonte cirúrgica. Ademais, destaca-se que, como a UPP é uma emergência cirúrgica, o tratamento operatório é mais comumente utilizado (Coco; Leanza, 2022).

O conceito de cirurgia imediata e definitiva passou a ser utilizado para o tratamento de Úlceras Pépticas Perfuradas em 1900, sendo a vagotomia e gastrectomia métodos que apresentavam vantagens para úlceras duodenais perfuradas (Lau, 2002). A vagotomia é um procedimento de corte dos troncos vagais (vagotomia troncular) ou das fibras nervosas distais (vagotomia altamente seletiva), que visa reduzir a secreção de ácido gástrico. A gastrectomia, por outro lado, é um procedimento cirúrgico em que parte ou todo o estômago é removido (Chung; Shelat, 2017; Coco; Leanza, 2022). Contudo, com o passar dos anos, a cirurgia imediata e definitiva para UPP sofreu declínio por algumas razões, como a menor taxa de recorrência de úlceras devido ao tratamento de erradicação de *H. pylori* e de redução do uso de AINEs (Bertleff; Lange, 2010).

Por sua vez, a laparotomia exploratória e o reparo de retalho omental vêm sendo o padrão ouro no manejo cirúrgico da Úlcera Péptica Perfurada há vários anos (Chung; Shelat, 2017).

Diante disso, a laparotomia ou cirurgia aberta é uma intervenção cirúrgica na qual é feita uma incisão na parede abdominal a fim de obter acesso ao abdômen para o reparo da perfuração péptica, sendo geralmente realizada em associação com a cobertura de retalho omental, técnica em que parte do omento (estrutura do abdômen formada por tecido adiposo e membranas peritoneais) é utilizada como tampão no reparo da UPP (COCO; LEANZA, 2022; AHMADI-NEJAD; HAJI MAGHSOUDI, 2020).

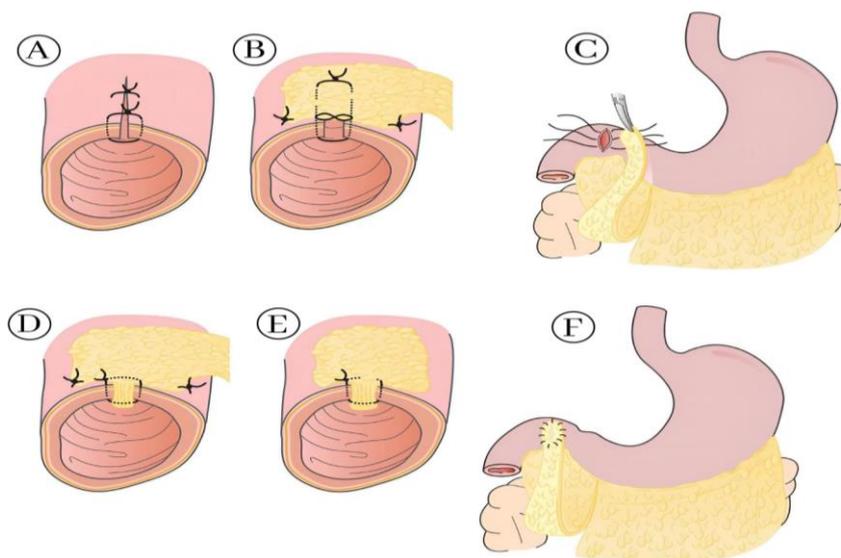
Entretanto, nos últimos 25 anos, a abordagem laparoscópica surgiu como uma opção viável de substituição à laparotomia e vem ganhando cada vez mais credibilidade. O procedimento cirúrgico que reflete a cirurgia aberta, possui o diferencial de realizar a incisão abdominal de forma minimamente invasiva, porém nem todos os pacientes são adequados para esse procedimento (COCO; LEANZA, 2022; CHUNG & SHELAT, 2017).

Nesse sentido, indivíduos que apresentam maior risco de mortalidade, como choque na admissão e grandes perfurações, não são indicados para a realização de laparoscopia (Mirabella *et al.*, 2018). Tais contraindicações se devem a algumas desvantagens do procedimento, a exemplo de tempos operatórios mais longos que aumentam os riscos de mortalidade, maior número de reoperação por vazamento e

maior incidência de coleções de líquido intra-abdominal secundárias à lavagem e a necessidade de mais habilidade cirúrgica (Odisho *et al.*, 2023). Em contrapartida, a laparoscopia possui várias vantagens sobre a cirurgia aberta, como uma melhor visualização durante o procedimento, menor dor pós-operatória, retomada mais rápida das atividades, menor número de taxas gerais de complicações, menor número de infecções de feridas e deiscência e menor tempo de internação hospitalar (Zhou *et al.*, 2015; Wang *et al.*, 2022). Em suma, ainda não se tem um padrão definido para o tratamento cirúrgico da UPP e a escolha entre laparoscopia e laparotomia varia dependendo do estado clínico do paciente antes da operação, experiência e preferência do cirurgião, além da localização do defeito (ODISHO *et al.*, 2023).

Ademais, existem diferentes técnicas de sutura para o fechamento da perfuração, como mostrado na **Figura 3.3**, sendo que as mais comuns são: fechamento simples por suturas interrompidas sem omentoplastia, fechamento simples por suturas interrompidas com omentoplastia pediculada, sutura com interposição de omento pediculado (reparo de Cellan-Jones) e sutura com interposição de omento livre (reparo de Graham) (BERTLEFF; LANGE, 2010).

Figura 3.3 Diferentes técnicas de fechamento da perfuração



Legenda: A) sutura primária; B) sutura primária com omental pediculado; C) suturas de cauda longa com retalho omental; D) reparo de Cellan-Jones; E) reparo de Graham; F) suturas adesivas ao redor da perfuração. **Fonte:** Søreide; Thorsen; Søreide, 2013.

Após a cirurgia, caso o paciente apresente infecção por *H. Pylori*, é recomendada a administração de terapia tripla, que consiste em Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs) com claritromicina e amoxicilina durante 14 dias (Bartleff; Lange, 2010). A endoscopia pós-operatória de rotina é geralmente utilizada para descartar malignidade em casos de perfurações gástricas, pois 13% dessas complicações são causadas por câncer. Por fim, os cuidados no pós-operatório devem levar em consideração as condições em que o paciente se encontra, como fragilidade, estado fisiológico e grau de insulto inflamatório antes e após a cirurgia (SØREIDE *et al.*, 2015).

No que concerne ao tratamento não operatório, ele foi apresentado por Taylor em 1946 e é composto por aspiração nasogástrica, antibióticos, fluidos intravenosos e, atualmente, terapia tripla para erradicação de *H. pylori* (Bartleff; Lange, 2010). As vantagens do tratamento conservador incluem evitar riscos de anestesia e complicações no pós-operatório. Contudo, as desvantagens abrangem diagnóstico errôneo e

maior taxa de mortalidade, caso o tratamento venha a falhar (Coco; Leanza, 2022). Assim, a opção não cirúrgica para UPP é melhor indicada para pacientes que estão estáveis, com evidência de úlcera selada identificada por estudo com contraste solúvel em água e que não apresentam evidência de peritonite ou sepse (Abdalgilil *et al.*, 2024). Porém, caso o indivíduo acometido não apresente melhora dentro de 24 horas, o tratamento cirúrgico é indicado (KARABULUT, 2019).

CONCLUSÃO

A Úlcera Péptica Perfurada é uma das complicações da DUP, com mortalidade estimada de até 25%. A patologia possui estrita relação com o estilo de vida do paciente, já que os principais causadores são a infecção por *H. pylori* e o uso crônico de AINEs, além de ser agravada por hábitos deletérios à saúde, como o tabagismo.

Trata-se de um diagnóstico difícil devido aos sintomas e aos achados que são inespecíficos. Porém, a Radiografia de Tórax, a Tomo-

grafia Computadorizada e exames laboratoriais de indicadores inflamatórios podem auxiliar na descoberta da doença. A abordagem de tratamento pode ser cirúrgica ou não-cirúrgica, com uso de medicamentos, como inibidor da bomba de prótons e antibióticos, aspiração nasogástrica, fluidos intravenosos e terapia tripla para erradicação de *H. pylori*.

Dessa forma, é necessário o fomento à ações de educação em saúde que estimulem a população a reduzir a frequência de hábitos prejudiciais a sua saúde, como a automedicação e o tabagismo, a fim de reduzir a incidência de Úlcera Péptica no país, bem como de suas complicações gastrointestinal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALGALIL, H. H. *et al.* A conservative management of perforated peptic ulcer: A case report. *Cureus*, 2024. doi: 10.7759/cureus.56491.

ALI, A. M. *et al.* Clinical presentation and surgical management of perforated peptic ulcer in a tertiary hospital in Mogadishu, Somalia: a 5-year retrospective study. *World Journal of Emergency Surgery*, v. 17, n. 1, 16 maio 2022. doi: 10.1186/s13017-022-00428-w.

AHMADINEJAD, M.; HAJI MAGHSOUDI, L. Novel approach for peptic ulcer perforation surgery. *Clinical case reports*, v. 8, n. 10, p. 1937–1939, 2020. doi: 10.1002/ccr3.3030.

ATAY, A. *et al.* From dyspepsia to complicated peptic ulcer: new markers in diagnosis and prognosis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, p. 1352–1359, 2023. doi: 10.26355/eurrev_202302_31370.

BERTLEFF, M. J. O. E.; LANGE, J. F. Perforated peptic ulcer disease: A review of history and treatment. *Digestive surgery*, v. 27, n. 3, p. 161–169, 2010. doi: 10.1159/000264653

CHUNG, K. T.; SHELAT, V. G. Perforated peptic ulcer - an update. *World journal of gastrointestinal surgery*, v. 9, n. 1, p. 1, 2017. doi: 10.4240/wjgs.v9.i1.1.

COCO, D.; LEANZA, S. A review on treatment of perforated peptic ulcer by minimally invasive techniques. *Maedica*, v. 17, n. 3, p. 692–698, 2022. doi: 10.26574/maedica.2022.17.3.692.

FILHO, Augusto D.; VASCONCELOS, Flávio L.; ROCHA, Haroldo L. O. G. Avaliação de Úlceras Clorido-pépticas Gastroduodenais Perfuradas em Pacientes Atendidos no Serviço de Urgência de um Hospital Universitário. *Rev. méd. Minas Gerais*, p. 234-239, 2003.

GRAHAM, D. Y. Complicações. In: BENNETT, Noem; PLUM, Nome (org.). *Cecil – Tratado de Medicina Interna*. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.744-5.

HAWKEY, C. *et al.* Helicobacter pylori eradication for primary prevention of peptic ulcer bleeding in older patients prescribed aspirin in primary care (HEAT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, v. 400, n. 10363, p. 1597–1606, 5 nov. 2022. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01843-8

ISHIGURO, T. *et al.* Predicting the Amount of Intraoperative Fluid Accumulation by Computed Tomography and Its Clinical Use in Patients With Perforated Peptic Ulcer. *International Surgery*, v. 99, n. 6, p. 824–829, 2014. doi: 10.9738/INTSURG-D-14-00109.1.

KARABULUT, K. Non-operative management of perforated peptic ulcer: A single center experience. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi [Turkish journal of trauma & emergency surgery]*, 2019. doi: 10.14744/tjes.2019.31967.

KOMEN, N. A. P. *et al.* Helicobacter genotyping and detection in peroperative lavage fluid in patients with perforated peptic ulcer. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, v. 12, p. 555-560, 2008. doi: 10.1007/s11605-007-0303-z.

LAGOO, Sandhya *et al.* The sixth decision regarding perforated duodenal ulcer. *JSLs: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, v. 6, n. 4, p. 359, 2002. doi:

LAU, James Y. *et al.* Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*, v. 84, n. 2, p. 102-113, 2011. doi: 10.1159/000323958.

LAU, W. Y. *et al.* A randomized study comparing laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer using suture or sutureless technique. *Annals of surgery*, v. 224, n. 2, p. 131–138, 1996. doi: 10.1097/00000658-199608000-00004.

LAU, W. Y. Perforated peptic ulcer: open versus laparoscopic repair. *Asian journal of surgery*, v. 25, n. 4, p. 267–269, 2002. doi: 10.1016/S1015-9584(09)60190-1.

MALIK, Talia F.; GNANAPANDITHAN, Karthik; SINGH, Kevin. Peptic ulcer disease. *StatPearls*. 2018.

MOTA, I. *et al.* Úlcera Péptica - uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, diagnóstico, tratamento, complicações e prevenção. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 5, p. 24086–24095, 6 out. 2023. doi: 10.34119/bjhrv6n5-458.

MØLLER, M. H. *et al.* Multicentre trial of a perioperative protocol to reduce mortality in patients with peptic ulcer perforation. *Journal of British Surgery*, v. 98, n. 6, p. 802-810, 2011. doi: 10.1002/bjs.7429.

OCASIO QUINONES, G. A.; WOOLF, A. Duodenal Ulcer. *StatPearls*. 2024.

ODISHO, T. *et al.* Outcomes of laparoscopic modified Cellan-Jones repair versus open repair for perforated peptic ulcer at a community hospital. *Surgical endoscopy*, v. 37, n. 1, p. 715–722, 2023. doi: 0.1007/s00464-022-09306-7.

RAMAKRISHNAN, Kalyanakrishnan; SALINAS, Robert C. Peptic ulcer disease. *American family physician*, v. 76, n. 7, p. 1005-1012, 2007.

SIVRI, Bülent. Trends in peptic ulcer pharmacotherapy. *Fundamental & clinical pharmacology*, v. 18, n. 1, p. 23-31, 2004. doi: 10.1111/j.1472-8206.2004.00203.x.

SØREIDE, Kjetil *et al.* Perforated peptic ulcer. *The Lancet*, v. 386, n. 10000, p. 1288-1298, 2015. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00276-7.

SØREIDE, K; THORSEN, K; SØREIDE, J. A. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. *The British journal of surgery*, v.101, n. 1, p. e51–e64, 2013. doi: 10.1002/bjs.9368.

STERN, Evan; SUGUMAR, Kavin; JOURNEY, Jonathan D. Peptic Ulcer Perforates. *StatPearls*. 2023.

VOMERO, Nathália Dalcin; COLPO, Elisângela. Nutritional care in peptic ulcer. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, v. 27, p. 298-302, 2014. doi: 10.1590/S0102-67202014000400017.

WANG, Y.-H. *et al.* Potential use of peptic ulcer perforation (PULP) score as a conversion index of laparoscopic-perforated peptic ulcer (PPU) repair. *European journal of trauma and emergency surgery: official publication of the European Trauma Society*, v. 48, n. 1, p. 61–69, 2022. doi: 10.1007/s00068-020-01552-5.

WELEDJI, E. P. An Overview of Gastroduodenal Perforation. *Frontiers in Surgery*, v. 7, 9 nov. 2020. doi: 10.3389/fsurg.2020.573901.

ZANETTINI, Antonio Carlos; ZANETTINI, Luis Alberto; ZANOVELI, Renato Cesar. Úlcera péptica e tratamento cirúrgico: indicações. *Rev. cient. AMECS*, p. 45-9, 1995.

ZHAO, Peng-yue *et al.* Application status and prospects of artificial intelligence in peptic ulcers. *Frontiers in Surgery*, v. 9, p. 894775, 2022. doi: 10.3389/fsurg.2022.894775.

ZHOU, C. *et al.* An updated meta-analysis of laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer. *Scientific reports*, v. 5, n. 1, 2015. doi: 10.1038/srep13976.

ZITTEL, T. T.; JEHLE, E. C.; BECKER, H. D. Surgical management of peptic ulcer disease today—indication, technique and outcome. *Langenbeck's archives of surgery*, v. 385, p. 84-96, 2000. doi: 10.1007/s004230050250.