

ÚLCERA GÁSTRICA

UMA SÉRIE DE COMPLICAÇÕES

Barbeiro S., Canhoto M., Martins C., Gonçalves C., Cotrim I., Arroja B., Silva F., Vasconcelos H. e Cunha M.F.
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA – CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA



ENQUADRAMENTO TEÓRICO E OBJETIVO

- A doença ulcerosa péptica é uma patologia benigna comum. Apesar dos estudos recentes referirem uma diminuição da sua incidência, a taxa de hospitalização por complicações potencialmente fatais mantém-se estável e até crescente. [1-4]
- Em 10-20%, surgem complicações como hemorragia (a mais frequente), perfuração, penetração em órgãos adjacentes e obstrução. [5,6]
- A idade, consumo de anti-inflamatórios não esteróides e infeção por *Helicobacter pylori* são fatores de risco para a ocorrência de complicações. [7,8]
- A presença de várias complicações em doentes sem fatores de risco e num curto espaço de tempo é rara.

Os autores apresentam este caso para destacar a evolução desfavorável e potencialmente fatal de uma patologia benigna. Apresenta-se icnografia elucidativa.

CASO CLÍNICO

ANAMNESE

- Homem, 42 anos, caucasiano
- **Antecedentes patológicos:** Esquizofrenia
- **Medicação habitual:** não
- Admitido no **Serviço de urgência:**
Episódio de hematemeses e lipotímia.
Epigastralgias e perda ponderal (não quantificado) com meses de evolução.
- **Score Rockall 2 (entrada)**
- **Evolução analítica:** Hb 4,7g/dL → 4U de concentrado eritrocitário → 9,1g/dL
- **Rx tórax:** sem alterações

EDA (admissão)



Figura 1: Sangue abundante no lúmen. Úlcera na pequena curvatura do corpo gástrico, grande e escavada, dura ao toque, com um vaso visível (Forrest IIa). Efetuada injeção endoscópica de adrenalina diluída (10mL) e argon plasma.

EDA (alta, D6)

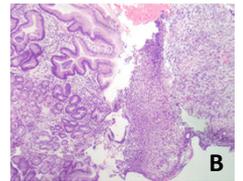
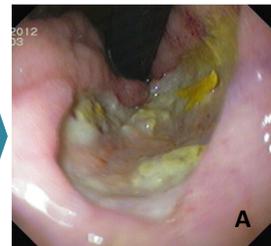


Figura 2: A - Úlcera na pequena curvatura do corpo gástrico, com fundo branco (Forrest III), restantes características sobreponíveis. B - Exame anatomopatológico compatível com processo inflamatório inespecífico, ausência de displasia ou células neoplásicas, pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa.

BOA EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO

EDA (3 semanas após alta)

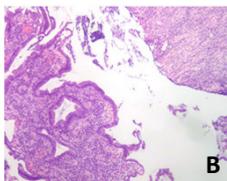
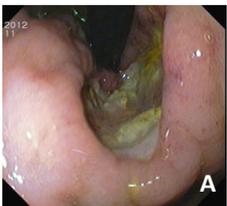


Figura 3: Úlcera extensa com aspeto sobreponível (A). Repetidas as biópsias cuja análise histológica foi sobreponível também (B).

CONSULTA EXTERNA (1 mês após alta)

Astenia. Observada palidez e sudorese.
FC 116 bpm, TA 87/52 mmHg, SatO₂ 98%
Abdómen mole, difusamente doloroso, sem sinais de irritação peritoneal.
Descida de 2,5g/dL no valor de Hb.
HIV negativo

→ PROPOSTA READMISSÃO URGENTE

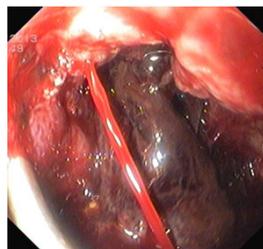


Figura 4: Úlcera na pequena curvatura do corpo gástrico, com coágulo aderente e hemorragia ativa em jato (Forrest Ia). Hemorragia debelada com adrenalina diluída (5 mL) e colocação de hemoclip.

EDA e TAC ADBOMINAL (24h)

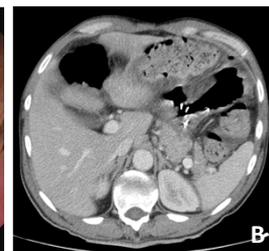
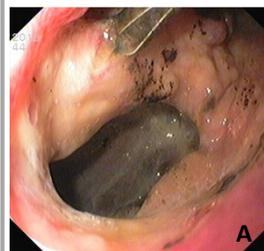


Figura 5: Por dúvida de hemostase eficaz, repetiu endoscopia após 24 horas, observando-se perfuração da úlcera gástrica (A). A qual foi comprovada na TAC abdominal (B).

SUBMITIDO A GASTRECTOMIA SUBTOTAL

Boa evolução subsequente. Controlo endoscópico aos 6 meses sem alterações do coto gástrico.

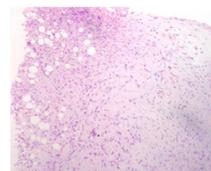


Figura 6: a histologia da peça operatória confirma processo ulcerativo sem evidência de displasia ou malignância.

BIBLIOGRAFIA

[1] Kang JY, Elders A, Majumdar A, et al. Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982-2002. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24:65. [2] Post PN, Kuipers EJ, Meijer GA. Declining incidence of peptic ulcer but not of its complications: a nation-wide study in The Netherlands. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23:1587. [3] Lassen A, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadelel OB. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:945. [4] Bardhan KD, Royston C. Time, change and peptic ulcer disease in Rotherham, UK. *Dig Liver Dis* 2008; 40:540. [5] Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011;84(2):102. [6] Wang YK, Richter JE, Dempsey DT. Trends and outcomes of hospitalizations for peptic ulcer disease in the United States, 1993 to 2006. *Ann Surg*. 2010;251(1):515. [7] Bardhan KD, Royston C. Time, change and peptic ulcer disease in Rotherham, UK. *Dig Liver Dis* 2008; 40:540. [8] Thomopoulos KC, Vagenas KA, Vagianos CE, et al. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16:177.