



Doença da úlcera péptica: manifestações clínicas e diagnóstico

Amir Mohamad Omairi¹, Eveline Palenske Leal de Moraes², Ana Luiza da Silva Wendhausen³, Viviane Aida Uchôa Garcia⁴, Filippo Resende Carletti⁵, Gabriel Dutra Centenaro⁶, Rafael Alves⁷, Gabriel Camargo Villas Boas Zambrin⁸



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p3511-3523>

Artigo recebido em 30 de Setembro e publicado em 22 de Novembro

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: Uma úlcera péptica é um defeito na mucosa gástrica ou duodenal que se estende através da mucosa muscular até as camadas mais profundas da parede. As úlceras pépticas podem apresentar sintomas dispépticos ou outros sintomas gastrointestinais ou podem ser inicialmente assintomáticos e, em seguida, apresentar complicações como hemorragia ou perfuração. **Objetivos:** discutir as manifestações clínicas e diagnóstico da úlcera péptica. **Metodologia:** Revisão de literatura integrativa a partir de bases científicas de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a abril de 2024, com os descritores "Peptic ulcer disease" "clinical manifestations" and "diagnosis". Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 55), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** As úlceras pépticas são comumente assintomáticas. Úlceras pépticas sintomáticas mais comumente apresentadas com dor epigástrica ou desconforto e plenitude epigástrica provocados por alimentos, saciedade precoce e náusea. As complicações podem ser anunciadas por novos sintomas de úlcera ou uma mudança nos sintomas ou podem ocorrer na ausência de sintomas típicos. As complicações das úlceras pépticas incluem sangramento, obstrução da saída gástrica, penetração em um órgão sólido ou fistulização em um visco oco e perfuração livre. Os dois sinais diretos de úlcera péptica na tomografia computadorizada abdominal incluem descontinuidade focal do hiperenfalecimento da mucosa e o ensoamento luminal. O diagnóstico de úlcera péptica é suspeito em pacientes com dispepsia, especialmente no ambiente de uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou histórico de infecção por *Helicobacter pylori*. Ocasionalmente, úlceras pépticas podem ser diagnosticadas ou suspeitas com base em imagens de contraste realizadas para avaliação da dor abdominal. O diagnóstico de úlcera péptica é definitivamente estabelecido pela visualização direta da úlcera na endoscopia superior. Na endoscopia superior, as úlceras benignas têm bordas lisas, regulares e arredondadas, com uma base de úlcera plana e lisa, muitas vezes preenchida com exsudato. Todas as úlceras com características malignas devem ser biopsiadas. As características endoscópicas que sugerem que uma úlcera pode ser maligna incluem: Uma massa ulcerada que se projeta no lúmen; Dobras ao redor da cratera da úlcera que são nodulares, com taco, fundidas ou param aquém da margem da úlcera; Margens de úlcera salientes, irregulares ou espessadas. A biópsia



de rotina de úlceras duodenais de aparência benigna não é recomendada, pois é improvável que sejam malignas. Em áreas com alta incidência de câncer gástrico, as úlceras gástricas devem ser biopsiadas. A decisão de biopsiar úlceras gástricas de aparência benigna em áreas de baixa incidência de câncer gástrico é controversa. **Conclusão:** Todos os pacientes diagnosticados com úlcera péptica devem ser submetidos a testes para infecção por *H. pylori*. Avaliação adicional para determinar a etiologia subjacente deve ser considerada quando o uso de *H. pylori* e AINEs tiver sido excluído.

Palavras-chave: Úlcera Péptica; Clínica; Diagnóstico.

Peptic ulcer disease: clinical manifestations and diagnosis

ABSTRACT

Introduction: A peptic ulcer is a defect in the gastric or duodenal mucosa that extends through the muscular mucosa to the deeper layers of the wall. Peptic ulcers may present with dyspeptic or other gastrointestinal symptoms or may initially be asymptomatic and then present with complications such as hemorrhage or perforation. **Objectives:** discuss the clinical manifestations and diagnosis of peptic ulcers. **Methodology:** Integrative literature review based on scientific databases from Scielo, PubMed and VHL, from January to April 2024, with the descriptors "Peptic ulcer disease", "clinical manifestations" and "diagnosis". Articles from 2019-2024 (total 55) were included, excluding other criteria and choosing 5 full articles. **Results and Discussion:** Peptic ulcers are commonly asymptomatic. Symptomatic peptic ulcers most commonly present with epigastric pain or epigastric discomfort and fullness provoked by food, early satiety, and nausea. Complications may be heralded by new ulcer symptoms or a change in symptoms or may occur in the absence of typical symptoms. Complications of peptic ulcers include bleeding, gastric outlet obstruction, penetration into a solid organ or fistulization into a hollow viscus, and free perforation. The two direct signs of peptic ulcer disease on abdominal computed tomography include focal discontinuity of mucosal hyperweakness and luminal swelling. The diagnosis of peptic ulcer disease is suspected in patients with dyspepsia, especially in the setting of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) use or a history of *Helicobacter pylori* infection. Occasionally, peptic ulcers may be diagnosed or suspected based on contrast imaging performed to evaluate abdominal pain. The diagnosis of peptic ulcer disease is definitively established by direct visualization of the ulcer on upper endoscopy. On upper endoscopy, benign ulcers have smooth, regular, rounded edges, with a flat, smooth ulcer base often filled with exudate. All ulcers with malignant characteristics must be biopsied. Endoscopic features that suggest an ulcer may be malignant include: An ulcerated mass that protrudes into the lumen; Folds around the ulcer crater that are nodular, clubbed, fused, or stop short of the ulcer margin; Protruding, irregular or thickened ulcer margins. Routine biopsy of benign-appearing duodenal ulcers is not recommended as they are unlikely to be malignant. In areas with a high incidence of gastric cancer, gastric ulcers should be biopsied. The decision to biopsy benign-appearing gastric ulcers in areas of low incidence of gastric cancer is controversial. **Conclusion:** All patients diagnosed with peptic ulcer disease should be tested for *H. pylori* infection. Further evaluation to determine the underlying etiology should be considered when the use of *H. pylori* and NSAIDs has been excluded.



Keywords: Peptic Ulcer; Clinic; Diagnosis.

Instituição afiliada –1 - Médico, São Leopoldo Mandic -Campinas; 2-Médica, UNIDA -CDE- PY; 3- Médica; 4- Médica, Universidad Católica Boliviana “San Pablo” - Revalidação pela UNB; 5- Médico, Universidade Estácio de Sá Campus Presidente Vargas; 6- Médico, Universidade de Caxias do Sul; 7- Médico, Universidade Luterana do Brasil- ULBRA; 8- Médico, Universidade Cidade de São Paulo (UNICID).

Autor correspondente: Amir Mohamad Omairi – cmaganhinmed@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

Úlceras pépticas são defeitos na mucosa gástrica ou duodenal que se estendem através da muscularis mucosae. Elas se desenvolvem e persistem em função da atividade ácido-péptica no suco gástrico. A doença ulcerosa péptica continua sendo uma causa importante de morbidade e custos com saúde [1].

A úlcera péptica (DUP) está associada a dois fatores principais: infecção por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) e o consumo de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). O uso de AINEs e a infecção por *H. pylori* representam fatores de risco independentes e também sinérgicos para úlcera péptica não complicada e hemorrágica. Há também uma série de outros mecanismos definidos para úlcera péptica que são muito menos comuns, mas estão se tornando mais evidentes à medida que a prevalência de *H. pylori* diminui em países desenvolvidos.

H. pylori afeta vários aspectos da fisiologia gastrointestinal, incluindo secreção de ácido gástrico e mecanismos de defesa da mucosa, levando à doença da úlcera péptica. A prevalência de *H. pylori* tanto na população em geral quanto em pacientes com úlcera péptica está diminuindo rapidamente em regiões desenvolvidas, presumivelmente devido à melhoria da higiene e à diminuição da transmissão de *H. pylori* na primeira infância. Uma revisão sistemática da prevalência de *H. pylori* ao redor do mundo mostrou que as áreas de maior prevalência relatada de *H. pylori* estavam na África (70,1%), América do Sul (69,4%) e Ásia Ocidental (66,6%). As regiões com a menor prevalência relatada de *H. pylori* foram Oceania (24,4%), Europa Ocidental (34,3%) e América do Norte (37,1%) [2-10].

O uso de AINEs está associado a um aumento de quatro vezes no risco de úlcera péptica [11-20]. Além disso, os AINEs estão associados a um aumento no risco de complicações da úlcera péptica, que incluem sangramento gastrointestinal, perfuração e obstrução pilórica. As úlceras induzidas por AINEs também podem ser mais refratárias à terapia convencional [21-22]. No entanto, até 40 por cento dos pacientes podem não relatar o uso de AINEs [23].

Embora algumas úlceras negativas para AINEs e negativas para *H. pylori* sejam devidas a causas específicas, como gastrinoma ou infecções virais, outras permanecem na categoria idiopática.

A presença de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) ou o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) por si só provavelmente não são suficientes para a formação de úlceras. Embora a gastrite seja consistentemente observada com a infecção por *H. pylori* e os AINEs inibam consistentemente a produção de prostaglandina da mucosa, a incidência anual de doença ulcerosa clínica entre indivíduos em risco é de apenas aproximadamente 1 por cento para ambas as categorias de úlcera [7,8,24]. Há uma série de fatores de risco para doença ulcerosa. Fumar é um fator de risco independente para úlcera péptica sintomática e assintomática (DUP) [34]. O risco de DUP aumenta progressivamente com o aumento de anos-maço de tabagismo [35]. O álcool em altas concentrações danifica a barreira da mucosa gástrica. O consumo de álcool está relacionado ao desenvolvimento de úlcera complicada e não complicada.

Fatores genéticos do hospedeiro parecem ser importantes na predisposição à infecção por *H. pylori* e aos resultados de doenças como úlceras duodenais (DU) e câncer gástrico. Genes que codificam citocinas são responsáveis pelas respostas individuais à infecção por *H. pylori* . Variações genéticas em citocinas pró-inflamatórias (por exemplo,

IL-1B, IL-6, IL-8 e fator de necrose tumoral (TNF)-alfa e citocinas anti-inflamatórias (IL-10) estão associadas à DUP [37-38].

Os fatores dietéticos foram hipotetizados como responsáveis por algumas das variações regionais da doença ulcerosa, possivelmente relacionadas a toxinas geradas com o armazenamento de certos alimentos ou pelos efeitos protetores de certos alimentos [39-42].

Duas linhas de evidência sugerem uma associação entre fatores psicossociais e patogênese da úlcera. Primeiro, em estudos prospectivos, o estresse mal tolerado ou os sintomas depressivos na linha de base aumentam o risco de desenvolvimento de úlcera nos próximos 9 a 15 anos [43]. Distúrbios do sono podem ser um fator de risco para doença ulcerosa, complicações da doença ulcerosa péptica e recorrência da úlcera [43]. Sangramento gastrointestinal é frequentemente relatado em pacientes com COVID-19, e a úlcera péptica é a causa mais comum de sangramento gastrointestinal [44]. Os inibidores de checkpoint imunológicos são cada vez mais usados em oncologia e têm sido associados a gastrite grave, úlceras gástricas e sangramento gastrointestinal. Essas úlceras e gastrites podem não responder à terapia com inibidores da bomba de prótons, e a terapia com corticosteroides é necessária em casos graves. A incidência e os fatores de risco permanecem obscuros.

Ressalta-se o objetivo em discutir as manifestações clínicas e diagnóstico da úlcera péptica.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura integrativa sobre as manifestações clínicas e diagnóstico da úlcera péptica, com os seguintes descritores: "Peptic ulcer disease", " Clinical Manifestations " AND " Diagnosis", com foco no levantamento bibliográfico de produções científicas atuais e conceituadas na comunidade acadêmica, com base nas melhores evidências. Há de se construir uma nova perspectiva e linha de pensamento sobre a clínica médica, com referências teóricas em caminhos conceituais e desmistificação de terminologias.

Foi realizada uma profunda pesquisa de artigos de revisão a partir de bases científicas da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a abril de 2024, com descritores em inglês "Peptic ulcer disease", " Clinical Manifestations " AND " Diagnosis" e correspondentes em português. Incluíram-se artigos de 2019 a 2024, com total de 55 estudos. Após exclusão de artigos que abordavam outros critérios, foram eleitos 05 artigos para leitura na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A úlcera péptica é uma ferida no revestimento do estômago ou duodeno, causada pela erosão da mucosa gástrica. A principal causa é a infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*, mas também pode ser causada pelo uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)

Assintomáticas

Aproximadamente 70 por cento das úlceras pépticas são assintomáticas [1]. Pacientes com úlceras pépticas silenciosas podem apresentar complicações relacionadas à úlcera,

como hemorragia ou perfuração. Entre 43 e 87 por cento dos pacientes com úlceras pépticas sangrantes apresentam-se sem dispepsia antecedente ou outros sintomas gastrointestinais anunciadores [2-4]. Adultos mais velhos e indivíduos em uso de anti-inflamatórios não esteroides têm maior probabilidade de serem assintomáticos devido às suas úlceras e apresentarem complicações da úlcera posteriormente [3,5-7].

Sintomáticas

Dor ou desconforto abdominal superior é o sintoma mais proeminente em pacientes com úlceras pépticas. Aproximadamente 80 por cento dos pacientes com úlceras diagnosticadas endoscopicamente têm dor epigástrica [5]. Ocasionalmente, o desconforto se localiza nos quadrantes superiores direito ou esquerdo do hipocôndrio [8]. Pode ocorrer irradiação da dor para as costas, mas a dor nas costas como sintoma primário é atípica. Em pacientes não tratados, a dor pode durar algumas semanas, seguidas por períodos sem sintomas de semanas ou meses. A dor "clássica" das úlceras duodenais ocorre de duas a cinco horas após uma refeição, quando o ácido é secretado na ausência de um tampão alimentar, e à noite (entre aproximadamente 23h e 2h) quando o padrão circadiano de secreção ácida é máximo [9].

Pacientes com úlceras pépticas, e particularmente úlceras do canal pilórico, podem apresentar sintomas provocados por alimentos devido à sensibilização visceral e dismotilidade gastroduodenal [2]. Esses sintomas incluem dor epigástrica que piora com a alimentação, eructações pós-prandiais e plenitude epigástrica, saciedade precoce, intolerância a alimentos gordurosos, náuseas e vômitos ocasionais [2,5]

Os pacientes podem apresentar sintomas associados de inchaço, plenitude abdominal, náusea e saciedade precoce que podem ser provocados pela alimentação. O refluxo gastroesofágico pode coexistir, mas pode ou não estar relacionado às úlceras pépticas. Em

uma revisão sistemática que incluiu 33 estudos de pacientes com úlcera péptica diagnosticada endoscopicamente, a prevalência média de azia ou regurgitação ácida foi de 46 por cento [5].

- Complicações da úlcera

As complicações podem ser anunciadas por novos sintomas de úlcera ou uma mudança nos sintomas ou podem ocorrer na ausência de sintomas típicos.

- **Sangramento** - Hemorragia gastrointestinal alta aguda é a complicação mais comum da úlcera péptica. Pacientes com sangramento de úlcera péptica podem apresentar náusea, hematêmese (sangue vermelho ou vômitos de borra de café) ou melena (fezes pretas e alcatroadas). Em casos raros, os pacientes apresentam sangramento maciço e apresentam hematoquezia (sangue vermelho ou marrom nas fezes) e hipotensão ortostática.

- **Obstrução da saída gástrica** - Úlceras localizadas no canal pilórico ou duodeno podem causar obstrução da saída gástrica. Os sintomas incluem saciedade precoce, inchaço, indigestão, anorexia, náusea, vômito, dor epigástrica logo após comer e perda de peso.

- **Penetração e fistulização** - Úlceras pépticas podem penetrar através da parede intestinal sem perfuração livre ou vazamento de conteúdo luminal para dentro da cavidade peritoneal. Úlceras pépticas do canal pilórico ou pré-pilóricas podem penetrar

diretamente no bulbo duodenal, criando uma fístula gastroduodenal, resultando em um piloro "duplo" adquirido.

A dor da penetração geralmente se torna mais intensa, de maior duração, e é frequentemente referida à região torácica inferior ou lombar superior da coluna. Úlceras posteriores penetrantes classicamente apresentam uma mudança do desconforto visceral vago típico para uma dor mais localizada e intensa que é sentida nas costas e não é aliviada por alimentos ou antiácidos. Essa mudança no padrão dos sintomas pode ser gradual ou repentina.

Pacientes com úlceras penetrantes geralmente apresentam uma alteração nos sintomas devido ao envolvimento sintomático de estruturas adjacentes.

- Fístulas gastrocólicas ou duodenocólicas podem se apresentar com halitose, vômitos feculentos, diarreia pós-prandial, dispepsia e perda de peso.
- A penetração em um órgão circundante pode resultar em um abscesso.
- A penetração em estruturas vasculares pode resultar em hemorragia exsanguinante (por exemplo, fístula aortoentérica ou penetração na artéria cística) [10-12].
- A penetração na árvore biliar pode resultar em fístula coledocoduodenal, obstrução biliar extra-hepática ou hemobilia [13,14].
- Fistulização no ducto pancreático também foi relatada com úlceras duodenais penetrantes [15]. Hiperamilasemia leve pode se desenvolver com penetração posterior de uma úlcera gástrica ou duodenal, mas pancreatite clínica é incomum.

- **Perfuração** — Perfurações complicam de 2 a 10 por cento dos pacientes com úlcera péptica [16]. A perfuração da úlcera deve ser suspeitada em pacientes que de repente desenvolvem dor abdominal intensa e difusa. Uma tríade clássica de início súbito de dor abdominal, taquicardia e rigidez abdominal é a marca registrada da perfuração da úlcera péptica. As ulcerações gástricas pré-pilóricas são responsáveis pela maioria das perfurações, seguidas por úlceras do bulbo duodenal [17].

Achados laboratoriais — A maioria dos pacientes com úlceras pépticas não complicadas tem hemograma completo normal. Os pacientes podem ter anemia por deficiência de ferro devido à perda recorrente de sangue gastrointestinal. Pacientes com perfuração gastrointestinal aguda podem ter leucocitose.

Achados de imagem — Os dois sinais diretos de úlcera péptica na tomografia computadorizada abdominal incluem descontinuidade focal do hiperrealce da mucosa, que reflete a doença atingindo a mucosa muscularis, e identificação de bolsa externa luminal. A bolsa externa luminal corresponde à cratera da úlcera que se estende através e além da parede gastroduodenal [18]. Outros sinais inespecíficos incluem espessamento da parede gástrica, inflamação perigástrica ou periduodenal e realce da mucosa em uma área focal [19]. A TC abdominal não é sensível para úlcera péptica não complicada e úlceras superficiais podem não ser detectadas [20].

O diagnóstico diferencial da doença ulcerosa péptica consiste em outras causas de dispepsia e inclui dispepsia induzida por medicamentos, doença biliar, malignidade

gástrica e, menos comumente, pancreatite crônica. Essas condições podem ser excluídas da doença ulcerosa péptica por endoscopia alta.

- Diagnóstico

O diagnóstico de úlcera péptica é suspeito em pacientes com dispepsia, especialmente no contexto do uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou histórico de infecção por *Helicobacter pylori*. Ocasionalmente, úlceras pépticas podem ser suspeitadas com base em exames de imagem realizados para avaliação de dor abdominal. O diagnóstico de úlcera péptica é definitivamente estabelecido pela visualização direta da úlcera na endoscopia digestiva alta.

A endoscopia é o teste diagnóstico mais preciso para úlcera péptica. A sensibilidade da endoscopia alta na detecção de lesões gastroduodenais é de aproximadamente 90 por cento, mas varia com base na localização da úlcera e na experiência do endoscopista [21,22].

- Indicações para biópsia de úlcera

Úlceras de aparência maligna - Todas as úlceras com características malignas devem ser biopsiadas. Características endoscópicas que sugerem que uma úlcera pode ser maligna incluem:

- Uma massa ulcerada projetando-se para o lúmen
- Dobras ao redor da cratera da úlcera que são nodulares, clavadas, fundidas ou param antes da margem da úlcera
- Margens da úlcera salientes, irregulares ou espessadas

Úlceras benignas selecionadas — Na endoscopia alta, úlceras benignas têm bordas lisas, regulares e arredondadas, com uma base de úlcera plana e lisa, geralmente preenchida com exsudato. A biópsia de rotina de úlceras duodenais de aparência benigna não é recomendada, pois é improvável que elas abriguem malignidade.

No entanto, em áreas com alta incidência de câncer gástrico, todas as úlceras gástricas devem ser biopsiadas. Se se deve biopsiar úlceras gástricas de aparência benigna em áreas de baixa incidência de câncer gástrico é controverso. Embora geralmente biopsiemos úlceras gástricas de aparência benigna na endoscopia superior índice, pois elas podem abrigar malignidade; outros especialistas não biopsiam úlceras gástricas se o histórico do paciente e as características demográficas sugerirem um baixo risco de câncer gástrico (por exemplo, um paciente jovem nos Estados Unidos com histórico de uso de AINEs e uma úlcera antral rasa e plana) [23].

Suspeita de etiologia específica — Em pacientes com algumas condições sistêmicas infiltrativas ou inflamatórias (por exemplo, sarcoidose, doença de Crohn, gastroenterite eosinofílica), úlceras pépticas podem ser devidas ao envolvimento gástrico ou duodenal por essas condições. Nesses casos, biópsias da úlcera péptica e da mucosa circundante podem ser úteis para confirmar a etiologia suspeita.

- Técnica de biópsia de úlcera - Se biópsias de uma úlcera forem indicadas, obtemos amostras de todos os quatro quadrantes da úlcera. Se houver características endoscópicas suspeitas de malignidade, obtemos biópsias usando fórceps jumbo com



amostragem mais extensa ao longo das bordas da úlcera. Não realizamos citologia rotineiramente, pois isso acrescenta pouco ao rendimento diagnóstico.

Biópsia para H. pylori - Biópsia da mucosa gástrica do antro gástrico e do corpo deve ser obtida para excluir H. pylori em pacientes submetidos à endoscopia alta para úlcera péptica, a menos que seja impraticável ou difícil, como em um estômago cheio de sangue. Nesses casos, o teste deve ser realizado quando possível para excluir H. pylori . A sorologia também pode ser usada nesse cenário para fazer um diagnóstico de infecção por H. pylori .

Teste e tratamento para infecção por Helicobacter pylori (H. pylori) — Todos os pacientes diagnosticados com úlcera péptica devem ser submetidos a testes para infecção por H. pylori . Pacientes com evidência de infecção por H. pylori devem receber terapia de erradicação e ser submetidos a testes para confirmar a erradicação da infecção quatro ou mais semanas após a conclusão da terapia [24]. (Consulte "Indicações e testes de diagnóstico para infecção por Helicobacter pylori em adultos" .)

- **Pacientes sem sangramento ativo** – Naqueles sem sangramento gastrointestinal ativo, testamos H. pylori por meio de biópsia da mucosa gástrica no momento da endoscopia digestiva alta, teste respiratório com ureia ou ensaios de antígeno fecal.

- **Pacientes com sangramento ativo** – Sangramento gastrointestinal ativo diminui a sensibilidade da biópsia da mucosa gástrica, testes respiratórios de ureia e antígenos fecais. Um resultado negativo da biópsia não exclui infecção por H. pylori nesses pacientes. O momento e a seleção do teste para H. pylori em pacientes com sangramento gastrointestinal ativo são discutidos separadamente. (Consulte "Indicações e testes diagnósticos para infecção por Helicobacter pylori em adultos" .)

Avalie o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e corticosteroides - Os médicos devem perguntar a todos os pacientes sobre o uso de AINEs e corticosteroides. Os níveis de salicilato na urina não são úteis para a detecção do uso de aspirina em baixa dosagem ou outros AINEs amplamente usados. O teste para agentes individuais é possível, mas impraticável e caro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Úlceras pépticas são comumente assintomáticas. Úlceras pépticas sintomáticas mais comumente se apresentam com dor epigástrica ou desconforto epigástrico provocado por alimentos e plenitude, saciedade precoce e náusea. Todos os pacientes diagnosticados com úlcera péptica devem ser submetidos a testes para infecção por H. pylori . Uma avaliação adicional para determinar a etiologia subjacente deve ser considerada quando o uso de H. pylori e AINEs tiver sido excluído.

REFERÊNCIAS

1. Peery AF, Dellon ES, Lund J, et al. Fardo da doença gastrointestinal nos Estados Unidos: atualização de 2012. *Gastroenterologia* 2012; 143:1179.



2. Lin KJ, García Rodríguez LA, Hernández-Díaz S. Revisão sistemática das taxas de incidência de úlcera péptica: estudos sem validação fornecem estimativas confiáveis? *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011; 20:718.
3. Li Z, Zou D, Ma X, et al. Epidemiologia da doença ulcerosa péptica: resultados endoscópicos da investigação sistemática da doença gastrointestinal na China. *Am J Gastroenterol* 2010; 105:2570.
4. Wang FW, Tu MS, Mar GY, et al. Prevalência e fatores de risco de úlcera péptica assintomática em Taiwan. *World J Gastroenterol* 2011; 17:1199.
5. Aro P, Storskrubb T, Ronkainen J, et al. Doença de úlcera péptica em uma população adulta geral: o estudo Kalixanda: um estudo populacional aleatório. *Am J Epidemiol* 2006; 163:1025.
6. Zagari RM, Law GR, Fuccio L, et al. Sintomas dispépticos e achados endoscópicos na comunidade: o estudo Loiano-Monghidoro. *Am J Gastroenterol* 2010; 105:565.
7. Kuipers EJ, Thijs JC, Festen HP. A prevalência de *Helicobacter pylori* na doença de úlcera péptica. *Aliment Pharmacol Ther* 1995; 9 Suppl 2:59.
8. Sipponen P, Varis K, Fräki O, et al. Risco cumulativo de 10 anos de úlcera duodenal e gástrica sintomática em pacientes com ou sem gastrite crônica. Um estudo de acompanhamento clínico de 454 pacientes ambulatoriais. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25:966.
9. Sung JJ, Kuipers EJ, El-Serag HB. Revisão sistemática: incidência e prevalência globais de úlcera péptica. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 29:938.
10. Anand BS, Raed AK, Malaty HM, et al. Prevalência de ponto baixo de úlcera péptica em indivíduos normais com infecção por *Helicobacter pylori*. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:1112.
11. Akdamar K, Ertan A, Agrawal NM, et al. Endoscopia gastrointestinal superior em voluntários normais assintomáticos. *Gastrointest Endosc* 1986; 32:78.
12. Kaneko E, Ooi S, Ito G, Honda N. História natural da úlcera duodenal detectada por pesquisas de massa gástrica em homens com mais de 40 anos de idade. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24:165.
13. Bernersen B, Johnsen R, Straume B, et al. Rumo a uma verdadeira prevalência de úlcera péptica: o estudo de distúrbios gastrointestinais de Sørreisa. *Intestino* 1990; 31:989.
14. Sonnenberg A. Tendências temporais e variações geográficas da doença da úlcera péptica. *Aliment Pharmacol Ther* 1995; 9 Suppl 2:3.
15. Sonnenberg A. Tendências temporais da mortalidade por úlcera na Europa. *Gastroenterologia* 2007; 132:2320.
16. el-Serag HB, Sonnenberg A. Tendências temporais opostas de úlcera péptica e doença de refluxo. *Gut* 1998; 43:327.
17. Nam K, Shin JE, Kim SE, et al. Prevalência e fatores de risco para doenças gastrointestinais superiores em indivíduos de check-up de saúde: um estudo multicêntrico nacional na Coreia. *Scand J Gastroenterol* 2018; 53:910.
18. Kamdem J, Palmer D, Barrier C, et al. Rendimento diagnóstico da endoscopia gastrointestinal na região noroeste de Camarões e tendências no diagnóstico ao longo do tempo. *Pan Afr Med J* 2018; 29:178.



19. Cai S, García Rodríguez LA, Massó-González EL, Hernández-Díaz S. Úlcera péptica não complicada no Reino Unido: tendências de 1997 a 2005. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 30:1039.
20. Dutta AK, Chacko A, Balekuduru A, et al. Tendências temporais em epidemiologia da doença de úlcera péptica na Índia ao longo de duas décadas. *Indian J Gastroenterol* 2012; 31:111.
21. Xia B, Xia HH, Ma CW, et al. Tendências na prevalência de úlcera péptica e infecção por *Helicobacter pylori* em pacientes dispépticos não investigados encaminhados por médicos de família em Hong Kong. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22:243.
22. Wu CY, Wu CH, Wu MS, et al. Um estudo de coorte populacional nacional mostra redução na hospitalização por úlcera péptica associada à erradicação do *H. pylori* e ao uso de inibidor da bomba de prótons. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7:427.
23. Feinstein LB, Holman RC, Yorita Christensen KL, et al. Tendências em hospitalizações por úlcera péptica, Estados Unidos, 1998-2005. *Emerg Infect Dis* 2010; 16:1410.
24. Kanotra R, Ahmed M, Patel N, et al. Variações sazonais e tendências na hospitalização por úlcera péptica nos Estados Unidos: uma análise de 12 anos da amostra nacional de pacientes internados. *Cureus* 2016; 8:e854.
25. Johnson CH, McLean RC, McCallum I, et al. Uma avaliação da epidemiologia, gestão e resultados para úlceras pépticas perfuradas no Norte da Inglaterra ao longo de 15 anos: Um estudo de coorte retrospectivo. *Int J Surg* 2019; 64:24.
26. Ohmann C, Imhof M, Ruppert C, et al. Tendências temporais na epidemiologia do sangramento de úlcera péptica. *Scand J Gastroenterol* 2005; 40:914.
27. Laine L, Yang H, Chang SC, Datto C. Tendências de incidência de hospitalização e morte devido a complicações gastrointestinais nos Estados Unidos de 2001 a 2009. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:1190.
28. Bashinskaya B, Nahed BV, Redjal N, et al. Tendências na doença da úlcera péptica e a identificação do *Helicobacter Pylori* como um organismo causador: estimativas baseadas na população da amostra nacional de pacientes internados nos EUA. *J Glob Infect Dis* 2011; 3:366.
29. Nagashima K, Tominaga K, Fukushi K, et al. Tendências recentes na ocorrência de úlceras gástricas e duodenais sangrantes sob a diretriz de prática clínica baseada em evidências japonesa para doença de úlcera péptica. *JGH Open* 2018; 2:255.
30. Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, et al. Prevalência global de infecção por *Helicobacter pylori*: revisão sistemática e meta-análise. *Gastroenterologia* 2017; 153:420.
31. Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH. Papel da infecção por *Helicobacter pylori* e de anti-inflamatórios não esteroides na doença da úlcera péptica: uma meta-análise. *Lancet* 2002; 359:14.
32. Hirschowitz BI, Lanas A. Ulceração gastrointestinal superior atípica e agressiva associada ao abuso de aspirina. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34:523.
33. Lanas AI, Remacha B, Esteva F, Sáinz R. Fatores de risco associados a úlceras pépticas refratárias. *Gastroenterologia* 1995; 109:1124.
34. Silverstein FE, Graham DY, Senior JR, et al. Misoprostol reduz complicações gastrointestinais graves em pacientes com artrite reumatoide recebendo anti-



- inflamatórios não esteroides. Um ensaio randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. *Ann Intern Med* 1995; 123:241.
35. Lee SP, Sung IK, Kim JH, et al. Fatores de risco para a presença de sintomas na doença da úlcera péptica. *Clin Endosc* 2017; 50:578.
 36. Kato I, Nomura AM, Stemmermann GN, Chyou PH. Um estudo prospectivo de úlcera gástrica e duodenal e sua relação com tabagismo, álcool e dieta. *Am J Epidemiol* 1992; 135:521.
 37. Garrow D, Delegge MH. Fatores de risco para doença ulcerosa gastrointestinal na população dos EUA. *Dig Dis Sci* 2010; 55:66.
 38. Andersen IB, Jørgensen T, Bonnevie O, et al. Fumo e ingestão de álcool como fatores de risco para sangramento e úlceras pépticas perfuradas: um estudo de coorte de base populacional. *Epidemiologia* 2000; 11:434.
 39. Martin DF, Montgomery E, Dobek AS, et al. *Campylobacter pylori*, AINEs e tabagismo: fatores de risco para úlcera péptica. *Am J Gastroenterol* 1989; 84:1268.
 40. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Remington PL. Fumo e o risco de úlcera péptica entre mulheres nos Estados Unidos. *Arch Intern Med* 1990; 150:1437.
 41. Korman MG, Hansky J, Eaves ER, Schmidt GT. Influência do tabagismo na cura e recaída na doença da úlcera duodenal. *Gastroenterologia* 1983; 85:871.
 42. Rosenstock S, Jørgensen T, Bonnevie O, Andersen L. Fatores de risco para úlcera péptica: um estudo de coorte prospectivo de base populacional compreendendo 2416 adultos dinamarqueses. *Gut* 2003; 52:186.
 43. Maity P, Biswas K, Roy S, et al. Fumo e a patogênese da úlcera gastroduodenal--atualização mecanicista recente. *Mol Cell Biochem* 2003; 253:329.
 44. Chan FK, Sung JJ, Lee YT, et al. O tabagismo predispõe à recidiva de úlcera péptica após a erradicação de *Helicobacter pylori*? *Am J Gastroenterol* 1997; 92:442.