

AValiação de ÚLCERAS CLORIDRO-PÉPTICAS GASTRODUODENAIIS PERFORADAS EM PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE URgÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

EVALUATION OF CHLORIDRO-PEPTIC GASTRODUODENAL PERFORATED ULCERS IN PATIENTS TREATED AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF UNIVERSITY HOSPITAL.

AUGUSTO DIOGO FILHO*, FLÁVIO LÚCIO VASCONCELOS**, HAROLDO LUÍS OLIVA GOMES ROCHA**

RESUMO

Objetivo: Analisar a incidência dos aspectos epidemiológicos dos pacientes com diagnóstico de úlcera cloridro-péptica gastroduodenal perfurada (UCPGDP), atendidos no serviço de urgência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, no período de 1989 a 2000, divididos em quatro triênios. **Método:** estudo epidemiológico, retrospectivo, realizado em hospital universitário, público, com capacidade de 480 leitos, de nível terciário, com serviço de atendimento de urgência, por meio da análise de 354 prontuários de pacientes com diagnóstico de úlcera péptica gastroduodenal perfurada, submetidos a tratamento cirúrgico de urgência. Foram avaliados sexo, idade, cor, procedência, local da perfuração, exames laboratoriais, exames de imagem (radiológico do tórax ou abdome, endoscopia digestiva alta, ultra-sonografia de abdome), exames microbiológicos, tipo de cirurgia realizada, tempo de internação, complicações gerais e específicas e a evolução do paciente. **Resultados:** observou-se aumento na incidência da úlcera cloridro-péptica gastroduodenal perfurada do primeiro triênio (58 pacientes) para o segundo triênio (104 pacientes), permanecendo constante nos demais, 97 pacientes para o terceiro triênio e 95 pacientes para o quarto triênio. O exame radiológico do tórax ou abdome foi o exame complementar de escolha para o diagnóstico do pneumoperitônio, algumas vezes auxiliado pelo leucograma para avaliar o grau de infecção e amilase para afastar a possibilidade de pancreatite aguda. O local mais freqüente de perfuração das úlceras foi a região pilórica (justa pilórica e pilórica, com 64,9%), sendo a ulcerorrafia o procedimento cirúrgico mais realizado (91,8%). A bacterioscopia foi realizada em amostras de líquidos peritoniais de 222 (62,7%) pacientes, sendo negativa em 145 (65,3%) delas. Nos casos positivos (77 bacterioscopias), os patógenos mais encontrados foram os cocos Gram positivos (74/42,3%), seguidos pelos bastonetes Gram negativos (68/38,9%) e leveduras (33/18,9%). O coeficiente de letalidade foi de 8,7%, apresentando um aumento entre os indivíduos idosos. **Conclusão:** houve aumento na prevalência de UCPGDP no primeiro triênio do período de 1989 a 2000, com manutenção nos demais triênios, contrariando algumas publicações na literatura.

Palavras-chave: Úlcera péptica perfurada; epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A incidência de perfuração da úlcera gastroduodenal é de 7 a 10/100.000 pessoas por ano, variável entre os países e mesmo entre regiões de um mesmo país.^{1,7} Entre os pacientes com úlcera duodenal, 6% a 11% apresentam perfuração e, entre os com úlcera gástrica, 2% a 5% evoluem com tal complicação. A mortalidade por perfuração em cavidade peritoneal livre é de, aproximadamente, 5% a 15% na úlcera duodenal e de até 20% na úlce-

ra gástrica, principalmente se esta está localizada próximo ao cárdia.^{2,3}

Em estudo realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no período compreendido entre 1974 a 1982, encontraram-se 84 casos de úlcera perfurada, para um atendimento total de 120.595 casos no serviço de urgência deste hospital.⁴

A úlcera cloridro-péptica gastroduodenal perfurada é mais comum em pacientes do sexo masculino e em idosos, além daqueles que fazem uso de tabaco e anti-inflamatórios não esteroidais. Mais recentemente, a infecção pelo *Helicobacter pylori* tem sido relacionada na participação da etiopatogênese da perfuração da úlcera péptica.⁵

O paciente apresenta, como sintoma mais característico, dor abdominal súbita, intensa e persistente. O exame físico revela dor que se acentua à palpação abdominal, com contratura muscular e ruídos hidro-aéreos pouco audíveis ou ausentes. Às vezes, há sinais de timpanismo na área de maciez hepática, indicando a presença de pneumoperitônio.² A radiografia de tórax ou de abdome, ambas em posição ereta, é de grande importância diagnóstica, uma vez que o pneumoperitônio pode ser identificado em 60% a 85% dos casos.²

As peritonites por perfurações por úlceras gástricas e duodenais representam, atualmente, a terceira causa de cirurgia abdominal de urgência, superadas pelas apendicites e oclusões intestinais. O desbridamento da borda da perfuração com a rafia simples, acompanhada ou não de vagotomia superseletiva, são as intervenções cirúrgicas preferidas.¹

São agravantes no prognóstico da úlcera péptica perfurada a idade avançada do paciente, o local da perfuração e o atraso na abordagem cirúrgica.⁵

As indicações cirúrgicas eletivas para úlcera péptica sofreram uma redução acentuada com o advento de dro-

* Prof. Dr. do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Uberlândia; TCBC; TCBCD.
** Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Uberlândia
FAMED - Universidade Federal de Uberlândia

Endereço para correspondência:
Augusto Diogo Filho
Avenida Levino de Souza, 1775 - Bairro Jardim Umarama
38.405-322 Uberlândia - MG
(34) 3232-2181
E-mail: diogofilho@ras.ufu.br

gas que interferem nas secreções gástricas, como os antagonistas H₂ e inibidores de bomba de prótons.⁶ A erradicação do *Helicobacter pylori* pelos esquemas de antibióticos duplo ou triplo associados, com inibidor da bomba de prótons, proporciona cura da doença ulcerosa péptica¹.

Estudo realizado em um hospital-escola de Tóquio mostrou que 80% das operações de emergência por úlcera pépticas foram indicadas no tratamento de perfuração duodenal. Embora a frequência das operações úlceras pépticas tenha diminuído acentuadamente naquele hospital, a frequência daquelas para tratar perfuração de úlcera duodenal não mudou significativamente⁶.

O presente estudo objetiva verificar a incidência de úlcera cloridro-péptica gastroduodenal perfurada em pacientes atendidos no setor de urgências de um hospital universitário, de nível terciário, com capacidade para 480 leitos, com abrangência populacional regional de, aproximadamente, dois milhões de habitantes.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Avaliaram-se 354 prontuários de pacientes operados por úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais perfuradas, no período de 1989 a 2000, fornecidos pelo setor de nosologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, livro de registro de anestésias e arquivos do setor de anatomia patológica, objetivando uma abrangência mais completa do real número de casos operados naquele período.

Este estudo teve a avaliação e a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFU.

Foram avaliados os seguintes dados dos pacientes operados: sexo, idade, cor, procedência, localização da perfuração, exames laboratoriais (leucócitos totais, leucócitos bastonetes e amilase), exames de imagem (radiografia de tórax ou abdome, endoscopia digestiva alta, ultra-sonografia de abdome – USG de abdome), exames microbiológicos (bacterioscopia pelo método de coloração de Gram e cultura para bactérias aeróbicas do líquido peritoneal, realizadas no laboratório de microbiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia), tipo de procedimento cirúrgico realizado, tempo de internação, complicações gerais e específicas e evolução do paciente. As complicações gerais (respiratórias, renais, cardiovasculares) foram avaliadas durante o período de internação e as específicas (infecção do sítio cirúrgico, deiscências), até o 30º dia de pós-operatório.

As variáveis estudadas foram obtidas por meio da história clínica de ingresso no serviço, nota operatória, evolução diária do paciente durante internação e ficha de retorno ambulatorial de acompanhamento pós-cirúrgico.

Todas as informações foram armazenadas em banco de dados através do programa Access 2000 e agrupadas em

quatro triênios para comparações: primeiro triênio, de 1989 a 1991; segundo triênio, de 1992 a 1994; terceiro triênio, de 1995 a 1997; quarto triênio, de 1998 a 2000.

Utilizaram-se os testes de significância para proporções e de médias, com a variável normal padrão (Z) e $p=0,01$, para comparar os dados obtidos nos quatro triênios. Toda a análise estatística foi efetuada através do programa Excel 2000.

Utilizou-se o número total de consultas de pacientes atendidos no setor de cirurgia do Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia naqueles triênios para o cálculo das proporções de úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais perfuradas.

RESULTADOS

O número total de atendimentos de casos de urgência no Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia foi 67.711, 75.462, 64.661 e 60.585 pacientes para os primeiro, segundo, terceiro e quarto triênios do período de 1989 a 2000, respectivamente. Os pacientes atendidos com o diagnóstico de úlcera cloridro-péptica gastroduodenal perfurada e submetidos a tratamento cirúrgico foram, por triênios, respectivamente: 58, 104, 97 e 95 pacientes. Houve aumento significativo na proporção de casos entre o primeiro e segundo triênios, porém não houve diferença estatística na proporção de casos entre os segundo, terceiro e quarto triênios.

O perfil epidemiológico dos pacientes operados pode ser visto na Tabela 1.

Observou-se, em todos os períodos, predomínio do sexo masculino em relação ao feminino (82,2%/17,7%). A proporção entre os sexos manteve-se sem diferenças estatísticas nos triênios. Comparando-se as médias das idades entre os triênios, encontrou-se que a do terceiro triênio foi maior que as do primeiro ($p=0,006$) e as do segundo ($p=0,00004$), sendo a do quarto triênio maior apenas que a do segundo ($p=0,0005$). A média de idade das mulheres (50,48 anos) foi maior que a dos homens (42,43 anos), com $p=0,0003$.

Houve incidência maior, significativa, dos pacientes de cor branca em todos os períodos, exceto no segundo triênio. A maioria dos pacientes procedeu de Uberlândia em todos os triênios (Tabela 1).

Na distribuição dos pacientes por sexo e faixa etária, observou-se, no período avaliado, predomínio na incidência de úlceras perfuradas no sexo masculino (82,2%). A faixa etária entre os 20 anos e os 59 anos foi a de maior incidência de úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais perfuradas, correspondendo a 76,5% dos casos (Tabela 2).

Tabela 1 - Perfil epidemiológico, por triênios, no período de 1989 a 2000, dos pacientes operados por úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais perfuradas, atendidos no setor de urgências do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Triênios Perfil	1989 - 1991 (n = 58)		1992 - 1994 (n = 104)		1995 - 1997 (n = 97)		1998 - 2000 (n = 95)	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Sexo¹								
Masculino	53	91,4	83	79,9	80	82,5	75	78,9
Feminino	5	8,6	21	20,2	17	17,5	20	21,1
Idade (anos)²								
Média	41,2	-	38,8	-	48,4	-	46,4	-
Desvio Padrão	16,3	-	15,4	-	19,3	-	17,3	-
Cor³								
Branca	33	56,9	52	50	59	60,8	63	66,3
Não-branca	25	43,1	52	50	37	38,2	30	31,6
Não informado	0	0	0	0	1	1,1	2	2,1
Procedência⁴								
Uberlândia	48	82,8	87	83,7	71	73,2	69	72,6
Triângulo Mineiro	10	17,2	13	12,5	22	22,7	23	24,2
Outros	0	0	1	0,9	2	2,1	2	2,1
Não informado	0	0	0	2,9	2	2,1	1	1,1

1 - Não houve diferença estatística entre a proporção dos sexos nos triênios estudados.

2 - A média de idade dos pacientes no terceiro triênio foi maior que a do primeiro ($p=0,006$) e do segundo ($p=0,00004$), sendo a do quarto triênio apenas maior que a do segundo ($p=0,0005$).

3 - As úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais perfuradas predominaram significativamente nos pacientes de cor branca, exceto no segundo triênio.

4 - Os pacientes procedentes de Uberlândia superaram, em todos os períodos, os do Triângulo Mineiro.

Tabela 2 - Distribuição quanto ao sexo e idade dos pacientes operados por úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais perfuradas, atendidos no setor de urgências do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, no período de 1989 a 2000.

Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menor que 20	9	2,8	1	0,3	10	2,8
20 - 29	71	21,2	4	1,2	75	21,2
30 - 39	58	17,0	14	4,1	72	20,3
40 - 49	55	16,3	13	3,8	68	19,2
50 - 59	47	14,0	9	2,6	56	15,8
60 - 69	30	9,0	13	3,8	43	12,1
Maior que 70	19	5,7	8	2,3	27	7,6
Não informado	2	0,6	1	0,3	3	0,8
Total	291	86,2	63	18,4	354	100

Os locais mais frequentes de perfurações das úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais foram na região pilórica (pré-pilórica e pilórica), com 64,9% dos casos, os quais não diferiram estatisticamente nos triênios estudados. Notou-se ainda predomínio, estatisticamente significativo, em todos os triênios e em todo o período estudado, das perfurações duodenais (pré-pilórica, pilórica, bulbo e 2ª porção duodenal) sobre as gástricas (Tabela 3).

O exame radiológico de tórax ou de abdome foi utilizado para auxílio diagnóstico na verificação do pneumoperitônio em 305 pacientes (86,2%). O pneumoperitônio foi observado em 260 exames (85,2%). A endoscopia

digestiva alta e a ultra-sonografia abdominal foram realizadas em 15 (4,2%) e 22 (6,2%) pacientes, respectivamente.

Dosou-se a amilase em 69 (19,5%) pacientes, encontrando-se aumento discreto em 21 (30,4%). O leucograma foi realizado em 220 casos, dos quais 117 (53,2%) evidenciaram leucocitose com desvio a esquerda.

A bacterioscopia foi realizada em amostras de líquidos peritonias de 222 (62,7%) pacientes, sendo negativa em 145 (65,3%) delas. Nos casos positivos (77 bacterioscopias), os patógenos mais encontrados foram os cocos Gram positivos (74/42,3%), seguidos pelos bastonetes Gram negativos (68/38,9%) e leveduras (33/18,9%).

Das 222 amostras de líquidos peritonias encaminhadas para culturas e antibiogramas, em meios aeróbicos e específicos para fungos, em 106 (47,8%) amostras não houve isolamento de microorganismos. Nos resultados das culturas positivas (116), destacam-se, entre os microorganismos recuperados, num total de 175 patógenos identificados, com isolamento de mais de um microorganismo por cultura, nos quatro triênios, os seguintes: para um total de 74 bactérias Gram positivas, predominou o *Streptococcus sp* (55), seguido pelos *Enterococcus sp* (8), *Staphylococcus aureus* (7), *Staphylococcus epidermidis* (4); para as bactérias Gram negativas, num total de 68 microorganismos, destacam-se: *Klebsiella sp* (21) e a *E. coli* (20), *Enterobacter sp* (15) e outros Gram negativos (12); para os fungos, destaca-se a *Candida sp* (33).

Tabela 3 - Distribuição anatómica dos locais de perfurações das úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais, de pacientes atendidos no serviço de urgência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, por triênios, no período de 1989 a 2000.

Triênios Local	1989 - 1991 (n = 58)		1992 - 1994 (n = 104)		1995 - 1997 (n = 97)		1998 - 2000 (n = 95)		Total (n = 354)	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Fundo/corpo	3	5,2	6	5,8	8	8,2	11	11,6	28	7,9
Antro	2	3,4	6	5,8	16	16,5	15	15,8	39	11,1
Pré-pilórica	28	48,3	40	38,5	38	39,2	34	35,8	140	39,5
Pilórica	20	34,5	29	27,9	21	21,6	20	21,1	90	25,4
Bulbo duodenal	4	6,9	20	19,2	6	6,2	12	12,6	42	11,9
2ª Porção duodenal	1	1,7	3	2,9	4	4,1	1	1,1	9	2,5
Não informado	0	0	0	0	4	4,1	2	2,1	6	1,7

O procedimento cirúrgico mais realizado, em todos os triênios, foi a ulcerorrafia em 325 dos pacientes (91,8%) e piloroplastia em 24 pacientes (6,7%); houve procedimentos cirúrgicos definitivos como gastrectomia a Bilroth II em 2 casos, vagotomia troncular com antrectomia mais gastroduodenostomia pela pequena curvatura em outros 2 casos, perfazendo um total de 1,1%. Em um paciente não foi relatado o tipo de procedimento realizado. Não houve diferenças estatísticas entre as proporções dos procedimentos cirúrgicos nos triênios estudados.

O tempo médio de internação foi de 7,7 dias, sem diferença estatística entre os triênios.

Em 268 (75,7%) pacientes, não foi relatado nenhum tipo de complicação geral. Em 42 (11,9%), houve complicações respiratórias; em 27 (7,6%), complicações renais e, em 23 (6,5%), alterações cardiovasculares, sendo as mais freqüentes, em cada grupo, pneumonia, insuficiência renal aguda e hipovolemia, respectivamente.

Em 47 (13,3%) pacientes houve algum tipo de complicação específica, sendo a infecção do sítio cirúrgico e a deiscência da laparorrafia ou da ulcerorrafia as mais comuns, com 25 (7,1%) e 20 (5,7%) casos, respectivamente.

Trinta pacientes foram a óbito (8,5%), tendo idade média de 62,9 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as proporções de óbitos nos triênios.

Na distribuição dos óbitos por sexo (36,7% no feminino e 63,3% no masculino), não se verificou diferença estatística ($p=0,016$). Na faixa etária acima dos 60 anos, houve aumento significativo dos óbitos em comparação com as demais faixas etárias.

DISCUSSÃO

A predominância do sexo masculino com úlcera cloridro-péptica gastroduodenal perfurada, encontrada neste estudo (Tabela 1), concorda com a literatura^{8,9,10,11}. Apesar de não ser estatisticamente significativa, encontrou-se aumento na proporção de mulheres com o avanço da idade, atingindo seu pico aos 60 anos (Tabela 2). Em

estudos realizados na Europa, verificou-se aumento na proporção de casos de úlceras perfuradas entre as mulheres com mais de 70 anos. Este aumento se deveu ao uso maior de anti-inflamatórios não esteroidais e pela maior expectativa de vida no sexo feminino, segundo os autores^{12,13,14}.

Adultos jovens foram os mais acometidos por úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais perfuradas, assim como em outros estudos^{9,10,11}.

O predomínio de pacientes provenientes de Uberlândia e de outras cidades do Triângulo Mineiro deve-se a própria área de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU e à sua importância para a região como serviço de referência.

O aumento na prevalência de perfurações nas úlceras pépticas gastroduodenais do primeiro para o segundo triênio e sua posterior estabilização contraria estudos europeus, os quais justificaram diminuição na incidência dessa afecção, pela utilização dos bloqueadores de bomba de prótons e dos antimicrobianos contra o *Helicobacter pylori*, no tratamento da úlcera péptica^{8,15}. Grande parte dos pacientes incluídos no presente estudo não tem acesso a esses tratamentos, o que poderia explicar, em parte, a prevalência elevada dessa complicação no nosso meio.

Assim como no presente estudo, a literatura^{8,9,10,11} mostra nítido predomínio das úlceras perfuradas duodenais sobre as gástricas, na proporção de 14:1³. Outro trabalho também identifica as regiões pré-pilórica e pilórica como os locais mais freqüentes de perfurações¹⁵.

O exame de imagem mais realizado foi a radiografia de tórax ou abdome, com positividade para o pneumoperitônio de 85,2%, concordando com a literatura, a qual mostra incidências de pneumoperitônio nas proporções de 80,6%, 85% e 96,3%^{8,11,16}. A ultrassonografia de abdome e a endoscopia digestiva alta foram indicadas em situações de exceções para o diagnóstico de úlcera péptica perfurada em nosso estudo.

Nos casos em que havia dúvida diagnóstica entre doença ulcerosa péptica perforada e pancreatite aguda, dosou-se a amilase sangüínea. Ela esteve levemente aumentada em 21 pacientes (30,4%), concordando com a literatura.¹⁷ Há relatos de elevações importantes na amilase sérica em situações como grandes perfurações gastroduodenais, após derrame considerável de líquido digestivo para a cavidade abdominal, após várias horas do início dos sintomas ou quando o intervalo entre a perfuração e a última refeição é menor do que três horas¹⁷.

O hemograma com leucocitose com desvio à esquerda é um sinal inespecífico e pode traduzir apenas o estado infeccioso em que o paciente se encontra. Os nossos achados são concordantes com a literatura¹.

No presente estudo, houve grande número de culturas (47,7%) sem isolamento de microorganismos. Isso pode ser explicado pela presença de ácido no estômago, que não permite a proliferação bacteriana numa fase inicial do processo inflamatório peritonial. Verificou-se, em outro estudo, ausência de microorganismos em 66% dos casos¹⁸. Só após 12 horas de perfuração, haverá contaminação peritonial por microorganismos oriundos do intestino delgado, agravada pelo íleo adinâmico que se instala 18, aumentando a positividade das culturas à medida que o tempo de perfuração em cavidade peritonial livre se prolonga¹⁹. Entre os patógenos isolados, destacam-se as bactérias Gram positivas, com predomínio dos *Streptococcus sp*, seguidas das bactérias Gram negativas, com maior isolamento para a *Klebsiella sp* e *E. coli*, e os fungos, principalmente a *Candida sp*.

Assim como em outras publicações, em nosso estudo, a ulcerorrafia foi o procedimento de escolha para o tratamento da doença ulcerosa péptica gastroduodenal perfurada^{8,9,10}. Em outro estudo houve maior realização de vagotomia associada à piloroplastia (85,3% dos casos)¹⁵. Atualmente, há tendência em se indicar apenas a ulcerorrafia e dar a oportunidade a esses pacientes de se submeterem ao tratamento com antimicrobianos na tentativa de erradicação do *H. pylori*. Evitam-se piloroplastias, cirurgias de ressecção ou drenagens para não incorrer em iatrogenias cirúrgicas. Vale ainda ressaltar que procedimentos cirúrgicos, ditos como definitivos, como vagotomia com antrectomia e gastroduodenostomia pela pequena curvatura podem ser realizados nas úlceras com fibrose antiga, terebrantes em estruturas vizinhas e com diâmetro acima de 2,0 cm de perfuração^{20, 21}.

O tempo médio de internação encontrado em nosso estudo é semelhante aos encontrados por outros autores^{8,10,11}. O curto tempo de permanência hospitalar é verificado nos casos em que houve diagnósticos precoces e indicação adequada na técnica cirúrgica¹¹.

As afecções respiratórias foram as mais freqüentes entre as complicações gerais, concordando com a literatura, que cita 10,64% para esse tipo de complicação⁹. Já outro autor encontrou como complicações mais freqüentes as cardiovasculares, ficando as pulmonares em segundo lugar⁸.

A taxa de infecção do sítio cirúrgico encontrada neste estudo está entre as verificadas por outros autores como 5,06%⁸ e 9,57%⁹. As taxas de deiscência estão acima dos valores encontrados por estes mesmos autores^{8,9}.

Não houve alteração na proporção de óbitos entre os triênios, sendo o coeficiente de letalidade de 8,47%. A literatura mostra coeficientes de 2,6%, 7,4% e 16,9%^{8,9,11}. A incidência maior de óbitos entre os pacientes com mais de 60 anos exige rapidez no diagnóstico e na conduta terapêutica, uma vez que nos pacientes idosos há padrão mais benigno de dor e certa escassez de achados que podem retardar o diagnóstico, protelando o tratamento¹⁸.

CONCLUSÕES

A literatura chama a atenção para tendência de queda na prevalência de úlceras cloridro-pépticas gastroduodenais perfuradas. Porém, no presente estudo, observou-se em nosso meio um aumento no número de pacientes tratados nos últimos três triênios em relação ao primeiro da década de 1990.

SUMMARY

According to the literature, the incidence of chloridropeptic gastroduodenal perforated ulcer (CPGDPU) has been decreasing. The incidence and the epidemiological aspects of CPGDPU in patients treated at the Hospital de Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia, from 1989 to 2000, was surveyed. The occurrence of CPGDPU in 354 patients was analyzed. An increase in the incidence of CPGDPU was observed from the first to the second triennia, becoming stabilized in the following periods. The thoracic or abdominal X-ray is still the preferred complementary exam for diagnosis of CPGDPU. Leukogram and amylasemia are complementary exams. The most common area of incidence of perforated ulcers was the pyloric region. The ulcerorraphy was the most common surgical procedure. The lethality factor was 8,71%, showing a prevalence in elderly people.

Keywords: Peptic ulcer perforation; epidemiology.

AGRADECIMENTOS:

À professora Maria Christina Mouta Rink, Professora Titular da Área de Odontologia Social e Preventiva, pelas sugestões e análise crítica.

Ao Setor de Nosologia e Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, por sua presteza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Graham, DY. Complicações. In: Bennett JC, Plum F, editores. Cecil – Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.744-5.
- 2- Zanettini AC, Zanettini LA, Zanoveli RC. Úlcera péptica e tratamento cirúrgico: indicações. Rev Cient AMECS 1995; 4:45-9.
- 3- Berne CJ, Rosoff L. Perfuração aguda de úlcera péptica. In: Nyhus LM, Wastell, C, editores. Cirurgia do estômago e do duodeno. Rio de Janeiro: Interamericana; 1982. p. 398-12.
- 4- Diogo Filho A, Mesquita, LEA. Tratamento cirúrgico da úlcera cloridro-péptica duodenal perforada. Avaliação dos resultados imediatos. Anais do XVI Congresso da Associação Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1983. p. 42.
- 5- Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment and prognosis. World J Surg 2000; 24:277-83.
- 6- Matsukura N, Onda M, Tokunaga A, Kato S, Yoshiyuki T, Hasegawa H, Yamashita K, Tomtitchong P, Hayashi A. Role of helicobacter pylori infection in perforation of peptic ulcer: age and gender-matched case-control study. J Clin Gastroenterol 1997; 25(Suppl. 1):S235-S239.
- 7- Alam MM. Incidence of duodenal ulcer and its surgical management in a teaching hospital in Bangladesh. Trop Doc 1995; 25:67-8.
- 8- Hermansson M, Holstein CSV, Zilling T. Peptic ulcer perforation before and after the introduction of H2-receptor blockers and proton pump inhibitors. Scand J Gastroenterol 1997; 32(6):85-8.
- 9- González RP, Felpeto RP, Espino JR, Migueles LP, Fernández LC. Úlcera Gastroduodenal perforada. Revison estatística. Rev Cubana Cir 1987; 26(5):49-59.
- 10- VerasY, Nuñez T, Ibrahim A, Bacó M, Abreu R, Andujar R. Incidencia de úlcera péptica perforada em el Hospital Dr. Luis E. Aybar durante el periodo febrero 1990 febrero 1995. Acta Med Domin 1995;17(3):85-8.
- 11- Roque FJV, Hernández ML, Vázquez CR, Enrique ES. Úlcera gastroduodenal perforada. Estudio de 3 años. Rev Cubana Cir 1990; 29(3):460-9.
- 12- Coggon D, Lambert P, Langman MJS. 20 years of hospital admission for peptic ulcer in England and Wales. Lancet 1981; 1:1302-4.
- 13- Walt R, Katschinski B, Logan R, Ashley J, Langman M. Rising frequency of perforation in elderly people in the United Kingdon. Lancet 1986; 1:489-92.
- 14- Irvin TT. Mortality and perforated peptic ulcer: a risk stratification in elderly patients. Br J Surg 1989; 76:215-8.
- 15- Sánchez-Bueno F, Marin P, Aguayo JL, Robles R, Piñero A, Parrilla P. ¿Ha disminuido la incidencia de la úlcera péptica perforada em la última década? Cir Esp 2001; 69(2):118-20.
- 16- Accetta I, Accetta P, Baptista EB, Maia AM. Úlcera gástrica perforada. Rev Col Bras Cir 1996; XXIII(3):153-5.
- 17- Pacheco RC. Avaliação da amilaseemia e da lipaseemia na pancreatite aguda, patologias das vias biliares, úlcera gastroduodenal perforada e apendicite aguda (Dissertação Mestrado em Clínica Médica). Uberlândia – M.G.: Universidade Federal de Uberlândia; 2001; 102p.
- 18- Jordan PH, Morrow C. Úlcera péptica perforada. Cl Cir A N 1988; 68(2):325-40.
- 19- Steiger E, Cooperman AM. Considerações sobre o tratamento das úlceras pépticas perforadas. Cl Cir A N 1976; 56(6):1395-1400.
- 20- Diogo Filho A. Fístula gástrica peritoneal como complicação de úlcera péptica. Tratamento cirúrgico de urgência pela VAGDPC. Acta Cir Bras, 1993; 8(2):68.
- 21- Silva AL, Andrade JI, Diogo Filho A, Tanuri JC. Vagotomia, antrectomia mais gastroduodenostomia na pequena curvatura (VAGDPC) no tratamento da úlcera duodenal: resultados iniciais da anastomose gastroduodenal término-lateral. Ann Paul Med Cir 1985; 112(3 e 4):43-50.