



# ABORDAGEM CONSERVADORA DE PNEUMOPERITÔNIO NA ULCERA PERFURADA - UM RELATO DE CASO

Vicente LMS<sup>1</sup>, Junqueira TBO<sup>2</sup>, Batista AV<sup>2</sup>, Mello LFC<sup>2</sup>, Ker PFS<sup>2</sup>, Castro LSG<sup>2</sup>, Vieira CM<sup>2</sup>, Cangussu IV<sup>3</sup>

1- Acadêmico do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

2 - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ). Residente de Cirurgia Geral.

Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo. Juiz de Fora, MG - Brasil

3 - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus. Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo. Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo. Juiz de Fora, MG

## INTRODUÇÃO

E-mail: lucasvicente.med@gmail.com

## DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, o desenvolvimento dos bloqueadores histamínicos e inibidores da bomba de prótons (IBP), somado ao reconhecimento precoce da *Helicobacter pylori* corroborou para o avanço na área da doença ulcerosa péptica (DUP). No entanto, complicações relacionadas à DUP continuam ocorrendo

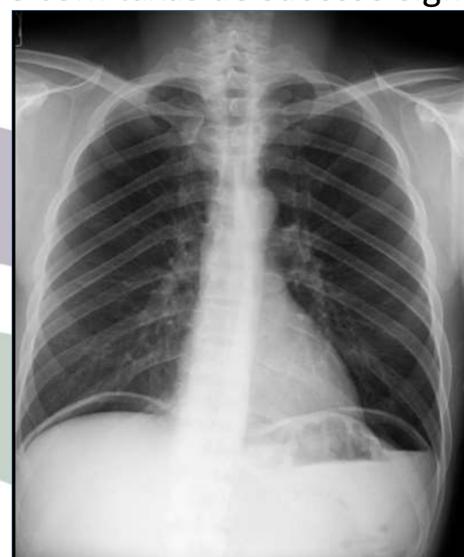
## RELATO DE CASO

BMP, 36 anos, masculino, ASA I, tabagista e etilista, negava uso de medicações contínuas ou alergias. Atendido pelo serviço de cirurgia do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) em 02/06/2020 após encaminhamento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com quadro sugestivo de DUP: dor epigástrica súbita, em cólica, sem outros sintomas associados. Na UPA, foi realizado um suporte inicial e rotina radiológica de abdome agudo que evidenciou pneumoperitônio. No exame físico o abdome encontrava-se doloroso à palpação superficial de quadrante superior direito, ausência de descompressão brusca dolorosa, sem sinais de peritonite e outras alterações.

O suporte inicial do caso baseou-se em jejum, hidratação venosa, aporte glicêmico, analgesia e antieméticos. Posteriormente foi realizada Tomografia de abdome no HMTJ, que demonstrou pneumoperitônio em abdome superior, sem mais anormalidades. Dessa forma, como o paciente se encontrava estável hemodinamicamente e com melhora dos sintomas, optou-se pela abordagem conservadora, sendo prescrita antibioticoterapia venosa com Ciprofloxacino associado à Metronidazol, além de Omeprazol. Após 48 horas de internação foi iniciado dieta oral líquida restrita e no 3º dia liberada dieta oral branda. O paciente evoluiu com boa aceitação da mesma, permanecendo internado até 05/06/2020 na instituição, com estabilidade do quadro e redução parcial do pneumoperitônio na avaliação radiológica de controle. Desta forma, teve alta hospitalar com antibioticoterapia oral e Omeprazol em dose plena.

No retorno, 8 dias após a alta hospitalar, apresentava-se assintomático, sem queixas e controle radiológico com resolução completa do pneumoperitônio.

O tratamento da DUP complicada com perfuração, conforme a literatura, é predominantemente cirúrgico. Asanasak P. reportou uma taxa de sucesso de 94.7% na abordagem conservadora de 36 pacientes e Sociedade Japonesa de Gastroenterologia reporta uma taxa de sucesso de 85%, ambos em um grupo selecionado de pacientes. O grupo deve apresentar os seguintes critérios: ausência de comorbidades graves, estabilidade hemodinâmica, sinal de irritação peritoneal localizado dentro do quadrante superior do abdome, nível de pneumoperitônio menor que a espessura da 1ª vértebra lombar e líquido livre <250 ml. A adequação do paciente aos critérios expostos é difícil, contudo, nos casos em que se faz presente é uma possibilidade terapêutica menos agressiva e com taxas de sucesso significativas.



## REFERÊNCIAS

1. Tanaka R, Kosugi S, Sakamoto K, et al. Treatment for perforated gastric ulcer: a multi-institutional retrospective review. *J Gastrointest Surg*. 2013;17(12):2074-2081.
2. Sarath Chandra S, Kumar SS. Definitive or conservative surgery for perforated gastric ulcer?--An unresolved problem. *Int J Surg*. 2009;7(2):136-139.
3. Karabulut K, Dinçer M, Liman RK, Usta S. Non-operative management of perforated peptic ulcer: A single-center experience. *Peptik ülser perforasyonunun ameliyatsız tedavisi: Tek merkez deneyimi*. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2019;25(6):585-588.
4. Asanasak P. The case series of peritonitis due to perforated peptic ulcer: How does conservative management play role?. *Int J Surg Case Rep*. 2019;58:74-76.
5. Satoh K, Yoshino J, Akamatsu T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. *J Gastroenterol*. 2016;51(3):177-194.