

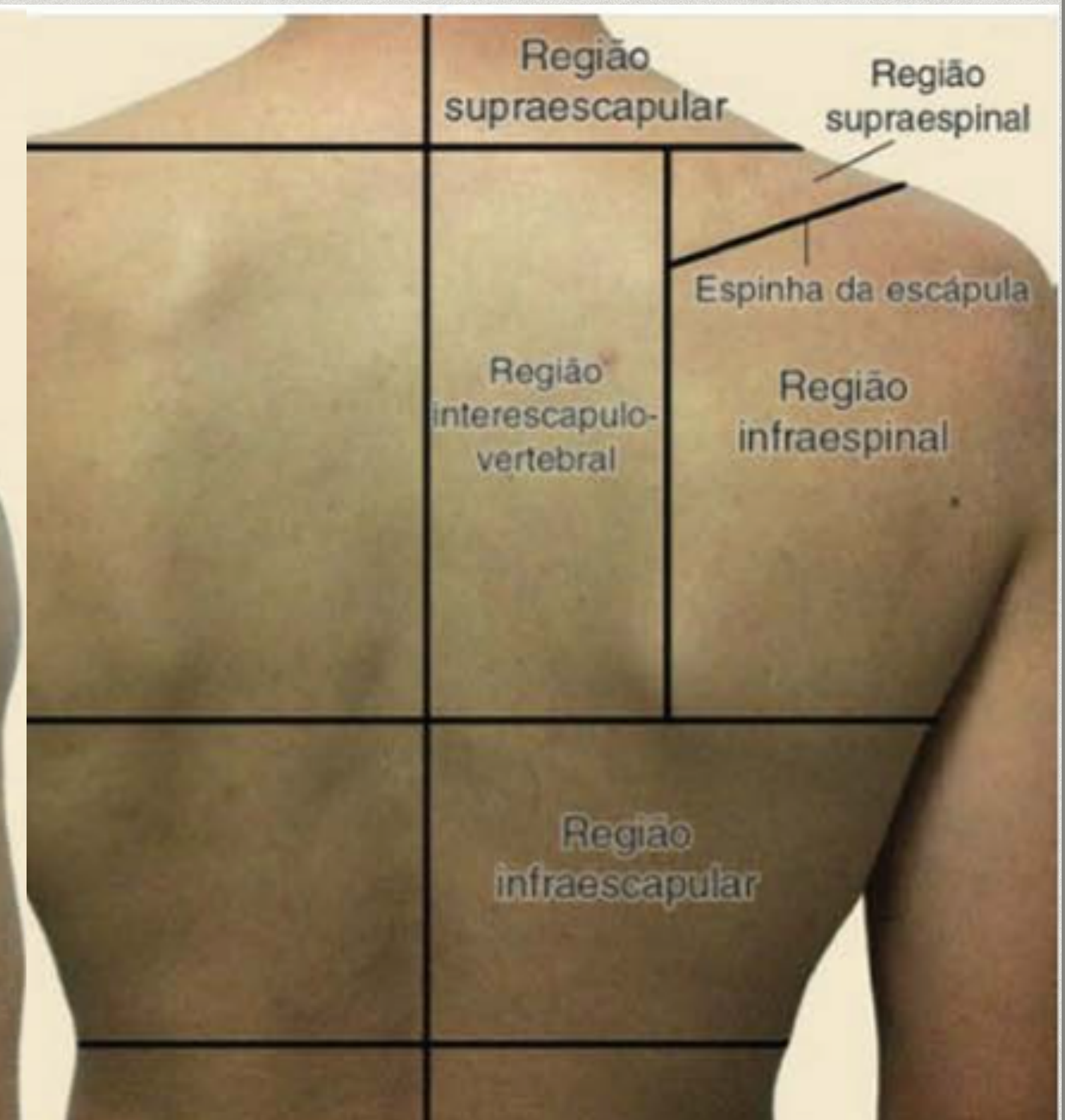
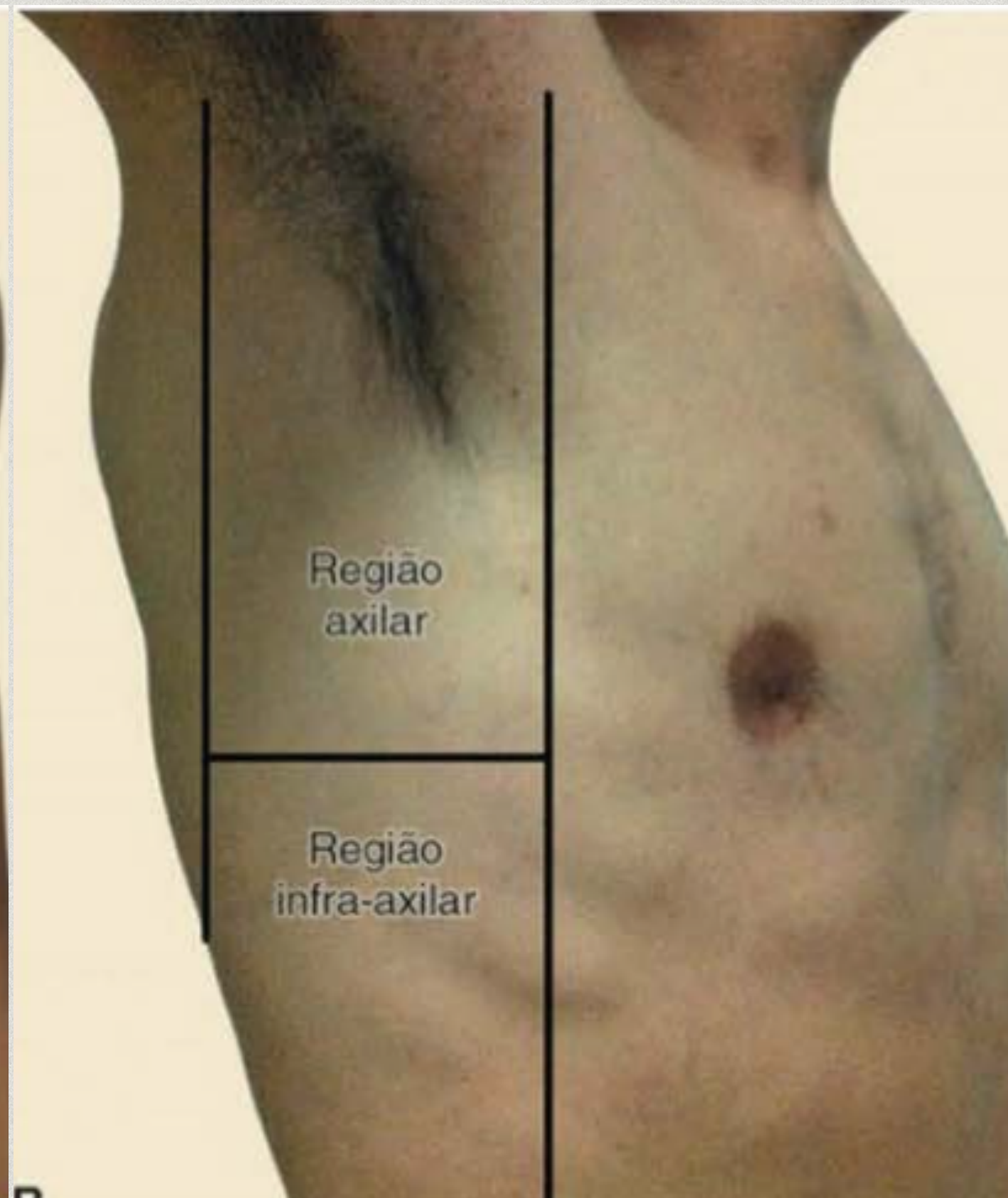
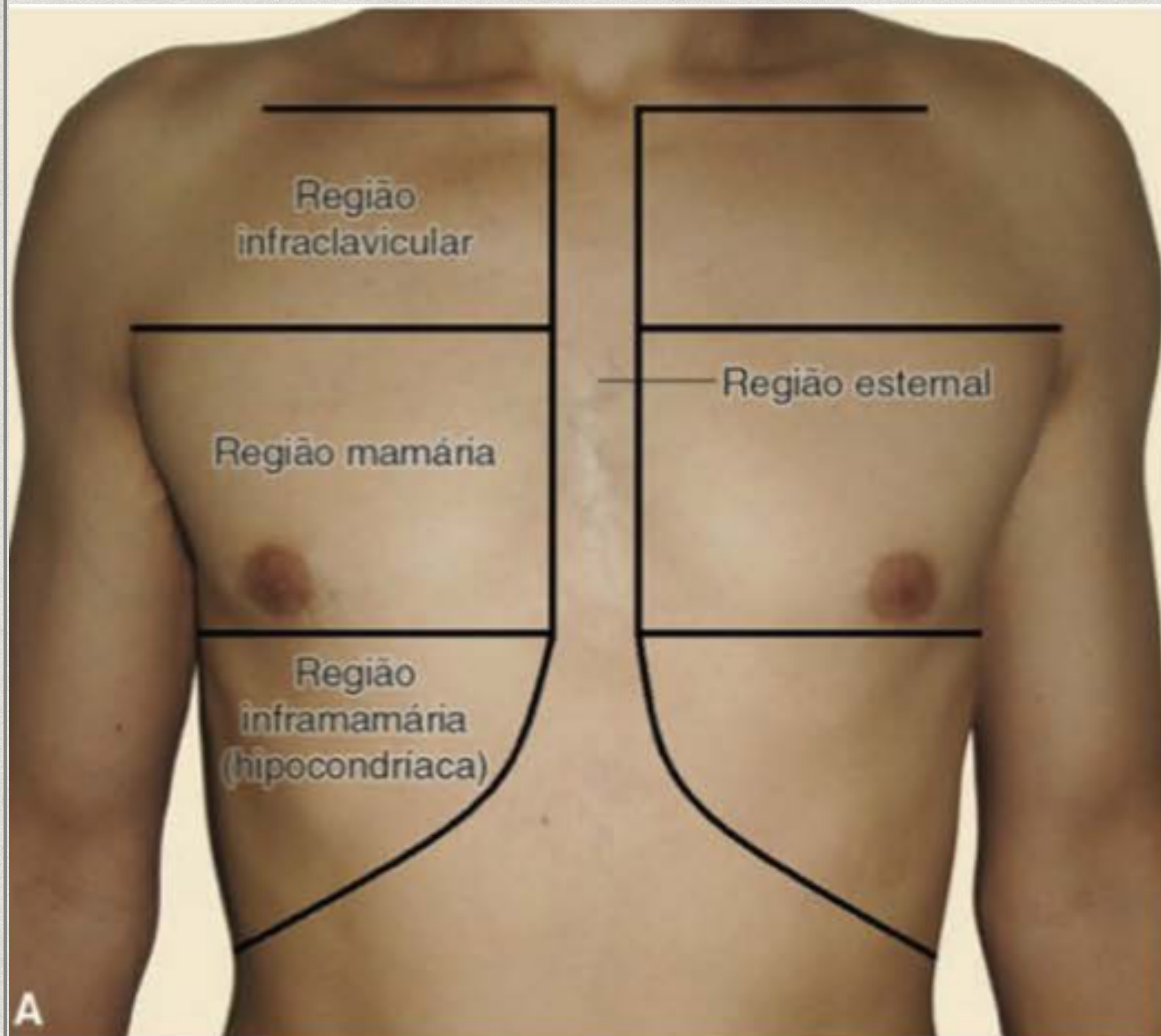
SEMIOLOGIA DO APARELHO RESPIRATÓRIO

MONITORIA 2020

LHC: T5 ou 6° EIC

Pulmão: LAM: T6 ou 8° EIC

LPV: T9 ou 10° EIC



Fonte: Semiologia Médica - José Rodolfo Rocco. 1º Edição. 2010. Editora Elsevier.

INSPEÇÃO

ESTÁTICA:

Analisar: Retrações, Abaulamentos (pulsátil X não pulsátil), Cicatrizes e Circulação Colateral.

Tipos de tórax

DINÂMICA:

Tipo Respiratório: Torácico X Abdominal

Ritmo Respiratório: Cantani, Kusmaull, Biot e Cheyne- Stokes

Expansibilidade

Sinais de Esforço Respiratório

TIPOS DE TÓRAX



Chato



Tonel



Cifótico



Infundibiliforme

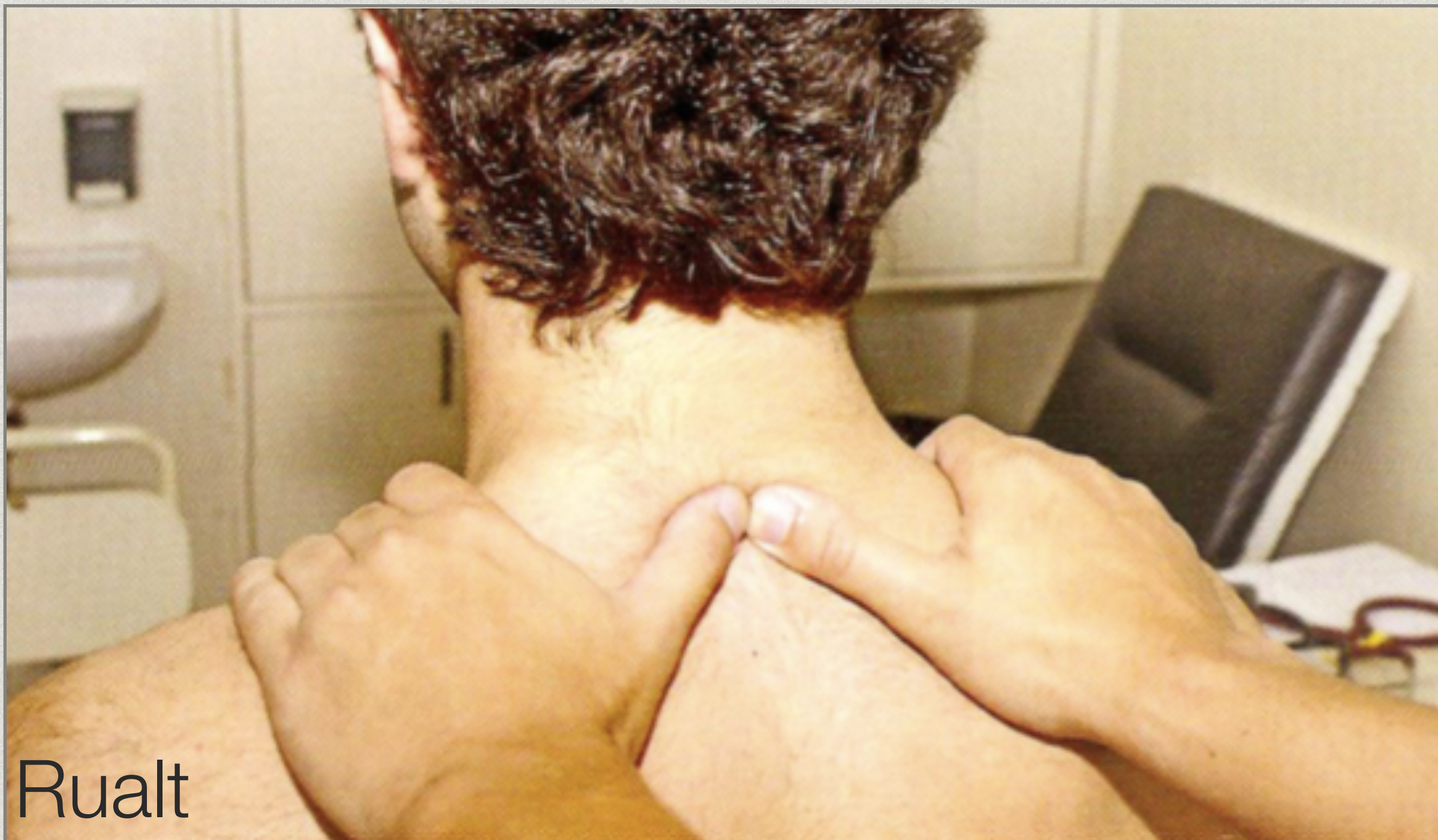


Cariniforme

PALPAÇÃO

- **Expansibilidade:** Rualt x Médio x Lasegue
- **Frêmito Tóracovocal**
 - ↑ Pneumonia
 - ↓ Derrame Pleural, Pneumotórax e Atelectasia
- **Linfonodos**

Linfonodo de Irish: Axilar esquerdo → Neoplasia do TGI.
Linfonodo de Virchow (Sinal de Troisier): Supraclavicular esquerdo → Neoplasia do TGI.
- **Elasticidade:** Ântero-posterior e Látero-lateral



Rualt



Médio



Làsegue

Fonte: Semiologia Médica - José Rodolfo Rocco. 1º Edição. 2010. Editora Elsevier.

PERCUSSÃO

Som Claro Pulmonar =
Atimpânico

Macicez:

- Consolidação
- Derrame Pleural
- Atelectasia

Sinal de Signorelli

Timpanismo:

- Pneumotórax

Hipersonoridade

Pulmonar:

- Enfisema

Ressonância de Skoda



Fonte: Semiologia Médica - José Rodolfo Rocco. 1º Edição. 2010. Editora Elsevier.



Fonte: Semiologia Médica - José Rodolfo Rocco. 1º Edição. 2010. Editora Elsevier.

AUSCULTA

Murmúrio Vesicular:

Reduzido/Abolido: Pneumonia, Pneumotórax, Derrame Pleural e Atelectasia

Sons Descontínuos:

Estertores Crepitantes (finos)	Agudo	Menor duração	Final da inspiração	Não se modifica com a tosse
<i>Estertores Bolhosos (grossos)</i>	<i>Grave</i>	<i>Maior duração</i>	<i>Início da inspiração e toda a expiração</i>	<i>Se modifica com a tosse</i>

Sons Contínuos:

Sibilos: Predomínio na expiração (Asma)

Roncos

Estridor: Ruído inspiratório (obstrução de laringe/traqueia)

Atrito Pleural: Aumento na inspiração (pleurite)

Cornagem: Dificuldade respiratória



Ausculta da Voz (Ressonância Vocal):

Broncofonia

Egofonia: Parte superior de derrame pleural

Pecterilóquia (Fônica X Afônica): Consolidação

Sons pleuropulmonares.

Sons normais

Som traqueal

Respiração brônquica

Respiração broncovesicular

Murmúrio vesicular

Sons anormais

Descontínuos: estertores finos e grossos

Contínuos: roncos, sibilos e estridor

De origem pleural: atrito pleural

Sons vocais

Broncofonia

Egofonia

Fonte: Exame Clínico- Celmo
Celeno Porto - 8a edição

QUESTÃO 1 (Residência Médica 2012 – Escola de Saúde Pública de Porto Alegre – RS) Homem, 60 anos, tabagista de longa data, procura atendimento médico devido à tosse crônica, principalmente matinal, sonolência diurna, dispneia que piora com exercícios. Está sem febre e sem leucocitose. No RX, observam-se cúpulas diafragmáticas abaixo do 7º arco costal anterior, indicativo de hiperinsuflação. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Doença pulmonar obstrutiva crônica
- B) Insuficiência cardíaca congestiva
- C) Broncopneumonia
- D) Bronquiectasia
- E) Tuberculose

QUESTÃO 1 (Residência Médica 2012 – Escola de Saúde Pública de Porto Alegre – RS) Homem, 60 anos, tabagista de longa data, procura atendimento médico devido à tosse crônica, principalmente matinal, sonolência diurna, dispneia que piora com exercícios. Está sem febre e sem leucocitose. No RX, observam-se cúpulas diafragmáticas abaixo do 7º arco costal anterior, indicativo de hiperinsuflação. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) ***Doença pulmonar obstrutiva crônica***
- B) Insuficiência cardíaca congestiva
- C) Broncopneumonia
- D) Bronquiectasia
- E) Tuberculose

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Revista Galileu- 19 de maio de 2020



The Netter Collection of Medical Illustrations 2nd edition, respiratory system

Dispneia progressiva (grandes esforços → repouso)

Tosse matinal/Sonolência diurna

Tórax em tonel (diâmetro AP \geq LL)

Hiperinsuflação pulmonar

Posição do tripé

Sinais de esforço respiratório

Baqueteamento/Hipocratismo digital



Fig. 1

The Netter Collection of Medical Illustrations 2nd edition, respiratory system



Baqueteamento digital como manifestação inicial de neoplasia pulmonar, Alex Gonçalves Macedo; Escola Paulista de Medicina, Unifesp;



Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

(Bronquite obstrutiva crônica; enfisema)-
MSD MANUAL Versão para profissionais

- 1) Retificação das hemicúpulas diafragmáticas
- 2) Hiperinsuflação
- 3) Hipertransparência
- 4) Aumento dos EIC
- 5) Redução do diâmetro cardíaco
- 6) Aumento do espaço aéreo retroesternal

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

INSPEÇÃO	Expansibilidade diminuída Tórax em tonel
<i>PALPAÇÃO</i>	<i>Expansibilidade diminuída</i> <i>FTV diminuído</i>
PERCUSSÃO	Hipersonoridade*
<i>AUSCULTA</i>	<i>MV diminuído</i> <i>Fase expiratória prolongada</i>

ATENÇÃO! Não confundir com som timpânico. Na hipersonoridade, a percussão está mais clara e mais intensa, indicando aumento de ar no interior dos alvéolos pulmonares.

QUESTÃO 2 (SMS CTI 2006) Um paciente de 44 anos, tabagista de longa data, chega à emergência com dispneia moderada e relato de dor súbita do tipo pleurítica à direita, associada ao esforço. Ao exame físico, foi evidenciado MV e FTV ausentes no hemitórax direito, com hipersonoridade local. Este quadro clínico é compatível com:

- A) Atelectasia
- B) Pneumotórax
- C) Derrame pleural
- D) Consolidação pulmonar

QUESTÃO 2 (SMS CTI 2006) Um paciente de 44 anos, tabagista de longa data, chega à emergência com dispneia moderada e relato de dor súbita do tipo pleurítica à direita, associada ao esforço. Ao exame físico, foi evidenciado MV e FTV ausentes no hemitórax direito, com hipersonoridade local. Este quadro clínico é compatível com:

- A) Atelectasia
- B) *Pneumotórax***
- C) Derrame pleural
- D) Consolidação pulmonar

Pneumotórax

- Acúmulo de ar na cavidade pleural
- Pode ser causado por traumatismo, ruptura de bolha subpleural, tuberculose, neoplasias, DPOC etc.
- Quadro clínico:
 - Dor torácica súbita
 - Dispneia súbita e progressiva
 - Taquicardia



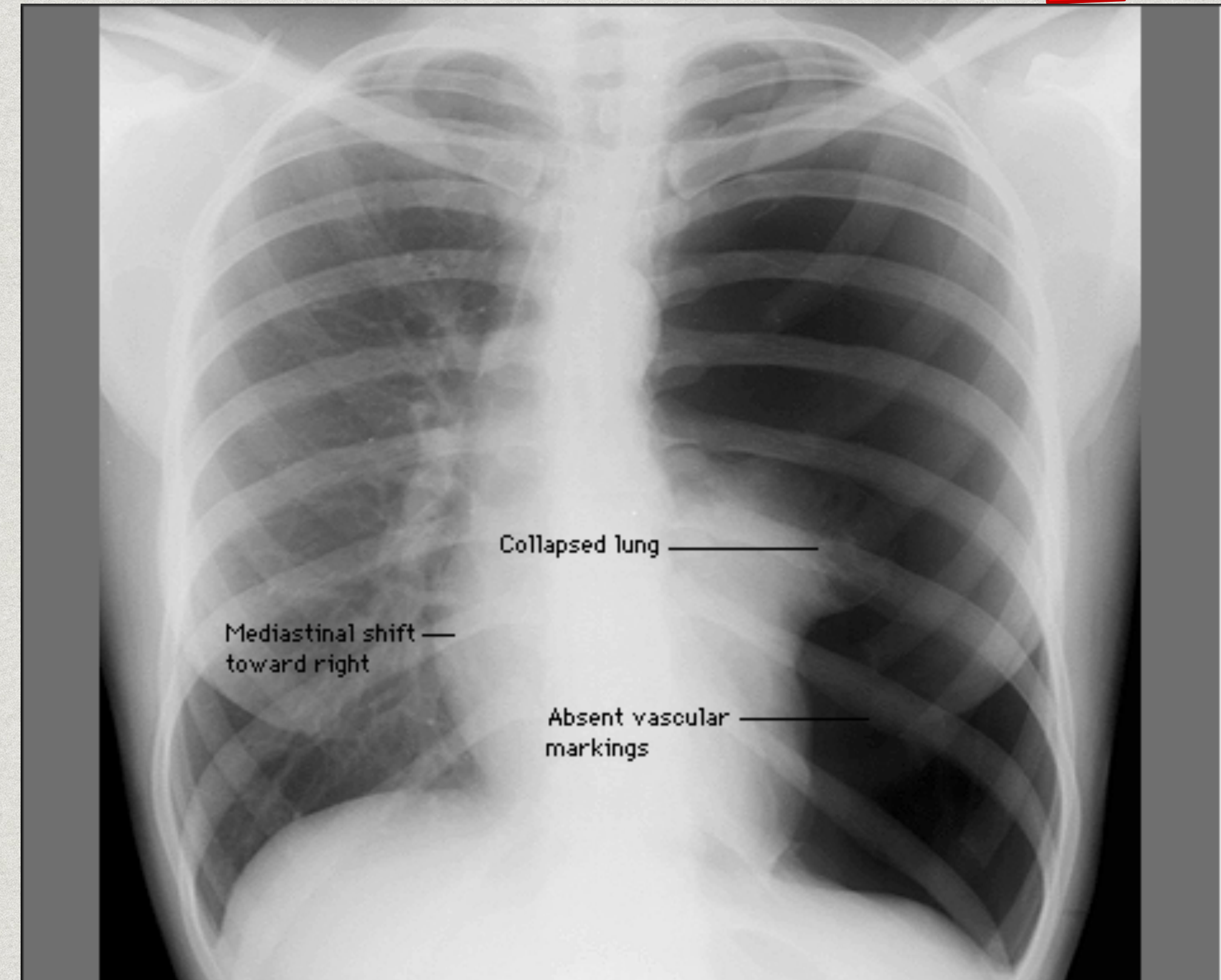
Pneumotórax

INSPEÇÃO	Expansibilidade diminuída Abaulamento dos EIC
<i>PALPAÇÃO</i>	<i>Expansibilidade diminuída</i> <i>FTV diminuído</i> <i>Enfisema subcutâneo</i>
PERCUSSÃO	Timpanismo
<i>AUSCULTA</i>	<i>MV diminuído ou abolido</i> <i>Ressonância Vocal diminuída</i>

Pneumotórax Hipertensivo

- Ocorre quando o ar penetra na cavidade pleural de forma contínua, sem válvula de saída, ou seja, o fluxo é unidirecional. Como consequência, há:
 - 1) Colapso do pulmão ipsilateral
 - 2) Desvio do mediastino para o lado contralateral
 - 3) Turgência jugular
 - 4) Hipotensão e/ou choque

- 1) Dispneia intensa
- 2) Taquicardia
- 3) Turgência da jugular
- 4) Desvio da traqueia
- 5) FTV abolido
- 6) Hipertimpanismo
- 7) MV abolido



Radiologia nota 10- Blog no blogspot.com

QUESTÃO 4 (Residência Médica 2017 - Revalida UFMT – MT)

Sobre a crise de asma brônquica, é INCORRETO afirmar que:

- A) A ausência de sibilos, à ausculta pulmonar, afasta o diagnóstico clínico de asma.
- B) A presença de febre sugere infecção, mesmo na ausência de achados radiológicos.
- C) O murmúrio vesicular pode estar difusamente reduzido e o tempo expiratório é maior que o inspiratório.
- D) Utilização da musculatura acessória para respiração, batimentos da asa do nariz, cianose das extremidades e posição ortopneica são sinais de gravidade.

QUESTÃO 4 (Residência Médica 2017 - Revalida UFMT – MT)

Sobre a crise de asma brônquica, é INCORRETO afirmar que:

A) A ausência de sibilos, à ausculta pulmonar, afasta o diagnóstico clínico de asma.

B) A presença de febre sugere infecção, mesmo na ausência de achados radiológicos.

C) O murmúrio vesicular pode estar difusamente reduzido e o tempo expiratório é maior que o inspiratório.

D) Utilização da musculatura acessória para respiração, batimentos da asa do nariz, cianose das extremidades e posição ortopneica são sinais de gravidade.

QUESTÃO 5 (Residência Médica 2013 – Fundação Universidade Federal do Tocantins) Menino de 7 anos, portador de asma, sem acompanhamento ambulatorial adequado. Há 2 dias iniciou quadro com tosse produtiva sem febre que evoluiu nas últimas 12h com dispneia e dor torácica. Ao exame físico na admissão apresenta sibilos difusos bilaterais, estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares, com redução do MV principalmente à direita. Rx de tórax mostra consolidação em terço médio do HTX D, com discreto desvio da traquéia para esse lado. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Pneumonia lobar.
- B) Aspiração de corpo estranho.
- C) Crise asmática com atelectasia.
- D) Sequestro pulmonar.
- E) Derrame pleural.

QUESTÃO 5 (Residência Médica 2013 – Fundação Universidade Federal do Tocantins) Menino de 7 anos, portador de asma, sem acompanhamento ambulatorial adequado. Há 2 dias iniciou quadro com tosse produtiva sem febre que evoluiu nas últimas 12h com dispneia e dor torácica. Ao exame físico na admissão apresenta sibilos difusos bilaterais, estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares, com redução do MV principalmente à direita. Rx de tórax mostra consolidação em terço médio do HTX D, com discreto desvio da traquéia para esse lado. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Pneumonia lobar.
- B) Aspiração de corpo estranho.
- C) Crise asmática com atelectasia.**
- D) Sequestro pulmonar.
- E) Derrame pleural.

TOSSE: Anamnese e Exame Físico

ANAMNESE:

Início (aguda X crônica)/ Frequência / Intensidade

Presença ou não de expectoração (volume, cor, odor, transparência e consistência)

- Escarro: seroso, mucóide, purulento e hemoptoico

- Hemoptise: diferenciar de epistaxe e hematêmese

Relação com decúbito

Período do dia de maior intensidade

Sinais e Sintomas Associados: Febre, secreção nasal, taquipnéia, dispnéia, pirose, aumento de linfonodos, perda ponderal etc

Exame Físico: Ectoscopia, cavidade oral, exame do tórax/precórdio, exame do abdome, MMII

Quadro 39.2

Causas de tosse.

- Asma brônquica
- Tabagismo
- Refluxo gastroesofágico
- Sinusites
- Bronquites
- Bronquiectasias
- Pneumonias
- Irritação do canal auditivo externo
- Adenoides
- Amigdalites
- Faringites
- Laringites
- Traqueítes
- Pleurites
- Tuberculose pulmonar
- Abscesso pulmonar
- Câncer do pulmão
- Embolia pulmonar
- Infarto pulmonar
- Pneumoconiose
- Insuficiência ventricular esquerda
- Corpos estranhos
- Partículas irritantes suspensas no ar, produtos químicos ou gases
- Estenose mitral
- Tumores do mediastino
- Megaesôfago
- Medicamentos (inibidores da ECA)
- Tensão nervosa (tosse psicogênica)

Quadro 39.3**Causas de hemoptise.****Vias respiratórias**

- Tuberculose
- Câncer da laringe
- Traqueíte
- Bronquite
- Corpo estranho
- Bronquiectasia
- Carcinoma brônquico
- Adenoma brônquico

Parênquima pulmonar

- Tuberculose
- Pneumonia
- Micose
- Supuração crônica não tuberculosa
- Abscesso
- Neoplasias primitivas
- Neoplasias metastáticas
- Traumatismos
- Síndrome de Goodpasture
- Hemossiderose
- Cistos e bolhas (*blebs*)

Vasos pulmonares

- Infarto pulmonar
- Fístula arteriovenosa
- Vasculites
- Estenose mitral
- Edema pulmonar
- Aneurisma da aorta
- Obstrução venosa

Iatrogênicas

- Broncoscopia
- Punção torácica
- Cateter de Swan-Ganz

Outras

- Alterações da coagulação
- Parasitoses pulmonares
- Fibrose cística

Fonte: Semiologia Médica - Celmo Celeno Porto - 7ª Edição. 2013. Editora Guanabara Koogan.

ASMA AGUDA

- * Inflamação das vias aéreas (indivíduos atópicos)
- * **Desencadeantes:** Infecção (pneumonia, infecção viral), exposição a alérgenos, exercício físico, ar frio, estresse, fármacos.
- * **Sibilos:** Sons agudos e contínuos (predomínio na expiração).
Diagnóstico diferencial de sibilos: Neoplasia (sibilos localizados)
- * **Asma Grave:** “Tórax silencioso”, pulso paradoxal, incapaz de falar, sonolento, FR > 30 irpm, FC > 120 bpm ou bradicardia relativa, sentado e curvado para frente.
- * **Sinais de Esforço Respiratório:** Tiragem, batimento de asa de nariz, retração de fúrcula, uso de musculatura acessória, cianose central.
- * **Complicação:** Atelectasia, redução de expansibilidade, macicez, redução do MV.
Derrame Pleural X Atelectasia (Raio X)

	ASMA	DPOC
Idade de apresentação	Crianças	Adultos/ Idosos
Anamnese	<i>Histórico de atopia (rinite, dermatite, alergia alimentar, anafilaxia)</i>	<i>Carga tabágica-> Histórico de tabagismo (DPOC em jovens: deficiência de alfa 1 antitripsina)</i>
Dispneia	<i>Períodos de melhora e períodos de piora (descompensação)</i>	Dispneia progressiva
Exame físico	<i>Crise: Sibilos, redução de expansibilidade, aumento do tempo expiratório</i>	<i>Tórax em tonel, cianose, tosse seca/ produtiva Sinal de Hoover</i>
Radiografia de tórax	Em geral, normal	Pode haver hiperinsuflação (retificação do diafragma)

QUESTÃO 6 (SMS Emergência 2018) Paciente, 73 anos de idade, com história de tosse com secreção, dor torácica e febre há 1 semana. Ao exame físico: regular estado geral, taquipneia, murmúrio vesicular diminuído em 1/3 inferior de hemitórax direito e macicez à percussão. A radiografia de tórax mostra opacidade em 1/3 inferior de hemitórax direito. O provável diagnóstico é:

- A) Pneumonia com derrame pleural.
- B) Enfisema pulmonar.
- C) Neoplasia pulmonar.
- D) Tuberculose.

QUESTÃO 6 (SMS Emergência 2018) Paciente, 73 anos de idade, com história de tosse com secreção, dor torácica e febre há 1 semana. Ao exame físico: regular estado geral, taquipneia, murmúrio vesicular diminuído em 1/3 inferior de hemitórax direito e macicez à percussão. A radiografia de tórax mostra opacidade em 1/3 inferior de hemitórax direito. O provável diagnóstico é:

- A) *Pneumonia com derrame pleural.***
- B) Enfisema pulmonar.
- C) Neoplasia pulmonar.
- D) Tuberculose.

Febre X Anamnese X Exame do AR

Análise da Febre na Anamnese:

Tuberculose (Crônica) X Pneumonia (Aguda)

Exame do Aparelho Respiratório:

(Derrame Pleural e Pneumonia)

Macicez

Redução de MV

Anamnese: Diferenciação de Neoplasia X

Tuberculose X Enfisema.

Idade/ Histórico familiar

Carga tabágica (Ca de pulmão/ Ca de bexiga)

Perda ponderal

Sudorese noturna

Tosse crônica

Dor Torácica



CAUSAS:

Não cardíacas: Síndrome de Tietze, Herpes Zoster, Doença do refluxo gastroesofágico, ansiedade/ depressão (fibromialgia)

Cardíacas: Isquêmica X Não isquêmica (Dissecção aórtica, pericardite, valvulopatias)



ANAMNESE/ EXAME FÍSICO: Decálogo da DOR

- 1) Início (quando começou e modo de início)
- 2) Duração
- 3) Intensidade (0-10)
- 4) Qualidade da dor (aperto, pontada, lancinante, pleurítica)
- 5) Irradiação (MSE, dorso, mandíbula, não irradia)
- 6) Fatores desencadeantes
- 7) Fatores de melhora ou piora (palpação, posição, respiração)
- 8) Evolução no dia/tempo (ritmo/periodicidade)
- 9) Sinais/sintomas associados (dispneia, emagrecimento, lesões dermatológicas)
- 10) Relação com funções orgânicas