

JACSON ANDREI PERUZZO
LEDIANA PEREIRA CARDOSO
IGOR QUEIROZ FRANCO
ALEJANDRA DE LA CARIDAD H. HERBELLO
LUCAS PINTO TEIXEIRA
ISABELLA LINHARES
RICARDO BASCUR VILLAGRA
CELENI OMERITZA ARÉVALO LEIVA
ALIDA SANCHEZ SERVIAT
FERNANDO ALBERTH JUNIOR DO ROSÁRIO
GABRIEL PIERI
FLÁVIA JULYANA PINA TRENCH

PRIMEIRA EDIÇÃO

MANUAL BILÍNGUE DE

SEMIOLOGIA ABDOMINAL

ADAPTADO AO PROFISSIONAL CADEIRANTE



ADAPTAÇÕES EM VÍDEOS DEMONSTRATIVOS



EDITORA
P PASTEUR

CS CamScanner

MANUAL DE SEMIOLOGIA E EXAME FÍSICO DO ABDÔMEN COM ADAPTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS CADEIRANTES

Ideação, Coordenação e Revisão Geral:

Flávia Julyana Pina Trench

Autores:

Jacson Andrei Peruzzo

Lediana Pereira Cardoso

Igor Queiroz Franco

Alejandra de la Caridad h. Herbello

Lucas Pinto Teixeira

Isabella Linhares

Ricardo Bascur Villagra

Celeni Omeritza Arévalo Leiva

Alida Sanchez Serviat

Fernando Alberth Junior do Rosário

Gabriel Pieri

Flávia Julyana Pina Trench

Design Gráfico e Diagramação:

Igor Queiroz Franco

Relato de Experiência COBEM 2022

Alejandra de la Caridad Hernández Herbello

Lucas Pinto Teixeira

Isabella Linhares de Araújo Silva

Ricardo Edberto Bascur Villagra

Jacson Andrei Peruzzo

Flávia Julyana Pina Trench

Manobras Adaptadas:

Jacson Andrei Peruzzo

Lediana Pereira Cardoso

Ricardo Bascur Villagra

Revisão Gramática:

Lediana Pereira Cardoso

Jacson Andrei Peruzzo

Fernando Alberth Junior do Rosário

Lucas Pinto Teixeira

Igor Queiroz Franco

Imagens e Vídeos Autorais:

Lediana Pereira Cardoso

Jacson Andrei Peruzzo

Alejandra de la Caridad Hernández Herbello

Isabella Linhares

Celeni Omeritza Arévalo Leiva

Ricardo Bascur Villagra

Gabriel Pieri

Lucas Pinto Teixeira

Tradução:

Alida Sanchez Serviat

Celeni Omeritza Arévalo Leiva

Ricardo Bascur Villagra

Referências e Bibliografia:

Lediana Pereira Cardoso



"Aula na Padoca"

Reunião que marca a gênese do presente projeto. Após aula prática na Upa Morumbi, a tutora e até então coordenadora do módulo da matéria de Prática Médica 4, Dra. Flávia Trench, apresenta a ideia em uma singela reunião numa simples padaria do bairro. Desafia, direta e objetivamente, seu grupo de alunos a iniciarem a construção de um manual propedêutico que referencie, uniformize e direcione a matéria para as posteriores turmas do curso de graduação em medicina da Unila - e também para o mundo. O grupo, deparando-se com tamanha responsabilidade e tendo por norte um imenso respeito à sua professora, dedica-se, desde o primeiro milissegundo, a entregar o mais completo e inovador manual de semiologia. Por votação, inicia-se a construção de um legado a partir do universo da Semiologia Abdominal.



FLÁVIA JULYANA PINA TRENCH

"Quem quer, arruma um jeito, Quem não quer, arruma uma desculpa." C.F.A Possui Graduação em Medicina (1990), Residência Médica em Clínica Médica (1991-1992) e em Doenças Infecciosas e Parasitárias (1993-1994) pela Universidade Estadual de Londrina. Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2004). Título de Especialista em Infectologia pela Sociedade Brasileira de Infectologia (2005), Pós-Graduação em Educação Médica pela Universidade Federal da Integração Latino Americana (2014). Atualmente é Responsável Técnica e Associada - CLÍNICA DE IMUNIZAÇÕES DE CASCAVEL, responsável técnica e associada - CLINICA DE IMUNIZAÇÕES DE FOZ DO IGUAÇU, médica perita - JUIZADO FEDERAL ESPECIAL, funcionário público médico senior - SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM EMERGÊNCIA (SIATE - FOZ DO IGUAÇU) desde 1996, sócia do Centro de Infectologia desde 1996. Professora Assistente de Curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) desde 2014. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Clínica Médica, Doenças Infecciosas e Parasitárias, atuando principalmente nos seguintes temas: Gripe H1N1, malária, epidemiologia, AIDS, COVID-19, infecções relacionadas a assistência à saúde, epidemiologia hospitalar, hepatite b e dengue, medicina do viajante.

Flavia Julyana Pina Trench. CRM 12550 - PARANÁ. Médica Infectologista e Professora Assistente do Curso de Medicina da UNILA.

Email: flavia.trench@unila.edu.br



Jacson Andrei Peruzzo, 25 anos; Possui Graduação em Biomedicina, com habilitação em Patologia Clínica pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas - FACISA/FUNOESC (2020). Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); Diretor Administrativo da Liga Acadêmica de Oncologia (ONCOLIGA - UNILA); Segundo Secretário da Liga Acadêmica de Nutrologia e Medicina do Exercício e do Esporte (LANMEE - UNILA); Membro da Liga Acadêmica de Urgência, Trauma e Emergência (LUTE - UNILA); Membro da Liga Acadêmica de Anatomia Aplicada e Medicina Legal (LAAP - UNILA); Membro do Projeto de Extensão: Identificação e desenvolvimento do senso de coerência de pais ou responsáveis de crianças com deficiência da APAE Foz do Iguaçu - PR; Monitor de Anatomia do componente curricular de Matriz de Funcionamento Sistêmico Biológico III (UNILA); Bolsista em Iniciação Científica (UNILA); Primeiro Revisor de Pesquisa: Senso de coerência em profissionais de saúde: uma revisão de escopo e Desenvolvedor da técnica de Heimlich e de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) adaptadas ao cadeirante, apresentado no 59º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM).

E-mail: ja.peruzzo.2020@aluno.unila.edu.br ou jacson-peruzzo@hotmail.com

Alejandra de la Caridad Hernández Herbello, 23 anos; Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); Graduação em Enfermagem pela Universidade do Norte (UNINORTE) Paraguai (2017 - 2019); Discente da Liga Universitaria de Trauma e Emergência e Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental; Bolsista no projeto de extensão: Análise de amiloidose hereditária em paciente com síndrome do túnel do carpo bilateral.

Email: ale.98.hh@gmail.com



Alida Sanchez Serviat, 27 anos; Acadêmica da Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); Graduação em Medicina na Facultad de Ciencias Medicas de la Habana "General Calixto Garcia" (2016-2020); Ligante da Liga Acadêmica de Ortopedia (LAORT); Ligante da Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental (LAPSM) e Estagiária no Plantão Coronavírus (UNIOESTE - Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL)).

Email: as.serviat.2020@aluno.unila.edu.br



Celeni Omeritza Arévalo Leiva, 21 anos; Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); Técnica em Ciências e Letras Orientado em Biologia e Química (Centro Educativo em Guatemala); Representante em projeto de extensão sobre Genética e sua história em desenvolvimento (UNILA); Estagiária no Plantão Coronavírus (UNIOESTE); Ligante da Liga Universitária de Genética (Lineage - UNILA) e Participante no estágio voluntário e ligante na Liga Acadêmica de Dermatologia (Laderm - UNILA); participante da liga de psiquiatria e voluntária em projeto de extensão e pesquisa em projeto de psiquiatria, voluntária em projeto de extensão de maternidade ginecologista da Unila e colaboradora em projeto sobre diabetes e obesidade em Idosos de Foz do Iguaçu Paraná da Unila

Email: coa.leiva.2020@aluno.unila.edu.br

Fernando Alberth Junior do Rosário, 22 anos; Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); Graduação em Medicina pelo Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG (2019 - 2021); Diretor Científico da Liga Universitária de Pediatria (LUPE- UNILA); Secretário e fundador da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia (LIAGGE-UNILA);

Email: faj.rosario.2021@aluno.unila.edu.br



Gabriel Pieri, 23 anos. Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); Assessor da Liga Acadêmica Brasileira de Neurocirurgia (LABN); Representante do Núcleo de Articulação Interna do Centro Acadêmico de Medicina Moacyr Scliar (CAMMOS - UNILA); Representante Titular Discente da Comissão Superior de Extensão (COSUEX) do Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN - UNILA); Diretor de Extensão pela Liga Acadêmica de Urgência, Trauma e Emergência (LUTE - UNILA); Diretor de Eventos pela Liga Acadêmica de Neurologia e Neurocirurgia (Neuroliga - UNILA); Secretário da Liga Acadêmica de Genética Médica e Genômica (LINEAGE - UNILA); Membro-Fundador do Projeto de Extensão Vi(vendo) e Aprendendo: Rastreamento de Déficits Visuais de Crianças em Foz do Iguaçu.

E-mail: g.pieri.2020@aluno.unila.edu.br

Igor Queiroz Franco, 26 anos; Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); Diretor de Eventos da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia (LIGO - UNILA); Extensionista Voluntário do Projeto de Extensão Adoçando a Vida em parceria com Fundação Araucária, Instituto ADIFI e UNILA; Estagiário no Programa Melhor em Casa Foz do Iguaçu pelo Plantão Coronavírus (UNIOESTE) e Designer Gráfico.

E-mail: igormedunila@gmail.com



Isabella Linhares, 21 anos; Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); Vice-Presidente da Liga Acadêmica de Endocrinologia e Metabologia (LAEM - UNILA); Estagiária no Programa Melhor em Casa Foz do Iguaçu pelo Plantão Coronavírus (UNIOESTE).

E-mail: isabella.linhares.il@gmail.com

Lediane Pereira Cardoso. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Membro Fundadora e Diretora de Finanças da Liga de Geriatria e Gerontologia da UNILA. Membro e Coordenadora Acadêmica da Liga Acadêmica de Psiquiatria e Saúde Mental da UNILA. Membro da Liga Acadêmica de Hematologia e Hemoterapia da UNILA. Membro da Liga de Ginecologia e Obstetrícia da UNILA. Membro da Liga de Oncologia da UNILA. Participa do Projeto de Pesquisa "Análise comparativa dos métodos contraceptivos de escolha dos adolescentes e da taxa de continuidade de uso de diferentes tipos de anticoncepcionais". Bolsista de Extensão do projeto "UNILA ao seu alcance" da Pró-Reitoria de Extensão da UNILA. Participa do Projeto de Extensão "Dúvidas em Genética? Pergunte que eu respondo". Graduação em Engenharia de Alimentos pela Universidade Federal de Viçosa. Tem relevante experiência no segmento industrial de Ciência e Tecnologia de Alimentos, com ênfase em Garantia de Qualidade e Desenvolvimento de Novos Produtos.

E-mail: ledianacardoso@yahoo.com.br



Lucas, 23 anos; Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); Ligante da Liga de Cardiologia (LICAR - UNILA)

E-mail: lucaspteixeira@live.com

Ricardo Edberto Bascur Villagra, 32 anos; Licenciado em Educação e Professor de Educação Física da Universidade Metropolitana de Ciências da Educação (UMCE, 2016); Formação como Massoterapeuta (2019), ambas no Chile. Atualmente, é acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) em Foz do Iguaçu, Brasil. Presidente e Diretor do ensino da Liga Acadêmica de Medicina do Estilo de Vida (LUMES), e capitão da equipe de handebol da Atlética de Medicina da UNILA.

E-mail: richy.bascur@gmail.com



Corpo Editorial

Editor Chefe: Dr Guilherme Barroso L. de Freitas
(Universidade Federal do Piauí - PI)

Corpo Editorial

Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira
(Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e
Força Aérea Brasileira)

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues
MSc. Bárbara Mendes Paz
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Daniel Brustolin Ludwig
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Durinézio José de Almeida
(Universidade Estadual de Maringá - PR)

Dr. Everton Dias D'Andréa
(University of Arizona/USA)

Dr. Fábio Solon Tajra
(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Gabriela Dantas Carvalho
(Universidade Federal do Maranhão - MA)

Dra. Hanan Khaled Sleiman
(Faculdade Guairacá - PR)

Dr. Lucas Villas Boas Hoelz
(FIOCRUZ - RJ)

MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira
(Faculdade Inspirar - PR)

Dra. Márcia Astrês Fernandes
(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli
(Instituto Federal do Espírito Santo - ES)

T793 PERUZZO, JACSON ANDREI.

Manual Bilíngue de Semiologia Abdominal Adaptado ao Profissional Cadeirante

Autores: Jacson Andrei Peruzzo; Lediane Pereira Cardoso; Igor Queiroz Franco; Alejandra de la Caridad Hernández Herbello; Lucas Pinto Teixeira; Isabella Linhares; Ricardo Bascur Villagra; Celeni Omeritza Arévalo Leiva; Alida Sanchez Serviat; Fernando Alberth Junior do Rosário; Gabriel Pieri; Flávia Julyana Pina Trench. Orientadora: Flávia Julyana Pina Trench FOZ DO IGUAÇU: UNILA/PASTEUR, 2023.

1 livro digital; 72p.; ed. I; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN 978-65-6029-009-9

<https://doi.org/10.59290/978-65-6029-009-9>

1. Medicina 2. SEMIOLOGIA 3. Ciências da Saúde

I. Título.

CDD 610

CDU 601/618

Relato de Experiência

MANUAL DE SEMIOLOGIA MÉDICA DO ABDOME ADAPTADO PARA PROFISSIONAIS CADEIRANTES ELABORADO POR ALUNOS DE MEDICINA: UMA ATIVIDADE DE FORMAÇÃO INCLUSIVA

Palavras-chave: Inclusão Social. Pessoas com Deficiência. Educação Médica. Abdome.

Introdução

O componente curricular de Prática Médica no quarto período do curso de Medicina, propõe ações voltadas ao aprendizado da anamnese, exame físico, construção da relação médico-paciente bem como o desenvolvimento do raciocínio clínico através das correlações fisiopatológicas, além de habituar o discente com a realidade complexa do Sistema Único de Saúde, seus aspectos facilitadores e as diversas barreiras que oferece ao aprendizado. A motivação para a construção do manual, com técnicas adaptadas para médico cadeirante, surgiu da percepção das dificuldades apresentadas por um aluno com deficiência, na transição do ambiente simulado para a realidade. Dessa forma, a proposta fundamental é garantir a equidade do aprendizado na integração entre ensino e serviço no âmbito do cenário assistencial.

Objetivos

Relatar a experiência da elaboração de um manual de semiologia do abdome adaptado para profissionais cadeirantes destacando a importância da inclusão e da acessibilidade no ensino e no exercício da prática médica.

Relato de experiência

O trabalho foi realizado por um grupo de doze discentes, sendo, um deles cadeirante e sob supervisão de um docente. Como primeiro passo, houve revisão da literatura médica em relação à semiologia abdominal em três idiomas (português, inglês e espanhol), além do estudo prévio referente ao conteúdo do módulo e experiências vivenciadas. Para o desenvolvimento de novas técnicas de exame físico do abdome, os alunos se acomodaram dentro de um ambiente tranquilo e desenvolveram propostas de manobras na base da experimentação, tendo como modelo o aluno cadeirante que fazia críticas referentes a: praticidade, efetividade e nível de dificuldade de realização. Tais manobras foram fotografadas e filmadas, utilizando ferramentas tecnológicas como celular, notebook, maca, maquiagem e canetas para simulação, e anexadas ao texto desenvolvido pelo grupo. A partir deste conjunto de materiais foi elaborado um manual que contempla informações acerca do exame físico abdominal, ao considerar não só examinadores sem limitações sensoriais e/ou motoras, mas também as adaptações necessárias para que o exame possa ser realizado por médicos com deficiência, especialmente os cadeirantes. Após a finalização do trabalho escrito, houve a tradução ao espanhol para ampliar a área de abrangência potencial do manual.

Reflexão sobre a experiência

Na elaboração do manual, o objetivo inicial foi atingido com base no sucesso nas adaptações das técnicas realizadas pelo público-alvo, visto que foi possível a identificação de achados clínicos no exame físico. Em relação ao trabalho em equipe, o tempo tornou-se o maior problema, considerando a matriz curricular do curso e as rotinas individuais. Além disso, como grande parte das manobras necessitam que o paciente esteja em decúbito dorsal, foi necessária uma maca com adaptações de altura, raramente disponível nos serviços públicos de saúde. Apesar dos desafios, as expectativas foram atendidas e houve acessibilidade, conferindo convicção e segurança ao aluno/profissional dentro de uma abordagem realística.

Conclusão

O manual para ensino de semiologia abdominal adaptado para profissionais cadeirantes é um material de apoio, que pode ser utilizado como meio de estudo. Deste modo, a inclusão ocorre de forma efetiva no ensino, principalmente pensando no benefício do paciente e na confiança do profissional que integra a medicina moderna, a qual permite uma visão humanizada dos problemas com atendimento qualificado.



Alejandra e Lucas celebram a menção honrosa pelo Relato de Experiência apresentado no Congresso Brasileiro de Educação Médica - COBEM 2022



Alejandra e Jacson durante a apresentação oral no Congresso Brasileiro de Educação Médica - COBEM 2022

SUMÁRIO

PREFÁCIO

- DESAFIOS E IMPORTÂNCIA DA ADAPTAÇÃO PARA CADEIRANTE

CAPÍTULO 1

- DIVISÃO TOPOGRÁFICA
- PASSOS INICIAIS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME ABDOMINAL

CAPÍTULO 2

- INSPEÇÃO
 - INSPEÇÃO ESTÁTICA
 - FORMA E VOLUME
 - CICATRIZ UMBILICAL
 - CICATRIZES CIRÚRGICAS
 - SINAIS DE PANCREATITE
 - CIRCULAÇÃO COLATERAL
 - INSPEÇÃO DINÂMICA
 - MOVIMENTOS
 - RESPIRATÓRIOS
 - PERISTÁLTICOS
 - PULSÁTEIS - AORTA ABDOMINAL
 - HÉRNIAS
 - MANOBRA DE VALSAVA
 - INGUINAIS
 - FEMORAIS
 - DIÁSTASE

CAPÍTULO 3

- AUSCULTA
 - SEMIOTÉCNICA E RUÍDOS INTESTINAIS
 - SONS VASCULARES
 - ATRITOS

CAPÍTULO 4

- PERCUSSÃO
 - SEMIOTÉCNICA
 - REGIÕES A SEREM PERCUTIDAS E TIPOS DE SONS

CAPÍTULO 5

- PALPAÇÃO
 - PALPAÇÃO SUPERFICIAL
 - PALPAÇÃO PROFUNDA
 - PALPAÇÃO DA AORTA ABDOMINAL

CAPÍTULO 6

- MANOBRAS ESPECIAIS DE PALPAÇÃO
 - ASCITE
 - SINAL DE PIPAROTE
 - SINAL DE MACICEZ NO FLANCO
 - MACICEZ MÓVEL
 - SEMICÍRCULO DE SKODA
 - MANOBRA DE SACCADÉE
 - SINAL DA POÇA
- PERITONITE
- APENDICITE
 - SINAL DE OBTURADOR
 - SINAL DE PSOAS
 - SINAL DE BLUMBERG
 - SINAL DE ROVSING
 - SINAL DE LAPINSKY

CAPÍTULO 7

- EXAME ESPECÍFICO DE ÓRGÃOS
 - FÍGADO
 - MÉTODO LEMOS TORRES
 - MANOBRA DE MATHIEU
 - HEPATIMETRIA POR PERCUSSÃO
 - HEPATIMETRIA POR AUSCULTA
 - SINAL DE JOBERT
 - SINAL TORRES HOMEM
 - VESÍCULA BILIAR
 - SINAL DE MURPHY
 - SINAL DE RANSOHOFF
 - SINAL DE COURVOISIER
 - BAÇO
 - HEPATIMETRIA
 - PALPAÇÃO
 - SINAL DE BALLANCE
 - RINS
 - MANOBRA DE PUNHO-PERCUSSÃO
 - SINAL DE GIORDANO



 [Playlist com todos os vídeos](#)

 **VERSIÓN EN ESPAÑOL**

PREFÁCIO

DESAFIOS E IMPORTÂNCIA DA ADAPTAÇÃO PARA O EXAMINADOR CADEIRANTE

"Ser médica e mãe, com limitações, é muito desafiador e estressante, na maioria das vezes. Você tem muitas coisas que deseja fazer que, na sua mente, em teoria, você sabe que conseguiria fazer, mas, fisicamente, não consegue. Às vezes, o desgaste emocional e psicológico é inevitável, me sinto impotente. Muitas vezes tenho o desejo de levar meu filho ao parque, brincar com ele, pegar na mão e caminhar (...)

A mesma coisa acontece como médica. Os procedimentos cirúrgicos, por exemplo, por mais que eu tenha desejo de fazer, minha condição física não permitiria. Isso também leva a um desgaste emocional. Além disso, algo que sempre ressalto é a falta de acessibilidade. A grande maioria das UBSs e hospitais não é acessível. Eles têm escadas, degraus, os consultórios são pequenos, os banheiros para deficientes não são adequados, não consigo movimentar com a cadeira...

Então, meu dia a dia como médica e mãe é estar superando desafios e barreiras que são difíceis. Mas, como sempre falo: as limitações a gente tem na cabeça, não é mesmo? Até agora estou conseguindo superar todos os desafios e prognósticos. Amo o que faço, amo ser médica e estou amando o dobro ser mãe, mesmo sabendo das minhas limitações. Assim, procuro outras formas de fazer as coisas.

Quem cria as limitações somos nós mesmos. Quando nos propomos a dizer "eu quero, eu posso e eu vou conseguir", a gente consegue. Podem ter mil pedras no seu caminho, aos poucos você vai passando uma por uma e consegue superar todas as barreiras que atrapalham seu caminho."

AMPARO LUGO

Médica Generalista formada pela segunda turma de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); Uma das principais médicas responsáveis pelos atendimentos em Telemedicina no período da pandemia em Foz do Iguaçu - PR.



AUTOR:

GABRIEL PIERI

MANUAL BILÍNGUE DE
**SEMIOLOGIA
ABDOMINAL**
ADAPTADO AO CADEIRANTE

O presente trabalho visa contemplar informações acerca do exame físico abdominal, considerando não só examinadores sem limitações sensório-motoras, como também abordando as adaptações necessárias para que o exame possa ser realizado por médicos com deficiência, especialmente os cadeirantes.

Em relação às Pessoas com Deficiência (PcD) em um contexto clínico, historicamente convencionou-se pela sociedade que o PcD seria sempre o paciente, nunca o médico. Entretanto, atualmente percebe-se que a realidade está sendo modificada graças aos avanços nas áreas sociais e às leis de inclusão. Nesse sentido, essa evolução impulsiona a formação médica de profissionais com deficiência, além de regulamentar a atuação plena destes médicos em consultórios, clínicas, hospitais ou ainda no sistema público de saúde.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 45 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência, que pode ser de origem visual, auditiva ou motora (BRASIL, 2010). Dentro desse contingente, o Conselho Federal de Medicina estima que 512 sejam médicos atuantes na saúde pública no país, nos quais a deficiência predominante é a motora, com 287 médicos portadores de algum distúrbio motor (CFM, 2017).

Alguns desses profissionais são conhecidos publicamente e muitos adquiriram sua deficiência após a formação acadêmica, como o caso do ortopedista Lídio Toledo, que ficou paraplégico após uma tentativa de assalto e buscou auxílio em uma tecnologia associada à sua cadeira para mantê-lo em pé e continuar a realizar cirurgias (R7, 2015). Outros médicos sempre conviveram com sua condição, como o caso de Heider Irinaldo Ferreira, que sentiu toda a problemática da pandemia ser agravada pela sua condição de cadeirante nos hospitais e postos de atendimento (MODELLI, 2020).

Apesar dos avanços, é persistente a dificuldade em ensinar como esse estudante ou médico PcD deve praticar a medicina dentro das suas possibilidades. Dessa forma, no Brasil, apenas em 2019, após quase três anos de discussões e análises, o Código de Ética Médica (CEM) estabeleceu que o profissional médico com deficiência, ou doença crônica, pratique atividades dentro dos limites de sua capacidade e da segurança do paciente. O CEM alinhou-se à convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2008, e sua incorporação no Brasil por meio do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015). Nesse quesito, temos no capítulo II, do referido código, o artigo primeiro, que deixa claro o direito do médico:

“Exercer a medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, cor, sexo, orientação sexual, nacionalidade, idade, condição social, opinião política, deficiência ou de qualquer outra natureza”.

Na continuidade, no artigo 11º, temos que:

“É direito do médico com deficiência ou com doença, nos limites de suas capacidades e da segurança dos pacientes, exercer a profissão sem ser discriminado”.

Não somente, na explicativa que trata dos motivos para a reforma do Código de Ética, (Exposição de Motivos da Resolução CFM Nº 2.217/2018), em seu quinto tópico, temos que dentro dos artigos relacionados aos direitos dos médicos, buscou-se garantir isonomia de tratamento aos profissionais com deficiência, equiparando a classe.

Desta forma, para que a inclusão ocorra da melhor maneira possível nas escolas de Medicina, o estudante em conjunto com os professores, antes do início de cada semestre do curso, busca falar das suas necessidades e conversar sobre como pode trabalhar, juntamente com sua classe, para absorver o conteúdo das disciplinas, sobretudo das atividades práticas. Essas, por vezes, requerem adaptações a serem discutidas para o bom exercício da profissão, bem como na prestação de serviço adequado na área da saúde, na promoção do bem-estar do paciente consoante ao CEM sem prejuízos para a sociedade.

Sobre o tema, sabe-se que o método clínico é um constituinte fundamental do tripé que integra a medicina moderna, sendo o único que permite uma visão humana dos problemas do paciente, haja vista que com ele atribui-se importância mesmo a fatores imponderáveis ou não mensuráveis (PORTO, 2019). O exame físico é uma ferramenta crucial à conduta e raciocínio clínico de todo profissional médico.

CAPÍTULO I

O EXAME ABDOMINAL

- DIVISÃO TOPOGRÁFICA
- PASSOS INICIAIS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME ABDOMINAL

"A anatomia, seja ela topográfica ou descritiva, completa a percepção do médico sobre o que deseja desvelar sobre o paciente. Assim, compreender e dominar os princípios anatômicos mais fundamentais permite que o profissional torne-se denso em suas decisões e busque com precisão aumentada aquilo que pretende investigar."

RODRIGO JULIANO GRIGNET



Fisioterapeuta, atuante no SUS; Especialista em Morfologia e Neurofisiologia Aplicada à Reabilitação; Mestre em Ensino e Ciências; Docente na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA); doutorando em Biotecnologia (UNIOESTE - CASCAVEL)

AUTORES:

GABRIEL PIERI

MANUAL BILÍNGUE DE
**SEMIOLOGIA
ABDOMINAL**
ADAPTADO AO CADEIRANTE

O exame físico abdominal desempenha um papel fundamental no diagnóstico clínico, sendo essencial a sua realização pelo examinador. Ele fornece pistas diagnósticas sobre a maioria das patologias gastrintestinais, geniturinárias e também informações sobre anormalidades de outros sistemas, e.g. cardíaco. Ressalta-se que o exame abdominal, bem realizado, diminui a necessidade de exames complementares detalhados, além de ser essencial na conduta clínica do caso.

As principais etapas do exame físico abdominal incluem:

- 1- Inspeção
- 2- Ausculta
- 3- Percussão
- 4- Palpação

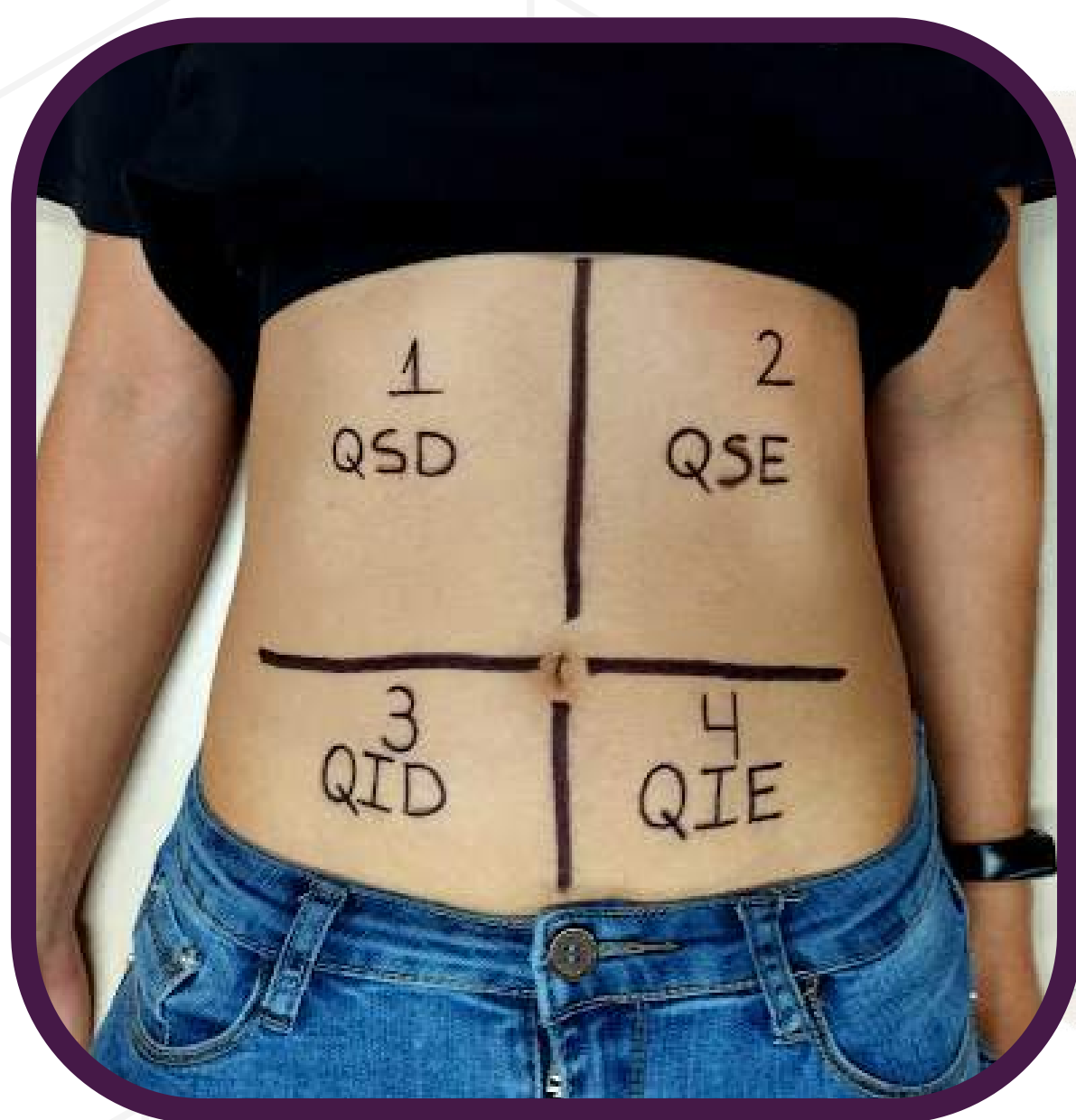
DIVISÃO TOPOGRÁFICA

Para a análise semiotécnica de um sistema orgânico, deve-se conhecer quais órgãos estão presentes em cada região a ser examinada. Para isso, divide-se o abdome em quadrantes e regiões, deixando de forma referenciada qual órgão está presente em cada localidade. Esse mapeamento permite, no momento da avaliação, pensar em termos anatômicos, considerando qual órgão está presente em determinado quadrante e, portanto, sugerindo sinais identificáveis durante o estado patológico ou a ausência como no estado normal.

Dessa forma, existem duas divisões principais,

- **DIVISÃO EM 4 QUADRANTES**

Realizada de acordo com o ponto de referência da cicatriz umbilical, divide-se o abdome em quatro quadrantes: superior direito, inferior direito, superior esquerdo e inferior esquerdo (Figura 1).



PARA NÃO ESQUECER:

1. QSD – Quadrante Superior Direito,
2. QSE – Quadrante Superior Esquerdo,
3. QID – Quadrante Inferior Direito,
4. QIE – Quadrante Inferior Esquerdo.

Figura 1 – Divisão topográfica do abdome em quatro quadrantes.

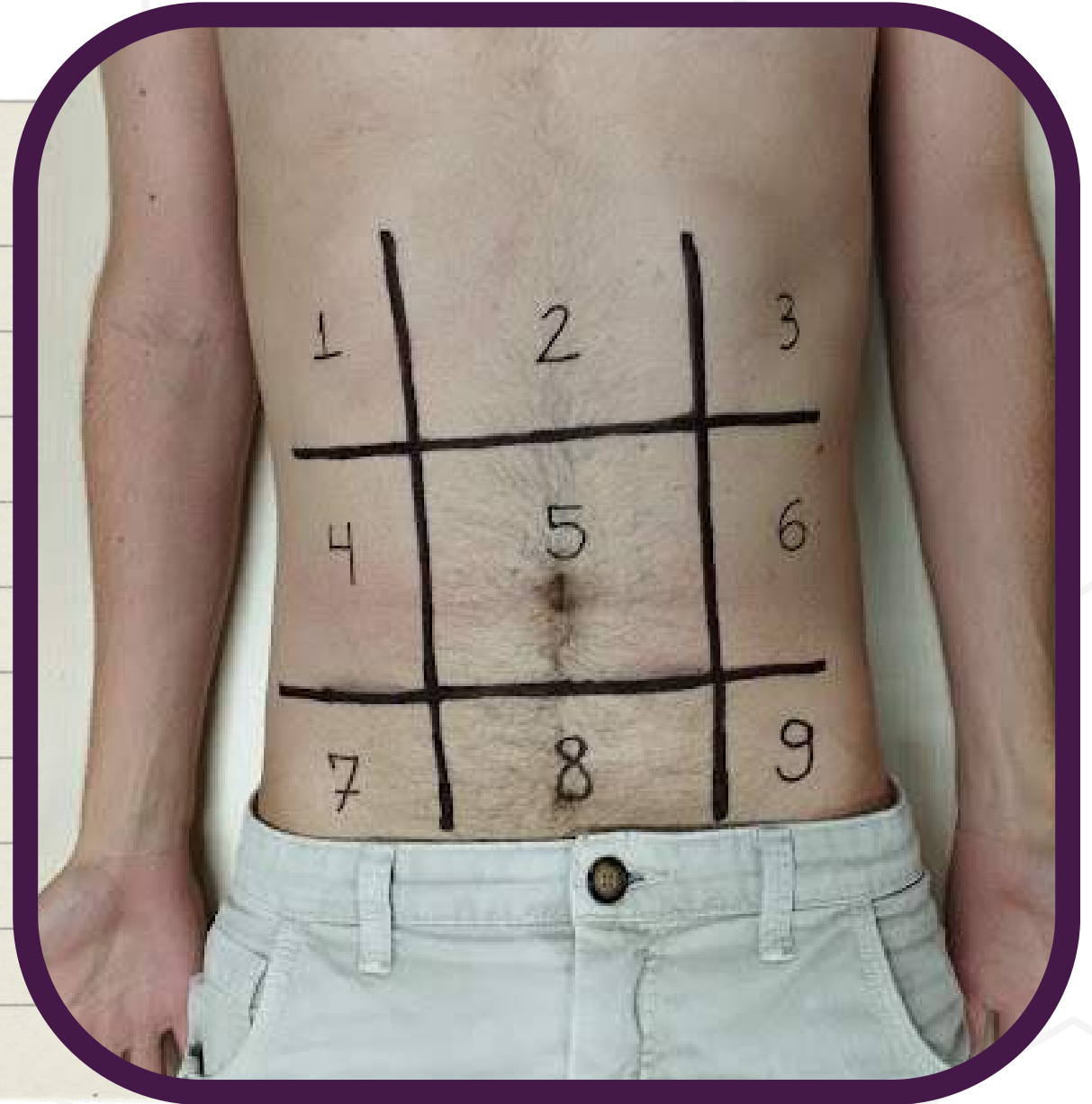
• DIVISÃO EM 9 QUADRANTES

Na divisão da nove regiões utiliza-se como referência as linhas intertubercular, subcostal, hemiclaviculares direita e esquerda, dividindo o abdome em: hipocôndrio direito, epigástrico, hipocôndrio esquerdo, flanco direito, mesogástrico, flanco esquerdo, fossa ilíaca esquerda, hipogástrico e fossa ilíaca esquerda (Figura 2).

PARA NÃO ESQUECER:

1. Hipocôndrio Direito,
2. Epigástrico,
3. Hipocôndrio Esquerdo,
4. Flanco Direito,
5. Mesogástrico,
6. Flanco Esquerdo,
7. Fossa Ilíaca Esquerda,
8. Hipogástrico,
9. Fossa Ilíaca Esquerda.

Figura 2 - divisão topográfica do abdome em nove regiões.



A partir dos esquemas 1 a 4 apresentados a seguir, são descritos os órgãos normalmente presentes em cada uma dessas regiões.

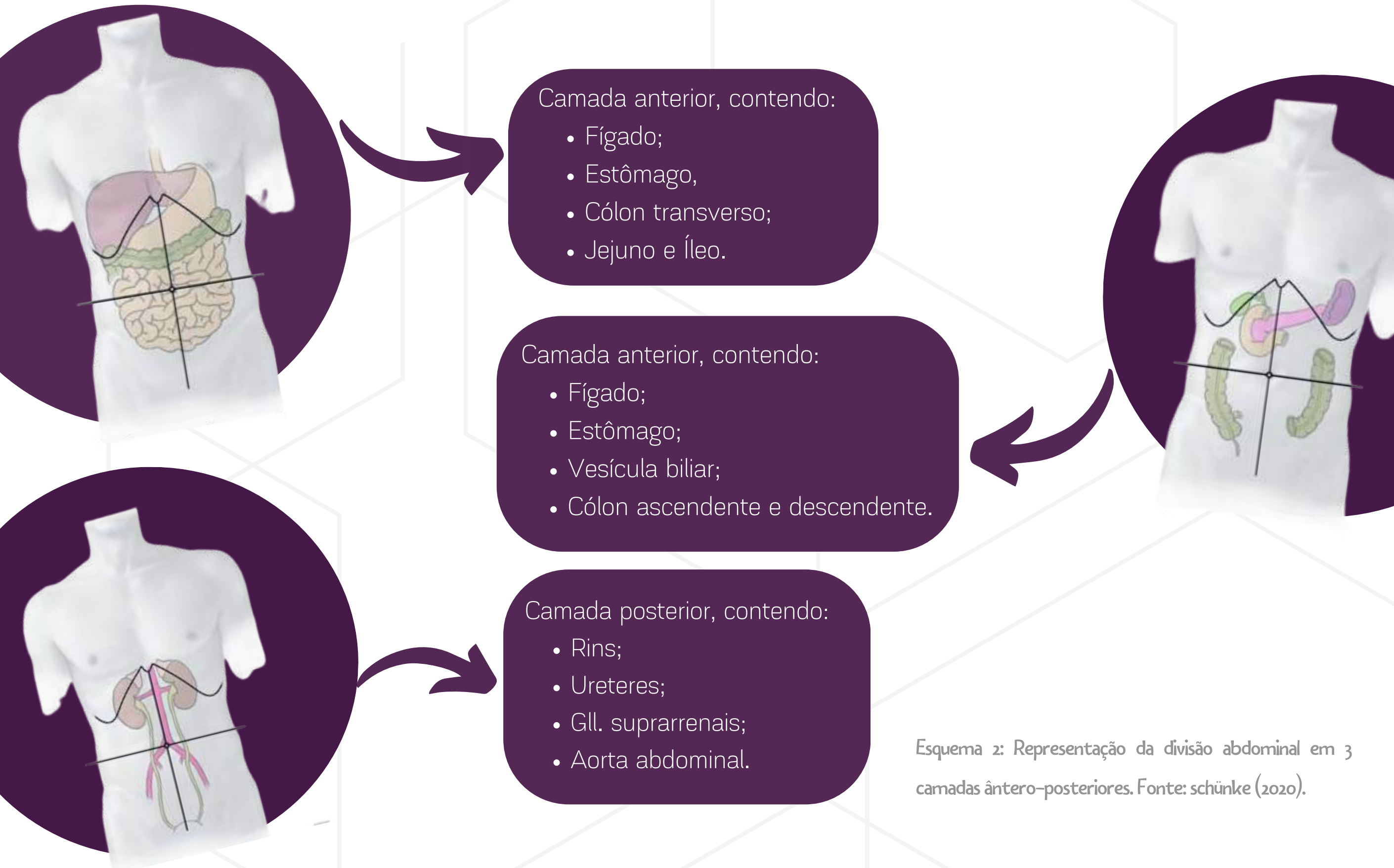


Esquema 1: Descrição dos órgãos presentes em cada região abdominal.

• OUTRAS DIVISÕES

Existem ainda outras divisões utilizadas para o abdome que incluem: divisão em três camadas, crânio-caudal e em três camadas ântero-posteriores. Além da divisão por relação intra ou extra-peritoneal. Essas segmentações facilitam a visualização da localização e interação inter-órgãos dentro do espaço abdominal, mais especificamente da região subdiafragmática à supra-pélvica.

• REPRESENTAÇÃO DA DIVISÃO ABDOMINAL EM 3 CAMADAS ÂNTERO-POSTERIORES



Esquema 2: Representação da divisão abdominal em 3 camadas ântero-posteriores. Fonte: schünke (2020).

• DIVISÃO CRÂNIO CAUDAL DO ABDOME

A partir das tabelas seguintes, são descritos os órgãos normalmente presentes em cada uma dessas regiões.

Abdome superior:

Acima do mesocólon transverso.
(No plano da vértebra L1)

- Intestino delgado (exceto duodeno);
- Intestino grosso (exceto reto).

Abdome Inferior:

Entre o mesocólon transverso e o plano de abertura superior da pelve.

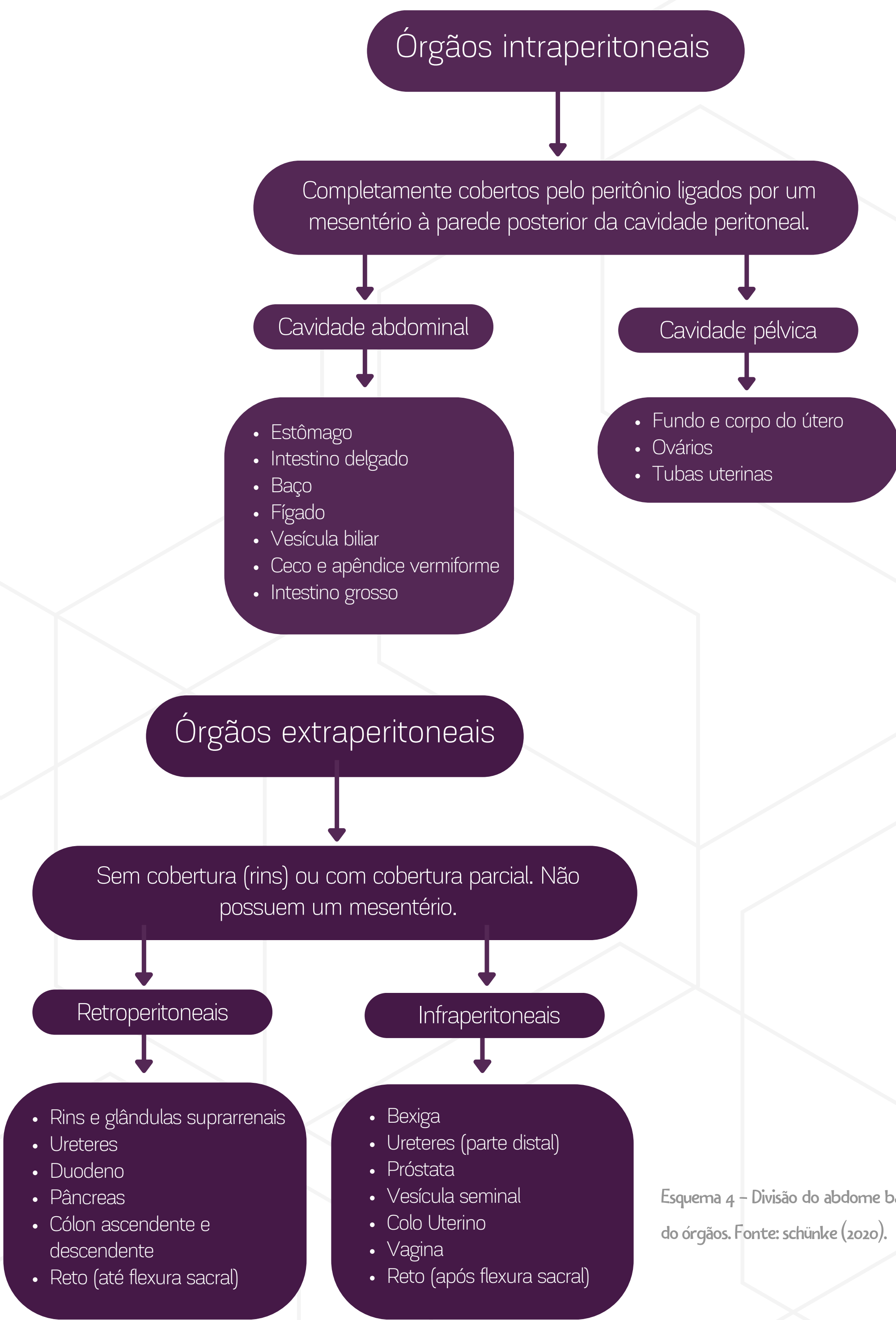
Região pélvica

(abaixo da vértebra S1)

- Bexiga;
- Reto;
- Útero, tuba uterina, ovário, vagina;
- Vasos deferentes, próstata, glândula seminal.

Esquema 3: Divisão crânio caudal do abdome. Fonte: schünke (2020).

• **DIVISÃO DO ABDOME BASEADA EM RELAÇÕES INTERPERITONEAIS DO ÓRGÃOS**



Esquema 4 – Divisão do abdome baseada em relações interperitoneais do órgãos. Fonte: schünke (2020).

PASSOS INICIAIS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME ABDOMINAL

O exame abdominal é realizado com o paciente em decúbito dorsal e, por convenção, examinador posicionado do lado direito do paciente, mas vale lembrar que esta condição nem sempre estará disponível. Na prática, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros locais, sempre que possível deve-se utilizar a convenção, caso contrário, cabe criatividade, bom senso e técnica adaptativa.

O examinador deve iniciar fazendo sua apresentação formal e, em seguida, abordar o paciente e realizar o exame conforme passos iniciais:

1. Lave bem as mãos com água e sabão. Um desinfetante à base de álcool também pode ser usado. O examinador precisa garantir que suas mãos estejam secas e quentes antes de iniciar o exame.
2. Identifique o paciente.
3. Explicar brevemente o motivo e as etapas do exame e obter o consentimento do paciente.
4. Pergunte se o paciente tem alguma dor.
5. Posicione o paciente. O paciente é inicialmente posicionado a 45 graus para maior conforto, porém é necessária uma posição supina para palpar o abdome. Assim, as mãos do paciente devem permanecer ao lado do corpo, bem como manter um travesseiro sob a cabeça ou joelhos do paciente pode ser considerado. Ainda, se a cabeça estiver flexionada, a musculatura abdominal fica tensa, o que dificulta a realização do exame. Permitir que o paciente dobre os joelhos para que as solas dos pés fiquem apoiadas na mesa de exames, maca ou cama, também relaxará o abdome.
6. A exposição ideal é dos mamilos aos joelhos. Entretanto, na prática isto nem sempre é possível. Durante a maioria dos exames clínicos, a exposição é dos mamilos ao abdome inferior, em casos de locais abertos, como enfermarias, UPA, entre outros é recomendado o uso de biombo.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Convém destacar que na prática do exame físico por profissionais cadeirantes, as adaptações de cada manobra têm suas particularidades, assim como cada cadeirante tem suas dificuldades na realização das mesmas. As adaptações aqui descritas são um guia que tem por objetivo auxiliar e melhorar a realização das técnicas por um determinado examinador cadeirante, cabendo aos demais leitores com mobilidade reduzida, nas suas singularidades, realizar as adequações pertinentes à sua realidade e necessidade durante a prática clínica.



CAPÍTULO 2

INSPEÇÃO

- INSPEÇÃO ESTÁTICA
 - FORMA E VOLUME
 - CICATRIZ UMBILICAL
 - CICATRIZES CIRÚRGICAS
 - SINAIS DE PANCREATITE
 - CIRCULAÇÃO COLATERAL
- INSPEÇÃO DINÂMICA
 - MOVIMENTOS
 - RESPIRATÓRIOS
 - PERISTÁLTICOS
 - PULSÁTEIS - AORTA ABDOMINAL
 - HÉRNIAS
 - MANOBRA DE VALSAVA
 - INGUINAIS
 - FEMORAIS
 - DIÁSTASE

AUTORES:

CELENI OMERITZA ARÉVALO LEIVA
IGOR QUEIROZ FRANCO

MANUAL BILÍNGUE DE
**SEMIOLOGIA
ABDOMINAL**
ADAPTADO AO CADEIRANTE

INSPEÇÃO ESTÁTICA

Os passos iniciais para a inspeção do abdome são: iluminação adequada, desnudamento dessa área corporal e conhecimento de suas características normais, em especial, a projeção dos órgãos na parede abdominal.

Inicialmente, deve-se observar a presença de lesões elementares da pele, circulação venosa colateral superficial, coloração da pele, presença de estrias, manchas hemorrágicas, distribuição dos pelos e a eventual existência de soluções de continuidade da parede, representadas pela diástase dos músculos retos anteriores do abdome e pelas hérnias.

Além disso, devem ser investigados a forma e o volume, a cicatriz umbilical, abaulamentos ou retrações localizadas, veias superficiais, cicatrizes e movimentos.

• FORMA E VOLUME

De modo geral, a forma e o volume do abdome variam de acordo com alguns fatores, como a idade, o sexo e o estado de nutrição do paciente. Ainda, em decorrência de alterações intra-abdominais e, também, da própria parede abdominal, os seguintes tipos de abdome podem ser encontrados:

◦ ABDOME ATÍPICO

Compreende grandes variações de acordo com cada indivíduo e seu biotipo - brevilíneo, mediolíneo e longilíneo. Suas principais características morfológicas são a simetria e ser levemente abaulado (Figura 3). Na prática, é o clássico abdome normal.



Figura 3 – Abdome atípico.

◦ **ABDOME EM AVENTAL**

É encontrado em pessoas com obesidade de grau elevado, sendo consequência do acúmulo de tecido gorduroso na parede abdominal. Conforme apresentado na Figura 4 a parede abdominal pende, semelhante a um avental sobre as coxas do paciente, tornando-se mais evidente quando o paciente está em posição ortostática.



Figura 4 – Abdome em avental. Fonte: Puhl et al (2019)

◦ **ABDOME GLOBOSO OU PROTUBERANTE**

Globalmente aumentado, esta é a característica geral do abdome globoso. Há, também, o predomínio nítido do diâmetro anteroposterior sobre o transversal conforme Figura 5.

Pode ser observado, principalmente, na gravidez avançada, na ascite, na distensão gasosa, em obesos, pneumoperitônio, na obstrução intestinal, em grandes tumores policísticos do ovário e na hepatoesplenomegalia volumosa.

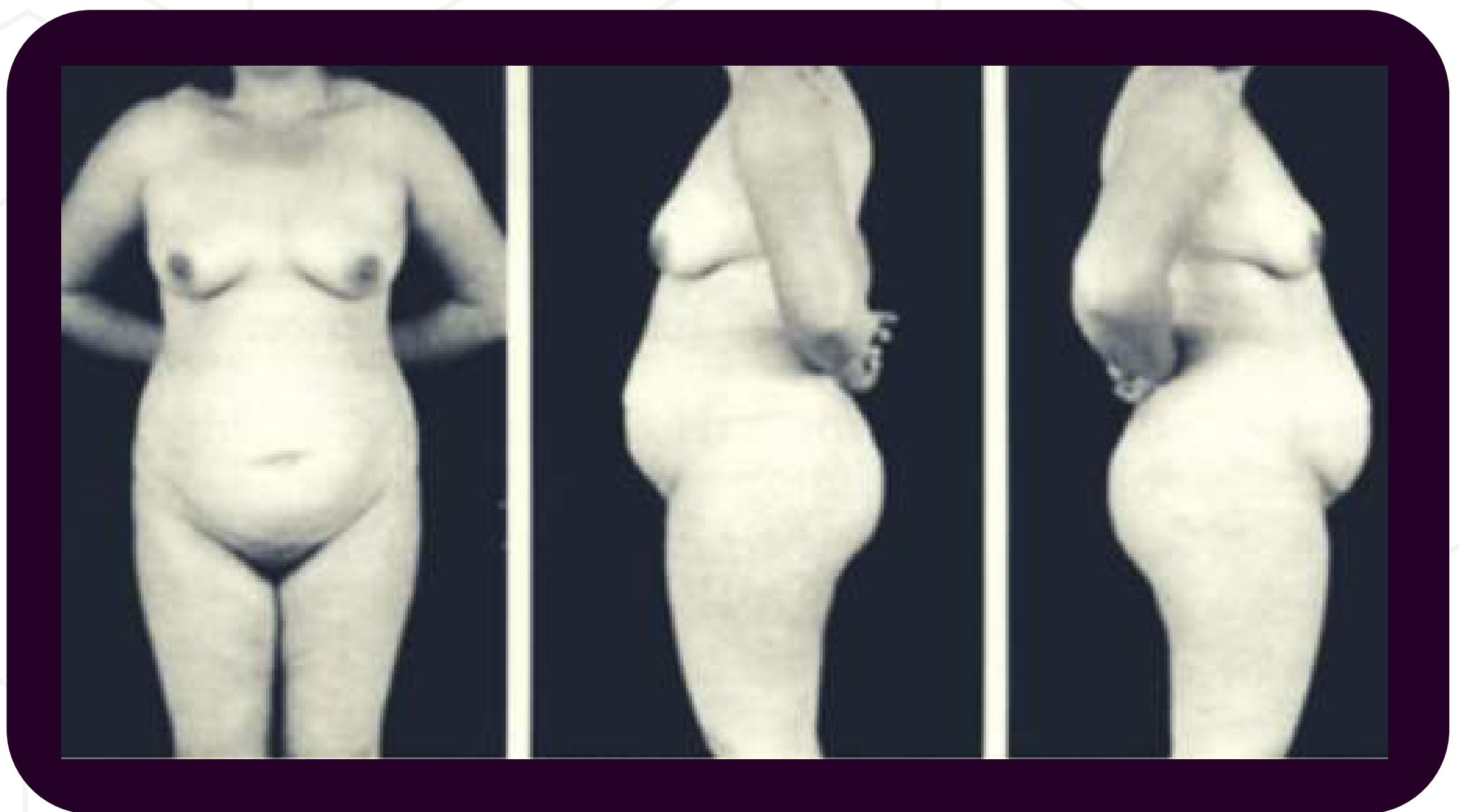


Figura 5 – Abdome globoso. Fonte: Jaimovich, 1999.

o **ABDOME EM VENTRE DE BATRÁQUIO**

Uma dica para identificá-lo, basicamente, começa na posição em decúbito dorsal. Assim, pode-se observar um predomínio do diâmetro transversal sobre o anteroposterior (Figura 6). Encontrado na ascite regressiva. Em suma, é consequência da pressão exercida pelo líquido sobre as paredes laterais do abdome.



Figura 6 – Abdome em ventre de batráquio. Fonte: Souza, 2022.

o **ABDOME PTÓTICO OU PENDULAR**

Tal tipologia é melhor observada, com o paciente em posição ortostática. Nela, as vísceras pressionam a parte inferior da parede abdominal, produzindo neste local uma protrusão. Sua causa mais comum é a flacidez do abdome no período puerperal. Ocorre, também, em pessoas emaciadas cuja parede abdominal tenha perdido sua firmeza.



Figura 7 – Abdome ptótico ou pendular. Fonte: Jaimovich, 1999.

◦ **ABDOME ESCAVADO, ESCAFOIDE OU CÔNCAVO**

Sua morfologia se resume em uma retração nitidamente perceptível, resultando em concavidade na parede abdominal (Figura 8). É próprio das pessoas muito emagrecidas, geralmente portadoras de doenças consumptivas, como neoplasias malignas do sistema digestivo.



Figura 8 – Abdome escavado. Fonte: Tv web sertão (2016)

• **CICATRIZ UMBILICAL**

A cicatriz umbilical normalmente apresenta forma plana ou levemente retraída (Figura 9). O encontro da protrusão da cicatriz umbilical tem valor prático, o que indica geralmente a existência de uma hérnia ou o acúmulo de líquido nesta região. Na gravidez também se observa aplanamento ou mesmo protrusão da cicatriz umbilical. As onfalites, infecções umbilicais frequentes em crianças, podem ser acompanhadas de secreção serosa ou seropurulenta.



Figura 9 –Cicatriz umbilical atípica.

• CICATRIZES CIRÚRGICAS ABDOMINAIS

A localização, a extensão e a forma de uma cicatriz na parede abdominal podem fornecer informações úteis sobre cirurgias anteriores.

De forma mais detalhada, as cicatrizes clássicas são:

◦ **INCISÃO DE KOCHER**

Incisão subcostal paralela à margem costal, número 1 nas Figuras 10 e 11, começando abaixo do apêndice xifóide e estendendo-se lateralmente; esta incisão é usada para aceder ao fígado, árvore biliar e vesícula biliar. Em geral, esta incisão proporciona boa exposição de vísceras abdominais e boa cicatrização. Ainda, existem variações da incisão de Kocher, como:

- **Incisão de Chevron** ou **em forma de telhado** que é a incisão de Kocher com extensão da incisão para o outro lado do abdome; usado para aceder ao esófago, o estômago e o fígado.
- **Incisão Mercedes-Benz:** trata-se da Incisão Chevron com a adição de uma incisão vertical até ao apêndice xifoide. É usada para as mesmas indicações que a incisão Chevron, mas é principalmente usada em transplante hepático.

◦ **INCISÃO MEDIANA**

Identificada com o número 6 nas Figuras 10 e 11, é uma incisão que segue a linha alba, estrutura relativamente avascular, para aceder à maioria das vísceras abdominais. É realizada em várias cirurgias abdominais, incluindo procedimentos de emergência, pois esta incisão causa perda sanguínea mínima; a desvantagem deste tipo de incisão são as significativas cicatrizes.

◦ **INCISÃO DE MCBURNEY**

Indicada para apendicectomia.

◦ **INCISÃO DE BATTLE**

Indicada para apendicectomia.

◦ **INCISÃO DE LANZ E INCISÃO DE GRIDIRON**

Usadas para aceder ao apêndice, para realizar apendicectomia; número 5 na Figura 11, ambas são feitas no ponto de McBurney. Em comparação com a incisão Gridiron, a incisão Lanz produz melhores resultados estéticos com redução de cicatrizes, uma vez que segue as linhas de Langer.

◦ **INCISÃO PARAMEDIANA**

Incisão lateral à linha dia, especificamente com 2 a 5 cm de distância, identificada com o número 6 na Figura 11, usada para aceder a vísceras laterais como, por exemplo, os rins, baço e glândulas supra-renais. Ainda, a bainha anterior do reto é separada e movida lateralmente, impedindo qualquer divisão do músculo reto. No entanto, esta pode ser uma abordagem demorosa e tecnicamente difícil, podendo, conseqüentemente, danificar o suprimento sanguíneo e nervoso dos músculos, e causar atrofia muscular.

◦ **INCISÃO TRANSVERSA**

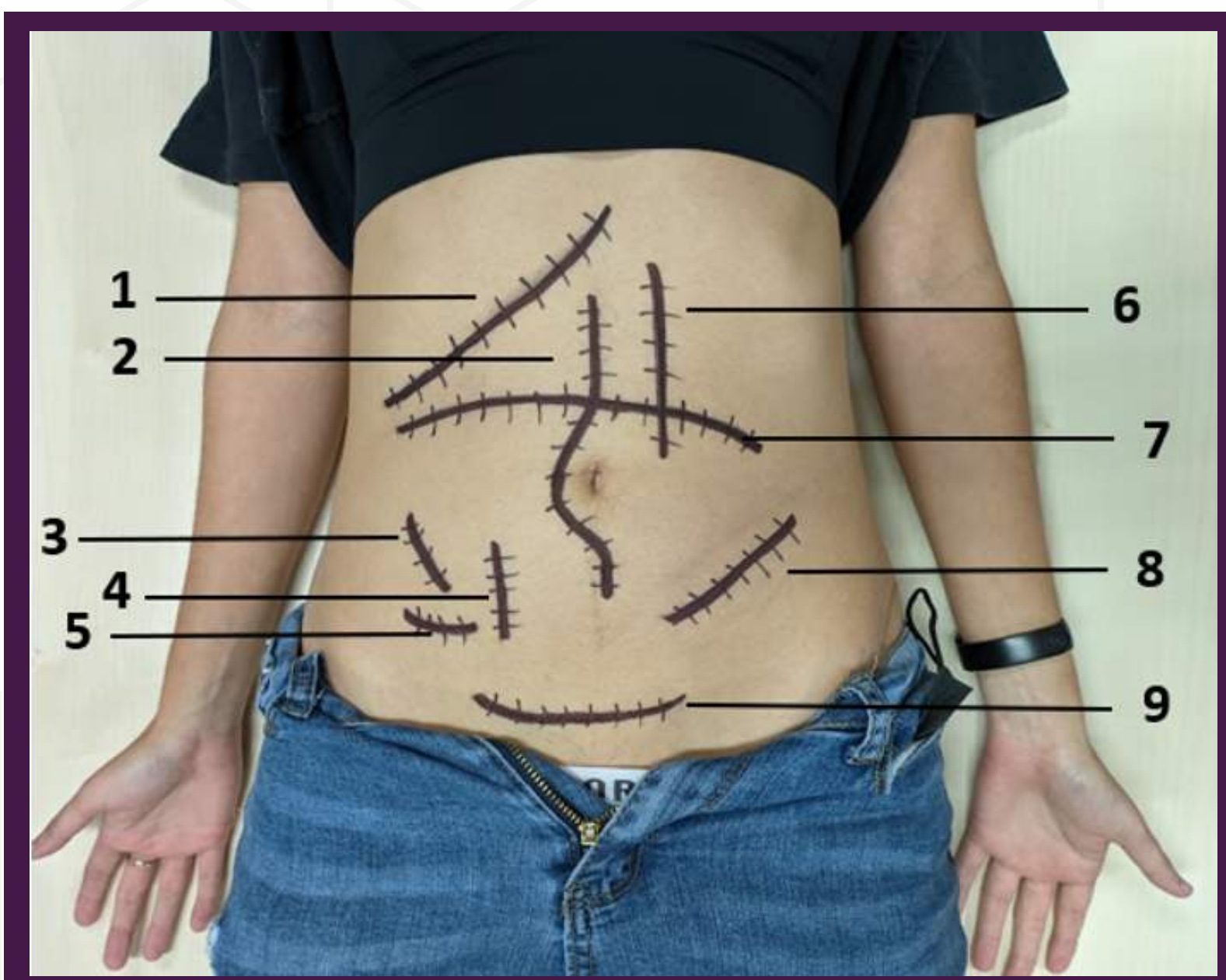
Identificado como número 7 na Figura 10 e Figura 11, é mais comum no trauma, pois permite acesso amplo à cavidade abdominal. Varia em tamanho e localização. Assim, quando uma incisão transversal completa é feita, alguns músculos como o oblíquo, o transverso e o reto abdominal, bem como a linha alba são cortados horizontalmente, causando maior perda de sangue e morosidade do que a incisão do tipo mediana. Os cirurgiões também podem realizar incisões transversais menores e permanecendo incisões unilaterais como a incisão transversa supra-umbilical que oferece excelente exposição do abdome superior e acesso ao pâncreas, cólon direito e duodeno.

◦ **INCISÃO DE RUTHERFORD-MORISON**

Identificada com o número 8 na Figura 11, é semelhante à incisão de Gridiron, mas o cirurgião estende a incisão para uma orientação oblíqua e curvilínea, facilitando o acesso ao cólon ascendente e sigmóide; incisão também usada nos transplantes renais.

◦ **INCISÃO DE PFANNENSTIEL**

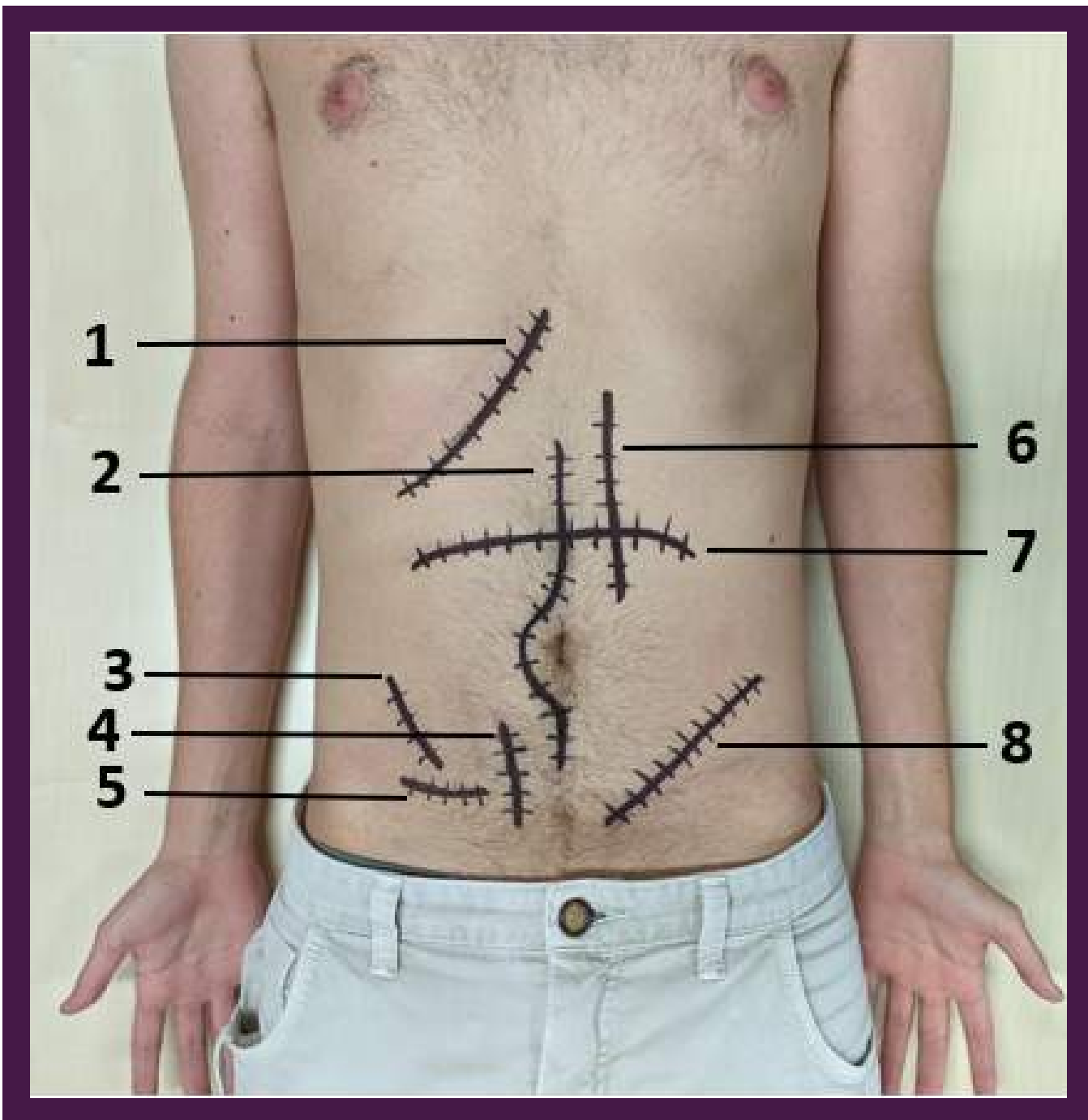
Trata-se de uma incisão transversal infra-umbilical, identificada com o número 9 na Figura 10, usada para aceder à parte pélvica e principalmente em procedimentos ginecológicos e obstetrícia. A pele é incisada transversalmente, muitas vezes com uma convexidade para baixo para evitar a dissecação de vasos sanguíneos e nervos.



Legenda

1. Incisão de Kocher
2. Incisão Mediana
3. Incisão McBurney
4. Incisão Battle
5. Incisão Lanz
6. Incisão Paramediana
7. Incisão Transversa
8. Incisão Rutheford-Morrison
9. Incisão Pfannenstiel

Figura 10 – Cicatrizes cirúrgicas na mulher.



Legenda

- 1. Incisão de Kocher
- 2. Incisão Mediana
- 3. Incisão McBurney
- 4. Incisão Battle
- 5. Incisão Lanz
- 6. Incisão Paramediana
- 7. Incisão Transversa
- 8. Incisão Rutheford-Morrison

Figura 11 - Cicatrizes cirúrgicas no homem.

• **SINAIS DE PANCREATITE**

Na pancreatite, dois achados importantes devem ser levados em conta: os sinais de Cullen e de Gray-Turner, Figuras 12 e 13, respectivamente. O primeiro caracteriza-se por uma equimose periumbilical, sendo, sobretudo, comum na pancreatite aguda e na ruptura de gravidez ectópica. Já o Sinal de Gray-Turner, apresenta equimose nos flancos e é comum na pancreatite necrosante e/ou hemorrágica, o que indica, indubitavelmente, grave comprometimento.



Figura 13 - Sinal de Cullen.



Figura 14 - Sinal de Gray-Turner.

• CIRCULAÇÃO COLATERAL

O padrão venoso da parede abdominal, em geral, é pouco perceptível. Quando as veias se tornam visíveis, estas podem caracterizar circulação colateral. A circulação colateral, do ponto de vista semiológico, significa a presença de circuito venoso anormal visível ao exame da pele.

Vale, contudo, diferenciarmos o que é e o que não é circulação colateral. Em pessoas de cor branca e de pele clara e delgada (crianças, idosos, pacientes emagrecidos), pode-se ver com certa facilidade uma rede venosa desenhada no tronco ou nos membros. Isso não é circulação colateral; trata-se, simplesmente, do que se pode designar desenho venoso anatômico. Normalmente, essa distinção é fácil, *i.e.* a rede visível está na topografia normal, simétrica, não é intensa, e as veias não são sinuosas.

Circulação colateral indica dificuldade ou impedimento do fluxo venoso através dos troncos venosos principais (cava inferior, cava superior, tronco venoso braquiocefálico, íliacas primitivas, veia cava). Este obstáculo faz com que o sangue se desvie para as colaterais previamente existentes, tornando-se um caminho vicariante capaz de contornar o local ocluído, seja parcial ou totalmente. Ao analisar uma circulação colateral deve-se atentar-se para a localização, a intensidade e a direção do fluxo. Os principais tipos de circulação colateral abdominal são Tipo Porta e Tipo Cava Inferior.

◦ TIPO PORTA

Em geral, o obstáculo pode estar situado nas veias supra-hepáticas, clássico sinal da síndrome de Budd-Chiari, no fígado, principalmente por cirrose hepática ou na veia porta, por consequência de pyleflebite. A rede venosa vicariante localiza-se na face anterior do tronco, principalmente nas regiões periumbilical, epigástrica e face anterior do tórax.

A direção do fluxo sanguíneo será de baixo para cima, do abdome para o tórax, à procura da veia cava superior através das veias xifoidianas e torácicas laterais. Quando a circulação colateral se torna mais intensa, podem-se ver vasos nos flancos e nas fossas ilíacas.

Neste caso, a direção da corrente sanguínea se inverte. Torna-se de cima para baixo, do abdome para os membros inferiores, à procura da veia cava inferior. Ainda, a rede venosa colateral se concentra na região umbilical, de onde se irradia como os raios de uma roda, ou, melhor comparando, como as pernas de aranha que se destacam de um corpo central – o umbigo –, recebendo o clássico nome de circulação colateral tipo **“cabeça de Medusa”** (Figura 14).

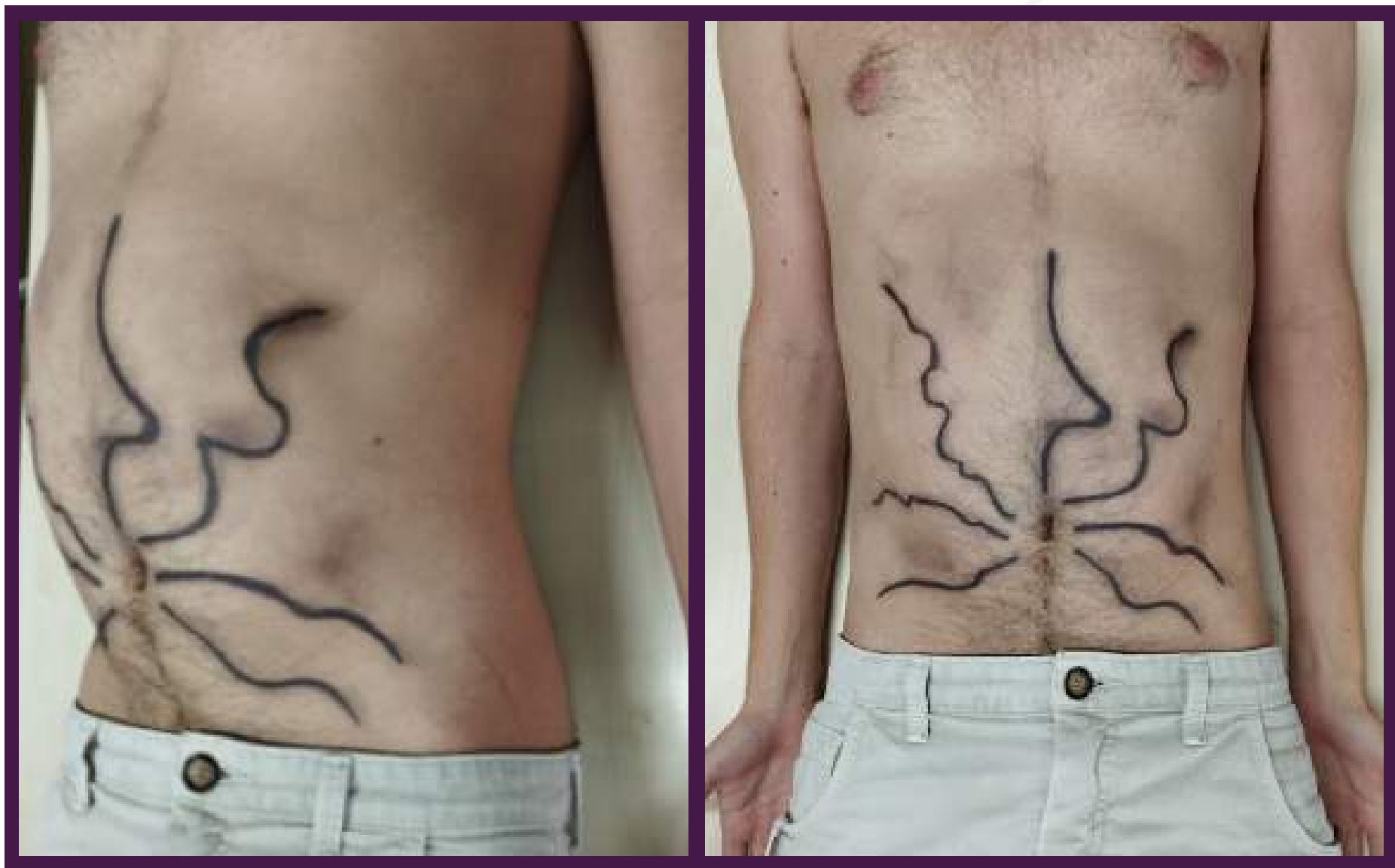


Figura 14 – Circulação colateral do tipo porta.

◦ TIPO CAVA INFERIOR

O obstáculo situa-se na veia cava inferior, e a circulação colateral vai se localizar na parte inferior do abdome, região umbilical, flancos e face anterior do tórax. O sangue irá fluir no sentido abdome-tórax à procura da veia cava superior (Figura 15). A causa mais frequente desse tipo de circulação colateral é a compressão extrínseca por neoplasias intra-abdominais.



Figura 15 – Circulação colateral do tipo cava inferior

• INSPEÇÃO DINÂMICA

◦ MOVIMENTOS

A parede abdominal ainda pode apresentar três tipos principais de movimentos: movimentos respiratórios, peristálticos e pulsações.

- **Respiratórios:** comum em condições normais, se caracterizam por movimentos respiratórios na região superior do abdome. Em inflamações que acompanham rigidez da parede abdominal podem não aparecer. Tornam-se mais intensos em problemas respiratórios que necessitem da utilização de musculatura acessória para a respiração, principalmente na tiragem intercostal e subdiafragmática.
- **Peristálticos:** Normalmente não são visíveis na parede abdominal, porém, tornam-se visíveis, por exemplo, em pessoas muito emagrecidas e em casos de obstrução e/ou estenose de algum segmento do tubo digestivo.
- **Pulsáteis - Aorta Abdominal:** são mais presentes em pessoas magras. Em sua maioria, são pulsações da aorta abdominal. Um aneurisma nessa artéria pode provocar aumento da pulsação na região dilatada.

- **HÉRNIAS**

Hérnia é a protrusão de uma parte de um órgão através, nesse caso, da parede abdominal. Busca-se as hérnias ventrais, que são as que se formam no abdome. As principais são as epigástrica, incisionais (de acordo com as incisões cirúrgicas, explicadas no item 3.4) e, a mais comum, a umbilical.

Manobra de Valsava: A Manobra de Valsalva (Figura 16) é útil na busca de hérnias. Pede-se ao paciente para prender a respiração, segurando o nariz com os dedos e, em seguida, é necessário forçar a saída de ar, fazendo pressão intra-abdominal aumentar e a hérnia protuberar na parede abdominal.



Figura 16 - Manobra de Valsalva.

Investigação de hérnias:

- 1) Inspeccionar as regiões abdominais, inguiniais e femorais, pedindo para o paciente tossir ou fazer a manobra de Valsalva.
- 2) Palpar os orifícios inguiniais externos, colocando o dedo indicador no escroto e conduzindo a sua pele até atingir o anel inguinal.

Hérnias inguiniais: acima do ligamento inguinal

- Indiretas: perto do ponto médio do ligamento inguinal (anel inguinal interno); ao exame, o saco herniário desce pelo canal inguinal e golpeia a polpa digital (o examinador deve colocar o dedo no canal inguinal e pedir para o paciente tossir). São as hérnias mais prevalentes, em todas as idades e nos dois sexos. São as mais sintomáticas e têm maior probabilidade de encarcerar ou estrangular.
- Diretas: perto do tubérculo pubiano (próximas ao anel inguinal externo), fazem saliência anteriormente e empurram o lado do dedo do examinador para a frente, durante o exame.

Muitas vezes, é difícil diferenciar entre hérnias diretas e indiretas apenas através do exame físico. No entanto, o mais importante é que haja a identificação da hérnia, uma vez que ambas devem ser corrigidas cirurgicamente.

Hérnias femorais: abaixo do ligamento inguinal. Podem ser confundidas com linfonodos aumentados; ao exame, o canal inguinal está vazio - são as hérnias menos frequentes, ocorrendo mais em mulheres, devido à dilatação do anel femoral causada por alterações hormonais durante a gestação.

◦ **DIÁSTASE**

A diástase abdominal é comum em mulheres após a gravidez, mas também aparece com frequência em idosos. Essa condição é encontrada na separação dos músculos retos abdominais, que forma um espaço, principalmente acima da cicatriz umbilical, e quando o paciente ergue o tronco, estando em decúbito dorsal, forma-se uma proeminência no local.

CAPÍTULO 3

AUSCULTA

- SEMIOTÉCNICA E RUÍDOS INTESTINAIS
- SONS VASCULARES
- ATRITOS

AUTORES:

ISABELLA LINHARES
LUCAS PINTO TEIXEIRA
JACSON ANDREI PERUZZO

MANUAL BILÍNGUE DE
**SEMIOLOGIA
ABDOMINAL**
ADAPTADO AO CADEIRANTE

A ausculta abdominal é um exame importante que deve ser feito antes da palpação e da percussão, pois essas podem estimular o peristaltismo e esconder uma diminuição dos ruídos hidroaéreos. É importante se atentar em dois tipos de sons, *i.e.* ruídos intestinais e sons vasculares.

• SEMIOTÉCNICA E RUÍDOS INTESTINAIS

Com a utilização do diafragma do estetoscópio, deve-se auscultar de 2 a 5 minutos, nos quatro quadrantes (superiores direito e esquerdo e inferiores direito e esquerdo).

Os sons auscultados são:

- **Ruídos hidroaéreos:** sons normais, servem para avaliar a motilidade intestinal – movimentação de líquido e gases – e ocorrem, regularmente, em intervalos de 5 a 10 segundos. O som característico é borbulhante, um som de gotas, de cliques, marcado por imprevisibilidade e que ocorre de maneira intermitente, podendo se modificar de acordo com o tempo decorrido da última refeição.
- **Sons agudos:** um som agudo, de tilintar, como uma campainha, um sino, associados à dor, pode indicar uma obstrução total ou parcial intestinal.
- **Borborismo:** como um ronco, grave, podem ser ouvidos até sem estetoscópio. Sua presença indica um peristaltismo anormal, como ocorre na diarreia.
- **Ausência de som:** se nenhum som for escutado ou auscultado, por intermédio do estetoscópio, por 2 minutos, há indicação da ausência de peristaltismo, como ocorre no íleo paralítico e na peritonite.

• SONS VASCULARES

Por intermédio do diafragma do estetoscópio, busca-se a presença de sopros que se originam de uma passagem alterada, turbulenta, do sangue por uma artéria, que pode ter se dilatado (aneurisma), estreitado (estenose) ou mudado sua forma.

Por vezes, esses sopros são normais. Deve-se buscar sopros na aorta abdominal, artérias renais, artérias femorais e no fígado. Abaixo são mostrados as localizações topográficas das artérias a serem avaliadas (Figura 17) além da ausculta da aorta abdominal (Figura 18).

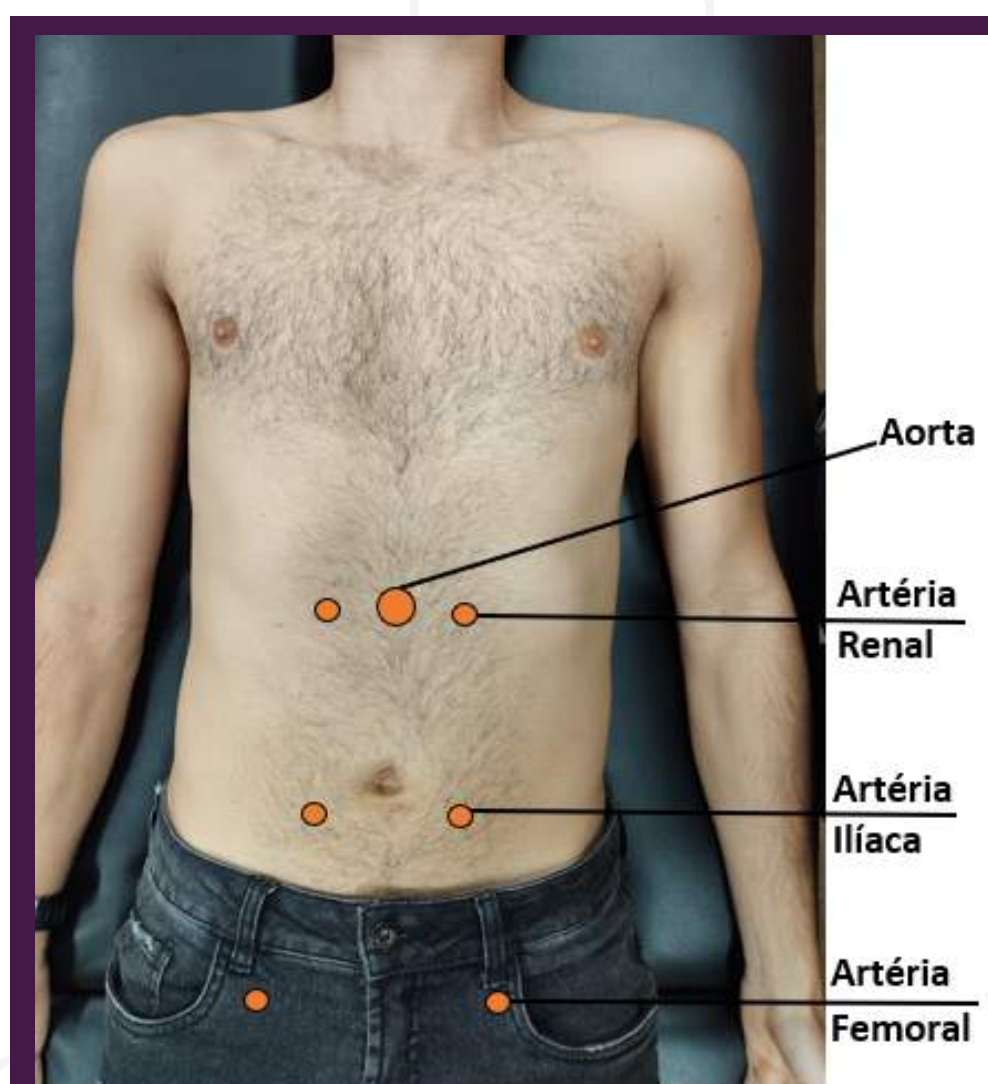


Figura 17 – Locais de ausculta de artérias.



Figura 18 – Ausculta de Aorta abdominal.

• ATRITOS

Raro, sempre indica uma anormalidade, como uma inflamação peritoneal. Deve ser procurado no hipocôndrio direito e esquerdo - sobre o fígado e o baço, respectivamente - com a respiração.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

Conforme mostrado na Figura 19, o examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, para um melhor alcance do estetoscópio durante a ausculta do lado oposto. Se possível, é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito no qual se encontra o paciente, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo, assim segurando a campânula com a mão direita, consegue-se um maior alcance de ausculta nos focos abdominais.

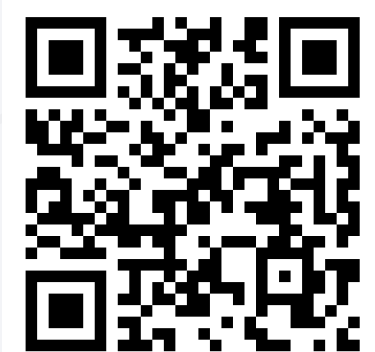
Quando o paciente consegue se movimentar no leito, pode solicitá-lo que se posicione mais próximo da beira do leito para que facilite a técnica para o examinador cadeirante. Em casos onde o abdome do paciente seja muito globoso e que seja complicado o alcance do lado oposto, o examinador pode fazer a ausculta em duas partes, a primeira do lado direito e a segunda deslocando-se para o lado esquerdo do paciente.



Figura 19 - Ausculta abdominal adaptada ao profissional cadeirante.



IR PARA O VÍDEO



CAPÍTULO 4

PERCUSSÃO

- SEMIOTÉCNICA
- REGIÕES A SEREM PERCUTIDAS E TIPOS DE SONS

AUTORES:

ISABELLA LINHARES
LUCAS PINTO TEIXEIRA
JACSON ANDREI PERUZZO

MANUAL BILÍNGUE DE
**SEMIOLOGIA
ABDOMINAL**
ADAPTADO AO CADEIRANTE

A percussão abdominal deve acontecer após a inspeção e a ausculta. O exame deve ser realizado com o paciente em decúbito dorsal e consiste no golpeamento de um ponto qualquer do abdome para ouvir e sentir o som resultante. O objetivo da percussão é analisar o timbre, a tonalidade e a intensidade do som obtido. Os sons resultantes do exame servem para a determinação do tamanho e da natureza dos órgãos avaliados e para a detecção de massas, líquidos, mais ou menos gás na região abdominal.

o SEMIOTÉCNICA

Dígito-digital - É o tipo de percussão mais usado tanto na percussão abdominal como torácica. A execução é feita por meio de golpes do dedo médio da mão dominante (chamado dedo flexor) na superfície dorsal da segunda falange do dedo médio (dedo plexímetro) na mão não-dominante (Figura 20). O dedo plexímetro deve estar com a superfície ventral apoiada na área em que se deseja percutir, sendo o único a tocar a região. Os outros dedos devem ficar suspensos perto da superfície percutida, pois dessa forma o som não se torna abafado.

O golpe deve ser rápido e seco, realizado com a borda ungueal de modo que o dedo forme um martelo e usando somente a articulação do punho, nunca do cotovelo. A intensidade do golpe depende da região percutida e também do porte físico do paciente examinado. Com a prática o examinador aprenderá a dosar a intensidade em cada caso.

Em órgãos simétricos é aconselhável que a percussão seja feita de modo que se compare um lado com o outro.

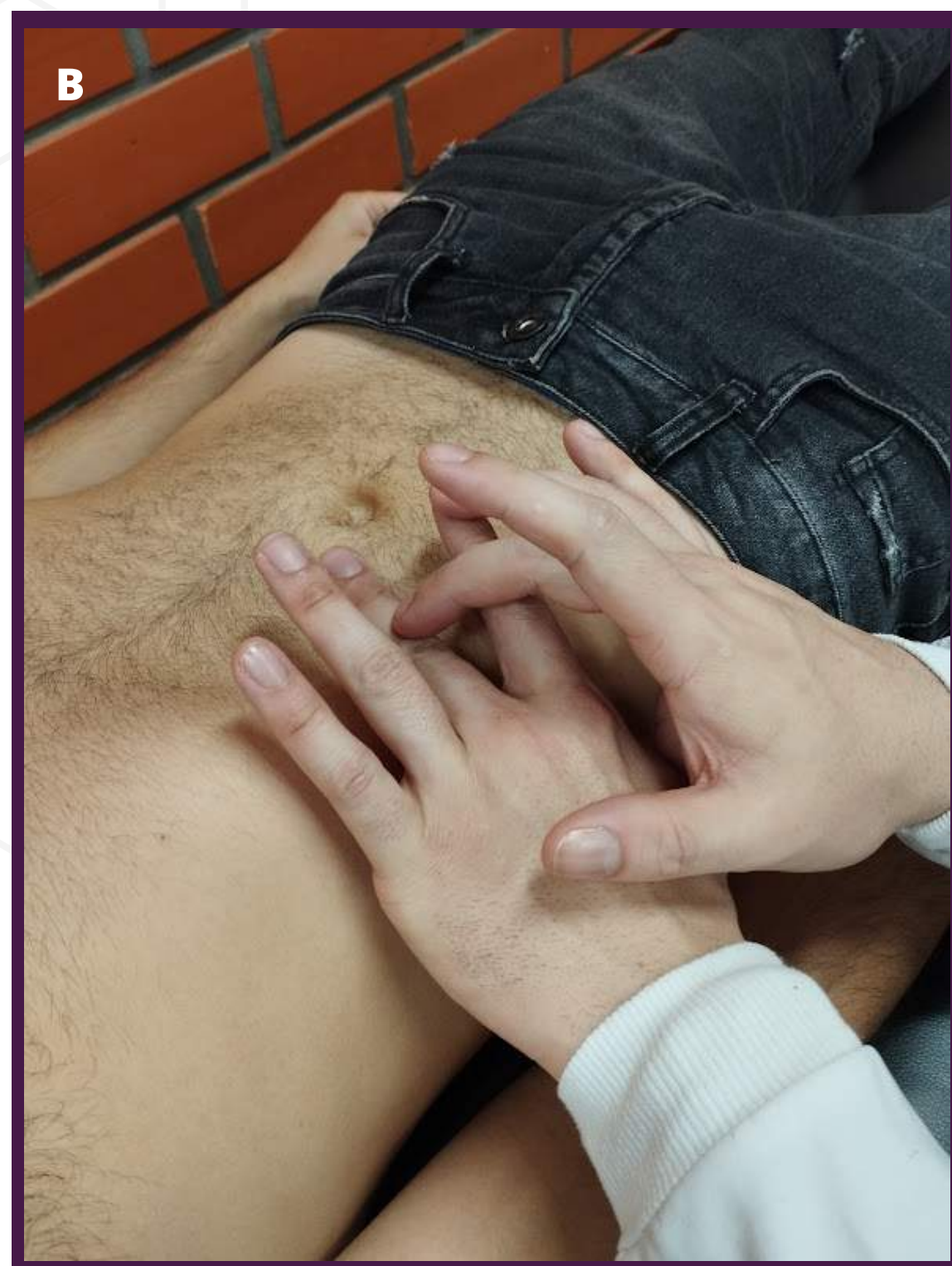
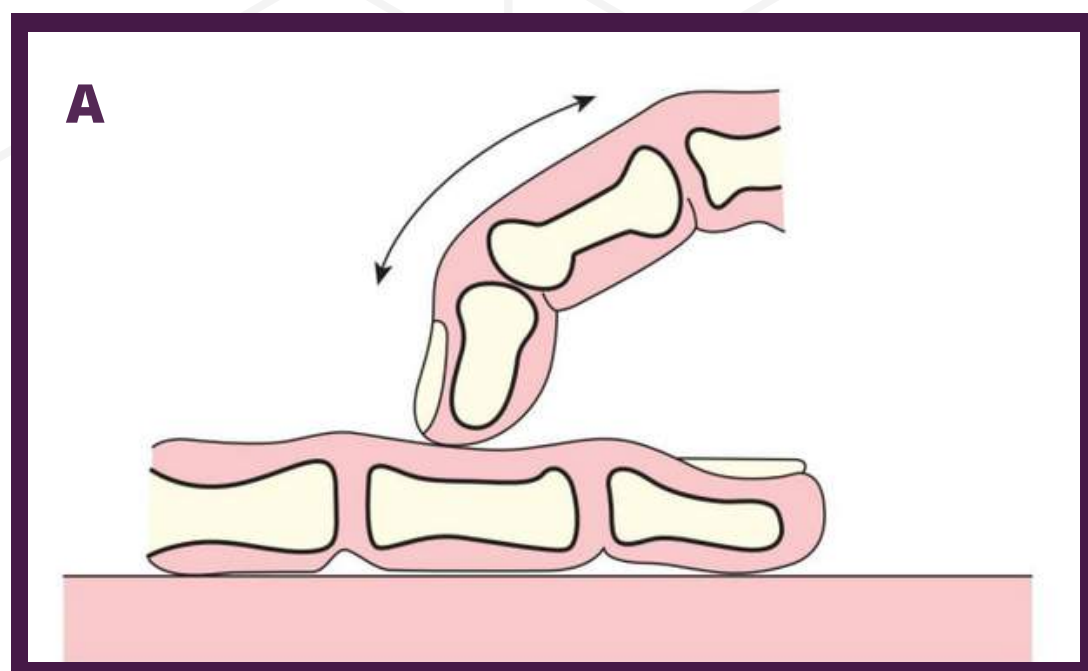


Figura 20- Semiotécnica da percussão dígito-digital de Gerhardt. A falange média do dedo médio da mão esquerda deve ser golpeada com o dedo médio da mão direita. Fonte: Imagem A - Burns (2011), Imagem B - elaborado pelos próprios autores.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

O examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, se possível é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito no qual se encontra o paciente, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo.

Nessa técnica, devido ao uso dos dois membros superiores para realização da percussão, a dificuldade está no controle do tronco do examinador, sendo que dependendo do grau e altura vertebral de sua lesão, este terá uma maior ou menor dificuldade de se estabilizar para proceder a percussão. Caso julgue necessário na percussão dos flancos, o examinador pode apoiar na maca o cotovelo da mão que irá percutir para auxiliá-lo na estabilidade dos movimentos.

Em situações nas quais o examinador encontre dificuldade de percussão do lado oposto, o mesmo pode realizar a técnica em duas etapas, sendo a primeira efetuada do lado direito e a segunda deslocando-se para o lado esquerdo do paciente.



• REGIÕES A SEREM PERCUTIDAS E TIPOS DE SONS

A percussão deve ser realizada nas nove regiões abdominais conforme Figura 2 (Capítulo 1). De cada região é esperado um som específico, característico dos órgãos contidos no local, como apresentado no Esquema 1 (Capítulo 1). Esse som gerado é determinado pela quantidade de ar contida em cada região e pode ser classificado em: maciço, submaciço, timpânico e hipertimpânico, no qual o primeiro corre quando não contém ar no espaço e o último quando há mais ar que o esperado.

- **Maciço:** Indica a presença de órgãos maciços, como o fígado, baço e útero gravídico. Dessa forma, é esperada a percussão maciça em HD devido a projeção hepática. *Achado atípico:* A macicez identificada no espaço de Traube caracteriza esplenomegalia (detalhado a frente), uma vez que esse espaço representa a projeção do estômago. O som maciço presente nos outros quadrantes é patológico, podendo indicar a presença de massas, como neoplasias e abscessos, ou líquido, como ascite.
- **Submaciço:** é considerado uma variação do som maciço e indica ar em menor quantidade. O som submaciço pode ser encontrado na borda inferior no fígado e nas bordas nas regiões em que são característicos sons timpânicos. *Achado atípico:* Assim como o som maciço, também pode indicar a presença de massas e líquidos, bem como, pode indicar a sobreposição de uma víscera maciça sobre uma alça intestinal.

- **Timpânico:** Indica presença de ar. O timpanismo está presente nas regiões em que se encontram os órgãos viscerais (occos), os quais estão preenchidos com ar em quantidade normal. Portanto, em oito das nove regiões (com exceção do HD) é comum a presença do som timpânico, devido às projeções do intestino grosso e delgado, estômago, bexiga e útero em mulheres.
- **Hipertimpânico:** É um som patológico, portanto, seu achado é atípico. O hipertimpanismo é caracterizado pelo aumento do timbre do som timpânico. Indica acúmulo de volume de gás no abdome.
- **Achado atípico:** É mais comum ser encontrado no trato digestivo quando há meteorismo (deglutição involuntária de ar ao comer e beber rapidamente), distensão abdominal (inchaço por acúmulo de gases), pneumoperitônio (presença de ar livre na cavidade abdominal), que pode indicar perfuração de víscera oca quando é encontrado no HD.

CAPÍTULO 5

PALPAÇÃO

- PALPAÇÃO SUPERFICIAL
- PALPAÇÃO PROFUNDA
- PALPAÇÃO DA AORTA ABDOMINAL

AUTORES:

ALEJANDRA DE LA CARIDAD HERNANDEZ HERBELLO
ALIDA SANCHEZ SERVIAT
JACSON ANDREI PERUZZO

MANUAL BILÍNGUE DE
**SEMIOLOGIA
ABDOMINAL**
ADAPTADO AO CADEIRANTE

A palpação é o principal método de exame físico do abdome. Tem como objetivos determinar se há alguma resistência na parede abdominal, as condições físicas das vísceras abdominais e explorar a sensibilidade dolorosa do abdome.

Geralmente é realizada com o paciente de decúbito dorsal, mas alguns métodos ou manobras requerem que seja em decúbito lateral, sentado ou ortostática.

Pede-se ao paciente que respire calmamente, para evitar o aumento da pressão intra-abdominal durante a inspiração e a contração dos músculos abdominais, em uma expiração prolongada.

Em ortostatismo ou sentado, deve-se tentar manter o cotovelo acima do abdome do paciente e as mãos devem estar em temperatura confortável, pois se estiverem frias podem causar contraturas da parede abdominal. Existe um método geral de palpação do abdome e métodos especiais para diferentes órgãos.

• **PALPAÇÃO SUPERFICIAL**

Realizar pouca pressão da mão sobre o abdome, empurrando suavemente para não causar dor com uma mão apenas a 45 graus sobre o abdome, com movimentos circulares ao longo de todos os quadrantes abdominais (Figura 21).

Nos pacientes com dor abdominal, é conveniente iniciar a palpação longe da região dolorosa para não produzir contratura da parede, o que dificulta a exploração, deixando a área dolorosa para o final do exame.

Como o hemiabdomen esquerdo é, com menor frequência, a causa de quadros dolorosos, começa por ele, iniciando-se pela fossa ilíaca esquerda, percorrendo sucessivamente toda a parede abdominal de forma superficial e suave. Somente após realizar a palpação superficial recorrer-se-á à palpação profunda.

Essa etapa constitui a primeira etapa da palpação abdominal e avalia o estado da pele, a tensão, a presença de massas palpáveis, a continuidade da parede abdominal, a sensibilidade e o grau de distensão da parede abdominal.

Nessa palpação pode haver uma forma de “defesa muscular”, uma rigidez da parede associada ao reflexo visceromotor, indicando que pode haver uma peritonite (inflamação da membrana que recobre os intestinos e a face interna do abdome), sendo esse reflexo uma forma de proteção contra a ação de agentes externos sobre áreas inflamadas do peritônio (a palpação normal deve ser flácida e oferecer pouca resistência).



Figura 21 – Semiotécnica da palpação superficial. **A.** Técnica adaptada ao profissional cadeirante. **B.** Técnica realizada pelo profissional sem redução de mobilidade.

No caso de uma hipertonia parietal, há manobras aplicáveis como cobrir a pele do abdome com vaselina ou talco para facilitar o deslizamento manual, utilizar o método de Galambos (Figura 22), que consiste em abaixar o abdome com uma mão, a uma distância não superior a 10 cm da área a ser explorada com o outro lado e, em casos mais graves, aplicar anestesia local ou geral.



Figura 22 – Método de Galambos – desenho esquemático. Fonte: propedéutica clínica y semiología médica–tomo.1, 2003.

• PALPAÇÃO PROFUNDA

Com os dedos indicadores em contato é preferível que as mãos afastem-se em suas bases, para aproveitar as pontas dos dedos com maior frouxidão. As mãos devem ter um certo grau de obliquidade sobre o abdome para ganhar a profundidade necessária na palpação das vísceras ao praticar o deslizamento.

O uso das mãos sobrepostas, conforme Figura 23, tem a função de superar alguma resistência da parede abdominal. De preferência a mão não dominante sobre a dominante, para a palpação. Ao encontrar órgãos e massas, observe se há dor e as suas características semiológicas.



Figura 23 – Semiotécnica da palpação profunda. A. Técnica adaptada ao profissional cadeirante. B. Técnica realizada pelo profissional sem redução de mobilidade.

A palpação anteroposterior (Figura 24) é mais aplicável aos vazios. Com esta palpação, a mão na parte posterior empurra as vísceras para frente oferecendo-as à mão que toca.



Figura 24 – Palpação anteroposterior – desenho esquemático. Fonte: propedéutica clínica y semiología médica-tomo1, 2003

A palpação por deslizamento (Figura 25) dos dedos sobre os órgãos é facilitada quando se arrasta as pontas dos dedos sobre a pele ao mesmo tempo que se aprofunda a palpação de cima para baixo, de forma a sentir os órgão dessa região e apreciar suas possíveis alterações. Os movimentos respiratórios são utilizados para facilitar a palpação, de modo que durante a inspiração do paciente é possível sentir melhor as estruturas avaliadas.

Esta manobra é usada, principalmente, para palpação do fígado e baço.

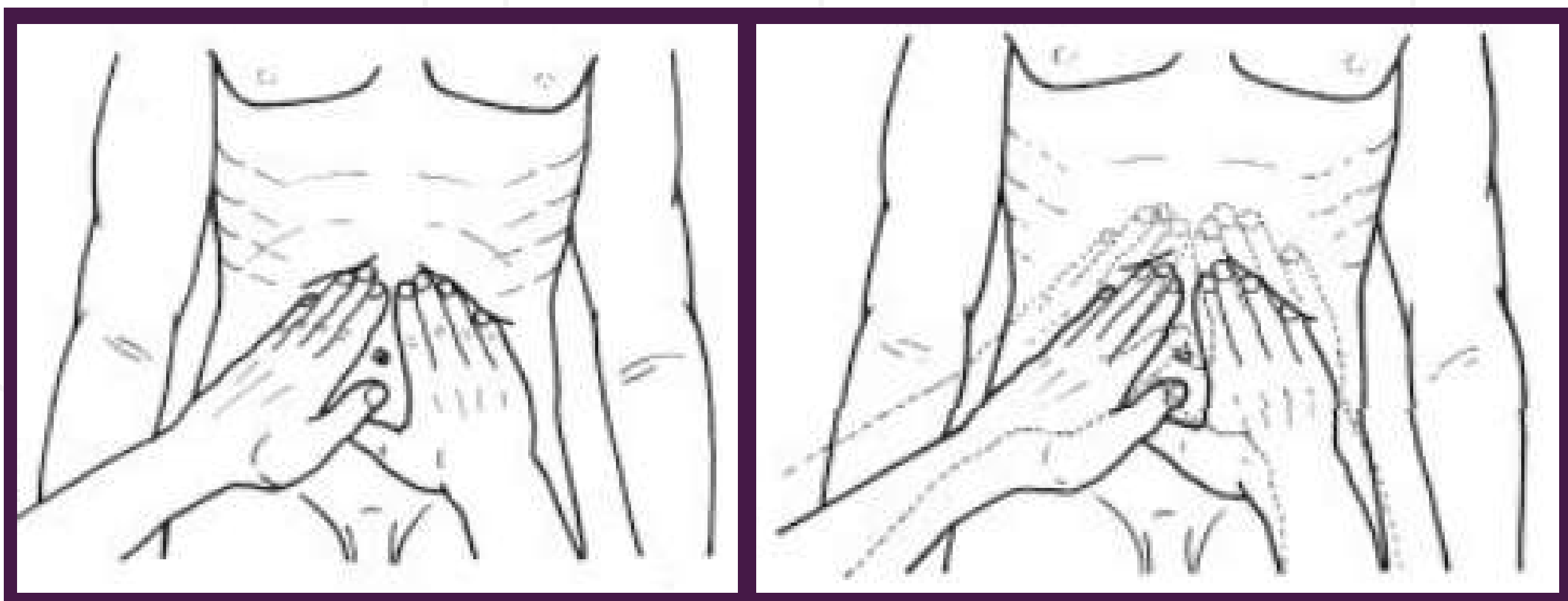


Figura 25 – Palpação com deslizamento sobre os órgãos. Fonte: propedéutica clínica y semiología médica–tomo1, 2003

• PALPAÇÃO DA AORTA ABDOMINAL

Segundo Jama (2009), a única manobra do exame físico de valor demonstrado para o diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal (AAA) é a palpação da aorta abdominal. A sensibilidade da palpação é reduzida pela obesidade abdominal e pelo exame abdominal de rotina não direcionado especificamente para medir a largura da aorta.

A técnica consiste em o examinador primeiro sentir profundamente a pulsação aórtica, geralmente encontrada alguns centímetros superior ao umbigo (o umbigo marca o nível da bifurcação aórtica) e ligeiramente à esquerda da linha média. O examinador então posiciona ambas as mãos no abdome com as palmas para baixo, colocando um dedo indicador em cada lado da área pulsante para confirmar que é a aorta (cada sístole deve afastar os 2 dedos) e para medir a largura da aorta. Uma quantidade generosa de pele abdominal deve ser incluída entre os 2 dedos indicadores, e muitas vezes é mais fácil, inicialmente, sondar um lado da aorta de cada vez.

É a largura, e não a intensidade da pulsação aórtica que determina o diagnóstico de AAA; uma aorta normal costuma ser facilmente palpável em pacientes magros ou com músculos abdominais frouxos. A aorta normalmente tem menos de 2,5 cm de diâmetro e quando maior que isso (depois de permitir a espessura da pele) merecem investigação adicional, geralmente com ultrassonografia.

O exame físico para detectar AAA raramente é necessário em pessoas com menos de 50 anos devido à baixa frequência da doença neste grupo. Além disso, é importante ficar atento ao sinal de Debakey, o qual é observado quando a pulsação é percebida na região epigástrica ou abaixo do gradil costal, é indicativo de AAA suprarrenal acometendo ramos viscerais.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

O examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial de preferência com a cadeira de rodas encaixada embaixo do leito no qual se encontra o paciente, para que o examinador se posicione o mais próximo possível do mesmo.

Assim como na técnica de percussão, a maior dificuldade será na palpação bimanual, dependendo do controle de tronco do examinador, caso necessário, pode ser feito em duas etapas, primeiro do lado direito e posteriormente deslocando-se para o lado esquerdo do paciente. As manobras unimanuais, podem ser realizadas com o apoio da mão oposta a que se realiza a manobra no leito ou mesmo na própria perna do paciente, aumentando a estabilidade para proceder às manobras.

A palpação anteroposterior pode ser feita com o apoio de braço do examinador no leito facilitando a realização da manobra. Já para a palpação de deslizamento dos dedos sobre os órgãos, é possível que a cadeira seja lateralizada lado a lado do leito, para que o examinador fique mais confortável e consiga maior alcance com o braço direito no lado oposto do abdome.



CAPÍTULO 6

MANOBRAS ESPECIAIS DE PALPAÇÃO

- ASCITE
 - SINAL DE PIPAROTE
 - SINAL DE MACICEZ NO FLANCO
 - MACICEZ MÓVEL
 - SEMICÍRCULO DE SKODA
 - MANOBRA DE SACCADÉE OU DO RECHAÇO
 - SINAL DA POÇA
- PERITONITE
- APENDICITE
 - SINAL DE OBTURADOR
 - SINAL DE PSOAS
 - SINAL DE BLUMBERG
 - SINAL DE ROVSING
 - SINAL DE LAPINSKY

AUTORES:

RICARDO EDBERTO BASCUR VILLAGRA
FERNANDO ALBERT JÚNIOR DO ROSÁRIO
JACSON ANDREI PERUZZO

MANUAL BILÍNGUE DE
**SEMILOGIA
ABDOMINAL**
ADAPTADO AO CADEIRANTE

• ASCITE

Compreender a fisiopatologia da ascite torna a avaliação do paciente mais fácil. Qualquer processo que perturbe o equilíbrio das pressões hidrostáticas e coloidsmóticas intravasculares e extravasculares podem desencadear a ascite. Dentre as principais etiologias, destacam-se: cirrose, hipertensão portal, insuficiência cardíaca congestiva, síndrome nefrótica, causas peritoneais como tuberculose peritoneal, rotura de vias linfáticas. Nota-se que a presença de onda fluida “sinal de piparote positivo”, macicez móvel ou edema periférico são os achados mais poderosos para fazer o diagnóstico de ascite. Demais sinais e sintomas associados são abdome distendido (globoso ou em batráquio), protrusão da cicatriz umbilical, circulação colateral (tipo porta, cava inferior ou portocava), e outros da doença de base.

Os sinais mais indicados para descartar ascite são a falta de histórico de edema periférico ou aumento da circunferência abdominal, a ausência ou incapacidade de demonstrar os flancos abaulados, bem como ausência de macicez móvel e dos flancos. A ausência de achados não descarta a presença de uma menor quantidade de líquido peritoneal. O padrão ouro para detecção de ascite é ultrassonografia, tomografia computadorizada e paracentese abdominal.

É na etapa de percussão e ausculta que encontramos os principais sinais propedêuticos para pesquisa de ascite. Geralmente necessita-se de cerca de um acúmulo de 1,5 L de líquido abdominal para que a percussão seja mais precisa. Casos em que há menor acúmulo de líquido podem ser diagnosticados com ultrassom abdominal.

SINAL DE PIPAROTE

O Sinal de Onda Fluida ou “Sinal de piparote” (termo também conhecido como peteleco ou seja, dar um pancada com o dedo médio ou indicador apoiado com o polegar e soltando com força) é mais nítido em ascites médias e grandes. Ele é descrito da seguinte maneira: coloca-se uma das mãos espalmadas em um dos flancos e se dá um piparote no flanco contralateral. Esse impacto causará uma onda líquida que pode ser sentida com a mão que se encontra espalmada (Figura 26). Nos casos de ascite de menor volume, uma terceira mão pode ser necessária para minimizar e impedir a passagem cutânea da onda causada pelo piparote através da parede abdominal, pode solicitar ao paciente ou a um ajudante que apoie sua mão sobre a linha média abdominal e assim procede-se a técnica 1 mostrada no link abaixo.

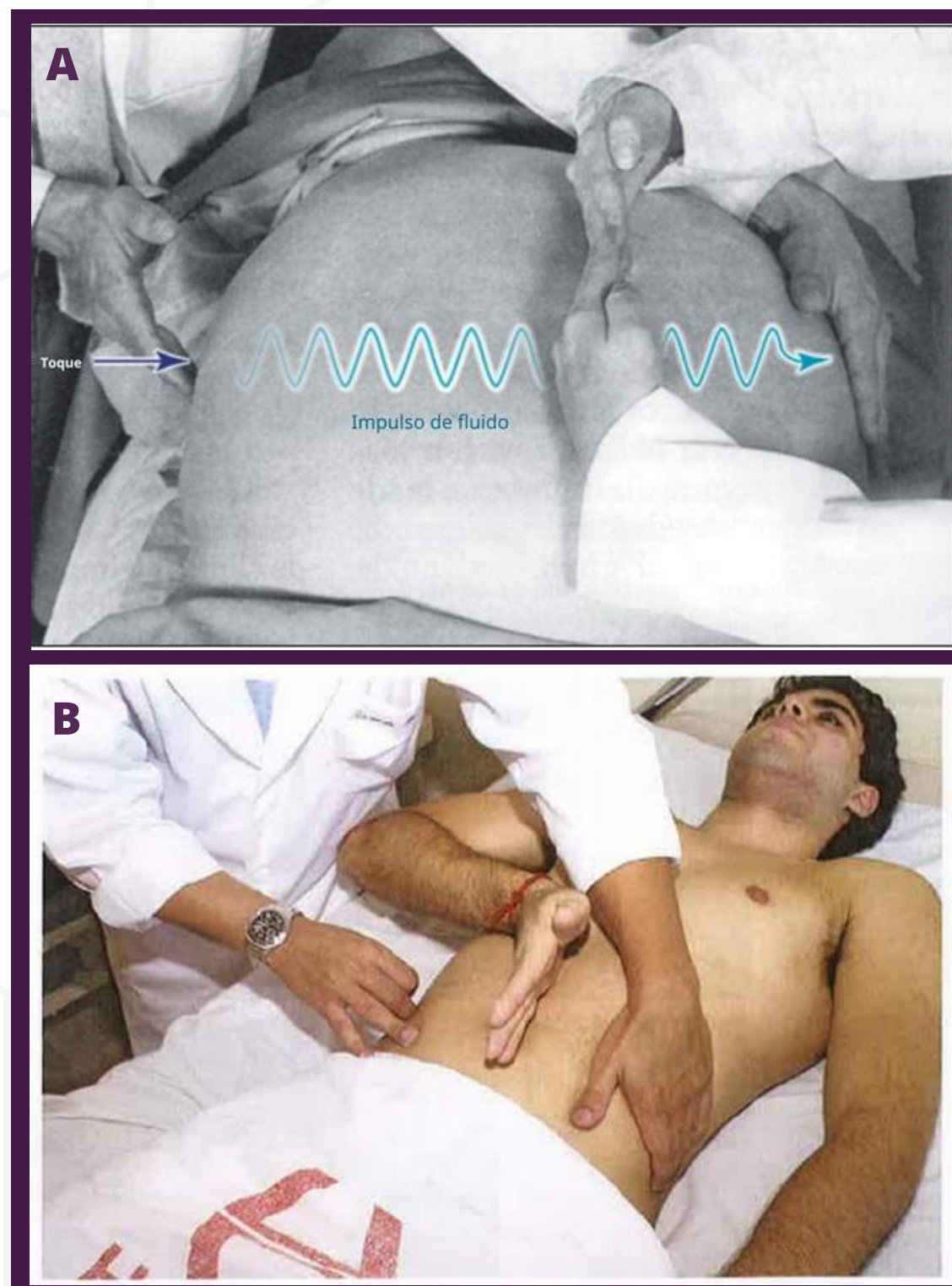


Figura 26 - A. Teste para onda fluida com auxílio do assistente B. Teste da onda fluida com auxílio do paciente. Fonte: A. Jama (2009), B. Rocco (2010).



TÉCNICA 2:

Nessa técnica, o examinador (cadeirante) pede auxílio do paciente pela dificuldade de alcançar o lado oposto do abdome. No entanto, diferentemente do que a literatura propõe, pede-se que o paciente proceda o piparote “peteleco” enquanto o examinador apoia uma de suas mãos sobre a linha média abdominal e a outra espalmada no flanco contra lateral. Conforme demonstrado na Figura 27.

» IR PARA O VÍDEO

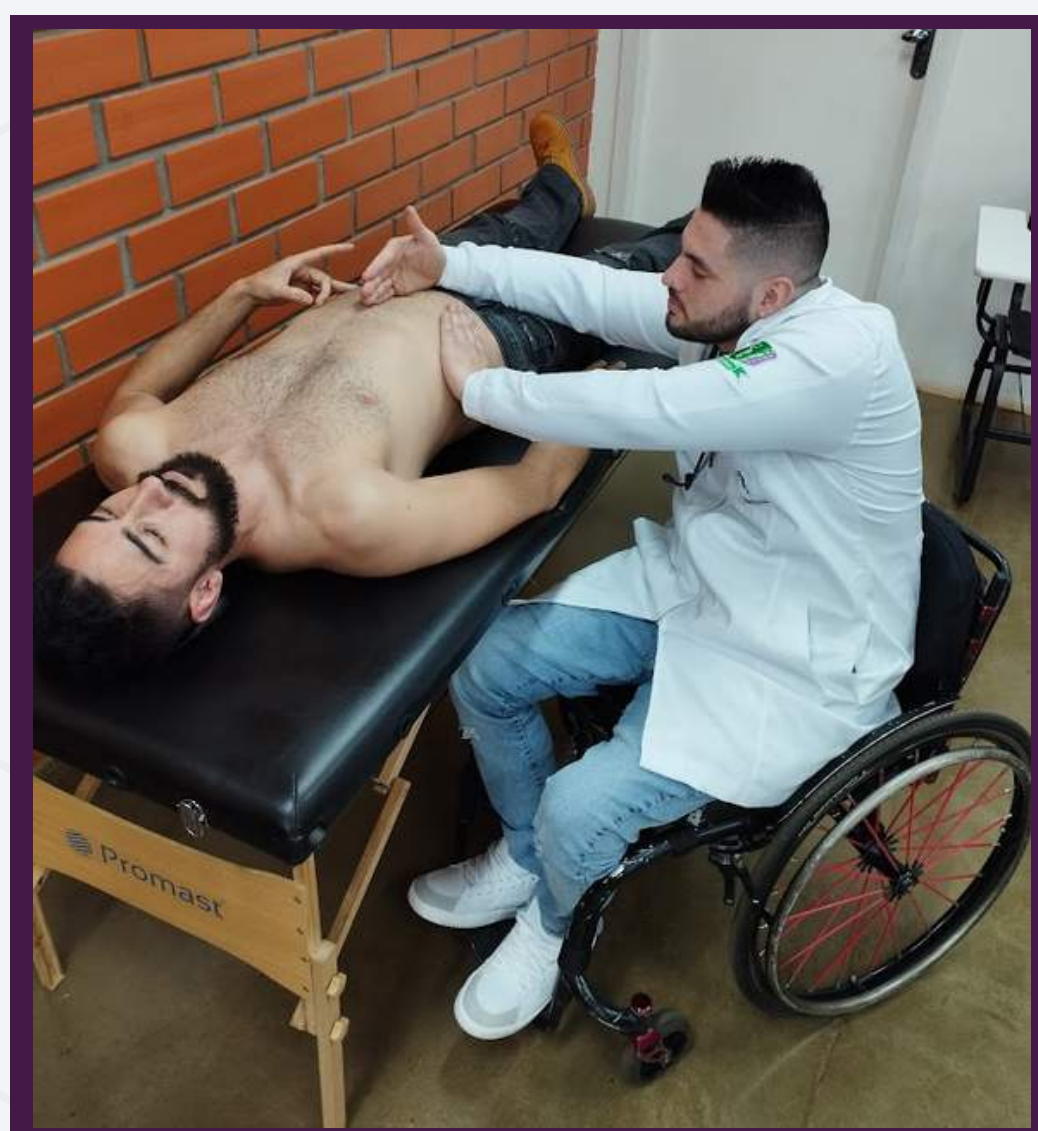


Figura 27 – Sinal de Piparote adaptado ao profissional cadeirante.



Figura 28 – Sinal de Piparote adaptado ao profissional cadeirante.

TÉCNICA 3:

Esta técnica é semelhante às descritas na literatura, porém com o auxílio de um assistente que auxilia na técnica apoiando a face ulnar das suas duas mãos sobre a linha média abdominal do paciente, enquanto o examinador procede à manobra.

O examinador solicita permissão ao paciente para que possa apoiar levemente seu braço direito na perna direita do paciente, mantendo sua mão direita espalmada sobre o flanco direito e fazendo o piparote no flanco contralateral (Figura 28).

» IR PARA O VÍDEO



Figura 29 – Sinal de Piparote adaptado ao profissional cadeirante.

TÉCNICA 4:

Essa manobra é realizada com o auxílio de um assistente, na qual o examinador apoia a face ulnar da sua mão direita sobre a linha média abdominal do paciente, enquanto mantém sua mão esquerda espalmada sobre o flanco direito do mesmo, dessa forma solicita que o auxiliar proceda o piparote do lado oposto (Figura 29).

» IR PARA O VÍDEO



• SINAL DE MACICEZ NO FLANCO

O Sinal de Macicez no Flanco, é tido como um dos mais úteis, pois quando o paciente encontra-se em decúbito dorsal, os líquidos tendem a se espalhar e ocupar os flancos e a parte posterior do abdome causando um rechaço “elevando” as alças intestinais para a parte central e anterior do abdome. Desta forma, ao realizar a percussão nos flancos percebe-se um som maciço mesmo em pequenas quantidades de líquido, podendo causar diferenciação de outras causas de aumento abdominal, como por exemplo: obesidade, gravidez e de outras naturezas na qual a percussão do flanco não é maciça.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

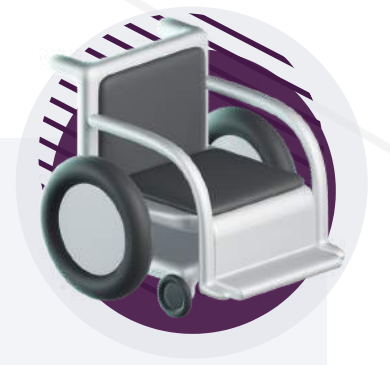
Para a realização dessa manobra, o examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, se possível é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito no qual se encontra o paciente, como nas demais técnicas de percussão já relatadas anteriormente. Faz-se a percussão com o paciente em decúbito dorsal.

• SINAL DE MACICEZ MÓVEL

Outro recurso propedêutico bastante conhecido para os quadros de ascite a partir de 1,5 L e volume é o de macicez móvel, podendo ser complementar ao de macicez no flanco. Ao encontrar durante a percussão do flanco uma área claramente maciça na transição com o timpanismo. Marcamos esse ponto e solicitamos ao paciente que se coloque em decúbito lateral do lado oposto ao que percutimos (Figura 30). Durante nova percussão no local marcado, percebe-se um som timpânico ocasionado pelo deslocamento do líquido via gravidade para o lado em que o paciente está em decúbito fazendo com que as alças intestinais contendo gás boiem, apresentando som timpânico. Nos casos da formação de cistos da ascite, esse sinal pode não estar presente.



Figura 30 – Macicez móvel.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

A técnica para analisar macicez móvel inicialmente é semelhante a de macicez no flanco, na qual o examinador procede a percussão central e nos flancos com o paciente em decúbito dorsal, posteriormente solicita-se ao paciente que se mova para o decúbito lateral direito para novamente o examinador realizar a percussão dos flancos em busca de alteração no som percutido.

• SEMICÍRCULO DE SKODA

Outra forma semiológica de pesquisa de ascite é o semicírculo de Skoda, obtido através da percussão abdominal dos locais timpânicos para a região maciça (Figura 31), como durante ascite os rechaço das alça intestinais fazem com que estas se acumulem na região central e anterior, nessa região tende a encontrarmos na percussão um som timpânico.

Inicia-se a percussão da cicatriz umbilical formando um raio em direção aos flancos e hipogástrica. Ao encontrar a percussão maciça marca-se um ponto imaginário e torna a percutir em outras direções. O som torna-se maciço na transição das alças intestinais com o líquido ascítico. Marca-se cerca de 5 pontos, sendo dois em cada flanco e um na região do hipogástrica. Ao unir imaginariamente esses pontos encontramos em caso de ascite um semicírculo com concavidade voltada para cima. Semicírculo com concavidade voltada para baixo, realizado de forma contrária, iniciando a percussão das regiões de flanco onde encontra-se timpânico, indo em direção da cicatriz umbilical encontrando macicez, achado contrário ao de ascite, pode ser utilizado para diagnóstico diferencial de cisto de ovário, bexigoma e gravidez.



Figura 31 – Percussão semicírculo de skoda.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

Para a realização dessa manobra, o examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, se possível é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito no qual se encontra o paciente, como nas demais técnicas de percussão já relatadas anteriormente. No entanto, deve-se obrigatoriamente iniciar a percussão da cicatriz umbilical em direção aos flancos e hipogástrica. Caso o examinador não consiga realizar a percussão do lado oposto do abdome, pode realizar a mesma em duas etapas, iniciando pelo lado direito e posteriormente se movendo para o lado esquerdo do paciente.

• MANOBRA DE SACCADÉ OU DO RECHAÇO

Utilizado em ascites de médio a grande volumes. O fígado e o baço são órgãos de difícil palpação pela técnica convencional, a técnica do rechaço é uma das manobras utilizadas para essa análise.

Com as polpas digitais apoiadas sobre a parede abdominal, no hipocôndrio direito e no epigástrico, executa-se ligeiros impulsos de depressão, que afastam a camada líquida, permitindo sentir o órgão, que se projeta de encontro à mão (Figura 32).



ADAPTAÇÃO AO PROFISSIONAL CADEIRANTE

Para realização dessa manobra, o examinador deve posicionar-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, como nas manobras de palpação superficial e profunda descritas anteriormente.

» [IR PARA O VÍDEO](#)

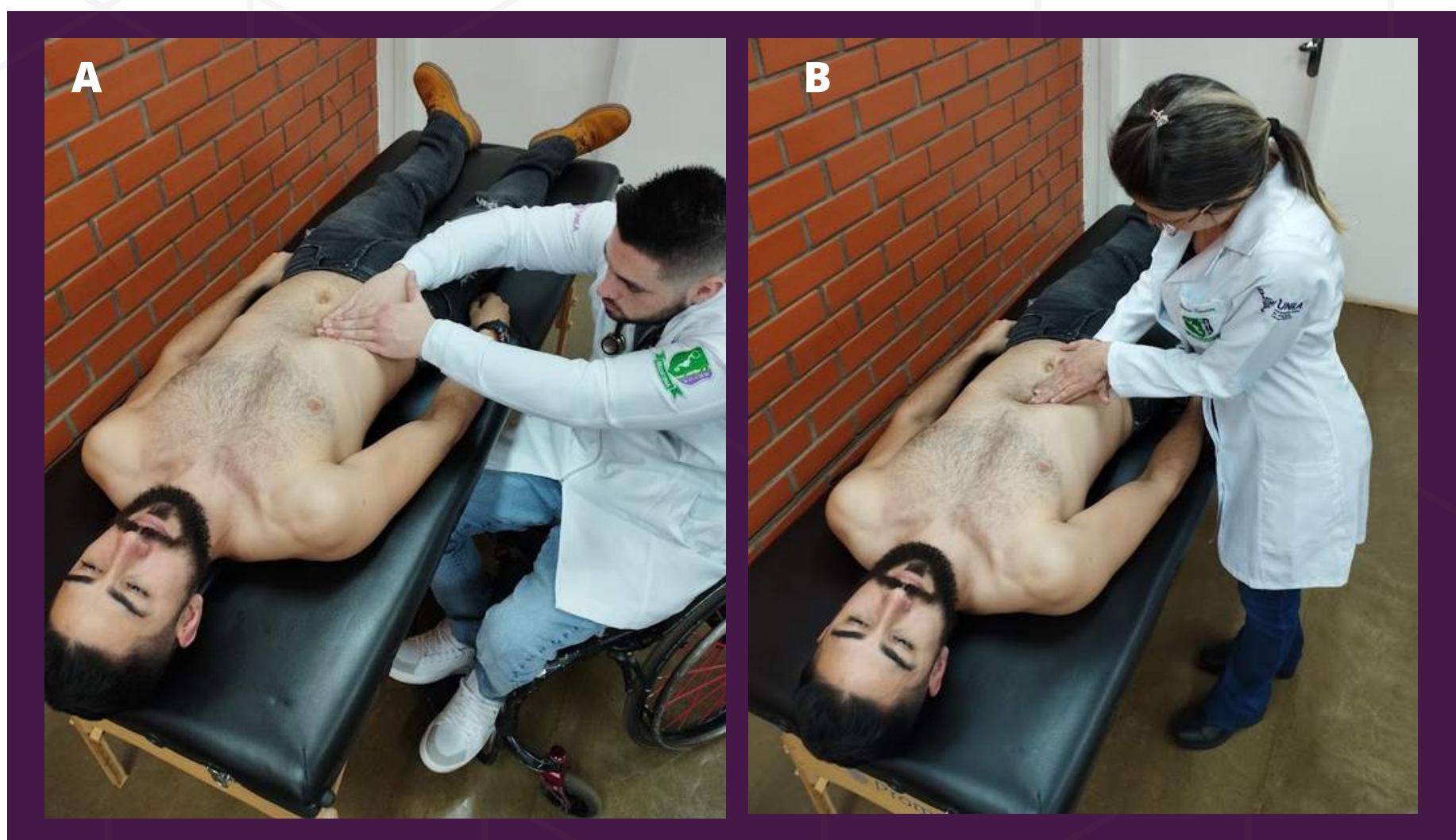


Figura 32 – Manobra do rechaço. **A.** Técnica adaptada ao profissional cadeirante. **B.** Técnica realizada pelo profissional sem redução de mobilidade.

• SINAL DA POÇA

Solicita ao paciente que fique na posição genupeitoral por alguns minutos (Figura 33), fazendo com que o líquido se acumule pela gravidade.

Ao realizar a percussão da região umbilical, observa-se um som maciço na presença de líquido, caso não apresente nenhum líquido percute-se um som timpânico.



Figura 33- Sinal de poça.

ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

Essa técnica necessita que o examinador posicione-se do lado direito do paciente e solicita-se que o mesmo se coloque em posição genupalmar ou de joelhos sobre o leito com apoio dos cotovelos, conforme mostra imagem 33, e realiza-se a percussão da região umbilical. Caso o examinador tenha dificuldade em percutir devido a altura, pode-se solicitar que o paciente desça do leito e fique em pé, em posição de ortostase com flexão anterior do tronco apoiado sobre o leito com os cotovelos e realiza-se a percussão umbilical.



» IR PARA O VÍDEO



• PERITONITE

A dor à descompressão brusca do abdome é sinal indicativo de irritação peritoneal, ou seja inflamação aguda do peritônio (peritonite aguda). É causada pela colonização de bactérias nos folhetos peritoneais, a partir de um foco situado no próprio abdome (apendicite, colecistites, etc) ou fora dele, por via hematogênica (septicemias), por aberturas na parede abdominal (perfurações da parede abdominal) ou por translocação de bactérias existentes nos intestinos (peritonite espontânea em ascite). A peritonite também pode ser de natureza química. A zona inflamada do peritônio é a que responde com dor à descompressão brusca. A dor à descompressão brusca e a resistência da parede compõem o que pode ser chamado de sinais de peritonismo.

Pode-se distinguir casos de peritonite localizada e de peritonite difusa. A peritonite localizada ocorre quando o processo infeccioso atinge o peritônio das vizinhanças de um órgão (apendicite, colecistite, etc). O grande epíplon tende a se fixar na região inflamada, circunscrevendo e tendendo a isolar o foco inflamado.

A difusa ocorre pela expansão de uma localizada, ou por rápido comprometimento da generalidade do peritônio (peritonite espontânea e septicemia).

• APENDICITE

A apendicite aguda é um processo inflamatório agudo e purulento, decorrente, na maioria das vezes, da dificuldade de drenagem do conteúdo apendicular, com aumento de volume do apêndice e alterações circulatórias (isquemia) e inflamatórias.

A dor à descompressão brusca e a resistência da parede compõem o que pode ser chamado de sinais de peritonismo. Sua maior incidência é em adolescentes e adultos jovens, de ambos os sexos, embora possa ocorrer em pessoas idosas. O quadro clínico é muito característico e, na maioria dos casos, o diagnóstico pode ser feito pelos dados clínicos, raramente necessitando de exames complementares, a não ser para confirmação diagnóstica.

A dor localizada na região epigástrica ou periumbilical inicia subitamente, quase sempre acompanhada de náuseas e vômitos. Algumas horas depois, ela migra para a fossa ilíaca direita, indicando o comprometimento do peritônio periapendicular. A febre não costuma ser elevada (37,5 a 38°C) e pode não ocorrer em idosos, dificultando o diagnóstico. A dissociação entre a temperatura retal e a axilar pode ser maior que 0,5°C, dado que deve ser valorizado.

Na maioria das vezes, os movimentos peristálticos ficam inibidos, com desaparecimento dos ruídos hidroaéreos. Para avaliar a presença de quadros de apendicite, se realiza as seguintes investigações:

◦ SINAL DE OBTURADOR

Paciente em decúbito dorsal, peça para flexionar a perna direita na altura do quadril e o joelho a 90° mantendo a perna acima do joelho. segure o tornozelo e gire a perna lateral e medialmente (apêndice rompido ou abscesso pélvico, ambos podem causar irritação do músculo obturador) (Figura 34). A dor na região abdominal corresponde à presença do sinal.



Figura 34 – Semiotécnica do Sinal do obturador; A. Técnica adaptada ao profissional cadeirante; B. Técnica realizada pelo profissional sem redução de mobilidade.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

O examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, se possível é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito do paciente, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo e consiga ter uma maior estabilidade. Solicita-se ao paciente para que eleve a perna direita flexionando-a cerca de 90º, o examinador com sua mão direita segura o tornozelo do paciente e apoia o cotovelo no leito para estabilizá-la, caso necessário pode colocar algum material para elevar o cotovelo. Com a mão esquerda, estabiliza o fêmur do paciente e com a mão direita gira a perna lateralmente e medialmente. Conforme Figura 34 demonstrada pelo examinador cadeirante.

» IR PARA O VÍDEO



o SINAL DO PSOAS

Como destacado na Figura 35, o paciente em decúbito dorsal é convidado a levantar a perna flexionando o quadril enquanto o examinador exerce uma força contra a perna (patognomônico de apendicite retrocecal). Um processo inflamatório em contato com o músculo psoas é aliviado quando o paciente se deita com o quadril do lado afetado levemente flexionado. A hiperextensão do músculo do lado afetado exagera a dor.



Figura 35 – **A1.** Semiotécnica 1 do Sinal de Psoas Íliaco adaptada ao profissional cadeirante. **A2.** Semiotécnica 1 do Sinal de Psoas Íliaco realizada pelo profissional sem redução de mobilidade. **B1.** Semiotécnica 2 do Sinal de Psoas Íliaco adaptada ao profissional cadeirante. **B2.** Semiotécnica 2 do Sinal de Psoas Íliaco realizada pelo profissional sem redução de mobilidade.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

Com o paciente em decúbito dorsal, o examinador cadeirante posiciona-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, com as duas mãos apoiadas distalmente no quadríceps (próximo ao joelho) exercendo uma força contra o membro inferior, solicita que o paciente o eleve contra a resistência do examinador, tal como observado na Figura 35.A1.

TÉCNICA ALTERNATIVA

Paciente em decúbito lateral esquerdo, o examinador se posiciona à direita do paciente, na altura da sua região umbilical, lateralizado em sentido cranial e com o paciente mais próximo possível da beira do leito. Solicita que o mesmo faça uma abdução da perna direita e a apoie sobre o ombro direito do examinador que posiciona sua mão direita anteriormente ao joelho do paciente e com a mão esquerda apoia-se no quadril realizando uma hiperextensão da perna apoiada. Conforme a Figura 35. B1, realizada pelo examinador cadeirante.



◦ SINAL DE BLUMBERG OU DESCOMPRESSÃO BRUSCA

Com a extremidade da mão, deprime-se progressivamente a região apendicular na fossa ilíaca direita (ponto de McBurney), até atingir a víscera, em seguida retira-se subitamente a mão, fazendo com que o apêndice se projete contra a parede, que, se estiver inflamada, provoca resposta dolorosa intensa (Figura 36).

Obs: o ponto de McBurney é localizado a 2/3 de distância da cicatriz umbilical em direção a crista ilíaca anterior direita e corresponde ao local em que a base do apêndice se liga ao ceco.

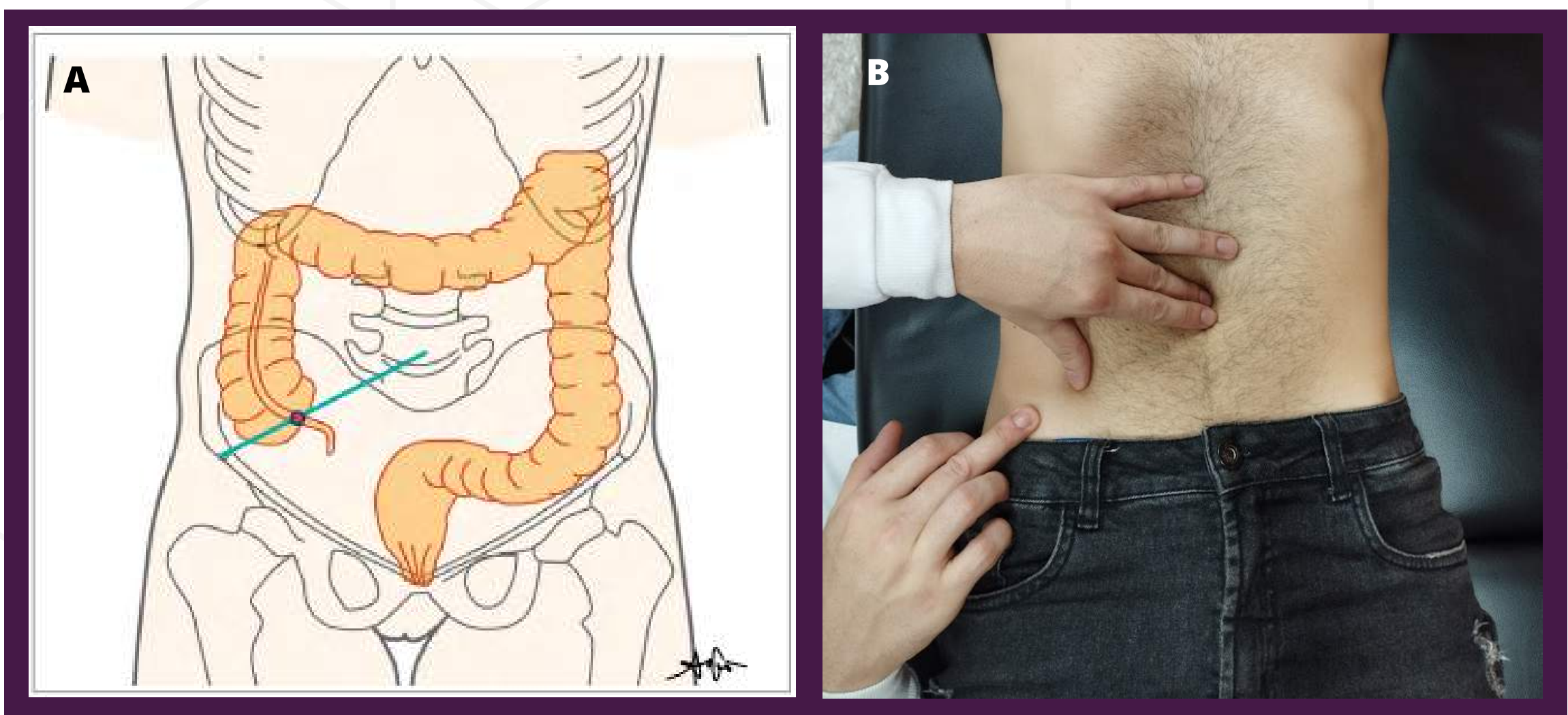


Figura 36 – **A.** Ilustração da localização do ponto de Mcburney. **B.** Representação da semiotécnica em modelo humano para localização do ponto de Mcburney. Fonte: A – adaptado de Rojas & Marinkovic (2020); B. elaborado pelos próprios autores.

ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

Paciente em decúbito dorsal, o examinador cadeirante deve posicionar-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, realiza-se a localização do ponto de McBurney, conforme a representação da Figura 36.B. Em seguida, o examinador realiza a palpação profunda desse ponto seguida de uma descompressão brusca.

» IR PARA O VÍDEO



o SINAL DE ROVSING

A pressão na fossa ilíaca esquerda causa dor na fossa ilíaca direita, pois ao comprimir o cólon esquerdo o gás se desloca para a direita, distendendo o ceco (desperta dor nas lesões inflamatórias do ceco como irritação peritoneal, apendicite).

ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

O examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial. Se possível, a cadeira de rodas deve ser encaixada embaixo do leito do paciente, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo. O examinador pode realizar a palpação do cólon esquerdo do paciente de forma bimanual ou unimanual buscando referência de dor no cólon direito, conforme demonstrado pelo examinador cadeirante na Figura 37.

» IR PARA O VÍDEO



Figura 37 – Semiotécnicas de avaliação do Sinal de Rovsing.

o SINAL DE LAPINSKY

Com o paciente em decúbito dorsal, faz-se a palpação profunda no ponto de McBurney, com o membro inferior direito hiperestendido e elevado (Figura 38). Caso haja manifestação de dor, há presença do sinal de Lapinsky.



Figura 38 – A. Semiotécnica do Sinal de Lapinsky realizada pelo profissional sem redução de mobilidade. A. Semiotécnica do Sinal de Lapinsky adaptada ao profissional cadeirante.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

Com o paciente em decúbito dorsal, o examinador cadeirante posiciona-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, realizando a palpação no ponto de McBurney com a mão esquerda enquanto com a mão direita, segurando a panturrilha direita do paciente, realiza-se uma elevação com a perna estendida, descrita na Figura 37.B pelo examinador cadeirante.

» IR PARA O VÍDEO



CAPÍTULO 7

EXAME ESPECÍFICO DE ÓRGÃOS

- EXAME DO FÍGADO
 - PERCUSSÃO HEPÁTICA
 - HEPATIMETRIA POR PERCUSSÃO
 - HEPATIMETRIA POR AUSCULTA
 - SINAL TORRES HOMEM
 - SINAL DE JOBERT
 - PALPAÇÃO HEPÁTICA
 - MANOBRA DE LEMOS TORRES OU DE CHAUFFARD
 - MANOBRA DE MATHIEU
 - EXAME DA VESÍCULA BILIAR
 - SINAL DE MURPHY
 - SINAL DE COURVOISIER-TERRRIER
 - EXAME DO BAÇO
 - PERCUSSÃO DO ESPAÇO DE TRAUBE
 - PALPAÇÃO
 - MANOBRA DE SHUSTER
 - MANOBRA DE MATHIEU-CARDARELLI
 - MANOBRA BIMANUAL
 - AVALIAÇÃO ESPLENOMEGALIA
 - EXAME DOS RINS
 - MANOBRA DE PUNHO-PERCUSSÃO
 - SINAL DE GIORDANO

AUTORES:

LEDIANA PEREIRA CARDOSO
JACSON ANDREI PERUZZO

MANUAL BILÍNGUE DE
**SEMIOLOGIA
ABDOMINAL**
ADAPTADO AO CADEIRANTE

• EXAME DO FÍGADO

Considerada a maior glândula do corpo humano, o fígado é uma víscera intra-abdominal que pesa entre 1 e 3 Kg, com uma média de 1,5 Kg. Localizado em sua maior parte no quadrante superior direito e parte do quadrante superior esquerdo, está encoberto pelo diafragma em quase toda a sua totalidade, e sobreposto pela caixa torácica. O tamanho de um fígado normal é proporcional ao tamanho do corpo, tendo medidas aproximadas de 10 a 12 cm em homens e 8 a 10 cm em mulheres.

A hepatomegalia ocorre quando há aumento de volume dos hepatócitos. Ela pode ocorrer devido à: (1) exposição excessiva à alguma droga, o que resulta em indução enzimática e consequente hipertrofia celular; (2) por infiltração do parênquima hepático e dos espaços porta por células sanguíneas, como ocorre em quadros inflamatórios e infecciosos. Doenças que levam ao aumento da pressão venosa a jusante ao órgão, resultam em acúmulo de sangue no fígado (que é ricamente vascularizado) e também causam hepatomegalia, devido a grande distensibilidade dos sinusóides hepáticos. A hepatomegalia não deve ser considerada como um fato sem importância clínica, porque na maioria dos casos está associada à patologias graves.

• PERCUSSÃO HEPÁTICA

A partir da percussão podemos avaliar as dimensões hepáticas e sinais característicos

◦ HEPATIMETRIA POR PERCUSSÃO

A localização do fígado é mostrado na Figura 39.

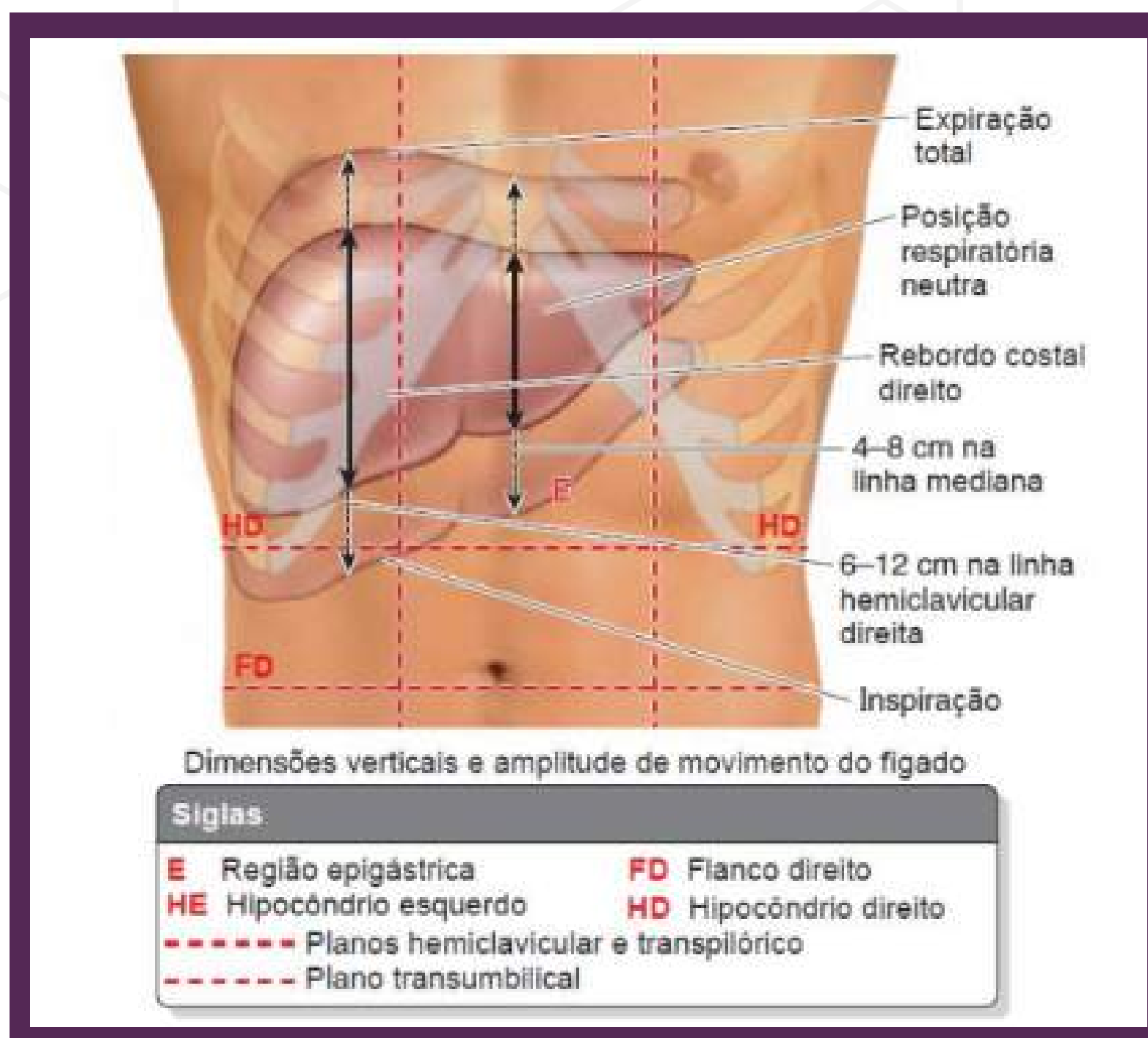


Figura 39 - Foto esquemática da localização hepática.. Fonte: Moore et al (2014).

O limite ou borda inferior é investigado através da percussão desde a crista íliaca direita em sentido cefálico em direção ao rebordo costal, identificado pelo som submaciço intermediário entre a timpanismo abdominal e a macicez hepática. A localização do limite inferior é fundamental para orientar a palpação que será realizada a seguir.

O tamanho do fígado é estimado medindo-se a distância entre os dois pontos determinados pela percussão (Figura 40). O fígado normal pode distar no máximo 5 cm do rebordo costal direito. A dimensão do lobo hepático direito determinada pela percussão atinge de 6 a 12 cm. A hepatomegalia pode ser classificada como leve (13 a 16 cm), moderada (16 a 19 cm) ou maciça (acima de 19 cm).

Da mesma forma, é feito 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 xifoide. A dimensão do lobo hepático esquerdo varia de 4 a 8 cm.

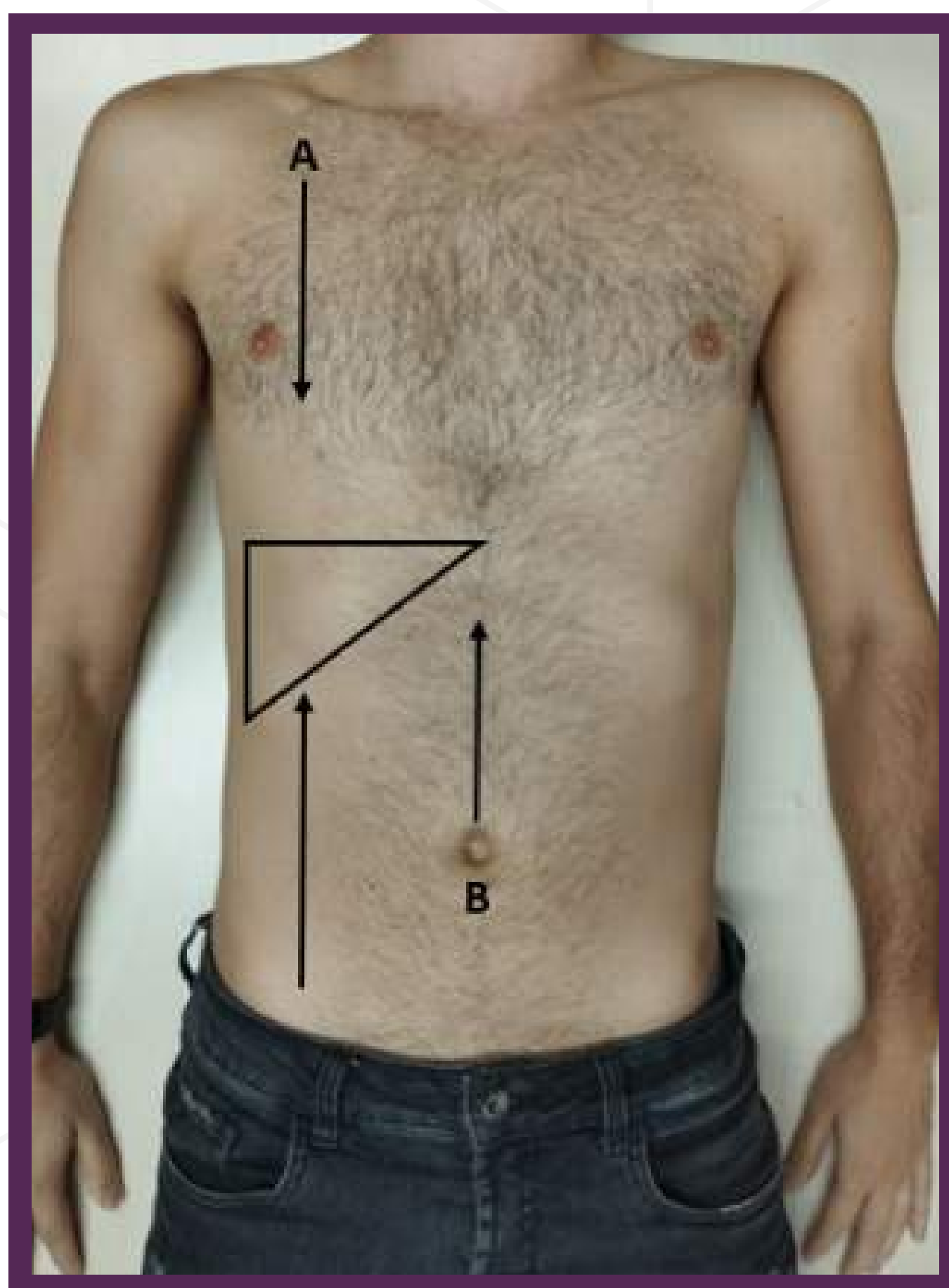
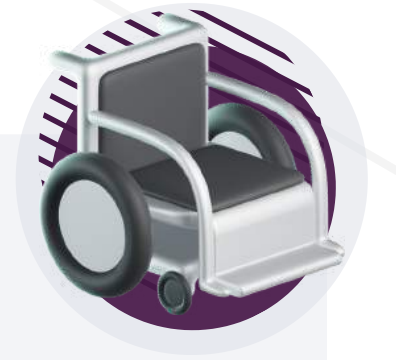


Figura 40 – Hepatimetria por percussão na linha hemiclavicular direita – foto esquemática



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

Assim como descrito nas manobras de percussão anteriormente descritas, o examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, se possível, é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito do paciente, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo. Com a mão dominante, o examinador deve buscar estabilidade para realizar a percussão, caso necessário pode solicitar a permissão do paciente para apoiar levemente o braço sobre o paciente ou maca, enquanto com a mão não dominante realiza a base do local onde será feita a percussão para mensurar o tamanho hepático, conforme demonstrado na Figura 41.



Figura 41 – Hepatimetria por percussão na linha hemiclavicular direita adaptada ao profissional cadeirante.



IR PARA O VÍDEO



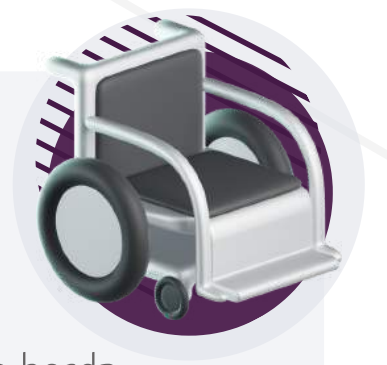
o HEPATIMETRIA POR AUSCULTA

A estimativa do tamanho hepático também pode ser realizada pelo método de ausculta (Figura 42), com o auxílio de um objeto pontiagudo ou mesmo com a ponta do dedo.

O examinador posiciona a campânula do estetoscópio sobre o rebordo costal direito na linha hemiclavicular e faz movimentos horizontais com a ponta do dedo indicador sobre a pele, o que produz um arranhão com som próprio. Para determinar o limite superior começa-se acima e prossegue movimento para baixo. Quando houver aumento da intensidade do som, delimita-se o limite superior do fígado. Enquanto que para a borda inferior começa-se inferiormente ao rebordo costal direito e continua em direção ascendente. Do mesmo modo, quando houver aumento da intensidade do som delimita-se a borda inferior.

Essa técnica é bastante útil em pacientes com celulite e lesão da parede torácica no lado direito, nos quais a palpação é muito dolorosa.

ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE



Na técnica de hepatimetria por ausculta, o examinador pode realizá-la em duas etapas, a primeira para delimitação da borda inferior do fígado, na qual utiliza-se a mão direita para fazer os movimentos leves de raspagem da pele enquanto se segura o estetoscópio com a mão esquerda sobre o fígado. Caso necessário, o examinador deve solicitar permissão ao paciente para apoiar levemente seu braço sobre a perna do paciente e assim melhorar a estabilidade do seu tronco. A segunda etapa para delimitação da borda superior do fígado pode fazer a inversão das mãos, na qual utiliza-se a mão esquerda para fazer a raspagem do tórax, enquanto utiliza-se a direita para apoiar o estetoscópio sobre o fígado.



Figura 42 – Hepatimetria por ausculta



IR PARA O VÍDEO



o **SINAL DE TORRES HOMEM**

A percussão hepática deve ser indolor, caso haja referência de dor pelo paciente durante sua execução tem-se o Sinal de Torres Homem que pode ser indicativo de abscesso hepático, amebiano ou bacteriano.

o **SINAL DE JOBERT**

A perda da maciez hepática na percussão e aparecimento de timpanismo constitui-se o sinal de Jobert e pode ser indicativo de pneumoperitônio.

A semiotécnica do sinal de Torres Home e de Jobert são mostrados na Figura 43.



Figura 43 – Semiotécnica da avaliação do sinal de Torres Homem e de Jobert.

• PALPAÇÃO HEPÁTICA

Palpação hepática objetiva, principalmente, avaliar o contorno da borda inferior do fígado, mais precisamente do lobo direito, já que a borda do lobo esquerdo ajusta-se à caixa costal inferior esquerda e frequentemente é impalpável, até mesmo em condições de hepatomegalia volumosa. Assim, a partir da palpação do fígado são coletados dados quanto a sua borda (fina ou romba), superfície (lisa ou irregular), sensibilidade (indolor ou dolorosa), consistência (elástica/normal, firme/aumentada ou diminuída), presença de nodulações e se há ou não refluxo hepatojugular. Duas técnicas são mais utilizadas para a palpação hepática, ambas com o paciente em decúbito dorsal:

◦ MANOBRA DE LEMOS TORRES OU DE CHAUFFARD

À direita do paciente, o examinador posiciona sua mão esquerda na região lombar direita do paciente apoiando nas duas últimas costelas e realizando um movimento ascendente da mão, na tentativa de deslocar o fígado superiormente facilitando sua palpação. Concomitantemente ao movimento anterior, o examinador posiciona sua mão direita espalmada abaixo do rebordo costal e toca a borda hepática durante a inspiração profunda do paciente (Figura 44).



Figura 44 – Manobra de Lemos Torres ou de Chauffard – Figura esquemática.

Fonte: Bickley & Szilagy (2013).

ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE



O examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, se possível é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo. Apoia-se o braço esquerdo sobre o leito para gerar um estabilização do examinador cadeirante. Em seguida, com a mão esquerda realiza-se movimento ascendente nas últimas costelas da região lombar direita do paciente. Com a mão direita espalmada, o examinador posiciona sua mão abaixo do rebordo costal fazendo palpação profunda durante a inspiração do paciente e tocando a borda hepática. Conforme Figura 45 representada pelo examinador cadeirante.



Figura 45 – Manobra de Lemos Torres ou de Chauffard. **A.** Técnica adaptada ao profissional cadeirante. **B.** Técnica realizada pelo profissional sem redução de mobilidade.



IR PARA O VÍDEO



o MANOBRA DE MATHIEU

Difere-se pelo posicionamento das “mãos em garra”. O examinador deve se posicionar ao lado do ombro direito do paciente, de costas para sua cabeça, alinhar as pontas do 2º ao 5º dedo no quadrante superior direito do abdome, abaixo do rebordo costal, procurando sentir o bordo hepático durante os movimentos inspiratórios profundos (Figura 46).



Figura 46 – Palpação do fígado pela manobra de Mathieu. **A.** Manobra de Mathieu realizada durante procedimento padrão. **B.** Manobra de Mathieu adaptada para o profissional cadeirante.

Esse método é principalmente recomendado nos casos de resistência abdominal aumentada e nos pacientes com excesso de panículo adiposo.

ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE



O examinador cadeirante deve-se posicionar lateralmente com a cadeira de rodas ao lado direito do ombro do paciente de costas para a sua cabeça (Figura 46.B). Por esta manobra ser bimanual e exigir uma estabilidade maior do examinador, o mesmo pode solicitar ao paciente a permissão para apoiar levemente o braço esquerdo em seu tórax ou o cotovelo no próprio leito. Com as mãos posicionadas em forma de garra, conforme imagens da manobra, realiza-se a palpação hepática.

» [IR PARA O VÍDEO](#)



• EXAME DA VESÍCULA BILIAR

A vesícula biliar em seu estado normal, basicamente, não é acessível aos métodos clínicos diretos de exame, porém, quando aumentada e tensa, poderá ser palpada como uma formação arredondada, de superfície lisa e consistência elástica, eventualmente com pequena mobilidade látero-lateral, que se destaca da borda inferior do fígado, no ponto em que a margem inferior do fígado cruza a borda externa do músculo reto, anterior, direito, do abdome. O aumento da vesícula biliar e as mencionadas manifestações correlatas decorrem de obstrução do ducto cístico ou do colédoco. Nessas condições, a vesícula pode ser palpada pelo método de Mathieu, semelhante ao descrito para a palpação do fígado.

◦ SINAL DE MURPHY

Indicativo de colecistite, pode ser percebido na inspiração profunda com compressão dolorosa do ponto cístico – no hipocôndrio direito, fazendo com que a vesícula desça e, quando inflamada, provoque dor aguda, levando o paciente a interromper a respiração.

A mão direita colocada sob o rebordo costal direito, paralela e contígua à borda externa do reto anterior. As extremidades dos dedos deprimem com energia a parede abdominal, orientando a pressão para cima, em direção à vesícula e solicita-se que o paciente que faça uma inspiração profunda, durante a qual a vesícula descera impelida pelo diafragma (Figura 47). Caso esteja inflamada, a pressão exercida provocará dor aguda, levando o paciente a interromper a inspiração. Conforme o resultado, conclui-se se há presença do sinal de Murphy.



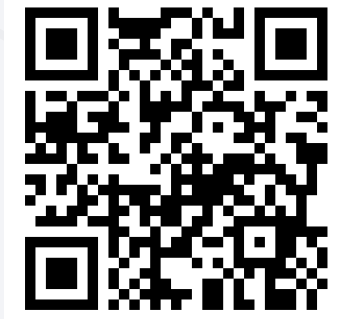
Figura 47 – Semiotécnica do Sinal de de Murphy. **A.** Técnica adaptada ao profissional cadeirante. **B.** Técnica realizada pelo profissional sem redução de mobilidade.

ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE



O examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente, de preferência com a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial. Com a mão esquerda, o examinador pode apoiar no leito para gerar estabilidade, enquanto com a direita realiza a manobra de palpação em direção a vesícula biliar (ponto cístico) durante a inspiração profunda, conforme descrição do sinal e demonstração do examinador cadeirante na Figura 47.A.

» IR PARA O VÍDEO



o SINAL DE COURVOISIER-TERRIER

Vesícula palpável e indolor (pode estar visível) indica neoplasia periampular, sendo mais frequente a de cabeça de pâncreas. Este sinal é caracterizado pela presença de vesícula palpável, de consistência cística, na vigência de icterícia. Realiza-se a mesma manobra para avaliar o sinal de Murphy, no momento da inspiração é possível tocar a vesícula e avaliar sua consistência.

• EXAME DO BAÇO

O baço de tamanho e localização normal não é palpável. Quando moderadamente aumentado, pode ser palpado apenas durante a inspiração. Apenas se tiver alcançado o dobro de seu tamanho normal é que poderá ser facilmente palpado e ter suas características estruturais identificadas sem dificuldade.

O aumento do baço costuma determinar submacicez ou macicez em área que se denomina Espaço de Traube (Figura 48), localizada pela sexta costela superiormente, pela linha axilar anterior esquerda lateralmente e pelo rebordo costal inferiormente.

Além da inspeção e da ausculta feitas normalmente na busca de abaulamentos e atritos, respectivamente, há manobras específicas a serem realizadas.

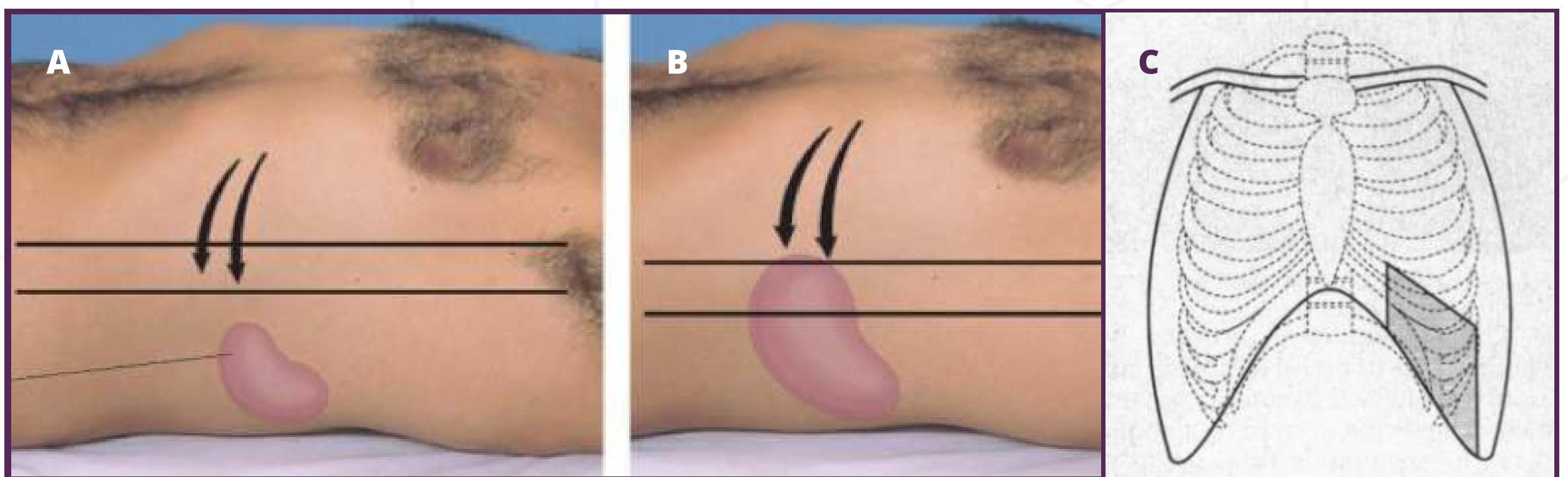


Figura 48 - **A.** Representação do baço de tamanho normal. **B.** Quadro de esplenomegalia ocupando o Espaço de Traube. **C.** Caracterização do Espaço de Traube
Fonte: A e B - Bickley & Szilagyi (2013); C - Vergheze (1992).

o PERCUSSÃO DO ESPAÇO DE TRAUBE

O baço fisiologicamente não é percutível. Portanto, todo baço que se mostra percutível está aumentado de volume, esplenomegalia, o que nem sempre se identifica pela palpação. A seguir é descrito a avaliação do tamanho do baço pela técnica de percussão (Figura 49).

Para realizar a percussão, o paciente deve estar em decúbito dorsal e respirando normalmente, o espaço de Traube é então percutido de suas margens medial para lateral, na qual a percussão normal produz um som timpânico. A esplenomegalia é observada quando a nota de percussão é maçante, apesar de outras causas como derrame pleural também ocasionarem tal achado.



Figura 49 – Percussão do Espaço de Traube. **A.** Técnica realizada pelo profissional sem redução de mobilidade. **B.** Técnica adaptada ao profissional cadeirante.

ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

O examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, de preferência com a cadeira de rodas encaixada embaixo do leito, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo. Com a mão direita encontra-se o espaço de Traube, posteriormente solicita a permissão do paciente para apoiar levemente o braço esquerdo do examinador sobre o tórax do paciente para tomar posição com a mão esquerda no espaço de Traube e realizar a percussão com a mão direita (Figura 49.B). Essa manobra pode ser dificultada dependendo do tipo de abdome devido a dificuldade do examinador de alcançar o lado oposto, caso isso aconteça o examinador poderá transcorrer para o lado esquerdo do paciente e realizar a percussão.



» IR PARA O VÍDEO



Para determinar a intensidade da esplenomegalia, utiliza-se a classificação de Boyd, detalhada mais adiante no tópico palpação hepática.

◦ **PALPAÇÃO**

Manobras que facilitam a palpação do baço:

■ **POSIÇÃO DE SHUSTER**

O paciente deve estar em decúbito lateral direito intermediário com o membro inferior direito estendido e o esquerdo flexionado, estando o joelho encostado na maca; já o membro superior direito deve estar estendido e esquerdo sobre a cabeça, conforme Figura 50.

Essa posição induz a movimentação do baço em direção ao rebordo costal, o que facilita a palpação desse órgão.



Figura 50 – Posição de Shuster.

■ **MANOBRA DE SHUSTER**

O examinador, posicionado à direita do paciente o qual deve estar na posição de Shuster, insinua sua mão não dominante na região pósterolateral inferior do tórax do paciente, com a mão dominante inicia-se a palpação na fossa ilíaca direita até a região do hipocôndrio esquerdo (Figura 51); junto aos movimentos expiratórios aprofunda-se as polpas digitais e, nos momentos de inspiração, o examinador procura um baço aumentado de tamanho.

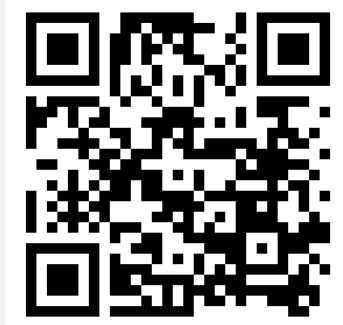


Figura 51 – Palpação do baço pelo manobra de Shuster. A. Técnica adaptada ao profissional cadeirante. B. Técnica realizada pelo profissional sem redução de mobilidade.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

O examinador (cadeirante) deve posicionar-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, se possível é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo. Com o paciente em posição de Shuster, a fim de não dar as costas ao paciente, o examinador pode realizar a manobra com o posicionamento das mãos inversamente a descrição já conhecida na literatura. Para que o examinador cadeirante consiga ter o alcance da região dorsal do paciente, utiliza-se a mão direita espalmada para fazer um movimento de tração nas últimas costelas da região lombar, enquanto com a mão esquerda realiza-se a palpação profunda do abdome junto aos movimentos expiratórios, iniciando na fossa ilíaca direita em direção do hipocôndrio esquerdo (Figura 51.A).



» IR PARA O VÍDEO

■ MANOBRA DE MATHIEU-CARDARELLI

O examinador, posicionando-se à esquerda do paciente o qual deve estar na posição de Shuster, insinua suas mãos em garra na região abdominal abaixo do rebordo costal esquerdo e procura sentir o polo inferior esplênico (Figura 52).



Figura 52 – Palpação do baço pelo manobra Mathieu-Cardarelli. A. Técnica adaptada ao profissional cadeirante. B. Técnica realizada pelo profissional sem redução de mobilidade.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

Com o paciente em posição de Shuster, o examinador cadeirante deve posicionar-se de do lado esquerdo do leito, ficando de costa para sua cabeça, se possível é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo. Com a mão em garra o examinador, por palpação profunda, procura sentir o polo inferior esplênico, abaixo ou junto ao rebordo costal esquerdo, demonstrado na Figura 52.A pelo examinador cadeirante.



» IR PARA O VÍDEO

■ MANOBRAS BIMANUAIS

Paciente em decúbito dorsal, o examinador localizado à 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 à parede abdominal e com a sua mão direita palpa-se da crista ilíaca direita até o rebordo costal esquerdo em busca do baço (Figura 53).



Figura 53 – Palpação do baço pelo manobra bimanual. **A.** Técnica adaptada ao profissional cadeirante. **B.** Técnica realizada pelo profissional sem redução de mobilidade.

ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

Com o paciente em decúbito dorsal, o examinador cadeirante deve posicionar-se à direita do paciente, na altura da sua região umbilical e lateralizado em sentido cranial, se possível é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo. Com a mão esquerda na região lombar posterolateral do paciente, o examinador realiza uma elevação lombar com o intuito de causar o rechaço do baço para frente. Caso necessário, pode solicitar ao paciente a permissão de apoiar levemente o braço esquerdo sobre o tórax para gerar uma melhor estabilidade na realização da manobra. Concomitantemente com a mão direita o examinador deve realizar a palpação profunda do abdome, preferencialmente durante a expiração, iniciando na crista ilíaca esquerda em direção ao rebordo costal esquerdo. Conforme demonstrado na Figura 53.A pelo examinador cadeirante



» IR PARA O VÍDEO



○ AVALIAÇÃO DE ESPLENOMEGALIA

Das características palpatórias do baço, a mais importante é o tamanho. A referência ao tamanho é inferida pela distância que vai do rebordo costal esquerdo ao ponto extremo de palpação do órgão, na linha hemiclavicular esquerda. Quando ocorre o aumento do baço, deve-se determinar o grau de esplenomegalia. Para isso usa-se a classificação de Boyd, Figura 54, em que:

Classe I – Baço palpável sob o rebordo costal.

Classe II – Baço palpável logo abaixo do rebordo costal, entre o rebordo costal e a cicatriz umbilical.

Classe III – Baço palpável até o plano horizontal ao nível da cicatriz umbilical.

Classe IV – Baço palpável abaixo do plano horizontal ao nível da cicatriz umbilical.

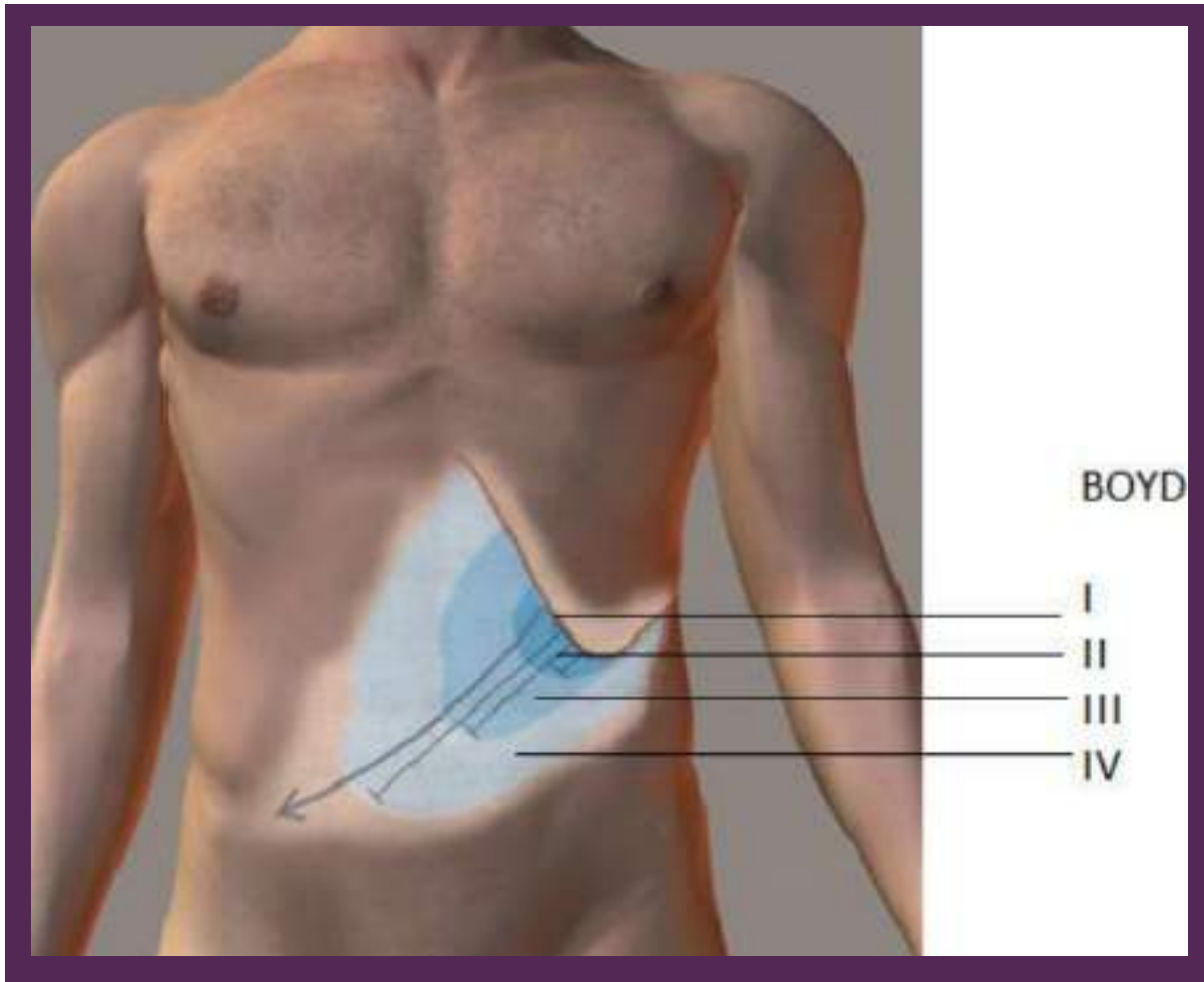


Figura 54 – Classificação de Boyd para esplenomegalia.
Fonte: Brito (2016).

• EXAME DOS RINS

◦ MANOBRA DE PUNHO-PERCUSSÃO

No exame físico do rim podem ser utilizadas duas técnicas de percussão. A primeira é a punho-percussão (Figura 55), na qual com paciente sentado, o examinador mantém sua mão fechada e, utilizando a borda ulnar, golpeia sua região dorsal ao nível das 11ª e 12ª costelas (região de projeção dos rins).

Com essa manobra, é averiguado se o paciente manifesta sensação dolorosa.

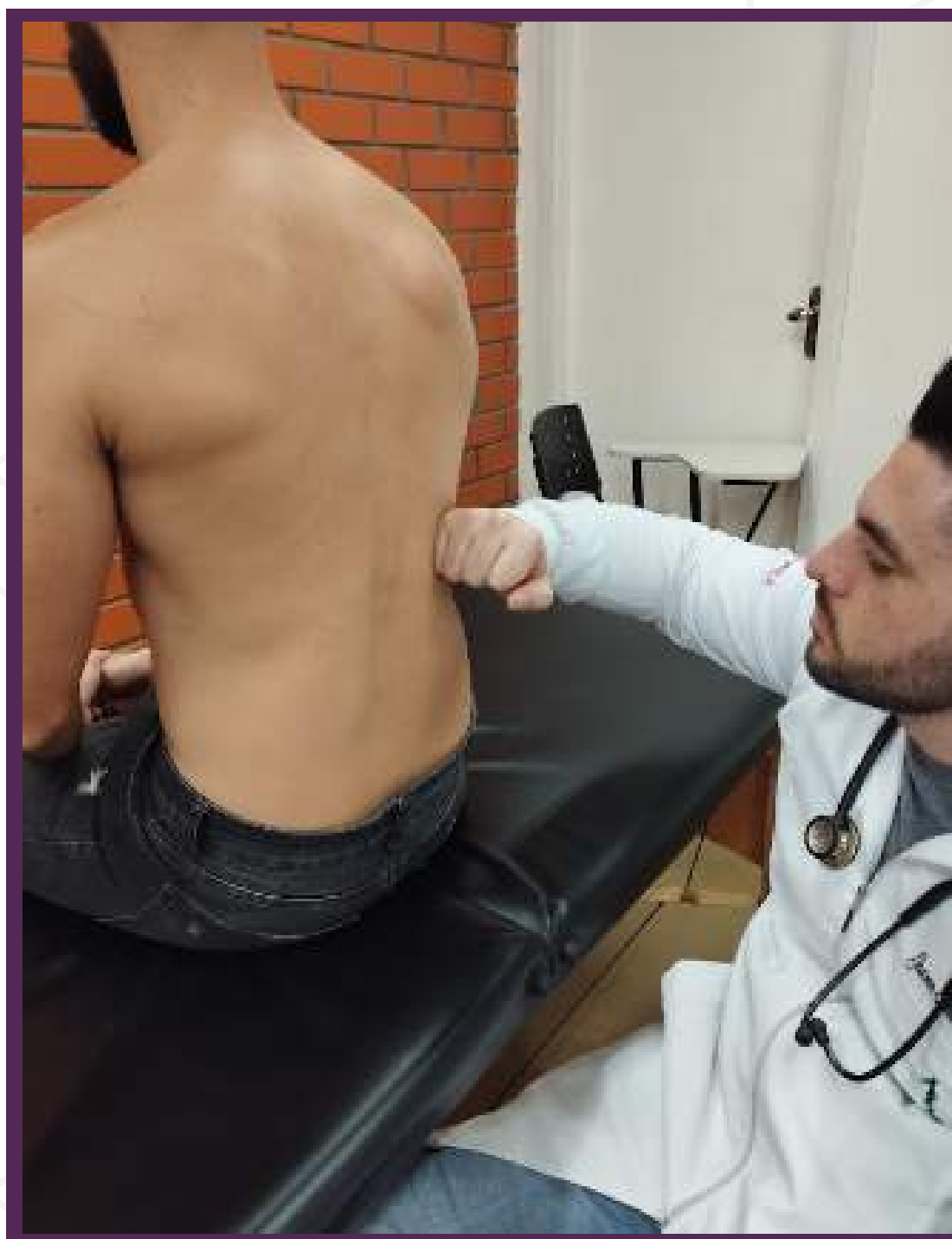


Figura 55 – Manobra de Punho-percussão.

Uma variação dessa manobra que também pode ser utilizada é a percussão com a borda da mão. Com o paciente sentado, ela é realizada com os dedos da mão estendidos e unidos, golpeando-se, com a borda ulnar, a mesma região de projeção dos rins.



ADAPTAÇÃO AO EXAMINADOR CADEIRANTE

A manobra de percussão renal para o examinador cadeirante não difere muito das manobras já descritas na literatura, na qual o paciente está sentado sobre o leito e de costas para o examinador cadeirante que encontra-se do lado direito do leito, levemente lateralizado no sentido cranial do leito. Se possível, é preferível que a cadeira de rodas seja encaixada embaixo do leito, para que o examinador se encontre o mais próximo possível do mesmo. Assim, com a mão dominante o examinador realiza a técnica de percussão desejada na região dorsal conforme descrição do exame físico renal, podendo ser realizada através do punho-percussão demonstrado pelo examinador cadeirante na Figura 56 ou através da percussão com a borda ulnar da mão, conforme demonstrado na Figura 56. A realização dessa técnica, devido a altura que o paciente possa ficar em relação ao examinador cadeirante, pode ser realizada com o paciente em pé ou mesmo sentado em uma cadeira. A percussão deve ser realizada em ambos os lados.



Figura 56 – Percussão com a borda da mão.

» IR PARA O VÍDEO



o **SINAL DE GIORDANO**

A manifestação de dor pelo paciente durante a punho-percussão ou percussão com a borda da mão é denominada sinal de Giordano. A sensação dolorosa na altura da loja renal, entre a 12^a vértebra e a 3^a lombar, pode ser aguda ou em pontada e é sugestiva de lesões inflamatórias das vias urinárias altas, como pielonefrite ou litíase renal, mas pode também ser de origem musculoesquelética.

Vale ressaltar que o médico deve estar atento aos sinais e sintomas do paciente, pois é razoavelmente comum que uma dor lombar ou no flanco possa ser interpretada pelo paciente como “dor nos rins”. Todavia, essa dor pode ser de natureza extrarrenal, provocada por espasmos da musculatura lombar, espondiloartrose ou comprometimento do disco intervertebral. A febre pode ser um critério utilizado na diferenciação de uma dor musculoesquelética de uma dor de inflamação das vias urinárias altas, já que geralmente está presente neste último caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAMBERT, Paulo. Propedêutica de abdome: exame físico do fígado, vesícula biliar e baço. Exame físico do fígado, vesícula biliar e baço. 2015.

PUHL, Rafael Cordeiro; CONTE, Carlos Henrique dos Reis; CORREA, João Paulo Tessari; ROCHA, Pedro Antonio Cordova; STORION JÚNIOR, Marcos Antenor; PINTO, Ewaldo Bolivar de Souza. Avaliação dos resultados estéticos de pacientes submetidas a lipoabdominoplastia com técnica de dupla plicatura longitudinal dos músculos retos abdominais. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (Rbcp) – Brazilian Journal of Plastic Sugery, [S.L.], v. 34, p. 104-106, 2019.

BRITO, Marcus Vinicius Henriques. Manual teórico de semiotécnica médica. 2016. 53 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Pará, Belém, 2016. Disponível em: <http://www.famaz.edu.br/portal/wp-content/uploads/2017/08/05-Abdome.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SOUZA, Gustavo. Semiologia do abdome – sinais e exame físico. 2022. Disponível em: <https://quizlet.com/br/563881065/semiologia-do-abdome-sinais-e-exame-fisico-flash-cards/>. Acesso em: 15 dez. 2022.

JAIMOVICH, Carlos Alberto; MAZZARONE, Francesco; PARRA, Jairo Fernando Navarro; PITANGUY, Ivo. Semiologia da Parede Abdominal: Seu Valor no Planejamento das Abdominoplastias. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 21-50, 1999.

BICKLEY LS, SZILAGYI PG. Bate's Guide to Physical Examination and History-taking. 11th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 433-88.

BRITO, Ana Paula Santos Oliveira. Manual teórico de semiologia médica. 2016. 53 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Medicina, Universidade Estadual do Pará, Belém, 2016.

BURNS, Elizabeth A.; KORN, Kenneth; WHYTE IV, James. Oxford American Handbook of Clinical Examination and Practical Skills. New York: Oxford University Press Inc, 2011.

CEDRO FILHO, Robson Logrado. Acurácia do exame físico de abdômen para hepatoesplenomegalia, em hospital universitário de Salvador (Bahia, Brasil). 2016. 56 f. Monografia (Especialização) – Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília:Conselho Federal de Medicina, 2019.

DA SILVA, Nilton Brandão. MANUAL DE SEMIOLOGIA. 2004.

DA SILVA, Renata Antunes B.; CUNHA, Thais Aguiar; DA SILVA, Sônia Leite. Semiologia em checklists: abordando casos clínicos. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.p 63-71. Acesso em 15 de junho de 2022.

EDITORIAL R7. Paraplégico, médico volta a operar de pé graças à cadeira especial. Record, noticiasr7.com. São Paulo. 13/11/2015. Hora News. Disponível em: <https://noticias.r7.com/record-news/hora-news/videos/paraplegico-medico-volta-a-operar-de-pe-gracas-a-cadeira-especial-13112015> Acesso em: 03/05/2022.

HIDALGO, David. Semiología Aplicada, La Historia Clínica, 1. ed. Cochabamba, Bolívia, 2012.

JAMA. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. 2009.

JARAMILLO, Nicolás I; ALVIAR, Carlos L. Disecção de aorta: Aspectos básicos e manejo endovascular. Revista Colombiana de Cardiologia , v. 12, n. 2, p. 64-79, 2005.

LIMA, Ana Karoline. O que é o ponto de McBurney? 2021. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/o-que-e-o-ponto-de-mcburney-colunistas>. Acesso em: 18 jun. 2022.

Llanio, R., & Perdomo, G. Propedéutica Clínica y Semiología Médica (Tomo I). Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2003.

LÓPEZ, Mario; LAURENTYS-MEDEIROS, José de. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

MASSON, Antonio Augusto. et al. Semiologia Essencial na Prática Médica: O Que Todo Clínico Deve Saber- Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda, 2022.

MODELLI, Laís. Ali eu faço de tudo', diz médico paraplégico que trabalha na linha de frente ao coronavírus. Globo.com, São Paulo, 4/05/2020. Bem-Estar. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/05/04/ali-eu-faco-de-tudo-diz-medico-paraplegico-que-trabalha-na-linha-de-frente-ao-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 03/05/2022.

PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Exame clínico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ROCCO, José Rodolfo. Semiologia Médica. 1º Edição. Editora Elsevier, 2010.

ROJAS Duarte, M., & MARINKOVIC GÓMEZ, B. Cirugía en Medicina General: Manual de enfermedades quirúrgicas (Primera ed.). Santiago, Chile: Centro de Enseñanza y Aprendizaje, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2020.

SANTIAGO, Soto. Manual de semiologia. 2. ed . Santiago de Chile, 1978.

SCATTOLLINI, Marcello. Exame físico do abdome. Belém, 2016.

SCHÜNKE, M. et al. Thieme atlas of anatomy. Internal organs. Third edition ed. New York: Thieme, 2020.

SEIDEL, Henry. Mosby's Guide to Physical Examination. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SILVA, Rosemeri Maurici da; SIQUEIRA, Marcelo Vasconcelos. Hepatimetria: correlação entre o método clínico e ultra-sonográfico. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 38, n. 2, 2009.

VERGHESE A, KRISH G, KARNAD A. Ludwig Traube. The man and his space. Archives of Internal Medicine v. 152, n. 4, p. 701-3, 1992.

ÍNDICE REMISSIVO

- Abdome: 5 - 7, 11 - 16, 18 - 20, 24, 26, 28, 30, -
34, 36 - 38, 40, 41, 54, 56, 58, 59.
- Abdome atípico: 11
- Abdome côncavo: 14
- Abdome em avental: 12
- Abdome em ventre de batráquio: 13
- Abdome escafoide: 14
- Abdome escavado: 14
- Abdome globoso: 12
- Abdome pendular: 13
- Abdome protuberante: 12
- Abdome ptótico: 13
- Abdução: 44
- Abscesso: 42, 51
- Adolescentes: 42
- Aneurisma: 20, 23, 33
- Aorta abdominal: 6, 7, 20, 23, 33
- Apêndice: 6, 8, 15, 42, 44, 49
- Apendicite: 41, 42, 43, 45,
- Apendicular: 42, 44
- Área corporal: 11
- Artérias femorais: 23
- Ascite: 12, 13, 27, 36, 38 - 41
- Atritos: 24, 55
- Ausculata: 5, 23, 24, 26, 36, 50, 51, 55
- Ausência de som: 23
- Baço: 1, 27, 33, 40, 55 - 59
- Bactérias: 41
- Batráquio: 13, 36
- Bexigoma: 39
- Bifurcação aórtica: 33
- Bimanual: 34, 45, 54, 59
- Borborigmo: 23
- Borda ungueal: 26
- Ceco: 6, 8, 44, 45
- Cicatriz: 11, 14 - 16, 21, 36, 39, 40, 44, 49, 59
- Circulação colateral: 18, 19, 36
- Cirrose: 18, 36
- Cisto de ovário: 39
- Cliques: 23
- Colecistite: 41, 54
- Cólon: 6 - 8, 16, 41, 45
- Colonização: 41
- Cranial: 24, 27, 34, 38, 40, 43 - 46, 50, 53, 55,
56, 58, 59, 61
- Decúbito dorsal: 8, 13, 21, 26, 38, 39, 42 - 45, 52,
56, 59
- Decúbito lateral: 30, 39, 44, 57
- Defesa muscular: 30
- Deglutição involuntária: 28
- Descompressão: 41, 42, 44, 45
- Diástase: 11, 21
- Distensão: 30
- Dor: 30, 41, 42, 45, 51, 54, 61
- Dor abdominal: 30
- Dorsal: 8, 26, 43, 56, 60, 61
- Drenagem: 41
- Edema periférico: 36
- Epigástrica: 18, 20, 34, 41
- Epigástrico: 6, 40
- Epíplon: 41
- Febre: 42, 61
- Fêmur: 43
- Fígado: 6, 7, 15, 18, 23, 24, 27, 33, 40, 48 -54
- Flacidez: 13
- Flexura hepática: 6
- Fossa ilíaca esquerda: 6, 30, 45
- Frouxidão: 32
- Genupalmar: 41
- Globoso: 12, 24, 36
- Golpeamento: 26
- Hematogênica: 41
- Hemiabdome: 30
- Hepatimetria: 48 - 51
- Hepatimetria por percussão: 48, 50
- Hepatimetria por ausculta: 50, 51
- Hepatomegalia: 48, 49, 52
- Hérnia: 11, 14, 20, 21
- Hidroaéreos: 23, 42
- Hiperextensão: 43, 44
- Hipertensão portal: 36
- Hipertimpânico: 27, 28
- Hipertonia parietal: 31
- Hipocondrio: 6, 24, 40, 54, 57, 58
- Íleo paralítico: 23
- Incidência: 42
- Inflamação: 24, 30, 41, 61
- Inflamatório: 42, 43, 48
- Inspeção: 5, 11, 19, 55
- Insuficiência cardíaca congestiva: 35
- Irritação: 41, 42, 45
- Isquemia: 41
- Líquido ascítico: 39
- Líquido peritoneal: 36
- Litíase renal: 61
- Macicez móvel: 36, 38, 39
- Maciço: 27, 38, 39, 41, 49
- Manobra Bimanual: 59
- Manobra de Lemos Torres ou de Chauffard: 52,
53
- Manobra de Mathieu: 53
- Manobra de Saccadé ou do rechaço: 40
- Manobra de Shuster: 57
- Massas palpáveis: 30

ÍNDICE REMISSIVO

- Mcburney: 15, 16, 44 - 46
Meteorismo: 28
Método de Galambos: 31
Movimentos: 11, 19, 20, 27, 30, 33, 42, 50, 51, 53, 57, 58
Movimentos circulares: 30
Músculos abdominais: 30
Náuseas: 42
Nutrição: 11
Obesidade: 12, 33, 38
Obesidade abdominal: 33
Obstrução intestinal: 12
Obturador: 42
Onda fluida: 36
Órgãos viscerais: 28
Ortostase: 41
Ortostática: 12, 13, 30
Palpação da aorta abdominal: 33
Palpação hepática: 52, 54, 57
Palpação profunda: 30, 32, 45, 53, 58, 59
Palpação superficial: 30, 40
Paracentese abdominal: 36
Parede abdominal: 11 - 15, 18 - 10, 30, 32, 36, 40, 41, 59
Patognomônico: 43
Pélvico: 42
Percussão: 5, 23, 26, 27, 34, 36, 38 - 41, 48 - 51, 56, 60, 61
Percussão hepática: 51, 52
Peristaltismo: 23
Peritoneal: 7, 8, 24, 36, 41, 45
Peritônio: 8, 12, 28, 30, 41, 42, 51
Peritonite: 23, 30, 41, 42
Peritonite espontânea: 41, 42
Periumbilical: 16, 18, 42
Pielonefrite: 61
Pneumoperitônio: 12, 28, 51
Posição de Shuster: 57, 58
Posição genupeitoral: 41
Pressão intra-abdominal: 20
Pressões hidrostáticas: 36
Pulsção aórtica: 33
Punho-percussão: 60, 61
Purulento: 42
Quadríceps: 44
Rechaço: 38 - 40, 59,
Retal: 42
Retrocecal: 43
Ronco: 18, 23
Rotura de vias linfáticas: 36
Ruídos: 23
Ruídos hidroaéreos: 23, 42
Ruídos intestinais: 23
Semicírculo de Skoda: 39
Sensação dolorosa: 60, 61
Sensibilidade dolorosa: 29
Septicemias: 41
Sinal da Ballance: 47
Sinal de Blumberg ou descompressão brusca: 44
Sinal de Courvoisier-Terrier: 55
Sinal de Debaquey: 34
Sinal de Giordano: 61
Sinal de Jobert: 51
Sinal de Lapinsky: 45
Sinal de maciez móvel: 38
Sinal de maciez no flanco: 38
Sinal de Murphy: 54, 55
Sinal de obturador: 42
Sinal de Piparote: 36
Sinal de poça: 36
Sinal de Psoas ilíaco: 43
Sinal de Ransohoff: 47
Sinal de Rovsing: 45
Sinal de Torres Homem: 51, 52
Som maciço: 27, 38, 41, 49
Som timpânico: 27, 28, 38, 39, 41, 49, 56
Sons vasculares: 23
Sopros: 23
Submaciço: 27, 49
Temperatura: 30, 42
Tensão: 30
Tilintar: 23
Timbre: 26, 28
Timpânico: 27, 28, 38, 39, 41, 49, 56
Tipos de sons: 23, 27
Tossir: 21
Tuberculose peritoneal: 36
Tumores: 12
Ultrassonografia: 33, 36
Umbilical: 5, 6, 11, 14, 16 - 21, 24, 27, 34, 36, 38 - 46, 49, 50, 53, 55, 56, 58, 59
Unimanual: 45
Vias urinárias altas: 61
Viscera: 13, 15, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 44, 48
Viscera maciça: 27
Viscera oca: 28
Visceras abdominais: 15, 30
Visceromotor: 30
Vômito: 42