

PERFURAÇÃO DE ÚLCERA PÉPTICA SECUNDÁRIA A TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

PEPTIC ULCER PERFORATION SECONDARY TO BLUNT ABDOMINAL TRAUMA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

PERFORACIÓN DE ÚLCERA PÉPTICA SECUNDARIA A TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO: INFORME DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Túlio Guimarães Vieira¹, Beatriz de Carvalho Lins Andrade Neta², Renata Ribeiro Freitas³, Antonio Santos de Sena Júnior⁴, Divaldo Ribeiro Lopes Filho⁵, Jader Tavares de Mendonça Filho⁶

DOI: 10.54899/dcs.v23i86.4261

Recibido: 12/12/2025 | Aceptado: 09/01/2026 | Publicación en línea: 16/01/2026.

RESUMO

A perfuração de úlcera péptica é uma emergência cirúrgica associada a elevada morbimortalidade, geralmente relacionada à infecção por *Helicobacter pylori*, uso de anti-inflamatórios não esteroidais e tabagismo, sendo rara em adultos jovens previamente hígidos. Relata-se o caso de um paciente masculino, 20 anos, admitido após acidente motociclístico de alta energia, apresentando dor abdominal intensa em epigástrio e mesogástrio. Apesar da estabilidade hemodinâmica inicial, a tomografia computadorizada de abdome com contraste evidenciou pneumoperitônio e líquido livre na cavidade abdominal, compatíveis com perfuração de víscera oca. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora de urgência, sendo identificada pequena perfuração ulcerada de aproximadamente 3 mm na região pré-pilórica gástrica, com bordas viáveis. Realizou-se sutura primária associada à omentoplastia e lavagem peritoneal abundante. A evolução pós-operatória foi favorável, sem complicações infecciosas, com alta hospitalar precoce. O trauma abdominal contuso pode atuar como fator precipitante de perfuração gástrica por mecanismos como aumento súbito da pressão intragástrica ou ruptura de lesões ulcerosas subclínicas. O diagnóstico precoce, baseado principalmente na tomografia computadorizada, e a intervenção cirúrgica imediata são determinantes para o bom prognóstico.

Palavras-chave: Úlcera Péptica. Trauma Abdominal Contuso. Perfuração Gástrica.

¹ Graduado em Medicina pela Faculdade de Tecnologias e Ciências de Salvador (FTC), Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: tulioguimaraesvieira@gmail.com

² Graduada em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: bclaneta@gmail.com

³ Graduada em Medicina, Centro Universitário (UNIFACS), Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: renatarfreitas@hotmail.com

⁴ Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: dr.antoniosenajr@gmail.com

⁵ Especialista em Cirurgia Geral pelo Colégio Brasileiro de Cirurgias (CBC), Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: divaldolopes@hotmail.com

⁶ Graduado em Medicina área de concentração em Cirurgia Geral, Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: jader.filho08@gmail.com

Laparotomia.

ABSTRACT

Peptic ulcer perforation is a surgical emergency associated with high morbidity and mortality, most commonly related to *Helicobacter pylori* infection, nonsteroidal anti-inflammatory drug use, and smoking, and is rare in previously healthy young adults. We report the case of a 20-year-old male patient admitted after a high-energy motorcycle accident, presenting with severe epigastric and mesogastric abdominal pain. Despite initial hemodynamic stability, contrast-enhanced abdominal computed tomography revealed pneumoperitoneum and free intraperitoneal fluid, consistent with hollow viscus perforation. The patient underwent emergency exploratory laparotomy, which identified a small ulcerated perforation approximately 3 mm in diameter in the pre-pyloric gastric region, with viable edges. Primary closure with omentoplasty and extensive peritoneal lavage was performed. The postoperative course was favorable, with no infectious complications and early hospital discharge. Blunt abdominal trauma may act as a precipitating factor for gastric perforation through mechanisms such as sudden increases in intragastric pressure or rupture of subclinical ulcerative lesions. Early diagnosis, primarily based on computed tomography, and prompt surgical intervention are critical determinants of a favorable outcome.

Keywords: Peptic Ulcer. Blunt Abdominal Trauma. Gastric Perforation. Laparotomy.

RESUMEN

La perforación de úlcera péptica es una urgencia quirúrgica asociada a alta morbilidad y mortalidad, generalmente relacionada con la infección por *Helicobacter pylori*, el uso de antiinflamatorios no esteroideos y el tabaquismo, y es poco frecuente en adultos jóvenes previamente sanos. Presentamos el caso de un paciente masculino de 20 años que ingresó tras un accidente de motocicleta de alta intensidad, presentando dolor abdominal intenso en epigastrio y mesogastrio. A pesar de la estabilidad hemodinámica inicial, la tomografía computarizada abdominal con contraste reveló neumoperitoneo y líquido libre en la cavidad abdominal, compatible con perforación de víscera hueca. El paciente fue sometido a una laparotomía exploratoria de urgencia, identificándose una pequeña perforación ulcerada de aproximadamente 3 mm en la región prepilórica gástrica, con bordes viables. Se realizó sutura primaria, asociada a omentoplastia y lavado peritoneal abundante. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones infecciosas, con alta hospitalaria temprana. El traumatismo abdominal cerrado puede actuar como factor desencadenante de la perforación gástrica mediante mecanismos como el aumento repentino de la presión intragástrica o la rotura de lesiones ulcerativas subclínicas. El diagnóstico precoz, basado principalmente en la tomografía computarizada, y la intervención quirúrgica inmediata son cruciales para un buen pronóstico.

Palabras clave: Úlcera Péptica. Traumatismo Abdominal Cerrado. Perforación Gástrica. Laparotomía.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A perfuração de úlcera péptica constitui uma emergência cirúrgica associada a elevada morbimortalidade, caracterizada pela ruptura da parede gástrica ou duodenal, com extravasamento do conteúdo luminal para a cavidade peritoneal e consequente peritonite química e bacteriana. As principais etiologias incluem infecção por *Helicobacter pylori*, uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), tabagismo e estresse fisiológico. (1,2).

Nas últimas décadas, a incidência global dessa condição tem apresentado declínio, atribuída sobretudo ao controle mais efetivo do *H. pylori* e ao uso mais racional de AINEs. Ainda assim, a perfuração permanece mais frequente em pacientes idosos e com comorbidades, sendo rara em adultos jovens previamente hígidos (3,4).

O trauma abdominal contuso é causa comum de atendimento em serviços de emergência, particularmente em indivíduos jovens envolvidos em acidentes de alta energia. Embora incomum, há descrições de perfuração gástrica associada ao trauma contuso, seja pela ruptura de uma úlcera pré-existente subclínica, seja por lesão direta da parede gástrica decorrente do aumento súbito da pressão intraluminal ou compressão contra o esqueleto axial (5,6).

O presente relato descreve um caso raro de perfuração gástrica secundária a trauma abdominal contuso em paciente jovem, discutindo os principais aspectos diagnósticos e terapêuticos à luz da literatura contemporânea.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente D.D.V.S., 20 anos, sexo masculino, foi admitido na unidade de emergência trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) após politraumatismo decorrente de queda de motocicleta em alta velocidade (aproximadamente 80 km/h), sem uso de capacete. Na admissão, queixava-se de dor abdominal intensa, predominantemente em epigástrio e mesogástrio, com irradiação difusa.

Apresentava sinais vitais estáveis: pressão arterial de 120/80 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm, frequência respiratória de 18 irpm e saturação periférica de oxigênio de 96% em ar ambiente. Ao exame físico, observava-se abdome doloroso à palpação difusa, com defesa muscular, sem sinais clássicos de irritação peritoneal no momento inicial. Apresentava ainda escoriações em face e região occipital, sem evidência de fraturas periféricas.

Diante da suspeita de lesão intra-abdominal, foi realizada tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso, que evidenciou líquido livre no espaço subfrênico direito, goteiras parietocólicas e pelve, além de focos de pneumoperitônio em hilo hepático, região perivesicular, perirrenal à direita e subfrênica direita, achados compatíveis com perfuração de víscera oca.

O paciente foi submetido à laparotomia exploradora de urgência, sendo identificada, na face anterior da região pré-pilórica gástrica (antro), uma pequena lesão ulcerada de aproximadamente 3 mm, com bordas viáveis, associada a moderada quantidade de líquido livre citrino turvo e conteúdo alimentar na cavidade peritoneal. Realizou-se debridamento local, sutura primária da lesão com fio Prolene 3-0, associada à omentoplastia, seguida de lavagem peritoneal abundante com solução salina aquecida.

No pós-operatório, o paciente foi encaminhado à unidade de terapia intensiva para monitorização clínica, recebendo antibioticoterapia empírica com ceftriaxona e metronidazol, além de suporte nutricional enteral precoce. Evoluiu de forma favorável, sem intercorrências infecciosas ou cirúrgicas, recebendo alta hospitalar após 72 horas, com orientação para seguimento ambulatorial, com retorno em 02 meses na unidade estando estável, sem intercorrências e traz resultado de biopsia que evidenciou lesão compatível com ulcera péptica.

DISCUSSÃO

A perfuração gástrica em adultos jovens sem fatores de risco clássicos para doença ulcerosa é evento incomum. Quando presente, geralmente está associada a uso de AINEs, infecção por *H. pylori*, tabagismo ou condições de estresse fisiológico intenso (2,4). O trauma abdominal contuso, embora raramente implicado, pode atuar como fator precipitante, seja pela ruptura de uma lesão ulcerosa pré-existente assintomática, seja por mecanismos diretos, como aumento abrupto da pressão intragástrica ou compressão do estômago contra estruturas ósseas da coluna vertebral (6,7).

O diagnóstico em pacientes politraumatizados pode ser dificultado pela apresentação clínica inicial inespecífica, pela presença de analgesia e pela coexistência de outras lesões potencialmente mais evidentes. Nesse contexto, a tomografia computadorizada com contraste endovenoso assume papel central, sendo atualmente o método de escolha para identificação de pneumoperitônio, líquido livre e lesões associadas em pacientes hemodinamicamente estáveis

(8).

O tratamento cirúrgico imediato permanece o padrão ouro. Em perfurações gástricas pequenas, com bordas viáveis e sem comprometimento tecidual extenso, a sutura primária associada à omentoplastia apresenta bons resultados e baixa taxa de complicações. Embora a abordagem laparoscópica seja considerada segura e eficaz em centros especializados, sua indicação depende da estabilidade clínica do paciente, da experiência da equipe e da disponibilidade institucional (9).

O prognóstico está diretamente relacionado ao tempo entre a perfuração e a intervenção cirúrgica, bem como à presença de sepse, idade avançada e comorbidades (10). No caso apresentado, o diagnóstico precoce e a abordagem cirúrgica imediata contribuíram de forma decisiva para o desfecho favorável.

CONCLUSÃO

A perfuração gástrica secundária a trauma abdominal contuso, embora rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pacientes jovens vítimas de trauma de alta energia que apresentem dor abdominal significativa e achados sugestivos de pneumoperitônio. A utilização precoce da tomografia computadorizada, associada à intervenção cirúrgica imediata, é fundamental para o controle da contaminação peritoneal e redução da morbimortalidade.

Relatos como este reforçam a importância da suspeição clínica ampliada e da abordagem multidisciplinar no manejo do trauma abdominal.

REFERÊNCIAS

1. Søreide, K., Thorsen, K., Harrison, E. M., Bingener, J., Møller, M. H., & Ohene-Yeboah, M. (2015). *Perforated peptic ulcer. The Lancet*, 386(10000), 1288–1298. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00276-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00276-7)
2. Lau, J. Y., Sung, J., Hill, C., Henderson, C., Howden, C. W., & Metz, D. C. (2011). *Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: Incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion*, 84(2), 102–113. <https://doi.org/10.1159/000323958>
3. Møller, M. H., Engebjerg, M. C., Adamsen, S., Bendix, J., & Thomsen, R. W. (2012). *The Peptic Ulcer Perforation (PULP) score: A predictor of mortality following peptic ulcer perforation. Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56(5), 655–662. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2011.02646.x>

4. Buck, D. L., Vester-Andersen, M., & Møller, M. H. (2013). *Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer*. *British Journal of Surgery*, 100(8), 1045–1049. <https://doi.org/10.1002/bjs.9175>
5. Sathyanarayana, S. A., Kumar, A., Vyas, F. L., Nanjappa, B., & Bhargava, D. K. (2004). *Gastrointestinal injuries following blunt abdominal trauma*. *Indian Journal of Gastroenterology*, 23(2), 70–73.
6. Rajkumar, A., Ganesh, R., Sathyanesan, J., & Rajapandian, S. (2015). *Isolated traumatic perforation of duodenum: A rare case report and review of literature*. *Case Reports in Surgery*, 2015, 1–4. <https://doi.org/10.1155/2015/354107>
7. Ravikumar, R., Hossain, J., Natarajan, B., & Pande, G. (2007). *Gastric rupture following blunt abdominal trauma: A report of three cases and review of the literature*. *Emergency Radiology*, 14(6), 403–406. <https://doi.org/10.1007/s10140-007-0632-7>
8. Nishida, T., Fukuda, Y., Tsujii, M., et al. (2021). *Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2020*. *Journal of Gastroenterology*, 56(4), 303–322. <https://doi.org/10.1007/s00535-021-01769-0>
9. Siu, W. T., Leong, H. T., Law, B. K., Chau, C. H., Li, A. C., Fung, K. H., & Tai, Y. P. (2002). *Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: A randomized controlled trial*. *Annals of Surgery*, 235(3), 313–319. <https://doi.org/10.1097/00000658-200203000-00003>
10. Boey, J., Choi, S. K., Poon, A., & Alagaratnam, T. T. (1987). *Risk stratification in perforated duodenal ulcers*. *Annals of Surgery*, 205(1), 22–26. <https://doi.org/10.1097/00000658-198701000-00005>