**Semiologia da Face e do Pescoço**

**Exame físico da face**

- Paciente preferencialmente sentado, com a cabeça ereta; examinador posicionado frontalmente a ele.

**Inspeção**

**Inspeção estática**

🡪 pele e subcutâneo: manchas, lesões pré-neoplásicas ou neoplasias de pele, abaulamentos;

🡪 glândulas salivares: inflamação, abaulamento;

🡪 sobrancelha: alopecia ou madarose;

🡪 olhos e anexos oculares: edema palpebral, xantelasmas, ptose, exoftalmia, enoftalmia; palidez ou icterícia conjuntival

- Análise morfométrica da face: fotografias podem ajudar na análise e no planejamento de cirurgias.

Análise horizontal (regra dos terços): dividir a face em três segmentos horizontais (uma linha no nível da implantação de cabelos, outra no nível das sobrancelhas, outra na base do nariz e outra na região do mento). Os seguimentos devem ser semelhantes em suas dimensões craniocaudais. Além disso, deve-se comparar os lados direito e esquerdo de cada seguimento, a fim de se identificar assimetrias e deformidades.

Análise vertical (regra dos quintos): traçar linhas em cada canto dos olhos e onde acaba o crânio, lateralmente. Essas linhas devem ser eqüidistantes (pode haver, no máximo, 1 ou 2mm de diferença entre elas), ou seja, a distância entre os cantos internos dos olhos será a mesma do canto interno ao canto externo ocular e do canto externo do olho até a região mais lateral do crânio.

**Inspeção dinâmica**

Função dos pares cranianos

Nervo olfatório (I): sensibilidade especial somática – olfação

- Reconhecer o odor de substâncias conhecidas (café, baunilha), com cada narina.

Nervo óptico (II): sensibilidade especial somática – visão

- Avaliação da acuidade visual, do campo visual e exame direto do nervo óptico, respostas pupilares à luz e à acomodação (nervos II e III).

Nervo Oculomotor (III): motricidade somática - músculos da motricidade ocular (com exceção do oblíquo superior e do reto lateral) e abertura ocular; motricidade autônoma (parassimpático): constrição pupilar e tensão dos músculos ciliares

- O exame do nervo oculomotor deve ser feito junto com o exame dos nervos troclear e abducente, uma vez que esses três nervos estão envolvidos na motricidade ocular;

- Posição do globo ocular em situação estática; exame da motricidade ocular; elevação das pálpebras; convergência do olhar; respostas pupilares à luz e à acomodação (envolvem os nervos II e III).

Nervo Troclear (IV): motricidade somática - músculo oblíquo superior (movimento ocular de olhar para baixo em direção ao nariz).

Nervo trigêmeo (V): sensibilidade geral somática – sensibilidade geral da face, mucosa e dois terços anteriores da língua; motricidade branquial - músculos da mastigação e tensão do tímpano

- Sensibilidade da face (examinar os territórios das 3 divisões do trigêmeo: oftálmica, maxilar e mandibular); motricidade da mandíbula; reflexos profundos axiais da face (glabelar, perioral, mandibular); reflexos superficiais da face (corneopalpebral e esternutatório).

Nervo Abducente (VI): motricidade somática - músculo reto lateral (movimento ocular de abdução).

Nervo Facial (VII): motricidade branquial - músculos da mímica da face e músculo estapédio; motricidade autônoma (parassimpático) - lacrimejamento e salivação (exceto a parótida); sensibilidade especial visceral - gustação nos dois terços anteriores da língua; sensibilidade geral somática - sensibilidade geral em pequena região próxima ao meato acústico externo

- Observação do trofismo muscular e assimetrias de sulcos e rugas que possam indicar ausência ou redução da movimentação de um dos lados da face; movimentos da mímica facial; avaliação da gustação nos dois terços anteriores da língua, de cada lado, e da produção de lágrimas; reflexos superficiais e profundos da face (porção motora do nervo facial).

Nervo Vestibulococlear (VIII): sensibilidade especial somática – audição e sensação vestibular

- Avaliação das funções auditiva e vestibular (Teste de Rinne, Teste de Weber, nistagmos - exame otorrinolaringológico).

Nervo Glossofaríngeo (IX): motricidade branquial – movimentos da faringe; motricidade autônoma (parassimpático) – salivação (parótida); sensibilidade geral somática – sensibilidade geral na mucosa da faringe, no terço posterior da língua, na orelha média e em região próxima ao meato auditivo externo; sensibilidade especial visceral – gustação no terço posterior da língua

- As funções motora e sensorial geral dos nervos glossofaríngeo e vago são avaliadas em conjunto: motricidade da faringe e da laringe (observar o palato em repouso e em movimento, pedindo para o paciente dizer “a” ou “e” por alguns segundos); sensibilidade geral do terço posterior da língua (IX nervo) e da faringe (X nervo); reflexo nauseoso.

Nervo Vago (X): motricidade branquial – movimento dos músculos da faringe e laringe; motricidade autônoma (parassimpático) – vísceras do tórax e abdome; sensibilidade geral somática – sensibilidade geral em pequena região próxima ao meato auditivo externo, na mucosa da faringe e nas meninges; sensibilidade especial visceral – gustação na epiglote e faringe; sensibilidade geral visceral – reflexos do arco aórtico.

Nervo acessório (XI): motricidade branquial – faringe e laringe; motricidade branquial – esternocleidomastoideo e parte superior do trapézio

- A raiz craniana do IX par é acessória ao nervo vago e, assim, sua função é avaliada conjuntamente com a função dos nervos IX e X;

- A raiz espinal pode ser avaliada pela avaliação do trofismo e da força muscular para rotação lateral da cabeça em ambas as direções (músculo esternocleiodomastoideo) e para a elevação dos ombros (músculo trapézio).

Nervo hipoglosso (XII): motricidade somática – músculos da língua

- Inspeção do volume da língua (trofismo), movimentos anormais, coordenação e força muscular.

Abertura oral

A distância entre os cúspides dos incisivos centrais superior e inferior deve variar entre 4 e 5cm.

🡪 desvios da linha média

Movimentação vertical do complexo hioide-laringe: deglutição

**Palpação**

Palpar os lados direito e esquerdo dos três terços da face, comparativamente, aplicando pressão delicada com os dedos indicador e médio. Devem ser palpados: região frontal, rebordo orbitário, zigoma, maxilar, nariz e mandíbula.

🡪 áreas dolorosas, afundamentos, abaulamentos, crepitações ou degraus ósseos.

Seios da face: a extremidade de um dos dedos pressiona as áreas de projeção dos seios frontal, maxilar e etmoidal.

🡪 dor pode indicar processos inflamatórios nos seios da face.

Parótida: palpar com os dedos indicador, médio e anular justapostos, colocados abaixo e ligeiramente à frente da orelha externa, comprimindo delicadamente e deslizando no sentido vertical.

Articulações temporomandibulares: colocar o dedo indicador na região pré-auricular no nível do trágus, bilateralmente, e solicitar que o paciente abra e feche a boca. Pode-se sentir a cabeça condiliana passando pelo dedo do examinador.

🡪 fraturas, tumores, anquilose da articulação

**Exame físico do pescoço**

Para o exame do pescoço, o paciente deve ser mantido em pé ou sentado.

**Inspeção**

Inspeção Estática: observação da simetria do pescoço, depressão submentoniana, projeção da cartilagem tireoide, projeção da cartilagem cricoide, depressão da fossa supraesternal e depressão da fossa supraclavicular. Pesquisa-se, ainda, a existência de estase da veia julgular externa e de pulsação da aorta na fúrcula esternal.

🡪 abscessos, edemas, abaulamentos, tumorações, ulcerações;

🡪 cistos do tireoglosso (restos do ducto que conecta embrionariamente a tireoide ao seu ponto de origem na língua); cistos branquiais (restos embrionários do aparelho branquial humano); higroma cístico (cisto multiloculado benigno, composto basicamente por casos linfáticos e linfa);

🡪 estase da veia jugular pulsátil ou não pulsátil: pode ser encontrada a 180º com inclinação da cabeceira do leito até 45º. Pode indicar insuficiência cardíaca (estase pulsátil) ou compressão de veias no mediastino (estase não pulsátil).

Inspeção Dinâmica: pedir para o paciente deglutir e observar a movimentação da glândula tireoide.

🡪 Nódulos ou assimetrias na tireoide

**Palpação**

Cartilagens laríngeas

- O examinador posiciona-se à frente do paciente e deve fixar a laringe, no nível da transição cricotireoidea, entre os dedos polegar, indicador e médio, em forma de pinça, e movimentá-la lateralmente

🡪 crepitação (atrito entre a cartilagem cricoide e coluna cervical). A ausência de crepitação pode indicar a presença de tumores entre essas duas estruturas.

Traqueia

- Examinador à frente do paciente, coloca dois dedos (geralmente médio e indicador) no nível da fossa supraesternal, delimitando as faces laterais da traqueia.

🡪 desvios da traqueia: podem ocorrer devido a processos expansivos cervicais, massas pulmonares ou mediastinais grandes, derrames pleurais ou pneumotórax volumosos, ressecção cirúrgica de um pulmão, atelectasias ou extensas retrações fibróticas unilaterais.

🡪 sinal de Oliver-Cardarelli: pulsação da traqueia, podendo indicar a existência de aneurisma de aorta;

🡪 transmissão excessiva de pulsação arterial para a traqueia no nível da fúrcula esternal pode indicar aneurisma de aorta intratorácicos.

Glândula tireoide

Há duas técnicas de palpação e ambas podem ser feitas mono ou bimanualmente:

- Examinador à frente do paciente, paciente sentado. O paciente deverá fletir levemente a cabeça para frente, relaxando os músculos esternocleiodomastóideos. O examinador palpará os lobos da tireoide com os polegares.

- Examinador atrás do paciente, paciente sentado. O paciente deverá fletir levemente a cabeça para frente, relaxando os músculos esternocleiodomastóideos. O examinador palpará os lobos da tireoide com os dedos indicador e médio.

Localização da glândula: o examinador deverá palpar as cartilagens tireoide e cricoide. O istmo da tireoide localiza-se imediatamente abaixo da cartilagem cricoide. Após a localização do istmo, o examinador deverá colocar os seus dedos em cada um dos lados da traqueia, onde se encontram os lobos da tireoide. O examinador deverá sentir ambos os lobos (em alguns casos, é possível perceber a existência do lobo piramidal) e, em seguida, deverá pedir para o paciente deglutir, quando é possível sentir a glândula tireoide passando pelos dedos do examinador.

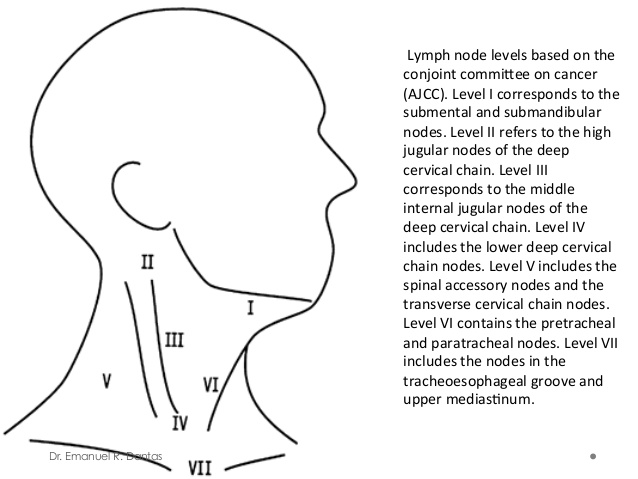
Devem ser avaliados: posição, tamanho, características da superfície, consistência e presença de dor durante o exame. O exame normal encontra uma tireoide normoposicionada, de tamanho habitual (VER TAMANHO), superfície lisa, consistência fibroeslástica e sem dor à palpação.

🡪 bócios: difusos ou nodulares;

🡪 nódulos – se encontrados, deverão ser registradas: localização, dimensão, mobilidade, adesão a estruturas profundas, consistência, presença ou não de dor;

🡪 Sinal de Pemberton: pletora fácil, dispneia e distensão das veias do pescoço quando da elevação do braço do paciente acima da cabeça. Pode indicar bócio difuso que, com a posição de elevação dos braços, obstruiu a traqueia e a veia cava superior.

Linfonodos cervicais



A palpação dos linfonodos cervicais deve ser realizada de maneira sistemática do nível I ao VI de cada lado do pescoço. Pode ser feita com o examinado de frente para o paciente ou por trás dele. Para facilitar o exame, o examinador deverá colocar uma mão sobre a cabeça do paciente para dirigir a sua posição, possibilitando que os tecidos não fiquem tensos, enquanto a outra mão espalmada, com movimentos circulares, faz a palpação dos linfonodos propriamente ditos. No exame do pescoço, também são avaliados os linfonodos retroauriculares, suboccipitais e supraclaviculares.

Nível I: cadeias ganglionares submentonianas e submandibular.

Nível II: cadeia júgulo-carotídea alta

Nível III: cadeia júgulo-carotídea média

Nível IV: cadeia júgulo-carotídea baixa

Nível V: cadeia acessória e parte da fossa supraclavicular

Nível VI: cadeia cervical anterior que ocupa a região mediana do osso hioide até a fúrcula esternal

Nível VII: mediastino superior

No exame do pescoço, devem ser avaliados ainda os linfonodos retroauriculares e suboccipitais.

Inicia-se o exame com o paciente sentado e o examinador posicionado atrás dele. Primeiramente, faz-se a palpação dos linfonodos retroauriculares e suboccipitais. Em seguida, palpa-se os linfonodos do nível V (triângulo posterior do pescoço) e depois fossa supraclavicular. Segue-se, então, para a palpação dos níveis II, III e IV (cadeias júgulo-carotídea alta, média e baixa), ainda com o examinador posicionado atrás do paciente. Para a palpação dessas cadeias, pode ser necessário que o examinador realize movimentos de pinça com a mão, a fim de que alcance as estruturas sob o músculo esternocleiodomastoideo.

A palpação do nível I (cadeias submentonianas e submandibulares) pode ser feita com o examinador ao lado do paciente. Para o exame da região submandibular, a mão do examinador deve ser colocada em garra, de forma que o polegar seja posicionado na região do corpo da mandíbula e os demais dedos dirijam-se aos linfonodos submandibulares e à glândula submandibular, que também deverá ser palpada no exame. Para o exame da região submentoniana, o examinador posiciona-se à frente do paciente, com a mão em garra, estando o polegar apoiado na mandíbula.

🡪 Descrição dos nódulos identificados: localização, dimensão, consistência, coalescência, mobilidade, sensibilidade e estado da pele sobrejacente.

**Ausculta**

- Veias jugulares, artérias carótidas comuns, glândula tireoide.

🡪 sopros sobre a glândula tireoide: pode ocorrer na Doença de Graves

🡪 sopros sobre a artéria carótida (aterosclerose, irradiação de sopros cardíacos)

**Medição** (perímetro do pescoço): importante em casos de bócios volumosos, edemas do pescoço, hematomas cervicais.

**Fossas Nasais e Seios Paranasais**

O paciente deve estar sentado em uma cadeira; o médico, em pé à sua frente, com o fotóforo na cabeça.

Materiais necessários: luvas, espelho drontal ou fotóforo, espéculos nasais, espelho de Garcia pequeno, estiletes, pinça jacaré, pinça baioneta, solução anestésica com lidocaína.

- Ectoscopia: pirâmide nasal, narinas e vestíbulos

🡪 desvios da linha média (laterorrinia), sinais inflamatórios externos, luxações do subsepto e deformidades da porção do septo nasal, linhas Dennie-Morgan, batimento das asas do nariz.

- Rinoscopia anterior (com espéculo nasal): soalho da fossa nasal, septo nasal, concha nasal inferior, concha nasal média, meato nasal inferior, meato nasal médio

🡪 sinais de congestão, hipertrofia, degenerações polipoides na concha nasal inferior, deformidades no septo nasal, coloração da mucosa, exsudatos e corpos estranhos, concha nasal média, secreções purulentas ou pólipos nasais no meato médio.

- Rinoscopia posterior (exame da rinofaringe por meio de um espelho introduzido pela cavidade bucal; usa-se anestesia tópica para impedir que reflexos nauseosos dificultem o exame; usar o abaixador de língua e pedir para o paciente respirar pausadamente): cavaum, cóana, cauda das conchas nasais, borda posterior do septo nasal, teto do cavum com tecido linfoide adenoideano, tuba auditiva.

🡪 pólipos, exsudatos ou degenerações da cauda das conchas, massas ou outras lesões.

Outros exames mais especializados: microrrinoscopia, nasofriboscopia, avaliações nasais funcionais, rinomanometria computadorizada e rinometria acústica.

**Cavidade oral e Orofaringe**

-Oroscopia: lábios, arcada dentária, língua, assoalho bucal gengivas, permeabilidade dos ductos salivares, mucosas jugais, palatos duro e mole, tonsilas e orofaringe

Materiais: fonte de luz, abaixador de língua ou espátula, luvas para palpação

🡪 nodulações ou abaulamentos, fissuras, úlceras ou rugosidades, irregularidades da superfície labial, abaulamentos nas bochechas, alteração de coloração, fissuras, úlceras ou irregularidades mucosas, estado de conservação e falhas dentárias, cáries e dentes quebrados, traumatismos na mucosa lingual; simetria das lojas tonsilares, exsudatos, inchaços, abaulamentos e ulcerações tonsilares.

🡪 macroglossia, língua seca, língua saburrosa, língua geográfica, língua pilosa, glossite romboide mediana, língua fissurada, língua careca, aftas, queilite, candidíase, paracoccidioidomicose, tonsilite ou amigdalite bacteriana , faringites, líquen plano, leucoplasia eritoplasias e carcinoma espinocelular.

-Palpação da cavidade oral: mucosa labial e jugal, bem como no assoalho da boca; glândulas salivares submandibulares e sublinguais; língua, com destaque para a sua base.

🡪 abaulamentos e massas na mucosa ou no assoalho da boca; irregularidades na superfície das glândulas salivares, massas, cálculos ou cistos, dor ao toque; endurecimentos na base da língua e neoplasias.

**Hipofaringe e Laringe**

-Laringoscopia indireta: Laringoscopia com espelho (paciente sentado com o tronco levemente inclinado para frente e o pescoço ereto; aquecer o espelho em chama para que ele não embace; pedir para o paciente estender a língua para fora e pinça-la com os dedos polegar e indicador envoltos em gaze; posicionar o espelho na orofaringe, empurrando o palato mole, sem tocar a base da língua e na parede posterior da orofaringe. Iluminar a cavidade oral e orofaríngea com uma fonte de luz e visualizar a hipofaringe e a laringe, seguindo a sequência de exame descrita abaixo. Se necessário, usar anestésico tópico para a realização do exame.) ou Laringofibroscopia (fibroscópio rígido – introduzido pela boca, ou flexível- introduzido pela narina), em que as imagens são vistas em um monitor e podem ser gravadas para reavaliações ou comparações posteriores.

Primeiramente: base da língua e valéculas, ligamentos glossoepiglóticos e faringoepiglóticos, parede lateral da orofaringe.

🡪 lesões ulceradas, vegetantes, abaulamentos ou infiltrações no local

Em segundo lugar: parede dos seios piriformes e parede posterior da faringe

🡪 sinais de lesões e abaulamentos locais

Em terceiro lugar: laringe, epiglote, pregas ariepiglóticas e pregas vestibulares

🡪 movimentação e aspecto da mucosa, coloração e irregularidades, úlceras, vegetações e abaulamentos

Por último: pregas vocais, comissura anterior, comissura posterior e aritenoides

🡪 movimentação das pregas vocais (pedir para o paciente que emita a fonação da vogal “iii...” e da vogal “eee...”, fonação inspiratória para eversão das pregas vocais); cistos de prega vocal e edema de Reinke; alteração da motricidade da musculatura e de sua tonicidade; irregularidade do movimento ondulatório das pregas vocais (fechamento glótico incompleto na vocalização, tensão e hipertonicidade muscular, aumento do volume das pregas vocais por lesões de massa, rigidez mucosa, alterações estruturais das camadas histológicas).

Outras provas funcionais:

- Inspiração profunda: avaliar função respiratória (abdução de pregas vocais)

- Alternar Inspiração (fungar) e fonação do “i”: mobilidade (adução e abdução das pregas vocais)

- Fala contínua, canto: apenas para nasolaringoscopia flexível

- Deglutição: videoendoscopia da deglutição