

ARTIGO ORIGINAL

ABDOME AGUDO PERFURATIVO NO HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA MARQUES: PERFIL DO PACIENTE CIRÚRGICO
PERFORATED ACUTE ABDOMEN AT DJALMA MARQUES MUNICIPAL HOSPITAL: SURGICAL PATIENT PROFILE

Victor Hugo Alvim Frazão¹, Bruna Laísa da Silva Martins², Lailson Oliveira de Castro³, Fabiola Nassar Sousa Frazão³, Rennan Abud Pinheiro Santos⁴, Benito Junior Santos da Costa¹, Larissa Zanona³, Orlando José dos Santos⁵.

 **ACESSO LIVRE**

Citação: Frazão VHA, Martins BLS, Castro LO, Frazão FNS, Santos RAP, Costa BJS, Zanona L, Santos OJ (2019) Abdome agudo perforativo no Hospital Municipal Djalma Marques: perfil do paciente cirúrgico. Revista de Patologia do Tocantins, 6(2): 26-30.

Instituição: ¹Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

²Médica pela Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

³Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

⁴Médico Residente em Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

⁵Professor do Departamento de Medicina II da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

Autor correspondente: Victor Hugo Alvim Frazão; victorfrazao91@yahoo.com.br

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 09 de junho de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Frazão et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Introdução: O abdome agudo perforativo é a terceira maior causa das possíveis etiologias de abdome agudo que levam à procura por assistência médica. **Objetivo:** Traçar o perfil sócio-epidemiológico dos indivíduos com abdome agudo perforativo cirúrgico de emergência no Hospital Municipal Djalma Marques (HMDM) em um período de 20 meses. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo-analítico, retrospectivo, transversal, observacional e individuado, desenvolvido a partir do banco de dados de abdome agudo cirúrgico no HMDM. A amostra continha 127 pacientes com diagnóstico de abdome agudo perforativo atendidos no período de agosto de 2014 a março de 2016. **Resultados:** A amostra foi constituída por 127 pacientes apresentando como diagnósticos mais frequentes as úlceras pépticas perforadas, seguidas por rotura apendicular e diverticular. Apesar do predomínio da alta hospitalar como o desfecho mais comum, as elevadas taxas de complicações e de letalidade apontam a necessidade da elaboração de protocolos para abordagem destes pacientes e medidas preventivas, a fim de evitar iatrogenias, diminuir o ônus e o tempo de internação, assim como a redução da morbimortalidade dessa síndrome. **Conclusão:** O protótipo do paciente cirúrgico do abdome agudo perforativo observado neste estudo é do sexo masculino, da quinta década de vida, procedente do interior do estado, acometido por úlceras gastroduodenais perforadas, com tempo de internação médio de sete dias, com alta hospitalar como desfecho predominante.

Palavras-chave: Abdome agudo perforativo; Pneumoperitônio; Úlcera péptica.

ABSTRACT

Introduction: The perforated acute abdomen is a third major cause of the possible acute abdomen etiologies that lead to the search for medical assistance. **Objective:** Trace the socio-epidemiological profile of the individuals with surgical perforated acute abdomen at the Municipal Hospital Djalma Marques (HMDM) in a period of 20 months. **Methods:** It's a descriptive-analytical, retrospective, cross-sectional, observational and individual study, developed from the database of surgical perforated acute abdomen at the HMDM. The sampling was composed by 127 patients diagnosed with perforated acute abdomen attended within the period of August 2014 to March 2016. **Results:** The sample consisted of 127 patients presenting as most frequent diagnosis perforated peptic ulcers, followed by appendicular and diverticular rupture. Despite of hospital discharge as the most common outcome, the high rates of complications and lethality indicates the need for protocols to approach this patients and preventive measures in order to avoid iatrogenics, reduce the onus and time of hospitalization as well as the reduction of this morbidity and mortality's syndrome. **Conclusion:** Perforated acute abdomen patient's prototype observed in this study was male sex, fifth decade of life, from the countryside, diagnosed with perforated peptic ulcers, the mean hospitalization time was seven days, with hospital discharge as the predominant outcome.

Keywords: Perforated acute abdomen; Pneumoperitoneum; Peptic ulcer.

INTRODUÇÃO

O Abdome Agudo Perforativo corresponde a uma síndrome dolorosa abdominal grave, com caráter de urgência, de natureza não-traumática. Tipicamente é identificado como um quadro algico intenso, de início súbito, localização difusa, que pode ou não estar associado a sinais de septicemia e/ou choque¹, ocasionado pela perfuração de vísceras ocas do trato gastrointestinal como o estômago ou intestinos. Dentre as possíveis causas de abdome agudo, destaca-se como o terceiro subtipo, perdendo apenas para os inflamatórios e obstrutivos².

Tem uma vasta etiologia, podendo ser desencadeado por complicações de doenças inflamatórias como Síndrome de Crohn, úlceras pépticas, apendicites e divertículos intestinais e/ou colônicos, pela ingestão de corpos estranhos, por neoplasias com alto grau de invasão, por causas infecciosas como salmonelose, citomegalovirose e tuberculose intestinal ou por iatrogenias como procedimentos diagnósticos e terapêuticos¹.

O mecanismo anatomopatológico do quadro perforativo mais aceito pressupõe que a partir da lesão da víscera oca de ordem ulcerativa ou inflamatória tem-se, como um dos primeiros sinais semiológicos, a formação do pneumoperitônio que é a presença de gás na cavidade abdominal^{1,2}.

A perfuração, por sua vez, desencadeia inicialmente uma peritonite regional evoluindo posteriormente para um quadro generalizado, podendo estar associado a uma peritonite química - devido ao extravasamento de secreções digestivas - e/ou uma peritonite de natureza infecciosa, por conta de multiplicação bacteriana³.

O tempo decorrido do início do quadro até a intervenção médica, os fatores intrínsecos ao indivíduo como idade, presença de outras comorbidades, estado nutricional, capacidade imunológica/ reserva orgânica ou ainda a localização da perfuração no trato gastrointestinal e a etiologia perforativa são fatores que interferem diretamente no desfecho clínico².

Nas perfurações altas, como nas ulcerações gastroduodenais - principais causas dessa síndrome - a fisiopatologia é principalmente por uma peritonite química devido ao extravasamento de secreções digestivas. Já nas perfurações baixas como na apendicite perfurada, segunda causa mais frequente, o quadro é de peritonite infecciosa desde o seu início devido à exposição de conteúdo fecal e proliferação da microbiota colônica na cavidade abdominal^{2,4,5}.

Geralmente, o quadro clínico relatado é de dor abdominal bastante intensa, do tipo lancinante ou em pontada, abrupta, de evolução rapidamente progressiva, localização imprecisa, irradiação variável, sem fator de melhora. Muitas vezes é associada a um estado de agitação psicomotora - devido ao desconforto abdominal mesmo que em repouso - inapetência e, ocasionalmente, febre, náuseas e/ou vômitos².

No exame físico, encontra-se como achados relevantes: defesa abdominal generalizada - clássico sinal de peritonite denominado 'abdome em tábua' - dor à descompressão brusca, hipersensibilidade cutânea mesmo à palpação superficial, presunção de pneumoperitônio pelo sinal de Jobert, que é o timpanismo da região de loja hepática, e íleo adinâmico^{2,5}.

A rotina laboratorial solicitada para esses pacientes segue os mesmos elementos que norteiam a avaliação do abdome agudo: hemograma, coagulograma, dosagem de eletrólitos séricos, funções renal e hepática, dosagens de lactato, amilase e lipase que servem para suspeição de um quadro inflamatório ou infeccioso que poderia aparecer na perfuração, com as perdas de secreções para o terceiro espaço⁴.

Quanto à investigação imaginológica, orienta-se como indicação primária as radiografias simples e tomografias computadorizadas de abdome. A radiografia simples costuma ser o primeiro exame solicitado, por conta da boa acurácia na visualização do sinal mais precoce da perfuração: em ortostase, radiografias de tórax podem detectar 1 mL de ar injetado na cavidade peritoneal. Cerca de 75% dos

casos suspeitos de úlcera duodenal perfurada conseguem ter confirmados a presença do pneumoperitônio e a indicação precisa de laparotomia com uma radiografia de abdome sem contraste⁵.

A TC é bastante utilizada na rotina do abdome agudo perforativo devido a sua ampla disponibilidade nos hospitais, menor necessidade de um examinador experiente, boa visualização das estruturas ocas e adjacências e auxílio na determinação mais precisa da localização da perfuração⁵.

A partir desse diagnóstico e avaliação, pode-se inferir que este quadro é uma urgência médica e deve ser tratado prontamente de maneira adequada, já que a mortalidade estimada chega até 10%⁶.

OBJETIVOS

Analisar o perfil sócio-epidemiológico dos casos de abdome agudo perforativo cirúrgico atendidos no Hospital Municipal Djalma Marques.

MÉTODOS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466/2012 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, sob o Parecer nº 1.510.301.

Caracteriza-se como do tipo descritivo-analítico, transversal, individuado, retrospectivo e observacional, realizado a partir da coleta de dados dos prontuários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Municipal de Trauma e Emergência, Djalma Marques - conhecido como "Socorrão I" - em São Luís - MA.

A amostra foi constituída por todos os 127 pacientes nos quais foram constatados o quadro de abdome agudo perforativo de terapêutica cirúrgica, no período de agosto de 2014 a março de 2016.

Como critérios de inclusão do estudo foram considerados todos os casos de cirurgias abdominais motivadas por etiologias perforativas não-traumáticas, como as úlceras pépticas, diverticulites, apendicites e neoplasias perfuradas, além dos casos de perfuração pela ingestão de corpo estranho (CE).

Foram excluídos todos os casos de abdome agudo perforativo não-cirúrgicos e as 248 perfurações de natureza traumática, como por quedas, perfurações por armas branca (PAB) e de fogo (PAF).

A análise descritiva-analítica foi feita a partir de variáveis quantitativas - como média e moda, frequências absolutas e relativas - e por variáveis qualitativas de determinadas características dos pacientes: como sexo, idade, município de procedência, verificadas numa ficha protocolo contendo além dessas informações dos pacientes, outros dados como data da admissão, tempo de internação, diagnóstico, procedimentos realizados durante ato cirúrgico, complicações e desfecho do caso.

A associação entre variáveis qualitativas foi avaliada com o uso do teste do qui-quadrado, sendo consideradas estatisticamente significantes as associações cuja hipótese de nulidade foi inferior a 5%.

Foram incluídas como complicações, afecções que não se encaixam no curso esperado do pós-operatório como sepse, peritonite, fístulas, deiscências entre outros. Os desfechos observados foram as altas hospitalares, transferências, óbitos e evasões. O tempo de internação foi contado em dias e fora estabelecido como mês de estudo, o mês de admissão hospitalar.

Todos esses dados foram compilados e analisados no software Epiinfo®, versão 7.2.2.1. O financiamento desta pesquisa foi feito exclusivamente pelos pesquisadores envolvidos. Sem, portanto, qualquer conflito de interesses que possa ser mencionado.

RESULTADOS

Dos 1.999 registros de pacientes com quadro de abdome agudo no HMDM no período do estudo, 1.624 casos – correspondentes a 81,25% – eram de abdômen agudo por outras etiologias como natureza inflamatória, obstrutiva ou hemorrágica, por exemplo, ou ainda com perfuração de vísceras maciças e/ou outros órgãos.

Além disso, foram observados também 248 casos, 12,40%, que até tiveram algum tipo de perfuração de víscera oca do trato gastrointestinal, mas incluíam-se nas desordens de cunho traumático devido a quedas, acidentes motociclístico/automobilístico, por PAF ou por PAB.

Para o presente estudo, 127 casos, 6,35%, obtiveram diagnóstico de Abdome Agudo Perforativo de vísceras ocas do TGI, de natureza não-traumática e de tratamento cirúrgico, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Do número total de casos, 71,65% foram de pacientes do sexo masculino e 27,55% do sexo feminino e um caso sem descrição do sexo. Com relação ao município de procedência do paciente, 59,1% eram de pacientes provenientes de municípios do interior do Estado, enquanto que 40,2% dos registros eram de pacientes de São Luís e um paciente de outro estado.

Quanto à idade dos pacientes, a média foi de 39,05 anos, com uma moda de 45,5 anos. Quando analisados por grupos etários, a distribuição de incidência foi bastante regular, porém maior na faixa de 41 a 50 anos, cerca de 21,4%, seguida pela faixa etária de 51-60 anos correspondente a 15,7%.

O desfecho predominante foi a Alta Hospitalar em 51,9% da amostra. Transferências configuraram 5,5%, Desfecho Desconhecido 12,6% e Evasões 0,08%. A taxa de letalidade do abdome agudo perforativo no estudo foi de 29,92%.

Dentre os diagnósticos específicos, úlceras pépticas perforadas destacaram-se como os mais prevalentes e perfizeram 61,41% de todos os casos avaliados. Outros diagnósticos registrados foram os de apendicites perforadas em 13,4% dos pacientes, diverticulite perforada em 5,51%, neoplasias em 4,72%, corpo estranho em 3,94% e outros diagnósticos, descritos apenas como abdome perforativo de ordem desconhecida, em 11,02% (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com diagnóstico perforativo

Diagnóstico	Frequência absoluta	FR (%)
Úlceras pépticas	78	61,41%
Apendicites	17	13,40%
Diverticulite	07	5,51%
Neoplasia	06	4,72%
Corpo Estranho	05	3,94%
Outros diagnósticos	14	11,02%
Total	127	100 %

Quanto aos procedimentos realizados, a gastrorrafia mostrou-se aquele com o maior número de registros, com 48,9% de frequência relativa. As apendicectomias aparecem em segundo lugar, perfazendo 18,1% dos procedimentos. As enterorráfias corresponderam a 9,5% e as gastrectomias, 4,72%. As colectomias corresponderam a 6,3%, as colorrafias figuraram em 1,6% e as colostomias, de 3,9%, representando as abordagens colônicas.

Já as enterectomias representaram 3,1% e as gastroenteroanastomoses realizadas após alguns outros procedimentos como exclusão pilórica, com percentil de 3,9% no total (Tabela 2).

Tabela 2 – Registro de procedimentos realizados durante ato cirúrgico

Procedimento	Frequência absoluta	FR (%)
Gastrorrafias	62	48,9%
Gastrectomias	06	4,7%
Enterorráfias	12	9,5%
Enterectomias	04	3,1%
Colectomias	08	6,3%
Colostomias	05	3,9%
Colorrafias	02	1,6%
Apendicectomias	23	18,1%
Gastroenteroanastomoses	05	3,9%
Total	127	100%

Foram registradas complicações em 27,6% dos casos. Do total de pacientes com registro de complicação, 5,5% necessitaram de reabordagem cirúrgica da cavidade abdominal. A complicação mais descrita foi a associação de sepsis à peritonite, presente em 40% do total de pacientes. Outras complicações como fístulas, infecção, isquemia/necrose, hemorragia não foram observadas (Tabela 3).

Tabela 3 – Complicações descritas no registro do paciente

Complicação	Frequência absoluta	FR (%)
Peritonite	2	5,72%
Deiscência	6	17,14%
Sepsis associada à peritonite	27	57,14%
Total	35	100%

DISCUSSÃO

As úlceras pépticas são apontadas como a principal etiologia de abdome agudo perforativo: com incidência mantida constante ultimamente - em torno de 7% dos casos - tem-se 7-10 pacientes acometidos em cada 100.000 hab./ano⁷.

Nos casos atendidos no HMDM pôde-se claramente observar tal tendência: as úlceras pépticas perforadas destacaram-se como as etiologias mais prevalentes, perfazendo 61,41% de todos os pacientes avaliados.

A mortalidade anual relacionada à doença ulcerosa é considerada baixa, principalmente pela revolução no tratamento clínico. Contudo, quando complicadas, como as perforadas, ou em pacientes com outras comorbidades, pode aumentar consideravelmente: já foram observadas letalidades de 8,47%⁷, considerando-se que a morbidade dessa doença é de 25% até 89%⁸. No HMDM, a letalidade demonstrou-se elevada, em cerca de 37,18% dos casos.

A úlcera duodenal costuma perfurar em 6% a 11% dos casos, enquanto que entre aqueles com úlcera gástrica, 2% a 5%⁸. Entretanto, convém destacar que independente da localização, aproximadamente 65% das cirurgias por essas perfurações apresentam-se associadas à peritonite⁹, sendo a mortalidade desse tipo de complicação de 30% a 50%, apesar da evolução dos estudos radiológicos, terapia de ressuscitação, técnica cirúrgica e antibioticoterapia¹⁰.

Já no serviço hospitalar desse estudo, houve uma discordância quanto à localização da perfuração: as gástricas tiveram maior incidência, visto que as gastrorrafias e gastrectomias, utilizadas para seu tratamento, contabilizaram um total de 53,54% de todos os procedimentos realizados.

A complicação mais observada também foi diferente da descrita pela literatura: a sepsis foi relatada em 25,64% dos casos de perfuração das doenças ulcerosas.

Quando analisadas as frequências de ulcerações perforadas quanto ao sexo e a procedência, os homens tiveram 2,85 vezes mais propensão a desenvolvê-las, representando um total de 73,1% dos

pacientes atendidos, provenientes em sua maioria do interior do estado, cerca de 61,54% dos casos.

A mortalidade da perfuração das úlceras gastroduodenais em relação ao sexo costuma ser maior no feminino, descrita em torno de 18,60% enquanto que a masculina é de 10,06%, mas sem diferença significativa, $p = 0,053^{11}$.

Justamente em concordância com a análise feita por esses estudiosos, a mortalidade das úlceras perfuradas no sexo feminino foi proporcionalmente maior: 70% dos casos, ou seja, 14 mulheres vieram a óbito, numa população feminina de 20 doentes. Entretanto, a letalidade foi predominantemente masculina, com 19,23%, 15 homens, de todos os casos de úlcera perfurada.

As faixas etárias de prevalência das perfurações de úlcera pépticas foram mais observadas no intervalo de 41-50 e 51-60 anos, correspondendo a 25,64% e 14,10% respectivamente, em consonância com a literatura: pacientes que apresentam esse tipo de complicação tem entre 40 e 60 anos de vida¹².

Em relação à escolha do procedimento cirúrgico de correção das perfurações gastroduodenais, o HMDM tem seguido o que é preconizado pelos estudos, realizando rufias gástricas e entéricas simples¹³ - cerca de 58,26% do total de procedimentos realizados para o abdome agudo perfurativo - devido a facilidade na abordagem de emergência, em detrimento de cirurgias mais radicais, como as gastrectomias e enterectomias¹⁴, em torno de 7,87%.

Mudando de foco quanto à patologia, a rotura apendicular figurou como a segunda etiologia de abdome agudo perfurativo: 13,38% dos casos.

A perfuração do apêndice ocorre frequentemente na porção distal em relação à obstrução luminal, ao longo da borda antimesentérica. Apresenta um percentil de incidência de 25,8% dos casos, sendo o atraso na abordagem apontado como principal justificativa para perfurações. Não existe ainda uma medida precisa de tempo para deflagrar quando ocorrerá rotura a partir do início do processo inflamatório¹⁵.

Na literatura, a perfuração apendicular apresenta-se com um pico bimodal: crianças menores de cinco anos de idade e pacientes maiores de 65 anos estão mais propensos à perfuração, com 45% e 51%, respectivamente¹⁵.

Entretanto, não foi essa a realidade observada no Hospital Municipal Djalma Marques: as duas faixas-etária mais prevalentes foram as de 0-10 e 11-20 anos, ambas com percentis de 35,29%. Semelhante às perfurações de úlceras, os pacientes com rotura apendicular eram, predominantemente, do sexo masculino, 82,35%, provenientes do interior do estado, 64,70%.

As complicações das apendicitides perfuradas foram observadas em 41,18% dos casos, sendo a peritonite, 23,53% dos casos, a principal, seguida pela formação de abscessos, 11,76%. O desfecho das apendicitides perfuradas foi melhor que os das perfurações por ulcerações gastrointestinais, com 88,23% de alta hospitalar e nenhum óbito observado e o procedimento realizado em 100% dos casos foi a apendicectomia.

No que concerne às perfurações por diverticulites, é importante conhecer a classificação de Hinchey para estratificar sua gravidade: Hinchey estágios 1 e 2 são perfurações contidas, geralmente causadas por uma microperfuração da diverticulite. Os estágios 3 e 4 são perfurações livres, sendo terceiro estágio definido como diverticulite associada à peritonite purulenta generalizada, enquanto que o estágio 4 é diverticulite com peritonite feculenta generalizada¹⁶.

Ocorrem em menos de 10% dos casos de diverticulite, sendo que os estágios de Hinchey correlacionam-se com a mortalidade: sendo inferior a 5% para os estágios 1-2, 13% para o estágio 3, 43% para o quarto estágio¹⁶.

Infelizmente, nos registros do SAME do HMDM, a classificação de Hinchey não foi descrita nos casos de diverticulite perfurada, sendo apenas determinada uma prevalência de 5,51% dos casos totais de abdome agudo perfurativo e com uma letalidade altíssima, observada em 57,14% dos casos.

O perfil dos pacientes com perfuração por doença diverticular foi um tanto diferente das demais etiologias de abdome agudo perfurativo: em sua maioria mulheres, 57,14%, na faixa etária de 61-70 anos, 42,85%, procedentes da capital, perfazendo um total de 71,42% dos casos e todas apresentando como desfecho o óbito.

Como tratamentos cirúrgicos dessas perfurações, teve-se as colectomias e colostomias, ambas correspondendo a 42,85% e as colorrafias, 14,28% dos casos. E de complicação observada em um único caso, sepse.

A perfuração nos cânceres infiltrantes de colón/reto é uma complicação incomum gravíssima, com incidência em torno de 2,3 a 9% dentre todos os casos de tumores colorretais, que invariavelmente evolui para intervenção cirúrgica em caráter emergencial, visto que nessas situações a morbimortalidade é consideravelmente elevada, em virtude do quadro clínico de peritonite fecal instalado¹⁷⁻¹⁹. Índices de mortalidade pós-operatória de 11% até 43% são descritos na literatura^{20, 21}.

Em conformidade com a descrição literária, no HMDM foram observados seis pacientes com esse tipo de perfuração, 4,72% do total, tendo todos os casos o pior desfecho clínico: 100% de óbitos. Majoritariamente do sexo feminino (83,33%), os casos eram igualmente procedentes do interior e da capital, 50% de cada, sendo a faixa-etária mais acometida entre 71-80 anos, 33,3%, e como complicação mais evidente, sepse com 66,6%.

E por último, as perfurações por CE fecham o panorama das etiologias de abdome agudo perfurativo observadas nesse período de 20 meses no HMDM: 3,93%, cinco casos, foram dessa natureza, sendo 80% homens, com apresentação de prevalência bimodal entre os picos de 0-10 anos e 51-60 anos, 40% cada, provenientes principalmente da capital, 60% dos casos, e todos os casos apresentando alta hospitalar. Apenas um caso teve complicação, formação de abscesso a posteriori, sendo as enterectomias com 80% dos casos, o principal procedimento realizado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil dos pacientes atendidos por conta das diversas etiologias do abdome agudo perfurativo eram predominantemente indivíduos do sexo masculino, na faixa etária entre 41-50 anos, procedentes do interior do Estado, com tempo médio de internação de sete dias e tendo por desfecho mais frequente a alta hospitalar. A principal etiologia de abdome agudo perfurativo foram as ulcerações gastroduodenais perfuradas e o principal tipo de complicação foi a sepse. As gastrorrafias simples lideraram o ranking dos procedimentos.

REFERÊNCIAS

1. Meneghelli UG. Elementos para o diagnóstico do abdome agudo. Rev. Med Ribeirão Preto 2003; 36:283-93.
2. Chaves ALK, Geniole LAI, Vinha J, Fuser M. Abdome Agudo Perfurativo. Doenças do Aparelho Digestivo UFMS [periódico online] 2013 Mar [capturado em 19 de set de 2017]. Disponível em: http://production.latec.ufms.br/new_pmm/u2a5.html
3. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. American family physician. 2007;76(7):1005-12.
4. Lyons C, Clak DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. An Fam Physician 2006;74(9):1537-44.
5. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston Tratado de Cirurgia – a base biológica da prática cirúrgica moderna. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
6. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of Acute Abdominal Pain in Adults. American Family Physicians Abril 2008;77:7.
7. Diogo Filho A, Vasconcelos FL, Rocha HLOG. Avaliação de úlceras cloridrô-pépticas gastroduodenais perfuradas em pacientes atendidos no serviço de urgência de um hospital universitário. Rev med Minas Gerais. 2003;13(4):234-9.

8. Kocer B, Surmeli S, Solak C, et al. Factors affecting mortality and morbidity in patients with peptic ulcer perforation. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22(4):565-70.
9. Coral RP, Coral RV, Menguer RK, et al. Tratamento cirúrgico da estenose pilórica. *Rev da AMRIGS - Porto Alegre,* 2010 Out-Dez;54(4):457-460.
10. Ordonez CA, Puyana J.C. Management of peritonitis in the critically patient – *Surg Clin North Am.* 2006;86:1323–49.
11. Rocha PE, Pereira Júnior EP. Avaliação dos fatores de risco de mortalidade no tratamento cirúrgico das úlceras gástricas e duodenais perfuradas [Tese de dissertação de mestrado] São Paulo (SP); Universidade Estadual de São Paulo; 2003.115 p.
12. Gonçalves MJ, Carneiro SPR. Tratamento Cirúrgico das Complicações por Úlcera Péptica. [Tese de Mestrado Integrado de Medicina] Porto (Portugal); Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2013. 59 p.
13. Lui FY, Davis KA. Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention? *Scandinavian journal of surgery : SJS : official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society.* 2010;99(2):73.
14. Bertleff MJ, Lange JF. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. *Am Surgical endoscopy* 2010;24(6):1231-9.
15. Schwartz, *Principles of Surgery*, 10th edition, New York: McGrawHill Education; 2014.
16. Hassan A, Khalil MD, Yoo J. Colorectal Emergencies: Perforated Diverticulitis (Operative and Non-operative Management). *Am J Gastrointest Surg.* 2014 April;18(4):865–868.
17. Mandava N, Kumar S, Pizza WF, April IJ. Perforated colorectal carcinomas. *Am J Surg.* 1996;172:236–8.
18. Chen HS, Sheen-Chen SM. Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: an analysis of prognosis and current trends. *Surgery.* 2000;127:370-6.
19. Tobaruela E, Camunas J, Enriquez-Navascues JM, et al. Medical factors in the morbidity and mortality associated with emergency colorectal surgery. *Rev Esp Enferm Dig.* 1997;89:13-22.
20. Lee IK, Sung NY, Lee YS, et al. The survival rate and prognostic factors in 26 perforated colorectal cancer patients. *Int J Colorectal Dis* 2006; 22(5):467-73.
21. Horiuchi A, Watanabe Y, Doi T, et al. Evaluation of prognostic factors and scoring system in colonic perforation. *World J Gastroenterol.* 2007;13(23):3228.