

Exame da cabeça e pescoço

Professores: Márcia Sales, Roberto Carlos e Pedro Garbes

Crânio:

Cabelo: quantidade, distribuição, implantação, padrão de perda.

Couro cabeludo: descamação, lesões.

Tamanho e forma, deformidades, hipersensibilidade.

Face:

Fascies, assimetrias, movimentos involuntários, edema ou massas.

Pele e fâneros: coloração, pigmentação, textura, espessura, distribuição de pelos e lesões.

Olhos

- Alinhamento dos olhos- em pé em frente ao paciente inspecione a posição.
- Sobrancelhas: distribuição, quantidade e descamação.
- Pálpebras: posição das pálpebras em relação ao globo ocular (protrusão), edema palpebral e lesões.
- Conjuntiva e esclerótica: à coloração, padrão vascular ou edema.
- Íris: a inspeção da íris inclui a utilização de um foco temporal de luz para verificar.
- Pupilas: devem ser inspecionadas quanto ao tamanho e simetria. Anisocoria (20% das pessoas saudáveis).
- Calázio x Hordéolo

Nariz

Com um foco de luz e com leve compressão da ponta do nariz, os vestibulos podem ser examinados. Observe a mucosa nasal quanto à coloração, edema, sangramento, ulcera ou presença de exsudato.

- Rinite viral a mucosa pode estar edemaciada e vermelha,
- Rinite alérgica a mucosa pode ser pálida, azulada ou vermelha.

Ouvidos

- Pavilhão auricular: procurar deformidades, nódulos e alterações cutâneas.
- Canal auditivo e tímpano: uso do otoscópio, secreção, corpos estranhos, rubor e edema; a alça e o processo curto do martelo devem ser identificados.
- Dor à movimentação do pavilhão auricular e do trago- otite externa aguda.
- Dor à pressão retroauricular- otite média aguda.

Seios paranasais

- Seios da face: deve ser verificada a hipersensibilidade dos seios da face com compressão digital sobre os seios maxilares, etmoidais e frontais, bilateralmente.

Boca e faringe

- Lábios: cor e umidade, existência de nódulos, ulcerações ou rachaduras.
- Mucosa oral: inspecionada quanto à coloração, úlceras, placas e nódulos.
- Gengiva e dentes: observar as margens da gengiva e as papilas interdentárias quanto à presença de edema ou ulceração. Xerostomia.
- Língua e assoalho da boca: observe fundamentalmente quanto à simetria; a protrusão assimétrica sugere lesão do XII par craniano. O câncer de boca é mais freqüente no assoalho, por isso deve ser dada atenção especial. Observar qualquer região esbranquiçada ou avermelhada, nódulos ou ulcerações. Pesquisar neoplasia de língua e cavidade oral.
- Faringe: peça para o paciente bocejar – os elementos podem ser facilmente visualizados com esta técnica e ainda permite a elevação do pálato mole, o que testa a integridade do X par craniano. Observar a coloração e simetria do pálato mole, pilares anteriores e posteriores, úvula e amígdalas.

Mobilidade da articulação temporomandibular: luxação, crepitação.

Glândulas parótidas e submandibulares devem ser observadas quanto ao aumento de volume.

Gânglios linfáticos: movendo a pele sobre os tecidos subjacentes. Avaliar: localização, quantidade, tamanho, flogose, consistência, mobilidade, linfadenopatia regional ou generalizada. As principais cadeias a serem examinadas são:

- pré auricular: em frente a orelha.
- auriculares posteriores: superficiais e sobre o processo mastoideo.
- occipitais: na base do crânio.
- amigdalianos: no ângulo da mandíbula.
- submandibulares: a meio caminho entre o ângulo e a ponta da mandíbula.
- submentonianos: na linha média atrás da ponta da mandíbula.
- cervicais superficiais: superficiais ao esternomastóideo.
- cervicais posteriores: ao longo da borda anterior do trapézio.
- cadeia cervical profunda: profundamente ao esternomastóideo.
- supraclaviculares: profundos, no ângulo entre a clavícula e mastoideo- linfadenomegalia à esquerda possibilidade de neoplasia intra-abdominal.

Pescoço

- Inspeção: visa verificar a presença de assimetria e massas ou cicatrizes.
- Mobilidade cervical.
- Traquéia e tireóide: identificar no pescoço a cartilagem tireóide e cricóide. Na inspeção da traquéia deve-se atentar para desvios da linha média. A palpação da glândula tireóide pode ser realizada por via anterior ou posterior e com a deglutição de saliva pelo paciente identificando o movimento de subida da glândula. O tamanho normal dos lobos laterais deve ser igual à falange distal do polegar. O istmo da tireóide com frequência não é palpável. Observar : tamanho, consistência, mobilidade, textura, flogose (tireoidite), linfadenomegalia satélite, simetria, frêmito. Ausculta os lobos laterais com um estetoscópio à procura de sopros.

Exame dos nervos cranianos

NERVO	EXAME
<p>☛ I Olfatório (sensorial)</p>	<p>▫ Olhos fechados / cada narina / odores conhecidos (universo cultural) / não usar irritativos (álcool, amônia, etc) que estimulem o trigêmio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anosmia
<p>☛ II Óptico (sensorial)</p>	<p>▫ Acuidade visual grosseira- cartão de Snellen</p> <p>▫ Campimetria visual (comparativa)</p> <p>▫ Fundo de olhos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amaurose
<p>☛ III Oculomotor (motor)</p>	<p>II ▫ Pupilas</p> <p>+</p> <p>III ⇒ Tamanho: normal, midríase x miose</p> <p>⇒ Comparação: Iso x Anisocoria</p> <p>⇒ Motilidade ocular intrínseca (reflexos pupilares)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Fotomotor direto, ➔ Fotomotor consensual (indireto) ➔ Acomodação, Convergência, ➔ Viso-palpebral (II + VII)-luz <p>Mm elevador da pálpebra-III par- ptose.</p>
<p>☛ III + IV Troclear (motor)</p> <p>+ VI Abducente (motor)</p>	<p>▫ Motilidade ocular extrínseca</p> <p>⇒ Diplopia</p> <p>⇒ Movimento nas oito direções</p> <p>⇒ Mm reto lateral –VI- par-estrabismo convergente</p> <p>Mm obliquo superior- IV par- olhar patético</p> <p>Lesão de III par- olho em abdução, midríase.</p>
<p>☛ V Trigêmio</p> <p>(misto – motor, sensitivo, autônomo)</p>	<p>▫ Musculatura da mastigação</p> <p>⇒ Abrir a boca contra resistência</p> <p>⇒ Didução da mandíbula (contra resistência)</p> <p>▫ Sensibilidade (três ramos)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Reflexos: córneo-palpebral (V/VII) <p>⇒ Neuralgia do trigêmeo</p> <p>avaliar salivação, secreção nasal e sudação da face.</p>
<p>☛ VII Facial</p> <p>(misto – motor, sensitivo,</p>	<p>▫ Mímica facial</p> <p>⇒ Franzir a testa (sem e contra resistência)</p>

<p>sensorial, autônomo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Fechar os olhos (sem e contra resistência) – ⇒ Verificar a simetria dos sulcos naso-genianos, sorriso. ⇒ Fazer bico ⇒ Inflar as bochechas com ar, percuti-las ⇒ Contrair os platismas <p>┆ Sensorial (corda do tímpano)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Gustação dos 2/3 ant. da língua.(doce/salgado) Descrever ageusia. <p>┆ Diferençar paralisia facial central da periférica- Lagoftalmia</p>
-----------------------------	---

<p>☛ VIII Vestíbulo-coclear</p> <p>(misto – equilíbrio, sensorial)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Equilíbrio estático e dinâmico: Marcha e Estática. Sinal de Romberg. Diferentes tipos de marcha. ⇒ Coclear: Audiometria ⇒ Vias aérea e óssea. ⇒ Surdez de condução X neurosensorial- Provas de Weber, Rinne ⇒ Tinido (Zumbido) ⇒ Inspeção (Volume e timbre da voz do examinado, leitura labial) ⇒ “Tic-tac” do relógio, aferir o alcance da audição <ul style="list-style-type: none"> • Acuidade auditiva: distúrbios de condução ou perda neurosensorial. Com a utilização de um diapasão: <p>Teste de Weber – com a base do diapasão em vibração no topo da cabeça, pergunta-se onde o paciente ouve o som – de um ou de ambos os lados. O normal é o som ser percebido ou escutado na linha média, ou igualmente em ambos os ouvidos. Na perda unilateral de condução o som é percebido lateralmente ao ouvido comprometido, e na perda neurosensorial unilateral o som é percebido no ouvido íntegro.</p> <p>Teste de Rinne (comparação da condução aérea com a óssea) – colocar a base do diapasão em vibração sobre o processo mastóide; quando o paciente não ouvir mais o som, aproximar o “U” do diapasão do canal auditivo ipsilateral e observar se o paciente volta a escutar a vibração. Normalmente o som é escutado por mais tempo através do ar do que pelo osso. Na perda por condução o som pelo osso é escutado tão ou mais longo do que o som conduzido pelo ar. Na perda neurosensorial o som é ouvido por mais tempo através do ar.</p>
---	--

<p>☛ IX Glossofaríngeo</p> <p>(misto – motor, sensitivo, sensorial)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>☛ X Vago</p> <p>(misto – motor, sensitivo, sensorial, autônomo)</p>	<p>┆ Motor</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Disfagia, Disfonia, Disartria (IX, X). Disfonia sem disfagia (laríngeo recorrente – ramo do X) e disgeusia (IX) ⇒ Motilidade do palato mole <p>Sinal da cortina de Vernet. Desvios da úvula -lado são.</p> <p>┆ Sensibilidade / Sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Geral do palato mole e orofaringe (IX, X) ⇒ Especial (sensorial): gustação azedo no 1/3 posterior da língua (IX)
---	--

▬ Reflexos do Vômito, da Tosse (IX, X)

☛ **XI Acessório**

(motor)

⇒ Inspeção: atrofia, distonias – torcicolo

⇒ Força dos trapézios (extensão da cabeça, elevação dos ombros);

☛ **XII Hipoglosso**

(motor)

⇒ Disfagia, Disartria.

⇒ Inspeção: atrofia, miofasciculações, trissulcada (dentro e fora da boca)

⇒ Força: dentro e fora da boca.

Diferençar lesão periférica (desvio da língua para o lado lesado) da central.