

Peculiaridades do exame físico do idoso

Peculiarities of the physical examination of elderly people

Ulisses Gabriel de Vasconcelos Cunha¹, Estevão Alves Valle², Rodrigo Ávila de Melo³

RESUMO

Este artigo destina-se a médicos generalistas que cuidam de pacientes idosos, com o objetivo de descrever peculiaridades do exame físico dos principais aparelhos em geriatria.

Palavras-chave: Idoso; Exame Físico; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos.

¹ Coordenador da Residência Médica em Geriatria do Hospital dos Servidores do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Preceptor da Residência de Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.
³ Médico-Geriatra. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

The aim of this review article is to describe peculiarities of the physical examination in the elderly and is addressed to the general physician who cares for elderly patients. Its beyond the scope of this revision, to describe details of the physical examination in this age group; we recommend the reader to report to the classical semiological books.

Key words: Aged; Physical Examination; Health of the Elderly; Health Services for the Aged.

INTRODUÇÃO

Esta revisão destina-se a oferecer ao médico generalista que cuida de idosos uma fonte de descrição de peculiaridades do exame físico da faixa etária geriátrica. Outras informações mais generalizadas poderão ser obtidas de livros clássicos de semiologia.

Face

Assimetria facial: a ausência de dentes (edentuloso) é mais comum em idosos e se associa à assimetria facial, o que dificulta o diagnóstico diferencial com a paresia facial secundária à doença do neurônio motor superior.

Discinesias orofaciais ou bucolinguais: consistem em movimentos involuntários da língua, musculatura oral e facial, mandíbula ou músculos mastigatórios. Pode ocorrer em idosos, particularmente naqueles com *deficit* cognitivo, nos edentulosos e nos que usam drogas antipsicóticas e antiparkinsonianas.

Artérias temporais: o achado de artérias temporais aumentadas, tortuosas e/ou sem pulso sugere o diagnóstico de arterite temporal.

Recebemos em: 11/06/2010

Aprovado em: 16/03/2011

Instituição:
Residência Médica em Geriatria do Hospital dos Servidores do Estado de Minas Gerais
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Ulisses Gabriel de Vasconcelos Cunha
Av. Afonso Pena 3.111, sala 201
Bairro: Funcionários
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30130-008
Email: ugvc@terra.com.br

Olhos

Ptose palpebral: pode ser uni ou bilateral. As causas mais frequentes nessa faixa etária são a ptose senil e a secundária à paralisia do terceiro par craniano.

Ectrópio: eversão palpebral.

Entrópio: inversão palpebral.

Arco senil: consiste em um anel esbranquiçado no perímetro da córnea, sendo comum no envelhecimento normal, sem significado patológico.

Pupilas: a pupila do idoso é menor, sendo frequente a presença de pequenas diferenças de tamanho entre as duas. O tempo de relaxamento e acomodação aumenta progressivamente com o passar dos anos, entretanto, a reação pupilar à luz está preservada.

Prolapso da íris: pode ser encontrado ocasionalmente em idosos, em geral, secundário à complicação de cirurgia de catarata.

Movimentação ocular: aproximadamente um terço dos idosos apresenta anormalidades do desvio conjugado do olhar para cima, na ausência de doença neurológica.

Fundo de olho: o papiledema é raramente observado em lesões expansivas intracerebrais no idoso. Sua detecção nessa faixa etária normalmente é prejudicada pela coexistência de catarata e dilatação inadequada das pupilas. A sua ausência, portanto, não exclui o diagnóstico de lesão intracraniana.

Cavidade Oral

As lesões benignas mais comumente encontradas são: a) úlceras bucais traumáticas secundárias a dentaduras, dentes fraturados e/ou restaurações; b) aftas (cada vez menos prevalentes após os 50 anos de idade); c) veias varicosas na parte ventral da língua (sem significado patogênico); d) estomatite induzida por dentaduras (alterações inflamatórias localizadas sob as dentaduras); e) estomatite angular; f) cáries dentárias e/ou doença periodontal nos que mantiveram os dentes naturais.

Ouvidos

Prega no lobo da orelha (sinal de Lichtstein): consiste em uma prega oblíqua, frequentemente bilateral, do lobo da orelha. É observada comumente

na idade avançada e considerada possível marcador externo de aterosclerose.

Testes de acuidade auditiva: o teste do sussurro pode ser realizado à cabeceira do leito e consiste em pronunciar palavras à distância de 60 cm de cada ouvido. Outros testes, como o de Rinne e Weber, têm papel limitado nessa faixa etária, pois a sua confiabilidade depende da cognição e da cooperação dos pacientes.

Pescoço

Bócio: o bócio difuso é incomum no idoso, porém, quando ocorre, deve-se à doença de Graves, tireoidite, efeito de medicamentos ou linfoma. O bócio multinodular é mais prevalente, usualmente secundário à doença benigna e usualmente não constitui fator de risco para malignização.

Limitação da movimentação do pescoço: secundária à osteoartrose cervical, é achado frequente em idosos.

Exame do Tórax

Inspeção: 1. **Cifose acentuada:** as alterações da coluna são frequentemente observadas em idosos. A cifose na mulher é comumente secundária a doenças degenerativas da coluna, sobretudo à osteoporose com fraturas. Em homens, usualmente a osteoporose é devida à causa secundária como hipogonadismo, corticoterapia, mieloma múltiplo, metástases ósseas ou alcoolismo; 2. **Tiragem:** constitui, em geral, manifestação de obstrução de vias respiratórias, sendo comum nos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), especialmente na insuficiência respiratória. Pode ocorrer também em obstruções altas. No idoso restrito ao leito, dependente para se alimentar, a obstrução pode ser devida à presença de corpo estranho (prótese dentária) ou alimento sólido nas vias aéreas superiores; 3. **Ginecomastia:** pode ocorrer no envelhecimento normal, sendo desprovida de significado patogênico. No entanto, causas clássicas como tumores, hepatopatia e uso de alguns medicamentos devem ser descartadas; 4. **Frequência e padrão respiratório:** a frequência respiratória no idoso tem particular significado semiológico quando superior a 24 incursões respiratórias por minuto. A taquipneia pode prece-

der o diagnóstico clínico de infecção respiratória em até três a quatro dias; 5. **Expansão torácica:** frequentemente limitada no idoso e nem sempre oferece muitas informações.¹⁻⁵

Ausulta respiratória: é mais difícil de ser realizada em idosos, porque os idosos nem sempre conseguem realizar inspirações profundas. São frequentes as crepitações nas bases pulmonares desprovidas de significado clínico, particularmente quando desaparecem após a tosse. A ausulta pode também identificar ruídos resultantes de pneumopatias prévias, o que dificulta a sua interpretação diante de sintomatologia aguda. Em caso de pneumonia os sinais identificados à ausulta, como crepitações, nem sempre apresentam correspondência imediata com a imagem radiológica, uma vez que as alterações na radiografia de tórax podem demorar até 72 horas para se tornarem evidentes.¹⁻⁵

Aparelho cardiovascular

Pressão arterial (PA): muitas vezes são necessárias diversas mensurações, pois a variabilidade da PA aumenta com a idade. Recomenda-se mensurar a PA em ambos os braços. Caso haja variação de uma medida para outra, considera-se o mais alto valor encontrado, visto que o mais baixo resulta de fenômenos ateroscleróticos que mascaram a PA real. O **hiato auscultatório** consiste no desaparecimento dos sons na ausulta durante a deflação do manguito, geralmente entre o final da fase 1 e o início da fase 2 dos sons de Korotkoff. Esse achado pode subestimar a verdadeira pressão arterial sistólica (PAS) ou superestimar a pressão arterial diastólica (PAD). Evita-se esse erro insuflando-se o manguito até níveis de PAS nos quais há o desaparecimento do pulso à palpação. A **pseudo-hipertensão** decorre de artefato resultante do endurecimento das paredes das artérias periféricas, que promove falsa estimativa da PA à esfigmomanometria. Esse diagnóstico é sugerido em indivíduos, em geral idosos, com níveis pressóricos elevados e ausência de lesão em órgãos-alvo e que apresentam artérias dos braços calcificadas, que podem ser identificadas à palpação e/ou ao exame radiológico. O **sinal de Osler** consiste na detecção de artérias palpáveis quando o esfigmomanômetro encontra-se insuflado em nível superior ao da PAS. Auxilia na identificação da pseudo-hipertensão. A **hipotensão ortostática (HO)** pode subestimar a

PAS, caso a sua mensuração seja feita somente na posição assentada. Aconselha-se para todos os idosos a aferição da PA em decúbito e em ortostatismo. A HO pode ser classificada de acordo com a variação da FC, observada quando o paciente assume a posição ortostática, em: a) HO simpaticotônica: ocorre resposta cardíaca compensatória apropriada (aumento da FC em até cerca de 20 bpm). Esse tipo de HO encontra-se, em geral, associado ao condicionamento físico, uso de medicamentos ou à hipovolemia; b) HO por disfunção autonômica: não ocorre aumento da FC com a queda postural da PA ou, se ocorre, em geral não é superior a 10 bpm; c) HO por distúrbio vagal: ocorre diminuição da FC associada à queda postural da PA.⁶⁻⁸

Pulso arterial: em idosos, o pulso *parvus et tardus*, encontrado nos casos de estenose aórtica, é mascarado pelo endurecimento das paredes arteriais e pela presença de fibrilação atrial (FA). Ao contrário, os sinais periféricos da insuficiência aórtica são de fácil reconhecimento.⁶⁻⁸

Ictus cordis ou choque da ponta: embora importante na avaliação de pacientes jovens, o *ictus cordis* é palpado em 35% dos idosos hospitalizados. Torna-se, com o avançar dos anos, cada vez mais difícil a sua palpação, particularmente em pessoas com 80 anos ou mais de idade. A sua sensibilidade e especificidade, mesmo quando palpáveis, são baixas como índice de cardiomegalia, se comparadas à radiografia do tórax e ao ecocardiograma. Os distúrbios músculo-esqueléticos frequentes no idoso, como a cifoescoliose e o enfisema pulmonar, afetam a sua localização. Deste modo, na idade avançada, o *ictus cordis* não constitui marcador clínico confiável na avaliação da área cardíaca. Esses mesmos fatores referidos dificultam a palpação de bulhas e frêmitos nos idosos.⁶⁻⁸

Ausulta cardíaca: 1. **Bulhas cardíacas:** a primeira bulha apresenta o componente mitral mais alto e o tricúspide mais suave, cujo desdobramento pode ser ouvido na borda esternal inferior esquerda em pessoas normais, em geral não influenciável pelo movimento respiratório. A segunda bulha possui intensidade variável com o local da ausulta e outros fatores constitucionais. Assim, até a quarta década de vida, ela é mais intensa no segundo espaço intercostal esquerdo do que no direito. Em idade mais avançada, essa relação se inverte devido provavelmente a modificações na posição da aorta e da artéria pulmonar, consequentes ao processo de envelhecimento.

Também a fonese da segunda bulha pode ser influenciada por fatores cardíacos e extracardíacos. Outra variação frequente é o desdobramento paradoxal da segunda bulha, cujas causas, em idosos, podem ser a sobrecarga de ventrículo esquerdo, a estenose aórtica grave, a miocardiopatia dilatada ou hipertrófica, a isquemia miocárdica aguda, o bloqueio de ramo esquerdo, o marca-passo artificial ou os ritmos ectópicos originados no ventrículo direito. A **terceira bulha** pode ser de difícil detecção, pela existência de enfisema pulmonar e de escoliose. É sempre patogênica no idoso e indicador confiável de insuficiência ventricular esquerda. A **quarta bulha** pode ser detectada em até 94% dos idosos, independentemente da presença ou não de cardiopatia. Tem seu valor limitado no diagnóstico das doenças cardíacas no idoso, sendo considerada até como fisiológica na velhice;

2. Sopros cardíacos: são muito frequentes na idade avançada. A prevalência de sopros sistólicos na população idosa é de cerca de 60%. Decorrem principalmente da doença valvar calcificada, sendo a valva aórtica e a mitral as mais comumente afetadas. As manobras utilizadas com os jovens também se aplicam aos idosos. A localização do sopro, entretanto, possui significado reduzido, exemplificado pelo fato de que a maioria do sopro sistólico apical em idoso resulta de lesões da valva aórtica e não da mitral. Os sopros sistólicos originados na região da valva aórtica são devidos à dilatação do anel aórtico e da aorta ascendente ou de espessamento, deformidade e/ou calcificação das cúspides valvares. O sopro sistólico da estenose aórtica é frequentemente menos intenso em idoso e pode ser confundido com o da regurgitação mitral. Outra possibilidade em idosos é a existência de valva aórtica calcificada sem fusão comissural - tipo mais comum de estenose aórtica nesse grupo - que em vez de produzir um jato para dentro da aorta ascendente, pode fazê-lo em *spray*. Assim, o sopro áspero na base direita pode ser menos intenso e comparativamente indistinguível. Devido à falta de fusão comissural, o ruído de ejeção usualmente não está presente. Desde que as cúspides não estejam fundidas, elas podem vibrar durante a ejeção ventricular, produzindo um sopro sistólico musical transmitido através do ventrículo esquerdo. Esse sopro audível na região apical ou próximo do *ictus* é frequentemente confundido com sopro de regurgitação mitral. O sopro sistólico apical em idosos pode também resultar de regurgitação mitral, embora ele possa irradiar-se também para a axila ou borda esternal esquerda. Às

vezes, o sopro holossistólico apical tem componente áspero que pode gerar certa confusão com o sopro da estenose aórtica. A estenose mitral oculta com primeira bulha suave devido à calcificação valvar e sopro diastólico inaudível devido a baixo débito cardíaco, FA, enfisema ou deformidade da parede torácica pode representar desafio diagnóstico em geriatria. O prolapso de valva mitral (PVM) pode originar importante regurgitação mitral. O sopro característico que a acompanha caracteriza-se como meso a telesistólico e em homens idosos a regurgitação é comumente holossistólica. O sopro da regurgitação tricúspide, na maioria dos casos, tem mecanismo semelhante ao da regurgitação mitral funcional, isto é, deve-se à acentuada dilatação do átrio e ventrículo direitos ou do anel valvar. A etiologia usual para esse tipo de sopro, em idosos, decorre de *cor pulmonale* secundário a DPOC, miocardiopatias dilatadas e raramente à embolia pulmonar. É importante lembrar que diante de comprometimento da função ventricular há diminuição da intensidade dos sopros, dificultando o diagnóstico das disfunções valvares. Desse modo, frequentemente deixa-se de diagnosticar uma valvopatia em pacientes com insuficiência cardíaca (IC).⁶⁻⁸

Edema sacral: pode ser a única manifestação de IC congestiva em idosos restritos ao leito, sendo sinal frequentemente negligenciado.⁶⁻⁸

Abdômen

Palpação: deve-se observar na palpação abdominal mais probabilidade de se encontrarem massas pulsáteis devido a aneurisma da aorta e às fezes. O abdômen agudo em idosos pode advir sem rigidez intensa da parede abdominal, sendo até mais comum o aparecimento de distensão abdominal. Essa alteração pode ser atribuída à fraqueza da parede abdominal e à distensão de alças intestinais verificadas na peritonite. O fígado em idosos pode ser palpável devido a anormalidades da caixa torácica e não ser indicativo de insuficiência cardíaca direita ou de hepatopatias.⁹

Exame urológico

Pode ocorrer atrofia fisiológica dos testículos com o avançar dos anos, no entanto, causas clássicas de atrofia testicular devem ser descartadas.

Membro inferior

Edema: em idosos a causa mais frequente de edema de membros inferiores (MMII) é a imobilidade, agravada pela precariedade na drenagem venosa. Comumente o edema de MMII é atribuído de maneira incorreta à IC nessa faixa etária. Sabe-se que mesmo quando o edema de membros inferiores é devido a uma causa cardíaca, nos estágios iniciais da IC este é geralmente intermitente, de modo que nem sempre é detectado ao exame físico. O edema de membro inferior não constitui, assim, sinal confiável de IC nos idosos.

Atrofia do quadríceps: usualmente secundária a imobilidade prolongada, desnutrição ou osteoartrose dos joelhos e coxofemorais.

Alterações ungueais: a onicogribose representa o espessamento e deformidade acentuada da unha do hálux, indicativo de negligência física e social.

Exame neurológico

Motricidade: o idoso tende a apresentar declínio da motricidade com o avançar dos anos, com perda da força e da velocidade dos movimentos, usualmente de maneira simétrica. As anormalidades motoras assimétricas são quase sempre patológicas.¹⁰⁻¹²

Paratonia (*Gegenhalten*): é achado frequente nos portadores de demência e sugere disfunção bilateral dos lobos frontais. Verifica-se aumento da resistência de maneira progressiva e irregular a qualquer movimento que se faça. A hipertonía, nesse caso, é proporcional à força empregada e aumenta quando se pede ao paciente que relaxe.¹⁰⁻¹²

Sensibilidade: os testes de sensibilidade no idoso são limitados particularmente pela cooperação e função cognitiva do paciente.¹⁰⁻¹²

Senso de posição e vibração: é de pouco significado nos idosos, particularmente nos MMII.¹⁰⁻¹²

Reflexos tendíneos: o reflexo aquileu comumente encontra-se abolido na ausência de doença, particularmente em mulheres. O reflexo patelar pode ser obscurecido na vigência de osteoartrose dos joelhos. Os reflexos abdominais frequentemente se apresentam hipoativos ou mesmo em decorrência de alterações tróficas da musculatura abdominal. A resposta extensora plantar (sinal de Babinski) é sempre patogênico no idoso, significando interrupção do trato corticoespi-

nhal, em qualquer parte do seu trajeto do córtex motor contralateral à medula espinhal lombossacra. Observa-se, quando anormal, a extensão do hálux, podendo haver flexão do joelho e do quadril. Esse exame pode ser prejudicado em idosos portadores de hálux valgo. Os reflexos primitivos são normalmente encontrados na infância, sendo que o reaparecimento na idade avançada é, em geral, indicativo de doença cerebral difusa irreversível, como nos processos demenciais.¹⁰⁻¹²

Sinais de irritação meníngea: a rigidez cervical é de difícil interpretação em idosos, devido à alta prevalência de osteoartrose da coluna cervical. O sinal de Kernig identificado pela semiflexão brusca da perna quando o examinador ergue passivamente o membro inferior do paciente e fletindo-o em direção à bacia é, em geral, de difícil interpretação nesse grupo etário. O sinal de Brudzinski consiste na semiflexão brusca das pernas ao ser antefletida passivamente a cabeça do paciente.¹⁰⁻¹²

REFERÊNCIAS

1. Brandstetter RDD, Kazemi H. Ageing and respiratory system. *Med Clin North Am.* 1983; 67: 441-53.
2. Bethlem N. Métodos de diagnóstico clínico. In: Bethlem N. *Pneumologia.* Rio de Janeiro: Atheneu; 1973. p. 21-42.
3. Delp MH, Manning RT. Exame do tórax, pulmões e sistema pulmonar. In: Delp MH, Manning RT, editores. *Exame clínico.* 8ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1976. p. 152-79.
4. Krump PE, Knudson RJ, Parsons G, Reiser K. The Aging respiratory system. *Clin Geriatric Med.* 1985; 1(1):143-75.
5. Paré JAP, Fraser RG. *Diagnostico de las enfermedades del torax.* Barcelona: Salvat; 1973.
6. Serro-Azul LG, Pileggi FJC, Moffa PJ. *Propedêutica cardiológica - bases fisiopatológicas.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
7. Lakatta EG, Gerstenblith G, Weisfeldt ML. The aging heart: structure, function, and disease. In: Braunwald E, editor. *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine.* 15ª ed. Philadelphia: WB Saunders; 1980.
8. Cunha UGV, Giacomini KC. Sinais e sintomas cardiorespiratórios no paciente idoso: diferenças e dificuldades de interpretação. *Rev SOCERG.* 1997 jan/mar; 10(1):13-22.
9. Cunha UGV. Alterações gastroenterológicas no idoso. In: Dani R, Castro LP. *Gastroenterologia clínica.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.
10. Gladstone DJ, Black SE. The neurological examination in aging, dementia and cerebrovascular disease. Part 2: Motor examination. *Geriatr Aging.* 2002; 5(8):44-9.
11. Gladstone DJ, Black SE. The neurological examination in aging, dementia and cerebrovascular disease. Part 3: Coordination, balance and gait. *Geriatr Aging.* 2002; 5(9):55-60.
12. Rubino FA. Gait disorders. *Neurologist.* 2002 Jul; 8(4):254-62.