

ABDOME AGUDO CIRÚRGICO EM PACIENTES IDOSOS: ESTUDO RETROSPECTIVO NO HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES

SURGICAL ACUTE ABDOMEN IN ELDERLY PATIENTS: A RETROSPECTIVE STUDY AT HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES

ITALO ACSETTA^{1*}, ANDRE FIGUEIREDO ACSETTA², RONALDO VIANNA SILVA¹

1. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil e Médico cirurgião geral do Hospital Estadual Alberto Torres, São Gonçalo, RJ, Brasil. 2. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

* Rua Mariz e Barros, 51, apto 1201, Icaraí, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 24220-120. italoacsetta@gmail.com

Recebido em 21/12/2024. Aceito para publicação em 07/01/2025

RESUMO

Os autores realizaram estudo retrospectivo (01/01/2022 a 31/12/2022) dos pacientes com idade igual ou superior a 65 anos tratados por abdome agudo cirúrgico no Hospital Estadual Alberto Torres. Pesquisamos nos prontuários eletrônicos os dados relativos à: idade, gênero, doenças crônicas associadas, quadro clínico, exames complementares, diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico, evolução e mortalidade pós-operatórias, comparando-os com a literatura médica consultada. Encontramos e analisamos o total de 135 prontuários no período estudado. Concluiu-se que obstrução intestinal, diagnosticada em 68 casos, foi a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico e que a mortalidade total da nossa série foi 35,7% (48 pacientes).

PALAVRAS-CHAVE: Abdome agudo; idosos; cirurgia de emergência.

ABSTRACT

The authors report a retrospective study (01/01/2022 to 31/12/2022) on patients aged 65 years or older treated for acute abdomen at Hospital Estadual Alberto Torres. We reviewed electronic medical records for data on age, gender, associated chronic diseases, clinical presentation, complementary exams, diagnosis, clinical and surgical treatment, postoperative evolution and mortality, compared with the consulted medical literature. A total of 135 medical records were found and analyzed during the study period. It is concluded that intestinal obstruction, diagnosed in 68 cases, was the most common cause of acute surgical abdomen and that the overall mortality in our series was 35,7% (48 patients).

KEYWORDS: Acute abdomen; elderly; emergency surgery.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida observado em praticamente todo o mundo, associado ao formidável avanço tecnológico, teve como uma de suas consequências, a elevação do número de pessoas idosas

que necessitam de assistência médica e cirúrgica, incluídos aí, os atendimentos de urgência e emergência.

O envelhecimento é um lento, complexo, individual e inexorável processo natural de alterações anátomo fisiológicas que incidem nos últimos decênios da vida, que acarretam elevado grau de vulnerabilidade nesses indivíduos.

Abdome agudo é definido como quadro clínico mórbido, de instalação súbita no qual a dor abdominal é seu expoente maior, que requer diagnóstico preciso, precoce e início imediato de tratamento, quer clínico, quer cirúrgico¹.

O presente trabalho tem por objetivo avaliar as causas, o quadro clínico, os exames complementares, o tratamento e a evolução dos pacientes idosos operados por abdome agudo no Hospital Estadual Alberto Torres e realizar revisão bibliográfica, comparando os nossos resultados com os da literatura médica sobre o tema.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este é estudo retrospectivo, no período compreendido entre 01/01/2022 e 31/12/2022, dos pacientes idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, operados em regime de urgência ou emergência no Hospital Estadual Alberto Torres. Foram revistos os prontuários eletrônicos desses pacientes, analisando os dados relativos à: idade, gênero, quadro clínico, doenças associadas, exames complementares, diagnóstico, tratamento clínico, tratamento cirúrgico, complicações pós-operatórias e mortalidade hospitalar, comparando-os com a literatura médica específica.

3. RESULTADOS

Foi encontrado e analisado o total de 135 prontuários no período estudado. Setenta e três pacientes eram do gênero feminino e 62, do masculino. A idade mínima foi 65, a máxima 97, com média de 75,9 anos.

Vinte e sete pacientes não apresentavam nenhuma doença crônica associada ao quadro abdominal agudo. Sessenta idosos relataram uma doença crônica, 40 apresentavam duas, sete informaram tratamento para

três enfermidades e um era portador de quatro doenças crônicas.

Para facilitar o entendimento dos sinais e sintomas, assim como a interpretação dos exames complementares, classificamos o quadro de abdome agudo dos nossos pacientes em: obstrutivo, inflamatório, perfurativo e vascular.

O quadro clínico

A queixa de dor abdominal, foi citada por 134 pacientes. Apenas uma, que deu entrada com icterícia e confusão mental consequentes à colangite aguda supurativa não referiu dor abdominal, fato esse confirmado pelos registros das informações prestadas pelos seus familiares

Dor abdominal inicialmente de pouca intensidade, mas com piora progressiva foi citada por 52 casos com quadro de abdome agudo obstrutivo assim como nos 40 pacientes com abdome agudo inflamatório.

Nos 16 idosos diagnosticados com hérnia estrangulada de parede abdominal, a dor já de forte intensidade, inicialmente se mostrou mais localizada no sítio herniário e com piora considerável à sua palpação.

Todos os 22 pacientes que apresentaram abdome agudo perfurativo informaram dor abdominal de forte intensidade súbita e contínua. Essas características algicas também foram descritas pelos cinco pacientes tratados com abdome agudo de origem vascular (isquemia intestinal)

Setenta e sete idosos queixaram-se, à admissão, de náuseas e ou vômitos. Quarenta e seis relataram alterações no trânsito intestinal (diarreia ou parada de eliminação de flatus ou fezes). Temperatura corporal acima de 37,2° C foi registrada em 29.

Treze pacientes foram admitidos apresentando confusão mental e cinco deles tinham idade superior a 80 anos.

Os exames complementares

Exames hematológicos e bioquímicos foram realizados em todos os 135 pacientes e mostraram leucometria global acima de 12000 em 69 casos. Em 57 idosos este índice se encontrava entre 5000 e 12000 leucócitos e em nove estava abaixo de 5000.

Exame tomográfico do abdome foi realizado em 130 pacientes e em 126 destes, mostrou-se bastante efetivo para corroborar o diagnóstico clínico de abdome agudo, incluindo aí sua provável etiologia. Somente em quatro casos o exame foi considerado inconclusivo. Entre os cinco pacientes nos quais não realizamos exame tomográfico, dois foram devidos ao exame físico compatível com hérnia estrangulada de parede abdominal e outros dois deram entrada no Serviço de Emergência com o exame já realizado em outra unidade de saúde. Uma paciente admitida com exame clínico compatível com colecistite aguda apresentou exame ultra sonográfico realizado em outro hospital confirmando nossa impressão diagnóstica e optou-se por dispensar o exame tomográfico.

O diagnóstico

Sessenta e oito pacientes (36 mulheres e 32 homens) foram diagnosticados com abdome agudo obstrutivo e quarenta (23 mulheres e 17 homens) com abdome agudo inflamatório. Abdome agudo perfurativo foi descrito em 22 idosos (12 mulheres e 10 homens) e abdome agudo vascular em cinco (3 homens e 2 mulheres).

A localização do processo obstrutivo se deu no cólon esquerdo em 26 casos e no segmento jejuno ileal em outros 26. O cólon direito foi sede da obstrução em onze pacientes, o reto em quatro e o duodeno em uma ocasião.

As etiologias dos processos obstrutivos mais encontradas foram: neoplasias malignas em 26 casos e hérnia da parede abdominal em 16. Tumor benigno ou inflamatório foi a causa da obstrução entérica em 10 idosos. Bridas em sete, íleo biliar em seis, volvo de sigmoide em dois e invaginação intestinal secundária a lipoma submucoso em um, constituíram as causas menos frequentes da obstrução intestinal.

Na origem do abdome agudo inflamatório, destacaram-se colecistite aguda com 26 casos (19 mulheres e 7 homens) e apendicite aguda em 9 (todos do gênero masculino). Diverticulite aguda de sigmoide, abscesso do músculo psoas, salpingite, abscesso hepático e colangite foram as outras origens do processo inflamatório com um caso para cada um deles.

Nos 22 pacientes diagnosticados com abdome agudo perfurativo, a sede da perfuração teve localização gastroduodenal em dez deles. Em seis casos a perfuração se encontrava nos cólons, em três localizava-se no segmento jejuno ileal, em dois no reto e em um na bexiga.

Neoplasias comprovadamente de etiologias malignas foram responsáveis por sete perfurações digestivas. Três delas nos cólons, duas no intestino delgado, uma no reto e uma na topografia antro pilórica. Perfurações de origem benignas ocorreram em oito pacientes e em sete idosos não realizamos estudo histopatológico das bordas das perfurações.

Todos os cinco pacientes com abdome agudo de etiologia vascular tiveram como causa trombose da artéria mesentérica superior que acarretou carência extrema de irrigação sanguínea em grande extensão do tubo digestivo por ela irrigado.

O tratamento

Antibiótico terapia venosa foi indicada e iniciada durante o preparo pré-operatório nos 135 pacientes. Apenas um antibiótico foi empregado em 43 idosos. Dois antimicrobianos foram utilizados em 58 casos e esquema com três ou mais foi administrado em 34.

Em 126 idosos foi realizada apenas uma laparotomia; em oito casos foram duas e um paciente necessitou de três laparotomias.

Ressecção intestinal foi executada em 39 pacientes, dos quais 20 com anastomose e 19 sem reconstrução imediata do trânsito. Em quinze idosos optamos apenas

por derivação intestinal externa.

Foram realizadas ainda: vinte e seis colecistectomias, nove apendicectomias, sete lise de aderências intestinais e sete enterotomias para retirada de obstáculo na luz intestinal (seis cálculos biliares e um lipoma intestinal) e quatro drenagens externas de focos infecciosos. Os outros procedimentos cirúrgicos realizados foram: laparotomia exploradora não terapêutica em três pacientes, sutura digestiva com colostomia em um, salpingectomia em uma e derivação digestiva interna em outra (gastro êntero anastomose).

As quatro drenagens externas de focos infecciosos foram devidas a: diverticulite de sigmoide, abscesso de psoas, abscesso hepático e colangite aguda supurativa. As três laparotomias não terapêuticas ocorreram em pacientes com infarto êntero mesentérico extenso.

Sutura da perfuração visceral foi realizada em 12 senescentes (onze delas no tubo digestivo e uma na bexiga). Em dez pacientes portadores de hérnia estrangulada da parede abdominal, uma vez resolvida a obstrução entérica atuamos também na solução da própria hérnia.

As complicações e a mortalidade

Setenta e sete pacientes evoluíram sem complicações e 51 com complicações sépticas (36 com sede abdominal e 15 pulmonar). Sete pacientes apresentaram complicações não infecciosas, com registro de quatro eviscerações, uma obstrução intestinal, um desabamento de colostomia e uma insuficiência renal aguda.

Quarenta e oito pacientes evoluíram para óbito (28 mulheres e 20 homens), todos decorrentes de complicações sépticas. Sete deles ocorreram em pacientes sem nenhuma doença crônica associadas. Na faixa etária acima de 80 anos (40 casos), 23 faleceram. Dos nove pacientes que foram admitidos com leucometria global abaixo de 5000, seis evoluíram para óbito e entre os treze pacientes admitidos com confusão mental, dez foram a óbito.

Tabela 1. Cirurgias realizadas X óbitos.

Cirurgia realizada	n	óbitos
Ressecção intestinal (com / sem anastomose)	39	16
Colecistectomia	26	3
Derivação intestinal externa	15	8
Sutura da perfuração	12	7
Redução de hérnia com hernioplastia	10	0
Apendicectomia	9	1
Lise de aderências	7	2
Enterotomia com retirada da causa da obstrução com sutura intestinal *	7	4
Drenagem externa	4	3
Laparotomia não terapêutica	3	3
Salpingectomia	1	0
Derivação interna **	1	1
Sutura intestinal com colostomia	1	0
Total	135	48

*Íleo biliar em 6 pacientes e lipoma intestinal em 1 total de óbitos 48. **Gastro êntero anastomose em 1. **Fonte:** autores

Entre os 68 pacientes tratados com abdome agudo obstrutivo 24 faleceram. A tabela 2 relaciona as

etiologias dos processos obstrutivos com os respectivos óbitos.

Tabela 2. Etiologias das obstruções intestinais X óbitos

Etiologias obstrutivas	n	óbitos
Tumor maligno	26	12
Hérnia estrangulada	16	2
Tumor benigno ou inflamatório	10	4
Aderências intestinais	7	2
Íleo biliar	6	4
Volvo de sigmoide	2	0
Invaginação intestinal	1	0
Total	68	24

Fonte: autores

Entre os 40 pacientes com abdome agudo inflamatório seis faleceram. A tabela 3 mostra as etiologias dos processos inflamatórios e os respectivos óbitos.

Tabela 3. Etiologias dos processos inflamatórios X óbitos

Etiologias inflamatória	n	óbitos
Colecistite	26	3
Apendicite	9	1
Salpingite	1	0
Colangite	1	1
Abscesso de músculo psoas	1	0
Diverticulite de sigmoide	1	0
Abscesso hepático	1	1
Total	40	6

Fonte: autores

Entre os 22 pacientes com abdome agudo perfurativo 14 faleceram. A tabela 4 relaciona as localizações das perfurações viscerais com os óbitos ocorridos.

Tabela 4. Localização das perfurações X óbitos

Localização das perfurações	n	óbitos
Gastroduodenal	10	6
Cólon	6	4
Intestino delgado	3	2
Reto	2	1
Bexiga	1	1
Total	22	14

Fonte: autores

Foram realizadas biópsias das bordas da perfuração digestiva em 15 pacientes. Neoplasia maligna foi comprovada pela perfuração visceral em sete casos (6 óbitos). Três delas se localizavam nos cólons (2 óbitos). Em dois casos no intestino delgado (2 óbitos), em um idoso na região antro pilórica (1 óbito) e um paciente no reto (1 óbito).

Entre os cinco pacientes que apresentaram abdome agudo vascular (4 óbitos) realizamos três laparotomias não terapêuticas (3 óbitos) e duas ressecções intestinais extensas com anastomose imediata (1 óbito).

4. DISCUSSÃO

As alterações anátomo patológicas

Pelo desgaste natural do organismo surgem lenta, inexorável e progressivamente distúrbios em quase todos os órgãos e sistemas. Não há consenso sobre exatamente quando se inicia o processo de envelhecimento do corpo, mas sabemos que as alterações anátomo fisiológicas se fazem de maneira

heterogênea de indivíduo para indivíduo e convencionou-se que a partir de 65 anos de idade, a pessoa passe a ser considerada idosa ou senescente. Essas alterações, mesmo que aparentemente assintomáticas, acarretam diminuição da capacidade de reação do paciente geriátrico às injúrias cirúrgicas e infecciosas.

O processo de envelhecimento tecidual já fica evidente logo a partir do momento da recepção do paciente idoso. As alterações cutâneas decorrentes da diminuição do colágeno², do número de glândulas sudoríparas e sebáceas, que modificam adversamente seu turgor e sua elasticidade, nos permitem perceber facilmente, a presença das inúmeras rugas cutâneas, que tanto caracterizam o fenótipo dos idosos. Uma das consequências de todas essas alterações é um poder de cicatrização das feridas diminuído e enfraquecido

Com o avançar dos anos, o sistema cárdio vascular passa por uma série de alterações. A aterosclerose, tão comumente encontrada nos senis, acarretam o estreitamento da luz e diminuição da distensibilidade das artérias. Estes fatos ocasionam menor fluxo sanguíneo para os órgãos e comprometem a condução cárdíaca assim como reduzem sua função barorreceptora³. Mesmo os idosos saudáveis, que não apresentem sinais de alterações cárdio vasculares, quando submetidos à situação de “estresse” mostram uma reserva cárdio vascular deficitária.

Calcificações no gradil costal, que dificultam adequada expansão torácica, ocorrem simultaneamente com a diminuição da reserva funcional do sistema ventilatório e a menor complacência pulmonar. Estes eventos formam o substrato ideal para as atelectasias e infecções pulmonares.

Redução da massa renal⁴ devido a perda progressiva de néfrons, associada ou não às doenças como diabetes, hipertensão arterial ou uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais, tornam o paciente idoso mais sensível às agressões sépticas ou medicamentosas e com menor capacidade de correção dos distúrbios ácido base e hidroeletrólíticos⁵.

O sistema imunológico não passa incólume com o envelhecimento. A imunossenescência causada pelas alterações nos órgãos linfoides, cuja involução do timo^{6,7} é um dos seus eventos centrais, acarreta a remodelação do sistema imune que torna os pacientes idosos mais suscetíveis aos fungos, vírus e bactérias.

O quadro clínico

A população idosa apresenta com grande frequência, em maior ou menor grau, alguma deficiência de cognição, comunicação, audição, visão ou mobilidade. Essas restrições físicas e psíquicas são capazes de tornar o atendimento médico num grande desafio. Essas adversidades requerem extrema sensibilidade do cirurgião para percebê-las plenamente além de uma atuação próxima, ativa e coesa entre todos os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde com o paciente e seus familiares.

A cavidade abdominal abriga vários órgãos de

diferentes sistemas que potencialmente possam necessitar de alguma abordagem cirúrgica terapêutica de urgência ou emergência. No amplo mosaico de doenças capazes de culminar em abdome agudo cirúrgico, algumas delas são bastante corriqueiras e outras, na direção oposta, muito raras tais como angiomiolipoma renal roto⁸, volvo crônico de intestino delgado⁹, perfuração de intestino delgado por poliarterite nodosa¹⁰ ou torção de omento¹¹.

As queixas clínicas mais comumente relatadas pelos pacientes com abdome agudo cirúrgico são: dor abdominal, de aparecimento súbito ou insidioso, localizada ou difusa, tipo cólica ou contínua, acompanhada de náuseas e vômitos. Alterações no trânsito intestinal, quer diarreia quer constipação, com ou sem febre também compõem o rol dos sinais e sintomas apresentados. Pelo menos na fase inicial do quadro clínico, a doença abdominal de base tem sinais e sintomas característicos

Em nossa série, a queixa de dor abdominal, presente em 134 pacientes, confirmou a regra que define abdome agudo. A exceção ficou por conta de uma paciente que deu entrada com icterícia, febre e confusão mental decorrentes de colangite aguda supurativa.

A presença de instabilidade hemodinâmica ou de confusão mental, decorrentes da evolução do comprometimento visceral ou peritoneal, são fortemente sugestivos de componente séptico ou hemorrágico da doença abdominal em curso.

Os exames complementares e o diagnóstico

O temor de um mau prognóstico, assim como conclusões precipitadas, não deve retardar o estabelecimento do diagnóstico de abdome agudo cirúrgico.

Sem jamais negligenciar o exame físico, o exame tomográfico do abdome se mostra ferramenta de suma importância para o estabelecimento do diagnóstico da doença abdominal. Na maioria dos casos é exame capaz de indicar precisamente a localização do processo determinante do quadro agudo^{12, 13, 14}. Em nossa série, os achados tomográficos corresponderam plenamente aos cirúrgicos em 126 pacientes. Entretanto, ressaltamos que Nogueira (2017)¹⁵ relatou um caso de paciente idoso, cujo exame tomográfico mostrava pneumoperitônio, mas à laparotomia nenhuma perfuração digestiva foi encontrada.

Exames hematológicos e bioquímicos também se fazem necessários para além de subsidiar o diagnóstico clínico, permitir eventuais correções de anemia e distúrbios hidroeletrólíticos.

O tratamento

O uso de antibióticos iniciados ainda no pré-operatório é praticamente unanimidade entre clínicos e cirurgiões. Sua opção deve seguir os mesmos padrões de escolha, utilizado nos pacientes não idosos e baseados na provável etiologia do abdome agudo, respeitando as mesmas necessidades de eventuais

correções de posologia quando necessárias. Em nossa série, todos os pacientes fizeram uso de antibióticos.

No ato operatório, a escolha da melhor tática cirúrgica nem sempre é tarefa fácil. Em algumas ocasiões, a dúvida entre realizar um procedimento mais simples, de menor porte e com menor potencial de complicações, que visa apenas a corrigir a situação que ocasiona a urgência do tratamento, confronta-se permanentemente com a capotosa vontade de realizar um procedimento cirúrgico curativo da doença base, portanto mais longo e passível de maior possibilidade de complicações. Nesse sentido, a interação próxima e harmônica entre o cirurgião e o anestesista se mostra imperiosa e deve levar em conta, o objetivo único de contribuir para a sobrevivência do paciente com a melhor qualidade de vida possível.

Esse dilema fica bastante evidente, principalmente nos pacientes com quadro clínico de abdome agudo obstrutivo por neoplasia de cólon esquerdo ou de reto proximal. A colocação de “Stent” intestinal trans tumoral ainda é procedimento pouco utilizado nos hospitais de nossa região. Realizar de imediato ressecção intestinal ou apenas colostomia em alça descompressiva é questão controversa na literatura¹⁶. Entendemos, assim como Santos (2014)¹⁷, Ramos (2017)¹⁸, Pisano (2018)¹⁹ e Vasileios (2008)²⁰, que se as condições clínicas permitirem, a abordagem cirúrgica mais indicada nessas situações, seria colectomia para retirada imediata do tumor.

Em nossa série, somente em oito pacientes com obstrução neoplásica do cólon esquerdo ou do reto proximal realizamos colostomia descompressiva em alça, para em segundo tempo cirúrgico procedermos a colectomia para retirada do tumor. Ressaltamos que quatro deles faleceram no período pós-operatório imediato. Dois pacientes (um após três meses e o outro após sete meses decorridos da cirurgia inicial) retornaram ao Hospital com aumento considerável da tumoração intestinal e fístula êntero cutânea. Ambos faleceram sem nenhuma reintervenção cirúrgica. Nos outros dois pacientes primariamente colostomizados não encontramos registro de internação e nem de tratamento cirúrgico para a retirada do tumor, em nosso Hospital.

Em oito pacientes do nosso estudo que apresentaram abdome agudo perfurativo, não realizamos nenhum estudo histopatológico. Porém a sua necessidade, a fim de documentar a verdadeira índole da perfuração, ficou comprovada pelo fato de que em 14 casos, os exames histopatológicos demonstraram malignidade em sete, o que nos orientou a solicitar algum tipo de tratamento complementar. Raymond Hon (2013)²¹ relatou um caso de paciente operado com perfuração gástrica, cujas biópsias per operatórias de suas bordas foram negativas para malignidade. Porém, biópsias realizadas através de endoscopia digestiva no pós-operatório diagnosticaram adenocarcinoma. Este fato reforça a necessidade de acompanhamento contínuo dos pacientes operados por perfurações digestivas

As complicações e a mortalidade

Nos pacientes geriátricos, não há complicação que possa ser considerada de menor importância. O idoso não possui capacidade de suportar as adversidades per e pós-operatórias. A degeneração de células, órgãos e sistemas, diminuem o potencial de recuperação orgânica desses pacientes, quando submetidos a um tratamento cirúrgico de urgência ou emergência. Também é sabido que os quadros infecciosos são capazes de descompensar as doenças pré-existentes, tornando-os mais vulneráveis a qualquer tipo de complicação. Vários autores^{22,23,24,25,26,27,28} relataram complicações pós-operatórias nos pacientes geriátricos, com destaque para as de origem infecciosas que determinam, em última análise, as maiores causas de óbito hospitalar. Na revisão da literatura a mortalidade o índice de mortalidade variou entre o mínimo de 12%²⁹, e a máxima de 45,7%³⁰.

5. CONCLUSÃO

Após avaliação dos resultados confrontando-os com a literatura consultada, conclui-se que os pacientes idosos que cursam com abdome agudo cirúrgico apresentam elevados os índices de mortalidade, sendo de 35,5% no estudo realizado. Conclui-se ainda que nos pacientes levantados, a obstrução intestinal foi a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico.

6. AGRADECIMENTOS

A todos os integrantes das equipes multidisciplinares que participaram do tratamento dos pacientes, sem os quais não seria possível realizar este estudo.

À direção do Hospital Estadual Alberto Torres nas pessoas do Dr. Raphael Riodades e Charbel Khoure que permitiram e apoiaram a elaboração deste trabalho.

À direção da Organização Social IDEAS pelo incentivo dado para este estudo clínico.

7. REFERÊNCIAS

- [1] Berticelli ID, Mesquita RCAB, Araújo RC, Caetano SG, Caetano JG et alli. Diagnóstico do abdome agudo: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*: 2024; 6:1168-1178.
- [2] Oriá RB, Ferreira FVA, Santana EM, Fernandes MR, Brito GAC. Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histomorfometria e autofluorescência. *Anais Brasileiros de Dermatologia*: 2003; 78:425-434.
- [3] Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*: 2002; 79:635-639.
- [4] Abreu PF, Sesso RCC, Ramos LR. Aspectos renais no idoso. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*: 1998; 20:158-165.
- [5] Siqueira JT, Ferreira LL, Coutinho FB. Abdômen agudo no paciente idoso: IN Cirurgia Geriátrica. Andy Petroianu & Luiz Gonzaga Pimenta. 1998; cap 38:351-543. MEDSI – Editora Médica e Científica Ltda
- [6] Alves AS, Bueno v. Imunossenescência: participação de linfócitos T e células mieloides supressoras nas

- alterações da resposta imune relacionada ao envelhecimento. *Einstein* (São Paulo): 2019; 17(2) e RB4733.<http://dx.doi.org/10.31744/Einstein-journal/2019RB4733>.
- [7] Esquenazi DA. Imunossenescência: as alterações do sistema imunológico provocadas pelo envelhecimento. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*: 2008; ano 7. Jan/jun: 38-45.
- [8] Accetta I, Accetta P, Maia AM, Cirne Neto O, Caparica Filho A. Abdome agudo por ruptura de angiomiolipoma renal. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*: 1994; 21:293-295.
- [9] Accetta I, Duarte AJV, Silva Junior CAS, Accetta P, Maia AM, Accetta AF. Volvo crônico de intestino delgado. *Revista Brasileira de Coloproctologia*: 2002; 23:302-304.
- [10] Accetta AF, Vassallo EC, Soares RLS, Accetta I. Perfurações jejuno ileais não traumáticas. Revisão de 30 anos no Hospital Universitário Antônio Pedro. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*; 2020; 30:10-15.
- [11] Matos MS, Oliveira Filho AHS, Vitório MB, Siqueira LA, Abreu MPA, Machado EM. Infarto omental - um diagnóstico diferencial de abdome agudo. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*: 2019; 14:46-49.
- [12] Sgarzela BC, Houat AP, Ribeiro BJ, Panizza PSB. Úlcera duodenal perfurada: um diagnóstico esquecido. *Brad Cases. Brazilian Radiological Cases*: 2022; 1:294-297.
- [13] Ilgar M, Akçiçek M, Ekmekyapar M. Causes of acute abdomen, preferred imaging methods and prognoses in geriatric patients presenting to the emergency department with abdominal pain. *Revista da Associação Médica Brasileira*: 2022; 68:1726-1729.
- [14] Wang k, Thida A, Seong G, Chiu E. Perforated gastric cancer: a case report and literature review. *Cureus*: 2024; 16: e51767-DOI10.7759/cureus.51767.
- [15] Amaral RN, Valadares LC, Antunes RV, Matos BP, Alquimim AF, Mazon G. Pneumoperitônio idiopático em idoso. Relato de caso. *Journal of Health and Biological Sciences*: 2017; 5:286-288.
- [16] Heather LY, Lee SW. Colorectal emergencies: review and controversies in the management of large bowel obstruction. *Journal of gastrointestinal Surgery*: 2013; 17:2007-2012.
- [17] Santos AC, Martins LLT, Brasil, MAS, Pinto AS, Gabriel Neto SG, Oliveira EC. Emergency surgery for complicated for complicated colorectal cancer in central Brazil. *Journal of Coloproctology*: 2014; 34:104-108.
- [18] Ramos, RF, Reis, LCS, Teixeira BEB, Andrade IM, Sulzbach JS, Leal RA. Cirurgia no câncer de cólon em pacientes operados de emergência. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*: 2017; 44:465-470.
- [19] Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Cimbanassi S Poiasina E et al. 2017 WES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. *World Journal of Emergency Surgery*: 2018; 13:36 <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0192-3>.
- [20] Trompetas V. Emergency management of malignant acute left-sided colonic obstruction. *Annals of Royal College of Surgeons of England*: 2008; 90:181-186.
- [21] Lim RHG, Toy CM, Wong B, Chong CS, Kono K, So JBY, Shabbir A. Perforated early gastric cancer: uncommon and easily missed a case report and review of literature. *Journal Gastric Cancer*: 2013; 13:65-68.
- [22] Aquino JLB, Cordeiro F, Pinotti S, Toledo JC, Reis Neto JA. Apendicite aguda no paciente idoso. *Revista Brasileira de Coloproctologia*: 1992; 12:125-128.
- [23] Henry MACA, Lercó MM, Oliveira WK, Crippa LT, Monteiro PAZ, Lombardi IAS, Rodrigues GD. Obstrução intestinal no idoso. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*: 2007; 20; 225-229.
- [24] Carlo JD, Toro A, Sparatore F, Primo S, Barbagalho F, Blassi M. Emergency gastric ulcer complications in elderly. Factors affecting the morbidity and mortality in relation to therapeutic approaches. *Minerva Chirurgica*; 2006; 61:325-332.
- [25] Andy P. Cirurgia no paciente idoso. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*: 2008; 35:153-154.
- [26] Fernando J, Loh SM. The early emergency laparotomy patient. *Annals Academy of Medicine of Singapore*: 2019; 48:382-385.
- [27] Fernandes CR, Ruiz Neto PP. O sistema respiratório e o idoso: implicações anestésicas. *Revista Brasileira de Anestesiologia*: 2002; 52: 461-469
- [28] Moraga AV, Rowley M, Fox J, Khan H, Paracha A, Price A, Pearce L. Emergency laparotomy in the older patient: factors predictive of 12 month mortality. *Salford- POPS.GS. An observational study. Aging Clinical and Experimental Research*: 2020; 32: 2367-2373.
- [29] Santiago ECL, Corgozinho MM, Gomes JR AA. Perfil cirúrgico e complicações pós-operatórias em idosos atendidos em um hospital público do Distrito Federal. *Revista Kairós*: 2020; 23: 185-199.
- [30] Junqueira Junior G, Didone EC, Reichet I, Pruinelli R, Amaral RL. Abdome agudo cirúrgico no idoso. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*: 1991; 18:6-10.