

Aspectos gerais da doença ulcerosa péptica - uma revisão sistemática da literatura

General aspects of peptic ulcerous disease - a systematic review of the literature

DOI:10.34117/bjdv8n10-019

Recebimento dos originais: 30/08/2022

Aceitação para publicação: 30/09/2022

Guilherme José Primo

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE)
Endereço: Largo Engenheiro Paulo de Almeida Sandeville, 15, Jardim Santo André,
São João da Boa Vista - SP, CEP: 13870-377
E-mail: gui-primo@hotmail.com

Yohana Junqueira Ferreira

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE)
Endereço: Largo Engenheiro Paulo de Almeida Sandeville, 15, Jardim Santo André,
São João da Boa Vista - SP, CEP: 13870-377
E-mail: junqueira.yohanaa@hotmail.com

João Vitor Gontijo Araujo

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Itaúna (UIT)
Endereço: Rodovia MG 431, Km 45, S/N, Itaúna - MG, CEP: 35680-142
E-mail: jvava1002@gmail.com

Gabriel Henrique Marques

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
Endereço: Avenida Costábile Romano, 2201, Ribeirão Preto - SP, CEP: 14096-900
E-mail: ghmarquess@gmail.com

Luíza Cardoso Guimarães

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)
Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte - MG, CEP: 30130-110
E-mail: luizacg18@gmail.com

Camila Assalin Gonçalves

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE)
Endereço: Largo Engenheiro Paulo de Almeida Sandeville, 15, Jardim Santo André,
São João da Boa Vista - SP, CEP: 13870-377
E-mail: camilaassaling@gmail.com

Raul Nascimento Neto

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

Endereço: Avenida Costábile Romano, 2201, Ribeirão Preto - SP, CEP: 14096-900

E-mail: dr.raulnascimento@gmail.com

Patrícia Laura de Lacerda Viggiano

Graduado em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP)

Endereço: Av. Barão do Rio Branco, 1003, Centro, Petrópolis - RJ, CEP: 25680-120

E-mail: patricia_lavigg@hotmail.com

Ines Guimarães Paro

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE)

Endereço: Largo Engenheiro Paulo de Almeida Sandeville 15, Jardim Santo André, São João da Boa Vista - SP, CEP: 13870-377

E-mail: igparo@hotmail.com

Rodrigo Oliveira Martins

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE)

Endereço: Largo Engenheiro Paulo de Almeida Sandeville, 15, Jardim Santo André, São João da Boa Vista - SP, CEP: 13870-377

E-mail: digo.omartins@gmail.com

RESUMO

A doença ulcerosa péptica atinge cerca de 10% da população global e possui uma incidência anual de 0,1%-0,3%, com prevalência ao longo da vida chegando a 5%-10%. Os principais fatores de risco, apontados como etiologia da doença, são o uso abusivo e contínuo de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e a infecção do trato gastrointestinal (TGI) pelo *Helicobacter Pylori* (HP). Em relação à fisiopatologia, o uso de AINEs está associado ao desenvolvimento de úlcera péptica devido à inibição da enzima COX-1 por estes fármacos, a qual é responsável pela produção basal de prostaglandinas, que são responsáveis pelo estímulo à produção de muco sobre a mucosa do TGI. Nesse sentido, a redução da produção de prostaglandinas resulta em queda da formação da barreira fisiológica do organismo frente ao ácido clorídrico, o que propicia a atuação do mesmo sobre o epitélio intestinal, predispondo-o à erosão e formação de úlceras. Por outro lado, a fisiopatologia envolvida na infecção por HP ainda não foi em elucidada; entretanto, acredita-se que a formação de úlceras estejam correlacionadas, principalmente devido ao quadro inflamatório causado pela infecção bacteriana. Dessa forma, o presente artigo objetiva reunir informações na literatura a respeito dos principais conceitos relacionados à doença ulcerosa péptica, abordando aspectos como epidemiologia, etiofisiopatologia, diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: AINEs, *Helicobacter pylori*, Úlcera Péptica.

ABSTRACT

Peptic ulcer disease affects about 10% of the global population and has an annual incidence of 0.1%-0.3%, with a lifetime prevalence reaching 5%-10%. The main risk

factors identified as the etiology of the disease are the abusive and continuous use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and the infection of the gastrointestinal tract (GIT) by *Helicobacter Pylori* (HP). Regarding the pathophysiology, the use of NSAIDs is associated with the development of peptic ulcer due to the inhibition of the COX-1 enzyme by these drugs, which is responsible for the basal production of prostaglandins, which are responsible for stimulating the production of mucus on the GI mucosa. In this sense, the reduction in the production of prostaglandins results in a decrease in the formation of the organism's physiological barrier against hydrochloric acid, which predisposes to its action on the intestinal epithelium, predisposing it to erosion and ulcer formation. On the other hand, the pathophysiology involved in HP infection has not yet been elucidated; however, it is believed that the formation of ulcers is correlated mainly due to the inflammatory condition caused by the bacterial infection. Thus, this article aims to gather information in the literature about the main concepts related to peptic ulcer disease, addressing aspects such as epidemiology, etiopathophysiology, diagnosis and treatment.

Keywords: *Helicobacter pylori*, NSAIDs, Peptic Ulcer.

1 INTRODUÇÃO

A úlcera péptica (UP) corresponde a uma doença causada pela reação inflamatória e lesão necrosante da mucosa ou submucosa do trato gastrointestinal (TGI) sob a ação de diversos fatores patogênicos. Apresenta-se comumente como lesões redondas ou ovais únicas na mucosa gástrica e duodenal; os principais fatores de risco associados são a infecção pelo *Helicobacter pylori* (HP) e o uso abusivo de anti inflamatórios não esteroidais (AINEs). Ademais, dados epidemiológicos apontam que a prevalência de infecção por HP é de cerca de 80% em pacientes diagnosticados com úlcera gástrica (UG) e de 90% em paciente com úlcera duodenal (UD), o que comprova a estreita relação entre ambas as patologias. Outrossim, a UG é mais comum no ângulo gástrico ou na curvatura menor do estômago enquanto a UD ocorre principalmente no bulbo duodenal, na primeira porção do duodeno. A maioria das úlceras são benignas e apresentam diâmetro pequeno e bordas regulares; além disso, a mucosa circundante geralmente apresenta hiperemia e edema, e a superfície é principalmente coberta por exsudato branco ou amarelo (TONOLINI et al., 2017; NARAYANAN; REDDY; MARSICANO, 2018; MALFERTHEINER; SCHULZ, 2020; NEGM et al., 2022).

As manifestações clínicas da doença são inespecíficas e abre possibilidade para diversos diagnósticos diferenciais; os principais sinais e sintomas associados são a dor epigástrica, dispepsia, saciedade precoce, além de náuseas e vômitos. A presença de fatores de risco na história do paciente, como infecção prévia por HP e uso abusivo de

AINEs, aumentam muito a probabilidade do diagnóstico de UP. Contudo, para confirmação diagnóstica são necessários exames complementares, sendo a endoscopia digestiva alta (EDA) e a tomografia computadorizada (TC) de abdome os exames de escolha. Outrossim, o tratamento e a prevenção da recidiva da doença envolvem o uso de inibidores da bomba de prótons (IBPs) e a erradicação do HP (TONOLINI et al., 2017; NARAYANAN; REDDY; MARSICANO, 2018; MALFERTHEINER; SCHULZ, 2020; NEGM et al., 2022).

2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes à úlcera péptica, sobretudo seu mecanismo fisiopatológico e manejo terapêutico.

3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2018 e 2022. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: *peptic ulcer*, *Helicobacter pylori* e *NSAID*. Foram encontrados 319 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Papers pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 5 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 13 artigos pertinentes à discussão.

4 EPIDEMIOLOGIA

A UP é uma doença causada, principalmente, pela atividade sustentada do HCL sobre a mucosa gastrointestinal, em especial do duodeno e do estômago, associada a diminuição das defesas contra o mesmo, podendo evoluir para uma cicatrização espontânea da mucosa até complicações como perfuração e sangramento. Antigamente pensava-se que as principais causas da UP estavam associadas a um ambiente ácido em excesso e fatores relacionados à dieta e estresse. Porém, atualmente, fatores que interrompem a resistência da mucosa à lesão, como o uso abrangente de AINEs e a infecção pelo HP, são estabelecidos como as principais etiologias da doença, sendo este último inclusive, presente em 60%-80% nos pacientes com UG e 90% na UD (SALEH et al., 2021; ZHAO et al., 2022).

Ademais, a UP 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%. Fatores como o uso excessivo e prolongado de AINEs tornam essa incidência cada vez mais crescente; além disso, o aumento da população idosa com múltiplas comorbidades e a polifarmácia são responsáveis por um alto índice persistente de complicações, como por exemplo, a úlcera péptica perfurativa, uma emergência cirúrgica com incidência aproximada de 1,5%-3% em pacientes portadores de UP, com índices de morbidade e mortalidade de 35% e 5%-16%, respectivamente. Diante o exposto, medidas como diagnóstico precoce e prevenção da UP são cruciais como medidas de saúde de pública (KUNA et al., 2019; MALFERTHEINER; SCHULZ, 2020; WELEDJI, 2020; SALEH et al., 2021; NEGM et al., 2022; ZHAO et al., 2022).

5 ETIOFISIOPATOLOGIA

Como exposto anteriormente, dentre os principais fatores que predispõem ao risco do desenvolvimento de UP, estão a infecção por HP e o uso de AINEs, condições bastante comuns na atualidade. Em se tratando da infecção pela HP, cuja bactéria coloniza quase metade da população mundial, pode-se dizer que acomete mais frequentemente pessoas de níveis socioeconômicos mais baixos, que vivem em condições mais precárias e em ambientes aglomerados. A infecção, através da degeneração e da lesão epitelial, gera intensa resposta inflamatória mediada por macrófagos, neutrófilos, linfócitos e células plasmáticas. No entanto, o mecanismo pelo qual a bactéria produz distintas lesões na mucosa do TGI não é completamente elucidado, podendo resultar em diferentes tipos de úlceras associadas a hipo ou hipercloridria (NARAYANAN; REDDY; MARSICANO, 2018; KUNA et al., 2019).

Ademais, o quadro inflamatório é intermediado pela secreção de citocinas pelas células de defesa, as quais inibem a secreção de HCL pelas células parietais do estômago, a produção de gastrina e ainda afetam diretamente o bomba de H/K ATPase em sua subunidade alfa, gerando ativação dos neurônios sensoriais relacionados aos genes da calcitonina e somatostatina. Na região gástrica, as úlceras associadas à hipocloridria são maioria e se acompanham de atrofia da mucosa, já cerca de 10-15% surgem com aumento da secreção devido ao excesso de gastrina e do baixo teor de somatostatina antral. Outrossim, podem surgir por consequência do aumento de secreção de histamina, pepsina ou ácido das células parietais e gástricas. Desta forma, todo paciente com UP deve ser testado para HP (KUNA et al., 2019).

Além disso, o uso de AINEs, que atuam como bloqueadores da ciclooxigenase, seletivos ou não, correspondem a causa de mais de 90% de todas as úlceras e acomete cerca de 25% dos usuários dessa classe medicamentosa. O risco do desenvolvimento da UP varia de acordo com a seletividade dos AINEs, sendo o risco classificado como baixo no uso de aceclofenaco, celecoxib e ibuprofeno; risco moderado no uso de diclofenaco, meloxicam e cetoprofeno; risco alto no uso de piroxicam e cetorolaco. Outrossim, o risco de desenvolvimento da doença é diretamente proporcional à duração do tratamento, sendo a ocorrência de complicações mais comum no uso prolongado do medicamento (NARAYANAN; REDDY; MARSICANO, 2018; CHU; YOON; KIM, 2020).

As lesões da mucosa causada pelos AINES se dão por diversos mecanismos. Os AINEs não seletivos, além de inibir a COX-2, inibem também a COX-1, responsável pela síntese de prostaglandinas, que desempenham papel de proteção à mucosa através do estímulo à secreção de bicarbonato e muco, aumento do fluxo sanguíneo e da inibição de proliferação celular. Além disso, quando penetra na célula epitelial, o AINE ioniza e libera íons hidrogênio, ficando impossibilitado de atravessar a membrana lipídica e de voltar para o meio extracelular. Dessa maneira, a célula passa a fazer fosforilação oxidativa, reduzindo a produção de energia através da mitocôndria e prejudicando a integridade celular. Como consequência, podem surgir lesões erosivas na mucosa gastroduodenal e hemorragia (NARAYANAN; REDDY; MARSICANO, 2018).

6 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da UP pode ser iniciado a partir da suspeita clínica, quando os pacientes apresentam sintomas como dor epigástrica, dispepsia, saciedade precoce, náuseas e vômitos. Além disso, alguns indivíduos possuem um quadro de dor intermitente, com piora do caráter da dor duas a três horas após as refeições ou serem pouco sintomáticos. Existem ainda sinais de alarme, como disfagia, sangramento gastrointestinal, perda de peso e história familiar de malignidade do TGI superior. Ademais, os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são o uso de AINEs e a infecção por HP, como abordado anteriormente; nesse sentido, um quadro clínico suspeito associado a presença destes fatores na história pregressa do paciente aumentam a suspeição diagnóstica para UP. Concomitantemente, apesar da suspeição clínica advir da sintomatologia característica, exames complementares são necessários para a confirmação diagnóstica. Nesse sentido, a TC de abdome e a EDA são os exames de escolha, pois possibilitam não só a identificação da úlcera bem como possíveis

complicações, como a perfuração intestinal (TONOLINI et al., 2017; NARAYANAN; REDDY; MARSICANO, 2018).

A EDA pode ser utilizada em situações de estabilidade clínica do paciente e tem por vantagem possibilitar intervenções terapêuticas, como a interrupção de sangramento oriundo da úlcera. Por outro lado, a TC de abdome é o exame de escolha em pacientes menos estáveis e tem como vantagem a possibilidade de avaliar o acometimento extraluminal pela úlcera, quando presente. Ademais, considerando que as úlceras gastroduodenais perfuradas podem manifestar-se com pneumoperitônio espontâneo, evidencia-se na TC ar na cavidade abdominal. Outrossim, este exame pode incluir outros achados diretos ou indiretos da doença, como espessamento da parede do TGI ou borramento da gordura peritoneal perigastrica ou periduodenal. Dessa forma, em pacientes em situações de emergência com sintomas abdominais e que necessitem de uma avaliação rápida, a TC de abdome é o exame de escolha por não ser invasiva (TONOLINI et al., 2017).

7 COMPLICAÇÕES

Destacam-se o sangramento e a perfuração, tanto pela elevada incidência quanto pela elevada morbimortalidade. As úlceras localizadas no duodeno são as maiores responsáveis pelas complicações; na parede anterior, há tendência à perfuração e na parede posterior, por sua vez, há tendência ao sangramento devido à erosão da artéria gastroduodenal (WELEDJI, 2020).

O sangramento é a complicação mais comum, atingindo cerca de 15 a 20% de todos os pacientes. Quando se analisam as causas de sangramento do TGI, a UP é responsável por até 60% dos casos; seu tratamento adequado inclui a infusão venosa de IBPs e hemoderivados no intuito de manter a hemoglobina acima de 7 g/dL. Além disso, os IBPs são capazes de reduzir não somente o risco de ressangramento como também a necessidade de intervenções cirúrgicas. Outrossim, as medicações procinéticas, como a metoclopramida, também têm espaço no arsenal terapêutico. Por fim, a endoscopia precoce, realizada em até 24 horas, é fundamental para estratificação prognóstica e confecção de medidas terapêuticas. Os casos refratários podem necessitar de abordagens mais invasivas, como a radiologia intervencionista, a embolização por arteriografia ou cirurgia (NARAYANAN; REDDY; MARSICANO, 2018).

A segunda complicação mais comum, a perfuração, pode ocorrer em até 14% das UPs, com uma incidência que chega a 11 casos para 100.000 habitantes ao ano. Sua

elevada morbidade (35%) e mortalidade (16%) tornam a situação preocupante. Em geral os pacientes se apresentam com uma dor abdominal epigástrica súbita, intensa, associada a abdome rígido, em tábua, podendo o paciente demonstrar sinais de sepse, choque e peritonite. Na radiografia de tórax e abdômen, observa-se pneumoperitônio. O tratamento definitivo padrão é cirúrgico, com sutura da lesão e confecção de *patch* de omento à Graham. Contudo, o paciente que apresenta elevado risco cirúrgico pode ser abordado de maneira conservadora com descompressão por sonda nasogástrica, técnica que apresenta elevada mortalidade. Sendo assim, uma estratégia menos invasiva através da endoscopia tem ganhado força. As taxas de sucesso comparadas à cirurgia padrão são semelhantes, além de possuir claros benefícios: menor incidência de complicações pós-operatórias, menor tempo de internação hospitalar, menores taxas de morbimortalidade e a ausência de necessidade do uso de anestesia geral (NARAYANAN; REDDY; MARSICANO, 2018; WELEDJI, 2020; ARROYO VÁZQUEZ et al., 2021; NEGM et al., 2022).

8 PREVENÇÃO

Atualmente, drogas gastroprotetoras são usadas para a prevenção e tratamento da UP; as principais classes medicamentosas utilizadas são os IBPs, os antagonistas dos receptores H₂ da histamina (H₂RAs) e análogos de prostaglandinas, como o misoprostol. Alguns estudos observaram que o uso desses fármacos em circunstâncias de risco para o desenvolvimento de UP não só previnem o aparecimento de úlceras como também reduzem as taxas de complicações - como o sangramento e a perfuração do TGI -, quando estas ocorrem. Contudo, estudos indicam que algumas classes medicamentosas são superiores a depender do tipo de úlcera que se deseja prevenir; nesse sentido, estudos apontaram maiores taxas de sucesso de profilaxia para UD através do uso de IBPs. Por outro lado, o uso de análogos de prostaglandinas demonstraram ser superiores na prevenção do desenvolvimento de UG (SCALLY et al., 2018; AHN, 2020; CHU; YOON; KIM, 2020).

Outrossim, o rastreamento ativo e tratamento da infecção por HP tem demonstrado resultados na prevenção do aparecimento de úlceras em circunstâncias específicas. Na Coreia, por exemplo, o envelhecimento da população e o conseqüente aumento de doenças cardiovasculares têm aumentado a prescrição de aspirina como profilaxia de eventos cardioembólicos; contudo, a aspirina corresponde a um AINE e pode danificar a mucosa gástrica, levando ao surgimento de UP. Dessa forma, como atuantes em mecanismos diferentes na fisiopatologia no desenvolvimento ulceroso, o uso de aspirina

e a infecção concomitante por HP foi visto como evento potencializador para o desenvolvimento da doença. Nesse sentido, foi indicado o rastreamento de HP em todos os pacientes que começaram o uso contínuo de aspirina e tratado a infecção quando presente; foi observado que nesses pacientes a prevalência de UP foi reduzida e possibilitou questionamentos sobre em quais outras circunstâncias se justificaria o rastreamento ativo da HP e seu tratamento para a prevenção do desenvolvimento de UP (SCALLY et al., 2018; AHN, 2020; CHU; YOON; KIM, 2020).

Portanto, a prevenção da UP é realizada com as mesmas ferramentas terapêuticas utilizadas no tratamento da doença, pois em ambas circunstâncias deseja-se eliminar os fatores risco - seja para impedir o desenvolvimento de uma úlcera como para criar um ambiente favorável para sua cicatrização. Entretanto, ainda não se está esclarecido sobre quais seriam as circunstâncias que justificariam a prevenção da doença; atualmente, a profilaxia é realizada principalmente em pacientes com história prévia de doenças ulcerosas (SCALLY et al., 2018; AHN, 2020; CHU; YOON; KIM, 2020).

9 TRATAMENTO

9.1 MANEJO CLÍNICO

O tratamento inicial deve ser realizado com IBPs, que vão reduzir a produção de ácido gástrico ao se ligarem irreversivelmente à enzima ATPase hidrogênio/potássio, presentes nas células gástricas. Esta classe de medicamentos possui uma ação inibitória da secreção ácida maior do que os H2RAs. Caso houver infecção bacteriana pela HP, deve-se iniciar a terapia quádrupla por um período de 14 dias, contendo IBPs, sal de bismuto, tetraciclina e metronidazol; outro esquema utilizado é a terapia com IBPs, claritromicina, amoxicilina e metronidazol. Ambas terapias são eficazes na erradicação da bactéria (KUNA et al., 2019; CHU; YOON; KIM, 2020).

Outrossim, em casos em que a primeira linha de tratamento não melhore o quadro do paciente, pode ser prescrito uma terapia tripla com IBPs, amoxicilina e levofloxacina por 14 dias. Existem casos refratários após segunda linha de tratamento, como ocorre em 5 a 10% dos casos; é necessário considerar que talvez a adesão ao tratamento esteja inadequada ou que a bactéria seja resistente a tais medicamentos, além de se investigar os hábitos de vida do paciente, já que fatores como dieta podem interferir no tratamento. Ademais, deve-se levar em conta que o uso de IBPs possui reações adversas como a diarreia, constipação, desconforto abdominal e deficiência de vitaminas - como a B12 -, sendo esses sintomas facilmente tratados. Além disso, há chance de ocorrer supressão do

ácido gástrico, com consequente hipergastrinemia de rebote, osteoporose, fraturas ósseas e alteração na absorção de outros medicamentos (KUNA et al., 2019; CHU; YOON; KIM, 2020).

9.2 MANEJO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico para UP é indicado em casos de sangramento, perfuração, obstrução, doença intratável e suspeita de malignidade. Essa terapêutica inclui procedimentos abertos - laparotomia e reparo do adesivo mental - e laparoscópicos. A abordagem laparoscópica oferece vantagens sobre a cirurgia aberta visto que apresenta tempo cirúrgico e tempo de permanência hospitalar menores em casos de UP; no entanto, o gerenciamento da conduta depende da experiência do cirurgião e do cenário clínico (WELEDJI, 2020; ARROYO VÁZQUEZ et al., 2021; AL-YAHRI et al., 2021; SALEH et al., 2021).

A cirurgia mais comum para tratamento da UP é o uso de adesivo omental de Graham - como mencionado anteriormente - ou a sobreposição da úlcera. A técnica de patch Graham foi descrita por Cellan-Jones em 1929 e Graham em 1937 e consiste em suturar todas as camadas da parede duodenal distante da margem da lesão perfurada, a fim de se evitar o rompimento. Geralmente dois pontos de sutura são suficientes em cada UP, que são posteriormente amarrados sobre o plugue omental com tensão somente para mantê-lo bem posicionado (WELEDJI, 2020; NEGM et al., 2022).

Em pacientes com úlcera grande ou maligna é recomendada com melhores resultados a gastrectomia. O tratamento da úlcera perfurada é cirúrgico na maioria dos casos, não sendo realizado quando o paciente não está apto para cirurgia. Na perfuração traumática, é possível que ocorra o fechamento primário, mas, em pacientes críticos com exsanguinação em trauma grave, o princípio do manejo é a cirurgia de limitação de danos para restaurar a função precedida de uma reconstrução anatômica (NARAYANAN; REDDY; MARSICANO, 2018; WELEDJI, 2020).

10 CONCLUSÃO

A doença ulcerosa péptica tem aumentado sua incidência nos últimos anos; acredita-se que seja devido à alta prevalência de infecção por HP no mundo e pelo uso indevido de AINEs pela população, já que são fármacos amplamente utilizados para manejo de dor e de processos inflamatórios, além de serem facilmente obtidos sem receituário médico. Não obstante, a identificação precoce destes principais fatores de

risco e sua erradicação, já representam uma prática comum entre profissionais de saúde e tem sido adotada com maior frequência. Contudo, ainda não está bem esclarecido em quais indivíduos deve ser feita a investigação ativa dos fatores de risco, se são apenas naqueles com sinais e sintomas sugestivos de UP ou se deveria ser adotada como triagem em toda população, visto que a frequência de colonização por HP é extremamente alta no mundo. Nesse sentido, as circunstâncias que justificam a pesquisa de fatores de risco devem ser mais bem delimitadas, a fim de se planejar medidas claras e diretas de rastreamento para populações em risco do desenvolvimento da doença.

REFERÊNCIAS

- AHN, J. Y. **Prevention of Peptic Ulcer Associated with Aspirin and Antiplatelet Agent.** The Korean Journal of Gastroenterology, v. 76, n. 5, p. 238–241, 25 nov. 2020.
- AL-YAHRI, O. et al. **Platelet to Lymphocyte Ratio Associated with Prolonged Hospital Length of Stay Postpeptic Ulcer Perforation Repair: An Observational Descriptive Analysis.** BioMed Research International, v. 2021, p. 1–7, 9 mar. 2021.
- ARROYO VÁZQUEZ, J. A. et al. **Stent treatment or surgical closure for perforated duodenal ulcers: a prospective randomized study.** Surgical Endoscopy, v. 35, n. 12, p. 7183–7190, 1 dez. 2021.
- CHU, S. J.; YOON, K.-T.; KIM, J. S. **Prevention of Non-steroidal Anti-inflammatory Drug-induced Peptic Ulcers.** The Korean Journal of Gastroenterology, v. 76, n. 5, p. 232–237, 25 nov. 2020.
- KUNA, L. et al. **Peptic Ulcer Disease: A Brief Review of Conventional Therapy and Herbal Treatment Options.** Journal of Clinical Medicine, v. 8, n. 2, p. 179, 3 fev. 2019.
- MALFERTHEINER, P.; SCHULZ, C. **Peptic Ulcer: Chapter Closed?** Digestive Diseases, v. 38, n. 2, p. 112–116, 2020.
- NARAYANAN, M.; REDDY, K. M.; MARSICANO, E. **Peptic Ulcer Disease and Helicobacter pylori infection.** Missouri medicine, v. 115, n. 3, 2018.
- NEGM, S. et al. **Combined endoscopic and radiologic intervention for management of acute perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial.** World Journal of Emergency Surgery, v. 17, n. 1, 24 maio 2022.
- SALEH, M. et al. **Therapeutic approach of adipose-derived mesenchymal stem cells in refractory peptic ulcer.** Stem Cell Research & Therapy, v. 12, n. 1, 26 set. 2021.
- SCALLY, B. et al. **Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials.** The Lancet Gastroenterology & Hepatology, v. 3, n. 4, p. 231–241, abr. 2018.
- TONOLINI, M. et al. **Non-perforated peptic ulcer disease: multidetector CT findings, complications, and differential diagnosis.** Insights into Imaging, v. 8, n. 5, p. 455–469, 4 jul. 2017.
- WELEDJI, E. P. **An Overview of Gastroduodenal Perforation.** Frontiers in Surgery, v. 7, 9 nov. 2020.
- ZHAO, P. et al. **Application Status and Prospects of Artificial Intelligence in Peptic Ulcers.** Frontiers in Surgery, v. 9, 16 jun. 2022.