



**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Universidade de São Paulo**

**SEMILOGIA CLÍNICA: MÓDULO EXAME FÍSICO GERAL  
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA & CASOS CLÍNICOS COMENTADOS  
SEMANA I**

**Disciplina RCG0314: Semiologia Clínica  
Departamento de Clínica Médica**



Os primeiros aspectos a serem observados no EFG do paciente são sinais/sintomas de alarmes e indicadores de gravidade ou risco à vida.

## 1. ESTADO GERAL

*Bom estado geral (BEG), Regular estado geral (REG), Mau estado geral (MEG)*

## 2. GRAU DE HIDRATAÇÃO

## 3. GRAU DE PERFUSÃO OU REDUÇÃO DA HEMOGLOBINA/HEMATÓCRITO

## 4. PADRÃO RESPIRATÓRIO

## 5. GRAU DE CONSCIÊNCIA

## 6. TEMPERATURA CORPÓREA

## GRAU DE HIDRATAÇÃO

*Examinar: mucosas oral e ocular, salivação*

*Hidratado, desidratado (mucosas secas, redução da saliva e lubrificação ocular, redução do volume e aumento da concentração urinária, TURGOR da pele reduzido)*

Síndrome de Sjögren



CONDIÇÃO PATOLÓGICA  
DE REDUÇÃO DAS  
LÁGRIMAS E SALIVA:  
**S. de Sjögren:**  
agressão autimune  
às glândulas  
salivares e lacrimais

Xerostomia



## GRUPOS SUSCEPTÍVEIS À DESIDRATAÇÃO

- ✓ **ADULTOS IDOSOS ACAMADOS COM DISTURBIOS COGNITIVOS e INFECÇÕES**
- ✓ **PACIENTES COM DISTURBIOS DE CONSCIÊNCIA**
- ✓ **CRIANÇAS: em que são maiores: % de água corporal total; área de superfície corporal; incidência de doenças diarreicas agudas.**  
A avaliação clínica do grau de hidratação na criança possibilita tomada de decisões precocemente (TABELA)

Souza CS, 2021

## Avaliação do estado de hidratação de CRIANÇAS em A, B, e C, segundo OMS e adotada pelo Ministério da Saúde

Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
Examinar			
Sinal da prega	Desaparece Rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente*
Enchimento capilar <sup>1</sup>	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos)*
Conclusão	<b>NÃO TEM DESIDRATAÇÃO</b>	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos acima, existe <b>DESIDRATAÇÃO</b>	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos, incluindo pelo menos um dos assinalados com asterisco, existe <b>DESIDRATAÇÃO GRAVE</b>
Tratamento	Plano A Tratamento domiciliar	Plano B Terapia de reidratação oral no serviço de saúde	Plano C Terapia de reidratação parenteral

**Cefaléia**

**Confusão mental**

**Olhos sem brilho**

**Aumento da FC  
Redução PA**

**Boca seca**

**Redução da diurese  
Urina concentrada (escura)**

**Pele seca**

**Perda do equilíbrio**



**Dor muscular**

**Cansaço**

**ADULTO (IDOSO)**

**Acamado  
Demência  
Infecções**



Pele com turgescência diminuída permanece elevada depois de ser puxada para cima e solta

ADAM

**TURGOR**



# Caso Clínico

Mulher, 81 anos, acamada há 1 ano, apresenta tosse seca, redução da ingesta há 5 dias, diarreia, mais de 6xx ao dia há 3 dias, com fezes amolecidas sem sangue ou muco, vômitos (três episódios) e redução da diurese há 1 dia. Ao exame físico geral, foi observado “confusão mental”, mucosas conjuntivais secas e descoradas (+/4), língua seca (sem saliva); FC: 100 batimentos por min; Pulso fino; PA: 80,0 X 60,0 mmHg, taquipneica, FR: 35 incursões por min (idosos > 80 anos: 10-30 ipm) com desconforto respiratório; febril, T= 38,0° C (>37,5° C).

- Indique os principais quadros sindrômicos
- Comente as alterações do exame físico geral
- Discuta alguns principais diagnósticos

Mulher, 81 anos, acamada há 1 ano, apresenta tosse seca e redução da ingesta há 5 dias, diarreia com fezes amolecidas sem sangue ou muco (6xx ao dia) há 3 dias, vômitos (três episódios) e redução da diurese há 1 dia. EFG: “confusão mental”, mucosas conjuntivais secas e descoradas (+/4), língua seca (sem saliva); FC: 100 batimentos por min; Pulso fino; PA: 80,0 X 60,0 mmHg, taquipneica, FR: 35 incursões por min (idosos > 80 anos: 10-30 ipm) com desconforto respiratório; febril, T= 38,0° C (>37,5° C).

- Anemia
- Febre a esclarecer
- Taquipneia/ Dispneia
- Gastroenterite

- Mucosas descoradas
- Temperatura elevada
- Aumento da FR; Esforço respiratório
- Desidratação
- Confusão mental

Gastroenterite Aguda (vírus, bactérias, parasitas? Medicamentos?) Pneumonia? Infecção por coronavírus (COVID-19)?



# Semiologia Clínica: Roteiro Comentado

**REDUÇÃO DA HEMOGLOBINA/HEMATÓCRITO/ GRAU DE PERFUSÃO**

*Examinar mucosa ocular, lábios, palmas das mãos,*

*Extremidades (ponta nasal, orelhas, dígitos)*

*Compressão do leito ungueal (perfusão, enchimento capilar)*



**Cianose localizada**



REDUÇÃO DA HEMOGLOBINA/HEMATÓCRITO/ GRAU DE PERFUSÃO

*Compressão do leito ungueal (perfusão, enchimento capilar)*

- ***Sinal de Quincke:*** *Pulsação Visível do Leito Ungueal na Regurgitação da Aorta*

<https://www.youtube.com/watch?v=8cuzMurTX0g>



## ***Sinal de Quincke:*** Pulsação visível do leito ungueal na Regurgitação da Aorta

<https://www.youtube.com/watch?v=8cuzMurTX0g>

---



## PADRÃO RESPIRATÓRIO

Eupneia, **Dispneia**



**DISPNÉIA**  
**Enfisema**

**Doença**  
**pulmonar**  
**obstrutiva**  
**Crônica**

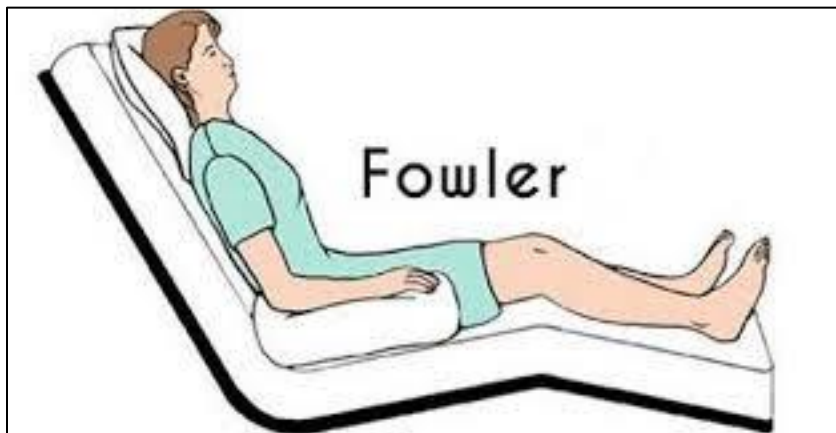


## 5. ATITUDE (ATIVA OU PASSIVA)

## 6. POSIÇÃO OU DECÚBITO PREFERENCIAL

### Indiferente

*“Ortopneia, posição antálgica, opistótono, posição de cócoras, posição genupeitoral ou prece maometana, etc.”*





Nas crianças com CIV (tetralogia de Fallot), as queixas de cansaço e cianose após atividade física se reduzem com o repouso e **POSIÇÃO DE CÓCORAS**: que aumenta a resistência sistêmica, reduzindo o *shunt* pela CIV e "forçando" a um aumento do fluxo pulmonar.

Arquivo: Prof. Paulo R.B. Évora



## Opistótono Tétano

<https://resscientiae.wikia.org/wiki/Teetanus>

## POSIÇÃO GENUPEITORAL OU DE PRECE MAOMETANA

Essa posição facilita enchimento do coração no derrame pericárdico (paciente necessita de expansão máxima do tórax para uma respiração satisfatória)



Souza CS, 2021

## GRAU DE CONSCIÊNCIA

**CONSCIENTE:** *vigília preservada compreende lucidez e consciência;*

**ESTADO DE ORIENTAÇÃO (TEMPO E DO ESPAÇO)**

**SONOLENTO/LETÁRGICO, TORPOROSO, OBNUBILADO:** *vigília rebaixada compreende sonolência/letargia, obnubilação (confusão mental) e torpor (redução de resposta aos estímulos)*

## COMATOSO (ESCALA DE GLASGOW)

Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total máximo

15

Total mínimo

3

# FÁCIES



# Semiologia Clínica: Roteiro Comentado

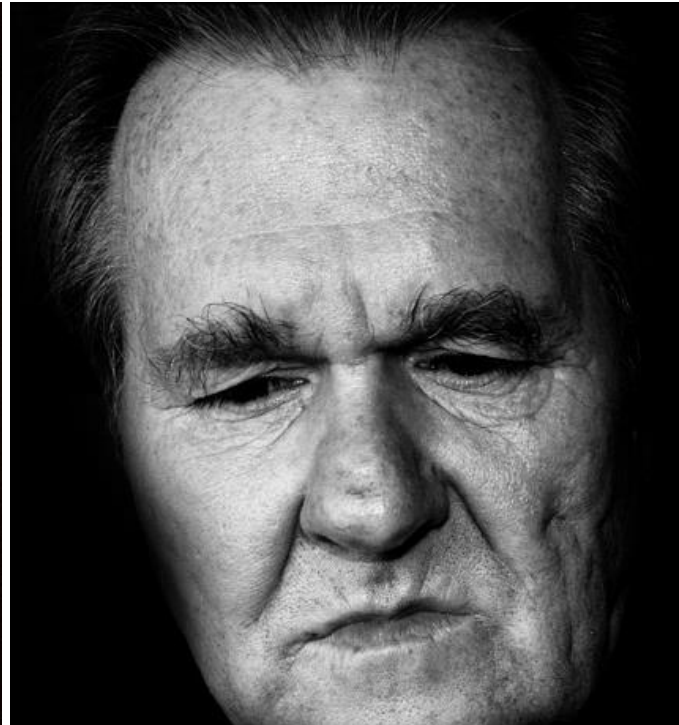
## 3. FÁCIAS

*Normal ou Atípica*

*Dolorosa*

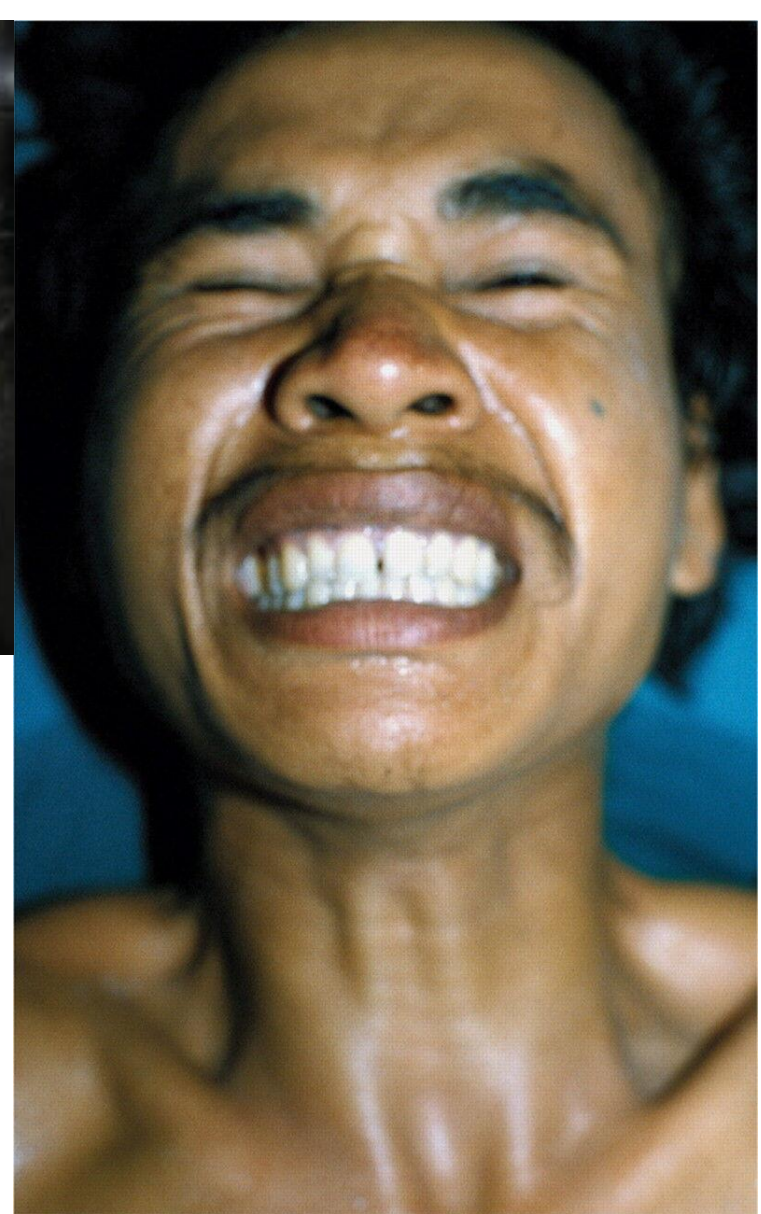
*Depressiva, Mixedematosa, Cushingóide, Hipocrática, Leonina, Acromegálica, Miastênica, Esclerodérmica, Renal, etc.*

[ACESSE O MOODLE: "FÁCIAS" - RESUMO](#)





**Caso Clínico**



<https://resscientiae.wikia.org/wiki/Teetanus>

# Caso Clínico

**Mulher, 57 anos, queixou-se de ganho de peso de 15 quilos em 5 anos, apatia e desânimo para as atividades diárias. Há 1 ano, notou “inchaço das pálpebras” não variável ao longo do dia (Figura) e constipação intestinal. Ao exame físico geral, foi observado edema algo endurecido na região pré-tibial. FC: 60 bpm; PA: 6,0 x 9,0 cmHg**



- **Descreva as características da *fácies* dessa paciente?**
- **Quais são os sinais/sintomas que caracterizam a enfermidade?**
- **Qual o diagnóstico mais provável?**

## HIPOTIREOIDISMO



**Fácies Mixedematosa e Apática**

**Mixedema: Inchaço das pálpebras: não variável ao longo do dia  
Lábios, nariz e orelhas**

**Apatia e desânimo para as atividades diárias**

**Ganho de peso e constipação intestinal**

**Mixedema Pré-tibial**



5'46"

**Sonolência  
Redução da FC  
Letargia  
Movimentos lentos  
Bradipsiquismo  
Bradilalia  
Voz empastada  
Confusão mental**

Exames Complementares  
Cintilografia

**Bócio**  
Detectado no EF e na Palpação da Tireóide

Exames Complementares  
Ac Anti-Tireoidianos  
(anti-TPO, anti-Tg, TRab)  
Ultrassonografia  
PAAF

**Bócio Difuso**

**Bócio Unilobular**

**Bócio Multinodular**

**Bócio Tóxico**  
Sinais/ sintomas do **HIPERTIREOIDISMO** na história clínica e EFG

**Bócio Atóxico**

**Bócio Atóxico**  
Sinais/sintomas do **HIPOTIREOIDISMO** na história clínica e EFG

TSH ↓  
T4 livre ↑

TSH ↓  
T4 livre ↔

TSH ↔ ↑  
T4 Livre ↑

TSH ↔

**Eutireoidismo**

TSH ↑  
T4 livre ↓

TSH ↑  
T4 livre ↔

TSH ↓ ↔  
T4 livre ↓

**Tireotoxicose**

T3 Toxicose  
Tireotoxicose subclínica

Adenoma secretor de TSH,  
Resistência ao hormônio Tireoidiano

**Hipotireoidismo Primário**

Hipotireoidismo subclínico

**Hipotireoidismo Central**

Anti-TPO: anticorpos antitreoperoxidase; Anti-Tg: anticorpos antitreoglobulina; TRAb: anticorpos anti-receptores de TSH.



**Mulher, 37 anos, queixou-se de ganho de peso de 15 quilos em 5 anos, amenorreia e cefaleia frequente há 3 anos, e pele frágil aos pequenos traumas com dificuldade de cicatrização. Ao exame físico geral, foram observadas equimoses, pele fina, estrias largas em abdome e membros superiores. Em duas medidas foram observadas PA: 16 x 10 cmHg.**

- **Descreva as características da *fácies* dessa paciente?**
- **Quais são os sinais/sintomas que caracterizam a enfermidade?**
- **Qual o diagnóstico mais provável?**



**FÁCIAS CUSHINGÓIDE (“lua cheia”):**  
rosto arredondado por depósito de gordura;  
pele ruborizada;  
acne e hirsutismo;  
sem intumescimento das pálpebras, diferindo da fácies renal e da mixedematosa, em que há edema e infiltração das pálpebras, respectivamente.

**Decorre da hipercortisolemia presente na síndrome e na doença de Cushing.**

**OUTROS SINAIS E SINTOMAS:**

- **Ganho de peso, distribuição centrípeta da gordura com concentração no abdome, braços e pernas normais; acúmulo de gordura na parte superior das costas (giba);**
- **Estrias violáceas largas**
- **Equimoses (fragilidade capilar)**
- **Hirsutismo nas mulheres (face, abdômen e MMII), calvície e outros sinais de virilismo**
- **Períodos menstruais irregulares nas mulheres; dificuldades sexuais nos homens.**



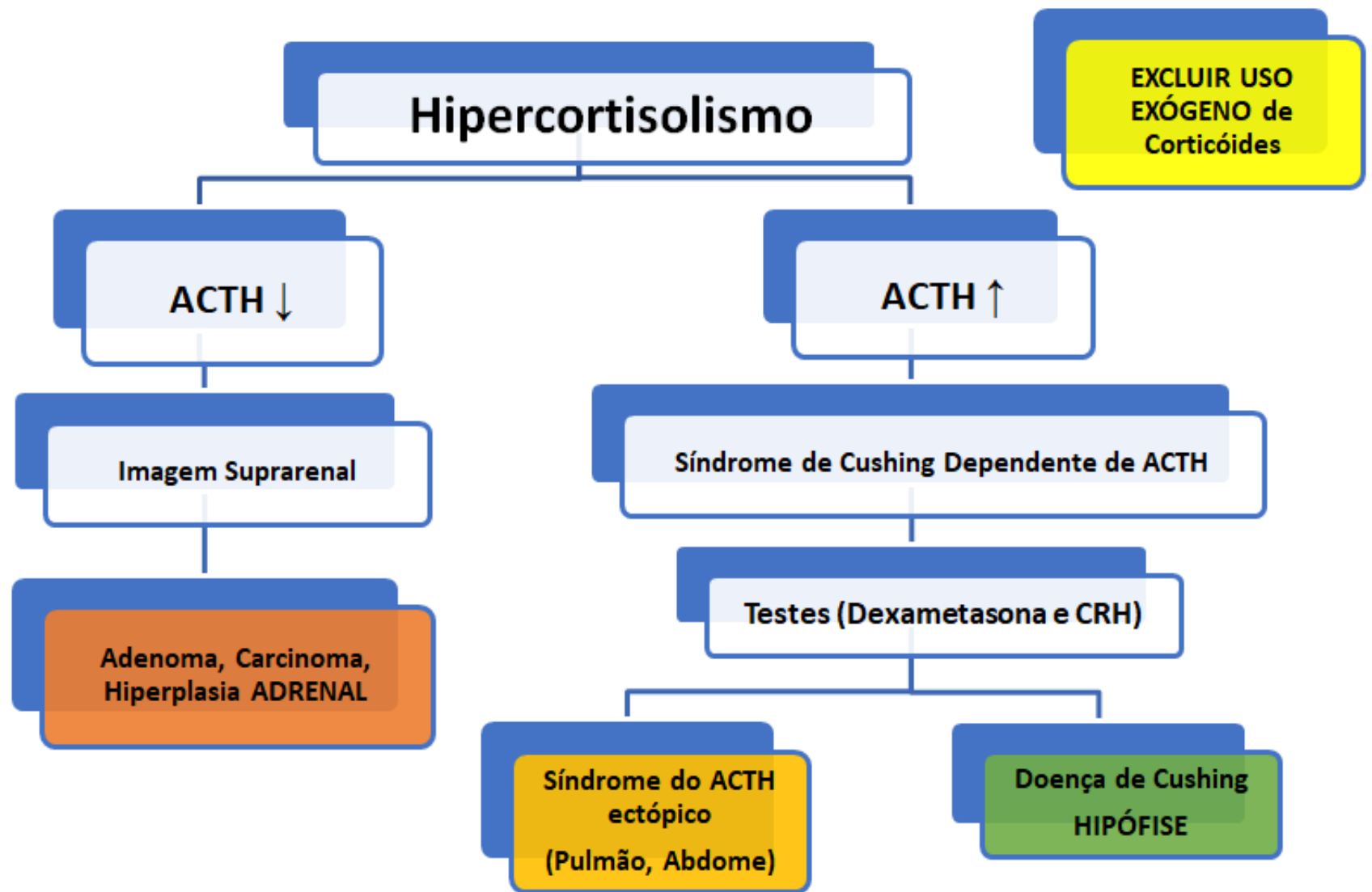
- ✓ **Desgaste muscular e fraqueza.**
- ✓ **Má cicatrização de ferimentos e facilidade para formar hematomas.**
- ✓ **Hipertensão arterial, cálculos renais, osteoporose, intolerância à glicose, diminuição da resistência a infecções e distúrbios mentais são comuns.**
- ✓ **Interrupção do crescimento nas crianças.**





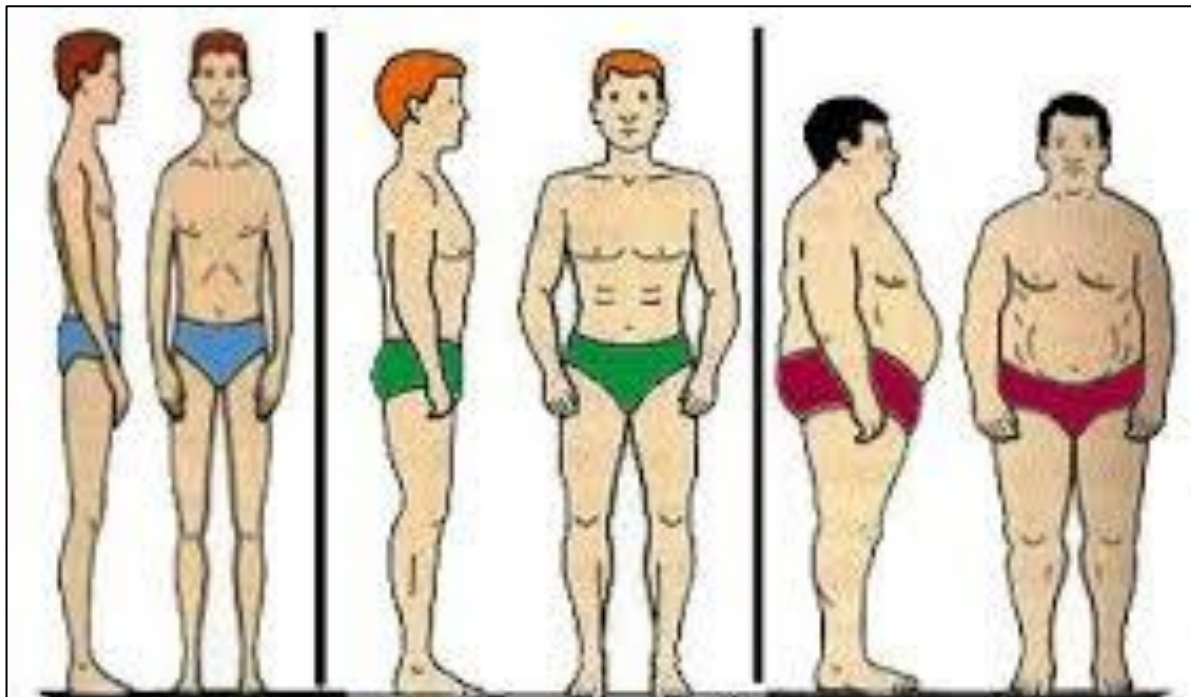
HIV Web Study (www.HIVwebstudy.org)

Supported by HRSA

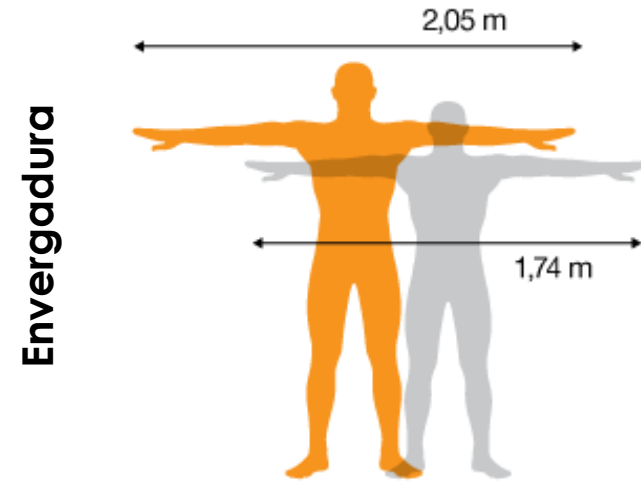


## BIOTIPO

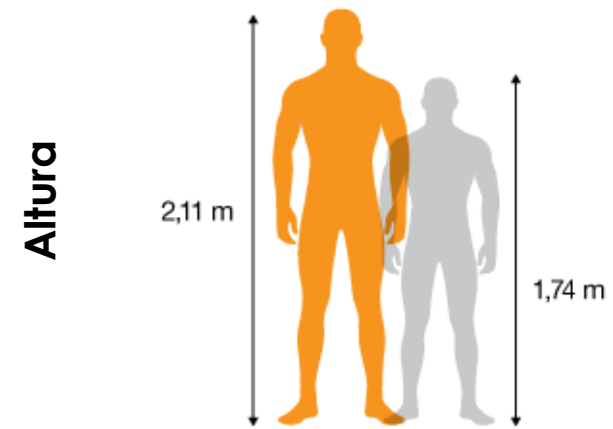
### Longilíneo, Normolíneo e Brevilíneo



Souza CS, 2021



Diogo Sclebin, triatleta - ouro por equipes, jogos sul-americanos (2014)



Tiago Splitter - jogador de basquete - ouro no Pan-Americano (2003)

# **ALTERAÇÕES DA PELE, MUCOSAS E ANEXOS**

## ALTERAÇÕES DA COLORAÇÃO DA PELE

### Alterações de coloração difusas

*Albinismo, palidez, icterícia, cianose, pletora*



<https://news.un.org/pt/story/2015/05/1511021-nacoes-unidas-lancam-site-sobre-direitos-dos-albinos>



# Tipos de Icterícia:



**TYPES OF JAUNDICE**

**PREHEPATIC**

TRANSFUSION REACTIONS, SICKLE CELL ANEMIA, THALASSEMIA, AUTOIMMUNE DISEASE

**HEPATIC**

HEPATITIS, CANCER, CIRRHOSIS, CONGENITAL DISORDERS, DRUGS

**POSTHEPATIC**

GALLSTONES, INFLAMMATION, SCAR TISSUE, OR TUMORS BLOCK THE FLOW OF BILE INTO THE INTESTINES

Alterações de coloração localizadas  
*Cianose, vitiligo, hiperemia palmar, etc.*



## ALTERAÇÕES DA VASCULARIZAÇÃO CUTÂNEA

Hemangiomas congênitos

Teleangiectasias aracneiformes

*Hepatopatia crônica*





## ALTERAÇÕES DA VASCULARIZAÇÃO CUTÂNEA

[ACESSE O MOODLE: "CIRCULAÇÃO COLATERAL" - RESUMO](#)

### Circulações colaterais

*Circulação colateral do tipo cava superior, braquiocefálica esquerda e direita, portal e veia cava inferior*



Souza CS, 2021



N Engl J Med. 2005 Nov 24;353(21):e19.



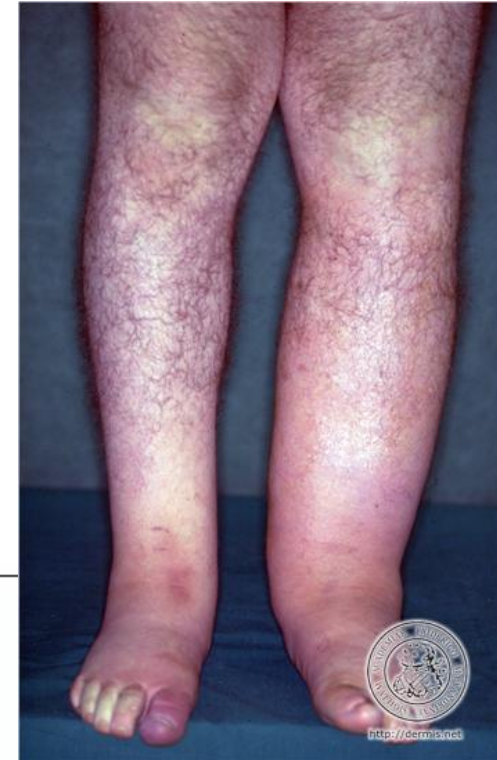
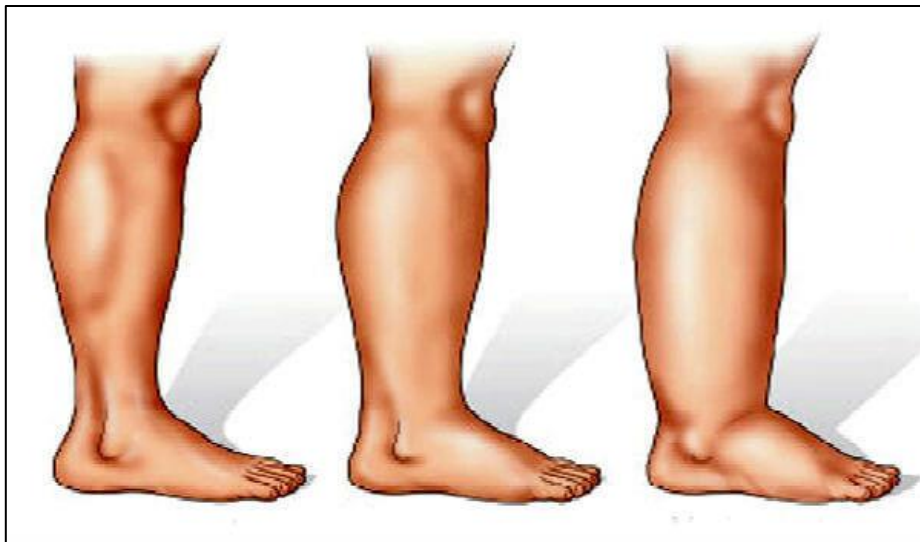
N Engl J Med. 2011 Jun 30;364(26):2535.

# Semiologia Clínica: Roteiro Comentado

## Edemas

### Características dos edemas:

*Localização, intensidade (1 a 4 cruces), cor, temperatura, sensibilidade, consistência, e lesões associadas;*



## Sinal de Godet ou Sinal de Cacifo

Pressão por no mínimo 5 segundos



## Edemas

***EDEMA EM PELERINE*** na síndrome de compressão da veia cava superior.



Cianose e edema duro da metade superior do tronco, pescoço e cabeça. É acompanhado por estase venosa não pulsátil das veias do pescoço, edema da face inferior da língua, e de fácies vultosa e edemaciada.

*Do francês “pèlerine”, significa peregrino, possível origem na vestimenta dos peregrinos, militares ou mulheres na França. É uma capa curta arredondada, usada para cobrir os ombros e tronco superior.*

[ACESSE O MOODLE: GLOSSÁRIO ILUSTRADO](#)



**Turgor, mobilidade e elasticidade**

**Técnicas de exame, efeitos da desidratação, desnutrição e envelhecimento**

**Tônus e trofismo muscular**

**Atrofia, hipotrofia, hipertrofia**



**Hipotrofia muscular de Interósseos na hanseníase**



Souza et al, Hansen Int 2010; 35 (2): 61-66.

Figura 5 Aspecto após doze meses de evolução, com quadro de garra ulnar bilateral.

# Caso Clínico

**Homem, 72 anos, queixou-se de perda de peso 7 kg em 2 meses, tosse seca com escarros hemoptóicos, e dispneia aos médios esforços. Em seus antecedentes, referiu tabagismo de 1-2 maços por dia desde 20 anos, ingestão de aguardente 2-3 vezes por semana. Ao exame físico, estava dispneico com tiragem intercostal.**



- **Analisar e nomear as alterações observadas na figura;**
- **Discutir causas mais prováveis, baseado em dados da história clínica;**

**Homem, 72 anos, queixou-se de perda de peso 7 kg em 2 meses, tosse seca com escarros hemoptóicos, e dispneia aos médios esforços. Em seus antecedentes, referiu tabagismo de 1-2 maços por dia desde 20 anos, ingestão de aguardente 2-3 vezes por semana. Ao exame físico, estava dispneico com tiragem intercostal.**

## **SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR & CIRCULAÇÃO COLATERAL**

- **Sífilis e a Tuberculose mediastinal foram as causas de 40% dos casos de uma série de 1954.**
- **Atualmente, o carcinoma de pulmão é responsável por 70% dos casos,**
- **Doenças malignas do mediastino e fibroses mediastinais não malignas (tromboses por cateteres) são as causas restantes.**



## Sinais, Sintomas e Evolução da Síndrome da Veia Cava Superior

<b>Compressão/Obstrução – Inicial 60% dos casos</b>	<b>Edema cervicofacial</b> <b>Pletora facial</b> <b>Dispnéia</b> <b>Turgência venosa cervical</b> <b>Edema peribrônquico</b>
<b>Edema peribrônquico e perie sofagiano</b>	<b>Edema membros superiores</b> <b>Dor torácica</b> <b>Disfagia</b> <b>Turgência venosa em membros superiores</b>
<b>Edema cerebral - Sintomas neurológicos</b>	<b>Tosse-síncope</b> <b>Tonteira</b> <b>Obnubilação mental</b> <b>Coma</b>
<b>Obstrução completa</b>	<b>Circulação colateral em parede torácica</b>

*(Cordeiro, SZB; Cordeiro PB. J Pneumol 2002;28(5):288-93)*



## **Lesões dermatológicas: Pele, Mucosas e Anexos**

Reconhecimento e categorização das alterações dentro dos principais de padrões (alteração da cor, da espessura, formações sólidas, coleções líquidas, perda ou reparação tecidual), descrever localização/distribuição.

### **Mucosas**

*Palidez, cianose, icterícia, grau de hidratação*

# Caso Clínico

**Homem, 48 anos, agricultor, procedente de Jaboticabal, queixou-se de “feridas” (Figuras) na perna direita, há 6 meses. Utilizou diversos tópicos e antibióticos sistêmicos sem melhora. Em seus antecedentes, referiu hábito de pesca em rios da região. Ao exame físico geral, foram palpados gânglios de 2-3 cm de diâmetro parenquimatosos, e discretamente sensíveis na fossa ilíaca à direita.**

52”



Homem, 48 anos, agricultor, procedente de Jaboticabal, queixou-se de “feridas” (Figuras) na perna direita, há 6 meses. Utilizou diversos tópicos e antibióticos sistêmicos sem melhora. Em seus antecedentes, referiu hábito de pesca em rios da região. Ao exame físico geral, foram palpados gânglios infartados de 2cm a 3cm de diâmetro, parenquimatosos e discretamente sensíveis na fossa ilíaca à direita.

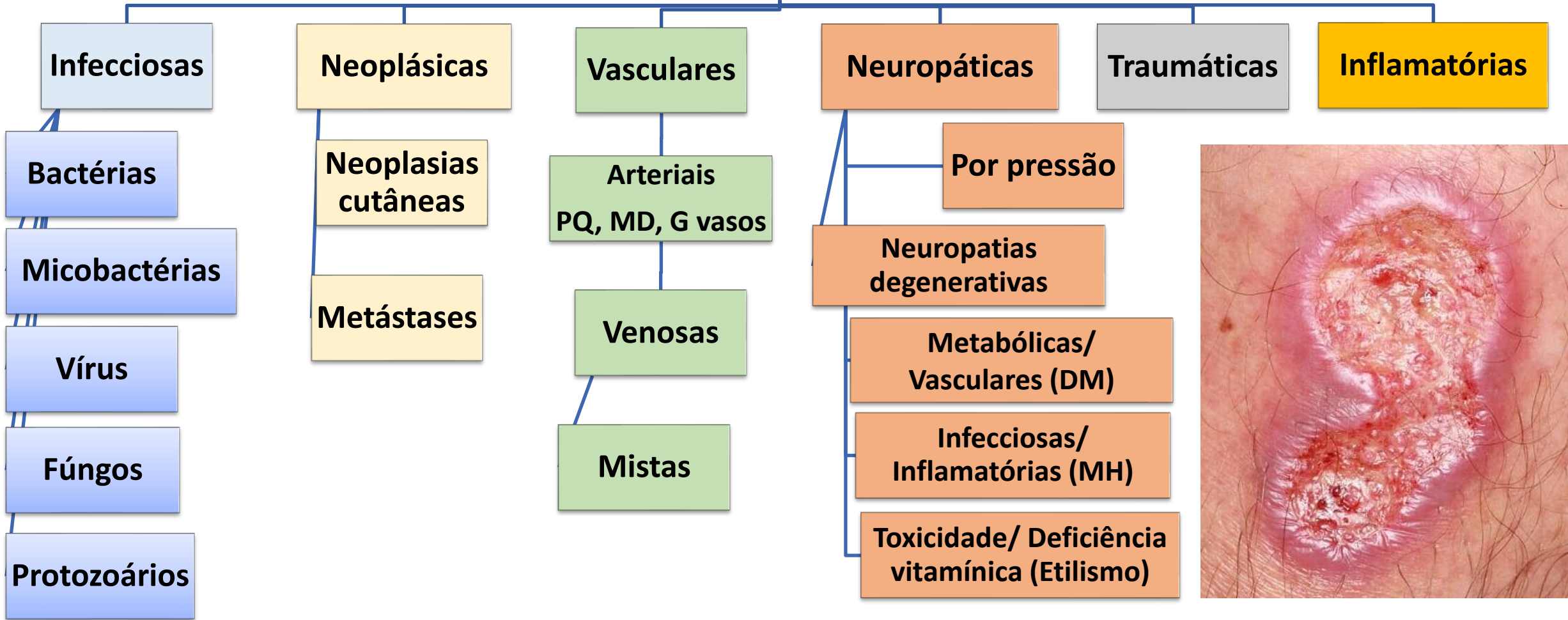


7'27"



- Identifique a lesão elementar primária.
- Quais são as informações da história clínica a serem consideradas para a HD?
- Qual é a classificação mais provável da linfonodomegalia?
- Qual é diagnóstico mais provável?

# Úlceras Cutâneas



**Leishmaniose  
cutâneo-mucosa**

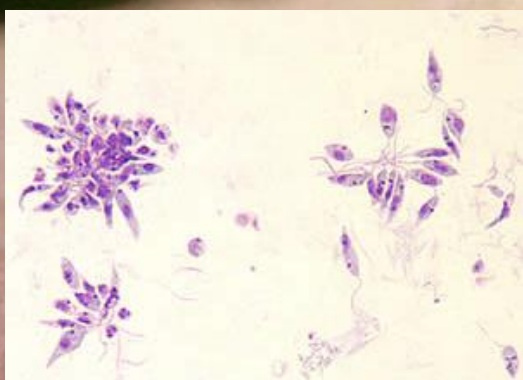


**VETORES DA LTA:  
Flebotomíneos do  
Gênero *Lutzomyia***

**Popularmente:  
mosquito palha,  
birigui, tatuquira**

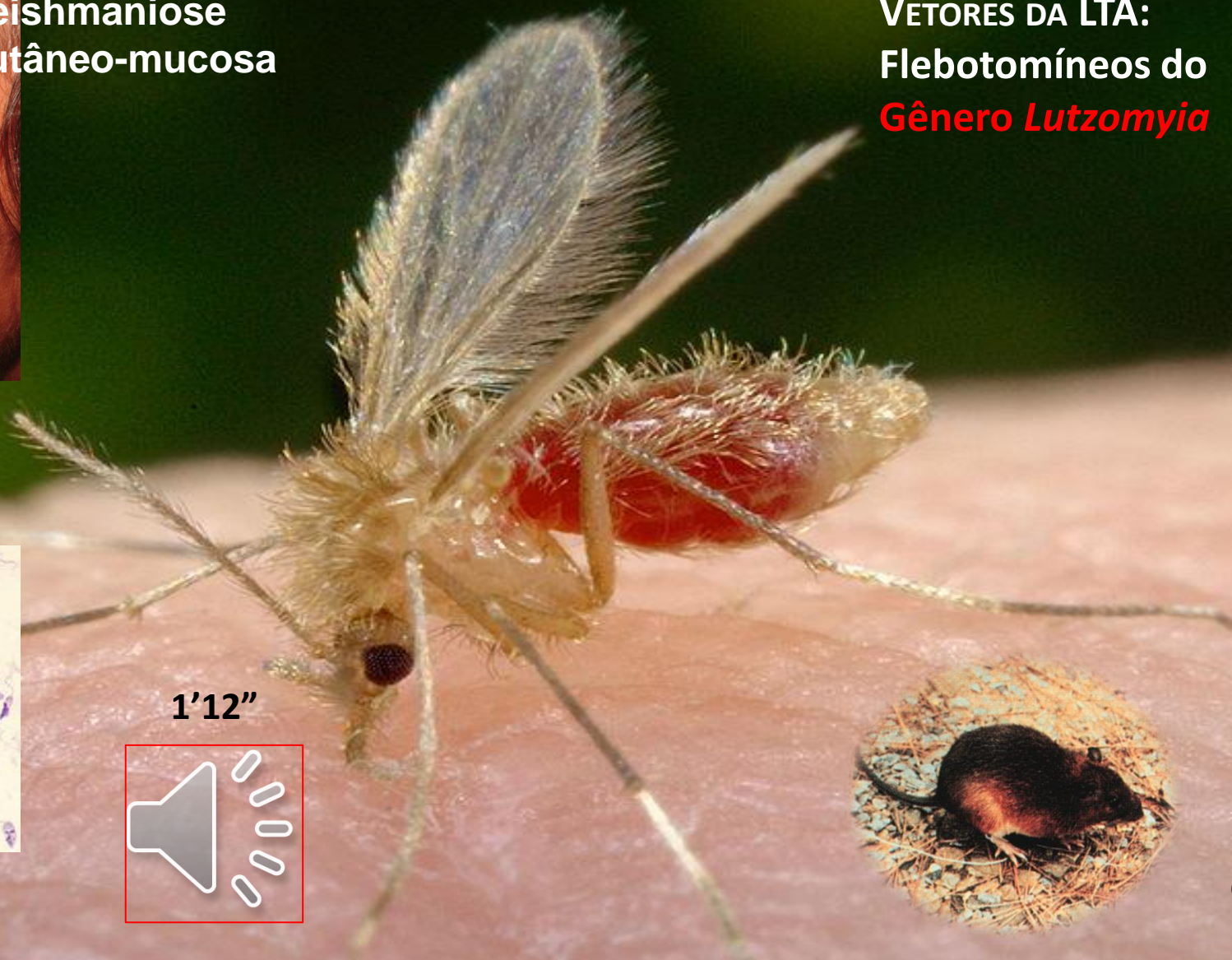
**Cerca de 30 de  
espécies de  
mosquitos (fêmeas)  
são capazes de se  
infectar ao sugar  
sangue de  
hospedeiro  
parasitado.**

**Roedores: principais  
hospedeiros naturais  
do protozoário.**

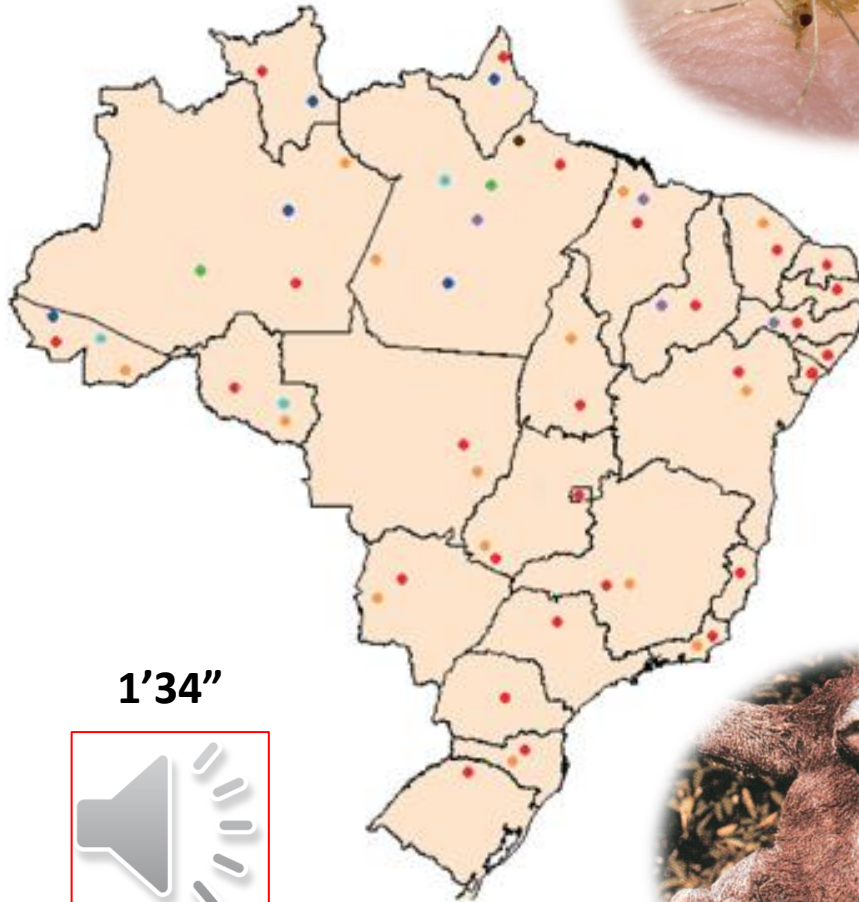


**Promastigotas**

1'12"

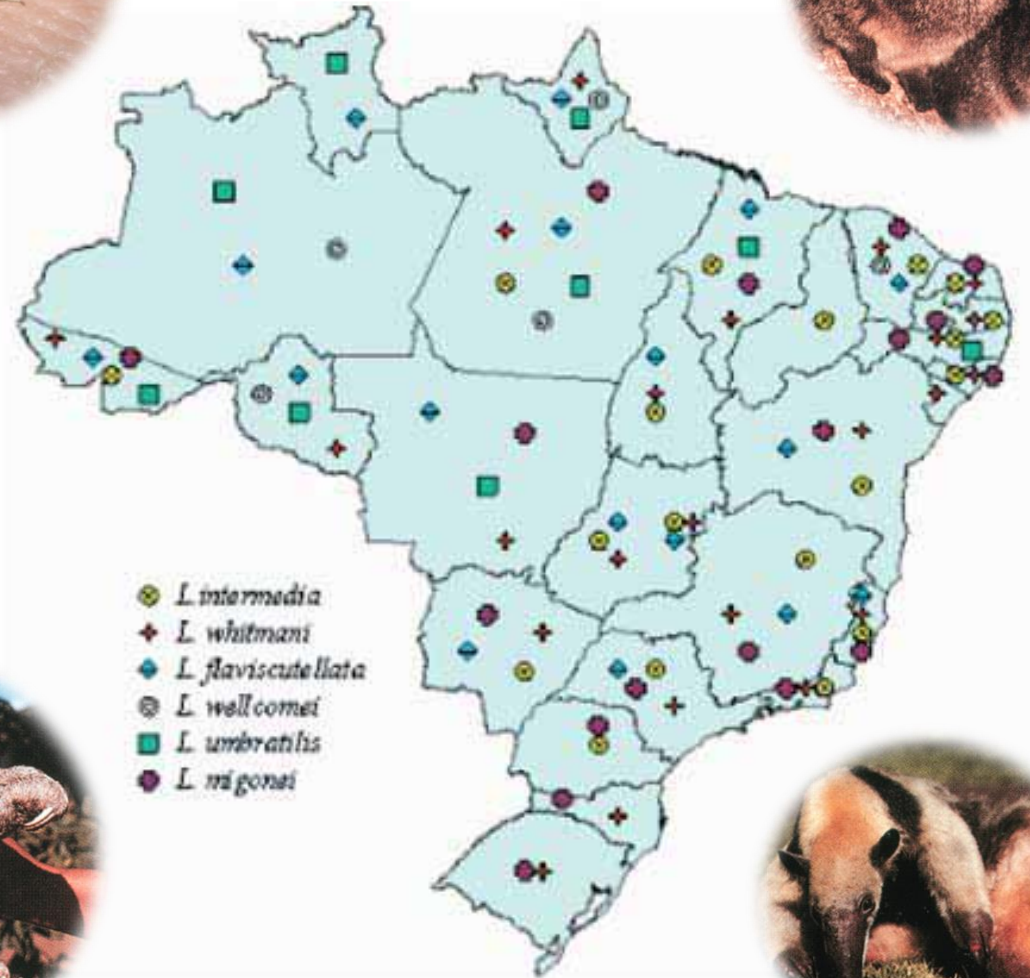


**Leishmaniose é uma zoonose causada por protozoários do gênero *Leishmania*, cujas formas promastigotas infectantes são inoculadas pela picada de inseto flebotomíneo, e resulta no comprometimento da pele (LC), mucosas e pele (LCM) ou vísceras (LV).**



- *L. (V.) braziliensis*
- *L. (V.) lainsoni*
- *L. (V.) naiffi*
- *L. (V.) shawi*
- *L. (V.) guyanensis*
- *L. (L.) amazonensis*
- *L. (V.) lindenberg*

1'34"



- *L. intermedia*
- ◆ *L. whitmani*
- ◆ *L. flaviscutellata*
- ⊗ *L. wellcomei*
- *L. umbratilis*
- *L. niagoni*



Os ciclos de transmissão da LTA variam de acordo com a região geográfica, envolvendo uma diversidade de espécies de parasito, vetores, reservatórios e hospedeiros.

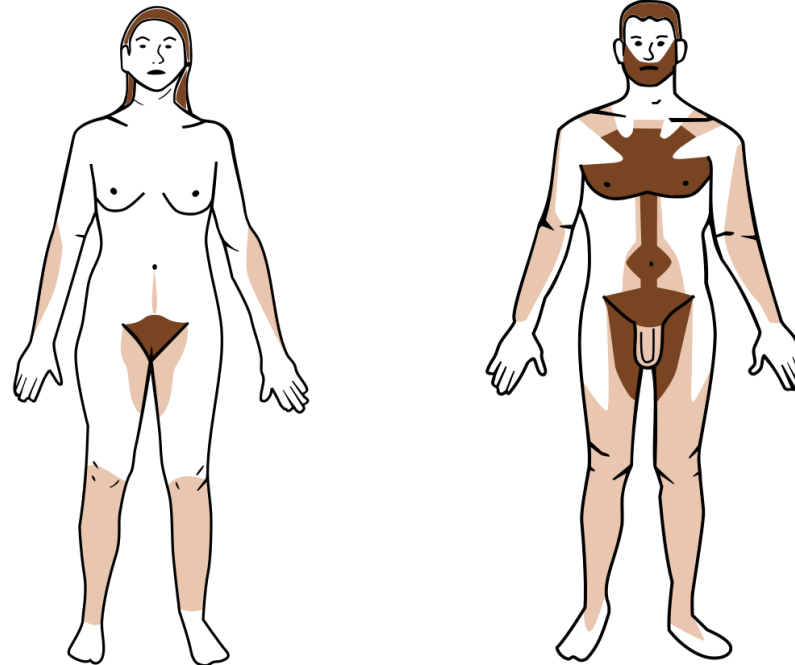
## Características dos pelos

*Maturidade sexual; distribuição ginecóide e andróide*

*Hirsutismo, rarefação de cabelos e pelos*



**Síndrome de Cushing**



*An. Bras. Dermatol. 2005; 80(1): 57.*

**Alopecia Areata Universal**



## Características das unhas

*Unha em vidro de relógio e baqueteamento digital;*

*Infecções fúngicas*

<http://www.dermis.net/>



<https://portugues.medscape.com>



**Distrofia ungueal na psoríase**

## Alterações articulares

*Hipertrofias, deformidades e sinais inflamatórios*



**Gota**



**Artrite reumatóide**

# Caso Clínico

**Mulher, 67 anos, queixa-se de deformidades progressivas nas mãos há 2 anos. Relata que inicialmente notou deformidades sem dor, mas há 6 meses, apresenta dor ao fazer esforços como abrir (girar) tampas de refrigerantes. Nega edema, hiperemia ou calor sobre as articulações. Ao despertar pela manhã, nota mãos endurecidas com dificuldade para mexer as articulações, mas com melhora após cerca de 15 minutos. Nega queixas em outras articulações.**



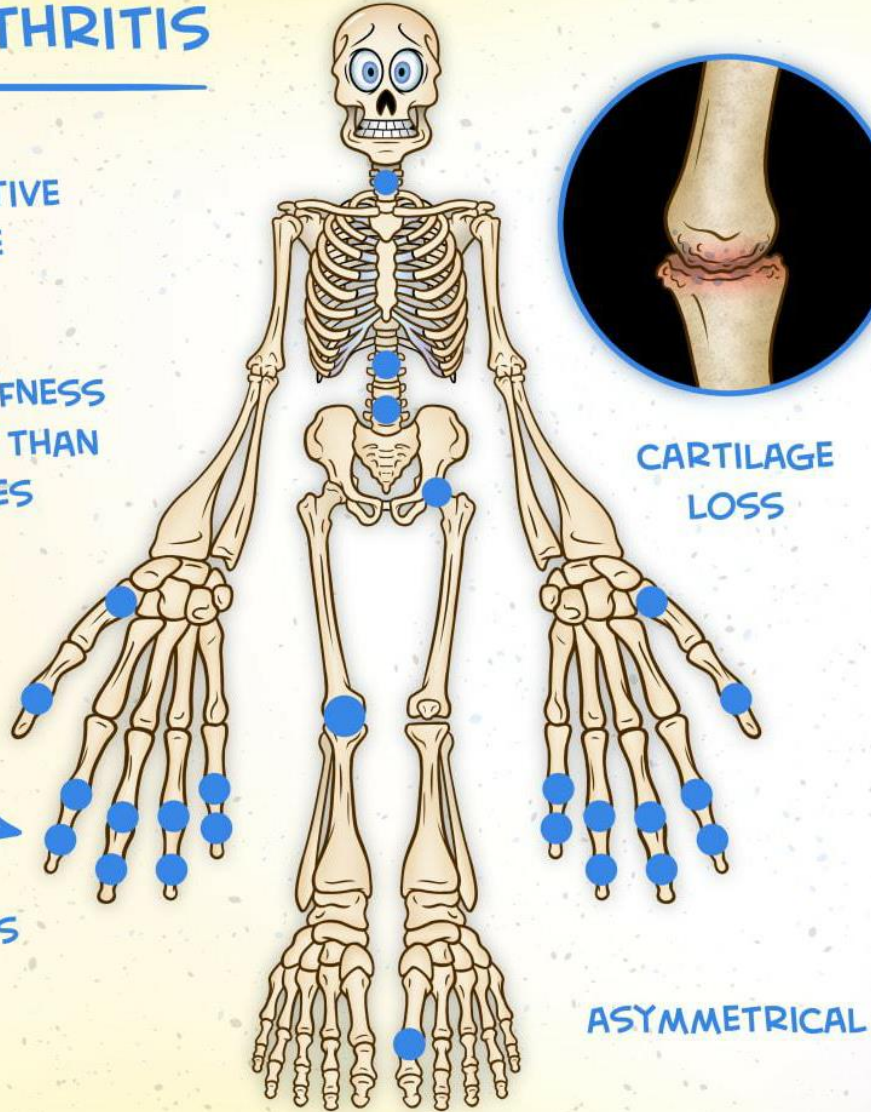
- **Descreva as alterações observadas na figura?**
- **Quais são os principais sinais/sintomas que caracterizam a enfermidade?**
- **Qual o diagnóstico mais provável?**

# OSTEOARTHRITIS

DEGENERATIVE  
DISEASE

MORNING STIFFNESS  
LASTING LESS THAN  
30 MINUTES

HEBERDEN'S  
NODES



CARTILAGE  
LOSS

ASYMMETRICAL



INFLAMED  
SYNOVIUM

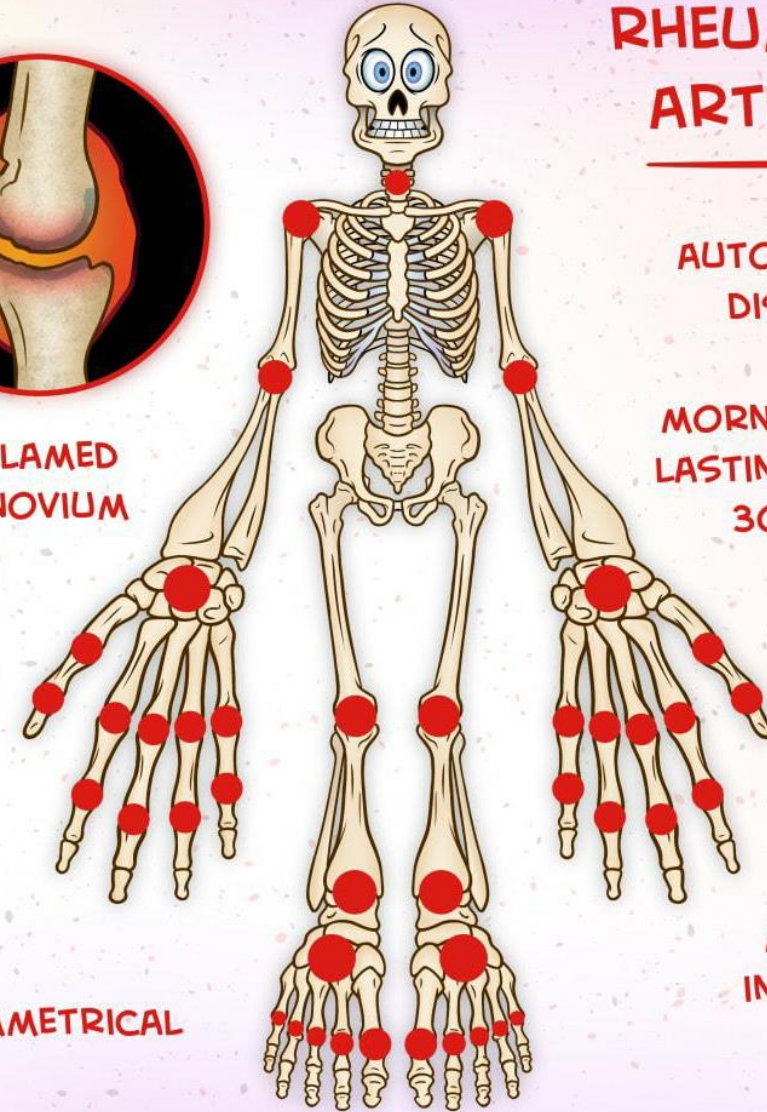
SYMMETRICAL

# RHEUMATOID ARTHRITIS

AUTOIMMUNE  
DISEASE

MORNING STIFFNESS  
LASTING MORE THAN  
30 MINUTES

EXTRA-  
ARTICULAR  
INVOLVEMENT



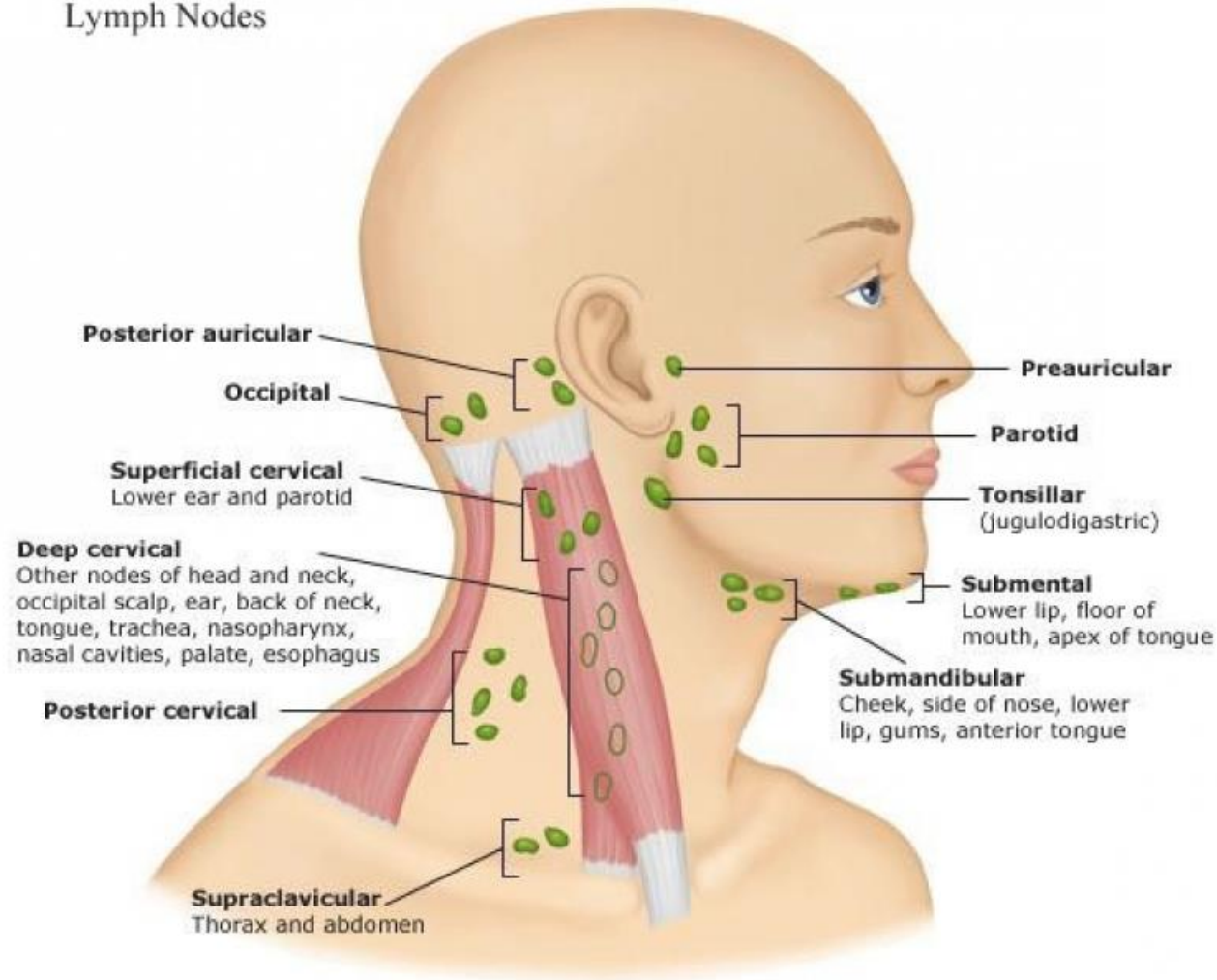
## CADEIAS GANGLIONARES

*Técnica de palpação das cadeias ganglionares: cabeça e pescoço, axilares, epitrocleanos, inguinais e crurais*

*Características dos gânglios palpados: número, localização, tamanho, consistência, mobilidade, coalescência, sensibilidade, alterações da pele. Características dos gânglios inflamatórios, infecciosos e neoplásicos*

**Cadeias ganglionares**  
**Occipitais,**  
**Retro e Pré-auriculares,**  
**Cervicais superficiais,**  
**Cervicais profundos,**  
**Cervicais posteriores,**  
**Supraclaviculares**

Lymph Nodes



**Cadeias**  
**ganglionares**  
**Parotídeas**  
**Tonsilares**  
**Submentonianas**  
**Submandibulares**

## **Descrição das Cadeias Ganglionares**

**Número:** descrever se menor número ou de maior volume, ou vários gânglios palpáveis

**Localização:** descrever cadeia ou região

**Tamanho:** < 1,0 cm ; > 1,5 cm; > 2 cm, ou variação ↔

**Forma:** elíptico, arredondados

**Consistência:** parenquimatosa; endurecida; pétrea;

**Mobilidade:** móveis ou aderidos aos planos profundos

**Coalescência:**

**Sensibilidade:** indolores ou doloridos

**Alterações da pele:** ulcerados, fistulizados, eritematosos, outros sinais/sintomas flogísticos (↑ calor local; infartados)

**Buscar identificar características dos gânglios inflamatórios, infecciosos e neoplásicos**



# Caso Clínico

**Mulher de 24 anos em unidade de saúde com 1 mês de história de tosse não produtiva e falta de ar seguido de 2 semanas de febre, calafrios, suores noturnos, dor e inchaço no pescoço. Referiu asma tratada com albuterol (broncodilatador). Ela trabalhava como garçonete e imigrou para os Estados Unidos de El Salvador com seus pais há 10 anos.**



- **Discutir causas de linfonodomegalias;**
- **Discutir causas mais prováveis, baseado em dados da história clínica e epidemiologia;**

**Mulher de 24 anos em unidade de saúde com 1 mês de história de tosse não produtiva e falta de ar seguido de 2 semanas de febre, calafrios, suores noturnos, dor e inchaço no pescoço. Referiu asma tratada com albuterol (broncodilatador). Ela trabalhava como garçonete e imigrou para os Estados Unidos de El Salvador com seus pais há 10 anos.**



- Descrever alterações observadas na figura;
- Discutir causas gerais de aumento do volume cervical;
- Citar classificação sintômica das linfonodomegalias
- Discutir causas mais prováveis, baseado em dados da história clínica e epidemiologia;

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE LINFONODOMEGALIAS

**C:** Câncer

**H:** Hipersensibilidade

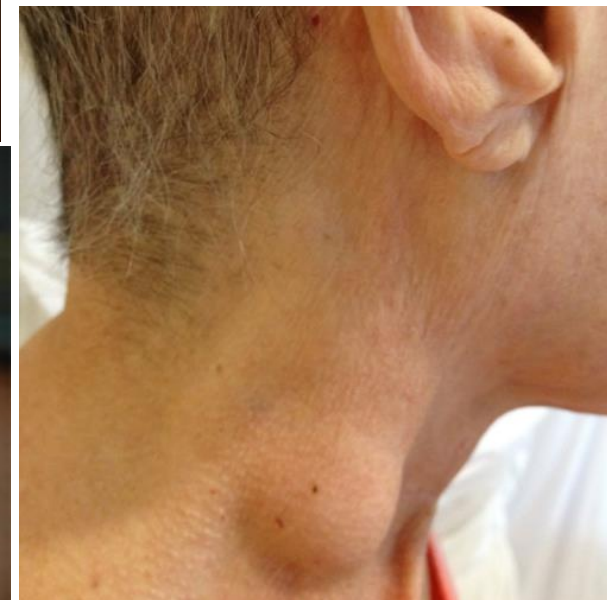
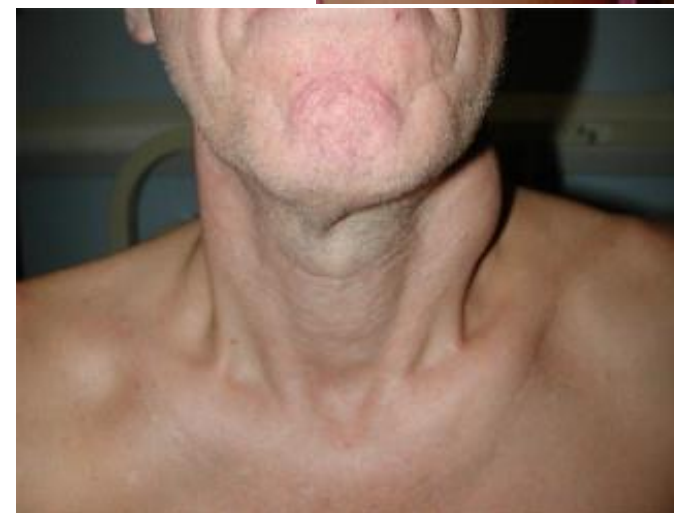
**I:** Infecções

**C:** Colagenoses

**A:** (Atípicas) doenças linfoproliferativas;

**G:** Granulomatosas

**O:** Outras



## SINAIS E SINTOMAS DA TUBERCULOSE



Tosse seca ou  
produtiva  
(quando há muco  
ou catarro)



Febre  
vespertina



Sudorese  
noturna



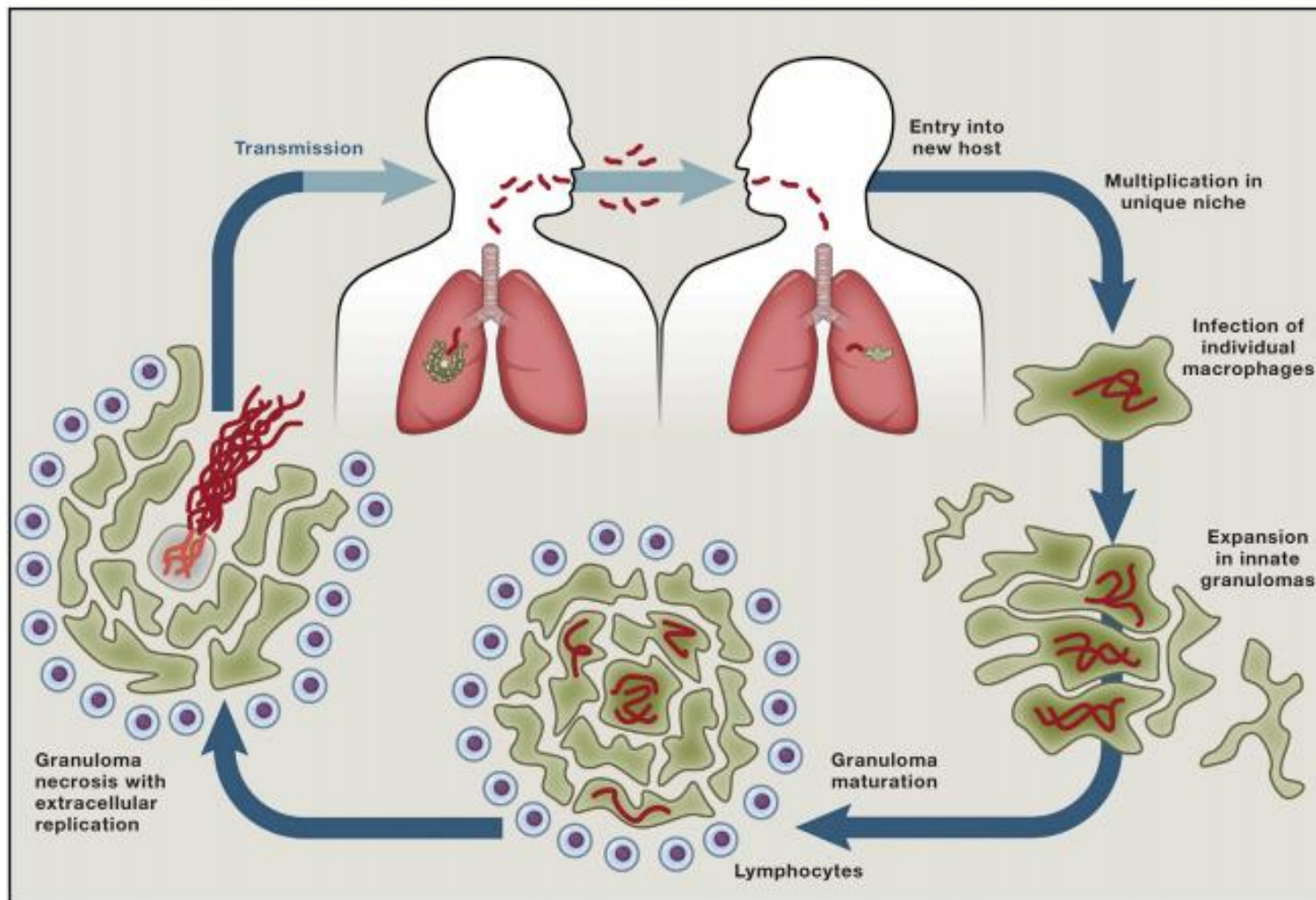
Emagrecimento



Cansaço e  
fadiga

**A tosse por mais de 3 semanas precisa ser investigada. Procure a unidade de saúde mais próxima para avaliação médica.**

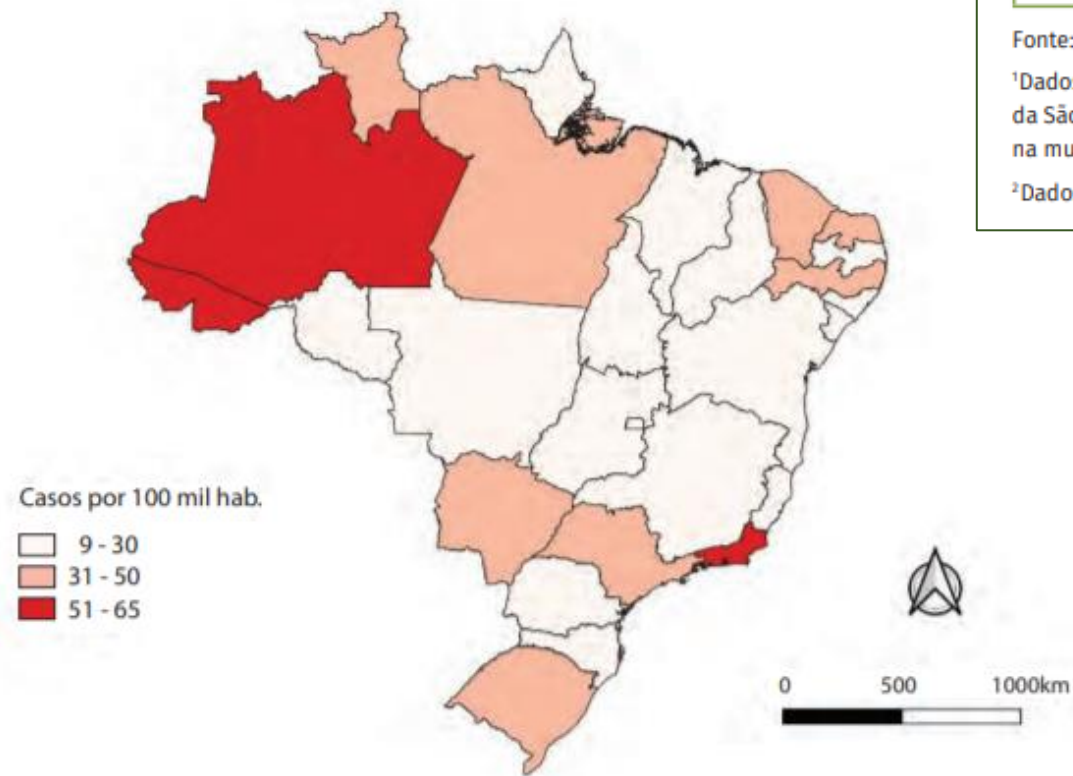
Estima-se que 10% dos indivíduos infectados pelo *M. tuberculosis* adoeçam: 5% nos dois primeiros anos que sucedem a infecção e 5% ao longo da vida, caso não recebam o tratamento preventivo preconizado. O risco de adoecimento por TB pode persistir por toda a vida.



*Cambier CJ et al. Cell. 2014; 18;159(7):1497.*

**TB primária:**  
Ocorre logo após a infecção  
Comum em crianças e nos pacientes com condições imunossupressoras.  
Em outras circunstâncias, o sistema imune é capaz de contê-la, ao menos temporariamente.  
Os bacilos podem permanecer como latentes (infecção latente pelo *M. tuberculosis* – ILTB) por muitos anos até que ocorra a reativação.

*Comstock; Edwards; Livesay, 1974*



**QUADRO 1 – Risco de adoecimento por tuberculose nas populações vulneráveis**

POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	RISCO DE ADOECIMENTO POR TB
Pessoas vivendo em situação de rua <sup>1</sup>	56 X maior
Pessoas vivendo com o HIV <sup>2</sup>	28 X maior
Pessoas privadas de liberdade <sup>2</sup>	28 X maior
Indígenas**	3 X maior

Fonte: CGPNCT/SVS/MS.

<sup>1</sup>Dados do Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose – TB-WEB/SP e Prefeitura Municipal da São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Censo da população em situação de rua na municipalidade de São Paulo, 2015. São Paulo, 2015.

<sup>2</sup>Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, avaliados março de 2017.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**FIGURA 3 Coeficiente de incidência de tuberculose (por 100 mil hab.). Unidade Federada, 2020<sup>a</sup>**

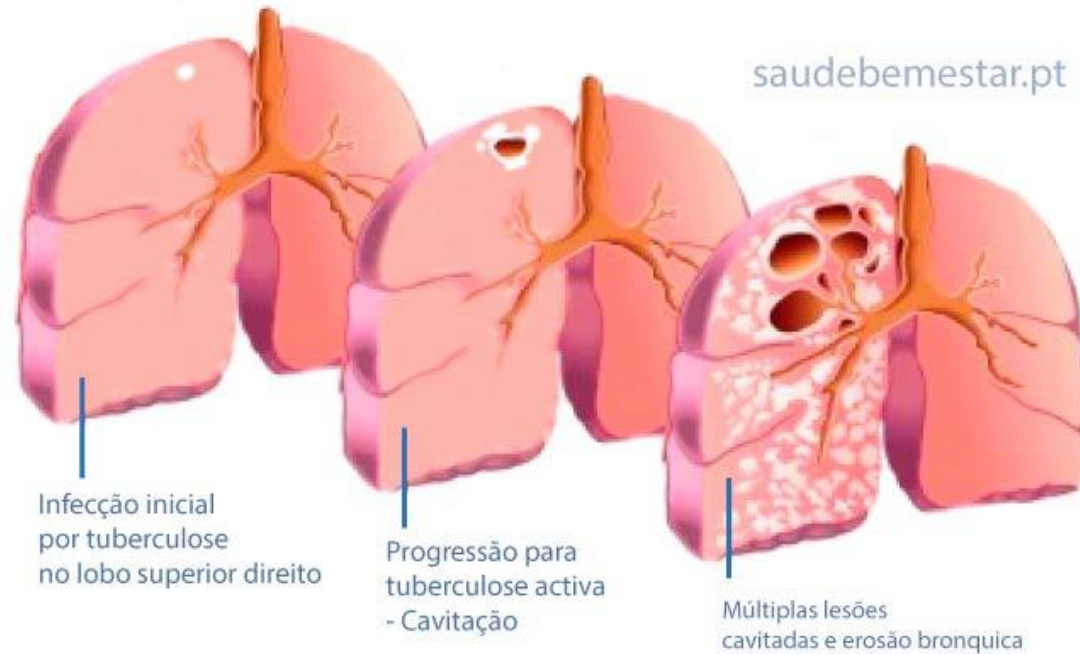
<sup>a</sup> Dados preliminares, sujeitos a alteração.

## Tuberculose extrapulmonar

Sinais e sintomas dependentes dos órgãos ou sistemas acometidos.

- Ocorrência aumentada em coinfectados pelo HIV
- **TB pleural:** forma mais comum de TBE em não infectados pelo HIV.
- Dor torácica do tipo pleurítica;
- Astenia, emagrecimento e anorexia (70%);
- Febre com tosse seca (60%);
- Dispneia.

## Tuberculose pulmonar



- **Hepatomegalia (35%)**
- **Alterações do sistema nervoso central (30%)**
- **Alterações cutâneas (eritemato-máculo-pápulo-vesiculosas (incomum)).**

## Tuberculose miliar

### TB Extrapulmonar

- **TB ganglionar periférica**
- **TB meningoencefálica**
- **TB pericárdica**
- **TB óssea**





*N Engl J Med 2013; 368:e7*

**Homem, 64 anos, referiu história de dor epigástrica, náuseas e perda de peso há 6 meses. Nos últimos 3 meses havia perdido cerca de 10 kg. Ao exame físico, apresentava-se emagrecido, e foi observado abaulamento da base do pescoço.**

- **Descrever alterações observadas na figura;**
- **Discutir causas gerais de aumento do volume cervical;**
- **Citar classificação sindrômica das linfonodomegalias**
- **Discutir causas mais prováveis, baseado em dados da história clínica**

## CADEIAS GANGLIONARES

DENOMINAÇÕES ESPECIAIS: SINAL DE TROISIER E GÂNGLIO DE VIRCHOW

OU SINAL DE TROISIER-VIRCHOW

**SINAL DE TROISIER:** achado de linfonodo supraclavicular esquerdo aumentado e endurecido. É indicativo de cânceres abdominais, em particular do câncer gástrico (ou vesícula biliar, pâncreas, rins, ovários, próstata). Descrito pelo cirurgião *Charles Troisier*.

**LINFONODO DE VIRCHOW:** gânglio linfático de tamanho aumentado na região supraclavicular esquerda, e quando encontrado é denominado Sinal de Troisier. Linfadenopatia supra-clavicular direita, sugere neoplasia do mediastino, pulmão ou esôfago. Descrito pelo *patologista Rudolf Virchow*.

[ACESSE O MOODLE: GLOSSÁRIO](#)

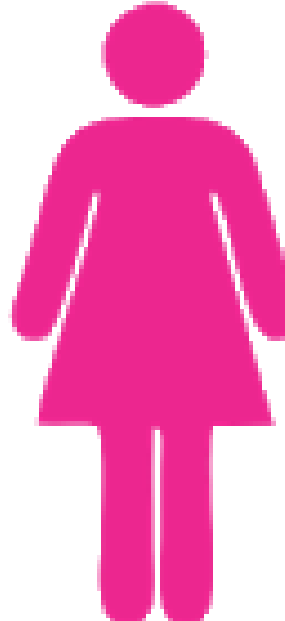
## ESTADO NUTRICIONAL (GERAL)

*Bom estado nutricional, emagrecido, obeso*

## Medidas biométricas

*Peso, altura, IMC, cintura abdominal, temperatura corporal*

**Índice de Massa Corporal (IMC):  $\text{Peso}/\text{Altura}^2$**



Classificação	IMC
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	24,9 - 29,9
Obesidade grau I	30 - 34,9
Obesidade grau II	35 - 39,9
Obesidade grau III ou mórbida	Maior ou igual a 40

IMC:  $\frac{\text{Peso em Kg}}{\text{Altura x altura em m}}$



**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Universidade de São Paulo**

# **SEMIOLOGIA CLÍNICA: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA COMENTADO**

**Elaboração: Profa. Dra. Cacilda da Silva Souza**

## **CASOS CLÍNICOS COMENTADOS**

**ACESSE A PLATAFORMA E-DISCIPLINAS PARA APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS  
CASOS CLÍNICOS COMENTADOS ADICIONAIS**

**Colaboração dos Docentes**

***Léa M. Z. Maciel, Francisco José A. Paula, Margaret de Castro***

***Maria Carolina O. Rodrigues,***

***Fabíola Traina, Lorena Lobo F. Pontes***

