Aumento da secreção ácida:
- Infecção por H. pylori (diminuição da somatostatina)
- Gastrinoma (aumento da gastrina)
- Mastocitose, Leucemia basofílica, Policitemia Vera (aumento da histamina)

Etiologia: fatores predisponentes:
- aumento da secreção ácida
- diminuição das defesas mucosas

Diminuição das defesas mucosas:
- uso de AINE (diminuição da prostaglandinas)
- etilismo
- tabagismo

Patogênese da UPG:
- Tipo I (pequena curvatura): hipocloridria com gastrite atrófica (mais comum)
- Tipo II (corpo gástrico): hipercloridria com úlcera duodenal
- Tipo III (pré-piloro): hipercloridria
- Tipo IV (função gastroesofágica): hipocloridria
- Tipo V (qualquer local): hipercloridria

Fisiopatologia: escavação > 5mm do epitélio do trato gastrintestinal que leva a perda de integridade da mucosa

Patogênese da UPD:
- infecção da mucosa antral pela bactéria H. pylori
- inibição da produção de somatostatina pelas células D
- perda da inibição da secreção de gastrina pelas células G
- ocorrência de hipergastrinemia
- consequente hipercloridria
- aumento da secreção ácida no estômago que deságua no duodeno
- indução de metaplasia gástrica no duodeno para suportar acidez
- colonização do duodeno pela bactéria H. pylori
- provocação de duodenite seguida de úlcera

Úlcera gástrica (mais comum na faixa etária de 55-65 anos):
- sintomas dispépticos desencadeados pela alimentação

Manifestações clínicas:
- dor ou desconforto epigástrico
- azia
- náuseas
- sensação de plenitude pós-prandial

Úlcera duodenal (mais comum na faixa etária de 20-50 anos):
- dor epigástrica em queimação
- incidente 2-3hrs após as refeições e à noite, melhorando com alimentação

Refratário ao tratamento clínico de prova

Critérios? - pacientes > 55 anos - pacientes com sinais de alarme

Exames complementares: EDA

Diagnóstico: UP

Epidemiologia:
- prevalência: 10%
- predominância: homens
- tipo mais comum: úlcera duodenal

Síndrome de Wermer (NEM-1)
Distúrbio autosômico com associação de:
- Hiperparatiroidismo
- Gastrinoma
- Prolactinoma

Dosar:
- PTH
- Cálcio sérico
- Prolactina

Localização tumoral:
- USG endoscópica
- Cintilografia de somatostatina
- TC

Diagnóstico: Síndrome de Zollinger-Ellison (Gastrinoma)

Exames complementares:
1) Medida sérica da gastrina em jejum: muito elevada
2) Avaliação da secreção de ácido: pH < 3
3) Teste de estimulação de secreta: elevação rápida

S:
- úlceras em segmentos incomuns (ex: jejunais)
- úlceras refratárias ao tratamento clínico convencional
- recidiva da úlcera após cirurgia para redução de acidez
- úlceras não associadas a H. pylori ou uso de AINE
- úlceras com complicações frequentes
- úlceras múltiplas

Classificação de Sakita
- A1: Ativa com margem edemaciada
- A2: Ativa com anal eritematoso
- H1: Em cicatrização com convergência de pregas e fibrina espessa
- H2: Em cicatrização com fibrina delgada
- S1: Cicatrizada com cicatriz avermelhada
- S2: Cicatrizada com cicatriz normal

Complicações agudas:
- Sangramentos (1o complicação: 10-15% dos casos)
- Perfuração (2o complicação)
- Obstrução

Exames complementares:
- hematímese
- melena

Diagnóstico: UP sangrante:
- principalmente UPD de parede posterior

Tratamento:
- Suporte: hidratação venosa, transfusão, lavagem com CNG
- IBP venoso
- EDA após estabilização: classificação Forrest
- Tratamento endoscópico: injeção de adrenalina, termocoagulação e hemoclips

Exames complementares:
- dor abdominal duradoura
- hipotensão
- taquicardia
- irritação peritoneal
- sinal de Joubert (timpanismo no hipocôndrio direito)

Exames complementares:
- RxA ou TCA: pneumoperitônio

Diagnóstico: UP Perfurada
- principalmente UPG de parede anterior

Tratamento:
- Cirúrgico de emergência: rafia da úlcera, associada a proteção do omento e irrigação da cavidade peritoneal

Exames complementares:
- plenitude epigástrica
- saciedade precoce
- náuseas
- vômitos

Exames complementares:
- EDA

Diagnóstico: Obstrução
- principalmente UPD e UPG tipo III

Pacientes com mais de 24hr de perfuração tamponada:
- Clínico: ATB + Antisecretores + CNG + HV

Pacientes estáveis com menos de 24hr de perfuração:
- Cirúrgico definitivo: Vagotomia troncular com antrectomia ou piloroplastia

Tratamento Clínico:
- Mudanças comportamentais: evitar alimentos desencadeadores, evitar álcool e cessar tabagismo
- Antisecretores por 4-8 semanas
- Sulcrato
- Suspensão de AINE e AAS (ou, se necessário, trocar po ISCOX-2)
- Erradicação de H. pylori

Resolução - **Proceder nova EDA após 8-12 semanas para verificação do estágio da úlcera**

Fim do episódio de cuidado

Falha terapêutica: tratamento clínico não cicatriza úlcera e ocorrência de recidivas constantes, geralmente relacionados a:
- falha na erradicação da H. pylori
- uso de AINE / AAS
- baixa adesão ao tratamento com Antisecretores
- Diagnóstico diferencial: Adenocarcinoma, SZE, Úlcera de Cameron, Úlcera de Cushing, Úlcera de Curling

Reforçar medidas clínicas

Intratabilidade

Tratamento Cirúrgico
Indicação:
- Hemorragia
- Perfuração
- Obstrução
- Intratabilidade
- Recidivas constantes

Procedimentos eletivos para UPG:
- Para tipo II e III: Vagotomia com antrectomia
- Para tipo I: Antrectomia
- Para tipo IV: Gastrectomia subtotal associada à Y de Roux

Procedimentos eletivos para UPD:
1) Vagotomia troncular com piloroplastia
2) Vagotomia troncular com antrectomia e gastroduodenostomia ou gastrojejunostomia
3) Vagotomia gástrica proximal (supraseletiva)

Complicações

Em paciente pós-reconstrução à Billroth II (gastrojejunostomia):
- dor abdominal
- distensão abdominal
- vômito em jato que alivia dor

Síndrome da alça eferente:
- Acúmulo de secreção bilopancreática na alça aferente devido à torção, aderência e hérnia interna

Tratamento:
- Gastrojejunostomia em Y de Roux

Em paciente pós-piloroplastia ou antrectomia com reconstrução à Billroth II:
- dor abdominal contínua em queimação
- vômitos biliosos que não aliviam a dor

Gastropatia por refluxo biliar:
- Perda do papel de esfíncter piloro com refluxo de secreção alcalina do duodeno

Tratamento:
- Gastrojejunostomia em Y de Roux

Em paciente pós-vagotomia troncular:
- diarreia

Diarreia pós-vagotomia:
- Aumento da secreção de sais biliares para o duodeno com aumento da secreção de água (diarreia secretária)

Tratamento:
- Antidiarréico
- Colestiramina: sequestrador de sais biliares

Em paciente pós-piloroplastia ou antrectomia:
- imediato (15 a 30min após refeição): dor abdominal, náuseas, vômitos, taquicardia, palpitações, sudores, tontura
- Tardio (1 a 3 horas após refeição): hipoglicemia

Síndrome de Dumping:
- Imediato: inundação do intestino proximal de forma súbita por conteúdo hiperosmolar, que leva ao desvio do líquido plasmático para o lúmen intestinal
- Tardio: inundação do intestino proximal de forma súbita levando a hiperglicemia, que decorre em hiperinsulinemia posterior

Tratamento:
- Acarbose: inibe absorção de glicose no intestino
- Octreotida:

Profilaxia:
- Evitar carboidratos complexos
- Adotar refeições fracionadas
- Deitar por 30min após as refeições

Caso de complicação não responsivo