

**ANDRÉ GUEDES VIEIRA**

**PREVALÊNCIA DA DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA  
EM PACIENTES SUBMETIDOS À ENDOSCOPIA  
DIGESTIVA ALTA NO HU – UFSC NAS ERAS PRÉ E  
PÓS TRATAMENTO DO *HELICOBACTER PYLORI***

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2004**

**ANDRÉ GUEDES VIEIRA**

**PREVALÊNCIA DA DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA  
EM PACIENTES SUBMETIDOS À ENDOSCOPIA  
DIGESTIVA ALTA NO HU – UFSC NAS ERAS PRÉ E  
PÓS TRATAMENTO DO *HELICOBACTER PYLORI***

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Ernani Lange de São Thiago**

**Orientador: Prof. Antônio Carlos Ferreira da Cunha**

**Co-orientador: Prof. Marcelino Osmar Vieira**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2004**

**Vieira André Guedes.**

Prevalência da doença ulcerosa péptica em pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta no HU – UFSC nas eras pré e pós tratamento do *Helicobacter pylori*. Florianópolis, 2004.

30p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Doença ulcerosa péptica 2. *Helicobacter pylori* 3. Endoscopia digestiva alta

## DEDICATÓRIA

---

---

*Aos meus pais, Raquel e Marcelino.*

*Aos meus irmãos Daniel, Rodrigo e Alexandre.*

*À Katiely*

---

---

## AGRADECIMENTOS

---

---

- ❖ A Deus, sem o qual absolutamente nada faz sentido.
- ❖ Ao meu orientador, Professor Antônio Carlos Ferreira da Cunha, pela indicação do tema, pela orientação, e pelo apoio no decorrer do trabalho.
- ❖ Ao meu co-orientador e pai, Professor Marcelino Osmar Vieira, pela colaboração durante todo o curso do trabalho, e sobretudo pelo grande exemplo de profissional e ser humano que sempre representou para mim.
- ❖ À minha mãe, Raquel Heloisa Guedes Vieira, pela colaboração na formatação do trabalho, pelo apoio nos momentos de desânimo, e por todo amor dedicado a mim desde meu nascimento.
- ❖ Aos atuais colegas, e futuros companheiros de profissão: André de Luca dos Santos, Freddy Segatto, Ricardo Ximenes de Melo Malinverni e Gustavo Philippi De Los Santos, pela amizade compartilhada nesta jornada.
- ❖ Ao Serviço de Antomia-Patológica pela disponibilização do seu banco de dados.
- ❖ Ao Serviço de Gastroenterologia pela disponibilização do seu banco de dados.
- ❖ À Professora Márcia Margaret Menezes Pizzichini pela orientação quanto a análise estatística.
- ❖ À Servidora Eliete Pórcia Meira pela disponibilidade, e pelo auxílio no levantamento dos dados.

**SUMÁRIO**

---

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO.....	3
3. MÉTODO.....	4
4. RESULTADOS.....	7
5. DISCUSSÃO.....	15
6. CONCLUSÕES.....	22
7. REFERÊNCIAS.....	23
8. RESUMO.....	25
9. SUMMARY.....	26
10. ANEXOS.....	27

---

# 1. INTRODUÇÃO

---

Úlceras pépticas são soluções de continuidade da mucosa que se estendem até a muscular própria do esôfago, estômago ou duodeno<sup>1</sup>.

Durante séculos, o diagnóstico de úlcera péptica equivalia a uma condenação perpétua, representada pelo aforismo amplamente aceito de que: “Uma vez ulceroso, sempre ulceroso”. Além disso, implicava na observância de prescrições dietéticas descabidas, no uso de anti-ácidos convencionais ou de bloqueadores H<sub>2</sub>, na realização de endoscopias digestivas e até mesmo laparotomias. Por estes motivos, o diagnóstico de úlcera gerava ansiedade no paciente, compaixão nos familiares e amigos, e insegurança no médico<sup>2</sup>.

Esta situação mudou radicalmente à partir de 1983, ano no qual J. Robin Warren e Barry Marshall, respectivamente patologista e gastroenterologista australianos, descreveram uma bactéria de 0,5 µm x 2,5 µm, flagelado, de formato encurvado, tanto em exames histopatológicos de biópsias gástricas, como em cultura em meio para *Campylobacter*, sugerindo uma possível relação da mesma com a gastrite antral<sup>3</sup>.

Posteriormente, diversas pesquisas demonstraram de maneira inequívoca que esta bactéria, denominada à partir de 1989 de *Helicobacter pylori*<sup>4</sup>, desempenhava papel predominante na patogênese da doença ulcerosa péptica, bem como de outras afecções do trato gastrointestinal como gastrite crônica, adenocarcinoma e linfoma MALT<sup>5</sup>.

Inicialmente, acreditou-se que virtualmente 100% dos casos de úlcera péptica duodenal, e cerca de 77% dos casos de úlcera péptica gástrica tinham o *Helicobacter pylori* como principal agente etiológico<sup>3</sup>. Estudos posteriores, contudo, demonstraram que estes números eram superestimados. Hoje, acredita-se que o *Helicobacter pylori* seja o principal agente etiológico em 90-95% das úlceras duodenais e em 50-70% dos pacientes com úlcera gástrica<sup>5</sup>. Desta forma, é consenso entre a comunidade científica o fato do *Helicobacter pylori* ser o principal agente etiológico da doença ulcerosa péptica.

Esta nova concepção da doença ulcerosa péptica, agora abordada como uma doença infecciosa, fez com que seu diagnóstico, e sobretudo o seu tratamento, sofressem drásticas modificações, uma vez que ficou definido que a eliminação do agente causal levava à cura da condição<sup>6</sup>.

Os esquemas terapêuticos atualmente empregados para erradicação do *Helicobacter pylori*, que geralmente incluem 2 antimicrobianos e 1 inibidor de bomba prótonica, tem se mostrado muito eficazes na erradicação do *Helicobacter pylori*<sup>7</sup>. Este fato, associado a um grau de informação crescente da comunidade médica a respeito do tema, faz com que seja razoável supor que a prevalência da doença ulcerosa péptica tenha diminuído nas últimas décadas, principalmente pela supressão das recidivas pela eliminação da bactéria. Essa hipótese é defendida por especialistas com grande conhecimento do tema, como David Y. Graham e Robert M. Genta<sup>8</sup>. Alguns estudos, entretanto, trouxeram resultados que entravam em conflito com essa suposição, não demonstrando diminuição da prevalência da doença ulcerosa péptica nos anos após a introdução da terapia de erradicação do *Helicobacter pylori*<sup>9,10</sup>.

Este trabalho busca levantar novos dados, que possam auxiliar na elucidação desta questão, à partir da comparação da prevalência da doença ulcerosa péptica em pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta no HU-UFSC nos anos de 1988/1989, quando a erradicação do *Helicobacter pylori* não era realizada, com a daqueles submetidos ao mesmo procedimento em 2003, quando esta atitude terapêutica já tinha sido bastante difundida, e significativamente incorporada à prática clínica.



---

## 2. OBJETIVO

---

Comparar a prevalência de doença ulcerosa péptica em pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina nos anos de 1988 e 1989, com a daqueles submetidos ao mesmo procedimento em 2003, considerados períodos pré e pós tratamento do *Helicobacter pylori* respectivamente.

---

## 3. MÉTODO

---

◆ **Casuística:**

Estudo realizado com 1281 pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina nos anos de 1988, 1989 e 2003.

◆ **Critérios de Seleção dos Pacientes:**

◆ **Critérios de inclusão:**

Foram incluídos todos os pacientes submetido à endoscopia digestiva alta no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina nos anos de 1988, 1989 e 2003, cujas fichas de endoscopia estavam disponíveis quando do início da coleta de dados.

◆ **Critérios de exclusão:**

Não houve critério de exclusão

◆ **Procedimento:**

◆ **Delineamento do Estudo:**

Estudo observacional, do tipo transversal, onde a comparação envolveu a prevalência de doença ulcerosa péptica (gástrica e duodenal) em dois períodos distintos: 1988/1989 e 2003.

**◆ Banco de dados:**

Os dados foram coletados das fichas de endoscopia digestiva alta do Serviço de Gastroenterologista do HU-UFSC, e armazenadas em um banco de dados especialmente desenvolvido para esta fim. O banco de dados foi composto pelos seguintes itens: número do prontuário, ano, sexo, idade, indicação, diagnóstico endoscópico e resultado de biópsia. Alguns esclarecimentos sobre determinados itens do banco de dados se fazem necessários para um melhor entendimento do restante do estudo.

- Indicação: foram agregadas nos seguintes tópicos: dispepsia, dor, náuseas e/ou vômitos, disfagia, hemorragia digestiva alta, emagrecimento, corpo estranho, anemia e outras. Foram computados até 3 indicações por paciente.
- Diagnóstico endoscópico: foram classificados nos seguintes itens: esofagite, varizes de esôfago, hérnia de hiato, gastrite, úlcera gástrica, úlcera duodenal, neoplasia de estômago, duodenite, endoscopia normal, e outros diagnósticos. Foram computados até 6 diagnósticos por paciente.
- Resultado de biópsia: foram verificados o resultado dos laudos anatomopatológicos de todas as biópsias de pacientes cujo diagnóstico endoscópico tenha sido de úlcera gástrica péptica, neoplasia gástrica, ou qualquer outra descrição que deixasse dúvida sobre seu caráter benigno ou maligno. Quando aconteceu discordância entre o diagnóstico endoscópico e o resultado da biópsia, este prevaleceu, ou seja, o diagnóstico endoscópico foi corrigido.

**◆ Análise Estatística:**

As variáveis categóricas (sexo, indicações e diagnósticos) foram expressas por número absoluto e percentual do valor total, enquanto que a variável contínua (idade) foi representada como média dos valores encontrados.

Como método de comparação entre os dois períodos estudados foi utilizado o *Qui-quadrado*. Considerou-se estatisticamente significativo um valor de  $p < 0,05$ .

Para análise dos dados foi utilizado o programa SPSS 10.0 para Windows.

◆ **Aspectos Éticos:**

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme documento emitido em 26 de abril de 2004.

## 4. RESULTADOS

### ◆ DISTRIBUIÇÃO POR IDADE E SEXO

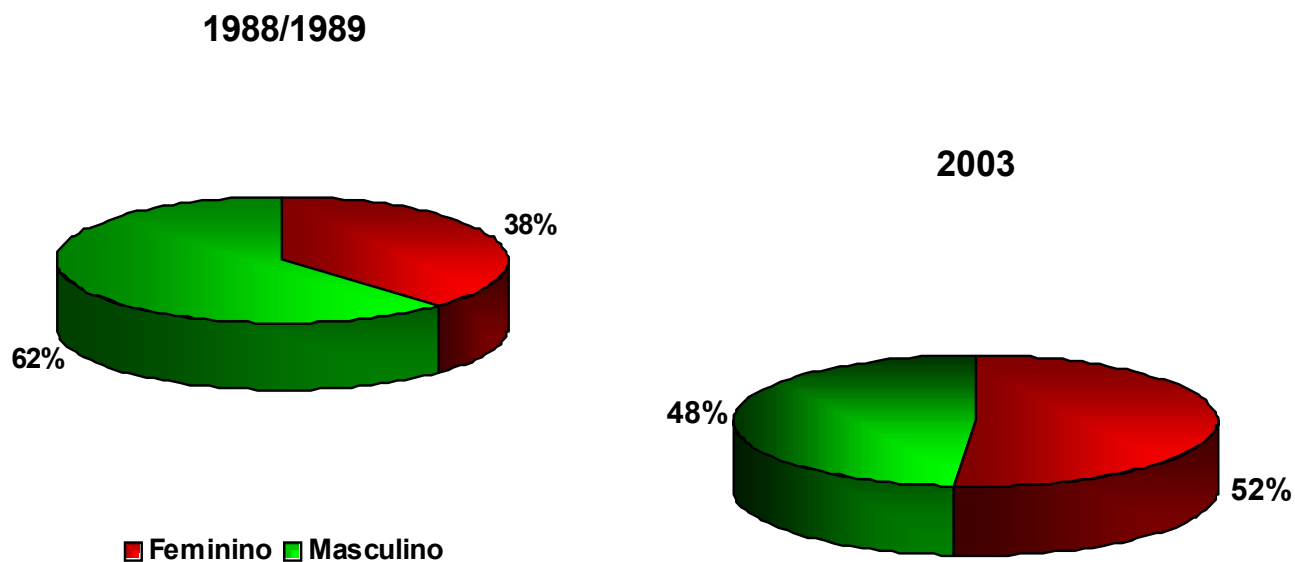
A idade média geral dos pacientes incluídos no estudo foi de 48,9 anos, sendo 50,6 anos para o grupo de 1988/1989 e 48,1 anos para o grupo de 2003. O sexo masculino apresentou uma frequência geral de 52,7% e o feminino de 47,3%. No período de 1988/1989, 62,1% eram do sexo masculino e 37,9% eram do sexo feminino, já no ano de 2003, 48,5% eram homens e 51,5% eram mulheres.

**Tabela 1: Distribuição dos pacientes por sexo.**

SEXO\PERÍODO	1988/1989		2003		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Feminino</b>	150	37,9	456	51,5	606	47,3
<b>Masculino</b>	246	62,1	429	48,5	675	52,7
<b>Total</b>	396	100,0	885	100,0	1.281	100,0

Fonte: fichas de endoscopia digestiva alta do Serviço de Gastroenterologia do HU/UFSC, 1988, 1989 e 2003.

**Gráfico 1: Distribuição dos pacientes por sexo.**



Fonte: fichas de endoscopia digestiva alta do Serviço de Gastroenterologia do HU/UFSC, 1988, 1989 e 2003.

**Tabela 2: Idade média por período.**

ANO	1988/1989	2003	Total
<b>IDADE (em anos)</b>	50,6	48,1	48,9

Fonte: fichas de endoscopia digestiva alta do Serviço de Gastroenterologia do HU/UFSC, 1988, 1989 e 2003

### ◆ INDICAÇÕES

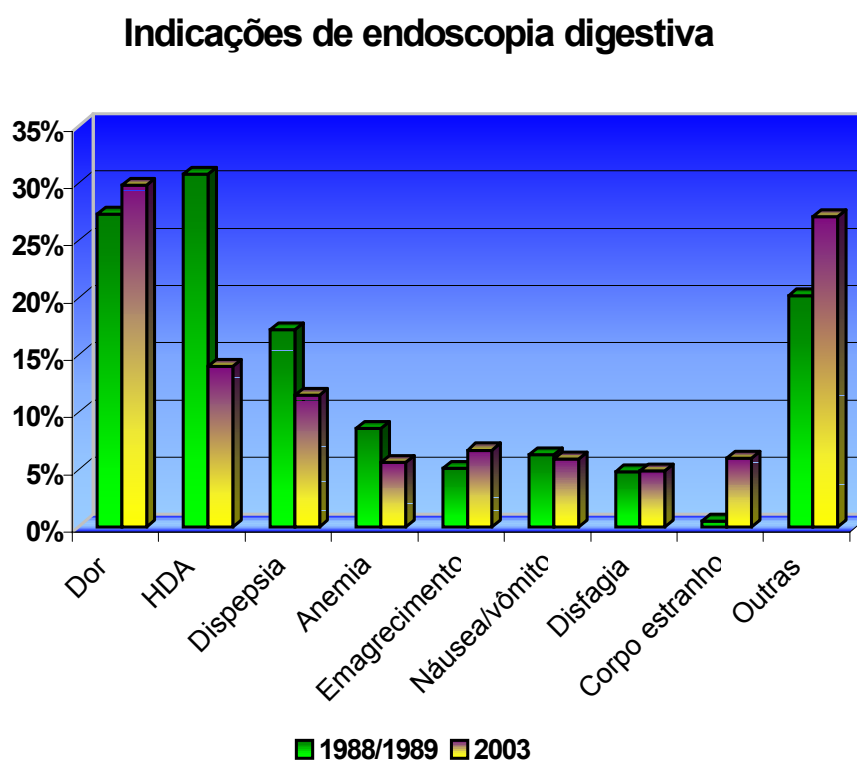
As principais indicações para endoscopia digestiva observadas foram dor (29%), hemorragia digestiva alta (19,2%) e dispepsia (13,3%). No período de 1988/1989 a principal indicação encontrada foi a hemorragia digestiva alta (30,8%), seguida pela dor (27,3%) e dispepsia (17,2%). Em 2003 houve predomínio das indicação por dor (29,8%), seguida por hemorragia digestiva alta (14%) e dispepsia (11,5%).

**Tabela 3: Indicações de endoscopia digestiva.**

INDICAÇÃO	1988/1989		2003		Total		P
	n	%	n	%	n	%	
<b>Dor</b>	108	27,3	264	29,8	372	29,0	0,351
<b>HDA</b>	122	30,8	124	14,0	246	19,2	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Dispepsia</b>	68	17,2	102	11,5	170	13,3	<b>0,006</b>
<b>Anemia</b>	34	8,6	50	5,6	84	6,6	0,050
<b>Emagrecimento</b>	20	5,1	59	6,7	79	6,2	0,266
<b>Náusea/vômito</b>	25	6,3	52	5,9	77	6,0	0,761
<b>Disfagia</b>	19	4,8	43	4,9	62	4,8	0,963
<b>Corpo estranho</b>	2	0,5	53	6,0	55	4,3	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Outras</b>	80	20,2	240	27,1	320	25	<b>0,008</b>

Fonte: fichas de endoscopia digestiva alta do Serviço de Gastroenterologia do HU/UFSC, 1988, 1989 e 2003.

**Gráfico 2: Indicações de endoscopia digestiva.**



Fonte: fichas de endoscopia digestiva alta do Serviço de Gastroenterologia do HU/UFSC, 1988, 1989 e 2003.



#### ◆ DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS

Os principais diagnósticos endoscópicos encontrados foram: gastrite (35,6%), esofagite (19,2%), duodenite (12,6%), hérnia de hiato (11,4%), úlcera gástrica (10,5%), varizes de esôfago (9,0%), úlcera duodenal (7,7%) e neoplasia gástrica (2,6%). Outros diagnósticos perfizeram um total de 24,1%, e 19,9% dos pacientes tiveram seu exame considerado endoscopicamente normal. A distribuição diagnósticos de acordo com os período é mostrado na tabela 4.

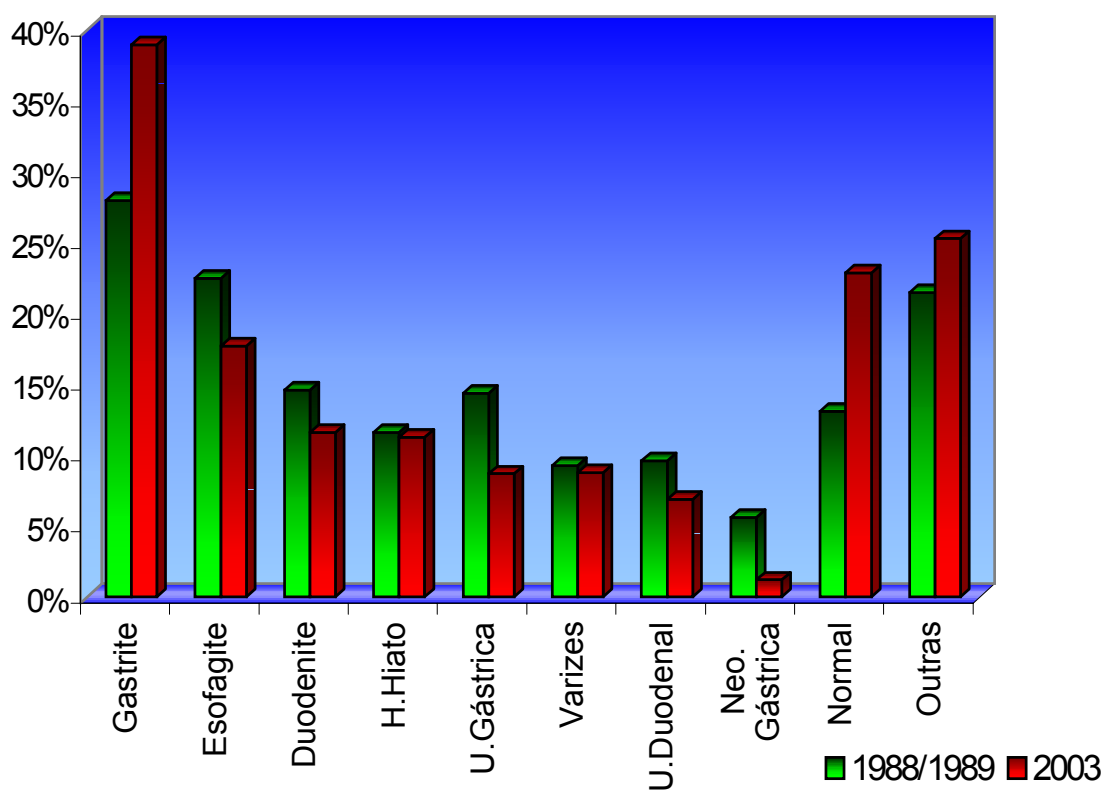
**Tabela 4: Diagnósticos endoscópicos**

DIAGNÓSTICO	1988/1989		2003		Total		P
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gastrite</b>	111	28	345	39	456	35,6	< <b>0,001</b>
<b>Esofagite</b>	89	22,5	157	17,7	246	19,2	<b>0,047</b>
<b>Duodenite</b>	58	14,6	103	11,6	161	12,6	0,133
<b>Hérnia de hiato</b>	46	11,6	100	11,3	146	11,4	0,869
<b>Úlcera gástrica</b>	57	14,4	77	8,7	134	10,5	<b>0,002</b>
<b>Varizes esôfago</b>	37	9,3	78	8,8	115	9	0,759
<b>Úlcera duodenal</b>	38	9,6	61	6,9	99	7,7	0,094
<b>Neo. Gástrica</b>	22	5,6	11	1,2	33	2,6	< <b>0,001</b>
<b>Normal</b>	52	13,1	203	22,9	255	19,9	< <b>0,001</b>
<b>Outras</b>	85	21,5	224	25,3	309	24,1	0,137

Fonte: fichas de endoscopia digestiva alta do Serviço de Gastroenterologia do HU/UFSC, 1988, 1989 e 2003.

Gráfico 3 – Diagnósticos endoscópicos.

## Diagnósticos Endoscópicos



Fonte: fichas de endoscopia digestiva alta do Serviço de Gastroenterologia do HU/UFSC, 1988, 1989 e 2003.

### ◆ ÚLCERA PÉPTICA

Os resultados mostraram uma redução estatisticamente significativa na prevalência de doença ulcerosa péptica, que foi de 22,7% no período de 1988/1989 e de 14,1% em 2003 ( $p < 0,001$ ), como mostrado na Tabela 5.

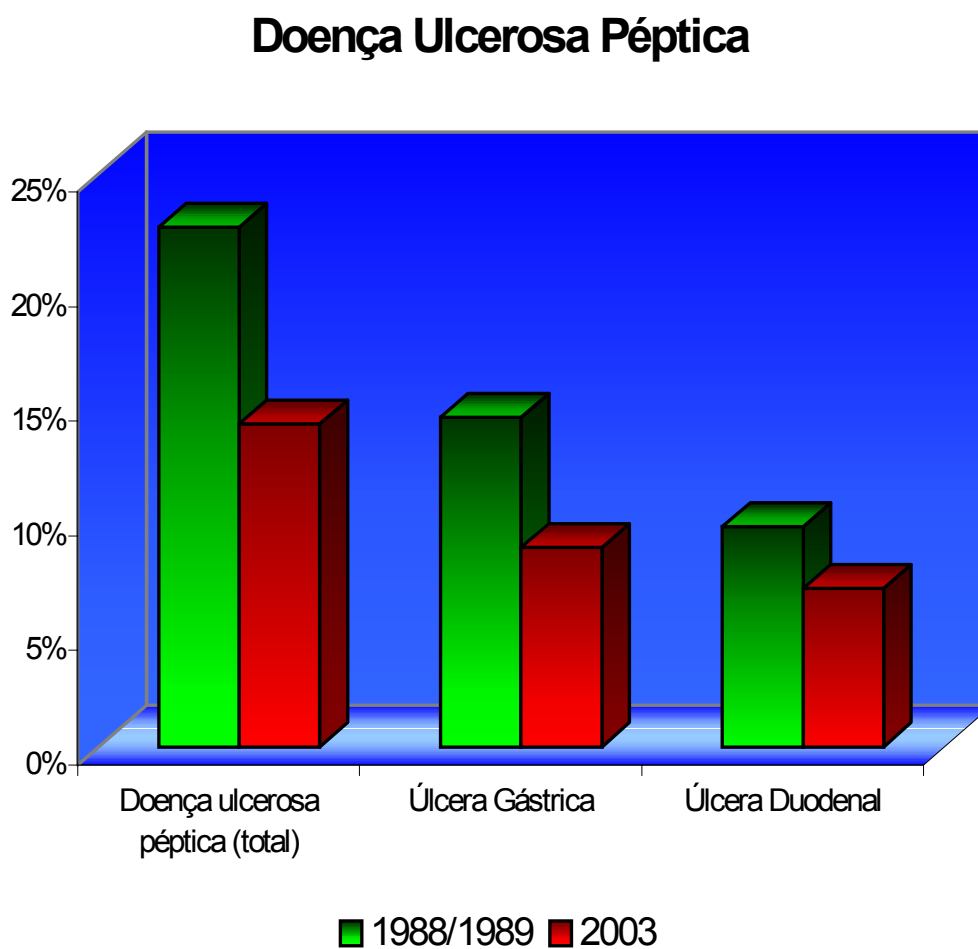
Ainda na Tabela 5, pode ser observado que houve uma redução estatisticamente significativa na prevalência da úlcera gástrica, que passou de 14,4% no período de 1988/1989, para 8,7% em 2003. A prevalência da úlcera duodenal também diminuiu, porém esta diminuição não alcançou significância estatística.

**Tabela 5: Prevalência da doença ulcerosa péptica.**

DIAGNÓSTICO	1988/1989		2003		Total		P
	n	%	n	%	n	%	
<b>Doença ulcerosa péptica</b>	90	22,7	125	14,1	215	16,8	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Úlcera gástrica</b>	57	14,4	77	8,7	134	10,5	<b>0,002</b>
<b>Úlcera duodenal</b>	38	9,6	61	6,9	99	7,7	0,094

Fonte: fichas de endoscopia digestiva alta do Serviço de Gastroenterologia do HU/UFSC, 1988, 1989 e 2003.

Gráfico 4: Prevalência da doença ulcerosa péptica.



Fonte: fichas de endoscopia digestiva alta do Serviço de Gastroenterologia do HU/UFSC, 1988, 1989 e 2003.

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, instituição que atende principalmente a pacientes provenientes das faixas mais carentes da população catarinense, principalmente da região da Grande Florianópolis. Desta forma, apesar de não ter sido levantado o perfil sócio-econômico dos pacientes submetidos aos exames, a maioria deles pode ser considerada de padrão baixo.

A idade média dos dois grupos foi bastante semelhante (1988/89: 50,6 anos – 2003: 48,1 anos). Quanto ao sexo, apesar de ter sido observado uma diferença significativa entre os dois grupos, a mesma não deve interferir nos resultados, uma vez que não existe nenhum estudo que aponte uma maior prevalência de doença ulcerosa péptica em algum dos sexos.

As principais indicações para endoscopia no presente estudo foram a “dor” (29,0%) e “hemorragia digestiva alta” (19,2%), que na realidade se constituem nas grandes motivações para a realização deste exame.

Os principais diagnósticos encontrados foram: gastrite (35,6%), esofagite (19,2%), duodenite (12,6%), hérnia de hiato (11,4%), úlcera gástrica (10,5%), varizes de esôfago (9,0%), úlcera duodenal (7,7%) e neoplasia gástrica (2,6%). Outros diagnósticos perfizeram um total de 24,1%, e 19,9% dos pacientes tiveram seu exame considerado endoscopicamente normal.

Desde a primeira cultura de *Helicobacter pylori* há 20 anos, o diagnóstico e o tratamento das doenças do trato gastrointestinal superior mudou drasticamente<sup>6</sup>, principalmente no tocante à doença ulcerosa péptica e ao câncer gástrico.

A doença ulcerosa péptica, antes encarada como uma condição incurável, para a qual só estavam disponíveis tratamentos paliativos, passou a ser abordada como uma doença infecciosa, na qual a eliminação do agente causal leva à cura da condição<sup>6</sup>.

No que concerne à doença ulcerosa péptica, está bem estabelecido ser o *Helicobacter pylori* o principal agente causal desta condição, sendo o percentual de úlceras a ele atribuído variável conforme as características de cada população estudada, estando fortemente relacionada às condições sócio-econômicas locais (quanto piores as condições, maiores as prevalências)<sup>9</sup>.

Inicialmente, acreditou-se que virtualmente 100% dos casos de úlcera péptica duodenal, e cerca de 77% dos casos de úlcera péptica gástrica tinham o *Helicobacter pylori* como principal agente etiológico<sup>3</sup>. Estudos posteriores, contudo, demonstraram que estes números eram superestimados. Hoje, acredita-se que o *Helicobacter pylori* seja o principal agente etiológico em 90-95% das úlceras duodenais e em 50-70% dos pacientes com úlcera gástrica<sup>5</sup>. Desta forma, é consenso entre a comunidade científica o fato do *Helicobacter pylori* ser o principal agente etiológico da doença ulcerosa péptica.

Vieira (1993), em um estudo conduzido no HU-UFSC, encontrou o *Helicobacter pylori* em 94,1% dos pacientes com doença ulcerosa péptica<sup>2</sup>.

Outro conhecimento bem consolidado é o fato de a erradicação do *Helicobacter pylori* reduzir drasticamente o índice de recidivas da doença ulcerosa péptica.

Graham (2004), aponta que, clinicamente, a história natural da doença é de exacerbações e remissões; a não ser que o agente causal seja eliminado, a taxa de recorrência varia de 60 até 90%. Por comparação, a eliminação do agente causal efetivamente cura a doença e previne sua recorrência<sup>1</sup>.

Tomita et al (2002) avaliaram a taxa de recorrência de úlcera péptica em um estudo que contou com a participação de 445 pacientes (88 com úlcera duodenal e 357 com úlcera gástrica), acompanhados ao longo de 5 anos. A taxa de recorrência após a erradicação do *Helicobacter pylori* foi de 0% nos pacientes com úlcera duodenal e 4% nos casos de úlcera gástrica. Por outro lado, entre os pacientes nos quais a erradicação do *Helicobacter pylori* não foi realizada, as taxas de recorrência de úlcera duodenal e de úlcera gástrica foram respectivamente de 100% e 92%<sup>11</sup>.

Diversos trabalhos tem demonstrado que os esquemas terapêuticos disponíveis atualmente para a erradicação do *Helicobacter pylori*, que incluem geralmente 2 antimicrobianos e 1 inibidor de bomba protônica, tem uma taxa de sucesso muito alta.

Em uma meta-análise de 666 estudos, que incluíram 53.228 pacientes, combinações de um inibidor de bomba protônica, claritromicina, e metronidazol; um inibidor de bomba protônica, claritromicina, e amoxicilina; e um inibidor de bomba protônica, amoxicilina, e metronidazol foram consideradas semelhantes, com taxas de cura de 78,9 a 82,8%<sup>7</sup>.

Estes fatos, associados a uma grau de informação crescente da comunidade médica a respeito do tema, faz com que seja razoável supor que a prevalência da doença ulcerosa péptica tenha diminuído nas últimas décadas, principalmente pela supressão das recidivas pela eliminação da bactéria.

Este estudo busca levantar novos dados, que possam auxiliar na elucidação desta questão, à partir da comparação da prevalência da doença ulcerosa péptica em pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta no HU-UFSC nos anos de 1988/89, com a daqueles submetidos ao mesmo procedimento em 2003, períodos considerados respectivamente pré e pós-tratamento do *Helicobacter pylori*.

A escolha destes dois períodos levou em consideração que a descoberta da bactéria foi publicada em 1983, e que levou mais de uma década para a comunidade científica incorporar este novo conceito, e para que as indicações de tratamento da infecção por *Helicobacter pylori* tornassem-se mais claras e consensuais.

Em 1991, por exemplo, os especialistas reunidos no 9º Congresso Mundial de Gastroenterologia (Sydney, Austrália) ainda recomendavam a terapêutica anti- *Helicobacter pylori* apenas nos casos de portadores de úlcera péptica de difícil controle, recidivante, com indicação para tratamento prolongado ou mesmo com indicação cirúrgica<sup>4</sup>.

Sendo assim, em nosso meio, o tratamento para erradicação do *Helicobacter pylori* iniciou a ser efetivamente realizado somente a partir do início da década de 1990.

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que houve uma redução estatisticamente significativa da prevalência da doença ulcerosa péptica no período estudado, declinando de 22,7% no período de 1988/89 para 14,1% em 2003 ( $p < 0,001$ ).

Este resultado corrobora a observação de Graham (2004), que aponta uma diminuição da incidência de úlcera péptica, que acompanha paralelamente o declínio da infecção por *Helicobacter pylori* em países desenvolvidos. Graham sugere que este declínio na infecção por *Helicobacter pylori* seja devido à melhora das condições de higiene, que limita a transmissão, e à difusão do uso de antibióticos para outras enfermidades, o que poderia curar parte das infecções por *Helicobacter pylori* existentes<sup>8</sup>.



O declínio da infecção pelo *Helicobacter pylori* tem ocasionado a diminuição da porcentagem de úlceras relacionadas a este agente. Kalaghchi (2004), cita 4 recentes estudos que sugerem que as taxas de infecção por *Helicobacter pylori*, em pacientes portadores de doença ulcerosa, que inicialmente foi reportada como sendo de 90 a 95%, tenha declinado na década passada, provavelmente como resultado do tratamento agressivo da infecção pelo *Helicobacter pylori*<sup>9</sup>.

Em nosso meio, a infecção pelo *Helicobacter pylori*, é sem sombra de dúvida, o principal agente etiológico da doença ulcerosa péptica.

Vieira, em um estudo realizado em 1993 no HU-UFSC (antes portanto de o tratamento do *Helicobacter pylori* ter sido efetivamente implementado em nosso meio) no HU-UFSC, encontrou o *Helicobacter pylori* em 94,1% dos pacientes com doença ulcerosa péptica (gástrica e/ou duodenal)<sup>2</sup>.

Portanto, é razoável supor que a diminuição da prevalência da doença ulcerosa péptica observada neste estudo relacione-se principalmente ao tratamento da infecção por *Helicobacter pylori* realizado nas últimas décadas, o que teria acarretado a diminuição de casos novos, bem como de recidivas.

Analisando separadamente a úlcera duodenal e a úlcera gástrica, percebemos que ambas apresentaram redução no período estudado. Entretanto, a magnitude desta redução não foi a mesma.

A prevalência de úlcera gástrica diminuiu aproximadamente 40%, passando de 14,4% no período de 1988/89, para 8,7% em 2003, obtendo desta forma significância estatística ( $p = 0,002$ ).

Já o declínio da prevalência de úlcera duodenal, apesar de expressivo (aproximadamente 28%), não alcançou significância estatística ( $p=0,094$ ), o que provavelmente ocorreria se tivéssemos uma amostra maior.

Não encontramos explicação para a diminuição mais acentuada da prevalência de úlcera gástrica quando comparada com a redução da prevalência de úlcera duodenal. Na realidade, esperávamos encontrar o oposto, por dois motivos principais:

1. Diversos estudos tem demonstrado uma diminuição da prevalência do *Helicobacter pylori*, bem como da porcentagem de úlceras atribuídas ao mesmo. Assim, esperaríamos uma diminuição mais acentuada da prevalência da úlcera duodenal, uma vez que a mesma possui uma ligação mais forte com o *Helicobacter pylori*.
2. O uso crescente de anti-inflamatórios em nosso meio poderia ocasionar um incremento no número de úlceras gástricas, diminuindo o impacto da terapêutica anti-*Helicobacter pylori* implementada na última década.

A maior prevalência de úlcera gástrica em relação à úlcera duodenal, explica-se pela idade média dos pacientes, que foi de 48,9 anos. O aparecimento da úlcera gástrica acontece geralmente entre os 25 e 55 anos, enquanto a úlcera duodenal geralmente manifesta-se entre os 40 e 70 anos.

Apesar de não ser o objetivo principal deste estudo, não poderíamos deixar de registrar a drástica redução observada na prevalência do câncer gástrico (79%), que passou de 5,6% no período de 1988/89 para 1,2% em 2003 ( $p<0,001$ ).

Vale lembrar que em 1994, a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer concluiu que havia evidências epidemiológicas suficientes para classificar o *Helicobacter pylori* como um carcinógeno definitivo<sup>12</sup>.

Desta forma, estando agora definida a diminuição das prevalências da doença ulcerosa péptica, bem como do câncer gástrico em nosso meio, tornam-se necessários estudos mais aprofundados, e com desenho apropriado para determinar os motivos destas reduções.

## 6. CONCLUSÕES

- ❖ Houve uma redução estatisticamente significativa da prevalência da doença ulcerosa péptica no período estudado, declinando de 22,7% no período de 1988/89 para 14,1% em 2003 ( $p < 0,001$ ).
- ❖ A prevalência de úlcera gástrica diminuiu aproximadamente 40%, passando de 14,4% no período de 1988/89, para 8,7% em 2003, obtendo desta forma significância estatística ( $p = 0,002$ ).
- ❖ Houve um declínio da prevalência de úlcera duodenal (aproximadamente 28%), porém o mesmo não alcançou significância estatística ( $p = 0,094$ ).

---

---

## 7. REFERÊNCIAS

---

---

1. Graham DY. PEPTIC ULCER DISEASE. In: Goldman L, Ausiello D, editors. Cecil – Textbook of Medicine. 22th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p.827-34.
2. Vieira MO. Estudo sobre o *Helicobacter pylori* em adultos submetidos À endoscopia digestiva alta do Hospital Universitário da UFSC (dissertação). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1993. 187 p.
3. Warren JR, Marshall BJ. Unidentified curved bacille on gastric epithelium in active chronic gastritis. The Lancet 1983 June; p.1273-5.
4. Editorial. The Lancet 1990 Set; 336, p.779-80.
5. Knigge KL. The role of de *H pylori* in gastrointestinal disease: A guide to identification and eradication. Postgrad Med 2001;110(3):71-82.
6. Suerbaum S, Michetti P. Medical Progress: *Helicobacter pylori* Infection [Review Article]. N Engl J Med 2002 Oct 10;347(15):1175-86.
7. Laheij RJ, Rossum LG, Jansen JB, Straatman H, Verbeek AL. Evaluation of treatment regimens to cure *Helicobacter pylori* infection – a meta-analysis. Aliment Pharmacol Ther 1999; 13:857-64.
8. Graham DY, Genta RM. GASTRITES AND HELICOBACTER PYLORI. In: Goldman L, Ausiello D, editors. Cecil – Textbook of Medicine. 22th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p.823-7.
9. Kalaghchi B, Mekasha G, Jack MA, Smoot DT. Ideology of *Helicobacter pylori* Prevalence in Peptic Ulcer Disease in na Inner-city Minority Population [Alimentary Tract: Clinical Research]. J Clin Gastroenterol 2004 Mar;38(3):248-51.
10. Higham J, Kang J-Y, Majeed A. Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of haemorrhage among older subjects [Peptic ulcer: Original Article]. Gut 2002 Apr;50(4):460-4.

11. Tomita T, Fukuda Y, Tamura K, Tanaka J, Hida N, Kosaka T, et al. Successful eradication of *Helicobacter pylori* prevents relapse of peptic ulcer disease [ Proceedings of the 9<sup>th</sup> Taisho International Symposium on Gastroenterology]. Aliment. Pharmacol. Ther. Suppl. 2002 Apr; 16 Suppl 2:204-9.
12. Takeuchi K, Ohno Y, Tsuzuki Y, Ando T, Sekihara M, Hara T, et al. Helicobacter pylori Infection and Early Gastric Cancer [Alimentary Tract: Clinical Research]. J Clin Gastroenterol 2003 Apr;36(4):321-4.

---

## 8. RESUMO

---

**Objetivo:** Comparar a prevalência de doença ulcerosa péptica em pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina nos anos de 1988 e 1989, com a daqueles submetidos ao mesmo procedimento em 2003, considerados períodos pré e pós tratamento do *Helicobacter pylori* respectivamente. **Método:** Estudo transversal, observacional e descritivo, no qual a comparação envolveu a prevalência de doença ulcerosa péptica (gástrica e duodenal) em dois períodos distintos: 1988/1989 e 2003. Foram analisadas as fichas de 1281 pacientes submetidos à Endoscopia Digestiva Alta no HU-UFSC nos períodos de 1988/89 (396 pacientes) e 2003 (885 pacientes). **Resultado:** Os resultados mostraram uma redução estatisticamente significativa na prevalência de doença ulcerosa péptica, que foi de 22,7% no período de 1988/1989 e de 14,1% em 2003 ( $p < 0,001$ ). Houve uma redução estatisticamente significativa na prevalência da úlcera gástrica, que passou de 14,4% no período de 1988/1989, para 8,7% em 2003 ( $P=0,002$ ). Houve redução de aproximadamente 28% na prevalência da úlcera duodenal, que passou de 9,6% em 1988/89, para 6,9% em 2003 ( $p=0,094$ ). Esta redução porém, não alcançou significância estatística. **Conclusões:** No período estudado, ocorreu uma redução estatisticamente significativa da prevalência da doença ulcerosa péptica, a qual pode ser atribuída principalmente à redução da prevalência de úlcera gástrica.

---

## 9. SUMMARY

---

**Objective:** To compare the prevalence of peptic ulcer disease in patients submitted to upper digestive endoscopy in the Service of Gastroenterology of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina in the years of 1988 and 1989, with those submitted to the same procedure in 2003, considered periods before and after treatment of the *Helicobacter pylori* respectively. **Method:** Transversal, observacional and descriptive study, in which the comparison involved the prevalence of peptic ulcer disease (gastric and duodenal) in two distinct periods: 1988/89 and 2003. The records of 1281 patients submitted to upper digestive endoscopy in the HU-UFSC in the periods of 1988/89 (396 patients) and 2003(885 patients) have been analyzed . **Results:** The results showed a statistically significant reduction in the prevalence of peptic ulcer disease, that was of 22,7% in the period of 1988/1989 and 14,1% in 2003 ( $p < 0.001$ ). There was a statistically significant reduction in the prevalence of the gastric ulcer, that passed of 14,4% in the period of 1988/1989, for 8,7% in 2003 ( $P=0,002$ ). There was a reduction of approximately 28% in the prevalence of the duodenal ulcer, that passed of 9,6% in 1988/89, for 6,9% in 2003 ( $p=0,094$ ), this reduction however, did not reach statistic significance. **Conclusions:** In the period under review, there was a statistically significant reduction in the prevalence of peptic ulcer disease, which can be attributed mainly to the reduction of gastric ulcer prevalence.



## **10. ANEXOS**

---

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA

SETOR DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

### FICHA CLÍNICA

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

E.Civil: \_\_\_\_\_ Prof: \_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_ Proc: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_

Indicação do Exame:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exames complementares:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### DESCRIÇÃO DO EXAME

Preparo do doente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

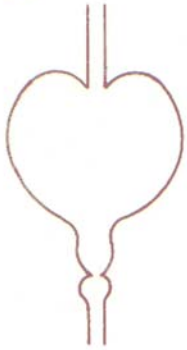
Introdução:

\_\_\_\_\_

Esôfago:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estômago:



Duodeno:

Conclusões:

\_\_\_\_\_  
Médico

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**Hospital Universitário**

**Serviço de Gastroenterologia**

**Endoscopia Digestiva Alta  
Ficha de Descrição de Exame**

Nome:

Sexo:

Idade:

Cor:

Prontuário:

Solicitante:

Proced:

Indicação:

Sedação:

Data:

**Descrição do Exame**

**Esôfago:**

**Estômago:**

**Duodeno:**

**Conclusões:**

---