

SEMIOLOGIA DO APARELHO DIGESTÓRIO

Data de aceite: 20/03/2023

Aida Lopes Sirotheau Correa

Docente do Centro Universitário do Estado do Pará

Bruna Nogueira Monteiro

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

José Pedro da Silva Sousa

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

José Wilker Gomes de Castro Júnior

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Mariana Cayres Vallinoto

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Mariana da Ponte Souza Prado Arede

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

Tarquínio Leão de Oliveira

Discente do Centro Universitário do Estado do Pará

INTRODUÇÃO

Reconhecer a anatomia, a divisão abdominal em quadrantes clínicos e a projeção de órgãos na parede abdominal se fazem essenciais para o estudo da semiologia do aparelho digestivo.³ Neste capítulo serão abordadas todas as etapas do exame físico do aparelho digestivo, bem como a palpação de fígado e baço e a pesquisa por ascite.

SEMIOLOGIA

Inspeção estática

O paciente deve estar em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores em extensão e musculatura relaxada. Deve-se observar o tipo de abdômen, a cicatriz umbilical, lesões de pele, abaulamentos e retrações e circulação colateral.⁵

Tipo abdominal

O abdômen pode apresentar variações de forma, segundo sexo, idade e estado de nutrição e dos músculos da

parede abdominal, além da condição fisiológica da gravidez. A forma do abdômen pode ser dividida em: normal (atípico) e patológicas (típico), sendo essas, subdivididas, em simétricas e assimétricas. ⁵

As alterações da forma do abdômen são muito importantes, pois podem adquirir um significado diagnóstico, dependendo de alterações que ocorrem tanto no conteúdo da cavidade abdominal, como de alterações da parede abdominal. ⁵

Forma normal (abdômen atípico)

O abdômen pode ser normolíneo, brevelíneo, longilíneo, de acordo com o tipo constitucional e cicatriz umbilical com sua retração fisiológica. Frequentemente, tem o perfil em formato da letra S deitada e aberta, com a parte mais elevada localizada na região do epigástrico. A forma pode ser considerada plana, sem significado clínico. ⁵

Formas patológicas (abdômen típico)

• As alterações simétricas

Escavado ou retraído: aspecto côncavo, com os rebordos costais, as espinhas ilíacas e a sínfise púbica bem visíveis. É observado em pacientes desnutridos e desidratados.

Batráquio: dilatação exagerada dos flancos, com aumento do diâmetro transversal em relação ao anteroposterior, com uma conformação circular. É observado em pacientes com ascite e diminuição da tonicidade da musculatura da parede abdominal.

Globo: abdômen global e uniformemente crescido, com aumento do diâmetro anteroposterior. É observado em pacientes obesos, com grandes ascites, com distensão gasosa das alças intestinais, com grandes crescimentos do fígado e do baço ou com cistos gigantes de ovário.

Em avental: acúmulo de tecido adiposo no subcutâneo, fazendo com que o abdômen caia sobre as coxas, quando o paciente está em posição ortostática. Portanto, é observado nos grandes obesos. O abdômen em avental tem uma variante, o pendular, resultado de uma fraqueza da musculatura inferior do abdômen, estando associada a flacidez abdominal do puerpério.

Gravídico: globoso, com aspecto piriforme, caracterizado pelo aumento de volume e bom tônus da musculatura, sem alteração do diâmetro transversal. ⁵

• As alterações assimétricas

São abaulamentos localizados, quando bem evidentes, têm valor semiológico e significado patológico. Pode ser uma distensão de um segmento, que dependendo de sua forma, poderá ser reconhecido o segmento gastrointestinal afetado; contrações peristálticas, nos casos de obstruções, sendo frequente a presença de contrações visíveis, a direção

e o local de origem permitem presumir o segmento comprometido; hérnias (inguinais e umbilical, pelo aumento de volume de órgãos abdominais) e tumores abdominais (cistos de ovário e tumores renais).⁵

Cicatriz umbilical: tem a forma plana ou levemente retraída. Em pacientes que apresentam protusão, pode indicar hérnia ou acúmulo de líquido local. ⁵

Lesões de pele: avaliar a presença de lesões elementares, como fístulas enterocutâneas, cicatrizes cirúrgicas ou acidentais e estrias atróficas. ⁵

Abaulamentos e retrações: avaliar a presença de visceromegalias e tumores.⁵

Circulação colateral: as veias superficiais do abdômen não são visíveis em condições normais, com exceção do tronco da epigástrica superficial que, algumas vezes, pode ser visualizada, principalmente em pacientes de pele clara. Porém, quando a rede venosa se torna visível e turgida, indica que há obstáculo nos troncos venosos. Três tipos principais de circulação colateral podem ser encontradas no abdômen: porta, cava inferior e porto-cava. ⁵

Inspeção dinâmica

Assim como na inspeção estática, o paciente deve estar em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores em extensão e musculatura relaxada.

O examinador deverá avaliar o padrão respiratório, observando se este apresenta padrão torácico, abdominal ou misto, deve também buscar pulsações epigástricas de origem vascular ou de origem cardíaca ou pulso hepático.

Durante esta etapa, alguns movimentos peristálticos podem ser visíveis, são estes:

- Ondas de Kusmaul (estenose ou obstrução ou caquexia): visíveis no epigástrio, região periumbilical e área de projeção dos cólons;
- Manobra da Valsava: pede-se para o paciente soprar com força sua própria mão, colocada na boca para impedir a eliminação do ar; assim, terá o aumento da tensão abdominal pelo esforço expiratório. Essa manobra avalia possíveis hérnias que o paciente possa ter. ⁵

Ausculta abdominal

Deve ser executada em quadrantes, antes da percussão e palpação para não haver alterações das características dos sons intestinais pelo estímulo dos movimentos peristálticos. ^{1,4}

Os sons auscultados são os ruídos hidroaéreos, os quais em condições normais ocorrem a cada 5 ou 10 segundos ou em número de 5 a 34 ruídos por minuto, que ocorrem devido a movimentação dos líquidos e gases contidos no trato gastrointestinal. ^{1,4}

Em caso de diarreia ou constipação intestinal, eles se encontram aumentados, sendo chamados de borborigmos. Em caso de íleo paralítico, eles estão ausentes, devido

a ausência do peristaltismo intestinal. ¹

Deve ser realizada também a ausculta dos focos vasculares no abdome, em busca de sopros. Os focos são na Aorta abdominal, nas artérias renais, nas artérias ilíacas (ao nível da cicatriz umbilical) e nas artérias femorais.¹

Os sopros podem ser sistólicos ou diastólicos, indicando turbulência de fluxo devido a uma doença arterial aterosclerótica.

Palpação

Este é o método semiológico mais eficiente para a avaliação dos órgãos abdominais. É realizada com o paciente em decúbito dorsal, por zonas, em sentido horário, ficando o examinador à direita do examinado. Antes de iniciar o exame, deve perguntar se há alguma região dolorosa; se houver, a região referida deve ser palpada por último. O avaliador sempre deve olhar para o rosto do paciente durante o exame. ⁵

A palpação tem como objetivos principais a avaliação do estado da parede abdominal, o reconhecimento de condições anatômicas das vísceras abdominais e a detecção das alterações de sua consistência, bem como a avaliação da sensibilidade abdominal. ⁵

• Palpação superficial

Inicia-se com a mão direita espalmada sobre o abdomen, aprofundando cerca de 1 cm, no sentido horário, começando pelo quadrante superior direito e finalizando pelo quadrante inferior direito.⁵

Deve-se avaliar a parede abdominal pesquisando regiões dolorosas (sensibilidade – normal, hipoestesia ou hiperestesia), a resistência (tensão – normal, flácida ou hipertonia) da parede, temperatura, espessura, soluções de continuidade e presença de tumores parietais ou intra-abdominais volumosos. ⁵

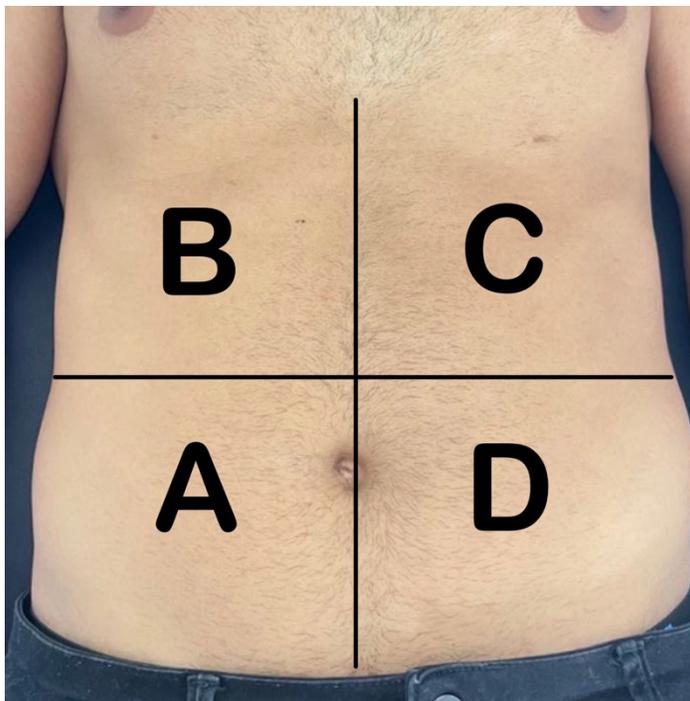


Figura 60 - Abdomen dividido em Quadrantes. Legenda: A – Quadrante Inferior Direito; B – Quadrante Superior Direito; C - Quadrante Superior Esquerdo; D – Quadrante Inferior Esquerdo

• **Palpação profunda**

Inicia-se com a mão direita sobreposta pela mão esquerda, estando fletidas, formando um ângulo agudo com a parede anterior do abdomen, em sentido horário, começando pela região da fossa ilíaca direita e finalizando na região do mesogástrio (figura 43). Tem como objetivo avaliar alguns órgãos contidos na cavidade abdominal e pesquisar visceromegalias e massas palpáveis, como tumorações. ⁵

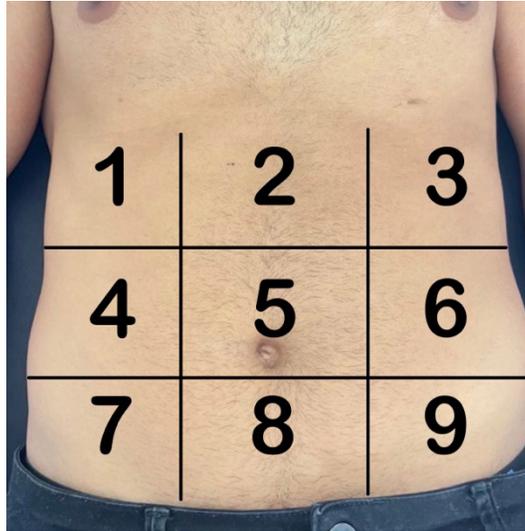


Figura 61 - Abdomen dividido em zonas. Legenda: 1 – Hipocôndrio Direito; 2 – Epigástrico; 3 – Hipocôndrio Esquerdo; 4 – Flanco Direito; 5 – Mesogástrico; 6 – Flanco Esquerdo; 7 – Fossa Ilíaca Direita; 8 – Hipogástrico; 9 – Fossa Ilíaca Esquerda

Deve-se determinar a localização dos órgãos palpáveis, o tamanho e a forma de possíveis estruturas patológicas, estado da superfície da parede dos órgãos, podendo ser lisa ou nodular, se há sensibilidade dolorosa à palpação), sua consistência, que pode ser pétreia, mole ou flácida, se há massa pulsátil, como uma dilatação da artéria, ou seja, um aneurisma da aorta abdominal e, por fim, se há mobilidade. ⁵

Mobilidade de massa

Quando uma massa se move acompanhando os movimentos respiratórios, é um forte indício de que está relacionada a uma das vísceras móveis ou ao mesentério (dentro da cavidade peritoneal). Por outro lado, a massa que é imóvel pode estar localizada no retroperitônio ou corresponder à neoplasia infiltrativa de estruturas fixas.

Percussão

A percussão é realizada por quadrante, percutindo em quatro pontos no quadrante superior direito e três pontos nos demais quadrantes, em sentido horário, pela técnica dígito-digital, em que o examinador posiciona o terceiro dedo da mão esquerda sobre o abdômen e percute com o terceiro dedo da mão direita (ou pode ser usado o segundo dedo de ambas as mãos); se houver alguma região dolorosa, essa será pesquisada por último. A partir da percussão é possível identificar presença de ar livre, líquidos e massas intra-

abdominais. Abaixo estão listados os possíveis achados da percussão:

- Som normal: maciço (baço e fígado), timpânico (vísceras ocas);
- Massas abdominais sólidas ou líquidas (ascite) são maciços;
- Timpanismo generalizado pode indicar obstrução.



Figura 61 - Percussão do abdome no quadrante superior direito

Palpação do fígado

Para realizar a palpação do fígado, o paciente deve estar em decúbito dorsal de maneira relaxada, e o examinador deve tomar o cuidado de iniciar o exame de maneira suave para evitar a tensão reflexa da parede abdominal e assim dificultar o exame.⁴

A palpação deve ser iniciada a partir do umbigo até o rebordo costal, palpando hipocôndrio direito, flanco direito e epigástrico, de forma que toda a borda do fígado seja contemplada. Importante sempre iniciar da região mais inferior do abdome, pois assim é possível identificar caso o fígado esteja aumentado.¹

O fígado de tamanho normal está em média à 1 ou 2 cm abaixo do rebordo costal e sua porção anatômica identificada pela palpação é a borda inferior.⁴

Além disso, como forma de facilitar a execução, o examinador deve acompanhar o ritmo respiratório do paciente para fazer a palpação, de forma que, durante a expiração do paciente o examinador posiciona as mãos no local e durante a inspiração do paciente, o examinador aprofunda palpando a borda hepática.⁴

Existem 4 técnicas que podem ser aplicadas para execução da palpação do fígado:

- Palpação simples: examinador deve estar com a mão espalmada colocada sobre abdome, começando a palpação ao nível do umbigo e ascendendo em direção ao hipocôndrio direito, penetrando sob o rebordo costal em busca da borda hepática seguindo para epigástrio afim de avaliar lobo esquerdo.⁵
- Manobra de lemos torres: paciente em decúbito dorsal, o examinador coloca a mão esquerda ao nível da loja renal direita, empurrando-a para cima, de forma que o fígado fique mais próximo da parede anterior do abdome, facilitando a palpação executada pela mão espalmada direita do examinador.^{1,5}



Figura 62 - Palpação do fígado pela manobra de Lemos Torres

- Manobra de Mathieu: paciente em decúbito semilateral esquerdo, examinador se posiciona voltado para os pés do paciente, palpando o fígado com as mãos justapostas em garra, sempre coordenando a palpação aos movimentos respiratórios.^{2,5}



Figura 63 - Palpação do fígado pela manobra de Mathieu

- Manobra de Saccadée ou do rechaço: utilizada em caso de ascite volumosa. Paciente em decúbito dorsal e o examinador com as polpas digitais apoiadas sobre a parede abdominal, no hipocôndrio direito e epigástrico, realiza movimentos de depressão rápidos que afastam a camada líquida.⁵

Após palpar a borda hepática deve-se diminuir levemente a pressão para permitir que fígado deslize sobre os dedos e assim seja possível avaliar uma parte de sua superfície anterior.¹

Quanto as características que devem ser avaliadas no fígado palpável, devem-se descrever:

- Borda hepática: fina ou romba;
- Superfície: lisa ou irregular (nodular);
- Consistência: normal, diminuída ou aumentada;
- Sensibilidade indolor ou dolorosa;
- Hepatomegalia (caso tenha): pequena (fígado ultrapassa em aproximadamente dois dedos transversos o rebordo costal), média (ultrapassa 4 dedos transversos) ou grande (pode alcançar a cicatriz umbilical ou quadrante inferior direito).³

Fígados com consistência firme ou endurecida, com bordo romba ou arredondada sugerem indícios de doença hepática.³

Nódulos hepáticos são arredondados e endurecidos e podem se apresentar isolados ou difusos pela superfície hepática. Se tamanho pode variar de micronódulos (<2cm) a macronódulos (>2cm). O padrão de acordo com as doenças pode ser exemplificado pela cirrose, no qual são difusos, pelas metástases, na qual são esparsos e pelo câncer primitivo de fígado, no qual é único. Cistos e abscessos são nódulos não endurecidos que durante a palpação geram sensação de flutuação.³

Sensibilidade dolorosa do fígado ocorre quando a capsula de Glisson é estirada rapidamente pelo crescimento patológico do fígado, como ocorre por exemplo na insuficiência cardíaca, nas metástases hepáticas. Nas doenças crônicas, o estiramento não gera mais dor e sim desconforto pela readaptação da capsula ao aumento de volume progressivo, como ocorre na cirrose e esquistossomose.³

Palpação do baço

Para realizar a palpação do baço, paciente deve estar em decúbito dorsal, seguindo o ritmo respiratório do paciente, da mesma forma como é feito no fígado.

O local a ser palpado é o hipocôndrio esquerdo.⁴

O baço de tamanho e localização normal (loja esplênica entre a 9ª e 11ª costela) não é palpável e não ultrapassa a linha axilar média.¹

A esplenomegalia ocorre nos sentidos anterior, inferior e medialmente, tornando a percussão no espaço de Traube maciça. Importante ressaltar que nem sempre a palpação identifica a esplenomegalia, mas na maioria das situações percussão sim, por isso é importante sempre percutir. Quando acompanhada de aumento do fígado é chamado de hepatoesplenomegalia¹

A esplenomegalia é definida pela classificação de Boyd:

- Tipo I: até o rebordo costal;
- Tipo II: até a linha transversal umbilical;
- Tipo III: na linha transversal umbilical;
- Tipo IV: além da linha transversal umbilical.²

Dentre as principais causas de esplenomegalia encontram-se: hipertensão portal, malária, anemias hemolíticas, leucemias, linfomas, artrite reumatoide, lúpus eritematosos, entre outros.¹

Independente da causa, a esplenomegalia pode gerar alterações no hemograma como anemia, leucopenia e trombocitopenia.⁴

Existem 2 técnicas de palpação do baço que estarão descritas a seguir.

Técnica de palpação simples do baço

O paciente encontra-se em decúbito dorsal, examinador a direita do paciente. Com uma mão inicia a palpação a partir do flanco esquerdo, seguindo em direção ao hipocôndrio esquerdo. Acompanhando sempre os movimentos respiratórios, aprofundando sempre na expiração.^{1,4}



Figura 64 - Palpação Simples do Baço.

Manobra de Shuster

O paciente deve ficar na posição de shuster (decúbito lateral direito, com perna direita estendida e coxa esquerda fletida sobre abdome em um ângulo de 90°, ombro esquerdo elevado, com o braço esquerdo sobre a cabeça).

Examinador com a mão esquerda faz uma projeção frontal do baço ao colocar a mão fazendo pressão na região onde normalmente está localizado e com a mão direita executa a palpação coordenada aos movimentos respiratórios desde a região de quadrante inferior direito em direção ao rebordo costal do lado oposto.^{1,5}

Quanto as características a serem avaliadas incluem:

- Baço palpável ou não palpável;
- Esplenomegalia (baço palpável);
- Magnitude: classificação de boyd;

- Sensibilidade: dolorosa ou indolor. ⁴



Figura 65 - Palpação do baço na posição de Shuster

Pesquisa de ascite

Ascite caracteriza-se por acúmulo de líquido na cavidade peritoneal, sendo classificada quanto ao seu volume em grande, médio e pequeno. O método mais seguro de reconhecimento de ascite é por meio da percussão, a qual possui uma técnica adequada para cada volume de líquido. ⁴

Ascite de grande volume

Volume maior que 1,5L. abdome encontra-se globoso com maior resistência da parede abdominal e cicatriz umbilical está protusa ou plana ⁴

A melhor técnica para ascite de grande volume é a percussão por piparote, cuja técnica consiste em pedir para que o paciente se posicione em decúbito dorsal, com a região medial da mão ele deve fazer um anteparo na região da linha mediana do abdome, fazendo uma leve pressão, em seguida, o examinador, posicionado ao lado direito do paciente, repousa uma mão no flanco esquerdo e com a outra mão golpeia com “petelecos” o flanco direito.³

Havendo quantidade de líquido característica da ascite de grande volume, o examinador irá sentir na mão no flanco esquerdo do paciente as ondas líquidas desencadeadas pelos piparotes.³



Figura 66 – Percussão por Piparote

Ascite de médio volume

O sinal do piparote sendo negativo, troca-se a técnica pois, a ascite provavelmente é de médio volume. ⁴

A técnica mais adequada é a pesquisa de macicez móvel: cuja primeira etapa da execução consiste em percutir toda o abdome do paciente em decúbito dorsal. Havendo líquido na cavidade abdominal as vísceras irão flutuar (ar contido no interior) e o líquido irá para região de dorso, por isso na percussão haverá som timpânico no centro e maciço nos flancos. ³

Na segunda etapa da execução, solicita-se ao paciente que se deite em decúbito lateral direito e percute-se novamente todo o abdome. Havendo ascite, haverá timpanismo no hemiabdomene esquerdo e som maciço no hemiabdomene direito (pois o líquido acumula-se em baixo e as alças intestinais em cima), se trocar os decúbitos o resultado se inverte. ³

Outra técnica utilizada é a pesquisa dos semicírculos de skoda. Nessa técnica, o paciente em decúbito dorsal, percute-se o abdome em raios do centro em direção aos limites, a partir do epigástrio até completar um círculo completo. Havendo ascite é possível perceber uma transição do som timpânico para o maciço. A junção dos pontos de transição forma um semicírculo com concavidade voltada para cima (pontos de som maciço são mais periféricos indicando acúmulo de líquido e timpânico mais central – vísceras flutuam sobre

o líquido) ⁴

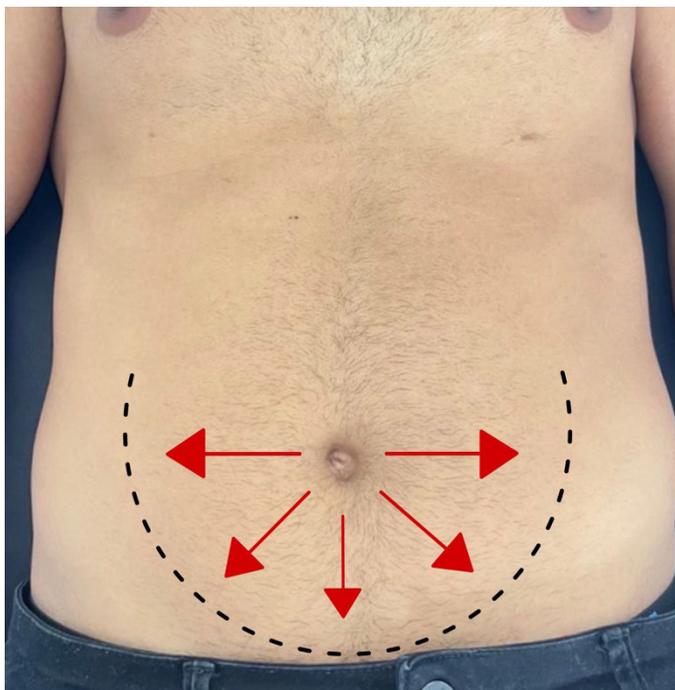


Figura 67 – Semicírculo de Skoda

Ascite de pequeno volume

Caracterizada por acúmulo de líquido < 500 mL. O melhor método de diagnóstico é pela ultrassonografia abdominal. ³

A pesquisa pode ser feita com o paciente em posição ortostática, no qual será feito a percussão por piparote na região de baixo ventre. ³

Manobras especiais

Sinal de Murphy

Paciente em decúbito dorsal. O examinador com o polegar comprime o ponto cístico ou biliar (localizado na linha hemiclavicular esquerda ao nível do ângulo rebordo costal), em seguida solicita-se que o paciente inspire profundamente (o máximo que conseguir). Nesse momento o examinador aprofunda mais a compressão do ponto cístico. ¹

O sinal de Murphy é positivo quando o paciente refere uma dor inesperada que o obriga a interromper subitamente a inspiração, indicando colecistite aguda. ¹



Figura 68 - Sinal de Murphy



Figura 69 – Ponto Cístico. Linha Horizontal: Linha Hemiclavicular Direita; Linha Horizontalizada: Reborde Costal Direito.

Sinal de Blumberg

Paciente em decúbito dorsal. Examinador realiza uma compressão lenta no ponto apendicular ou de Mcburney (localizado no terço proximal da linha traçada entre a espinha

íliaca antero-superior direita e a cicatriz umbilical) seguida de uma descompressão brusca.¹

O sinal é positivo quando a dor surge ou é aumentada na descompressão brusca, indicando peritonite e no caso específico da compressão no quadrante inferior direito, apendicite.¹



Figura 70 - Sinal de Blumberg



Figura 71 – Ponto de Mcburney

Sinal da decompressão brusca

Segue a mesma técnica de compressão lenta e decompressão brusca, no entanto, esse sinal se refere a decompressão brusca em qualquer região do abdome, e não somente restrito ao ponto de Mcburney. Sendo positivo indica peritonite. ¹

Sinal de Rovsing

Paciente em decúbito dorsal. Examinador com ambas as mãos (podem estar abertas, utilizando nesse caso a pontas dos dedos, ou fechadas, utilizando articulação Inter falangiana proximal dos dedos) força o movimento antiperistáltico dos gases nas alças intestinais desde a fossa ilíaca esquerda até a região do quadrante inferior direito, buscando dessa forma, expandir o ceco com os gases. Nesse processo, se o apêndice estiver inflamado, o paciente irá referir dor. ¹

Sinal do psoas

Paciente em decúbito lateral esquerdo. Examinador faz extensão da perna direita do paciente na altura do quadril. Nesse movimento o músculo comprime o apêndice, que se estiver inflamado, irá fazer o paciente referir dor. ¹

A outra opção é com o paciente em decúbito dorsal, o examinador apoiar uma mão logo acima do joelho, e solicitar ao paciente para elevar a coxa contra sua mão. Esse movimento também gera compressão do apêndice que se tiver inflamado, fará o sinal ser positivo. ¹



Figura 72 - Sinal do Psoas Ilíaco

Sinal do Obturador

Para realizá-lo, o paciente deve estar em decúbito dorsal, faz-se a flexão passiva da perna direita sobre a coxa direita e da coxa direita sobre a pelve, então realiza-se a rotação interna do quadril; a perna esquerda deve estar estendida (figura 4). É um sinal indicador de irritação do músculo obturador interno, sendo um dos sinais que identifica a apendicite. Tem maior sensibilidade nas apendicites com posição retrocecal, aderido ao músculo obturador. Dá-se positivo quando se refere dor no hipogastro.⁴



Figura 73 - Sinal do Obturador

Sinal de Lenander

Mede-se a temperatura retal e a temperatura axilar para compará-las; caso haja uma variação maior que um grau entre as temperaturas, é indicativo de apendicite.⁴

Sinal de Lapinsky

Para realizá-lo, o paciente deve estar em decúbito dorsal, faz-se a elevação do membro inferior direito esticado, enquanto o membro inferior esquerdo permanece sobre a maca. O sinal é positivo quando o paciente refere dor à compressão da fossa ílica direita enquanto se eleva a perna, sendo indicativo de apendicite.⁴



Figura 74 - Sinal de Lapinsky

Sinal de Courvoisier-Terrier

Para realizá-lo, o paciente deve estar em decúbito dorsal e o examinador deve palpar o hipocôndrio direito, a fim de tentar tocar a vesícula (a vesícula biliar normalmente não é identificada pela palpação, com a exceção de um quadro patológico); caso o avaliador consiga identificá-la, é sugestivo de um quadro de neoplasia vesicular maligna.⁴

Sinal de Jobert

Para realizá-lo, o paciente deve estar em decúbito dorsal, faz-se a percussão da loja hepática e consiste no desaparecimento do som maciço, dando lugar ao som timpânico. Quando isso ocorre, é sugestivo de pneumoperitônio.⁴

Checklist

Roteiro para o exame físico do aparelho digestório	
Etapa	Avalia-se
Inspeção estática	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de abdômen, atípico e típico (escavado, batráquio, globoso, em avental ou gravídico); • Cicatriz umbilical; • Lesões de pele; • Abaulamentos e retrações; • Circulação colateral.
Inspeção dinâmica	<ul style="list-style-type: none"> • Padrão respiratório (torácico, abdominal ou misto); • Pulsações epigástricas; • Movimentos peristálticos visíveis; • Ondas de Kussmaul; • Realizar manobra de Valsalva.
Ausculta abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Presença e estado dos ruídos hidroaéreos; • Se há sopros.
Palpação superficial	<ul style="list-style-type: none"> • Regiões dolorosas (normal, hipoestesia ou hiperestesia); • Resistência (normal, flácida ou hipertonia); • Temperatura; • Espessura; • Soluções de continuidade; • Se há tumor.
Palpação profunda	<ul style="list-style-type: none"> • Localizar órgãos palpáveis; • Tamanho e forma de estruturas patológicas; • Superfície (lisa ou nodular); • Sensibilidade; • Consistência (pétreo, mole ou flácida); • Mobilidade.
Percussão:	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de som maciço em baço e fígado; • Presença de som timpânico em vísceras ocas; • Se há alterações nos sons normais.
Sinal do Obturador	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo caso houver dor, sugestivo de apendicite.
Sinal de Lenander	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo caso haja variação maior que um grau entre as temperaturas, sugestivo de apendicite.
Sinal de Lapinsky	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo caso houver dor, sugestivo de apendicite.
Sinal de Courvoisier-Terrier	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo caso a vesícula biliar seja palpável, sugestivo de neoplasia vesicular maligna.
Sinal de Jobert	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo caso haja som timpânico na loja hepática, sugestivo de pneumoperitônio.

Avaliação de fígado e baço	
Palpação do fígado	Palpação do baço
Avalia-se:	Avalia-se:
<ul style="list-style-type: none"> • Se é palpável; • Se borda hepática é fina ou romba; • Se superfície lisa ou regular • Estado da consistência • Se há dor a palpação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se é palpável (caso seja, classificar magnitude através da escala de Boyd); • Se há dor a palpação.

Pesquisa de ascite			
Volume abdominal	Grande volume (>1,5L)	Médio volume (500-1.500mL)	Pequeno volume (<500mL)
Inspeção	• Avaliar forma e volume abdominal.	• Avaliar forma e volume abdominal.	• Avaliar forma e volume abdominal.
Técnicas utilizadas	• Percussão por piparote.	• Macicez móvel; • Semicírculo de skoda.	• Piparote em posição ortostática.

REFERÊNCIAS

[1] BICKLEY LS, SZILAGYI PG. *Bates propedêutica médica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017

[2] LÓPEZ, M.; LAURENTYS-MEDEIROS, J. *Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico*. 4.ed.

[3] PORTO C.C, PORTO A.L *Exame clínico*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017

[4] PORTO C.C, PORTO A.L. *Semiologia Médica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

[5] YOSHIKAWA R., CASTRO, R.C, *Manual de semiologia médica: a prática do exame físico*, Orgs - Belém: EDUEPA, 2015.