

Relato de Caso

# Úlcera Duodenal Complicada por Hemorragia Maciça do Trato Gastrointestinal Superior: Relato de Caso

Emanuel da Cruz <sup>1\*</sup>, Indira Eugénia Eduardo <sup>1</sup>, Francisco Panzo <sup>1</sup>, André Domingos Fuacatino <sup>1</sup>, Stephany Lukeni e Silva <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cuidados Intensivos, Clínica Multiperfil, Luanda, Angola.

\* Correspondência: dacruzemanuel640@gmail.com.

**Resumo:** Este relato de caso tem como objetivo apresentar uma manifestação grave de úlcera duodenal complicada por hemorragia maciça do trato gastrointestinal superior e níveis criticamente baixos de hemoglobina, destacando a importância do reconhecimento precoce, da intervenção imediata e de uma abordagem multidisciplinar no manejo de pacientes sob risco iminente de instabilidade hemodinâmica. Um paciente do sexo masculino, de 64 anos, com histórico recente de cirurgia ortopédica e laparotomia exploratória, foi admitido no departamento de emergência em coma, apresentando sinais de instabilidade hemodinâmica, anemia grave (hemoglobina de 2,8 g/dL), acidose metabólica, níveis elevados de lactato e quadro clínico compatível com choque séptico decorrente de infecção de ferida cirúrgica. O paciente foi intubado, recebeu reposição volêmica e transfusão de hemocomponentes, sendo admitido na unidade de terapia intensiva (UTI). Endoscopia digestiva alta de urgência revelou úlcera duodenal com sangramento ativo, classificada como Forrest IB, com presença de abundantes coágulos. Apesar do tratamento endoscópico com injeção de adrenalina, a instabilidade hemodinâmica persistiu, sendo necessária intervenção cirúrgica. Laparotomia exploratória confirmou úlcera hemorrágica de 30 mm, tratada com duodenorrafia e omentoplastia. O paciente apresentou melhora clínica no pós-operatório e foi transferido da UTI para a enfermaria cirúrgica. Este caso reforça a importância do diagnóstico rápido e da intervenção oportuna em pacientes com hemorragia digestiva alta grave por úlcera duodenal.

**Palavras-chave:** Úlcera duodenal; Hemorragia; Transfusão.

**Citação:** Cruz E, Eduardo IE, Panzo F, Fuacatino AD, Lukeni e Silva S. Úlcera Duodenal Complicada por Hemorragia Maciça do Trato Gastrointestinal Superior: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr87.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr87>

Recebido: 20 Abril 2025

Aceito: 17 Maio 2025

Publicado: 20 Maio 2025



**Copyright:** This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

## 1. Introdução

A úlcera duodenal é uma forma de úlcera péptica que ocorre na primeira porção do intestino delgado. Resulta da erosão da mucosa duodenal devido à ação do ácido gástrico e da pepsina. As principais causas incluem a infecção por *Helicobacter pylori* e o uso prolongado de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). A úlcera duodenal é uma das principais causas de hemorragia digestiva alta e, em casos graves, pode levar a perdas sanguíneas significativas e instabilidade hemodinâmica [1]. A incidência de hemorragia digestiva alta é estimada entre 100 a 150 casos por 100.000 habitantes ao ano, sendo que as úlceras pépticas são responsáveis por aproximadamente 50% desses casos [1]. Clinicamente, os pacientes com hemorragia digestiva alta podem apresentar hematêmese, melena e, em alguns casos, hematoquezia. Outros sintomas incluem tontura, síncope e sinais de choque hipovolêmico nos casos mais severos [1, 2].

O diagnóstico inicial baseia-se na avaliação clínica e hemodinâmica, complementada por exames laboratoriais, como dosagem de hemoglobina e hematócrito. A endoscopia digestiva alta é o método diagnóstico de escolha, permitindo a identificação da fonte do sangramento e a realização de terapias hemostáticas endoscópicas. O tratamento da

hemorragia digestiva alta causada por úlcera duodenal inclui estabilização hemodinâmica com reposição volêmica e transfusão sanguínea, administração de inibidores da bomba de prótons e erradicação do *H. pylori*, quando presente. Em casos refratários ou com sangramentos recorrentes, pode ser necessária intervenção cirúrgica [3, 4].

O prognóstico depende da gravidade do sangramento, da resposta ao tratamento e das comorbidades do paciente. A mortalidade associada à hemorragia digestiva alta varia de 2% a 14%, sendo maior em pacientes idosos ou na presença de instabilidade hemodinâmica persistente [1]. Este relato de caso tem como objetivo apresentar uma manifestação grave de úlcera duodenal, com hemorragia digestiva alta maciça e níveis criticamente baixos de hemoglobina, enfatizando a importância do reconhecimento precoce, da intervenção imediata e de uma abordagem multidisciplinar no manejo de pacientes sob risco iminente de instabilidade hemodinâmica.

## 2. Relato de Caso

Um paciente do sexo masculino, de 64 anos, apresentou-se com histórico de cirurgia ortopédica realizada aproximadamente um mês antes, consistindo em redução aberta e fixação interna da perna direita com colocação de fixador externo devido a fraturas de tíbia e fíbula, além de laparotomia exploradora por hemoperitônio. Relatou também uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) por automedicação.

Os sintomas tiveram início 24 horas antes da admissão hospitalar e foram caracterizados por rebaixamento do nível de consciência e palidez cutaneomucosa acentuada. Segundo familiares, o paciente havia evacuado fezes escurecidas diversas vezes, quadro inicialmente subvalorizado. Devido à deterioração clínica persistente, foi levado ao serviço de emergência por seus familiares. No exame físico, encontrava-se comatoso, com escore de 6 na Escala de Coma de Glasgow. As pupilas eram isocóricas e reagentes à luz, sem sinais de déficit neurológico focal. Apresentava bradipneia e hipoxemia em ar ambiente ( $SpO_2$  de 60%), com taquicardia sinusal, hipotensão arterial (PA: 80/46 mmHg; PAM: 57 mmHg), frequência cardíaca de 130 bpm, tempo de enchimento capilar >3 segundos, mucosas e pele secas e pálidas, além de hipotermia (temperatura corporal: 34°C). A ferida cirúrgica na região supra- e infraumbilical em linha média encontrava-se em fase de cicatrização, seca, com bordas bem aproximadas e sem secreção. O membro inferior direito apresentava fixador externo, edema local e saída de secreção purulenta com odor fétido pelos orifícios dos pinos.

A avaliação laboratorial revelou anemia grave, com hemoglobina de 2,8 g/dL e hematócrito de 7,7%. Havia leucocitose, com contagem total de leucócitos de 86.030/mm<sup>3</sup>, acompanhada por distribuição equilibrada de neutrófilos e linfócitos (49,3% cada). A contagem de plaquetas estava elevada em 479.000/mm<sup>3</sup>. A gasometria arterial indicava acidose metabólica significativa, com pH de 7,12, bicarbonato ( $HCO_3^-$ ) de 7,6 mmol/L,  $CO_2$  total reduzido (7,0 mmol/L) e excesso de base de -22,9. Observou-se alcalose respiratória compensatória, com  $pCO_2$  de 19,3 mmHg. Apesar do distúrbio ácido-básico, a oxigenação estava preservada ( $pO_2$ : 101,0 mmHg; saturação de  $O_2$ : 96%). Os níveis de lactato estavam marcadamente elevados em 11,7 mmol/L, sugerindo hipoperfusão tecidual e possível choque séptico. Cultura microbiológica da secreção da ferida da perna isolou *Acinetobacter* spp., sensível a meropeném e amicacina.

Na emergência, a hipótese diagnóstica inicial foi de choque de etiologia indeterminada. Realizou-se intubação orotraqueal com sequência rápida, seguida de reposição volêmica e transfusão em proporção 1:1 de concentrado de hemácias e plasma fresco congelado. Iniciou-se antibioticoterapia empírica com vancomicina, piperacilina e tazobactam após coleta de materiais para cultura. Exames complementares laboratoriais e clínicos confirmaram o diagnóstico de choque misto (hemorrágico e séptico) com disfunção orgânica múltipla.

O paciente foi transferido para a unidade de terapia intensiva (UTI), permanecendo intubado, sob ventilação mecânica e analgossedação contínua com cetamina e propofol.

A instabilidade hemodinâmica persistiu, exigindo uso de vasopressor (norepinefrina a 0,23 mcg/kg/min) e novas transfusões de hemoderivados. Doze horas após a admissão na UTI, realizou-se endoscopia digestiva alta de urgência, que evidenciou bulbo duodenal distensível, porém deformado, com úlcera profunda apresentando sangramento ativo do tipo exsudativo (Forrest IB). A lesão era bem delimitada, de superfície lisa, com grande quantidade de coágulos aderidos, ultrapassando a curvatura duodenal e medindo aproximadamente 30 mm. Foi realizado tratamento endoscópico com injeção de adrenalina (Figura 1).

**Figura 1.** Bulbo duodenal distensível e deformado, com úlcera profunda do tipo exsudativo, classificada como Forrest IB, bem delimitada, de superfície lisa, com grande quantidade de coágulos aderidos, ultrapassando a curvatura duodenal, medindo aproximadamente 30 mm.

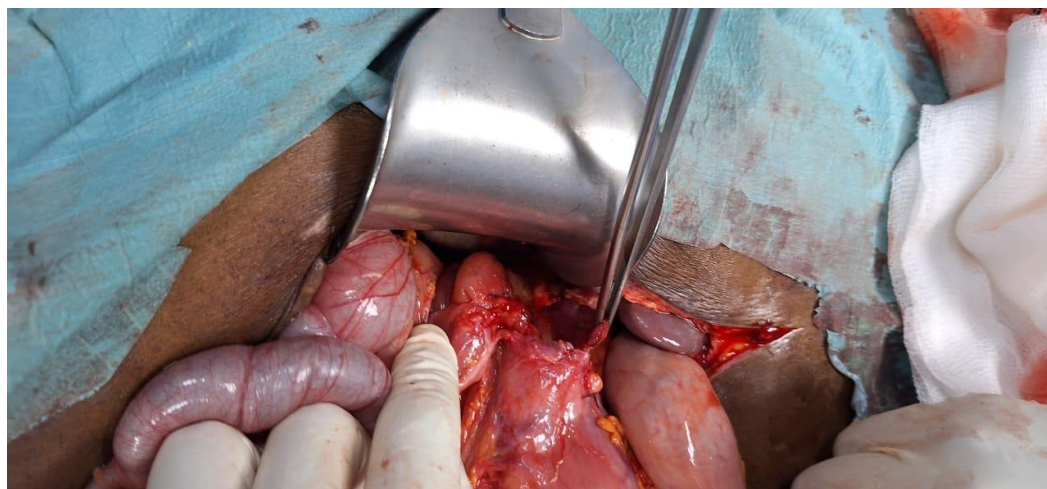


Durante a evolução clínica, o paciente apresentou agravamento da instabilidade hemodinâmica devido à queda significativa dos níveis de hemoglobina, apesar da transfusão de hemocomponentes. A cultura da secreção purulenta do membro inferior direito revelou crescimento de *Acinetobacter* spp., sensível a meropeném e ampicilina. A antibioticoterapia foi, então, ajustada de acordo com o perfil de sensibilidade, com início do meropeném. Após discussão com a equipe cirúrgica, o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi realizada laparotomia exploradora, com os seguintes achados relevantes: úlcera duodenal bem delimitada, com sangramento tipo exsudativo, presença de grande quantidade de coágulos, medindo 30 mm, além de melena no interior da luz intestinal. Procedeu-se à duodenorrafia associada à omentoplastia, sem intercorrências (Figura 2).

O paciente apresentou evolução clínica favorável após a intervenção cirúrgica, com estabilização hemodinâmica progressiva e resolução do quadro agudo. O pós-operatório transcorreu sem complicações. Permaneceu sob monitorização rigorosa das equipes de terapia intensiva e cirurgia, que conduziram o processo de reabilitação e vigilância para possíveis complicações. Houve melhora da infecção de partes moles após o ajuste do

esquema antimicrobiano. O paciente manteve-se clinicamente estável, sem déficits significativos, sendo posteriormente transferido para a enfermaria cirúrgica.

**Figura 2.** Úlcera duodenal bem delimitada, com grande quantidade de coágulo aderido, medindo 30 mm.



### 3. Discussão e Conclusão

Este caso descreve um paciente do sexo masculino, de 64 anos, com histórico de politrauma tratado com cirurgia ortopédica e laparotomia exploradora recente, que desenvolveu hemorragia digestiva alta maciça (HDA) secundária a uma úlcera duodenal profunda, classificada como Forrest IB, associada à instabilidade hemodinâmica grave, disfunção orgânica múltipla e choque misto (séptico e hemorrágico). A etiologia da úlcera, nesse contexto, é multifatorial. O paciente apresentava fatores de risco importantes, como uso recente de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) em domicílio e condições de estresse fisiológico após procedimentos cirúrgicos de grande porte.

Do ponto de vista clínico, o quadro foi grave, compatível com sangramento gastrointestinal de alto volume, evidenciado por melena, hipotensão, rebaixamento do nível de consciência, bradipneia, choque e níveis criticamente baixos de hemoglobina (2,8 g/dL). Esses achados foram acompanhados por acidose metabólica severa (pH 7,12), elevação marcante do lactato (11,7 mmol/L) e sinais de hipoperfusão tecidual, compatíveis com choque profundo e falência orgânica múltipla.

A presença concomitante de infecção de partes moles no membro inferior direito (fixador externo com secreção purulenta e odor fétido) e leucitose acentuada sugere que o choque séptico estava associado a um foco infeccioso ortopédico, potencialmente agravando a instabilidade hemodinâmica e contribuindo para a falência multissistêmica. A endoscopia digestiva alta de urgência, realizada após estabilização inicial na unidade de terapia intensiva (UTI), confirmou a presença de úlcera duodenal sangrante (classificação Forrest IB), tratada inicialmente com injeção de epinefrina. A falha da terapêutica endoscópica foi evidenciada pela persistência da instabilidade hemodinâmica e queda progressiva dos níveis de hemoglobina, o que indicou a necessidade de abordagem cirúrgica. A laparotomia revelou uma úlcera duodenal de 30 mm com sangramento ativo, tratada com duodenorrafia e omentoplastia. A evolução clínica subsequente foi favorável, com estabilização hemodinâmica, resolução da disfunção orgânica e melhora da infecção de partes moles após o ajuste da antibioticoterapia empírica (vancomicina, piperacilina e tazobactam).

Diversas estratégias poderiam ter minimizado o risco de complicações hemorrágicas neste paciente: monitoramento mais rigoroso de sinais de sangramento oculto (como melena precoce e queda gradual da hemoglobina); avaliação precoce do risco de

sangramento gastrointestinal, especialmente em pacientes com múltiplos fatores predisponentes (uso de AINEs, trauma, cirurgia abdominal, ventilação mecânica); e educação do paciente e de seus cuidadores sobre os riscos do uso indiscriminado de AINEs no domicílio após cirurgias de grande porte.

A literatura indica que as úlceras pépticas complicadas são responsáveis por até 50% dos casos de hemorragia digestiva alta, sendo o uso de AINEs um dos principais fatores precipitantes, sobretudo em pacientes idosos e hospitalizados. Além disso, a falha da terapêutica endoscópica inicial ocorre em até 20% dos casos, sendo a intervenção cirúrgica indicada nos quadros de sangramento recorrente ou refratário, como ilustrado neste relato. A presença concomitante de choque séptico agrava ainda mais o prognóstico, sendo o sucesso terapêutico dependente do reconhecimento precoce, intervenção oportuna e manejo crítico coordenado por equipe multidisciplinar, conforme demonstrado neste caso [5].

**Financiamento:** Nenhum.

**Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa:** Declaramos que o paciente aprovou o estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido e que o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

**Agradecimentos:** Nenhum.

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referência

1. Belem F, Grilo J, Coutinho J, Filipe R, Rocha E. Um caso desafiante de Leptospirose. *Case Rep Soc Port Med Interna*. 2023 Apr-Jun;1(2).
2. Ket SN, Sparrow RL, McQuilten ZK, Gibson PR, Brown GJ, Wood EM. Critical peptic ulcer bleeding requiring massive blood transfusion: outcomes of 270 cases. *Intern Med J*. 2021;51(12):2042–50. doi:10.1111/imj.15009.
3. Segovia Lohse HA, Segovia Lohse HR. Upper gastrointestinal bleeding. In: Coccolini F, Catena F, editors. *Manual of Emergency General Surgery*. Cham: Springer; 2023. p. 1–7. doi:10.1007/978-3-031-22599-4\_69.
4. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(3):345–60. doi:10.1038/ajg.2011.480.
5. Kurokawa T, Arikawa T, Sano T, Nonami T. Surgical Treatment: Sugiura Procedure and Hassab Operation. In: Obara K, editor. *Clinical Investigation of Portal Hypertension*. Singapore: Springer; 2019. p. 433–42. doi:10.1007/978-981-10-7425-7\_43.
6. MacLaren R, Dionne JC, Granholm A, et al. Society of Critical Care Medicine and American Society of Health-System Pharmacists Guideline for the Prevention of Stress-Related Gastrointestinal Bleeding in Critically Ill Adults. *Crit Care Med*. 2024;52(8):e421-e430. doi:10.1097/CCM.00000000000006330.