

Diagnóstico da dor abdominal aguda em pacientes idosos.

A dor abdominal aguda é uma queixa comum entre pacientes idosos. Aproximadamente um quarto dos pacientes que se apresentam ao departamento da emergência tem idade superior a 50 anos. As causas da dor abdominal aguda em pacientes idosos não são extremamente dissimilares das causas em pacientes jovens, entretanto, determinados processos da doença ocorrem com maior frequência nos idosos.

Original: *Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients*

Autoria: Lyon C, Clarck DC. *Am Fam Physician* 2006;74:1537-44

Resumo**Introdução**

A dor abdominal aguda (definida geralmente como a dor de menos de uma semana de duração) é uma queixa comum entre uns pacientes idosos. Aproximadamente um quarto dos pacientes que se apresentam ao departamento da emergência tem idade superior a 50 anos. A apresentação de um paciente idoso com dor abdominal pode ser muito diferente daquela vista em pacientes mais jovens e tende a apresentar-se mais tarde no curso de sua doença, além de apresentar sintomas mais inespecíficos. Portanto, um diagnóstico diferencial mais abrangente deve ser considerado nos pacientes idosos com dor abdominal.

A morbidade e a mortalidade entre estes pacientes são elevadas; a avaliação e o manejo destes requerem, freqüentemente, a admissão ao hospital e ao centro cirúrgico. Estudos retrospectivos mostraram que mais da metade dos pacientes idosos que se apresentaram ao departamento de emergência com dor abdominal aguda requereram a admissão ao hospital e 20 a 33 por cento requereram cirurgia imediatamente. Em um estudo retrospectivo de 380 pacientes idosos com dor abdominal aguda, a presença de ar livre em radiografias, a leucocitose e a idade superior a 84 anos foram associadas com um risco aumentado de morte. No mesmo estudo, variáveis associadas com a necessidade para a intervenção cirúrgica incluíram a hipotensão, sons anormais do intestino, anormalidades radiológicas e leucocitose.

Diagnósticos Diferenciais

As causas da dor abdominal aguda em pacientes idosos não são extremamente dissimilares das causas em pacientes jovens; entretanto, determinados processos da doença ocorrem com maior frequência nos de maior idade.

Colecistite: A doença do trato biliar, incluindo a colecistite, é a indicação mais comum para a cirurgia em pacientes idosos com dor abdominal. O paciente com colecistite aguda apresenta-se geralmente com dor intermitente e intensificada no lado direito do abdômen, associado freqüentemente com febre e vômito.

Apendicite: pacientes idosos com apendicite são mais prováveis de se apresentar com dor generalizada, duração mais longa da dor, distensão, rigidez e trânsito diminuído do intestino. Uma revisão retrospectiva de 65 pacientes com mais de 60 anos com apendicite concluiu que a febre sozinha, era uma preditora pobre da apendicite aguda; somente 23% dos pacientes com apendicite tiveram temperatura maior que 37,7° C.

Pancreatite Aguda: a idade avançada é um indicador prognóstico pobre para pessoas com pancreatite aguda. As taxas de mortalidade em pacientes idosos com pancreatite são relatadas entre 20 a 25%, comparados com os 8 a 10% na população geral. Os fatores gerais

que causam a pancreatite aguda em pacientes mais velhos incluem o alcoolismo, a doença do trato biliar, as infecções, a hipertrigliceridemia, uma variedade de medicações, a hipercalcemia, a hipotermia e a exposição ao monóxido de carbono.

Outros fatores a serem considerados como diagnósticos diferenciais incluem a úlcera péptica e perfuração, a doença diverticular, a obstrução do intestino delgado, obstrução do intestino grosso, aneurisma de aorta abdominal, isquemia mesentérica aguda e as causas atípicas (infecção do trato urinário, pielonefrite, infarto agudo do miocárdio, embolismo pulmonar, pneumonia e constipação).

Abordagem do paciente

A tabela a seguir sumariza as avaliações laboratoriais pertinentes, os estudos de imagem e diagnósticos associados. Uma história cuidadosa e um bom exame físico ajudarão a determinar a urgência da avaliação restante e dirigi-lo para estudos específicos de laboratório e de imagem. A maioria dos pacientes deve ter radiografias torácicas e abdominais, atentando aos detalhes para sinais de pneumonia, isquemia mesentérica, obstrução intestinal e do ar livre. Se o diagnóstico não for feito neste momento, a avaliação urgente com ultrassonografia ou tomografia computadorizada (ou angiografia, se a isquemia mesentérica for suspeitada) deve ser considerada. Se a doença péptica for suspeitada, um gastroenterologista deve ser consultado para considerar uma endoscopia alta com biópsia.

Laboratory and Imaging Studies for Diagnosing Patients with Acute Abdominal Pain

Study	Etiology
Abdominal CT	Appendicitis; diverticulitis; bowel obstruction; pancreatitis (necrosis); abdominal aortic aneurysm in stable patient; mesenteric ischemia
Abdominal radiography	Bowel perforation (free air); bowel obstruction/volvulus (dilated bowel and air-fluid levels); abdominal aortic aneurysm (dilated calcified aorta); mesenteric ischemia (dilated loops, air-fluid levels, pneumatosis intestinalis [gas in bowel wall], thumbprinting [edema of bowel wall with convex indentations of lumen])
Amylase	Pancreatitis (less specific than lipase); bowel obstruction; peptic ulcer perforation; bowel perforation; mesenteric ischemia
Angiography	Mesenteric ischemia
Blood cultures	Infection
Chest radiography	Pneumonia; free air under diaphragm
Electrocardiography	Nonabdominal emergencies such as myocardial infarction or pulmonary embolism
Electrolytes	Diabetic ketoacidosis; electrolyte abnormalities; metabolic acidosis with bowel infarction (mesenteric ischemia)
Leukocytosis	Infection; intestinal ischemia; perforated peptic ulcer
Lipase	Pancreatitis; bowel obstruction; duodenal ulcer
Liver function test and transaminases	Cholecystitis (most commonly elevated alkaline phosphatase, γ -glutamyltransferase, elevated bilirubin); mesenteric ischemia (possible elevated alkaline phosphatase)
Pulse oximetry	Pneumonia; pulmonary embolism
Ultrasonography	Cholecystitis; appendicitis (less accurate than CT, more operator dependent); abdominal aortic aneurysm in unstable patient
Urinalysis	Urinary tract infection

CT = computed tomography

Leitura Sugerida

1. Hilton D, Iman N, Burke GJ, Moore A, O'Mara G, Signorini D, et al. Absence of abdominal pain in older persons with endoscopic ulcers: a prospective study. *Am J Gastroenterol* 2001;96:380-4.
2. McCarthy DM. Acid peptic disease in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1991;7:231-54.
3. Saad RJ, Scheiman JM. Diagnosis and management of peptic ulcer disease. *Clin Fam Pract* 2004;6:569-87.
4. Vissers RJ, Abu-Laban RB, McHugh DF. Amylase and lipase in the emergency department evaluation of acute pancreatitis. *J Emerg Med* 1999;17:1027-37.

Artigo Técnico Geriatria é parte integrante do SAP®, produto exclusivo da Racine Consultores Ltda.