

# APENDICITE AGUDA NO PACIENTE IDOSO

JOSÉ LUÍS BRAGA DE AQUINO, TSBCP  
FERNANDO CORDEIRO, TSBCP  
SÉRGIO PINOTTI - ASBCP  
JÚLIO CÉSAR TOLEDO  
JOSÉ ALFREDO DOS REIS NETO - TSBCP

AQUINO JLB, CORDEIRO F, PINOTTI S, TOLEDO JC & REIS NETO JA - Apendicite aguda no paciente idoso. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 12(4): 125-128

**RESUMO:** Os autores analisam 20 pacientes idosos com apendicite aguda submetidos a tratamento cirúrgico nos últimos nove anos. A idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 85, média de 71,2 anos. Em 10 pacientes (50%) a sintomatologia foi atípica, e em 15 (75%) a apendicite já se apresentava com complicação. Em 13 (65%) houve complicações pós-operatórias, como cardiopulmonares (5-25%), infecção da ferida operatória (5-25%) e abscesso intra-abdominal (3-15%), o que influenciou na mortalidade, presente em três doentes (15%). Concluem os autores que a incidência de complicações da apendicite aguda no paciente idoso é elevada, conseqüente sobretudo à sintomatologia atípica, favorecendo diagnóstico tardio, como também pelas alterações cardiopulmonares que ocorrem com maior freqüência nesse grupo.

**UNITERMOS:** apendicite aguda; apendicectomia

Embora seja uma afecção que ocorre principalmente no paciente adulto jovem, a apendicite aguda também pode comprometer pessoas de qualquer idade (1, 2, 4, 9-11, 14, 15).

Nos últimos anos, a incidência de apendicite aguda no paciente idoso tem aumentado, mormente pela maior longevidade das pessoas (2, 4, 7, 12, 15, 17).

Tendo sido aceito que o quadro clínico das complicações da apendicite aguda no idoso pode diferir do observado no jovem, torna-se necessário que se analise em particular aquele grupo (4, 7, 15, 17).

Assim, o objetivo desse estudo é avaliar as manifestações clínicas, o tratamento e as complicações em 20 pacientes idosos com apendicite aguda.

## PACIENTES E MÉTODOS

No período compreendido entre janeiro de 1984 e dezembro de 1992, um total de 354 pacientes com apendicite aguda foi submetido a tratamento cirúrgico no Departamento de Cirurgia do Hospital Celso Pierro, da PUCCAMP, e no Hospital Albert Sabin de Campinas. Destes, 20 (5,6%) apresentavam idade igual ou superior a 60 anos, constituindo o objetivo deste estudo; 12 pacientes (60%) eram do sexo masculino e oito (40%) do feminino. A idade mínima era de 60 anos e a máxima de 85, com média de 71,2 anos.

Em oito doentes (40%) havia doenças associadas, ocorrendo a cardiovascular e a pulmonar obstrutiva crônica, as mais freqüentes, em sete deles (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de pacientes em relação a doenças associadas.

Doença	Nº	%
Cardiovascular	4	20
Pulmonar	3	15
Diabetes	1	5
Total	8	40

Em relação à apresentação clínica, a dor, iniciada na região epigástrica ou periumbilical, e sua irradiação indo para a fossa ilíaca direita, ocorreu em 10 pacientes (50%); nos demais, a dor iniciou na fossa ilíaca direita ou por todo o abdome. Náuseas e/ou vômitos e parada de eliminação de gases/fezes estiveram em nove (45%) e em oito (40%) dos pacientes, respectivamente (Tabela 2).

No exame físico, a temperatura axilar média foi de 37,6°C, com extremos de 36,5 e 39,5°C; na palpação abdominal, 12 doentes (60%) apresentaram dor na fossa ilíaca direita; nos demais, a dor era difusa ou localizada com maior intensidade no mesogástrico e/ou no hipogástrico (Tabela 3).

Quanto aos exames complementares realizados, o hemograma esteve alterado com leucocitose e desvio à esquerda em 14 pacientes (70%); o exame radiológico de roti-

**Tabela 2 - Número de pacientes em relação à apresentação clínica.**

Clínica	Nº	%
Dor epigástrica ou periumbilical com irradiação para a fossa ilíaca direita	10	50
Náuseas/vômitos	9	45
Parada de eliminação de gases/fezes	8	40

**Tabela 3 - Número de pacientes em relação ao achado de exame físico.**

Dados	Nº	%
Dor na fossa ilíaca direita	12	60
Dor no mesogástrico ou no hipogástrico	4	20
Dor difusa	4	20

na para abdome agudo, realizado em todos os pacientes, mostrou anormalidades em 13 (65%), caracterizado por íleo adinâmico em 11 (55%) e derrame pleural em dois (10%), sendo que em um deles esta alteração esteve presente bilateralmente (Tabela 4).

**Tabela 4 - Número de pacientes em relação aos achados de exames complementares.**

Exames	Nº	%
Hemograma: Leucocitose e desvio à esquerda	14	70
Anormalidades à radiologia: Íleo adinâmico	11	55
Derrame pleural	2	10

O tempo decorrido entre o início dos sintomas e a indicação da operação foi acima de 48 horas em 13 pacientes (65%) (Tabela 5).

**Tabela 5 - Número de pacientes em relação ao intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a indicação da operação.**

Tempo	Nº	%
0-24 h	3	15
25-48 h	4	20
49-72 h	9	45
73-96 h	4	20

Em relação à incisão cirúrgica, foi realizada, em 11 (55%), pela técnica clássica de McBurney; em cinco (25%), paramediana direita infra-umbilical, e em quatro (20%), laparotomia mediana supra e infra-umbilicais. Em todos os

doentes foi efetuada a apendicectomia com invaginação do coto apendicular, por sutura em bolsa. Em 15 pacientes (75%) que apresentaram apendicite complicada foram realizadas também lavagem peritoneal e drenagem com dreno de Penrose, este último exteriorizado por contra-abertura lateral.

Para melhor análise de material e normatização de conduta adotamos a classificação proposta por Leonardi et al. (9). Assim, as apendicites não complicadas, graus I e II, caracterizam-se por não apresentar perfuração nem peritonite. A apresentação macroscópica do apêndice, no grau I, é normal ou com leves alterações inflamatórias, e no grau II essas alterações são bem evidentes, com abscesso, flegmão ou gangrena. Já nas apendicites complicadas, graus III e IV, o apêndice se apresenta com alterações inflamatórias semelhantes às descritas acima, tendo em ambos os graus sua perfuração; no grau III, peritonite localizada e no IV, generalizada.

## RESULTADOS

O diagnóstico de apendicite aguda foi confirmado pelos achados intra-operatórios e exame anatomopatológico em todos os pacientes. A apendicite foi complicada em 15 deles (75%), porém nenhum deles apresentou apendicite grau I (Tabela 6).

**Tabela 6 - Número de pacientes em relação ao grau de apendicite.**

Grau	Nº	%
I	-	-
II	5	25
III	12	60
IV	3	15

As complicações pós-operatórias ocorreram em 13 pacientes (65%): a infecção da ferida operatória foi a mais frequente, em cinco pacientes (25%), sendo que em um deles havia também evisceração associada. Abscessos intra-abdominais surgiram em três pacientes (15%), sendo um com apendicite grau III e dois com grau IV. Complicações cardiovasculares apareceram em três pacientes (15%): em dois, caracterizadas por arritmia cardíaca e, em outro, por embolia

**Tabela 7 - Número de pacientes em relação às complicações pós-operatórias.**

Complicações	Nº	%
Infecção da ferida/evisceração	5	25
Abscesso intra-abdominal	3	15
Cardiovascular	3	15
Infecção pulmonar	2	10
Total	13	65

pulmonar. Em dois outros pacientes (20%) houve complicações pulmonares caracterizadas por infecção (Tabela 7).

Os pacientes que apresentaram infecção da ferida cirúrgica foram submetidos à drenagem, com curativo diário, tendo boa evolução; o que apresentou evisceração foi submetido a resutura da parede, sem nenhuma intercorrência pós-operatória. Os três pacientes com abscesso intra-abdominal foram reoperados para a realização de drenagem, sendo em um por incisão na fossa ilíaca direita, com fechamento convencional da parede por planos, devido ao abscesso estar localizado na goteira parietocólica direita, tendo boa evolução pós-operatória. Nos dois pacientes restantes foi realizada laparotomia mediana xifopúbica, em vista de os pacientes apresentarem múltiplos abscessos intraperitoneais, sendo realizadas também lavagens exaustivas da cavidade abdominal e peritonostomia, com reoperações programadas a cada 48/72 horas; estes dois pacientes foram a óbito por sepse.

Os pacientes com arritmia cardíaca apresentaram reversão do quadro com tratamento específico, indo a óbito aquele com embolia pulmonar confirmada por necropsia. Os dois pacientes com pneumonia apresentaram boa evolução com tratamento adequado.

Dos 17 pacientes que tiveram alta, a permanência hospitalar variou de três a 29 dias, com média de 7,1 dias.

## DISCUSSÃO

A incidência de apendicite aguda nos pacientes em nosso estudo foi similar à maioria das séries que discutem este assunto, ou seja, variável de 3 a 6,8% (2, 7, 9, 14, 17).

Embora essa incidência seja de baixa frequência, o problema da apendicite aguda no idoso se reveste de grande importância, pela maior morbimortalidade que pode ocorrer em relação ao jovem. Isso parece estar relacionado pelo quadro clínico atípico, com retardo diagnóstico e conseqüentemente maior postergação do tratamento cirúrgico, como mostrado na experiência de vários autores (2, 4, 7, 15, 17-19).

Isso ficou evidente nos pacientes da nossa série, já que 65% deles foram submetidos à cirurgia após 48 horas, por não apresentarem, no início da evolução da doença, quadro clínico bem caracterizado, similar à experiência de outros (2, 4, 7, 17), provocando maior número de complicações pós-operatórias locais, presentes em 40%.

Esta incidência de complicações pós-operatórias locais reflete os achados intra-operatórios onde 75% dos pacientes apresentaram apendicite complicada com peritonite localizada ou difusa. Andrade et al. (2), em nosso meio, comparando o tempo decorrido entre a admissão e o início da cirurgia entre pacientes não idosos e idosos, mostraram que foi significativamente maior nestes últimos. Interpretam este fato como maior dificuldade diagnóstica, sendo que em um dos pacientes do grupo com mais de 60 anos de idade o diagnóstico não foi estabelecido em tempo hábil, evoluindo o paciente para óbito. Williams & Hale Jr. (19) e Freud & Rubinstein (5) referem que erro diagnóstico em pacientes idosos com apendicite aguda não é incomum, podendo ocorrer em até 10%.

É compreensível, portanto, que, em relação à via de acesso, tenhamos utilizado, na quase metade dos casos, a incisão longitudinal, em detrimento da clássica incisão de McBurney. Isso provavelmente se deveu não só à insegurança diagnóstica, mas à necessidade de uma abordagem cirúrgica mais ampla por um processo presumivelmente mais complicado, como foi constatado durante a laparotomia, fato demonstrado por outros que discutem esta afecção no idoso (12, 15, 17, 19).

O simples fato de se tratar de pacientes idosos, portadores muitas vezes de doenças sistêmicas associadas, principalmente cardiorrespiratórias, faz com que estas possam se descompensar, contribuindo para maior número de complicações pós-operatórias, principalmente nos casos de apendicite complicada. Isso ficou bem evidente na nossa série, pois 40% dos pacientes apresentavam afecções sistêmicas no pré-operatório, principalmente cardiopulmonares, tendo a maioria evoluído para complicações no pós-operatório imediato, com um paciente indo a óbito por embolia pulmonar. Todos esses pacientes apresentaram apendicite grau III ou IV, o que também tem sido mostrado em outras séries (2, 7, 15).

O maior número de complicações locais ou sistêmicas neste grupo de pacientes vem refletir no maior tempo de permanência hospitalar pós-operatória, que, em nosso estudo, foi em média de 7,1 dias, comparável à experiência de outros autores (2, 15, 17).

Entretanto, apesar de alguns autores concordarem que as complicações são maiores no paciente idoso em relação ao jovem, consideram que a perfuração apendicular no idoso não é só devida a um atraso diagnóstico, conseqüente a uma sintomatologia mais atípica, mas possivelmente a uma disseminação mais rápida da inflamação (6, 13, 20). A progressão acelerada do processo seria devida não só a particularidades anatômicas do apêndice cecal, como esclerose da artéria apendicular e fraqueza estrutural da parede do apêndice, como também a maior diminuição dos mecanismos de defesa e da reação tecidual (3, 6, 8).

Coelho et al. (4), em nosso meio, comparando a apendicite aguda no idoso e no jovem, mostraram que, dos pacientes com abscesso intra-abdominal ou peritonite difusa, essas complicações foram observadas, em menos de 48 horas, após o início dos sintomas, em 62% dos pacientes do grupo idoso e em 44% do grupo adulto jovem.

A mortalidade da apendicite aguda no paciente idoso é elevada, variando de cinco a 16 vezes em relação ao jovem (6, 9, 16). Esta mortalidade é secundária à maior ocorrência de doenças associadas e de perfuração apendicular com disseminação da infecção, como foi constatado nos três pacientes da nossa série que foram a óbito.

A análise dos resultados do presente estudo permitiu-nos concluir que a incidência de complicações de apendicite aguda no paciente idoso é elevada. Isso se deve não só à apresentação clínica mais atípica, como também por apresentarem esses pacientes alto índice de doenças associadas e progressão mais rápida do quadro, enfatizando a necessidade de diagnóstico e tratamento mais precoce.

---

**AQUINO JLB, CORDEIRO F, PINOTTI S, TOLEDO JC & REIS NETO JA - Acute appendicitis in the elderly patient.**

**SUMMARY:** Twenty elderly patients with acute appendicitis had surgical treatment. They were analysed for the last nine years, the minimum age was sixty years old and the maximum age was eighty five years old and the average was 71.2 years old. In 10 patients (50%) the symptomatology was atypical and in 15 patients (75%) the appendicitis had complicated. In thirteen patients (65%) there were pos-operative complications such as cardiopulmonar (5-25%), post operatory infection in surgical wound (5-25%) and intra-abdominal abscess (3-15%); the mortality was present in three patients (15%). To sum up as a consequence of acute appendicitis in elderly patients the complications were higher because of atypical symptomatology that delayed the diagnosis as well as by cardiopulmonary alterations which occurred with major frequency in this group of patients.

**KEY WORDS:** acute appendicitis; appendectomy

---

REFERÊNCIAS

1. Addiss DG, Shafer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990; 132: 910-25.
2. Andrade JI, Hsien CT, Scarpelini S, Martins Jr. A, Ceneviva R. Apendicite aguda no idoso. *Rev bras Cir* 1989; 79: 307-11.
3. Burns RP, Cochran JL, Russel WL, Bard RM. Appendicitis in mature patients. *Ann Surg* 1985; 202 (6): 695-702.
4. Coelho JCU, Ortolan G, Ribeiro AB, Souza F, Artigas.GV. Apendicite aguda no paciente idoso. *Arq bras Med* 1987; 61 (2): 109-11.
5. Freund HR, Rubinstein E. Appendicitis in the aged. Is it a really different? *Am Surg* 1984; 50: 573-6.
6. Hubbell DS, Barton WK, Solomon OD. Appendicitis in older people. *Surg Gynec Obstet* 1967; 110: 289-92.
7. Jucá MJ, Batista IC, Kobata CM. Apendicite aguda em doentes com idade superior a 60 anos. *An Paul Med Cir* 1989; 116 (1, 2): 35-43.
8. Lau WY, Fan ST, Chu KW, Lee JMH. Acute appendicitis in the elderly. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 161: 157-60.
9. Leonardi LS, Brandalise NA, Mantovani M, Medeiros RR, Fagundes JJ. Complicações da apendicite aguda. *Rev Paul Med* 1974; 83: 159-164.
10. Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, Dumphy JE. Appendicitis: a critical revision diagnosis and treatment in 1.000 cases. *Arch Surg* 1975; 110: 677-84.
11. Luckmann R. Incidence and case fatality rates for acute appendicitis in California: a population-based study of the effects of age. *Am J Epidemiol* 1989; 129 (5): 905-18.
12. Motta LACR, Motta LDC, Albuquerque MH, Fonseca DN, Almeida WM. Apendicite aguda em pacientes acima de 50 anos. *Rev bras Cir* 1986; 76 (6): 335-8.
13. Peltokallio P, Jauhainen K. Acute appendicitis in the aged patients. *Arch Surg* 1970; 100: 140-5.
14. Pires PWA, Sandoval JB, Rocha GF et al. Apendicite aguda: estudo crítico e tratamento em 1.290 casos. *Rev Paul Med* 1986; 104 (1): 11-4.
15. Pricolo R, Voltolini F, Croce P. Le appendiciti acute nel paziente anziano. *Minerva Chir* 1991; 46: 195-201.
16. Ross FP, Zarem HA, Morgan AP. Appendicitis in a Community Hospital. *Arch Surg* 1962; 85: 1036.
17. Sherlock DJ. Acute appendicitis in the over-sixty age group. *Br J Surg* 1985; 72: 245-6.
18. Thorbjarnarson B, Loehr WJ. Acute appendicitis in patients over the age of sixty. *Surg Gynecol Obstet* 1967; 1277-80.
19. Williams JS, Hale Jr. HW. Acute appendicitis in the elderly: review of 83 cases. *Ann Surg* 1965; 162 (2): 208-12.
20. Wolf WL, Hindamn R. Acute appendicitis in the aged. *Surg Gynecol Obstet* 1952; 94: 239-47.