

MANUAL PARA ORIENTAÇÃO EM AULAS PRÁTICAS DE PROPEDÊUTICA MÉDICA

Módulo 3

Organizadores

Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca

Marcilene Maria de Almeida Fonseca

Eduardo Villar Guimarães

Vitor Pereira Scarpette



FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE MEDICINA

MANUAL PARA ORIENTAÇÃO EM AULAS PRÁTICAS DE PROPEDÊUTICA MÉDICA

Módulo 3

Programa ajustado às DCNs, ao Projeto Pedagógico do Curso e em conformidade com os modernos currículos de Educação Médica

Material para uso exclusivo em atividades práticas

Organizadores:

Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca

Marcilene Maria de Almeida Fonseca

Eduardo Villar Guimarães

Vitor Pereira Scarpette

2ª Edição

Volta Redonda
2020

Expediente

FOA

Presidente

Dauro Peixoto Aragão

Vice-Presidente

Eduardo Guimarães Prado

Diretor Administrativo - Financeiro

Iram Natividade Pinto

Diretor de Relações Institucionais

Alden dos Santos Neves

Superintendente Executiva

Josiane da Silva Sampaio

Superintendência Geral

José Ivo de Souza

UniFOA

Reitora

Úrsula Adriane Fraga Amorim

Pró-reitor Acadêmico

Carlos José Pacheco

Pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Bruno Chaboli Gambarato

Pró-reitora de Extensão

Maria Cristina Tommaso de Carvalho

EDITORA FOA

Editor Chefe

Laert dos Santos Andrade

Organizadores

Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca

Marcilene Maria de Almeida Fonseca

Eduardo Villar Guimarães

Vitor Pereira Scarpette

Autores

Professores:

Cecília Pereira Silva

Cléa Ribeiro Nunes do Vale

Marcilene Maria de Almeida Fonseca

Marise Ramos de Souza Oliveira

Rodney Gomes

Rosa Maria Machado Ribeiro

Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca

Acadêmicos:

Eduardo Villar Guimarães

Vitor Pereira Scarpette

Leonã Santana de Lima

Isabella Moura Silva

Pedro Caldas Pereira

Gabriel Pinto Mendonça

Colaborador técnico

Lourival Dias Pereira

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

F676m Fonseca, Walter Luiz Moraes Sampaio da
Manual para orientação em aulas práticas de
propedêutica médica: módulo 3. / Walter Luiz Moraes
Sampaio da Fonseca; Marcilene Maria de Almeida
Fonseca; Eduardo Villar Guimarães; Vitor Pereira
Scarpette. FOA / UniFOA, 2020. 23 p.

Programa ajustado às DCNs, ao Projeto Pedagógico do Curso e em
conformidade com os modernos currículos de Educação Médica.
Material para uso exclusivo em atividades práticas.

ISBN: 978-65-88877-09-8

1. Clínica médica – estudo e ensino. I. Fundação Oswaldo Aranha.
II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 616.072

Volta Redonda
2020

Sumário

1. Introdução	4
2. Exame Físico do Abdome	5
2.1. Inspeção	8
2.2. Ausculta	9
2.3. Percussão	10
2.4. Palpação	16

1. Introdução

Classicamente, o exame físico abdominal compreende inspeção, ausculta, percussão, palpação e manobras especiais. Um bom examinador colocará o paciente à vontade antes de iniciar o exame com as simples etapas de se apresentar, obter consentimento do paciente e posicioná-lo confortavelmente (BILAL et al., 2017).

Para facilitar, o abdome pode ser dividido em quatro quadrantes (superior direito, inferior direito, superior esquerdo e inferior esquerdo), conforme Imagem 1, ou em nove seções (hipocôndrio direito, epigástrico, hipocôndrio esquerdo, flanco direito, mesogástrico, flanco esquerdo, fossa ilíaca direita, hipogástrico, fossa ilíaca esquerda), conforme a Imagem 2.

2. Exame Físico do Abdome

Quadrante superior direito	Quadrante superior direito
Fígado e vesícula biliar Duodeno Píloro Flexura hepática Glândula suprarrenal direita (*)	Baço Estômago Corpo do Pâncreas (*) Flexura esplênica Glândula suprarrenal esquerda (*)
Quadrante inferior direito	Quadrante inferior esquerdo
Ceco e apêndice Ovário e tuba uterina Ureter direito (*) Cólon ascendente	Cólon sigmóide Ovário e tuba uterina Ureter esquerdo Cólon descendente

(*) localizado no retroperitônio, portanto obrigatoriamente impalpável e com sintomatologia, quando presente, em região lombar

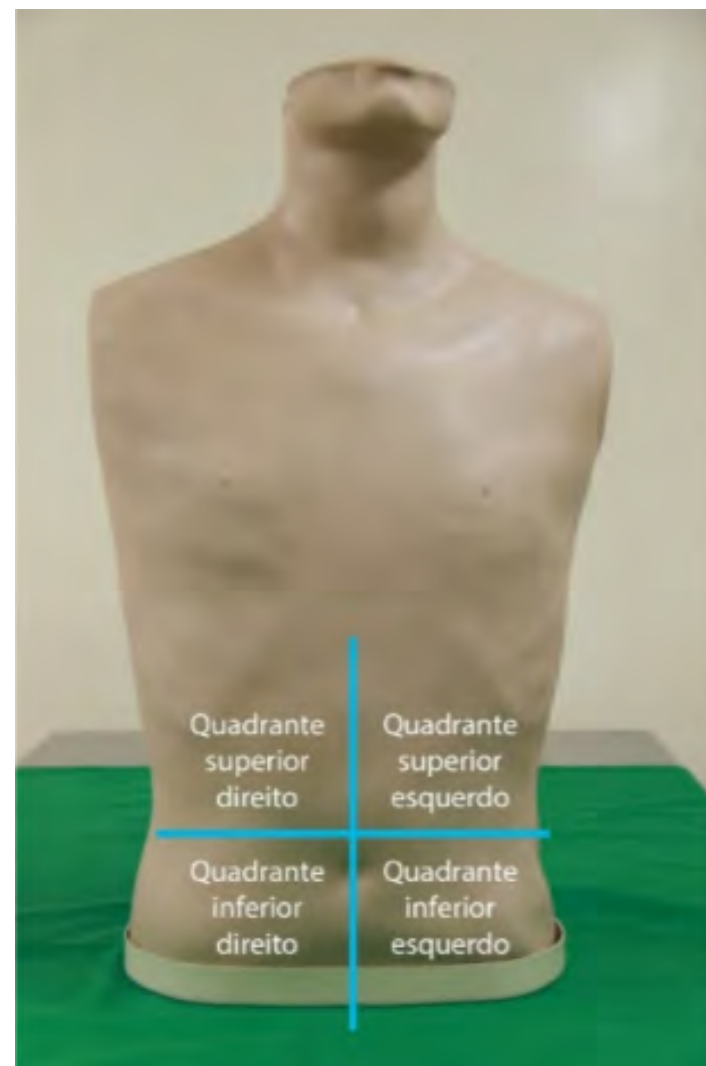


Imagem 1 – Divisão em quatro quadrantes (superior direito, inferior direito, superior esquerdo e inferior esquerdo)

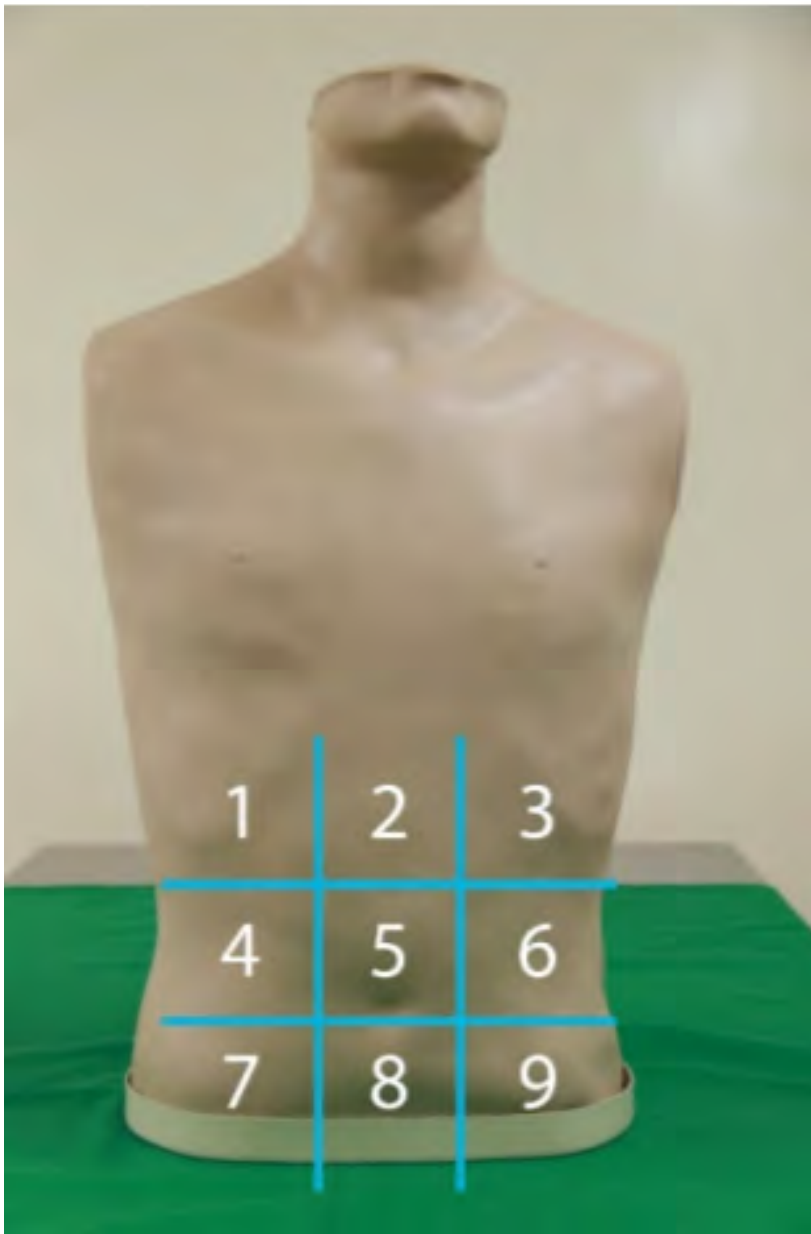


Imagem 2 - Divisão em nove seções
1 - hipocôndrio direito,
2 - epigástrico,
3 - hipocôndrio esquerdo,
4 - flanco direito,
5 - mesogástrico,
6 - flanco esquerdo,
7 - fossa ilíaca direita,
8 - hipogástrico,
9 - fossa ilíaca esquerda)

Um resumo do conteúdo abdominal pode ser visto na Imagem 3:

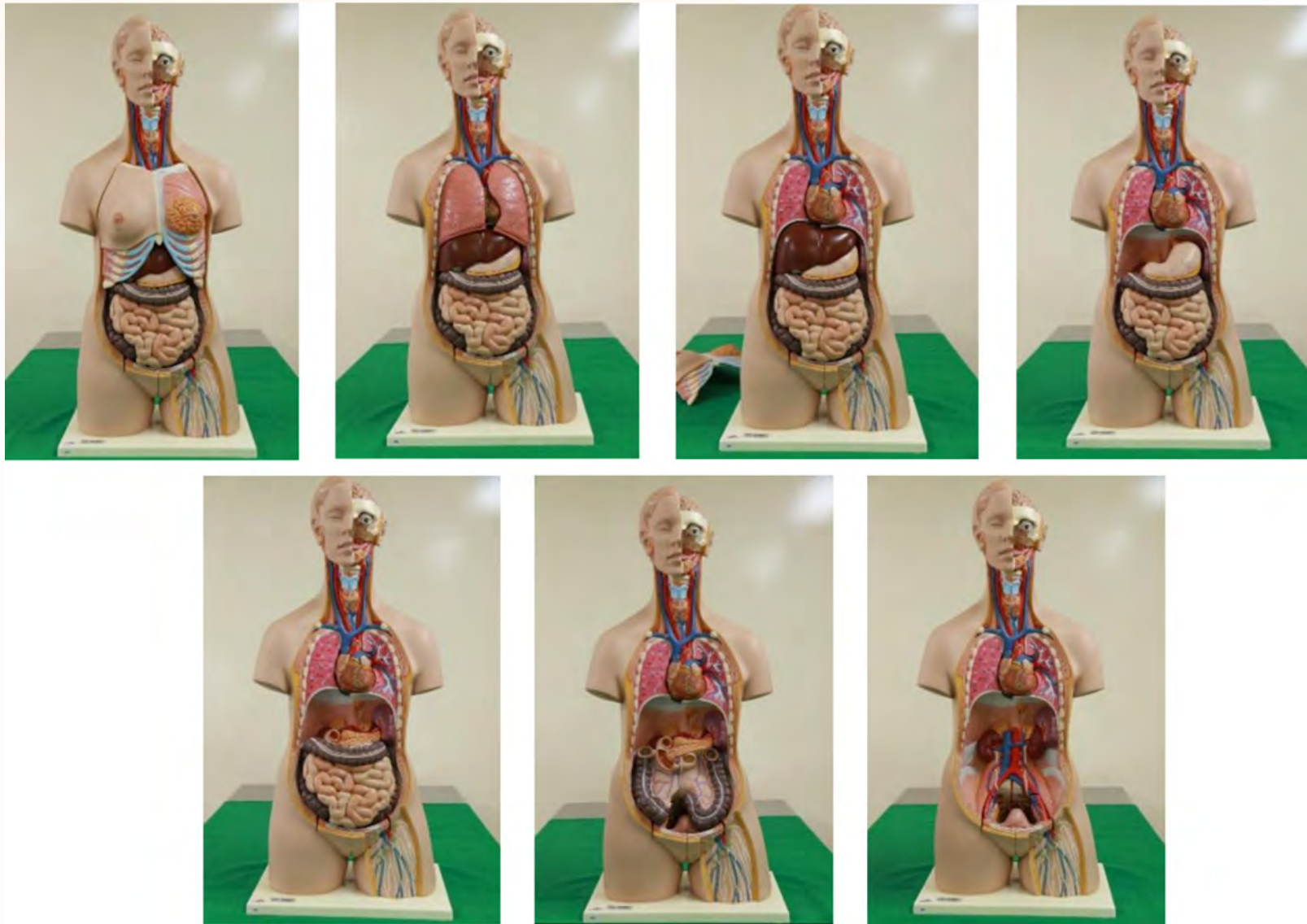


Imagem 3 - Sequência de imagens mostrando os órgãos que podem ser encontrados em cada região a medida em que se aprofundam os planos seccionais.

2.1. Inspeção

O paciente deve estar em decúbito dorsal, relaxado, com os braços e mãos ao longo do corpo e a cabeça apoiada em um travesseiro. O paciente que não consegue relaxar o abdome pode ficar com os joelhos ligeiramente flexionados.

Inspeção:

- Descrever o tipo ou forma do abdome: plano, globoso, de batráquio, pendular ou em avental. Anotar a presença de abaulamentos ou retrações – hérnias, aumento do volume abdominal por obesidade, ascite ou grandes massas.
- Pesquisar o aspecto da pele e anotar alterações, como estrias e cicatrizes.
- Observar se há circulação colateral presente. Se houver, descrever a sua forma e pesquisar a direção do fluxo sanguíneo da seguinte forma: no segmento venoso dilatado, fazer pressão com o indicador sobre o vaso visível e a seguir colocar o indicador da outra mão ao lado do primeiro, pressionar e deslocar o dedo de modo a esvaziar o segmento. Depois retirar o dedo que deslizou sobre a veia e verificar se o vaso se enche novamente ou se ele se mantém vazio. Esse deslizamento deve ser realizado à direita e à esquerda do ponto comprimido pelo indicador, para identificar o sentido do fluxo sanguíneo.
- Alguns sinais podem ser vistos na inspeção e são importantes por serem característicos de determinadas patologias, como a coloração azulada em torno da cicatriz umbilical (sinal de Cullen) que pode significar hemorragia retroperitoneal, a presença de equimoses não traumáticas nos flancos (Sinal de Gray Turner) presente nas pancreatites agudas. As aranhas vasculares ou telangectasias, são pequenas neoformações vasculares em forma de pernas de aranha que desaparecem à compressão e reaparecem com a retirada da pressão, comuns em pacientes com insuficiência hepática e predominando no tórax.
- Observar se as ondas peristálticas são visíveis.

2.2. Ausculta

Classicamente, A ausculta é a primeira manobra semiótica a ser feita no abdome após a inspeção, para evitar alterações de peristaltismo provocados pela palpação e percussão. Ouvir os sons intestinais (borborigmo) é importante para determinar o movimento dos intestinos (peristaltismo), com deslocamento do ar e dos líquidos no seu interior. A ausculta abdominal pode ser suficiente no quadrante inferior direito.

O paciente é colocado em posição supina e a ausculta é feita com o diafragma do estetoscópio aplicado inicialmente na fossa ilíaca direita (Imagem 4). O borborigmo se caracteriza pelo som presente a intervalos de 5 a 10 segundos. Se após 2 minutos de ausculta não houver aparecimento de som, é estabelecida a “ausência de peristaltismo”. O inverso ocorre quando há aumento funcional ou patológico do peristaltismo, como nas diarreias ou na fase aguda da obstrução intestinal, quando o intestino tenta vencer o processo obstrutivo.



Imagem 4 – ausculta abdominal na fossa ilíaca direita.

Sons anormais decorrentes de outras patologias podem ser ouvidos no abdome, como os sopros das estenoses de artérias renais ou de aneurismas abdominais.

2.3. Percussão

O paciente permanece em posição supina e todos os quadrantes do abdome são examinados (Imagem 5). A percussão do abdome produz dois sons: maciço das vísceras sólidas e timpânico, das vísceras ocas. É fundamental para identificar os órgãos normais e achados patológicos.



Imagem 5 - Posicionamento correto da mão do examinador para a realização da percussão, com o paciente em decúbito dorsal.

Fígado

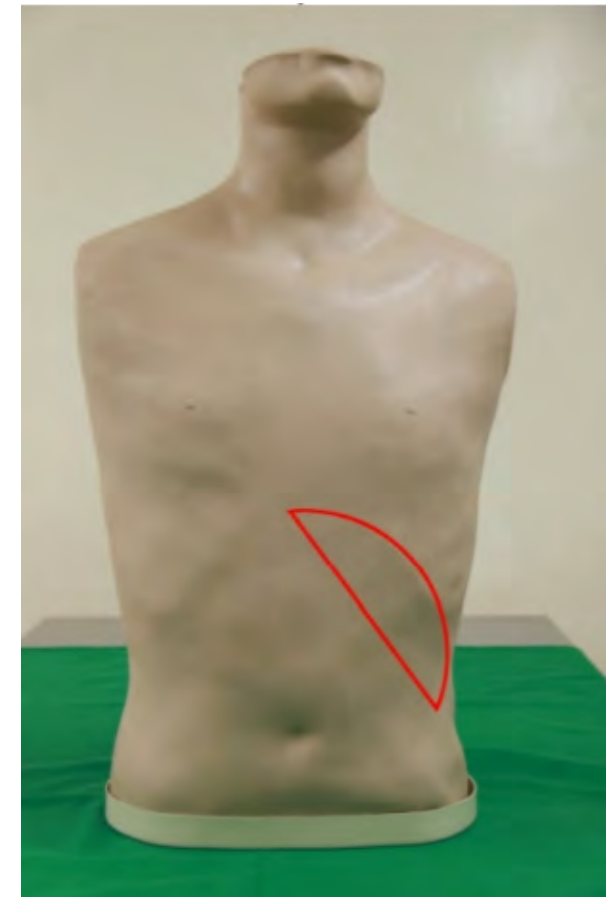
Órgão sólido, tem som maciço. O seu limite superior, protegido pelo gradil costal, é pesquisado percutindo na linha médio clavicular, iniciando na altura do mamilo direito (Imagem 6) e descendo até o abdome. O limite superior do fígado é determinado quando há mudança do som atimpânico pulmonar (normal) para sub-maciço ou maciço, e o limite inferior quando muda de maciço para timpânico. O tamanho do fígado normal é de 10 cm a 12 cm na linha hemiclavicular.



Imagem 6 - Método para a realização da hepatimetria com o paciente em decúbito dorsal.

Baço

Situado na região superior esquerda do abdome, embaixo do pulmão, ao lado do estômago e acima do rim esquerdo, ele pesa de 150 a 200 gramas, e não é encontrado no exame físico da pessoa normal. Essa área costuma ser chamada de espaço de Traube, e está localizada na face anterior do corpo, com forma de lua crescente, delimitada pelo rebordo costal, linha axilar anterior e 5º espaço intercostal esquerdos. Na pessoa normal o espaço de Traube é timpânico à percussão. Quando o baço aumenta de tamanho, o primeiro achado é a presença de macicez nessa área, porque seu crescimento é em direção a fossa ilíaca direita.



Imagens 7 e 8 – percussão no espaço de Traube e os seus limites

Ascite

A percussão auxilia no diagnóstico da presença de ascite (líquido na cavidade peritoneal). Também podemos utilizar várias manobras:

- Macicez móvel - Inicialmente o paciente é colocado em posição supina, é feita a percussão em todo o abdome. Na presença de ascite há som maciço nos flancos e timpânico na região periumbilical. A seguir solicita-se ao paciente que se deite em decúbito lateral, o líquido escorre para o lado que ficar embaixo, com mudança do som: o timpânico passa a ocupar o flanco que está mais alto, enquanto o maciço ocupa o flanco do lado em que o paciente está apoiado. (Figura 1).

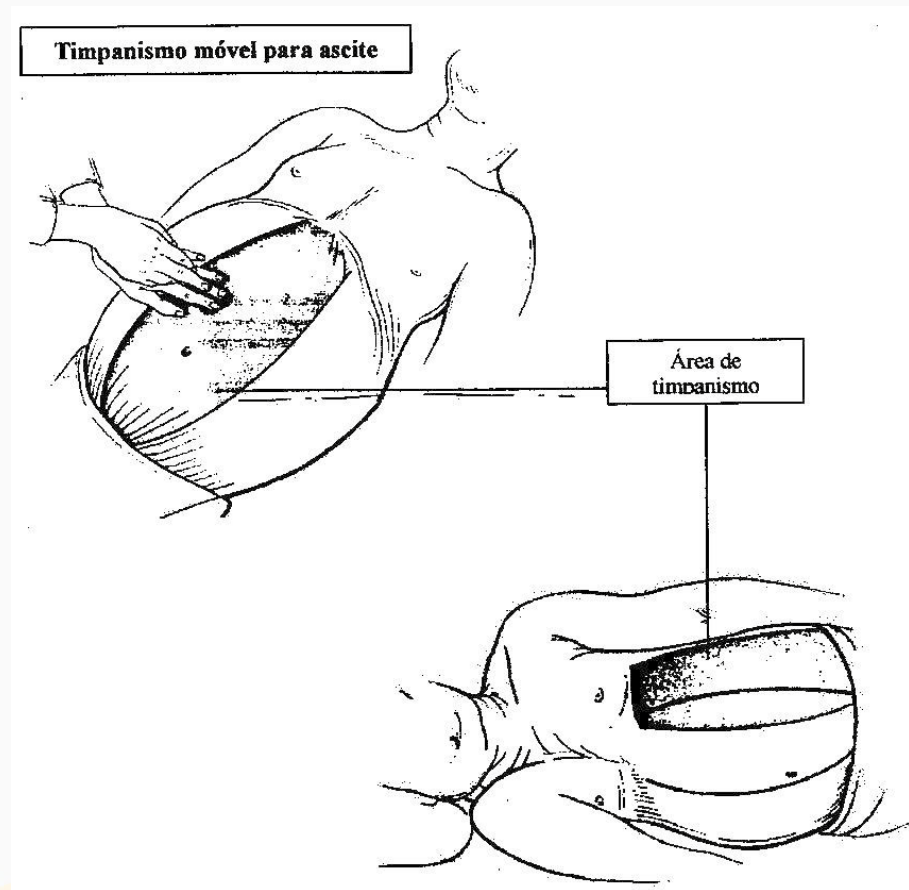


Figura 1 – Percussão da ascite macicez móvel.

Sinal do piparote: (Imagem 9) com o paciente em decúbito dorsal, solicita-se a um auxiliar ou ao próprio paciente que coloque a mão sobre o abdome. O examinador, com uma das mãos, dispara levemente um golpe com o dedo médio (dar um piparote) em um dos lados do abdome, e, com a outra mão, colocada espalmada sobre a parede contra lateral, sentirá uma onda líquida no caso de haver ascite. Um auxiliar ou o próprio paciente coloca sua mão na linha média do abdome.



Imagem 9 – Pesquisa do sinal do piparote. Na foto um médico faz a pesquisa enquanto outro coloca suas mãos para impedir a propagação da onda pela parede.

Rim

Localizado no retroperitônio, o rim não está acessível a percussão digito-digital. Entretanto, a punho percussão da região lombar, normalmente indolor, quando provoca dor, pode significar infecção renal ou distensão da cápsula renal. É realizada com o examinador colocando uma das mãos no ângulo costo-vertebral e percutindo com o outro punho, fechado, conforme imagem 10. A dor também pode ter como causa um problema músculo esquelético.

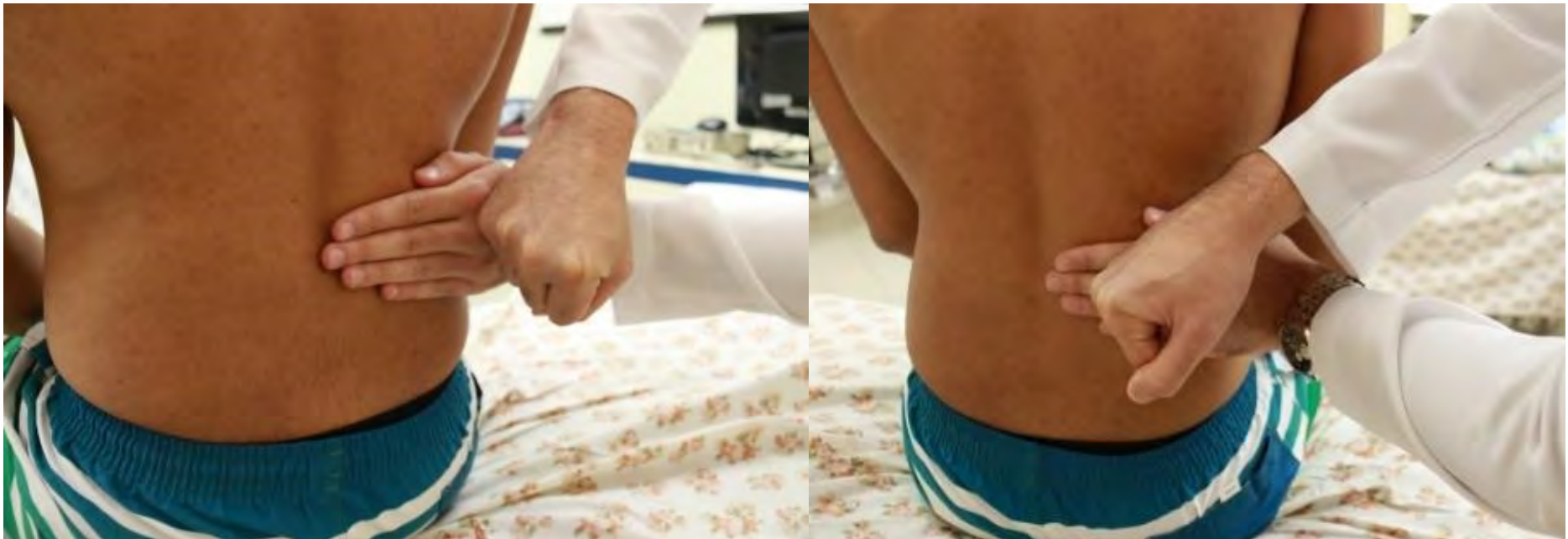


Imagem 10 – Técnica para a realização da punho-percussão lombar

2.4. Palpação

Divide-se em palpação superficial e profunda, com o paciente em decúbito dorsal, relaxado (imagem 11). Pessoa com dificuldade de relaxar, pode fletir um pouco as pernas.

- Palpação superficial: com a mão espalmada apoiada sobre o abdome, sentir sua superfície. Deve ser suave, delicada, procurando pontos de sensibilidade e defesa. Todo o abdome deve ser palpado, de forma metódica.
- Palpação profunda: permite determinar a presença de massas, hérnias ou o tamanho e contorno do fígado, e, quando aumentados, do baço, rim, útero ou bexiga. O examinador deve aproveitar o relaxamento da parede abdominal para aprofundar a mão.



Imagens 11 – palpação superficial e palpação profunda.

Na palpação do abdome devem ser pesquisadas a presença de hérnias (inguinal, umbilical, epigástrica e incisional) e a sensibilidade num ponto situado no limite do terço médio com o terço inferior de uma linha traçada entre o umbigo e a espinha íliaca ântero-superior (ponto de MCBurney – Imagem 12).



Imagem 12 – ponto de McBurney.

Quando a palpação é dolorosa, utiliza-se uma variação da palpação profunda para se determinar se a dor é de origem peritoneal: o médico gentilmente aumenta a pressão exercida com a mão sobre o abdome e, subitamente, a mão é retirada. Na pessoa normal, a manobra é indolor. Em caso de peritonite há uma dor intensa. Esta manobra denomina-se de descompressão dolorosa.

Fígado

Palpação pode ser feita de duas maneiras:

- Palpação bimanual: o examinador se coloca a direita do paciente deitado em decúbito dorsal, apoia sua mão direita no abdome sobre o hipocôndrio direito na linha hemiclavicular, aprofundando a mesma na expiração. A seguir, pede ao paciente para inspirar fundo (Imagem 13) enquanto mantém os dedos da mão pressionando para cima. Com a mão esquerda colocada sob a base do tórax, fazer uma discreta elevação do mesmo.
- Palpação em garra: muito útil nos pacientes obesos (Imagem 14). Paciente em posição supina, o examinador se mantém à direita, mas se desloca em direção a sua cabeça, palpando o abdome com os dedos, como em garra, pondo as duas mãos lado a lado abaixo do rebordo costal e pede ao paciente para inspirar profundamente.

Quando o paciente inspira, a contração do diafragma empurra o fígado para baixo, permitindo ao examinador sentir nos dedos a borda hepática ou a vesícula biliar. As duas manobras devem se iniciar alguns centímetros abaixo do rebordo costal para assegurar que mesmo um fígado aumentado seja palpado. O fígado normalmente tem a borda firme, cortante, lisa e não dolorosa, podendo ser palpável até 2 ou 3cm do rebordo costal na linha hemiclavicular.



Imagens 13 e 14 - Técnicas de palpação bimanual (13) e em garra (14).



Baço

O baço pode ser palpado em duas posições:

- Decúbito dorsal: o examinador deve estar à direita do paciente deitado e pousar a mão espalmada no abdome esquerdo na altura da cicatriz umbilical. Palpar em direção ao hipocôndrio esquerdo de modo semelhante ao fígado, afundando a mão durante a expiração e firmando na inspiração. Na pessoa normal o baço não é palpável, portanto, a sua simples palpação significa aumento (imagens 15 e 16).
- Manobra de Schuster: deve ser praticada quando o baço não é palpado em decúbito dorsal, mas o espaço de Traube está ocupado (maciço). O paciente adota o decúbito lateral direito, com o braço esquerdo sobre a cabeça e a perna esquerda fletida e a palpação agora é repetida no hipocôndrio e região subcostal esquerdo (figura 2).



Figura 2 – posição de Schuster.



Imagens 15 e 16 – métodos para a palpação de baço: bimanual iniciando na fossa ilíaca direita progredindo até o hipocôndrio esquerdo.



Rins

A palpação inicia-se com o paciente em decúbito dorsal, o examinador colocando-se à direita do paciente.

- Na palpação do rim direito, colocar a mão esquerda na região lombar, por baixo do paciente, firmando os dedos no ângulo costo vertebral e comprimindo para cima, procurando elevar o conteúdo da loja retro peritoneal. Com a mão direita, comprimir lenta e progressivamente o quadrante superior direito, paralelamente ao músculo reto. A compressão é feita com a mão direita quando o paciente expira, momento em que a musculatura abdominal relaxa e o órgão se torna mais facilmente palpável.
- A palpação do rim esquerdo é feita do mesmo modo, o examinador colocando a mão esquerda sob o flanco esquerdo do paciente e tentando palpar o rim com a mão direita. Quando o paciente apresenta um volume abdominal que impede o examinador de se debruçar e palpar a região lombar esquerda, ele está autorizado tecnicamente a dar a volta ao leito e realizar a mesma manobra pelo lado esquerdo do paciente. Em uma pessoa normal os rins normais são em geral impalpáveis. Em alguns indivíduos extremamente magros, eles eventualmente são palpáveis. Em geral, quando se detecta um rim palpável, trata-se de um aumento.

A palpação uterina e da bexiga urinária são feitas com o paciente em decúbito dorsal.

Sinais importantes:

- Sinal de BLUMBERG – dor à descompressão, indicando peritonite.
- Sinal de MURPHY – dor desencadeada pela inspiração profunda durante a palpação do hipocôndrio direito. Sinal de colecistite.
- Sinal de ROVSING – dor na fossa ilíaca direita à palpação da fossa ilíaca esquerda. Devido ao deslocamento dos gases, pode provocar dor nos casos de apendicite.
- Sinal de JOBERT – timpanismo à percussão entre o fígado e o pulmão, traduzindo a presença de gás em peritônio livre por perfuração de víscera oca.
- Sinal de CULLEN – coloração azulada no umbigo – hemorragia retroperitoneal.
- Sinal de GRAY TURNER – presença de equimoses não traumáticas nos flancos – sinal presente nas pancreatites agudas.
- Sinal de Giordano – dor à punho percussão lombar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREOLI, T.E. **Cecil Medicina Interna Básica**. 6. Ed. RJ: Elsevier, 2005.

BENSEÑOR, I; ATTA, J.A.; MARTIN, M.A. **Semiologia Clínica**. SP: Sarvier, 2002.

BILAL, M. et al. The Clinical anatomy of the physical examination of the abdomen: A comprehensive review. **Clinical Anatomy**, Estados Unidos, v.30, n.3, p.352-356, 2017.

BICKLEY, L.S. **Bates Propedêutica Médica**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

BRASIL. **HumanizaSUS**: <http://bvms.gov.br>

FONSECA, W. L. M. S. da; **Manual de condutas práticas: semiologia médica**. Volta Redonda: Editora do autor, 2013.

FOX, S.I. **Fisiologia Humana**. 7. Ed. Barueri: Manole, 2007.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. Ed. RJ: Elsevier, 2011.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PENDLETON, D. et al. **A Nova Consulta**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PORTO, C.C. et al. **Semiologia Médica**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010