



MED-REVIEW



***ABDOME AGUDO
PERFURATIVO***

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O QUE MAIS CAI EM PROVA:

O QUE A BANCA COBRA (O "PULO DO GATO")

Tópico	O que a banca cobra (O "Pulo do Gato")
A Principal Causa	Úlcera Péptica. (Duodenal é mais comum que Gástrica). Associada a H. pylori e uso de AINEs.
Quadro Clínico	Dor súbita em "facada" + Abdome em Tábua (rigidez involuntária) + Paciente imóvel (medo de respirar).
Semiologia de Ouro	Sinal de Jobert: Perda da macicez hepática (timpanismo na percussão do fígado) = Pneumoperitônio.
Raio-X (A Regra)	Raio-X de Tórax em Ortostase (em pé): Busca ar livre abaixo das cúpulas diafragmáticas ("lâmina de foice").
Raio-X (A Exceção)	Paciente não fica em pé? Decúbito Lateral ESQUERDO com raios horizontais (Laurell). O ar sobe e fica entre o fígado e a costela.
Regra da Biópsia	Úlcera Gástrica: Biópsia se possível (risco de Câncer). Úlcera Duodenal: NÃO precisa biopsiar (geralmente benigna).
Cirurgia Padrão	Rafia Primária + Patch de Graham (tampão com epíplon).
Tratamento Clínico	Só se o paciente estiver estável + perfuração bloqueada (sem vazamento no exame contrastado). Tripé: SNG + Jejum + ATB.
Pós-Operatório	Erradicar o H. pylori em todos os pacientes para evitar recidiva.

FISIOPATOLOGIA: AS 3 FASES DA EVOLUÇÃO

O Protótipo Clínico

Quando falamos de Abdome Agudo Perfurativo, o nosso modelo mental deve ser a **Úlcera Péptica Perfurada** (Gástrica ou Duodenal). É ela que dita as regras do jogo.

Entender a evolução natural dessa doença é vital, pois o paciente que chega com 1 hora de dor é completamente diferente do paciente que chega com 24 horas. A peritonite não é estática; ela evolui em **três estágios distintos**. Vamos dissecar cada um.

Fase 1: Peritonite Química (Imediata — 0 a 2 horas)

- **O Evento:** Ocorre o vazamento súbito de suco gástrico (rico em ácido clorídrico) ou duodenal (rico em bile e enzimas) para a cavidade peritoneal livre.
- **A Reação:** O peritônio sofre uma verdadeira **“queimadura química”**. Como o conteúdo do estômago/duodeno proximal tem baixa carga bacteriana, essa fase inicial é considerada **estéril**. O problema aqui é o ácido, não a bactéria (ainda).
- **Clínica:** É o momento da dor dramática, em “facada”. O paciente sabe a hora exata em que a “bomba explodiu”. Ao exame, há intensa contratura muscular reflexa involuntária: é o clássico **Abdome em Tábua**.

Fase 2: Fase Intermediária ou de “Melhora Aparente” (2 a 12 horas)

Aqui mora o perigo. É onde o médico inexperiente dá alta indevida.

- **O Mecanismo:** O peritônio, tentando se defender da agressão ácida, começa a exsudar uma grande quantidade de líquido seroso (rico em proteínas). O objetivo biológico é diluir e neutralizar a acidez.
- **A Armadilha:** Com a diluição do ácido, a irritação química das terminações nervosas diminui temporariamente. O paciente pode relatar uma **diminuição na intensidade da dor**.

 **Atenção na prova:** O médico desavisado pode achar que o paciente está melhorando (“foi só uma gastrite forte”) e retardar o diagnóstico.



O PULO DO GATO

Embora a dor subjetiva melhore, o exame físico não mente: a rigidez muscular (defesa involuntária) persiste. Confie na mão, não apenas na queixa.

Fase 3: Peritonite Bacteriana Supurativa (Tardia — > 12 horas)

- **O Evento:** A neutralização falha e a contaminação bacteriana (que era baixa) prolifera exponencialmente. Ocorre translocação bacteriana e formação de pus.
- **A Reação:** O quadro local vira sistêmico. Instala-se a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) e Sepses.
- **Clínica:** O paciente volta a piorar drasticamente.
 - Sinais sistêmicos: Febre, taquicardia e desidratação.
 - Abdome: Fica distendido devido ao **íleo adinâmico** (o intestino paralisa pelo pus) e a dor se torna constante e pulsátil.

ETIOLOGIAS E FATORES DE RISCO: ONDE E POR QUE PERFURA?

A Causa Nº 1: Úlcera Péptica

A causa número 1 de abdome agudo perfurativo no mundo é a Úlcera Péptica. No entanto, o “CEP” da úlcera (o endereço dela) muda completamente a conduta cirúrgica e a chance de câncer.

Para a prova, você deve dominar a diferenciação entre **Duodenal** e **Gástrica**.

1. Úlcera Duodenal (A mais comum)

- **Localização Típica:** Parede **Anterior** do Bulbo Duodenal.
- **Anatomia de Prova:**
 - Úlceras na parede **anterior** perfuram para a cavidade livre (peritonite).
 - Úlceras na parede **posterior** tendem a **sangrar** (erodem a artéria gastroduodenal) ou penetrar no pâncreas (pancreatite).
- **Associação:** Fortemente ligada à infecção por *H. pylori* (>90%).
- **Risco de Malignidade:** Virtualmente **ZERO**.
- **Consequência na Cirurgia:** O foco é apenas fechar o buraco (rafia). **Não é obrigatório biopsiar** a úlcera duodenal (exceto se tiver aspecto muito atípico/bizarro).

2. Úlcera Gástrica

- **Localização Típica:** Pequena Curvatura (incisura angularis).
- **Associação:** *H. pylori*, AINEs e Tabagismo.
- **Risco de Malignidade: Existente!** O Adenocarcinoma Gástrico ulcerado pode simular perfeitamente uma úlcera benigna a olho nu.
- **Consequência na Cirurgia:** Sempre que possível, tentar biopsiar a borda da úlcera gástrica.

A “Tríade do Mal”: AINEs, Corticoides e Tabagismo

Se não for H. pylori, procure por estes culpados no enunciado:

1. Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINEs):

É o principal fator de risco para perfuração em pacientes idosos sem história prévia de “gastrite”.

- Mecanismo: Inibem a COX-1 → Queda das Prostaglandinas → Perda da barreira de muco protetor que reveste o estômago. O ácido corrói a parede desprotegida.

2. Corticosteroides (A Grande Armadilha):

Sozinhos, têm baixo poder ulcerogênico. O perigo é a associação Corticosteroides + AINEs (efeito sinérgico explosivo).



O Perigo Silencioso: O corticoide é potente anti-inflamatório e imunossupressor. Ele pode **mascarar os sinais de peritonite**.

- Cenário de Terror: O paciente perfura, mas tem pouca dor, o abdome não fica tão “em tábua” e ele faz pouca febre. O diagnóstico é tardio e a mortalidade é altíssima por sepse avançada.

3. Tabagismo:

Aumenta a secreção ácida e diminui a vascularização mucosa. É o fator que mais **dificulta a cicatrização** e aumenta a **recidiva** pós-tratamento.

Outras Causas (O que cai de rodapé)

Além da úlcera, a banca pode cobrar estas etiologias específicas:

A) Síndrome de Boerhaave (Rotura Esofágica Espontânea):

- Mecanismo: Aumento súbito e violento da pressão intraesofágica após vômitos vigorosos (barotrauma). Ocorre geralmente no terço distal do esôfago, à esquerda.
- Tríade de Mackler:
 1. Vômitos vigorosos (libação alcoólica/bulimia).
 2. Dor Torácica intensa (retrosternal baixa).
 3. **Enfisema Subcutâneo** (crepitação no pescoço/tórax à palpação).

B) Corpo Estranho:

Ingestão acidental de espinha de peixe ou palito de dente. Frequentemente perfura locais de estreitamento fisiológico ou ângulos (íleo terminal, sigmoide).

C) Perfuração Iatrogênica:

Causa crescente nas provas. Exemplos clássicos:

- Perfuração de cólon pós-colonoscopia.
- Perfuração de duodeno pós-CPRE.

D) Doenças Infecciosas (Paciente Imunossuprimido):

- **CMV (Citomegalovírus):** Causa perfurações intestinais múltiplas ("intestino em queijo suíço") em pacientes com HIV/SIDA avançado.
- **Febre Tifoide:** Perfuração das Placas de Peyer no íleo terminal (hoje rara, mas histórica).

QUADRO CLÍNICO E EXAME FÍSICO

O quadro clínico da perfuração é **dramático**. Diferente de uma apendicite que "começa devagar" e vai piorando, a perfuração é um evento catastrófico instantâneo. O paciente frequentemente chega ao pronto-socorro imóvel, com medo de respirar fundo, tossir ou se mexer na maca. Qualquer movimento dói.

A Dor em "Facada"

- **Início:** Súbito, violento e explosivo. O paciente sabe dizer a hora e o minuto exatos em que a dor começou ("Doutor, eu estava vendo TV e às 20:15 senti uma facada").
- **Localização:** Inicia-se tipicamente no **epigástrico** (local da úlcera), mas rapidamente se generaliza para todo o abdome devido à difusão do líquido gástrico/entérico.

A Pegadinha do "Apêndice"

A banca adora confundir Úlcera Perfurada com Apendicite. Como isso acontece?

A Fisiopatologia: O suco gástrico/duodenal vaza no andar superior do abdome. Pela gravidade, ele escorre pela **goteira parietocólica direita** até atingir a fossa ilíaca direita. O contato do ácido com o peritônio da fossa ilíaca direita causa dor intensa no local do apêndice.



COMO DIFERENCIAR NA PROVA?

- **Apendicite:** A dor começa vaga periumbilical e **migra** para a fossa ilíaca direita.
- **Úlcera:** A dor começa súbita no epigástrico e **"desce"** rapidamente para a fossa ilíaca direita.

Inspeção e Palpação: O Abdome em Tábua

- **Inspeção:** O paciente apresenta-se pálido, sudorético e com respiração superficial (evita a excursão diafragmática profunda para não doer). O abdome está parado, não acompanha os movimentos respiratórios.

- **Palpação:** Ao tocar o abdome, você encontra a **Rigidez Involuntária** da musculatura (defesa muscular generalizada). O termo clássico é **"Abdome em Tábua"** (Ventre em Tábua).

⚠ **Atenção:** Diferente da rigidez voluntária (quando o paciente contrai por medo ou frio), a rigidez involuntária **não cede** mesmo se você distrair o paciente ou pedir para ele dobrar os joelhos. É um reflexo medular à peritonite química.

Percussão: O Sinal de Jobert

Este é o sinal semiológico mais importante do abdome agudo perfurativo. Se a questão citar "Jobert presente", ela está gritando **Pneumoperitônio** (ar livre na cavidade).

- **Conceito:** É a substituição da maciez hepática por **timpanismo**.
- **Fisiopatologia:** Normalmente, o fígado está colado na parede abdominal anterior. Quando uma víscera oca perfura, o ar escapa. Se o paciente estiver em decúbito dorsal (deitado), esse ar (que é leve) sobe e se aloja entre o fígado e a parede abdominal anterior.

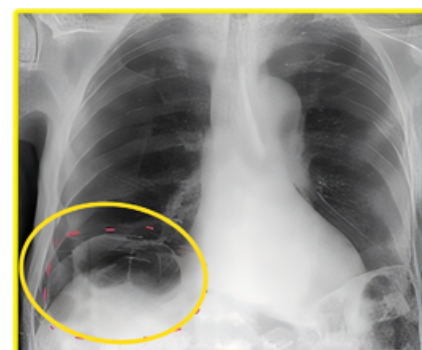
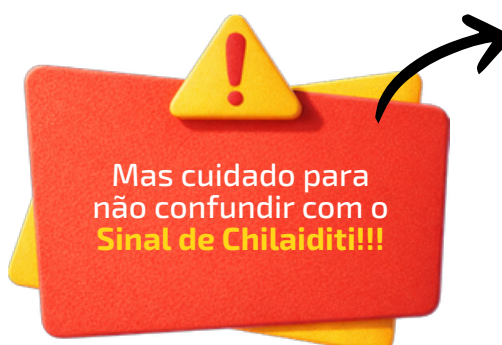
O Grande Imitador (Sinal de Chilaiditi)

Cuidado com o Falso Positivo! Em alguns pacientes (especialmente idosos, emagrecidos ou com DPOC), uma alça do cólon (geralmente o transversa) pode se interpor entre o fígado e a parede abdominal/diafragma. Isso gera timpanismo na área hepática **sem haver perfuração**. Chamamos isso de **Sinal de Chilaiditi**.

Como diferenciar? O Raio-X ou a TC resolvem. No Chilaiditi, você vê as **hausturações** do cólon. No pneumoperitônio, é apenas ar livre (liso, sem marcas de alça) desenhando a cúpula diafragmática.

SINAL DE JOBERT

Ausência de maciez hepática à percussão de hipocôndrio direito.
(Pensar em pneumoperitônio!)



Nele vemos a **interposição de cólon** entre o fígado e o diafragma, **simulando um pneumoperitônio ao RX...**

Questão Estratégica — Quadro clínico



Questão FAMEMA — 2021

Em relação aos tipos e às causas de abdome agudo, assinale a opção correta.

- A) O abdome agudo vascular pode ter como causa a trombose intestinal, sendo a dor abdominal geralmente localizada e bem definida — há uma proporção entre a dor referida pelo paciente e os achados no seu exame físico.
- B) No abdome agudo inflamatório, a dor abdominal é geralmente aguda e o paciente não apresenta alterações dos sinais vitais sistêmicos, pois a doença é localizada no abdome.
- C) No abdome agudo perfurativo, a dor abdominal é súbita e intensa, surgindo defesa abdominal difusa como sinal de irritação peritoneal.
- D) No abdome agudo obstrutivo, a dor surge agudamente sem outros sinais ou sintomas associados, podendo ocorrer por oclusão mecânica dos intestinos, por brida, hérnia encarcerada ou neoplasia.

Comentário:

Esta questão exige que o candidato domine a fisiopatologia básica e a apresentação clínica clássica dos diferentes tipos de abdome agudo. Vamos dissecar cada alternativa para entender onde está o erro e onde está o acerto.

A) INCORRETA (Abdome Agudo Vascular):

A alternativa afirma que há uma "proporção entre a dor e o exame físico" e que a dor é "bem definida". A marca registrada da isquemia mesentérica é exatamente o oposto: Dor DESPROPORCIONAL ao exame físico. O paciente sente uma dor excruciante (visceral/isquêmica), mas o abdome é inocente (flácido) à palpação inicial.

B) INCORRETA (Abdome Agudo Inflamatório):

Afirma que o paciente "não apresenta alterações dos sinais vitais". Todo processo inflamatório agudo (apendicite, colecistite, diverticulite) libera citocinas que geram uma resposta sistêmica. Esperamos encontrar Febre, Taquicardia e, em casos graves, hipotensão (sepse). A doença começa local, mas a resposta é sistêmica.

C) CORRETA (Abdome Agudo Perfurativo):

Descreve perfeitamente o quadro clássico da úlcera perfurada.

- Súbita e Intensa: Início abrupto ("dor em facada").
- Defesa Difusa: O vazamento de conteúdo para a cavidade gera peritonite química generalizada, levando à contratura involuntária (Abdome em Tábua).

D) INCORRETA (Abdome Agudo Obstrutivo):

Diz que a dor surge "sem outros sinais ou sintomas associados". A obstrução intesti-

nal é uma síndrome rica em sintomas associados. A tríade clássica é: Dor em cólica + Distensão Abdominal + Vômitos (e parada de eliminação de gases/fezes). Dizer que é só dor está errado.



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

O quadro clínico do abdome agudo perforativo é dramático e clássico: uma dor abdominal súbito, de forte intensidade associada ao abdome em tábua.

Gabarito: Letra C

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: CAÇANDO O AR LIVRE

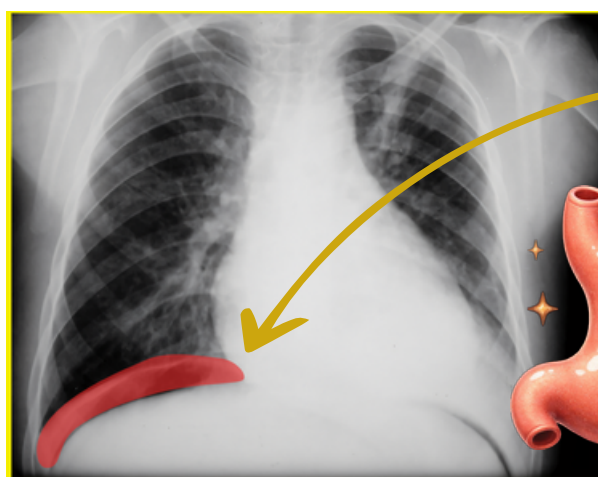
A Rotina Radiológica (Triage)

Diante da suspeita de perfuração, o objetivo da imagem é um só: identificar o **Pneumoperitônio** (ar fora da alça, solto dentro da cavidade).

1. Radiografia de Tórax e Abdome

É o exame de triagem inicial. Barato, rápido e disponível em qualquer UPA.

- **A Incidência Fundamental:** Raio-X de **Tórax em Ortostase** (em pé).
- **Por que Tórax e não Abdome?** O Raio-X de tórax pega as cúpulas diafragmáticas com muito mais definição técnica do que o de abdome.
- **O Achado:** Presença de **ar livre subdiafragmático** (abaixo da cúpula do diafragma). Aparece como uma faixa radiolúcida (preta), lembrando uma "lâmina de foice" ou meia-lua, separando o fígado do diafragma (à direita) ou o estômago do diafragma (à esquerda).



PNEUMOPERITÔNIO



SINAL DE KUDELEC
Visualização de gás entre o diafragma e o fígado.

O Paciente que NÃO fica em pé: O que fazer?

Muitas vezes o paciente está chocado, acamado ou muito debilitado para ficar em pé. Se você fizer o Raio-X com ele deitado de barriga para cima (decúbito dorsal), o ar se espalha anteriormente e o exame pode vir falsamente "normal".

A Solução: Incidência de Laurell (Decúbito Lateral Esquerdo com Raios Horizontais)

- **Técnica:** Deita-se o paciente sobre o lado esquerdo. Espera-se alguns minutos para o ar subir. O raio entra horizontalmente (paralelo ao chão).
- **Racional:** O ar livre (leve) subirá para a região lateral direita (sobre o fígado). Como o fígado tem densidade de partes moles (branco/cinza), o ar (preto) se destaca facilmente entre o fígado e a parede costal.



O PULO DO GATO

Por que não deitar sobre o lado direito? Se deitar sobre o lado direito, o ar subiria para a esquerda. Lá já existe a **bolha gástrica** (estômago). O ar livre se misturaria com o ar do estômago, confundindo o diagnóstico. **Sempre deitar sobre o lado esquerdo (fígado para cima)!**

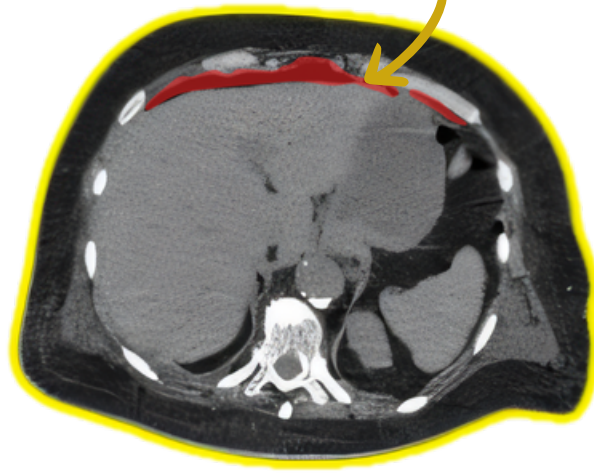
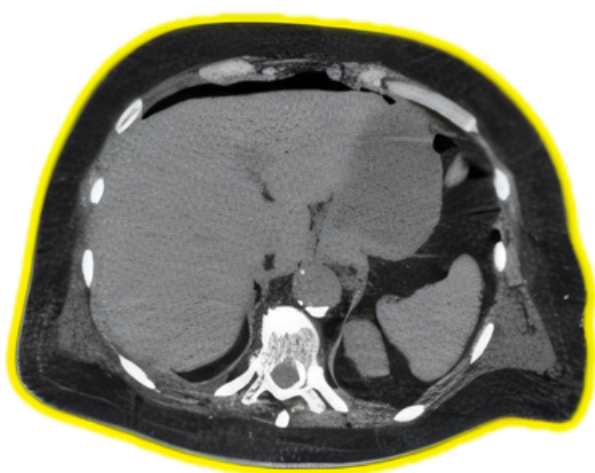
Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome

É o **Padrão-Ouro**.

- **Sensibilidade:** Detecta quantidades minúsculas de ar que o Raio-X não vê.
- **Vantagens:** Além de confirmar o pneumoperitônio, ajuda a **localizar a perfuração** (vazamento de contraste, descontinuidade da parede) e exclui outras causas (como pancreatite ou isquemia).
- **Indicação:** Dúvida diagnóstica no Raio-X ou planejamento cirúrgico em casos complexos.

TC DE ABDOME

PNEUMOPERITÔNIO



Sinais Clássicos no Raio-X de Abdome Supino (Deitado)

Se for feito apenas o Raio-X com paciente deitado (supino), o ar não vai para o diafragma. Ele fica solto na frente das alças. As bancas amam cobrar os sinais que esse ar produz ao desenhar as estruturas:

1. Sinal de Rigler (Sinal da Dupla Parede):

- **Conceito:** Normalmente, só enxergamos a parede interna da alça (interface ar-mucosa). Quando há pneumoperitônio, existe ar dentro da alça **E** ar fora da alça.
- **Visualização:** A parede intestinal fica desenhada “em relevo”, sendo possível ver sua espessura exata, contornada por branco (parede) e preto (ar) dos dois lados.



SINAL DE RIGLER

Delineamento de alças pelo ar dentro da cavidade abdominal.

2. Sinal do Ligamento Falciforme:

- O ar livre envolve o ligamento falciforme do fígado (que normalmente não vemos), tornando-o visível como uma linha vertical radiopaca no quadrante superior direito.

TRATAMENTO CIRÚRGICO: A TÉCNICA E O GRANDE DILEMA

Objetivo Primário

O tratamento padrão para a úlcera perforada é a cirurgia (seja laparotomia aberta ou videolaparoscopia). Mas antes de pegar o bisturi, alinhe seu mindset com a prova: o objetivo primário aqui é salvar a vida do paciente controlando a peritonite (fechar o vazamento e limpar a sujeira).

Não é o momento de querer fazer cirurgias complexas para curar a doença ulcerosa de base (vagotomias, gastrectomias amplas). Isso fazemos depois, com remédio (IBP + antibióticos) ou em um segundo tempo cirúrgico.

A Técnica de Escolha: Ulcerorrafia com Patch de Graham

Na grande maioria dos casos, a cirurgia é simples, elegante e rápida.

O Procedimento:

- Identifica-se o furo.
- Realiza-se a **rafia primária** da úlcera (pontos simples aproximando as bordas).

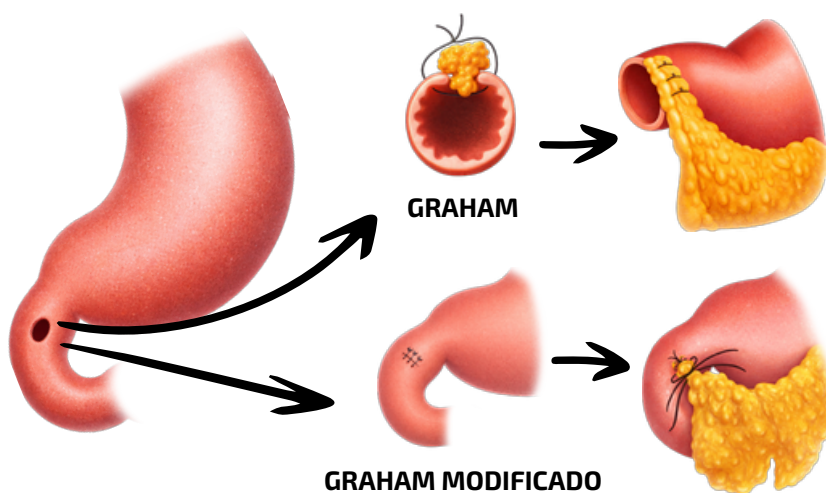


O PULO DO GATO (PATCH DE GRAHAM):

Suturar um tecido inflamado e friável é arriscado (o fio pode rasgar). Para garantir a vedação e levar irrigação sanguínea para a área isquêmica, utiliza-se uma manobra genial criada por Roscoe Graham:

- Pega-se um pedaço de **epíplon (omento maior)** vascularizado.
- Coloca-se sobre a perfuração e amarram-se os fios sobre ele.
- O epíplon funciona como uma **"rolha"** ou um "tampão biológico". Isso diminui drasticamente o risco de fístula pós-operatória.

ULCERORRAFIA + PATCH DE OMENTO À GRAHAM



Com exceção de perfurações >2cm que podem exigir gastrectomia.

A Regra de Ouro: Onde está a úlcera?

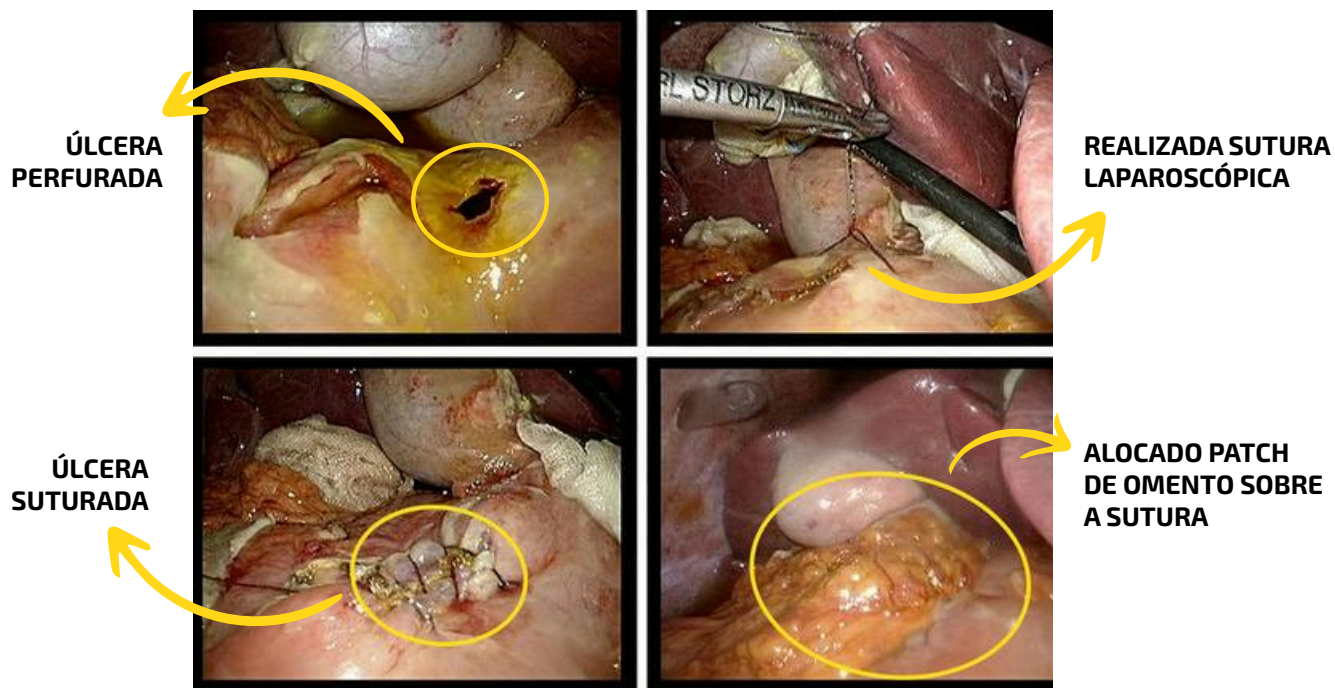
Aqui está o divisor de águas que cai na prova. A conduta intraoperatória muda radicalmente dependendo da anatomia.

1. Úlcera DUODENAL:

- **Conceito:** É virtualmente sempre **benigna**.
- **Conduta:** Apenas Rafia + Patch de Graham + Lavagem exaustiva da cavidade.
- **Biopsia? NÃO** é necessária (salvo se tiver aspecto macroscópico muito bizarro).
- **Tratamento Definitivo:** Não se faz mais vagotomia na urgência (o paciente está séptico/inflamado). Tratamos o *H. pylori* no pós-operatório com antibióticos e IBP.

2. Úlcera GÁSTRICA:

- **Conceito:** Pode ser um **Adenocarcinoma Gástrico** ulcerado perfurado. O "olho" do cirurgião não consegue diferenciar com certeza benigno de maligno.
- **Conduta:** Rafia + Patch de Graham + **BIÓPSIA SE POSSÍVEL**.



Quando fazer Gastrectomia na Urgência?

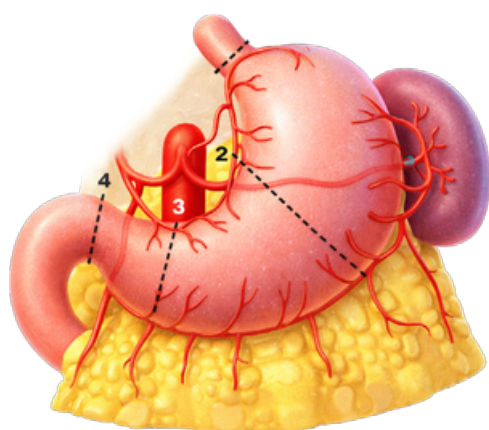
Se a biópsia é obrigatória na gástrica, por que não tirar o estômago todo de uma vez? Porque o paciente séptico não aguenta uma cirurgia de 4 horas.

A gastrectomia na urgência é reservada para:

- Úlceras **gigantes** que não fecham com rafia simples (o tecido rasga).
- Suspeita muito forte de malignidade em paciente **estável** hemodinamicamente.

Na maioria das vezes: Biopsia-se → Fecha-se → Se vier câncer no anatomopatológico, reopera-se para gastrectomia oncológica (com linfadenectomia) em um segundo momento, com o paciente nutrido e sem infecção.

FORMAS DE RECONSTRUÇÃO



1 BILLROTH 1

2 BILLROTH 2

3 Y-DE-ROUX

Questão Estratégica — Técnica Cirúrgica



QUESTÃO SES PE - 2021

Homem, 37 anos, fumante. Encaminhado da UPA, com diagnóstico provável de úlcera péptica perforada. Durante a laparotomia, identifica-se uma perfuração (2cm) na parede anterior da 1ª. porção duodenal. A conduta cirúrgica adequada inclui

- A) Biópsia das bordas da úlcera.
- B) Vagotomia troncular.
- C) Píloroplastia.
- D) Antrectomia.
- E) Síntese e retalho omental.

Comentário:

O enunciado traz um caso clássico: homem jovem, tabagista (fator de risco), com úlcera perforada. O detalhe crucial que define a resposta está na localização: **Parede anterior da 1ª porção DUODENAL**.

Por que a Letra E é a correta?

O tratamento padrão-ouro para perfuração duodenal é a cirurgia de controle de danos:

1. **Síntese (Rafia):** Fechamento simples do orifício.
2. **Retalho Omental (Patch de Graham):** Colocação de um pedaço de epíplon vascularizado sobre a sutura para garantir a vedação e levar fatores de cicatrização.
3. **Lavagem:** Limpeza da cavidade abdominal.

Por que as outras estão incorretas?

A) Biópsia das bordas: INCORRETA. Úlceras duodenais são quase invariavelmente **benignas**. A biópsia só é obrigatória em úlceras **GÁSTRICAS** (risco de câncer). Não se perde tempo biopsiando duodeno na urgência.

B, C e D (Vagotomia, Píloroplastia, Antrectomia): INCORRETAS. Estes são procedimentos de tratamento definitivo para reduzir a acidez gástrica.

Antigamente: Eram feitos na urgência para evitar recidiva.

Atualmente: Não se recomenda cirurgia definitiva (vagotomia/resseção) no cenário de peritonite purulenta devido ao risco aumentado de complicações (deiscência, infecção). O tratamento da doença ulcerosa é feito no pós-operatório com erradicação do *H. pylori* (medicamentoso), que é altamente eficaz.

Gabarito: Letra E



CONEXÃO COM O CONTEÚDO (DICA DE MEMORIZAÇÃO)

Esta questão reforça diretamente o tópico "5. Tratamento Cirúrgico" que escrevemos:

1. Regra de Localização:

- Duodeno = Benigno → Só fecha (Rafia + Patch).
- Estômago = Risco de Câncer → Fecha + **BIÓPSIA**.

2. Mudança de Paradigma:

- Na urgência, "menos é mais". Salve a vida (feche o furo e lave). Trate a acidez depois com remédio (H. pylori).

TRATAMENTO CONSERVADOR

Quando NÃO operar? (Os Critérios de Ouro)

Embora a cirurgia seja o padrão absoluto, existe um cenário de exceção onde não operar é a melhor escolha. Nas provas, a banca colocará um cenário muito específico para testar se você tem a frieza de indicar o tratamento clínico.

! Atenção na prova: O tratamento conservador **NÃO** é para quem você quer, é para quem **pode**. O paciente deve preencher **TODOS** os seguintes critérios (se faltar um, é cirurgia):

1. **Estabilidade Hemodinâmica:** O paciente deve estar "corado", sem taquicardia ou hipotensão.
2. **Sinais de Peritonite Localizada:** O abdome não pode estar em "tábua" difusamente. A dor deve ser restrita ao andar superior (epigástrio/hipocôndrio).
3. **Perfuração Bloqueada:** O próprio organismo (geralmente o epíplon ou o lobo hepático) tamponou o furo naturalmente.
4. **Prova Documental:** Um exame contrastado mostra que **não há vazamento** de contraste para a cavidade. **Detalhe Técnico:** Use contraste hidrossolúvel (**Gastrografin**). **Jamais use Bário**, pois se vazar, causa peritonite química grave e aderências (granulomas).

O Protocolo

Se o paciente passou nos critérios acima, o tratamento consiste em manter o estômago vazio e com pH alto para permitir a cicatrização natural ("colar" a perfuração):

1. **Jejum Absoluto e Hidratação Venosa:** Repouso intestinal total até a dor sumir.
2. **Antibioticoterapia + IBP Venoso Pleno:** Combater a infecção e suprimir a acidez (pH alto favorece a agregação plaquetária e a cicatrização da mucosa).



DICA PRÁTICA

Se houver piora da dor, febre, taquicardia ou aumento da leucocitose devemos interromper o método e indicar Conversão para Cirurgia Imediata.

PÓS-OPERATÓRIO E SEGUIMENTO

Tratando a Causa (O Trabalho não acabou)

O cirurgião fechou o buraco (rafia), mas não curou a doença. A cirurgia de urgência trata a complicação, não a etiologia. Se você apenas der alta após a cirurgia sem tratar a causa base, a taxa de recidiva (nova úlcera ou nova perfuração) em 1 ano é altíssima.

O Grande Vilão: *Helicobacter pylori*

A infecção pelo *H. pylori* está presente em mais de 90% das úlceras duodenais e 70-80% das gástricas perfuradas.

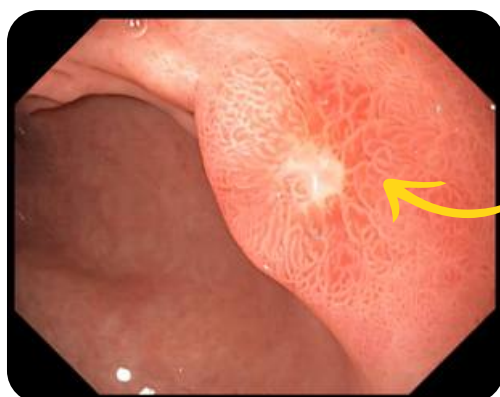
- **Conduta Obrigatória:** Todo paciente com úlcera gástrica perfurada deve ser testado e, se houver infecção por *Helicobacter pylori*, tratado para erradicação, pois isso reduz a recorrência e complicações do quadro.
- **Esquema Clássico:** Claritromicina + Amoxicilina + IBP (dose dobrada) por 14 dias.

Preciso repetir a Endoscopia?

Aqui voltamos àquela diferença crucial entre Gástrica e Duodenal.

A) Úlcera Gástrica:

- **Regra:** Necessita **OBRIGATORIAMENTE** de Endoscopia de Controle (após -8 semanas).
- **Por quê?** Para confirmar a cicatrização e repetir biópsias se a úlcera ainda estiver lá. Lembre-se: o medo constante é o **Câncer Gástrico** oculto que a biópsia intraoperatória pode ter perdido ou que o cirurgião não biopsiou (erro).



**ÚLCERA GÁSTRICA
NA ENDOSCOPIA**

B) Úlcera Duodenal:

- **Regra:** Se o paciente estiver assintomático após o tratamento do H. pylori, **NÃO** é estritamente necessário repetir a endoscopia.
- **Por quê?** O risco de malignidade no duodeno é muito baixo.

Revisão Final

O Abdome Agudo Perfurativo é a síndrome da "catástrofe súbita". O raciocínio clínico deve ser cronológico: o paciente chega com uma dor lancinante ("facada") que generaliza rapidamente. O médico deve estar atento às três fases evolutivas: a fase inicial de peritonite química (dor intensa e abdome em tábua), seguida por um período traiçoeiro de "calmaria" (diluição do ácido pelo exsudato), culminando na peritonite bacteriana séptica.

O diagnóstico é eminentemente clínico-radiológico. O exame físico brilha com o **Sinal de Jobert** (timpanismo na área hepática) e a rigidez involuntária. A confirmação busca o pneumoperitônio: comece com o Raio-X de Tórax em ortostase. Se o paciente não puder ficar em pé, jamais faça o exame em decúbito dorsal (o ar esconde-se anteriormente); solicite a incidência de **Laurell** (Decúbito Lateral Esquerdo com raios horizontais) para ver o ar sobre o fígado. A TC fica reservada para dúvidas ou planejamento.

No tratamento, a cirurgia é a regra. A técnica de escolha é a **Ulcerorrafia com Patch de Graham** (tampão de epíplon). O ponto crucial que define a competência do cirurgião é a decisão oncológica: úlceras duodenais são benignas e só precisam ser fechadas; úlceras gástricas exigem **biópsia obrigatória** pelo risco de câncer oculto. O tratamento conservador é uma exceção restrita a pacientes estáveis com perfuração bloqueada comprovada. No pós-operatório, tratar o H. pylori é mandatório para evitar que o paciente volte a perfurar no futuro.

Resumo em 1 minuto

- **Conceito:** Perfuração de víscera oca → Pneumoperitônio + Peritonite.
- **Principal Causa:** Úlcera Péptica (Duodenal > Gástrica). Fatores: H. pylori e AINEs.
- **Quadro Clínico:** Dor súbita em facada + Posição imóvel + Abdome em Tábua.
- **Sinais Eponímicos:**
 - **Jobert:** Timpanismo na percussão hepática (Ar livre).
 - **Rigler:** Visualização da parede da alça (Ar dentro e fora) no RX.
- **Diagnóstico de Imagem:**
 - Padrão: Raio-X de Tórax em Ortostase (Ar subdiafragmático).
 - **Alternativa:** Decúbito Lateral Esquerdo com raios horizontais (Laurell).
- **Tratamento Cirúrgico:**
 - **Técnica:** Rafia + Patch de Graham (epíplon).

- **Regra de Ouro:** Úlcera **Gástrica** = BIÓPSIA SE POSSÍVEL. Úlcera **Duodenal** = Não precisa.
- **Tratamento Conservador (Taylor):**
 - Apenas se: Estável + Bloqueado + Sem vazamento.
 - Conduta: SNG + Jejum + ATB.
- **Seguimento:** Erradicar H. pylori.

PRESCRIÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: ÚLCERA PERFURADA

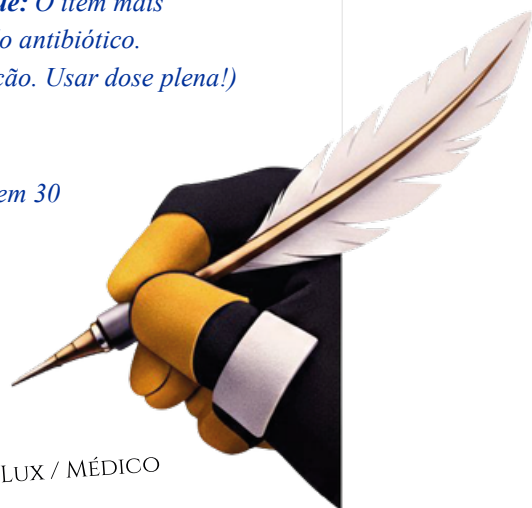
PRESCRIÇÃO



Cenário: Paciente adulto, 70kg, Pós-Op Imediato na UTI ou Enfermaria Cirúrgica

1. **Dieta Zero.**
2. **Sonda Nasogástrica (SNG) aberta**
3. **Cabeceira Elevada 30°-45°.**
4. **Ringer Lactato — 2.000 ml | EV | Correr em 24h.** ( **Nota:** Fique atento ao volume drenado pela SNG. Se a sonda drenar muito (ex: 1.500ml), você precisa aumentar a hidratação venosa para repor essa perda rica em eletrólitos).
5. **Ceftriaxona 2g | EV | 1x ao dia.**
6. **Metronidazol 500mg | EV | 8/8h.** (O esquema clássico para cobrir contaminação por conteúdo gastrointestinal).
7. **Omeprazol 40mg | EV | 12/12h.** ( **Destaque:** O item mais importante para o sucesso da cirurgia depois do antibiótico. **Por quê?** O ácido clorídrico corrói a cicatrização. Usar dose plena!)
8. **Dipirona 1g | EV | 6/6h.**
9. **Tramadol 100mg | EV | 8/8h.** (Correr lento em 30 min para evitar náuseas).
10. **Ondansetrona 8mg | EV | 8/8h**
Se Náuseas.
11. **Enoxaparina 40mg | SC | 1x ao dia.**
(Iniciar 12-24h após término da cirurgia se hemostasia adequada).

 DR. LUX / MÉDICO



Agora que você viveu a metodologia *MED-Review*...

...imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

O Extensive *MED-REVIEW* está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

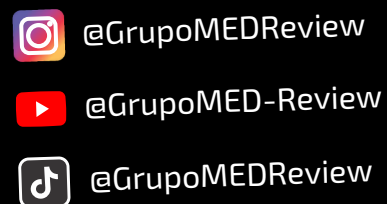
No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a *MED-REVIEW* aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



MED-REVIEW

