



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental.
Laboratório de Habilidades Médicas



***Manual Teórico
de Semiotécnica Médica.***

**Volume 05
Abdome**



Belém - Pará
2016



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Laboratório de Habilidades Médicas
Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental.

Reitor da UEPA:

Prof. Dr. Juarez Antônio Simões Quaresma

Vice Reitor

Prof. Rubens Cardoso da Silva

Pró-reitor de pesquisa:

Prof. Douglas Rodrigues da Conceição

Pró-reitora de extensão:

Prof.^a Dr.^a Mariane Cordeiro Alves Franco

Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde:

Prof.^a Dr.^a Ilma Pastana Ferreira

Coordenadora do Curso de Medicina:

Prof.^a Dr.^a Elaine Xavier Prestes

Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental:

Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito

Trabalho desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental como um dos produtos da tese da pós-graduanda Dr.^a Ana Paula Santos Oliveira Brito, sob orientação do Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito.

REPRODUÇÃO PROIBIDA

Nenhuma parte desta obra, ou sua totalidade poderá ser reproduzida sem a permissão por escrito dos autores, quer por meio de fotocópias, fotografias, “scanner”, meios mecânicos e/ou eletrônicos ou quaisquer outros meios de reprodução ou gravação. Os infratores estarão sujeitos a punição pela lei 5.988, de dezembro de 1973, artigos 122-130 e pela lei do Direito Autoral, nº 9.610/98.

© Direitos de cópias / Copyright 2016
por / by / MESTRADO CIPE / UEPA
Belém, Pará, Brasil

AUTORES

Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito

Dr.^a Ana Paula Santos Oliveira Brito

Prof. Dr. Edson Yuzur Yasojima

COLABORADORES

Ana Cláudia Cavalcante da Silva

Gisely Mouta de Andrade

Kerlainy Mazzinghy Lopes

Shádya Teixeira Amer

CURSO BÁSICO DE
SEMIOTÉCNICA MÉDICA



1. Abordagem Geral

Para um bom exame abdominal são necessárias uma boa iluminação e a exposição total do abdome, desde a região do apêndice xifóide até a sínfise pubiana. A virilha deve ficar visível, mesmo que a genitália seja mantida coberta. Além disso, algumas outras condições devem ser seguidas para se obter um bom exame, dentre elas:

- O paciente deve ficar deitado em decúbito dorsal com os braços mantidos ao lado do corpo ou cruzados sobre o tórax, estando o médico a direita do paciente (**Imagem 1**). Embora muitos pacientes coloquem os braços sob a cabeça, essa é uma posição que atrapalha por estirar e contrair a parede abdominal, dificultando a palpação;



Imagem 1: Posicionamento do paciente para o exame do abdome.

Fonte: Curso Básico de Semiotécnica Médica.

- Explique o que será feito ao paciente antes de iniciar qualquer técnica;
- Mantenha as mãos e o estetoscópio aquecidos e as unhas cortadas. Friccione as mãos para ajudar a aquecê-las;
- O paciente não deve estar com a bexiga cheia;
- Antes da palpação, peça ao paciente para indicar as regiões dolorosas ou hipersensíveis, e deixe para examiná-las por último;
- Monitorize seu exame, pesquisando sinais de desconforto na expressão do paciente.

Adquira o hábito de imaginar cada órgão na região que está sendo examinada. Começando pela direita do paciente, prossiga de forma ordenada: inspeção, ausculta, percussão e palpação do abdome, além de avaliação do fígado, do baço e da aorta.

O abdome pode ser dividido em quatro quadrantes passando duas linhas perpendiculares, onde o ponto de interseção entre elas está localizado sobre a cicatriz umbilical, formando assim: o quadrante superior direito (QSD), quadrante superior esquerdo (QSE), quadrante inferior direito (QID) e o quadrante inferior esquerdo (QIE), ilustrados na **Imagem 2**.

Outra forma de dividir o abdome é em nove zonas, passando-se duas linhas horizontais sendo uma logo abaixo do rebordo costal e outra na margem superior das cristas ilíacas, e verticalmente passando-se duas linhas pelas linhas hemiclaviculares direita e esquerda, formando-se assim as nove zonas: hipocôndrio direito (HD); epigástrico (EG); hipocôndrio esquerdo (HE); flanco direito (FD); mesogástrico (MG); flanco esquerdo (FE); fossa ilíaca direita (FID); hipogástrico (HG); fossa ilíaca esquerda (FIE), ilustrados na **Imagem 3**.



Imagem 2: Representação dos quadrantes do abdome. **QSD:** Quadrante Superior Direito; **QSE:** Quadrante Superior Esquerdo; **QID:** Quadrante Inferior Direito; **QIE:** Quadrante Inferior Esquerdo. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.



Imagem 3: Representação das nove zonas do abdome. **HD:** Hipocondrio Direito; **EG:** Epigástrico; **HE:** Hipocondrio Esquerdo; **FD:** Flanco Direito; **MG:** Mesogástrico; **FE:** Flanco Esquerdo; **FID:** Fossa Ilíaca Direita; **HG:** Hipogástrico; **FIE:** Fossa Ilíaca Esquerda. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

De forma geral, o abdome deve ser avaliado a fim de definir o tipo de abdome, a presença de cicatrizes ou lesões elementares, abaulamentos ou retrações na parede abdominal, herniações, massas visíveis e presença de circulação colateral. Além de observar o movimento peristáltico, a movimentação respiratória e a pulsação aórtica abdominal.

2.1. Inspeção Estática

Inspeccione o abdome, mantendo-se à direita do paciente. Observe a pele, inclusive a presença de cicatrizes (descrevendo-as e identificando suas localizações), estrias esbranquiçadas antigas ou marcas de estiramento, circulação colateral, erupções e lesões elementares, tumorações, herniações, presença de abaulamentos e retrações. Verifique o contorno e a localização do umbigo.

Avalie o tipo de abdome, cujas formas de apresentação mais frequentes são: abdome normal ou atípico, abdome globoso, abdome em ventre de batráquio, abdome em avental, abdome pendular ou abdome escavado.

2.1.1. Tipos de abdome

- Abdome normal ou atípico: plano, sem alteração do volume abdominal (**Imagem 4**).



Imagem 4: Abdome normal ou atípico.

Fonte: Curso Básico de Semiotécnica Médica.

- Abdome globoso: aumento do diâmetro anteroposterior, por exemplo: gravidez, ascite, obesidade (**Imagem 5**).



Imagem 5: Abdome globoso.
Fonte: Ebah-Avaliação Tórax e Abdome.

-
-
- Abdome escavado: retração da parede abdominal. Exemplo: pessoas muito emagrecidas (**Imagem 6**).



Imagem 6: Abdome escavado.
Fonte: Tv web sertão.

- Abdome em ventre de batráquio: com o paciente em decúbito dorsal, há um aumento do diâmetro transversal em relação ao diâmetro anteroposterior (**Imagem 7**).



Imagem 7: Abdome em ventre de batráquio. **Fonte:** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica.

-
-
-
-
- Abdome em avental: sobreposição da parede abdominal sobre a raiz das coxas, aparecendo em pessoas obesas devido ao acúmulo de gordura na parede abdominal (**Imagem 8**).



Imagem 8: Abdome em avental. **Fonte:** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica.

- Abdome pendular: tem um aspecto semelhante ao abdome em avental, resultando da fraqueza da musculatura do abdome inferior, não estando necessariamente associada à obesidade (**Imagem 9**).



Imagem 9: Abdome pendular **Fonte:** Revista |Brasileira de Cirurgia Plástica.

2.1.2. Cicatrizes

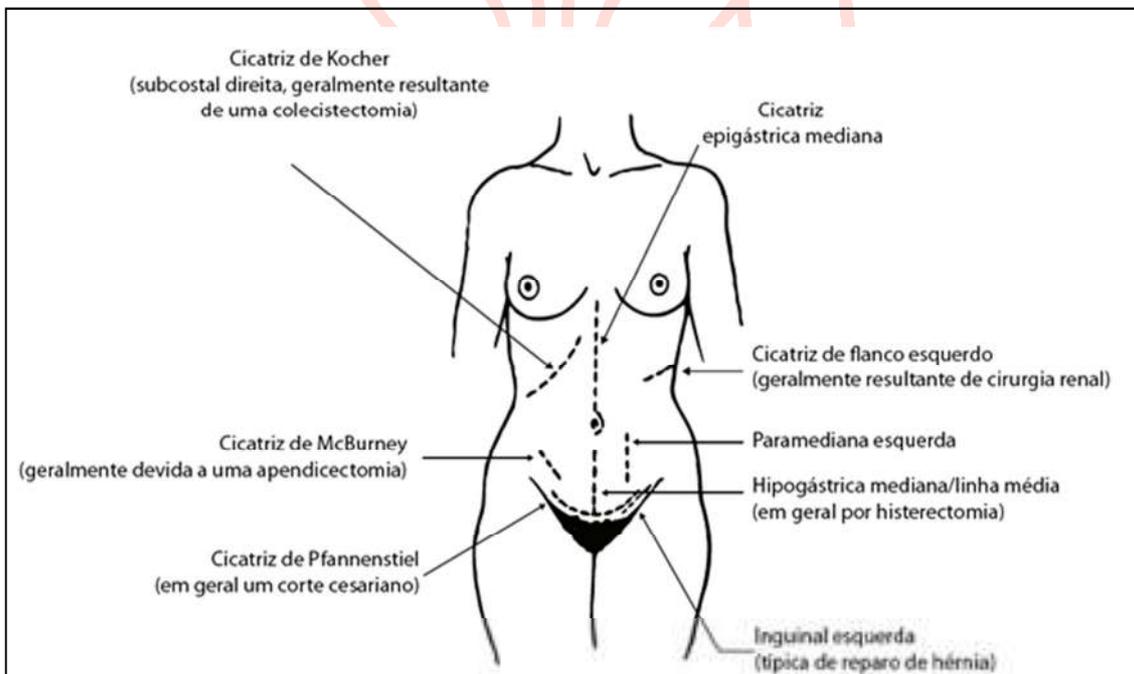


Imagem 10: Cicatrizes cirúrgicas (patológicas) abdominais. **Fonte:** Propedêutica Abdominal – Sérgio H.S.Domingues.

2.1.3. Circulação colateral



Imagem 11: Circulação colateral. **Fonte:** Grupo de Estudo em Semiologia e Propedêutica.

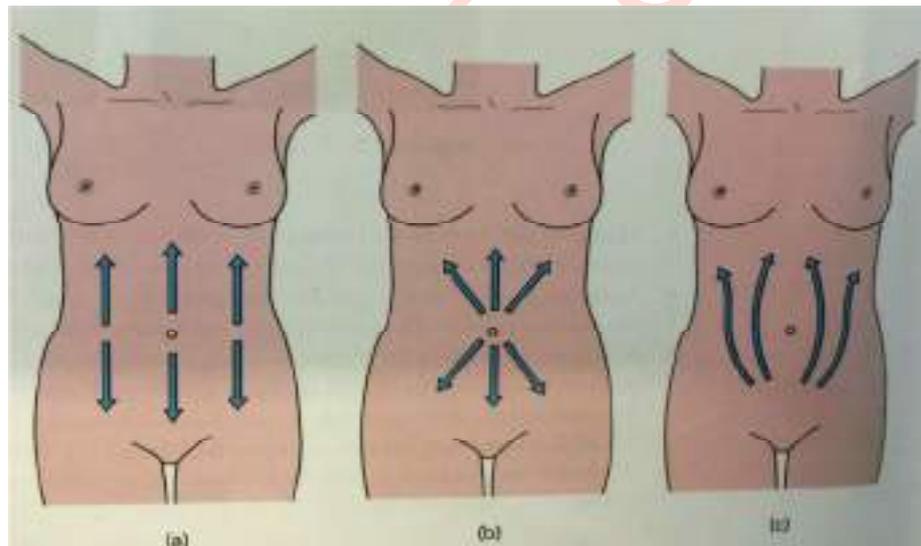


Imagem 12: Determinação da direção do fluxo sanguíneo nas veias abdominais. (a) Padrão normal do fluxo sanguíneo e padrões característicos da (b) hipertensão porta e da (c) obstrução da veia cava inferior. **Fonte:** Rocco. J. R. Semiologia Médica, 2010.

2.1.4. Abaulamento



Imagem 13: Abaulamento. **Fonte:** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

2.1.5. Retração



Imagem 14: Retração. **Fonte:** Clínica Prof. Dr. Bernardo Hockman – Núcleo de Tratamento e Prevenção de Quelóides e Cicatrizes – Cirurgia Plástica.

2.1.6. Herniação

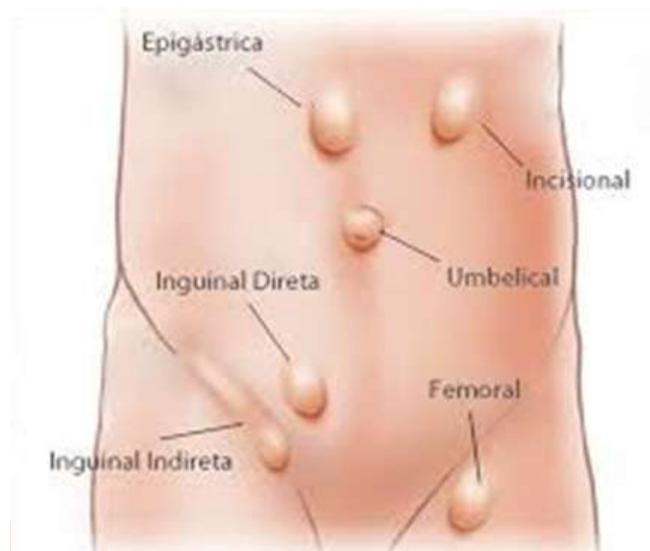


Imagem 15: Herniação. **Fonte:** De Luca Gastrocirurgia.

Descrição fisiológica: A inspeção estática do abdome realizada no paciente “X” apresenta abdome plano, sem lesão elementar, sem circulação colateral, sem retração ou abaulamento, sem cicatrizes patológicas e herniações, com presença de cicatriz fisiológica.”

Descrição patológica: A inspeção estática do abdome realizada no paciente “X” apresenta abdome pendular, com estrias esbranquiçadas, com retração em região hipogástrio, sem circulação colateral, sem abaulamento, sem cicatrizes patológicas e herniações, com presença de cicatriz fisiológica”

2.2. Inspeção Dinâmica

Inspecione o abdome, mantendo-se à direita do paciente. Na inspeção dinâmica procura-se avaliar os movimentos respiratórios, que, geralmente possui um padrão respiratório misto (toracoabdominal) no sexo masculino e, um padrão de movimentos respiratórios torácicos nas mulheres.

Os movimentos peristálticos normalmente não são visíveis, quando presentes representam um sinal de luta contra uma obstrução no trato gastrointestinal.



Imagem 16: Movimentos peristálticos.
Fonte: Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

O pulso aórtico abdominal pode ser observado em pessoas emagrecidas, geralmente na presença de massas localizadas próximas ao vaso ou aneurismas.

Durante a realização do exame algumas manobras podem ser realizadas para facilitar a visualização de herniações e a localização de massas. Dentre as manobras que podem ser realizadas têm-se a manobra de Valsalva (**Imagem 17**), na qual, solicita-se ao paciente que assope em uma das mãos fechadas e com isso ocorre o aumento da pressão intra-abdominal permitindo avaliar herniações.



Imagem 17: Manobra de Valsalva. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: A inspeção dinâmica do abdome do paciente “X” apresenta padrão respiratório misto, ausência de movimentos peristálticos ou pulsação da aorta abdominal visíveis, ausência de herniações e massas na parede abdominal.

Descrição patológica: A inspeção dinâmica do abdome do paciente “X” apresenta padrão respiratório misto, movimentos peristálticos visíveis, presença de hérnia umbilical evidenciada pela Manobra de Valsalva, presença de massas na parede abdominal em região epigástrico evidenciada pela Manobra de Smith Bates, ausência pulsação da aorta abdominal visível.

3. Ausculta

A ausculta do abdome tem utilidade para se avaliar a motilidade intestinal e a presença de sopros arteriais. Ausculte o abdome antes de percutí-lo e palpá-lo, pois essas manobras podem alterar a frequência dos ruídos abdominais ao estimular o peristaltismo. Com o paciente em decúbito dorsal posicione suavemente o diafragma de seu estetoscópio no abdome do paciente. Para realização desta técnica utiliza-se a divisão do abdome em quadrantes, devendo-se realizar a ausculta em um único ponto durante três minutos em cada área auscultada (**Imagem 19**).

Ausculte os ruídos intestinais observando a sua frequência e características. Os ruídos normais consistem em cliques e borbulhamentos com uma frequência estimada de 5 a 34 por minuto. Sendo considerado hiperperistaltismo: acima de 34 ruídos por minuto; hipoperistaltismo: menor do que cinco ruídos por minuto; e aperistáltico ou ausente: não se ausculta nenhum ruído.

Com relação à ausculta vascular, realiza-se a pesquisa de sopros auscultando os pontos da artéria aorta abdominal, das artérias renais, das artérias ilíacas e das artérias femorais.

-
- Pontos de ausculta dos quadrantes abdominais:



Imagem 19: A: ausculta do quadrante superior direito; B: ausculta do quadrante superior esquerdo; C: ausculta do quadrante inferior direito; D: ausculta do quadrante inferior esquerdo. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

-
-
-
- Pontos para a ausculta vascular:

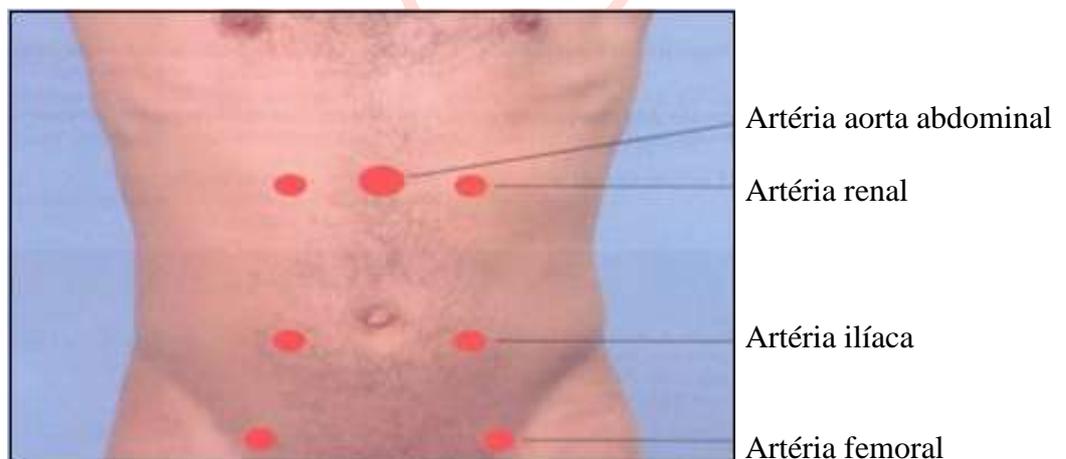


Imagem 20: Pontos de ausculta vascular. **Fonte:** Fundação Lusíada – Propedêutica abdominal 1.

Descrição fisiológica: A ausculta abdominal do paciente X apresenta ruídos hidroaéreos de propulsão e mistura presentes e normoaudíveis.

Descrição patológica: A ausculta abdominal do paciente X apresenta ruídos hidroaéreos de propulsão e mistura ausentes.

4. Percussão

A percussão ajuda a avaliar a intensidade e a distribuição dos gases no abdome, além de identificar possíveis massas sólidas ou preenchidas por líquido, pontos dolorosos, determinar as dimensões hepáticas (hepatimetria) e se há aumento do baço.

A posição do paciente costuma ser a mesma das etapas de inspeção e ausculta. O médico realiza a percussão em pé, à direita do paciente. O ouvido do mesmo deve estar a menos de 1 metro do ponto percutido. Percuta suavemente o abdome em todos os quatro quadrantes, para avaliar a distribuição dos sons. Repita até três vezes a percussão sobre a mesma área, sempre lembrando que o exame deve ser objetivo e deve seguir uma sequência. Realiza-se a percussão utilizando a técnica plexor-plexímetro (**Imagem 21**).

Quatro tipos de sons podem ser encontrados na percussão abdominal: timpânico, hipertimpânico, maciço e submaciço.

O timpanismo costuma predominar, em função dos gases existentes no aparelho gastrointestinal. É o som apresentado pelo abdome normal em quase toda a sua extensão. Quando o paciente está na posição supina, é o som mais nítido sob a área de projeção do estômago na parede anterior do abdome.

O som timpânico é percebido nitidamente sob o espaço de Traube, localizado do sexto ao décimo primeiro espaço intercostal esquerdo, no qual normalmente apresenta timpanismo à percussão. O timpanismo pode ser substituído por submacicez ou macicez se a área percutida estiver ocupada por estruturas sólidas, fezes ou líquidos.

O som hipertimpânico é obtido quando o conteúdo aéreo do aparelho gastrointestinal está aumentado (meteorismo, obstrução intestinal, pneumoperitônio, etc.). A submacicez é encontrada em áreas de menor conteúdo gasoso ou na presença de um órgão maciço, como ocorre na zona do hipocôndrio direito onde se localiza o fígado. A percussão sobre área sólida nos mostra um som tipicamente maciço.

- Observe regiões de macicez que possam indicar aumento do órgão. Esta observação orientará sua palpação.

- Percuta suscintamente a borda ântero – inferior do tórax, entre os pulmões e o rebordo costal. À direita, em geral é detectada a macicez hepática e, à esquerda, o timpanismo sobre a câmara de ar do estômago e a flexura esplênica do cólon.

Pontos que devem ser percutidos:



Imagem 21: Percussão pela técnica plexor-plexímetro. **A:** Quadrante superior direito; **B:** Quadrante superior esquerdo; **C:** Quadrante inferior direito; **D:** Quadrante inferior esquerdo. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: A percussão abdominal do paciente X apresenta som timpânico, principalmente, nos quadrantes inferior direito e superior esquerdo, apresentando som maciço nos quadrantes superior direito e inferior esquerdo.

Descrição patológica: A percussão abdominal do paciente X apresenta som timpânico distribuído difusamente em todo o abdome.

5. Palpação

A palpação do abdome é dividida em superficial e profunda; e antes de realizar deve sempre explicar ao paciente como será feito o exame e perguntar se sente dor em algum ponto. Em caso de dor, pede-se ao paciente para que aponte o local e então o examinador realiza a palpação primeiramente em zonas não dolorosas e por última na zona dolorosa. A fim de que o exame seja realizado de forma completa, orienta-se que o examinador realize a palpação superficial e profunda pela divisão do abdome em zonas, pela maior precisão da localização de um achado clínico, seguindo o sentido horário: fossa ilíaca direita, seguida do flanco direito, hipocôndrio direito, epigástrico, hipocôndrio esquerdo, flanco esquerdo, fossa ilíaca esquerda, hipogástrico e por fim o mesogástrico.

5.1. Palpação Superficial

É a palpação suave do abdome, muito útil para identificar pontos dolorosos, consistência da parede abdominal, massas superficiais palpáveis, a presença de lesões de continuidade da parede abdominal e a temperatura local.

O examinador posiciona-se à direita do paciente e, antes de iniciar a palpação, verifica a temperatura local com o dorso da mão nos quatro quadrantes abdominais (**Imagem 22**). Após isso, inicia-se a palpação unimanual com os dedos juntos e retos sobre a superfície abdominal, palpando o abdome com um movimento leve, delicado e circular. Ao deslocar a mão de uma zona para outra, eleve-a um pouco acima da pele a fim de palpar todas as zonas com movimentos suaves (**Imagem 23**).

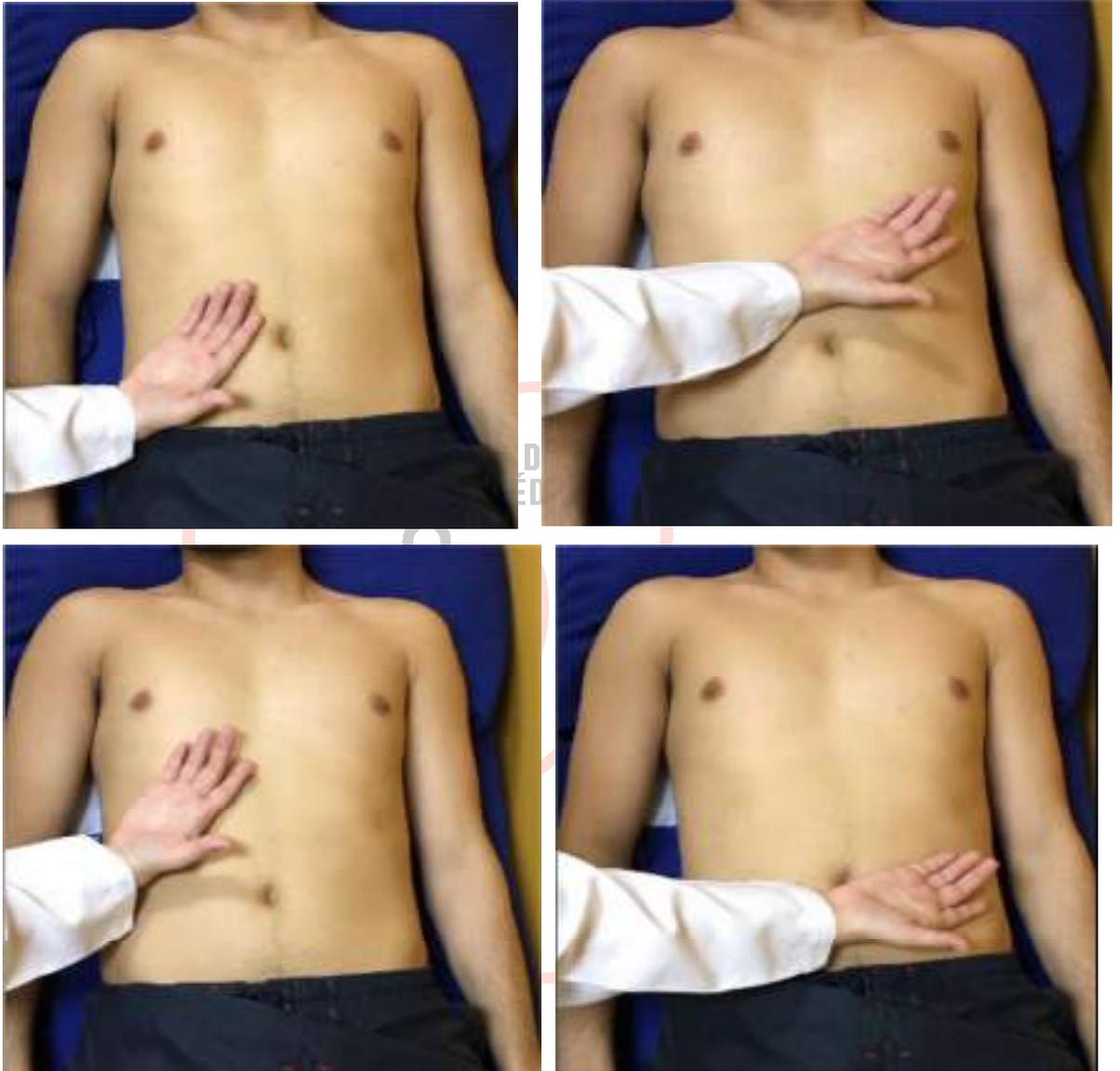


Imagem 22: Verificação da temperatura local.
Fonte: Curso Básico de Semiotécnica Médica.

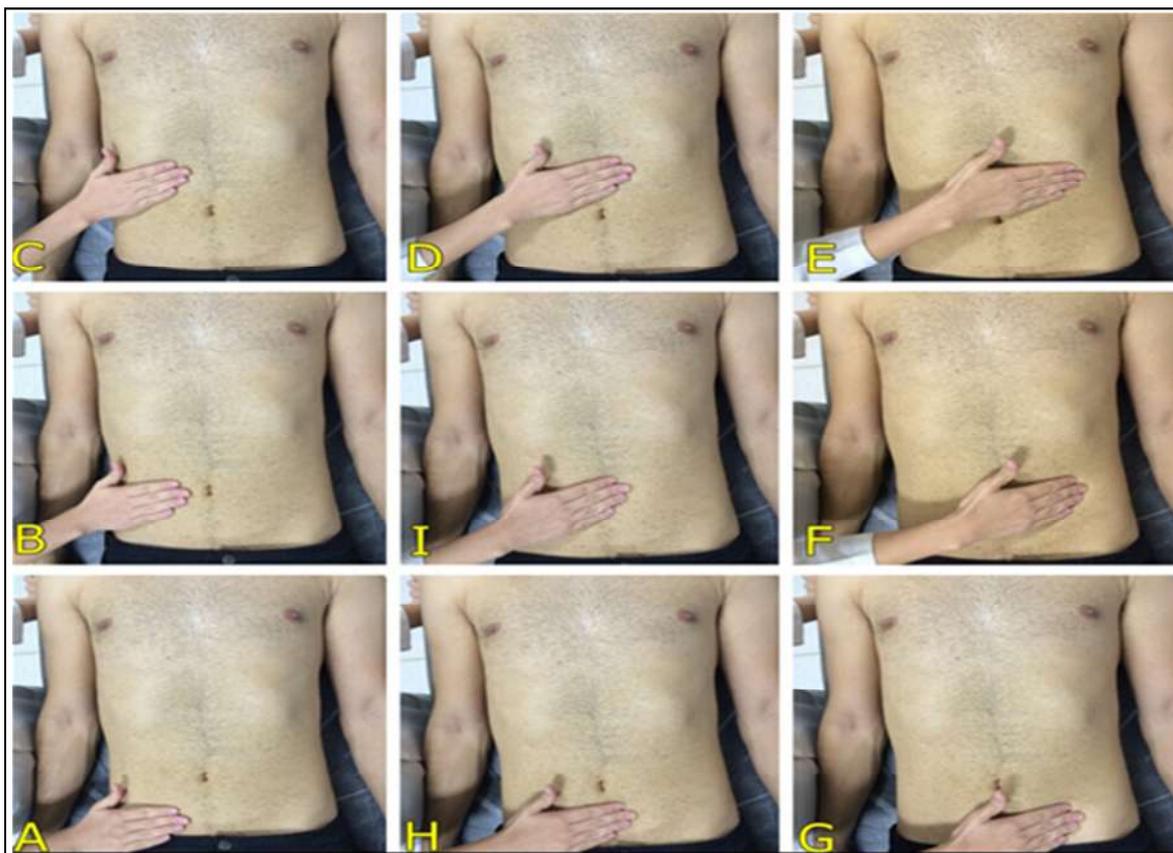


Imagem 23: Palpação superficial unimanual. **A:** Fossa ilíaca direita; **B:** Flanco direito; **C:** Hipocôndrio direito; **D:** Epigástrico; **E:** Hipocôndrio esquerdo; **F:** Flanco esquerdo; **G:** Fossa ilíaca esquerda; **H:** Hipogástrico; **I:** Mesogástrico. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A palpação superficial do abdome do paciente “X” apresenta-se sem alteração de temperatura, sem hiperestesia cutânea ou massas palpáveis superficialmente.”

Descrição patológica: “A palpação superficial do abdome do paciente “X” apresenta-se com aumento da temperatura e com hiperestesia cutânea distribuídos difusamente pelo abdome e presença de massas palpáveis superficialmente em região epigástrico, na linha mediana.”

5.2. Palpação Profunda

Em geral, é uma medida necessária para definir a presença de massas abdominais. A palpação profunda pode ser realizada usando-se da técnica bimanual com as mãos sobrepostas (**Imagem 24**). Usando as superfícies palmares, coloque a mão dominante sobre o abdome e a mão não dominante sobreposta a esta. Faça a palpação de todas as zonas com movimentos profundos e circulares. Verifique a presença de massas e registre localização, tamanho, formato, consistência, sensibilidade, pulsatilidade e mobilidade.



Imagem 24: Palpação profunda bimanual com as mãos sobrepostas. **A:** Fossa ilíaca direita; **B:** Flanco direito; **C:** Hipocôndrio direito; **D:** Epigástrico; **E:** Hipocôndrio esquerdo; **F:** Flanco esquerdo; **G:** Fossa ilíaca esquerda; **H:** Hipogástrico; **I:** Mesogástrico. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A palpação profunda do abdome do paciente “X” apresenta ausência de pontos dolorosos, ausência de massas palpáveis profundamente ou visceromegalias.”

Descrição patológica: “A palpação profunda do abdome do paciente “X” apresenta pontos dolorosos, principalmente em flanco e fossa ilíaca esquerda, presença de massa palpável com aproximadamente 4 cm de diâmetro, localizada em fossa ilíaca esquerda e, presença de hepatoesplenomegalia.”

6. Manobras especiais

6.1. Fígado

6.1.1. Hepatimetria

Através da percussão podemos avaliar as dimensões hepáticas (hepatimetria). Percute-se na linha hemiclavicular direita, iniciando-se do segundo espaço intercostal direito em sentido podálico até que se delimite a borda superior do lobo hepático direito, percebida na percussão pela mudança do som claro pulmonar para maciço, delimitando assim, a localização desta borda. Depois, faz-se a percussão desde a crista ilíaca direita em sentido cefálico até que se delimite a borda inferior do lobo hepático direito, percebida na percussão pela mudança do som timpânico para o som maciço (**Imagem 25**). Dessa forma, têm-se a dimensão do lobo hepático direito que varia de 6 a 12 cm.

Faz-se, da mesma forma, a delimitação do lobo hepático esquerdo, percutindo-se desde a cicatriz umbilical, na linha média esternal, em sentido cefálico até que se delimite a borda inferior do lobo hepático esquerdo, percebida na percussão pela mudança do som timpânico para o som maciço. A borda superior do lobo hepático direito está localizada logo abaixo do apêndice xifóide. A dimensão do lobo hepático esquerdo varia de 4 a 8 cm.

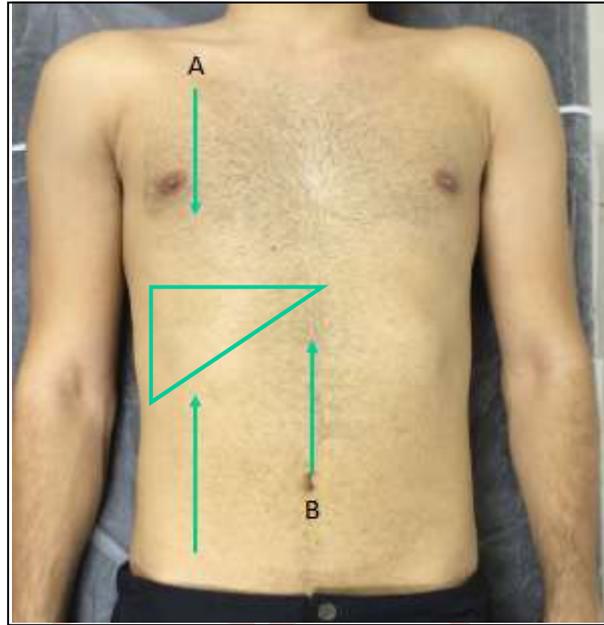


Imagem 25: Hepatimetria. **A:** percussão na linha hemiclavicular para delimitação do fígado. **B:** percussão na linha mediana do abdome para delimitação do fígado. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A hepatimetria do paciente “X” apresenta fígado fisiológico.”

Descrição patológica: “A hepatimetria do paciente “X” apresenta fígado com aumento de tamanho, com o lobo hepático direito presente a 3 cm do rebordo costal direito e o lobo hepático esquerdo a 8 cm do rebordo costal direito.”

6.1.2. Manobra de Lemos – Torres

Técnica utilizada para palpação de fígado. Pretende-se com esta manobra determinar as características da borda hepática, quanto a sua consistência, regularidade de sua parede e forma de sua borda, presença de pontos dolorosos e determinação de massas palpáveis. Com o paciente em decúbito dorsal e o examinador à direita do mesmo, este, coloca sua mão esquerda na região dorsal direita do paciente e faz uma tração anterior desta, a mão direita é colocada sobre o abdome, iniciando-se a palpação com movimentos

ondulantes, desde a crista ilíaca direita até a borda inferior hepática direita. Fisiologicamente, a borda hepática é lisa, de consistência fibroelástica e fina (**Imagem 26**).



Imagem 26: Manobra de Lemos-Torres.
Fonte: Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A Manobra de Lemos-Torres do paciente X apresenta borda hepática inferior com superfície lisa, fina, consistência fibroelástica e indolor.”

Descrição patológica: “A Manobra de Lemos-Torres do paciente X apresenta borda hepática inferior com superfície irregular, grossa, consistência endurecida e dolorosa.”

6.1.3. Manobra de Mathiew

Outra técnica utilizada para palpação do fígado. Nesta, o examinador posiciona-se para à direita e de frente para os pés do paciente, estando este em decúbito dorsal. Com as mãos em garra faz-se a busca da borda hepática desde a crista ilíaca direita em direção ao rebordo costal direito, os dedos tentam entrar por baixo do rebordo costal (**Imagem 27**). Também nesta manobra, procura-se determinar as características da borda hepática citadas anteriormente.



Imagem 27: Manobra de Mathiew.

Fonte: Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A Manobra de Mathiew do paciente X apresenta borda hepática inferior com superfície lisa, fina, consistência fibroelástica e indolor.”

Descrição patológica: “A Manobra de Mathiew do paciente X apresenta borda hepática inferior com superfície irregular, grossa, consistência endurecida e dolorosa.”

6.1.4. Sinal de Jobert

O sinal de Jobert é positivo na presença de timpanismo à percussão na região da linha axilar anterior direita até a linha mediana, abaixo apêndice xifóide, onde normalmente encontramos macicez hepática, sendo sugestivo de pneumoperitônio (**Imagem 28**).

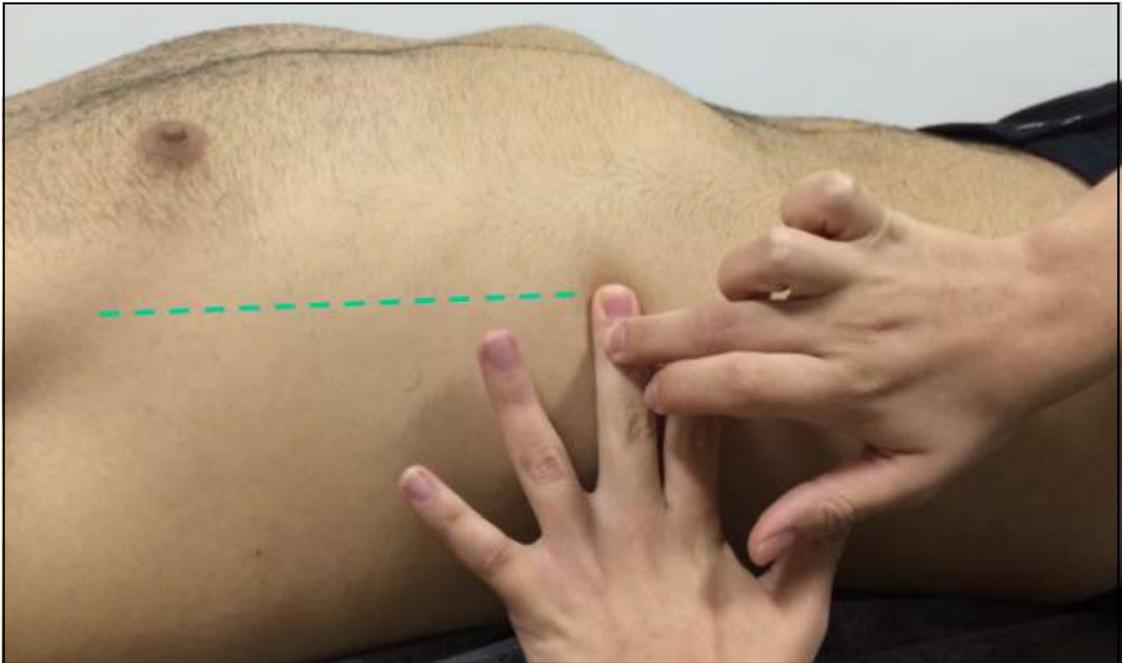


Imagem 28: Sinal de Jobert. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.



Imagem 28: Sinal de Jobert. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “O Sinal de Jobert do paciente X, sobre a zona hepática, apresenta som maciço, sendo considerado negativo.”

Descrição patológica: “O Sinal de Jobert do paciente X, sobre a zona hepática, apresenta som timpânico, sendo considerado positivo, sugestivo de pneumoperitônio.”

6.2. Baço

6.2.1. Palpação do baço na posição de Shuster

Técnica utilizada para palpação do baço. Posiciona-se o paciente em decúbito lateral direito, com a perna direita estendida e a esquerda flexionada sobre a perna direita estando o joelho encostado na maca, e a mão esquerda sobre a cabeça (**Imagem 29**). O examinador posiciona-se à esquerda do paciente. Inicia-se a palpação, com as mãos em garra, da crista ilíaca direita em direção ao rebordo costal esquerdo em encontro ao baço. Fisiologicamente, o baço não é palpável (**Imagem 30**).



Imagem 29: Posição de Shuster (decúbito lateral direito). **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.



Imagem 30: Palpação do baço na posição de Shuster. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Quando ocorre o aumento do baço, deve-se determinar o grau de esplenomegalia. Para isso usa-se a classificação de Boyd (**Imagem 31**):

- I – Baço palpável sob o rebordo costal,
- II – Baço palpável logo abaixo do rebordo costal, entre o rebordo costal e a cicatriz umbilical;
- III – Baço palpável até o plano horizontal ao nível da cicatriz umbilical;
- IV – Baço palpável abaixo do plano horizontal ao nível da cicatriz umbilical.

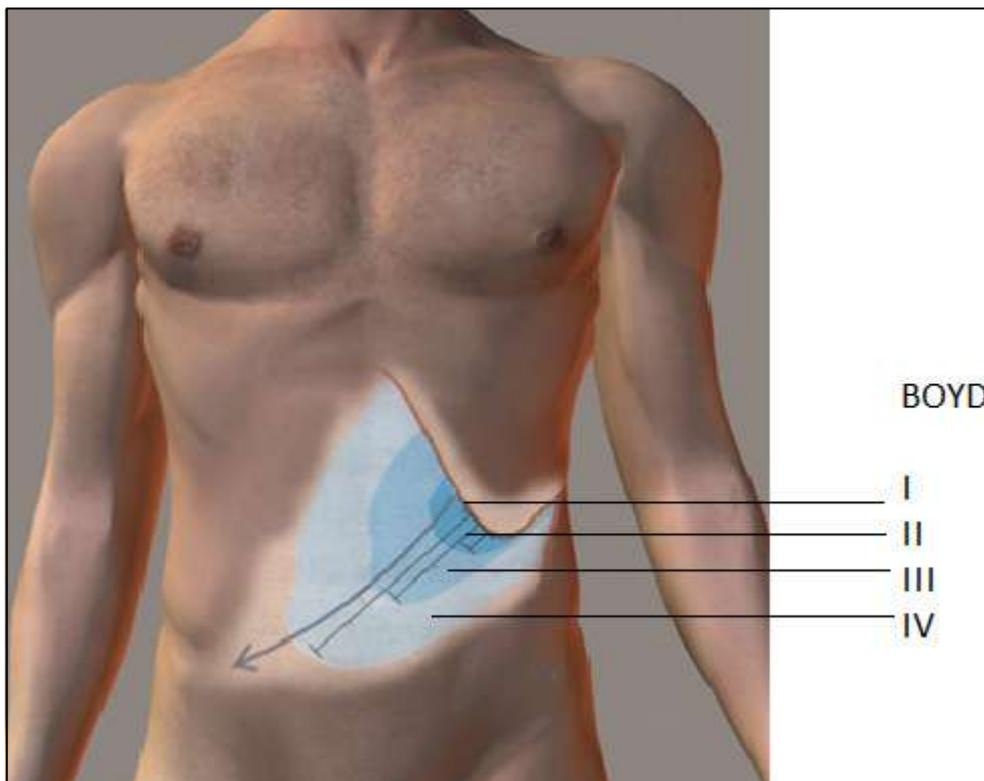


Imagem 31: Classificação de Boyd. **Fonte:** IQB - Gastroenterologia.

Descrição fisiológica: “A palpção do baço realizada no paciente “X” apresenta baço não palpável.”

Descrição patológica: “A palpção do baço realizada no paciente “X” apresenta baço palpável ao longo do rebordo costal esquerdo, caracterizando um baço tipo I pela classificação de Boyd.”

6.2.2. Palpação bimanual do baço

Outra técnica utilizada para palpação do baço. Nesta, com o paciente em decúbito dorsal, o examinador localizado a direita do paciente, posiciona sua mão esquerda na região lombar esquerda do paciente, de modo a promover um rechaço do baço para frente, em direção á parede abdominal e, com a sua mão direita palpa-se da crista ilíaca esquerda até o rebordo costal esquerdo em busca do baço. Sendo este, fisiologicamente impalpável (**Imagem 32**).



Imagem 32: Palpação bimanual do baço. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A palpação bimanual do baço do paciente “X” apresenta baço não palpável.”

Descrição patológica: “A palpação bimanual do baço do paciente “X” apresenta baço palpável ao nível da cicatriz umbilical, caracterizando um baço tipo III pela Classificação de Boyd .”

6.2.3. Espaço de Traube

Espaço semilunar que vai do sexto ao décimo primeiro espaço intercostal esquerdo. Seus limites são: gradil costal, baço, pâncreas, parte do cólon descendente, rim esquerdo e estômago (**Imagem 33**). Normalmente apresenta timpanismo à percussão (**Imagem 34**). A presença de som maciço neste local é indicativo de esplenomegalia.

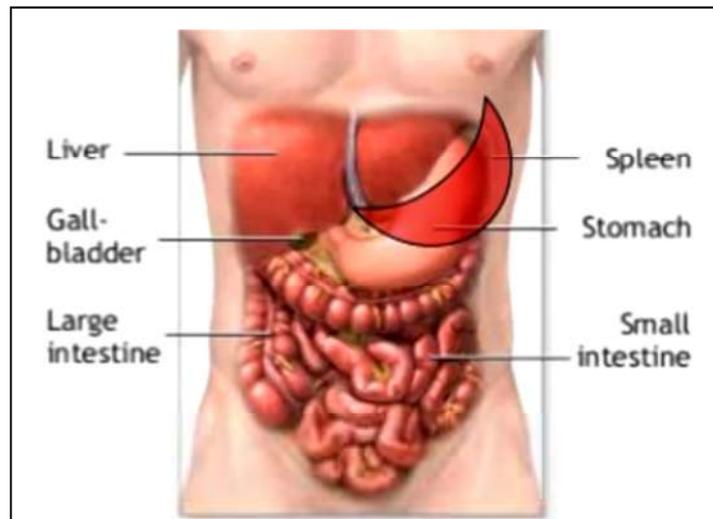


Imagem 33: Espaço de Traube. **Fonte:** Marcello scatTollini
– exame físico do abdome



Imagem 34: Percussão do espaço de Traube. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Para isso usa-se a classificação de Boyd explicada anteriormente (**Imagem 31**).

Descrição fisiológica: “A percussão do espaço de Traube realizada no paciente “X” apresenta som timpânico.”

Descrição patológica: “A percussão do espaço de Traube realizada no paciente “X” apresenta som maciço.”

7. Manobras dolorosas do abdome

7.1. Fígado

A maior parte do fígado fica protegida pela caixa torácica. O tamanho ou formato hepático pode ser estimado pela percussão e, ocasionalmente, pela palpação. O fígado é fisiologicamente palpável em crianças de até 08 anos e em adultos durante a inspiração forçada, até 2 a 4 cm do rebordo costal direito.

7.1.1. Sinal de Torres-Homem

Realiza-se percussão plexor-plexímetro na região da loja hepática, entre o quinto espaço intercostal direito na linha hemiclavicular até o rebordo costal direito; e entre a cicatriz umbilical e o apêndice xifoide. Qualquer sinal de dor relatado pelo paciente caracteriza a presença de abscesso inflamatório hepático (**Imagem 35**).



Imagem 35: Sinal de Torres-Homem. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “O Sinal de Torres-Homem do paciente X apresenta-se negativo.”

Descrição patológica: “O Sinal de Torres-Homem do paciente X apresenta-se positivo logo abaixo do apêndice xifóide, sendo sugestivo de abscesso inflamatório hepático.”

7.2. Vesícula Biliar

A vesícula normal, praticamente não é acessível aos métodos clínicos diretos de exame. Como método clínico indireto de exame, é útil à manobra de Murphy para o diagnóstico da Colecistite aguda, manobra que, rotineiramente, deve ser incluída como complementação na exploração do fígado.

7.2.1. Sinal de Murphy

O examinador posiciona-se a direita do paciente, com este em decúbito dorsal, e coloca os dedos indicador e médio da mão direita sob o ponto cístico (entre a junção do rebordo costal direito com a borda lateral do músculo reto abdominal). Pede-se ao paciente que inspire e expire, posicionado os dedos “abaixo do rebordo costal direito” durante a expiração. Pede-se novamente que o paciente faça uma inspiração profunda comprimindo-se o ponto, na qual a vesícula descerá impelida pelo diafragma. Se estiver inflamada, a pressão exercida provocará dor aguda, levando o paciente a interromper a inspiração ou relatar dor intensa, sendo indicativo de Colecistite aguda. O Sinal de Murphy é considerado positivo neste caso (**Imagem 36**).



Imagem 36: Sinal de Murphy. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “O Sinal de Murphy realizado no paciente X apresenta-se negativo.”

Descrição patológica: “O Sinal de Murphy realizado no paciente X apresenta-se positivo, sendo sugestivo de colecistite aguda.”

7.3. Apêndice Vermiforme

Em casos suspeitos de apendicite aguda, a dor provocada nos pontos apendiculares ou mediante a execução de manobras apendiculares, é útil como contribuição diagnóstica. A dor da apendicite classicamente começa perto do umbigo e, em seguida, desloca-se para o quadrante inferior direito, onde aumenta com a tosse.

A positividade das manobras apendiculares sugere comprometimento inflamatório circunscrito do peritônio.

7.3.1. Sinal de Blumberg

O Sinal de Blumberg deve ser pesquisado no ponto de McBurney, localizado no terço médio lateral na linha traçada entre a cicatriz umbilical e a crista ilíaca ântero – superior direita (**Imagem 37**). Com o paciente em decúbito dorsal, e o examinador à direita do mesmo, após identificar o ponto de McBurney, a pesquisa do sinal é realizada em dois tempos.



Imagem 37: Ponto de Mc Burney. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

O primeiro tempo é superficial: deprime-se a parede abdominal, no ponto de McBurney, com os dedos indicador e médio da mão direita com pressão firme e constante, retira-se subitamente os dedos, realizando uma descompressão brusca (**Imagem 38**). Caso o paciente relate hiperestesia ou dor intensa durante a descompressão o sinal é considerado positivo.



Imagem 38: Primeiro tempo do Sinal de Blumberg (superficial). **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Caso não se realiza o segundo tempo da pesquisa do sinal, comprimindo-se mais profundamente o ponto de McBurney até atingir a víscera; em seguida, retira-se subitamente a mão, sendo o apêndice projetado bruscamente de encontro à parede (**Imagem 39**). Se o apêndice estiver inflamado, a resposta é uma dor intensa. Sendo indicativo de Apendicite aguda.



Imagem 39: Segundo tempo do Sinal de Blumberg (profundo). **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “O Sinal de Blumberg realizado no paciente X apresenta-se negativo.”

Descrição patológica: “O Sinal de Blumberg realizado no paciente X apresenta-se positiva, sendo sugestivo de abdome agudo inflamatório.”

Observação: A manobra para verificar irritação peritoneal (peritonite) em todo abdome é chamada de **Manobra de Descompressão Brusca (Imagem 40)**. Quando aplicada especificamente no ponto de McBurney, é utilizada para verificar apendicite aguda e é chamada de Manobra de Blumberg.



Imagem 40: Sinal de descompressão brusca. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “O Sinal de Descompressão Brusca, realizada no paciente X apresenta-se negativo.”

Descrição patológica: “O Sinal de Descompressão Brusca, realizada no paciente X apresenta-se positivo, sendo sugestivo de peritonite (irritação peritoneal).”

7.4. Sinal de Rovising

Consiste em forçar movimento antiperistáltico de camada gasosa dos cólons, desde o sigmóide até a região ileocecal, com a finalidade do ar, sob pressão, distender o ceco, acarretando a dor no apêndice inflamado. A mão executa forte e contínua pressão, movimentando em sentido retrógrado, acompanhando o trajeto dos cólons.

O sinal pode ser pesquisado usando-se como técnica os punhos cerrados (**Imagem 41**), pressionando-se inicialmente a fossa ilíaca esquerda, depois flanco esquerdo e por

último o epigástrio, promovendo o deslocamento de ar em direção ao ceco, distendendo-o, o que irá ser doloroso se houver inflamação do apêndice. Sendo sugestivo de Peritonite (irritação peritoneal).

Mantendo-se a pressão sobre o epigástrio, pergunta-se ao paciente onde está doendo, se a resposta for na fossa ilíaca direita, o sinal é positivo, caso a dor for referida onde a mão está pressionando, é negativa. A pressão deve ser contínua para que se evite o refluxo dos gases mobilizados.



Imagem 41: Sinal de Rovising - Compressão por rolamento do lado esquerdo para o direito.
Fonte: Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “O Sinal de Rovising, realizado no paciente X apresenta-se negativo.”

Descrição patológica: “O Sinal de Rovising, realizado no paciente X apresenta-se positivo, sendo sugestivo de peritonite (irritação peritoneal).”

7.5. Sinal do Psoas

Com o paciente em decúbito lateral esquerdo faz-se a extensão forçada da coxa direita do paciente, provocando assim, o estiramento do músculo psoas (**Imagem 42**). Quando o paciente relata dor durante a manobra, o Sinal do Psoas é considerado positivo, e sugere processo inflamatório adjacente ao músculo psoas. Sendo, então, sugestivo de Peritonite (irritação peritoneal).



Imagem 42: Sinal do Psoas. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “O Sinal do Psoas realizado no paciente X apresenta-se negativo.”

Descrição patológica: “O Sinal do Psoas realizado no paciente X apresenta-se positivo, sendo sugestivo de peritonite (irritação peritoneal).”

7.6. Sinal do Obturador

Com o paciente em decúbito dorsal, estende-se a perna esquerda e flexiona-se a coxa direita do paciente na altura do quadril, com o joelho fletido, fazendo-se uma rotação interna do quadril (**Imagem 43**). Essa manobra estira o músculo obturador interno. Caso o paciente refira dor no hipogástrio, a pesquisa do sinal é considerada positiva. Sugerindo processo inflamatório adjacente ao músculo obturador. Sendo sugestivo de Peritonite (irritação peritoneal).



Imagem 43: Sinal do Obturador. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “O Sinal do Obturador realizado no paciente X apresenta-se negativo.”

Descrição patológica: “O Sinal do Obturador realizado no paciente X apresenta-se positivo, sendo sugestivo de peritonite (irritação peritoneal).”

7.7. Sinal de Lapinsky

Com o paciente em decúbito dorsal, o examinador pressiona profundamente a fossa ilíaca direita do paciente, elevando a perna direita estendida. Caso o paciente relate dor durante a manobra ou se o paciente responder flexionando a perna para minimizar a dor, o sinal será considerado positivo (**Imagem 44**). Sendo sugestivo de Peritonite (irritação peritoneal).



Imagem 44: Sinal de Lapinsky. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “O Sinal de Lapinsky realizado no paciente X apresenta-se negativo.”

Descrição patológica: “O Sinal de Lapinsky realizado no paciente X apresenta-se positivo, sendo sugestivo de peritonite (irritação peritoneal).”

7.8. Sinal de Lennander

É a diferença $\geq 1^{\circ}\text{C}$ entre a temperatura axilar e a temperatura retal, sendo esta a maior.

8. Manobras de Ascite

Ascite é o nome dado ao derrame de líquido livre na cavidade abdominal. Esse acúmulo pode ter muitas causas, as quais podem fazer variar o volume (pode ser superior a 20L), a aparência, a natureza e a composição do líquido. O abdômen pode mostrar-se mais ou menos flácido ou, então tenso, caracterizando a chamada ascite hipertensa. A presença de hérnia umbilical é um dos achados frequentes nas grandes ascites. A causa mais comum de ascite é a cirrose hepática.

Os principais sinais que diagnosticam a presença de ascite por meio da percussão do abdômen são:

7.1. Semicírculo de Skoda

Com o paciente em decúbito dorsal ou em pé, o líquido ascístico coleta-se nas partes mais declives, ou seja, flancos e andar inferior do abdômen. Sendo assim, a percussão, feita desde o andar superior, delimitará uma linha semicircular na transição entre o timpanismo e a macicez ou submacicez das áreas correspondentes às porções mais declives (**Imagem 45**). A concavidade da linha semicircular estará voltada para a região epigástrica. Esse sinal poderá fazer o diagnóstico diferencial entre ascite e cisto gigante de ovário.



Imagem 45: Semicírculo de Skoda.
Fonte: Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A pesquisa do Semicírculo de Skoda realizada no paciente X encontra-se negativa.”

Descrição patológica: “A pesquisa do Semicírculo de Skoda realizada no paciente X encontra-se positiva.”

7.2. Macicez móvel

O líquido livre se acumula nas porções mais declives na cavidade peritoneal, quando o paciente se coloca em um dos decúbitos laterais, para aquele lado o líquido se dirigirá. Uma primeira percussão será feita no flanco direito em direção ao esquerdo, com o paciente em decúbito lateral esquerdo, o líquido ascítico ali acumulado propiciará a mudança do som timpânico para o som maciço ou submaciço.

O paciente, então, vira-se e coloca-se em decúbito lateral direito, mantido o dedo de percussão no mesmo local em que se verificou a macicez. A segunda percussão, efetuada no mesmo ponto em que foi feita a primeira, vai produzir som timpânico. O líquido e a sua correspondente macicez sempre se movem para as partes mais declives da cavidade abdominal (**Imagem 46**).



Imagem 46: Macicez Móvel. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A pesquisa de Macicez Móvel realizada no paciente X apresenta-se negativa.”

Descrição patológica: “A pesquisa de Macicez Móvel realizada no paciente X encontra-se positiva.”

7.3. Sinal do Piparote

A face palmar de uma das mãos é posicionada em um dos flancos; a seguir, a ponta do dedo médio, dobrado, apoiado e em estado de tensão contra a face palmar do polegar é disparada contra o outro flanco. O abalo produzido pelo piparote produz pequenas ondas de choque no líquido ascítico, perceptíveis na palma da mão, colocado no flanco oposto. O choque pode ser percebido em caso de edema na parede abdominal. Nesse caso, um assistente coloca a borda cubital de sua mão sobre a linha mediana, no abdômen central, exercendo um pouco de pressão, a fim de interceptar ondas de transmitidas pela parede, mas não impedindo a passagem da onda de choque do líquido ascético (**Imagem 47**). Esse sinal é próprio das grandes ascites, não sendo efetivo para ascites de médio ou pequeno volume.



Imagem 47: Sinal do Piparote.

Fonte: Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “O Sinal do Piparote realizado no paciente X apresenta-se negativo.”

Descrição patológica: “O Sinal do Piparote realizado no paciente X apresenta-se positivo, sendo sugestivo de ascite de grande volume.”

7.4. Manobra de Saccadée ou do Rechaço

Com as polpas digitais apoiadas sobre a parede abdominal, no hipocôndrio direito e no epigástrio, executam-se ligeiros impulsos de depressão, que afastam a camada líquida, permitindo sentir o fígado, que se projeta de encontro à mão (**Imagem 48 e 49**).



Imagem 48: Manobra de Saccadée ou do Rechaço.

Fonte: Propedêutica Abdominal: Sérgio H. S. Domingues.



Imagem 49: Manobra de Saccadée ou do Rechaço.

Fonte: Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A Manobra de Saccadée realizada no paciente X apresenta-se negativa.”

Descrição patológica: “A Manobra de Saccadée realizada no paciente X apresenta-se positiva, sendo sugestivo ascite.”

8. RINS

Inspeção: quando os rins estão aumentados é possível percebê-los na inspeção, principalmente se o aumento foi considerável. Nestes casos, percebe-se um abaulamento do flanco. É necessário realizar a inspeção do abdome, flancos e costas, estando o paciente sentado.

Percussão: deve ser realizada a Punho-percussão de Murphy direta no ângulo costo-vertebral, formado pela borda inferior da 12ª costela e processos transversais das vértebras lombares superiores; ou a Punho-percussão de Giordano nas regiões lombares.

A **Punho-percussão de Murphy direta (Imagem 50)** é realizada com pequenos golpes com a face interna da mão. A **indireta** percute-se uma das mãos que estará espalmada no ângulo costo-vertebral.



Imagem 50: Punho - percussão de Murphy direto. **A:** Região lombar superior direita. **B:** Região lombar inferior direita. **C:** Região lombar superior esquerda. **D:** Região lombar inferior esquerda. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A punho-percussão de Murphy realizada no paciente X apresenta-se negativa.”

Descrição patológica: “A punho-percussão de Murphy realizada no paciente X apresenta-se positiva.”

A **Percussão de Giordano (Imagem 51)** é realizada através da percussão das regiões lombares em três pontos utilizando a borda ulnar da mão. Todas elas podem produzir uma reação dolorosa, profundamente localizada, uni ou bilateral, nos casos de pielonefrite aguda, obstrução urinária ou inflamação perinefrética. O aparecimento da dor ou de reação exuberante do paciente durante a punho-percussão (o paciente emite grito ou pula), denota **Sinal de Giordano** positivo.

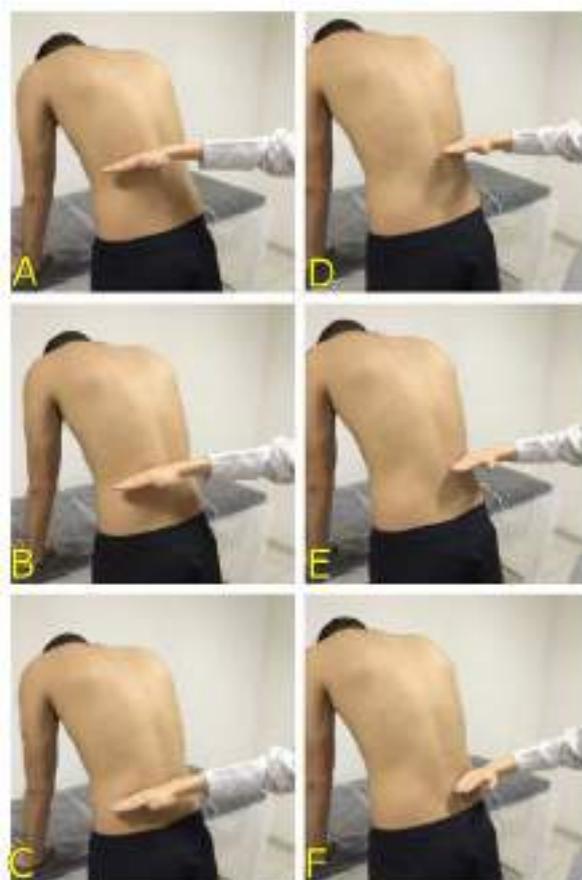


Imagem 51: Percussão de Giordano. **Fonte:** Curso Básico de Semiotécnica Médica.

Descrição fisiológica: “A percussão de Giordano realizada no paciente “X” apresenta-se negativa.”

Descrição patológica: “A percussão de Giordano realizada no paciente “X” apresenta-se positiva.”

Descrição patológica: “A percussão de Giordano realizada no paciente X apresenta-se com falso Giordano. Uma vez que o paciente refere dor em região abdominal.”

Palpação: é realizada com o paciente em decúbito dorsal da seguinte maneira: com a mão não-dominante por trás do flanco do paciente deitado, devemos anteriorizar a loja renal; durante a inspiração do paciente, tentamos palpar o pólo inferior do rim com a mão dominante espalmada. Esta manobra é descrita como método de Guyon.

Durante a palpação dos rins, deve-se avaliar a sensibilidade renal. Muitas vezes a compressão com as pontas do dedo pode ser suficiente para despertar dor. As características normais do rim são: órgãos duros, superfícies lisas, borda inferior nítida e não doloroso.

Algumas manobras podem ser feitas na tentativa de alcançar o órgão: manobra de Israel (decúbito lateral oposto ao rim que se deseja palpar); manobra de Trousseau (decúbito dorsal); manobra de Glenard (decúbito dorsal); manobra de Bellington (posição ortostática).



9. Referências

Clínica prof dr. Bernardo Hockman – Núcleo de tratamento e prevenção de quelóides e cicatrizes – cirurgia plástica;

DOMINGUES. Sérgio H. S. Propedêutica Abdominal.

Fundação Lusíada – propedêutica abdominal;

Iqb - gastroenterologia.

LUCA, De. Gastrocirurgia;

PORTO. C. C.; Porto. A. L. Exame clínico: Porto & Porto, 7.ed., Rio de Janeiro, 2011.

Revista Brasileira de cirurgia plástica;

Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões;

ROCCO. J. R. Semiologia Médica. Rio de Janeiro, 2010.

SCATTOLLINI, Marcello. Exame físico do abdome.

SOUZA, Bettina Ferro de. Manual de Propedêutica Médica;

CURSO BÁSICO DE
SEMIOTÉCNICA MÉDICA

