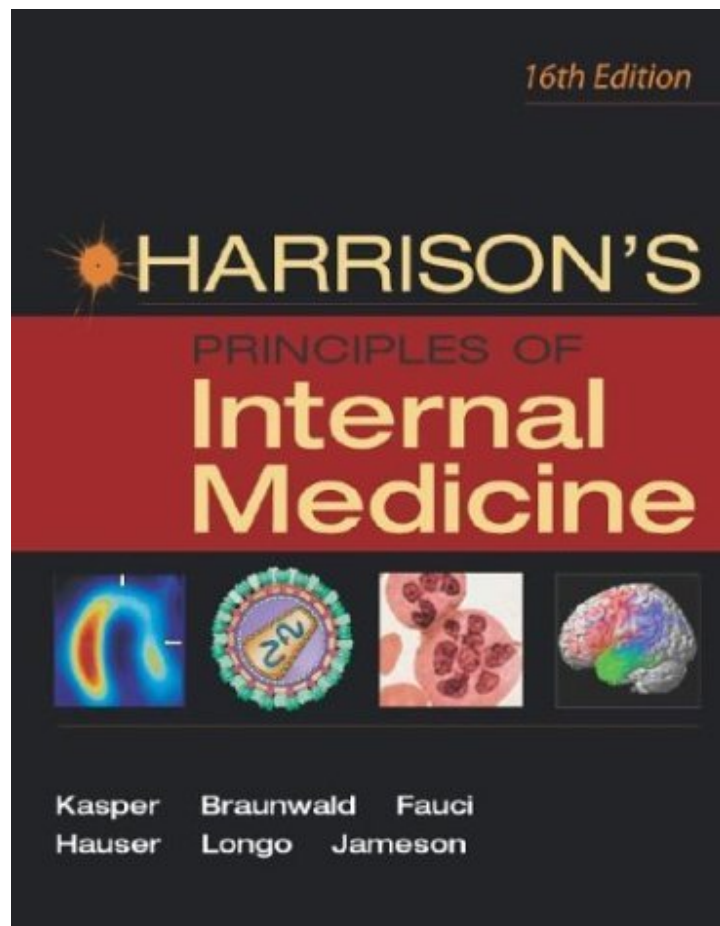


# RESUMO

Gastroenterologia – Nefrologia – Cardiologia – Pneumologia – Hematologia



Elaborado por:  
Gonçalo Oliveira Ramos

**ÍNDICE**

1. Náusea e Vômito _____	6	42. Hepatite Autoimune / Idiopática _____	32
2. Diarreia _____	6	43. Hepatite Tóxica _____	33
3. Hemorragia Digestiva _____	7	44. Doença Hepática Alcoólica _____	35
4. Ascite _____	7	45. Cirrose Alcoólica _____	35
5. Endoscopia Digestiva _____	7	46. Cirrose Pós-Hepatite e Criptogénica _____	36
6. Disfagia _____	8	47. Cirrose Biliar Primária _____	36
7. Refluxo Gastro-Esofágico _____	9	48. Cirrose Biliar Secundária _____	36
8. Esofagite _____	9	49. Cirrose Cardíaca _____	37
9. Divertículos Esofágicos _____	9	50. Complicações da Cirrose Hepática _____	37
10. Anéis e Membranas Esofágicas _____	10	51. Outras Doenças Hepáticas _____	39
11. Úlcera Péptica _____	10	52. Transplante Hepático _____	40
12. Síndrome de Zollinger-Ellison _____	13	53. Litíase Biliar _____	42
13. Gastropatia de Stress _____	14	54. Colecistite _____	43
14. Gastrite _____	14	55. Coledocolitíase _____	44
15. Doença de Ménétrier _____	15	56. Outras Alterações Vias Biliares _____	45
16. Absorção e Digestão de Nutrientes _____	15	57. Colangite Esclerosante _____	45
17. Avaliação Má-Absorção _____	16	58. Avaliação da Doença Pancreática _____	46
18. Doença Celiaca _____	16	59. Pancreatite Aguda _____	46
19. Sprue Tropical _____	17	60. Pancreatite Crónica _____	48
20. Intestino Curto _____	17	61. Outras Doenças Pancreáticas _____	48
21. Proliferação Bacteriana Intestinal _____	18	62. Cancro Esofágico _____	49
22. Doença de Whipple _____	18	63. Adenocarcinoma Gástrico _____	49
23. Enteropatia com Perda Proteica _____	18	64. Linfoma Gástrico Primário _____	50
24. Doença Inflamatória Intestinal _____	18	65. Sarcoma Gástrico (GIST) _____	50
25. Síndrome do Cólon Irritável _____	21	66. Cancro Colo-Rectal _____	50
26. Febre Mediterrânica Familiar _____	22	67. Tumores do Delgado _____	52
27. Diverticulose _____	22	68. Cancro do Anús _____	53
28. Insuficiência Vascular Mesentérica _____	23	69. Tumores Benignos Hepato-Biliares _____	53
29. Patologia Ano-Rectal _____	23	70. Tumores Malignos Hepato-Biliares _____	53
30. Oclusão Intestinal Aguda _____	24	71. Cancro do Pâncreas _____	55
31. Apendicite _____	25	72. Tumores Neuroendócrinos _____	55
32. Alcoolismo _____	25	73. Hemocromatose _____	58
33. Avaliação da Doença Hepática _____	26	1. Definições _____	59
34. Hiperbilirrubinemia _____	26	2. Balanço Hidro-Electrolítico _____	59
35. Hepatite Aguda – Aspectos Comuns _____	27	3. Diabetes Insipidus _____	61
36. Hepatite A _____	28	4. Equilíbrio Ácido-Base _____	61
37. Hepatite B _____	28	5. Acidose Metabólica _____	61
38. Hepatite D _____	30	6. Alcalose Metabólica _____	62
39. Hepatite C _____	31	7. Acidose Respiratória _____	63
40. Hepatite E _____	32	8. Alcalose Respiratória _____	63
41. Hepatite Crónica – Aspectos Comuns _____	32	9. Adaptação à Lesão Renal _____	63

10. Insuficiência Renal Aguda _____	64	27. Pericardite Crónica Constrictiva _____	115
11. Insuficiência Renal Crónica _____	65	28. Tumores do Coração _____	116
12. Terapias de Substituição Renal _____	68	29. Manifestações Cardiovasculares de Doenças Sistémicas _____	116
13. Transplante Renal _____	69	30. Lesão Cardíaca Traumática _____	117
14. Doenças Glomerulares - Geral _____	70	31. Aterosclerose _____	117
15. Síndrome Nefrítico Agudo e RPGN _____	71	32. Doença Cardíaca Isquémica _____	119
16. Síndrome Nefrótico _____	73	33. Angina Estável _____	119
17. Glomerulopatias Assintomáticas _____	76	34. Angina Instável e NSTEMI _____	120
18. Outras Glomerulopatias _____	77	35. STEMI _____	121
19. Tubulopatias _____	78	36. Intervenção Coronária Percutânea _____	124
20. Doenças Tubulointersticiais _____	81	37. Hipertensão Arterial _____	124
21. Lesão Renal Vascular _____	84	38. Aneurisma da Aorta _____	127
22. Nefrolitíase _____	86	39. Dissecção Aórtica _____	128
23. Infecções Urinárias _____	87	40. Oclusão Aórtica _____	128
24. Obstrução Trato Urinário _____	90	41. Aortite _____	129
25. Carcinoma da Bexiga _____	91	42. Doenças Vasculares Arteriais _____	129
26. Carcinoma de Células Renais _____	92	43. Doenças Vasculares Venosas _____	130
27. Carcinoma do Bacinete e Uréter _____	92	44. Linfedema _____	131
1. Dor Torácica Aguda _____	93	45. Endocardite Infecciosa _____	131
2. Síncope _____	93	46. Febre Reumática _____	134
3. Exame Físico Cardiovascular _____	94	47. Choque Hipovolémico _____	134
4. Electrocardiografia _____	95	48. Choque Cardiogénico _____	135
5. Avaliação Cardíaca _____	96	49. Edema Pulmonar _____	136
6. Bradiarritmias _____	96	50. Morte Súbita Cardíaca _____	137
7. Taquiarritmias _____	98	1. Sinais e Sintomas _____	139
8. Insuficiência Cardíaca _____	101	2. Padrões Respiratórios _____	139
9. Cor Pulmonale _____	103	3. Hipoxemia _____	140
10. Transplante Cardíaco _____	104	4. Asma _____	140
11. Cardiopatias Congénitas no Adulto _____	104	5. Pneumonite de Hipersensibilidade _____	143
12. Estenose Mítral _____	106	6. Pneumonia Eosinofílica _____	143
13. Regurgitação Mítral _____	106	7. Doenças Pulmonares Ambientais _____	144
14. Prolapso da Válvula Mítral _____	107	8. Pneumonia – Aspectos Gerais _____	145
15. Estenose Aórtica _____	107	9. Pneumonia da Comunidade _____	146
16. Regurgitação Aórtica _____	108	10. Pneumonia Nosocomial _____	148
17. Estenose Tricúspide _____	109	11. Bronquiectasias _____	148
18. Regurgitação Tricúspide _____	110	12. Fibrose Quística _____	149
19. Valvulopatia Pulmonar _____	110	13. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica _____	150
20. Próteses Valvulares _____	110	14. Doenças Pulmonares Intersticiais _____	152
21. Hipertensão Pulmonar _____	110	15. Tromboembolismo Pulmonar _____	155
22. Cardiomiopatia Dilatada _____	112	16. Derrame Pleural _____	156
23. Cardiomiopatia Hipertrófica _____	112	17. Pneumotórax _____	157
24. Cardiomiopatia Restritiva _____	113	18. Patologia do Mediastino _____	157
25. Miocardite _____	114	19. Paralisia do Diafragma _____	158
26. Pericardite Aguda _____	114	20. Patologia da Caixa Torácica _____	158

21. Alterações da Ventilação _____	158	14. Aplasia Pura da Série Eritróide _____	188
22. Apneia de Sono _____	159	15. Mielodisplasia _____	189
23. Transplante Pulmonar _____	160	16. Anemia Mieloptísica _____	189
24. Neoplasias do Pulmão _____	161	17. Doenças Mieloproliferativas _____	189
25. Antituberculosos _____	164	18. Leucemia Mielóide Aguda _____	191
26. Tuberculose _____	165	19. Leucemia Mielóide Crónica _____	193
27. Sarcoidose _____	169	20. Neoplasias Linfóides _____	194
28. Insuficiência Respiratória _____	171	21. Mieloma Múltiplo _____	200
29. ARDS _____	171	22. Macroglobulinemia de Waldenström _____	202
30. Ventilação Mecânica _____	172	23. Síndrome POEMS _____	203
1. Anemia _____	174	24. Doenças das Cadeias Pesadas _____	203
2. Policitemia _____	175	25. Transfusão _____	203
3. Hemorragia e Trombose _____	175	26. Transplante Células Hematopoiéticas _____	205
4. Linfadenopatia _____	176	27. Disfunção Plaquetária _____	206
5. Esplenomegalia _____	176	28. Púrpuras Vasculares _____	209
6. Neutrófilos _____	177	29. Discrasias Hemorrágicas _____	210
7. Monócitos _____	178	30. Discrasias Trombóticas _____	213
8. Eosinófilos _____	179	31. Antiplaquetários _____	214
9. Anemias Hipoproliferativas _____	179	32. Anticoagulantes _____	214
10. Hemoglobinopatias _____	180	33. Fibrinolíticos _____	216
11. Anemias Megaloblásticas _____	183	1. Imunossupressores _____	217
12. Anemias Hemolíticas _____	185	2. Siglas e Acrónimos _____	218
13. Anemia Aplástica _____	188		

## NOTA PRÉVIA

Este resumo foi elaborado em preparação para o temível Exame de Acesso à Especialidade de Dezembro de 2005, tendo sido exclusivamente baseado no livro de texto recomendado, o abominável *Harrison's Principles of Internal Medicine* (ou “Dirty Harry” para os amigos), 16ª edição. Dele constam os cinco temas abordados no exame, nomeadamente:

- **Gastrenterologia** (Capítulos: 33 a 39; 77 a 79; 271-294; 329; 336)
- **Nefrologia** (Capítulos: 40 a 42; 259-270; 80)
- **Cardiologia** (Capítulos: 12; 20 [síncope]; 29 [edema pulmonar]; 32; 208 a 232; 109; 302; 253; 255-256)
- **Pneumologia** (Capítulos: 29 a 31; 233-248; 75; 149 e 150; 309; 250-252)
- **Hematologia** (Capítulos: 52-55; 90-103)

Resolvi partilhar estes apontamentos na esperança que eles sejam úteis na vossa preparação para o exame, mas tenham em atenção que:

- apesar de ter tentado focar os conteúdos fundamentais de cada capítulo, foram excluídos aqueles aspectos que considereei supérfluos (o que não significa que o júri da prova concorde comigo!) e outros que, sendo importantes, considereei desnecessários por já estarem suficientemente interiorizados (sobretudo alguns aspectos clínicos);
- embora tenha geralmente seguido a ordem do livro, por vezes alterei-a um pouco de modo a facilitar o estudo de algumas matérias (p. ex. Hepatites Virais);
- a redacção e organização deste resumo reflectem a intenção inicial de ser apenas para meu uso pessoal e, como tal, este pode ocasionalmente ser de difícil leitura e compreensão dada forma esquemática e por vezes telegráfica em que foi redigido.

Saliento ainda que estas páginas pretendem ser um complemento ao Harrison's e não um substituto, pelo que não recomendo (de todo!) o estudo apenas por este suporte. A sua maior utilidade, na minha opinião, é como auxiliar na sistematização de alguns conceitos (vulgo “empinar listas”) e, sobretudo, para uma efectuar revisão rápida da matéria que foi ficando para trás (por exemplo, após a leitura de um dos 5 temas pelo Harry, e antes de avançar para o próximo, sugiro “perder” uma semana a ler estes resumos).

Resta-me apenas desejar um bom estudo, recomendar calma e organização para não sentirem (muita) vontade de dar um tiro nos miolos e, acima de tudo... **BOA SORTE!!!**



# GASTROENTEROLOGIA

## 1. NÁUSEA E VÔMITO

	Fármaco	Indicações
Anti-eméticos	Anti-histamínico (dimenidrinato)	Enjoo movimento, patologia ouvido interno
	Anti-colinérgico (escopolamina)	Enjoo movimento, patologia ouvido interno
	Anti-dopaminérgico D <sub>2</sub> (proclorperazina)	Emese por fármacos, toxinas, metabólica
	Antagonista 5-HT <sub>3</sub> (ondaserton)	Emese pós-cirurgia e por QT/RT
	Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina)	Náusea funcional (diabetes e náusea não explicada)
Pró-cinéticos	Agonista 5-HT <sub>4</sub> (cisapride)	Gastroparésia, dispepsia funcional, RGE, pseudo-obstrução
	Agonista 5-HT <sub>4</sub> e Anti-dopaminérgico (metoclopramida)	Gastroparésia, dispepsia funcional
	Agonista motilina (eritromicina)	Gastroparésia, pseudo-obstrução intestinal (?)
	Anti-dopaminérgico periférico (domperidona)	Gastroparésia, dispepsia funcional
	Análogo da somatostatina (octreotido)	Pseudo-obstrução intestinal
Outros	Benzodiazepinas (lorazepam)	Náusea antecipatória e emese por QT
	Corticóides / Canabíoides	Emese induzida por QT

## 2. DIARREIA

(Implica peso fecal superior a 200g/d)

**2.1. Aguda:** <2 semanas; >90% infecciosa.

2.1.1. Toxinas: aquosa, abundante, vômitos (toxina pré-formada: *C. perfringens*, *S. aureus*; enterotoxina: *V. cholerae*, *E. coli* enterotoxigenica).

2.1.2. Enteroaderentes: aquosa, abundante (*E. coli* enteroaderente e enteropatogénica, *Giardia*, parasitas).

2.1.3. Citotoxinas: dor, febre (*C. difficile*, *E. coli* hemorrágica).

2.1.4. Invasivos: dor, febre (Rotavírus | *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia* | *Shigella*, *E. coli* enteroinvasiva).

**2.2. Persistente:** 2 a 4 semanas.

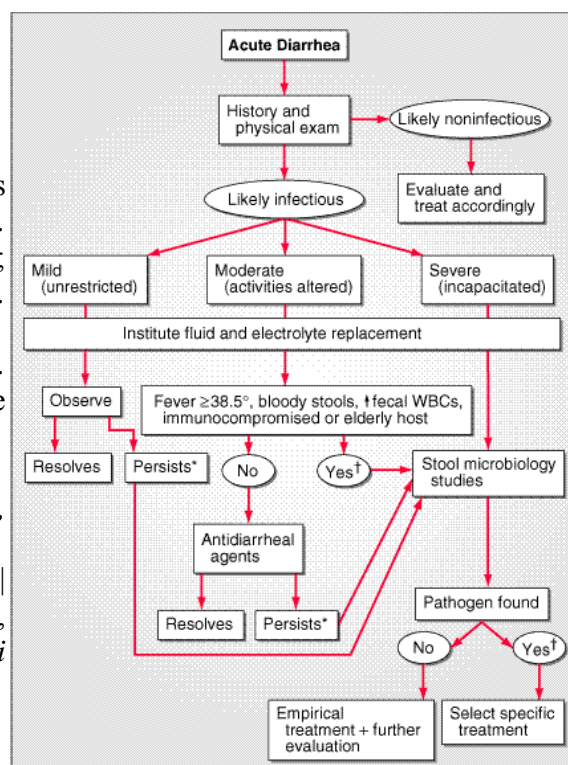
**2.3. Crónica:** >4 semanas; 2-7% prevalência.

2.3.1. Secretória – aquosa, grande volume, sem dor, persiste com jejum; GAP osmótico normal (< 25 mosml/L)<sup>1</sup>.

2.3.2. Osmótica – pára com jejum; GAP osmótico ↑ (> 50-100 mosml/L).

2.3.3. Esteatorreica – gorduras fecais > 7g/dia (>6% gordura ingerida), Sudão III detecta mas não quantifica (apenas qualitativo); fétida.

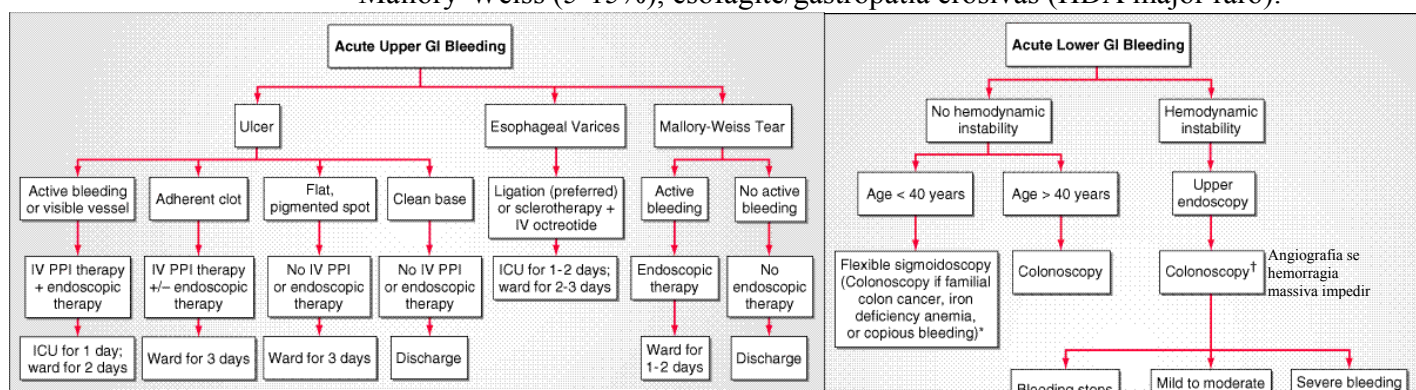
2.3.4. Inflamatória – febre, dor, sangue, leucócitos fecais; múltiplos mecanismos.



<sup>1</sup> GAP osmótico fecal:  $2 \times ([Na^+]_{fecal} + [K^+]_{fecal}) \leq \text{Osmolalidade fecal (assume-se 300 mosmol/kg)}$

### 3. HEMORRAGIA DIGESTIVA

**3.1. HDA:** mortalidade 5-10%, maioria pela doença base (idade, comorbilidades e compromisso hemodinâmico são preditores); UP (~50%), varizes (5-30%), Mallory-Weiss (5-15%), esofagite/gastropatia erosivas (HDA major raro).



**3.2. HDB:** delgado (divertículo de Meckel [em crianças], tumores [<40-50 anos], ectasias vasculares [>50-60 anos]); cólon (hemorróidas são 1ª causa; também comuns fissuras anais, divertículos, ectasias, neoplasias e colites; mais comuns em crianças e jovens são DII e pólipos juvenis).

### 4. ASCITE

- 4.1. Transudado:** <25g proteínas/L, gravidade <1.016, SAAG<sup>2</sup> >1,1; cirrose, ICC (por vezes exsudado), nefrose, tumores benignos ovário (s. Meigs – fibroma com ascite e derrame pleural).
- 4.2. Exsudado:** piogénica, neoplasia, TB, pancreática (drenagem de pseudoquistos), quilosa (obstrução linfática) e mucinosa (pseudomixoma).

### 5. ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- 5.1. Riscos:** hemorragia, perfuração; <1% se diagnóstica, ≤2% se terapêutica; 5% pancreatite CPRE (hemorragia 1% se ETE); CI no megacólon tóxico.
- 5.2. Profilaxia:** AB recomendada em procedimentos de alto risco (terapêuticos) se válvula protésica, endocardite, shunt sistémico-pulmonar ou prótese vascular sintética; AB opcional nos casos anteriores se procedimento de baixo risco, ou na doença reumática valvular,

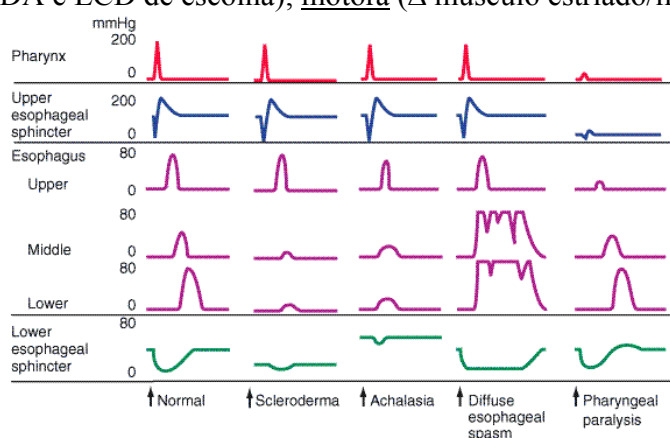
<sup>2</sup> SAAG (Gradiente Sero-Ascítico de Albumina): indicador que melhor correlaciona com pressão portal.

PVM com insuficiência, malformações cardíacas congênitas e cardiomiopatia hipertrófica se o procedimento for de alto risco.

- 5.3. Anticoagulação:** nos procedimentos de alto risco parar varfarina 3 a 5 dias antes (substituir por heparina em doente de alto risco); manter varfarina na endoscopia unicamente diagnóstica.
- 5.4. Anemia e sangue oculto:** colonoscopia → EDA → biópsia duodenal (exclui d. celíaca) → estudo do delgado.

## 6. DISFAGIA

- 6.1. Tipos:** mecânica (sólidos se  $\varnothing \leq 2,5\text{cm}$  [normal 4cm], constante se  $\leq 1,3\text{cm}$ ; EDA é ECD de escolha); motora ( $\Delta$  músculo estriado/liso; Rx baritado)



- 6.2. Músculo estriado:** paralisia orofaríngea, barra cricofaríngea, globus faríngeo.
- 6.3. Acalásia:** afecta indivíduos de todas as idades e de ambos os sexos.
- 6.3.1. Patofisiologia: perda dos neurónios intra-murais;  $\uparrow$  tónus EEI repouso e relaxamento  $\downarrow$  com deglutição (contração paradoxal com CCK); contrações não peristálticas (clássica/vigorosa).
- 6.3.2. Etiologia: idiopática ou 2<sup>ária</sup> carcinoma gástrico, linfoma, doença Chagas, viral, gastrenterite eosinofílica, doenças neurodegenerativas.
- 6.3.3. Clínica: disfagia progressiva para líquidos e sólidos, regurgitação nocturna de alimentos não digeridos, agrava com stress; ausência de RGE.
- 6.3.4. Terapia: nitratos (NTG SL pré-prandial), nifedipina, injeção toxina botulínica EEI, dilatação balão, miotomia Heller (laparoscópica).
- 6.4. Espasmo esofágico difuso**
- 6.4.1. Patofisiologia: contrações não peristálticas de  $\uparrow$  amplitude e duração por disfunção dos nervos inibitórios; relaxamento mantido EEI.
- 6.4.2. Clínica: dor torácica repouso (também deglutição ou stress) e disfagia; diagnóstico manométrico (clínica igual a outras entidades).
- 6.4.3. Terapêutica: nitratos e nifedipina.
- 6.5. Esclerodermia:** atrofia músculo liso;  $\downarrow$  peristaltismo  $\frac{2}{3}$  inferiores esófago; EEI incompetente (relaxamento normal); disfagia sólidos, RGE.



## 7. REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO

- 7.1. **Epidemiologia:** 40% têm pirose 1x/mês, 15% 1x/semana e 7% diariamente.
- 7.2. **Patofisiologia:** ↓ pressão EEI<sup>3</sup>; esofagite ligeira (microscópica) ou erosiva (visível na EDA); estenose em 10% se não tratados.
- 7.3. **ECD:** EDA se RGE ≥5-10 anos, >45-50 anos ou AINEs; pHmetria se sintomas refractários / atípicos; manometria se sintomas atípicos ou pré-cirurgia.
- 7.4. **Terapêutica:** empírica se RGE típico sem factores risco; medidas anti-refluxo, antagonistas H<sub>2</sub> ou PPIs (mais eficazes); dilatadores se estenose, fundoplicação se hérnia com necessidade de terapêutica crónica.
- 7.5. **Esofagite Alcalina:** medidas anti-refluxo, colestiramina, ALOH ou sucralfato; não diagnosticada com pHmetria.
- 7.6. **Esófago Barret:** 4 a 10% dos doentes com RGE significativo; ♂>♀; segmento curto (<2-3cm) ou longo (>2-3cm; EDA anual e, após 2 anos, cada 2-3 anos); esofagectomia se displasia de alto-grau.

## 8. ESOFAGITE

- 8.1. **Viral:** toracalgia, odinofagia, disfagia, náuseas, vômitos; por vezes hemorragia e fístula; HSV e VZV (imunocomprometidos, mas HSV1 e VZV por vezes em imunocompetentes; vesículas; aciclovir, foscarnet), CMV (só imunocomprometidos; úlceras serpiginosas; ganciclovir, foscarnet), HIV (auto-limitado, surge na altura da seroconversão).
- 8.2. **Bacteriana:** rara, pode ocorrer no imunocomprometido.
- 8.3. **Fúngica:** nos imunocomprometidos; geralmente a *Candida*; pode ser assintomática ou com odinofagia e disfagia; complicações são raras; placas esbranquiçadas, confluentes se grave; fluconazole (anfotericina B se necessidade de EV ou refractária).
- 8.4. **Outras:** rádica, cáusticos, fármacos (AB, AINEs, bifosfonatos), escleroterapia, pênfigo vulgar, penfigóide bolhoso, Stevens-Johnson, epidermólise tóxica bolhosa, GVHD, Behçet, líquen plano erosivo, Crohn.

## 9. DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS

- 9.1. **Zenker:** pulsão; surge no triângulo de Killian; halitose e regurgitação (disfagia se grande); se sintomas miotomia cricofaríngea +/- diverticulectomia.
- 9.2. **Médio:** de tracção (aderências ou alterações motoras do esófago).
- 9.3. **Epifrénico:** pulsão; por vezes associado à acalásia; geralmente assintomático.
- 9.4. **Diverticulose intramural difusa:** dilatações glandulares (↑candidíase crónica)

<sup>3</sup> ↓ **pressão EEI:** esclerodermia, miopatia (associada a pseudo-obstrução intestinal crónica), esofagite, distensão gástrica, gravidez, obesidade, decúbito, tabaco, álcool, gorduras, xantinas, relaxantes musculares (β-agonistas, aminofilina, nitratos, bloqueadores canais Ca<sup>2+</sup>, inibidores fosfodiesterase), anti-colinérgicos, CCK e secretina.

## 10. ANÉIS E MEMBRANAS ESOFÁGICAS

(causam disfagia intermitente para sólidos)

**10.1. S. Plummer-Vinson:** membrana hipofaríngea com anemia ferropénica (♀).

### 10.2. Anéis esofágicos inferiores

10.2.1. Mucoso: anel Schatzki; na junção escamo-colunar, limite inferior do EEI.

10.2.2. Muscular: contráctil; segmento superior EEI (?); forma/tamanho variável.

## 11. ÚLCERA PÉPTICA

**11.1. Geral:** ruptura mucosa >5mm; prevalência 12% nos ♂ e 10% nas ♀.

### 11.2. Fisiologia

11.2.1. Defesas: pré-epitelial (camada de muco-bicarbonato); epitelial (restituição; prostaglandinas pela COX-1); subepitelial (microvasculatura).

11.2.2. Células: parietal (oxíntica; H<sup>+</sup> e factor intrínseco), principal (fundo gástrico; pepsinogénio), endócrina (célula D; gl. oxíntica; somatostatina), enterocromafim (ECL; gl. oxíntica; histamina), célula G (gastrina [↑ produção H<sup>+</sup> e contrai EEI]; antro gástrico).

### 11.3. Úlcera Duodenal

11.3.1. Epidemiologia: 6 a 15% da população ocidental.

11.3.2. Patofisiologia: 1ª porção (bulbo; ~90% <3cm piloro); raramente malignas; secreção ácida ↑ e bicarbonato ↓; 70% associada a HP.

11.3.3. Clínica: dor epigástrica 1,5 a 3h após refeições, aliviada pela ingestão alimentar e antiácidos; por vezes acorda doente durante a noite.

### 11.4. Úlcera Gástrica

11.4.1. Epidemiologia: mais tardias (6ª década) e ↓ comuns que UD, ♂ > ♀.

11.4.2. Patofisiologia: podem ser malignas; quando benignas geralmente antrais; se associadas a HP (30-60%) gastrite antral ou corpo (fundo raro), se associadas a AINEs sem gastrite; se pré-pilóricas semelhantes às UD, se não associadas a refluxo duodenal e esvaziamento gástrico tardio (acidez normal).

11.4.3. Clínica: dor pós-prandial; náusea/emagrecimento mais comuns que UD.

**11.5. *H. pylori*:** gram<sup>⊖</sup>; bastonete microaerofílico; na camada mucosa (entre esta e o epitélio); predomínio antral (mas pode migrar proximalmente).

11.5.1. Epidemiologia: 80% no 3º mundo, 20 a 50% industrializados; tendência para ↓; transmissão oral-oral e fecal-oral;

11.5.2. Patofisiologia: geralmente associada a gastrite, mas só 10-15% têm úlcera; 70% das UD e 30-60% das UG; associado a metaplasia gástrica duodenal e metaplasia intestinal no estômago (risco ADC); ↑ gastrina, ↑ H<sup>+</sup>, ↓ somatostatina e ↓ HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>.

**11.6. AINEs:** 50-60% dispepsia, 3-4% úlcera, 1,5% complicações (80% destes sem dispepsia prévia); úlcera por qualquer dose; ↑ risco em idosos, história de úlcera, corticóides, anticoagulantes, dose alta ou múltiplos AINEs, comorbilidades (talvez também *H. pylori*, tabaco e álcool); lesão por inibição da COX-1 (também por contacto directo – ácidos fracos).

## Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

