

Úlcera duodenal associada à esofagite exsudativa em paciente com hemorragia digestiva: Relato de caso

Duodenal Ulcer Associated with Exudative Esophagitis in a Patient with Gastrointestinal Bleeding: A Case Report

Jorge Chiwale Kussecala ^{1,a}, João Lando Kanga ^{1,a}, Joaquim Augusto Lombe Cassinda ^{1,a}, Fernando A. Quilezi ^{1,b}

¹ Faculdade de Medicina da Universidade Katavala Bwila. Catumbela, Angola.

^a Estudante de Medicina.

^b Médico Internista, Residente de Cardiologia.

Informações do artigo

Cite como: Chiwale Kussecala J, Lando Kanga J, Lombe Cassinda JA, Quilezi FA. Úlcera duodenal associada à esofagite exsudativa em paciente com hemorragia digestiva: Relato de caso. Health Care & Global Health. 2026;10(3):289-293.

DOI: 10.22258/hgh.v10i3.481

Autor correspondente

Jorge Chiwale Kussecala
Dirección: Rua do Comité, Bairro Massangara-la, Benguela, Angola.
Email: jkussecala@gmail.com
Teléfono: +244 957 000 6333

Histórico do manuscrito

Recebido: 5 de julho de 2026
Primeira decisão editorial: 13 de julho de 2026
Versão revisada recebida: 23 de agosto de 2026
Aceito: 28 de agosto de 2026
Publicado on-line: 15 de setembro de 2026

Processo de revisão por pares

Tipo de revisão: revisão editorial
Número de revisores externos: não se aplica
Rodadas de revisão: 2

Resumo

A doença ulcerosa péptica permanece uma causa importante de hemorragia digestiva alta, especialmente em pacientes com fatores de risco como consumo crônico de álcool, infecção por *Helicobacter pylori* e uso prolongado de anti-inflamatórios. O objetivo desse artigo é relatar um caso clínico de associação clínica incomum entre úlcera duodenal e esofagite exsudativa com fatores de risco múltiplos. Trata-se de um paciente masculino, 52 anos, proveniência suburbana com antecedente de dor epigástrica crônica associada ao consumo de álcool, evoluiu nos meses prévios com melena, diarreia com sangue, perda ponderal, odinofagia e vômitos enegrecidos. Admitido com dor epigástrica intensa e sinais de desnutrição e anemia grave (Hb 6,9 g/dL). A endoscopia digestiva alta evidenciou esofagite com exsudato esbranquiçado e úlcera duodenal em bulbo. Foi instituído tratamento clínico com inibidor da bomba de prótons intravenoso, antibioticoterapia empírica diante da possibilidade de infecção por *H. pylori*, sucralfato e medidas de suporte, com evolução clínica favorável e alta para seguimento ambulatorial. A úlcera duodenal continua sendo causa relevante de hemorragia digestiva alta, particularmente em pacientes com fatores de risco associados. O diagnóstico endoscópico precoce e a instituição rápida de tratamento farmacológico adequado são fundamentais para prevenir complicações graves e melhorar o prognóstico clínico.

Palavras-chave: Úlcera Péptica; Hemorragia Gastrointestinal; Endoscopia Gastrointestinal; Anemia; Angola (Fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Peptic ulcer disease remains a major cause of upper gastrointestinal haemorrhage, particularly in patients with risk factors such as chronic alcohol consumption, *Helicobacter pylori* infection and prolonged use of anti-inflammatory drugs. The aim of this article is to report a clinical case of an unusual clinical association between a duodenal ulcer and exudative oesophagitis, involving multiple risk factors. This is a 52-year-old male patient from a suburban area with a history of chronic epigastric pain associated with alcohol consumption; over the preceding months, his condition had progressed to include melena, bloody diarrhoea, weight loss, odynophagia and black vomit. He was admitted with severe epigastric pain and signs of malnutrition and severe anaemia (Hb 6.9 g/dL). Upper gastrointestinal endoscopy revealed oesophagitis with whitish exudate and a duodenal ulcer at the bulb. Clinical management was initiated with an intravenous proton pump inhibitor, empirical antibiotic therapy in view of the possibility of *H. pylori* infection, sucralfate and supportive care; the patient's clinical course was favourable and he was discharged for outpatient follow-up. Duodenal ulcer remains a significant cause of upper gastrointestinal haemorrhage, particularly in patients with associated risk factors. Early endoscopic diagnosis and the prompt initiation of appropriate drug treatment are essential for preventing serious complications and improving the clinical prognosis.

Keywords: Peptic Ulcer; Gastrointestinal Hemorrhage; Endoscopy, Gastrointestinal; Anemia; Angola (Source: MeSH, NLM).



Introdução

A doença ulcerosa péptica continua sendo uma importante causa de morbidade gastrointestinal em todo o mundo, com impacto significativo na qualidade de vida e nos sistemas de saúde. A úlcera duodenal, uma das manifestações mais frequentes dessa condição, resulta de um desequilíbrio entre fatores agressivos da mucosa gastroduodenal — como secreção ácida gástrica, infecção por *Helicobacter pylori*, uso de anti-inflamatórios não esteroidais e consumo de álcool — e os mecanismos de defesa da mucosa, incluindo secreção de muco, bicarbonato e integridade da barreira epitelial. Estima-se que a prevalência global da doença ulcerosa péptica varie entre 5% e 10% da população, sendo a infecção por *H. pylori* o principal fator etiológico associado ^{[1][2]}.

Entre as complicações mais relevantes da úlcera duodenal destacam-se a hemorragia digestiva alta, perfuração e obstrução do trato gastrointestinal. A hemorragia digestiva é particularmente importante do ponto de vista clínico, podendo manifestar-se por melena, hematêmese ou anemia ferropriva, frequentemente exigindo investigação diagnóstica imediata. Nesse contexto, a endoscopia digestiva alta representa o método diagnóstico de escolha, permitindo a identificação direta das lesões, avaliação da gravidade e, quando necessário, intervenção terapêutica endoscópica ^[3].

A esofagite exsudativa corresponde a um processo inflamatório da mucosa esofágica caracterizado pela presença de exsudato aderente, podendo ocorrer em diferentes condições clínicas, incluindo doença do refluxo gastroesofágico, infecções oportunistas ou lesões químicas da mucosa. Embora a esofagite seja relativamente comum em pacientes com refluxo gastroesofágico, a coexistência de esofagite exsudativa e úlcera duodenal é pouco descrita na literatura, representando um cenário clínico que pode refletir comprometimento inflamatório difuso do trato digestivo superior. Dessa forma, o relato de casos clínicos contribui para ampliar o conhecimento sobre essas associações e seus aspectos diagnósticos e terapêuticos ^{[4][5]}.

Este artigo tem como objetivo apresentar o caso de úlcera duodenal associada à esofagite exsudativa em um paciente com sangramento gastrointestinal.

Relato de caso

O presente caso ocorreu em um contexto hospitalar com recursos diagnósticos e terapêuticos limitados, aspecto relevante para a condução clínica e investigação etiológica do paciente. O paciente foi admitido no serviço de urgência após agravamento de sintomas gastrointestinais de longa evolução, sendo posteriormente internado para investigação diagnóstica e tratamento.

Quadro Clínico

Trata-se de um paciente do sexo masculino, 52 anos, raça negra, proveniente da comunidade do Quioxe (Angola), com antecedentes pessoais de episódios recorrentes de dor abdominal em epigástrio, com alívio parcial após uso de omeprazol, além de história de consumo crônico de álcool.

Nos meses que antecederam a admissão hospitalar, o paciente referiu episódios recorrentes de diarreia com presença de sangue e episódios frequentes de melena. Evoluiu progressivamente com odinofagia, perda ponderal significativa, além de episódios de vômitos de coloração enegrecida, em pequena quantidade, aproximadamente uma vez ao dia, durante cerca de quatro semanas. Procurou atendimento no serviço de urgência devido à dor abdominal intensa, de início insidioso, localizada predominantemente na região epigástrica, descrita como do tipo queimante ou corrosiva, com irradiação para outros quadrantes abdominais e melhora parcial após ingestão de omeprazol. Segundo relato do paciente, crises semelhantes de dor epigástrica ocorriam de forma recorrente há cerca de 10 anos, período em que surgiram os primeiros sintomas. Diante do agravamento do quadro clínico, o paciente foi encaminhado ao hospital para investigação diagnóstica e manejo adequado.

Exame Clínico

Ao exame físico geral, o paciente apresentava-se em estado geral comprometido, com aspecto caquético, fâcies de fadiga, palidez cutâneo-mucosa e mucosas conjuntivais hipocoradas. No exame físico abdominal, observou-se abdome escavado, depressível, doloroso à palpação difusa, sem visceromegalias palpáveis.

Exames Laboratoriais

Nos exames laboratoriais iniciais, o hemograma revelou anemia importante, com hemoglobina de 6,9 g/dL e hematócrito de 21%. Os índices hematimétricos mostraram VCM de 79 fL, HCM de 26,3 pg e CHCM de 33,2 g/dL. A velocidade de hemossedimentação encontrava-se elevada (47 mm/h). Na série branca, observou-se neutrofilia relativa (86,5%), sendo o único parâmetro alterado. A pesquisa de plasmódio foi negativa.

Nas provas de função hepática, observaram-se bilirrubina total de 0,60 mg/dL, bilirrubina indireta de 6,40 µmol/L, ALT de 220 U/L e AST de 214,3 U/L. A glicemia foi de 102,7 mg/dL. Nas provas de função renal evidenciaram-se valores significativamente elevados, com ureia de 256,75 mg/dL e creatinina de 6,7 mg/dL.

Endoscopia Digestiva

Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou, ao nível do esôfago, mucosa eritematosa associada à presença de abundante exsudato esbranquiçado facilmente removível à aspiração, sem evidência de varizes esofágicas (**Figura 1A**).

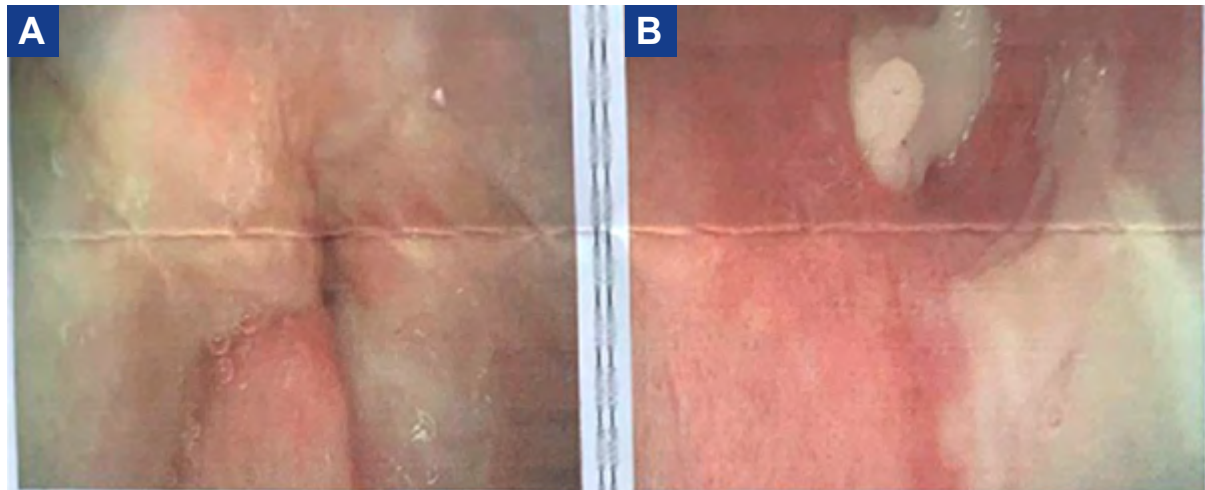


Figura 1. Abundante exsudato esbranquiçado a nível do esôfago (A). Úlcera duodenal (B).

No estômago, observou-se lago mucoso volumoso de conteúdo claro aspirável, com expansibilidade e elasticidade preservadas. À retrovisão, o hiato esofágico encontrava-se justo ao aparelho. As pregas mucosas do fundo, corpo gástrico superior, médio e distal apresentavam aspecto habitual, assim como a incisura angular. A mucosa do fundo, corpo proximal, médio, distal e antro apresentava aspecto pálido, sem lesões evidentes. O píloro encontrava-se centrado e pérvio.

No duodeno, o bulbo duodenal apresentava-se distensível, com leve eritema da mucosa. Na parede posterior, observou-se úlcera bem delimitada, medindo aproximadamente 0,8 cm, com bordos elevados, discreta convergência de pregas e fundo limpo, sem estigmas endoscópicos de sangramento recente (Forrest III), apresentando friabilidade ao contato com o aparelho (Figura 1B). A segunda porção duodenal apresentava mucosa de aspecto habitual.

Diante dos achados clínicos e endoscópicos, considerou-se a úlcera duodenal como provável fonte da hemorragia digestiva alta, sem sinais de sangramento ativo à endoscopia (Forrest III), associada à esofagite exsudativa.

Tratamento Clínico

O paciente foi internado e iniciado tratamento hospitalar com dieta zero inicialmente, monitorização de sinais vitais a cada 6 horas, controle glicêmico e acompanhamento da diurese. A anemia grave e a disfunção renal foram manejadas de forma conservadora, com monitorização clínica e hidratação intravenosa com solução fisiológica, não tendo sido realizadas transfusão de concentrado de hemácias nem terapia renal substitutiva. Não foi possível realizar investigação específica para *Helicobacter pylori*, devido à indisponibilidade de métodos diagnósticos no contexto assistencial. Considerando a presença de úlcera duodenal e a possibilidade de infecção por *H. pylori*, foi instituída empiricamente terapia antimicrobiana

com amoxicilina e metronidazol, associada a omeprazol intravenoso (40 mg a cada 8 horas) e sucralfato por via oral. Foram também realizadas hidratação com solução fisiológica intravenosa, administração de vitaminas do complexo B e vitamina C intravenosas e medicação sintomática, incluindo butilbrometo de escopolamina conforme necessidade.

Após evolução clínica favorável e melhora significativa do estado geral, o paciente recebeu alta hospitalar, orientado a manter tratamento medicamentoso e seguimento ambulatorial.

Discussão

A úlcera duodenal é uma das principais manifestações da doença ulcerosa péptica e permanece uma causa importante de morbidade gastrointestinal, particularmente em países com alta prevalência de infecção por *Helicobacter pylori* e acesso limitado a cuidados médicos precoces. A fisiopatologia da doença envolve um desequilíbrio entre fatores agressivos da mucosa gastroduodenal — como secreção ácida gástrica, infecção por *H. pylori*, álcool e uso de anti-inflamatórios não esteroidais — e mecanismos de defesa da mucosa, incluindo secreção de muco, bicarbonato e fluxo sanguíneo adequado ^{[1][2]}.

No caso descrito, o paciente apresentava história prolongada de dor epigástrica aliviada por inibidores da bomba de prótons, associada ao consumo crônico de álcool, fatores reconhecidos como contribuintes para lesões da mucosa gastrointestinal ^{[6][7]}. A presença de melena recorrente e anemia significativa sugere hemorragia digestiva alta crônica secundária à úlcera duodenal, condição frequentemente observada em pacientes com doença ulcerosa não tratada ou diagnosticada tardiamente ^[5]. Além das manifestações

gastrointestinais, o paciente apresentou anemia grave (hemoglobina de 6,9 g/dL) e disfunção renal importante (creatinina de 6,7 mg/dL e ureia de 256,75 mg/dL). A anemia foi interpretada no contexto da perda sanguínea gastrointestinal recorrente, enquanto a alteração da função renal pode ter sido agravada por depleção volêmica associada ao sangramento. Ambas as condições foram manejadas de forma conservadora, com monitorização clínica, acompanhamento da diurese e hidratação intravenosa, sem transfusão sanguínea ou terapia renal substitutiva. Na ausência de valores prévios e de exames laboratoriais de controle, não foi possível determinar o caráter agudo ou crônico da disfunção renal nem avaliar objetivamente a evolução desses parâmetros durante a internação.

A esofagite exsudativa observada na endoscopia caracteriza-se por inflamação da mucosa esofágica com presença de exsudato branco ou amarelado aderido à superfície mucosa. Essa condição pode ocorrer em diferentes contextos clínicos, incluindo doença do refluxo gastroesofágico, infecções oportunistas (particularmente por *Candida*), imunossupressão ou agressão química da mucosa esofágica [8][9]. A coexistência de esofagite exsudativa e úlcera duodenal é incomum, mas pode refletir um ambiente gastrointestinal globalmente comprometido por inflamação crônica e aumento da exposição ácida [10].

A endoscopia digestiva alta desempenha papel fundamental tanto no diagnóstico quanto na avaliação da gravidade das lesões gastrointestinais. Além de permitir a visualização direta da mucosa, o exame possibilita a identificação de sinais de sangramento ativo ou recente e a caracterização das lesões ulcerosas [11][12]. No presente caso, a endoscopia permitiu confirmar a presença de uma úlcera duodenal bem delimitada no bulbo duodenal, bem como alterações inflamatórias esofágicas compatíveis com esofagite exsudativa.

O tratamento da doença ulcerosa péptica baseia-se principalmente na supressão da secreção ácida gástrica por meio de inibidores da bomba de prótons, erradicação do *H. pylori* quando presente e eliminação de fatores de risco [3][4][5][13]. No presente caso, não foi possível realizar investigação específica para *H. pylori* devido à indisponibilidade de métodos diagnósticos no contexto assistencial, o que constituiu uma limitação na determinação etiológica da úlcera duodenal. Diante da presença da lesão ulcerosa e da possibilidade de infecção por *H. pylori*, foi instituída empiricamente terapia antimicrobiana, associada à terapia antissecretora, proteção da mucosa e suporte clínico hospitalar, com evolução clínica favorável.

Além disso, este caso reforça a relevância da investigação endoscópica em pacientes com sintomas digestivos persistentes, anemia inexplicada ou sinais de hemorragia digestiva, especialmente em contextos com recursos limitados, nos quais o diagnóstico pode ser frequentemente retardado.

Conclusão

A associação entre úlcera duodenal e esofagite exsudativa pode resultar em quadro clínico grave com manifestações digestivas e sistêmicas importantes. A endoscopia digestiva alta desempenha papel essencial no diagnóstico e na definição da conduta terapêutica. O tratamento clínico, com supressão ácida e medidas de suporte, associado à abordagem dos possíveis fatores etiológicos, pode resultar em evolução favorável, destacando a importância do reconhecimento precoce dessas condições e do manejo oportuno.

Informações Complementares

Contribuição dos autores (Taxonomia CRediT):

JCK, JLK e JALC fizeram a conceituação do estudo, investigação e metodologia. FAQ, JCK, JLK e JALC participaram na curadoria dos dados e análise formal, análise formal e redação-revisão.

Conflito de interesses

Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

Financiamento

Pesquisa não financiada.

Disponibilidade dos dados

A disposição da revista pelo autor correspondente.

Agradecimentos

Não se aplica

Declaração sobre o uso de ferramentas de inteligência artificial (IA)

Os autores declaram que a ferramenta de inteligência artificial foi utilizada na etapa de revisão da literatura e edição do estilo, com o objetivo de apoio e não substituição do julgamento científico dos autores. Todo o conteúdo foi revisado, verificado e validado pelos autores, que assumem plena responsabilidade pela exatidão, integridade e originalidade do manuscrito. Nenhum dado sensível ou confidencial foi inserido nas ferramentas de IA.

O processo editorial, incluindo a revisão por pares, foi conduzido de acordo com a política da revista sobre o uso responsável de ferramentas de IA.

Referências

1. Sung JJY, Kuipers EJ, El-Serag HB. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29(9):938-46. DOI:10.1111/j.1365-2036.2009.03960.x.
2. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut.* 2022;71(9):1724-62. DOI:10.1136/gutjnl-2022-327745.
3. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(3):345-60; quiz 361. DOI:10.1038/ajg.2011.480.
4. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol.* 2022;117(1):27-56. DOI:10.14309/ajg.0000000000001538.
5. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *Lancet.* 2017;390(10094):613-24. DOI:10.1016/S0140-6736(16)32404-7.
6. Peterson WL, Barnett C, Walsh JH. Effect of intragastric infusions of ethanol and wine on serum gastrin concentration and gastric acid secretion. *Gastroenterology.* 1986;91(6):1390-5. DOI:10.1016/0016-5085(86)90192-7.
7. Chicaybam KF. Estudo epidemiológico das internações por úlcera gástrica e duodenal no Brasil, entre 2020 e 2024. *Braz J Implantol Health Sci.* 2025;7(7):1588-1605. DOI:10.36557/2674-8169.2025v7n7p1588-1605.
8. Gopal P, Gibson JA, Lisovsky M, Nalbantoglu I. Unique causes of esophageal inflammation: a histopathologic perspective. *Ann N Y Acad Sci.* 2018;1434(1):219-26. DOI:10.1111/nyas.13732.
9. Mohamed AA, Lu XL, Mounmin FA. Diagnosis and treatment of esophageal candidiasis: current updates. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2019;2019:3585136. DOI:10.1155/2019/3585136.
10. Boyd EJS. The prevalence of esophagitis in patients with duodenal ulcer or ulcer-like dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 1996;91(8):1539-43.
11. Cotton PB, Shorvon PJ. Analysis of endoscopy and radiography in the diagnosis, follow-up and treatment of peptic ulcer disease. *Clin Gastroenterol.* 1984;13(2):383-403. DOI:10.1016/S0300-5089(21)00618-0.
12. Montenegro Sisalema RZ, Sotomayor Haro JD, Acosta Pozo MA, Silva Mena JC, Godoy Hernández JN, Mendieta Vélez EJ, et al. Diagnóstico y manejo de la enfermedad ulcerosa péptica: revisión de literatura. *Ibero-Am J Health Sci Res.* 2025;5(1):64-73. DOI:10.56183/iberojhr.v5i1.700.
13. Jorge C, Tuna C, Carlos P, Ferreira S, Gonçalves R, Louro M. Indicações terapêuticas e profiláticas de uso de inibidores da bomba de prótons e prescrição inadequada. *Med Interna.* 2022;29(1):8-12. DOI:10.24950/rspmi.2022.01.192.