CAPÍTULO ESPECIAL

Semiologia Abdominal: Do Exame Físico ao Raciocínio Cirúrgico

Como o exame à beira do leito altera a probabilidade de doença cirúrgica do aparelho digestivo

PROF. DR. OZIMO GAMA • Cirurgia do Aparelho Digestivo e Anatomia Topográfica • Curso de Medicina — UFMA

> *"Não examines o ventre do paciente com mãos apressadas ou mente vazia, pois aquele que avalia o abdome sem conhecer os sinais patológicos lê as páginas de um grande anatômico em um idioma que não sabe traduzir; olhará para o sofrimento e não verá o diagnóstico que clama por socorro."*
>
> — PROF. DR. OZIMO GAMA

1 Abertura

1.1 CASO CLÍNICO



Figura 1. A dor que não cede em seis horas é cirúrgica até prova em contrário.

Homem de 34 anos, previamente hígido, procura o pronto-socorro às 2 h da manhã. Refere dor abdominal iniciada há nove horas: começou difusa, mal localizada, em torno do umbigo, e há cerca de três horas concentrou-se no quadrante inferior direito. Teve um episódio de vômito, depois da dor. Recusou o jantar. Tem temperatura de 37,8 °C, frequência cardíaca de 104 bpm e pressão arterial de 128 × 80 mmHg. Permanece imóvel no leito, com o quadril direito discretamente fletido, e evita tossir.

O residente de plantão tem três perguntas a responder antes de pedir qualquer exame: esta dor é visceral, parietal ou referida? Onde, anatomicamente, está a víscera doente? E o exame físico já é suficiente para indicar cirurgia, ou apenas para escolher o exame de imagem certo?

1.2 Por que esta pergunta é importante?

A dor abdominal está entre os motivos mais frequentes de procura dos serviços de emergência, e uma fração relevante desses pacientes tem doença que exige operação. A tomografia computadorizada multiplicou a acurácia do diagnóstico, mas não substitui a decisão que a precede: *quem* precisa de imagem, *qual* imagem, e *quando* o achado físico, sozinho, autoriza a laparotomia ou a laparoscopia. Essa decisão continua sendo semiológica.

Em 1921, Zachary Cope formulou a regra que abre este capítulo: a maioria das dores abdominais intensas que surgem em pacientes previamente hígidos e duram seis horas ou mais decorre de condições de importância cirúrgica.[1] Um século depois, a regra continua útil por um motivo: ela obriga o examinador a considerar o *tempo* como variável diagnóstica. O exame abdominal é uma medida que muda com as horas, e o reexame seriado pelo mesmo examinador é, ele próprio, uma manobra semiológica.

Este capítulo segue o método da série *The Rational Clinical Examination*:[2] para cada sinal, descreve-se a origem anatômica e fisiológica, a técnica, a reprodutibilidade entre examinadores (precisão) e a capacidade de alterar a probabilidade de doença (acurácia), expressa em razões de verossimilhança (LR). Uma LR positiva acima de 5 ou negativa abaixo de 0,2 desloca a probabilidade de forma clinicamente relevante; valores entre 2 e 5 a deslocam de forma moderada; valores próximos de 1 não acrescentam informação.[3] Nenhum sinal isolado confirma um diagnóstico: o raciocínio cirúrgico é a combinação de achados com a probabilidade pré-teste e a evolução no tempo.

EPÔNIMO

Sir Vincent Zachary Cope (1881–1974)

Cirurgião britânico • St Mary's Hospital, Londres

Formou-se no St Mary's Hospital Medical School, onde fez toda a carreira cirúrgica. Serviu no Royal Army Medical Corps durante a Primeira Guerra Mundial, na Mesopotâmia, experiência que moldou sua atenção ao diagnóstico clínico sem recursos complementares. Foi historiador da medicina, autor de biografias de cirurgiões britânicos, e recebeu o título de cavaleiro em 1953. Publicou também um livro sobre o abdome agudo em versos, sob o pseudônimo "Zeta".

Trabalho original. *The Early Diagnosis of the Acute Abdomen* (Londres: Oxford University Press; 1921). O livro foi escrito para o clínico geral e defende que o diagnóstico do abdome agudo deve ser feito *antes* que os sinais de peritonite generalizada se instalem, pela anamnese cuidadosa da sequência dos sintomas e por um exame físico metódico. Teve 15 edições em vida do autor; as edições posteriores foram revistas por William Silen.[1]

1.3 Objetivos do capítulo

1. **Revisar a sequência.** Executar o exame abdominal sistemático e conhecer o valor diagnóstico de cada manobra.
2. **Correlacionar achados.** Passar do sinal físico à hipótese anatômica e à decisão cirúrgica ou endoscópica.
3. **Reconhecer alertas.** Identificar os sinais de alarme do abdome agudo e das neoplasias digestivas.

O foco é o raciocínio, não a memorização de epônimos. Os epônimos aparecem em caixas próprias porque cada um registra uma observação clínica feita, um dia, por alguém que examinava pacientes sem nenhum exame complementar. Conhecer a observação original ajuda a executar a manobra corretamente.

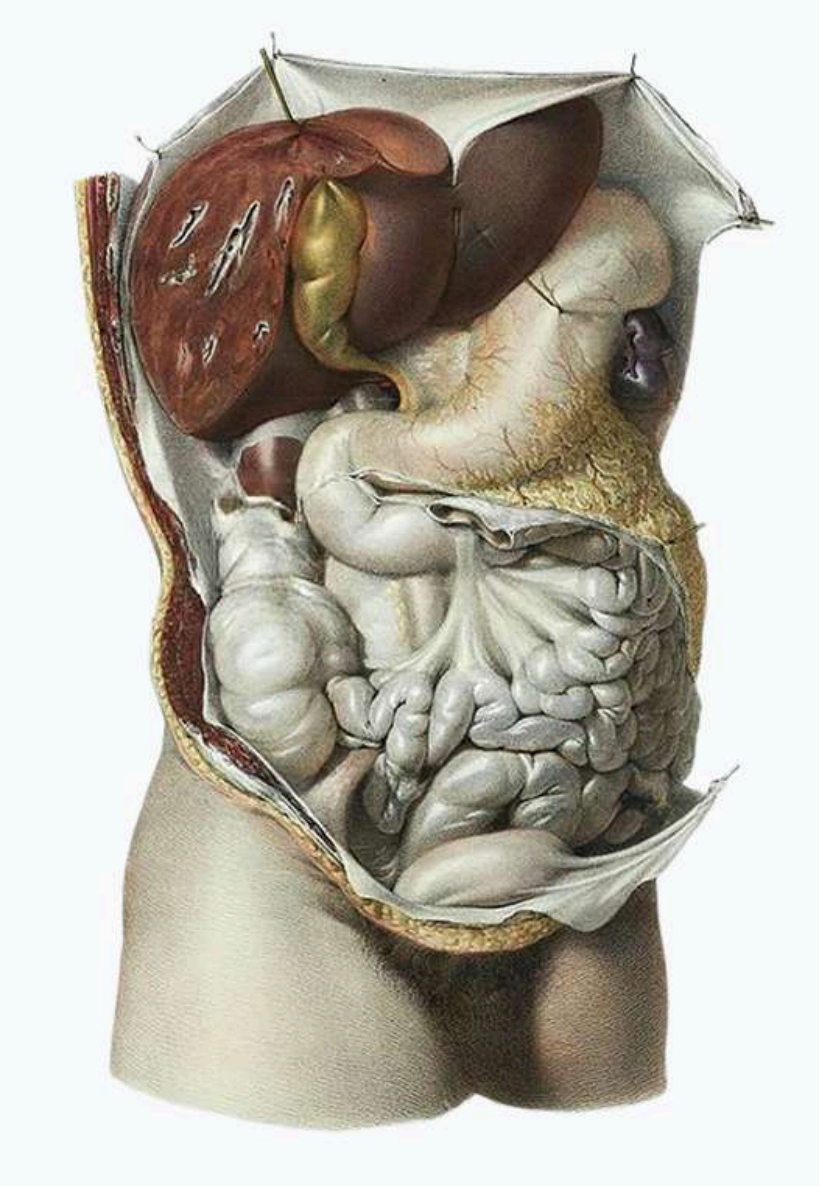


Figura 2. Abra a parede mentalmente antes de tocá-la: cada região corresponde a vísceras previsíveis.

2 Origens anatômicas e fisiológicas

O exame abdominal é uma projeção: o examinador toca a parede e infere a víscera. A inferência só é válida se a anatomia de superfície for conhecida com precisão e se o examinador entender por que a dor de uma víscera aparece onde aparece.

2.1 Anatomia de superfície: os pontos palpáveis

Localize os reparos ósseos e musculares com o paciente em decúbito dorsal, com a parede relaxada. Eles são os pontos fixos a partir dos quais se constroem linhas, planos e regiões.[4,5]

Reparo	Como localizar
Apêndice xifoide	Deslize o dedo pelo esterno até a depressão do ângulo infraesternal; corresponde a T9.
Rebordo costal	Cartilagens da 7ª à 10ª costela; o ponto mais baixo é a 10ª cartilagem, na linha medioclavicular lateral.
Cicatriz umbilical	Posição variável (L3–L4 no adulto magro), desce com obesidade, ascite e idade; não é reparo fixo.
Espinha ilíaca anterossuperior	Proeminência óssea anterior da crista ilíaca; origem do ligamento inguinal.
Crista ilíaca e tubérculo ilíaco	Cerca de 5 cm posterior à espinha, na borda superior da crista.
Tubérculo púbico	2–3 cm lateral à sínfise; inserção medial do ligamento inguinal e referência para separar hérnia inguinal (acima e medial) de femoral (abaixo e lateral).
Ligamento inguinal	Linha entre a espinha ilíaca anterossuperior e o tubérculo púbico; o ponto médio projeta o anel inguinal profundo, 1–1,5 cm acima.
Linha alba	Sulco mediano do xifoide à sínfise; mais larga acima do umbigo, onde ocorrem diástase e hérnias epigástricas.
Linhas semilunares	Borda lateral do reto abdominal, da 9ª cartilagem costal ao tubérculo púbico; visível quando o paciente eleva a cabeça.



Figura 3. A área de exame vai do rebordo costal ao ligamento inguinal; o abdome continua sob as costelas.

Dois detalhes têm consequência prática. Primeiro, a cavidade abdominal sobe sob o gradil costal até o quinto espaço intercostal à direita: fígado, baço, estômago e flexuras do cólon são, em boa parte, vísceras "torácicas" para o examinador, alcançadas pela percussão e pela palpação inspiratória. Segundo, a cicatriz umbilical é um reparo cutâneo, e não esquelético; nos estudos de imagem em adultos vivos, ela se projeta mais baixo e com maior variação do que nos livros-texto.[6]

EPÔNIMO

Adriaan van den Spiegel (1578–1625)

Anatomista flamengo • Universidade de Pádua

Nascido em Bruxelas, estudou em Lovaina e em Pádua, onde foi aluno de Fabricius ab Aquapendente e Giulio Casserius e, depois, ocupou a cátedra de anatomia e cirurgia. Foi também botânico. Seu nome latinizado, Spigelius, batiza a linha semilunar (*linea Spigelii*), o lobo caudado do fígado (*lobus Spigelii*) e a hérnia que atravessa a aponeurose ao longo dessa linha.

Trabalho original. Obras póstumas: *De humani corporis fabrica libri decem* (Veneza, 1627), editada por Daniel Bucretius, e a *Opera quae extant omnia* (Amsterdã, 1645). Nelas Spiegel descreve a transição músculo-aponeurótica do transverso do abdome. A hérnia através dessa linha foi descrita depois, por Josef Klinkosch, em 1764; o epônimo "hérnia de Spiegel" homenageia o anatomista, não o primeiro relato da hérnia.[7]

2.2 Linhas, planos e divisões regionais

Use duas convenções, conforme o objetivo. A divisão em **quatro quadrantes**, por uma linha mediana e uma horizontal que passa pelo umbigo, é rápida e suficiente para comunicar a localização de dor ou massa à beira do leito. A divisão em **nove regiões**, por duas linhas verticais e dois planos horizontais, é mais precisa para a topografia visceral e deve ser preferida na descrição de massas e na documentação cirúrgica.[4,8]

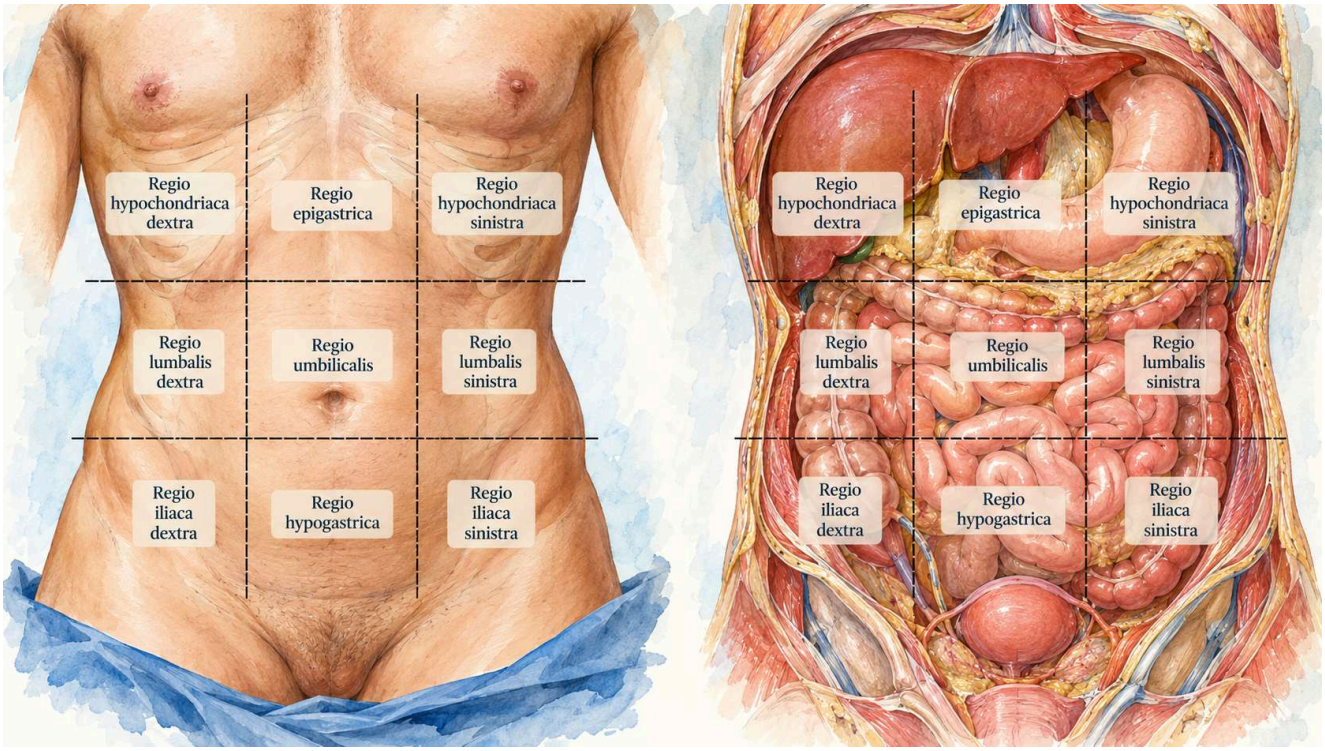


Figura 4. As nove regiões traduzem a parede em vísceras: descreva sempre a região, não apenas o quadrante.

Linha ou plano	Definição	Utilidade clínica
Medioclaviculares	Verticais do ponto médio da clavícula ao ponto médio do ligamento inguinal	Limites laterais das regiões centrais; linha da hepatimetria
Plano transpilórico	A meia distância entre a incisura jugular e a sínfise púbica; cruza a 9ª cartilagem costal	Classicamente, projeta piloro, colo do pâncreas, fundo da vesícula, hilos renais e origem da artéria mesentérica superior (L1). Em adultos vivos, situa-se entre L1 e L2; a artéria mesentérica superior e o hilo renal esquerdo costumam estar nesse plano, mas o fundo da vesícula e o hilo renal direito, mais abaixo[6]
Plano subcostal	Pelo ponto mais baixo do rebordo costal (10ª cartilagem)	Limite superior das regiões médias na convenção de nove regiões; terceira porção do duodeno
Plano supracristal	Pelos pontos mais altos das cristas ilíacas	Bifurcação da aorta (L4); referência para punção lombar
Plano intertubercular	Pelos tubérculos ilíacos (L5)	Limite inferior das regiões médias; confluência das veias ilíacas

As nove regiões resultantes são: hipocôndrio direito, epigástrio e hipocôndrio esquerdo; flanco direito, mesogástrio (umbilical) e flanco esquerdo; fossa ilíaca direita, hipogástrio e fossa ilíaca esquerda.

Uma reavaliação tomográfica de adultos vivos mostrou que vários níveis vertebrais clássicos, descritos a partir de cadáveres em decúbito, estão em média um nível abaixo no indivíduo vivo; o piloro, em particular, raramente está exatamente no plano transpilórico e desce na posição ortostática.[6] Os planos são referências de raciocínio, não coordenadas exatas.

Linhas verticais complementares

Às linhas que definem as regiões somam-se linhas verticais do tórax que se prolongam sobre o abdome superior. Elas são indispensáveis porque fígado, baço e fundo gástrico estão, em grande parte, sob o gradil costal.[8,10]

Linha	Definição	Utilidade clínica
Hemiclavicular (medioclavicular, mamilar)	Vertical a partir do ponto médio da clavícula; no homem, passa aproximadamente pelo mamilo	Principal referência da hepatimetria (seção 6.2) e da localização do ictus cordis; no abdome, limite lateral das regiões centrais e do ponto cístico
Axilar anterior	Vertical a partir da prega axilar anterior	À esquerda, limite lateral do espaço de Traube (seção 6.4); referência para percussão do baço
Axilar média	Vertical a partir do ápice da axila	Percussão esplênica (sinal de Castell, no 8º–9º espaço intercostal); limite lateral do espaço de Traube em parte da literatura
Axilar posterior	Vertical a partir da prega axilar posterior	Limite lateral da projeção posterior do baço; referência para macicez de flancos
Linha de Piorry	Linha oblíqua do hemitórax esquerdo, da fúrcula esternal à extremidade distal da primeira costela flutuante esquerda (11ª)[106]	Diferencia esplenomegalia verdadeira das outras causas de macicez no espaço de Traube: macicez à percussão **medial** a essa linha indica baço aumentado. A macicez esplênica normal é oval, discretamente posterior à linha axilar média, entre a 9ª e a 11ª costela, com 4–6 cm de altura[107]

EPÔNIMO

Pierre-Adolphe Piorry (1794–1879)

Médico francês • Hôpital de la Pitié e Faculdade de Medicina de Paris

Serviu como médico militar nas campanhas napoleônicas antes de se dedicar à clínica em Paris, onde foi professor de patologia interna e de clínica médica. Sistematizou a percussão como método de medida: desenhava sobre a pele, com tinta, os limites de fígado, baço e coração obtidos à percussão, prática que deu origem à "organografia" e às linhas que levam seu nome.

Trabalho original. Piorry PA. *De la percussion médiate et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau moyen d'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux*. Paris: Chaude; 1828. Piorry introduziu o plessímetro, uma placa de marfim apoiada sobre a pele e golpeada pelo dedo, precursor da percussão dígito-digital de hoje, em que o dedo médio da mão não dominante substitui a placa.[15]

EPÔNIMO

Christopher Addison (1869–1951)

Anatomista e político britânico • Sheffield e Charing Cross

Formou-se no St Bartholomew's Hospital e foi professor de anatomia em Sheffield e depois em Charing Cross. Deixou a anatomia pela política: foi o primeiro Ministro da Saúde do Reino Unido (1919) e, mais tarde, líder da Câmara dos Lordes, como Visconde Addison. O plano transpilórico é chamado, por isso, de "plano de Addison".

Trabalho original. Addison C. On the topographical anatomy of the abdominal viscera in man, especially the gastro-intestinal canal. *J Anat Physiol.* 1899–1901;33–35 (série em partes). Com base em dissecções sistemáticas, Addison propôs o plano transpilórico como a referência horizontal mais constante para projetar as vísceras na parede.[9]

2.3 Projeção visceral na parede

Memorize a projeção das vísceras em três vistas: anterior, lateral e posterior. A vista posterior não é acessória. Rins, pâncreas, duodeno retroperitoneal e aorta projetam-se no dorso e na região lombar, e é ali que a dor dessas estruturas frequentemente se manifesta e é pesquisada (punho-percussão lombar, dor pancreática em faixa).

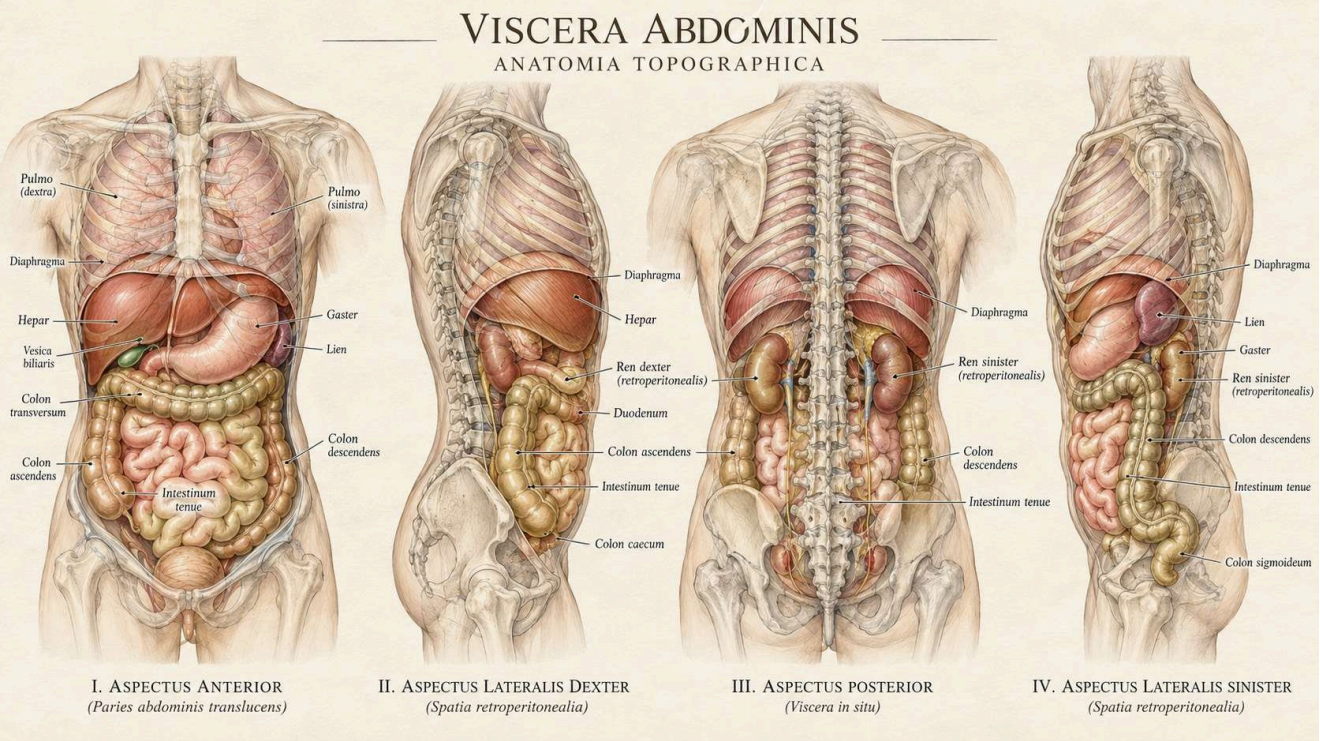


Figura 5. A topografia visceral é tridimensional: retroperitônio e dorso fazem parte do exame do abdome.

Região	Vísceras projetadas (adulto, decúbito dorsal)
Hipocôndrio direito	Lobo direito do fígado, vesícula biliar, flexura hepática do cólon, polo superior do rim direito, suprarrenal direita
Epigástrio	Lobo esquerdo do fígado, estômago (antro e piloro), duodeno proximal, pâncreas, aorta e tronco celíaco
Hipocôndrio esquerdo	Fundo e corpo gástricos, baço, cauda do pâncreas, flexura esplênica do cólon, polo superior do rim esquerdo
Flancos	Cólon ascendente (direito) e descendente (esquerdo), alças jejunais, polos inferiores dos rins
Mesogástrio	Duodeno (3ª e 4ª porções), jejuno e íleo, cólon transverso, omento maior, aorta e sua bifurcação
Fossa ilíaca direita	Ceco, apêndice, íleo terminal, ureter direito; ovário e tuba direitos
Hipogástrio	Bexiga distendida, útero, alças ileais, cólon sigmoide
Fossa ilíaca esquerda	Cólon sigmoide, ureter esquerdo; ovário e tuba esquerdos

2.4 Biotipo e topografia visceral

Ajuste a projeção ao biotipo antes de interpretar um achado. No **brevilíneo** (ângulo infraesternal obtuso, tórax largo e curto), as vísceras estão mais altas e transversas: o fígado se esconde sob o gradil, o estômago é horizontal, e a borda hepática raramente é palpável mesmo com hepatomegalia moderada. No **longilíneo** (ângulo agudo, tórax estreito e longo), as vísceras são verticais e baixas: a borda hepática pode ser palpável abaixo do rebordo sem que haja hepatomegalia, e o polo inferior do rim direito é frequentemente tocado. O **normolíneo** é intermediário.[8,10]

A consequência prática é que a palpação de uma borda hepática não define hepatomegalia: o tamanho do fígado deve ser estimado pela hepatimetria (seção 6.2), que integra o limite superior por percussão.

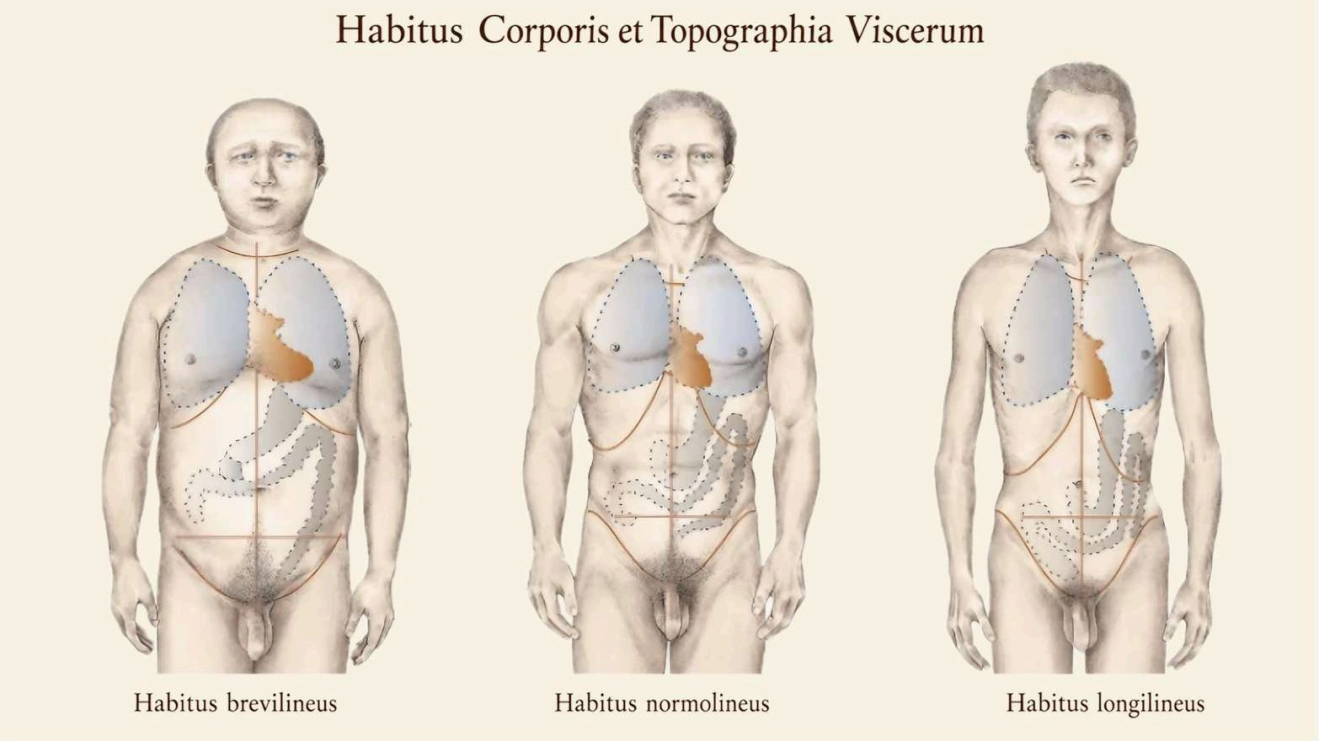


Figura 6. O biotipo desloca as vísceras: uma borda hepática palpável no longilíneo pode ser normal.

2.5 Dor visceral, somática e referida

A dor abdominal tem três origens fisiológicas, e reconhecê-las é o primeiro passo do raciocínio topográfico.[11,12]

Dor visceral. Surge da distensão, contração vigorosa, tração ou isquemia de uma víscera oca ou da cápsula de uma víscera sólida. É conduzida por fibras aferentes finas, amielínicas, do tipo C, que acompanham os nervos simpáticos até os gânglios da raiz dorsal, com inervação bilateral e sobreposta de vários segmentos medulares. Por isso a dor visceral é mal localizada, percebida na linha média e acompanhada de manifestações autonômicas: náuseas, sudorese, palidez, inquietação. O paciente com cólica se mexe.

O nível da dor na linha média segue a origem embriológica do intestino: estruturas do **intestino anterior** (estômago, duodeno proximal, fígado, vias biliares, pâncreas) doem no **epigástrio**; as do **intestino médio** (do duodeno distal ao terço proximal do transverso, incluindo o apêndice) doem na **região periumbilical**; as do **intestino posterior** (do transverso distal ao reto superior) doem no **hipogástrio**.

Dor somática (parietal). Surge quando o processo inflamatório alcança o peritônio parietal, inervado por fibras mielínicas do tipo Aδ dos nervos espinais segmentares (T7–L1), com distribuição unilateral. É intensa, bem localizada, piora com qualquer movimento que mobilize o peritônio (tosse, deambulação, percussão) e produz defesa muscular reflexa. O paciente com peritonite fica imóvel. A migração da dor periumbilical para a fossa ilíaca direita, no caso de abertura, é exatamente essa transição da fase visceral para a parietal.

Dor referida. É percebida em área cutânea distante da víscera, inervada pelo mesmo segmento medular. Resulta da convergência, no corno posterior da medula, de aferências viscerais e somáticas sobre os mesmos neurônios de projeção (teoria da convergência-projeção). São exemplos clássicos a dor

escapular direita na doença biliar, a dor no ombro por irritação diafragmática (nervo frênico, C3–C5) e a dor testicular na cólica ureteral.

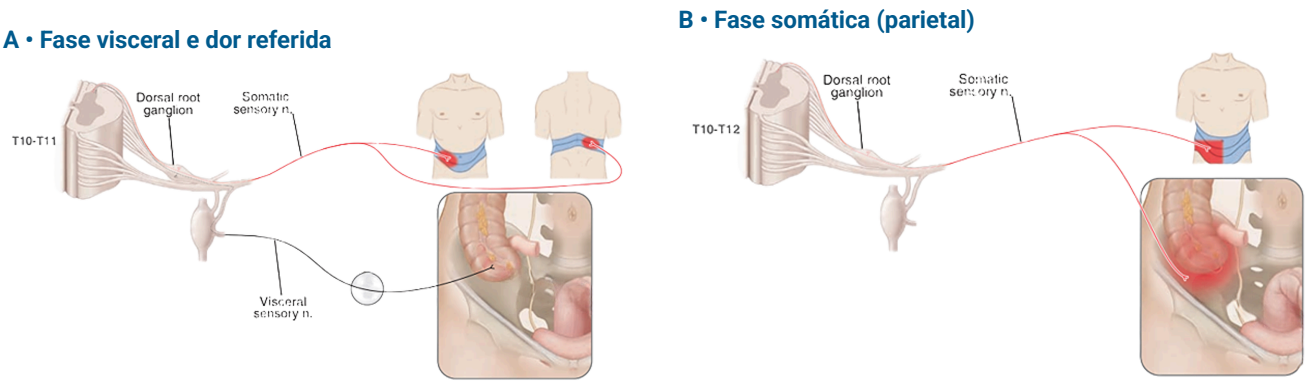


Figura 7. A migração da dor na apendicite é a troca de via aferente. **A**, a distensão do apêndice ativa fibras viscerais que entram na medula em T10–T11; a convergência com aferências somáticas do mesmo segmento projeta a dor na faixa periumbilical, mal localizada e bilateral. **B**, quando a inflamação alcança o peritônio parietal, nervos somáticos segmentares (T10–T12) conduzem dor localizada e unilateral à fossa ilíaca direita.

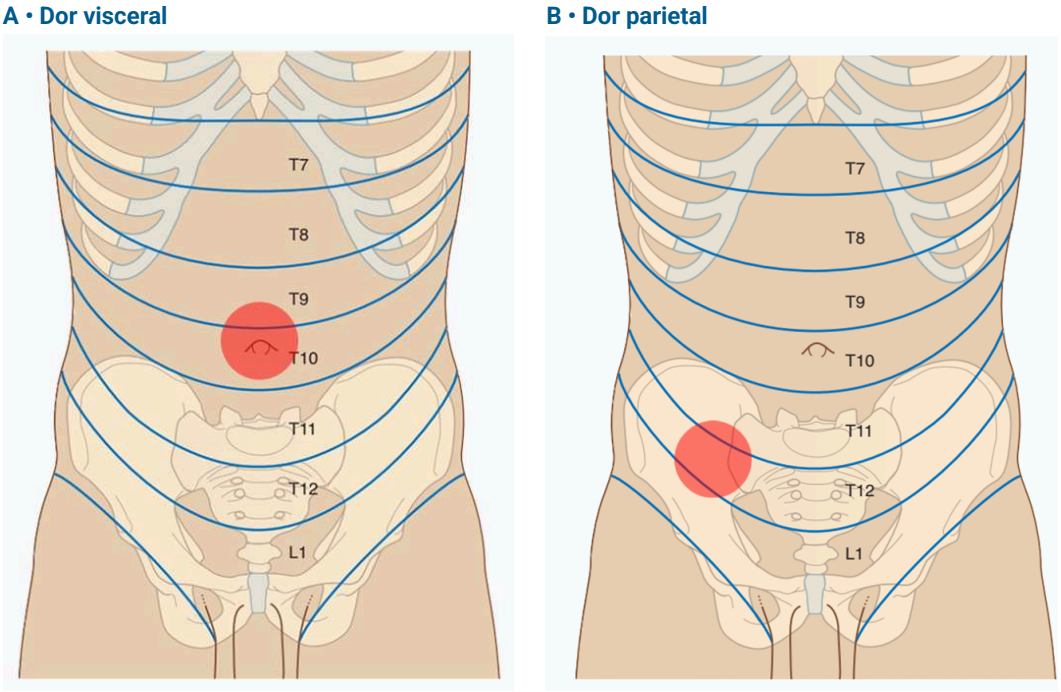


Figura 8. O mapa de dermátomos traduz a Figura 7 para a parede. **A**, a dor visceral do apêndice projeta-se em T10, na cicatriz umbilical. **B**, a dor parietal desloca-se para a fossa ilíaca direita, na faixa de T11–T12. Referências: T7 no xifoide, T10 no umbigo, L1 na região inguinal.

Os dermátomos abdominais organizam-se em faixas oblíquas: **T7** no apêndice xifoide, **T10** na cicatriz umbilical e **L1** na região inguinal e suprapúbica. Os mapas de dermátomos derivados de estudos clínicos e experimentais divergem entre si, e há sobreposição considerável entre segmentos adjacentes; use-os como aproximação.[13]

Víscera	Segmentos	Dor visceral e referida
Esôfago distal, estômago	T5–T8	Retroesternal, epigástrio
Vesícula e vias biliares	T6–T9 (+ frênico)	Epigástrio, hipocôndrio direito, ângulo da escápula direita
Pâncreas	T6–T10	Epigástrio, irradiação em faixa para o dorso
Intestino delgado, apêndice	T9–T11	Periumbilical
Cólon distal, reto superior	T11–L1	Hipogástrio
Rim, ureter	T10–L2	Flanco, região lombar, irradiação para a virilha e o testículo ou grande lábio
Diafragma (centro)	C3–C5 (frênico)	Ombro homolateral (sinal de Kehr, seção 11.2)

2.6 Zonas de Head: hiperalgesia cutânea reflexa

Na doença visceral, a área cutânea do dermátomo correspondente pode tornar-se hipersensível ao toque leve e ao beliscamento, mesmo sem dor espontânea no local. Essas áreas são as zonas de Head. Na prática cirúrgica, a hiperestesia cutânea do quadrante inferior direito (triângulo de Sherren, entre a cicatriz umbilical, a espinha ilíaca anterossuperior direita e a sínfise púbica) foi usada como sinal de apendicite, e a do ângulo da escápula direita, como sinal de colecistite (sinal de Boas, seção 11.2).

Como pesquisar. Com o paciente relaxado, deslize levemente a ponta de um alfinete rombo ou a polpa dos dedos, de forma simétrica, do lado normal para o lado suspeito, ou pince delicadamente uma prega de pele entre o polegar e o indicador. Pergunte em qual ponto a sensação muda. Delimite a área e compare com o lado contralateral.

Valor diagnóstico. A hiperestesia cutânea tem baixa sensibilidade e não foi submetida a estudos de acurácia de qualidade nas grandes séries de abdome agudo; sua ausência não exclui doença. Seu valor é didático e fisiopatológico: ela demonstra, à beira do leito, a convergência segmentar que explica a dor referida.[3,12]

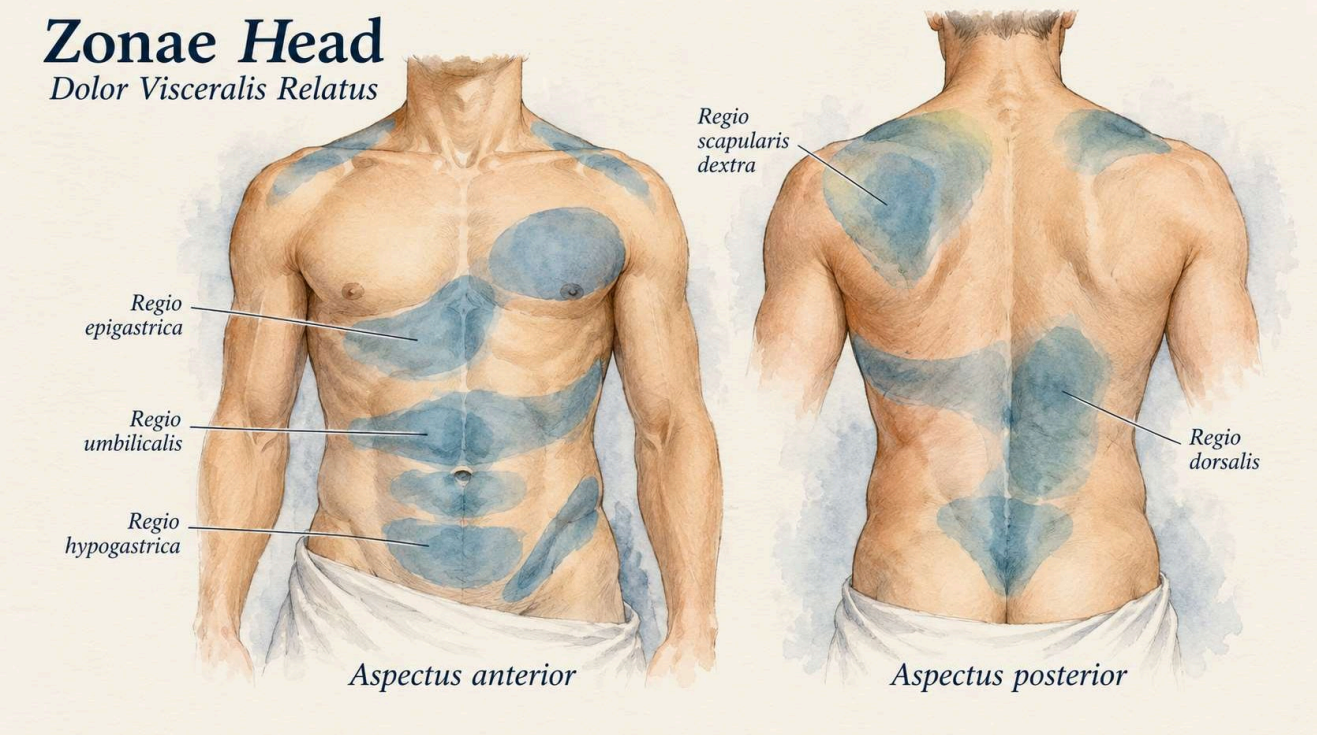


Figura 9. Cada víscera tem uma área cutânea de hiperalgesia reflexa; a vista posterior é tão importante quanto a anterior.

EPÔNIMO

Sir Henry Head (1861–1940)

Neurologista britânico • London Hospital

Estudou em Cambridge, em Halle e em Praga, onde trabalhou com Ewald Hering, e formou-se no University College Hospital. Fez carreira no London Hospital. Em 1903, em um experimento célebre com W. H. R. Rivers, fez seccionar ramos do próprio nervo radial para estudar a recuperação sensitiva, origem da distinção entre sensibilidade "protopática" e "epicrítica". Foi editor da revista *Brain* e recebeu o título de cavaleiro em 1927.

Trabalho original. Head H. On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease. *Brain.* 1893;16(1–2):1–133 (continuado em 1894 e 1896). A partir de pacientes com herpes-zóster e doenças viscerais, Head mapeou as áreas cutâneas de hiperalgesia associadas a cada órgão e as correlacionou com os segmentos medulares, o primeiro mapa clínico de dermátomos.[14]

EPÔNIMO

James Sherren (1872–1945)

Cirurgião britânico • London Hospital, Londres

Nascido em Weymouth, trabalhou como marinheiro mercante antes de estudar medicina no London Hospital, onde fez carreira como cirurgião. Foi colaborador de Henry Head: em 1903, foi ele quem seccionou e suturou ramos do nervo radial no antebraço de Head, no célebre experimento sobre a recuperação sensitiva. Seu nome está ligado também ao tratamento conservador do plastrão apendicular (regime de Ochsner-Sherren).

O triângulo. Área de hiperestesia cutânea na apendicite aguda, delimitada pela cicatriz umbilical, pela espinha ilíaca anterossuperior direita e pela sínfise púbica, no território de T10–T12. Pesquise com toque leve ou pinçamento da pele, comparando com o lado esquerdo. Sherren observou que a hiperestesia tende a desaparecer quando o apêndice perfura, o que lhe dava valor prognóstico.

Trabalho original. Sherren J. *Injuries of nerves and their treatment.* London: Nisbet; 1908, que reúne o trabalho com Head sobre a distribuição segmentar da sensibilidade. A descrição do triângulo na apendicite é atribuída a Sherren no início do século XX.[108,109]

2.7 Pontos dolorosos e pontos de projeção

Os pontos dolorosos são lugares da parede em que a compressão digital reproduz ou intensifica a dor de uma víscera subjacente. A maioria foi descrita entre o fim do século XIX e o início do XX, antes da imagem, como guia para a incisão. Pesquise-os com pressão digital firme e progressiva, sempre depois da palpação superficial e comparando com o ponto simétrico. Um ponto doloroso localiza; não diagnostica.

Hipocôndrio direito e vias biliares

Ponto cístico (biliar). Fica no ângulo formado pelo rebordo costal direito e a borda lateral do músculo reto abdominal, o que corresponde, em geral, ao cruzamento da linha hemiclavicular direita com o rebordo. Projeta o fundo da vesícula biliar. É o ponto em que se comprime para pesquisar o sinal de Murphy na colecistite aguda (seção 11.2, com a caixa do epônimo).

Fossa ilíaca direita: o apêndice

A base do apêndice está em posição relativamente constante, no ceco, mas a ponta varia: retrocecal, pélvica, subcecal, pré ou pós-ileal. Cada ponto doloroso corresponde a uma dessas posições, o que explica por que a dor da apendicite nem sempre está no ponto de McBurney.

Ponto	Localização	Posição apendicular sugerida
McBurney	Na linha que une a espinha ilíaca anterossuperior direita ao umbigo, na junção do terço lateral com os dois terços mediais (cerca de 4–5 cm da espinha)	Posição clássica (ilíaca, base do apêndice)
Morris	Na mesma linha espinho-umbilical, na junção do terço medial com o terço médio (cerca de 4 cm do umbigo)	Posição ascendente ou medial (pré ou pós-ileal)
Lanz	Na linha biespinhal (entre as duas espinhas ilíacas anterossuperiores), na junção do terço direito com o terço médio	Posição pélvica (descendente)

EPÔNIMO

Charles McBurney (1845–1913)

Cirurgião norte-americano • Roosevelt Hospital, Nova York

Formado pelo College of Physicians and Surgeons de Nova York (Universidade Columbia), estagiou em Viena, Paris e Londres e chefiou a cirurgia do Roosevelt Hospital. Foi defensor precoce da apendicectomia antes da perfuração, numa época em que a regra era aguardar a formação do abscesso.

Trabalho original. McBurney C. Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix. *N Y Med J.* 1889;50:676-84. Apresentado à New York Surgical Society, o trabalho situa o ponto de maior dor “entre uma polegada e meia e duas polegadas” da espinha ilíaca anterior, na linha reta até o umbigo, e defende a operação precoce. Em 1894, McBurney descreveu a incisão oblíqua com divulsão das fibras musculares que também leva seu nome (*Ann Surg.* 1894;20:38-43).[16]

EPÔNIMO

Robert Tuttle Morris (1857–1945)

Cirurgião norte-americano • New York Post-Graduate Medical School

Professor de cirurgia em Nova York, foi um dos defensores da apendicectomia por incisão curta e pioneiro em técnicas de enxerto ovariano. Escreveu extensamente para o público leigo e foi conhecido pelo estilo polêmico.

Trabalho original. Morris RT. *Lectures on appendicitis and notes on other subjects*. New York: Putnam; 1895. Morris descreveu o ponto doloroso medial na linha espinho-umbilical, associado às posições mediais do apêndice.[17]

EPÔNIMO

Otto Lanz (1865–1935)

Cirurgião suíço • Universidade de Amsterdã

Natural de Steffisburg, foi discípulo de Theodor Kocher em Berna e, a partir de 1902, professor de cirurgia em Amsterdã. Além do ponto, deu nome à incisão transversa na fossa ilíaca direita, seguindo as linhas de força da pele (incisão de Lanz), de melhor resultado estético que a oblíqua de McBurney. Foi também colecionador de arte renascentista italiana.

Trabalho original. O ponto foi descrito a partir de estudos sobre a posição da ponta do apêndice em relação à linha biespinhal, publicados na imprensa médica de língua alemã no início do século XX.[18]

Hipocôndrio esquerdo: baço e estômago

Espaço de Traube. Não é uma linha, mas uma área de anatomia de superfície em forma de meia-lua no hipocôndrio esquerdo, delimitada superiormente pela 6ª costela esquerda, lateralmente pela linha axilar anterior esquerda e inferiormente pelo rebordo costal esquerdo. Projeta o fundo gástrico (bolha de ar) e, por isso, é normalmente timpânico. A macicez do espaço sugere esplenomegalia ou derrame pleural esquerdo; também ocorre logo após refeição volumosa e em obesos, causas de falso-positivo. A técnica e a acurácia estão na seção 6.4.[19,23]

> Parte da literatura em língua inglesa usa a linha axilar média como limite lateral, o que amplia a área percutida; o estudo de acurácia de Barkun e colaboradores usou esta definição.[23]

EPÔNIMO

Ludwig Traube (1818–1876)

Médico alemão • Hospital Charité, Berlim

Nascido em Ratibor, na Silésia, foi aluno de Johannes Müller e Johann Lukas Schönlein. É considerado um dos fundadores da patologia experimental alemã. Introduziu a termometria na rotina hospitalar, descreveu o pulso alternante e as ondas de Traube-Hering da pressão arterial e, com Skoda, ajudou a difundir a percussão e a ausculta na Alemanha.

Trabalho original. Traube descreveu o "espaço semilunar" timpânico do hipocôndrio esquerdo ao estudar o derrame pleural, em que a macicez invade essa área. Seus trabalhos clínicos foram reunidos em *Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie* (Berlim: Hirschwald; 1871–1878).[19]

Região epigástrica: pâncreas e colédoco

Zona coledocopancreática de Chauffard-Rivet. Trace uma linha vertical pela linha média e uma horizontal pelo umbigo. O ângulo reto superior direito assim formado é dividido por uma bissetriz a 45°. A zona de Chauffard é o triângulo entre essa bissetriz e a linha média, com cerca de 5 cm de lado. Projeta a cabeça do pâncreas e a porção terminal do colédoco; a dor à compressão nessa zona sugere doença da cabeça pancreática ou do colédoco distal.

Ponto de Desjardins. Situa-se sobre a mesma bissetriz, a cerca de 5–7 cm do umbigo em direção à axila direita. Corresponde à projeção da cabeça do pâncreas e da desembocadura do colédoco.

Ponto de Mayo-Robson. Na tradição semiológica brasileira, fica no ângulo formado pela borda lateral do músculo reto abdominal esquerdo e o rebordo costal esquerdo, simétrico ao ponto cístico. A dor nesse ponto aponta para inflamação do corpo ou da cauda do pâncreas.

Variante do ponto de Mayo-Robson. Na literatura de língua inglesa, o ponto é descrito na linha que une a cicatriz umbilical ao ponto médio do rebordo costal esquerdo, na junção do terço lateral com os dois terços mediais; e o *sinal de Mayo-Robson* corresponde à dor à compressão do ângulo costovertebral esquerdo na pancreatite aguda. As duas convenções projetam o corpo e a cauda do pâncreas. Este capítulo adota a definição da tradição semiológica brasileira, descrita acima.

EPÔNIMO

Anatole Chauffard (1855–1932)

Médico francês • Hôpital Saint-Antoine, Paris

Professor de clínica médica em Paris, membro da Academia de Medicina. Seu nome está associado também à esferocitose hereditária (doença de Minkowski-Chauffard) e à descrição da colemia. A zona coledocopancreática foi descrita com seu colaborador Rivet.

Trabalho original. Chauffard e Rivet delimitaram a zona dolorosa a partir da correlação entre o exame clínico e os achados cirúrgicos e de necropsia em doenças da cabeça do pâncreas e do colédoco, no início do século XX.[20]

EPÔNIMO

Abel Desjardins

Cirurgião francês • Paris

Cirurgião parisiense do início do século XX, dedicado à cirurgia do pâncreas, autor de estudos de técnica de pancreatectomia em cadáver numa época em que a ressecção pancreática era excepcional.

Trabalho original. Desjardins A. Technique de la pancréatectomie. *Rev Chir (Paris).* 1907. O ponto de projeção da cabeça do pâncreas foi proposto como referência anatômica para a abordagem cirúrgica.[21]

EPÔNIMO

Sir Arthur William Mayo-Robson (1853–1933)

Cirurgião britânico • Leeds General Infirmary

Professor de cirurgia em Leeds e um dos pioneiros da cirurgia biliar e pancreática na Inglaterra: fez colecistostomias e coledocotomias em série quando essas operações ainda eram raras. Foi presidente do Royal College of Surgeons e recebeu o título de cavaleiro.

Trabalho original. Mayo Robson AW, Moynihan BGA. *Diseases of the pancreas and their surgical treatment*. Philadelphia: Saunders; 1902. A monografia sistematiza a clínica e a cirurgia da pancreatite e dos tumores pancreáticos e descreve os pontos de dor à palpação do órgão.[22]

Pontos renais e ureterais

Ponto	Localização	Estrutura projetada
Costovertebral (posterior)	No dorso, no ângulo entre a 12ª costela e a coluna vertebral	Rim e pelve renal; ponto da punho-percussão (sinal de Giordano, seção 6.5)
Costomuscular (posterior)	No dorso, no ângulo entre a 12ª costela e a borda lateral da massa do músculo eretor da espinha	Rim (face posterior)
Ureteral superior (anterior)	Cruzamento da horizontal umbilical com a borda lateral do músculo reto abdominal	Junção pieloureteral e ureter proximal
Ureteral médio (anterior)	Cruzamento da linha biespinhal com a borda lateral do músculo reto abdominal	Cruzamento do ureter com os vasos ilíacos

O ureter distal (justavesical) não é acessível à palpação abdominal; pesquise-o pelo toque retal ou vaginal. A dor nos pontos ureterais acompanha a cólica nefrética e entra no diagnóstico diferencial da dor em fossa ilíaca, em particular na apendicite retrocecal, que pode irritar o ureter e produzir hematúria microscópica.

CONCLUSÃO DO BLOCO 2

1. Localize os reparos fixos (xifoide, rebordo, espinhas ilíacas, tubérculo púbico) e as linhas hemiclavicular e axilares antes de palpar; o umbigo é reparo móvel. Use os pontos dolorosos para localizar, não para diagnosticar.
2. Descreva achados em nove regiões e projete as vísceras também no dorso; ajuste ao biotipo.
3. Classifique a dor: visceral (linha média, mal localizada, paciente inquieto), parietal (localizada, paciente imóvel) ou referida (dermátomo distante). A migração de uma para outra é informação diagnóstica.

3 Como examinar: preparo e sequência

3.1 Ambiente, exposição e posição

Prepare o exame antes de tocar o paciente. A maioria dos achados falsos à palpação nasce de uma parede contraída por frio, dor, ansiedade ou má posição.[3,5,8]

COMO EXECUTAR

1. Garanta privacidade, luz tangencial (lateral) e mãos e estetoscópio aquecidos. Peça que o paciente esvazie a bexiga.
2. Exponha do apêndice xifoide à sínfise púbica, com as regiões inguinais visíveis; cubra tórax e genitais com lençol.
3. Posicione em decúbito dorsal, com um travesseiro sob a cabeça e, se preciso, outro sob os joelhos. Os braços ficam ao longo do corpo, nunca sobre a cabeça, porque isso tensiona a parede.
4. Fique à direita do paciente, com o leito na altura do seu quadril, para que o antebraço trabalhe na horizontal.
5. Pergunte onde dói e peça que aponte com um dedo. Examine essa área por último.
6. Observe o rosto do paciente durante todo o exame: a expressão de dor é mais fiel que a resposta verbal.



Figura 10. A parede só relaxa com o paciente bem posicionado: cabeça apoiada, braços ao longo do corpo, joelhos fletidos quando necessário.

3.2 A sequência: inspeção, ausculta, percussão, palpação

No abdome, a ordem difere da do tórax: **ausculte antes de percutir e palpar**. A manipulação estimula a motilidade e altera a frequência dos ruídos hidroaéreos. Em cada etapa, vá do geral ao particular e do indolor ao doloroso, comparando sempre com o lado contralateral. Complete o exame com as regiões

inguinocrurais, o toque retal e, quando indicado, o exame pélvico.[3,5]

Em idosos e imunossuprimidos, o exame é frequentemente silencioso: febre e leucocitose podem faltar, e a defesa muscular é tênue ou ausente. Nesses pacientes, um exame inocente não exclui doença grave; reexamine em série, pelo mesmo examinador, e use limiar baixo para a tomografia.[34]

4 Inspeção

Inspecione primeiro de pé, ao lado do leito, e depois agachado, com os olhos na altura do abdome, sob luz tangencial. Assim aparecem abaulamentos discretos, ondas peristálticas e pulsações. Repita a inspeção pedindo que o paciente tussa e eleve a cabeça, para revelar hérnias e diástase.

4.1 Forma e volume

Descreva o abdome como **plano**, **globoso**, **em avental (pendular)**, **escavado (escafoide)** ou **ovoide**. A distensão difusa tem as causas clássicas dos "cinco F": *fat* (gordura), *fluid* (líquido), *flatus* (gás), *feces* (fezes) e *fetus*; acrescente massa e visceromegalia. No abdome globoso, a cicatriz umbilical ajuda: na obesidade ela se aprofunda; na ascite volumosa, fica plana ou evertida, e os flancos se abaulam (abdome de batráquio).

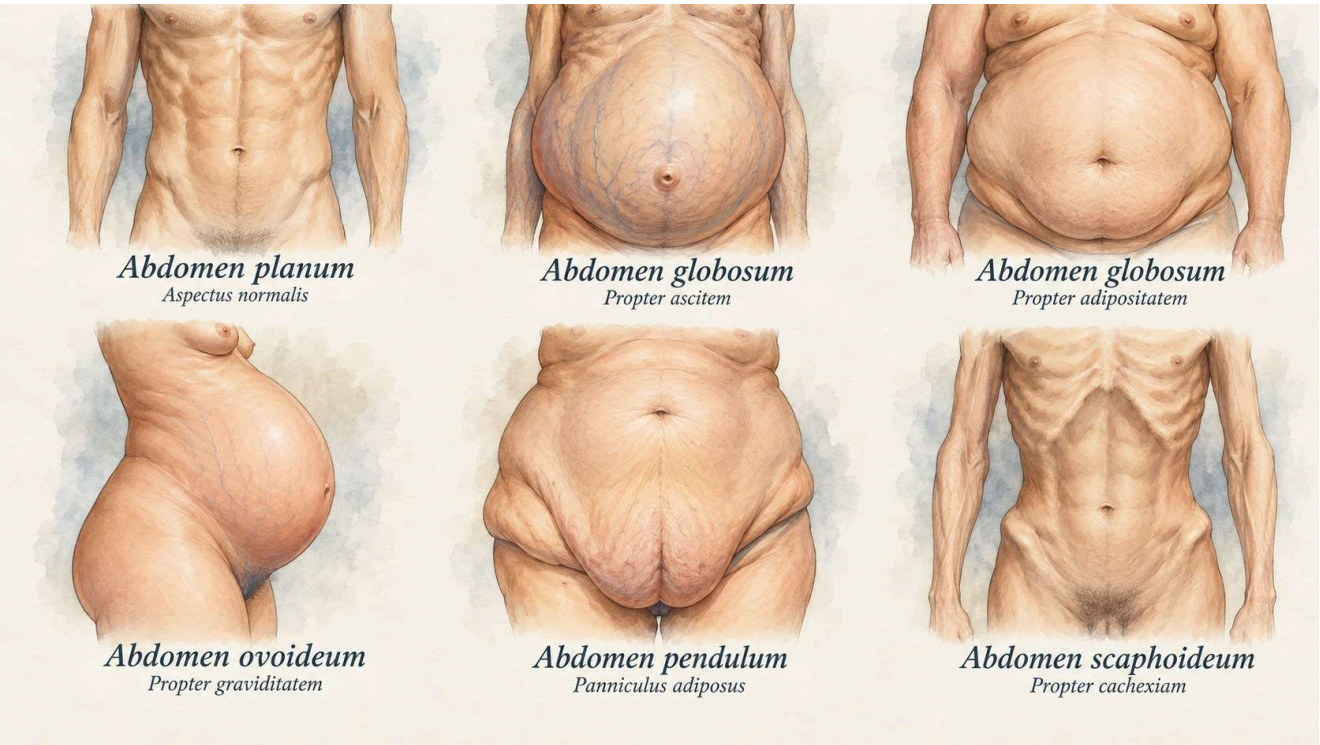


Figura 11. A forma do abdome é o primeiro dado: o globoso da ascite abaula os flancos; o da obesidade aprofunda o umbigo.

4.2 Cicatrizes e incisões

Cada cicatriz conta uma operação prévia e prevê aderências. Em todo abdome distendido com cicatriz, pense primeiro em obstrução por bridas; em toda cicatriz, palpe a linha de sutura à procura de hérnia incisional.[4,8]

Incisão	Traçado	Uso habitual
Mediana	Linha alba, supra, infra ou xifopúbica	Laparotomia exploradora, cirurgia colorretal e do andar superior
Paramediana	Vertical, 2–3 cm lateral à linha média	Hoje pouco usada; cicatrizes antigas
Subcostal (Kocher)	Paralela ao rebordo costal direito, 2–3 cm abaixo	Colecistectomia aberta, cirurgia hepatobiliar
Chevron (bissubcostal)	Subcostal bilateral unida no epigástrio	Hepatectomia, transplante, pancreatectomia
McBurney	Oblíqua na fossa ilíaca direita, perpendicular à linha espinho-umbilical	Apendicectomia aberta
Lanz	Transversa na fossa ilíaca direita, na prega cutânea	Apendicectomia aberta (melhor resultado estético)
Pfannenstiel	Transversa suprapúbica, curva, 2 cm acima da sínfise	Cesariana, cirurgia ginecológica, extração de peças
Rutherford Morison	Oblíqua em fossa ilíaca, estendida lateralmente	Transplante renal, acesso extraperitoneal ilíaco
Portais laparoscópicos	Cicatrizes de 5–12 mm, umbilical e acessórias	Via laparoscópica; hérnia de portal na umbilical

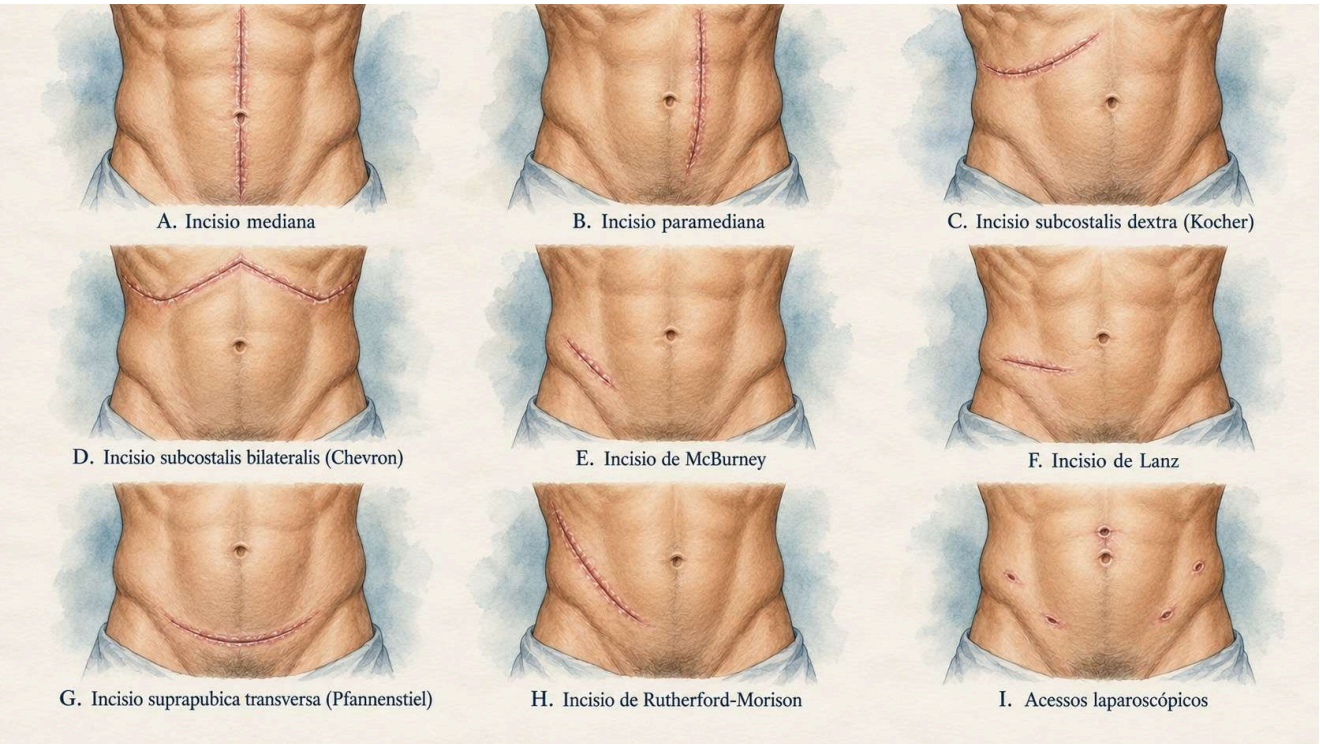


Figura 12. Leia a cicatriz como um prontuário: ela diz o que foi operado e onde procurar a brida ou a hérnia.

EPÔNIMO

Emil Theodor Kocher (1841–1917)

Cirurgião suíço • Universidade de Berna

Professor de cirurgia em Berna por mais de 45 anos, recebeu o Prêmio Nobel de Medicina de 1909 por seus trabalhos sobre a tireoide, o primeiro concedido a um cirurgião. Deu nome também à manobra de mobilização do duodeno e à pinça hemostática.

Trabalho original. Kocher descreveu a incisão subcostal direita para as vias biliares em seu tratado *Chirurgische Operationslehre* (Jena: Fischer; 1892), com cinco edições e traduções para várias línguas.[29]

EPÔNIMO

Hermann Johannes Pfannenstiel (1862–1909)

Ginecologista alemão • Breslau, Giessen e Kiel

Professor de ginecologia em Giessen e Kiel, morreu aos 47 anos de sepse após ferir o dedo durante uma operação.

Trabalho original. Pfannenstiel J. Über die Vortheile des suprasymphysären Fascienquerschnitts für die gynäkologischen Koeliotomien. *Samml Klin Vortr.* 1900;268:1735-56. Relatou os casos operados pela incisão transversa da fáscia acima da sínfise e defendeu sua menor taxa de hérnia incisional em relação à mediana.[30]

EPÔNIMO

James Rutherford Morison (1853–1939)

Cirurgião britânico • Newcastle upon Tyne

Professor de cirurgia em Durham e cirurgião do Royal Victoria Infirmary de Newcastle. Seu nome batiza o recesso hepatorrenal (bolsa de Morison), primeiro local de acúmulo de líquido livre no abdome superior, avaliado na ultrassonografia FAST, e a incisão oblíqua ilíaca extensível.

Trabalho original. Descrições em seus textos de cirurgia abdominal do início do século XX.

> As incisões de McBurney e Lanz têm caixas de epônimo na seção 2.7, com os pontos dolorosos homônimos.

4.3 Cicatriz umbilical e hérnias da parede

Inspecione a cicatriz umbilical quanto a posição, forma, coloração e secreção. O umbigo evertido sugere ascite ou hérnia umbilical; o nódulo umbilical endurecido sugere carcinomatose (nódulo da Irmã Maria José, seção 12.4). A contração do reto abdominal revela a **diástase dos retos** (abaulamento longitudinal na linha média, sem anel), as **hérnias epigástricas** (pequenos nódulos na linha alba supraumbilical) e as **hérnias umbilicais e incisionais**.

COMO EXECUTAR

1. Paciente em decúbito dorsal: inspecione a parede em repouso.
2. Peça que eleve a cabeça e os ombros sem apoiar as mãos, ou que tussa: observe o abaulamento.
3. Palpe o anel com a polpa do indicador; meça o maior diâmetro em centímetros.
4. Tente reduzir o conteúdo com pressão suave e contínua. Hérnia dolorosa, tensa, irredutível e com pele hiperemiada é estrangulada até prova em contrário.
5. Repita em ortostatismo se a hérnia não aparecer deitado.

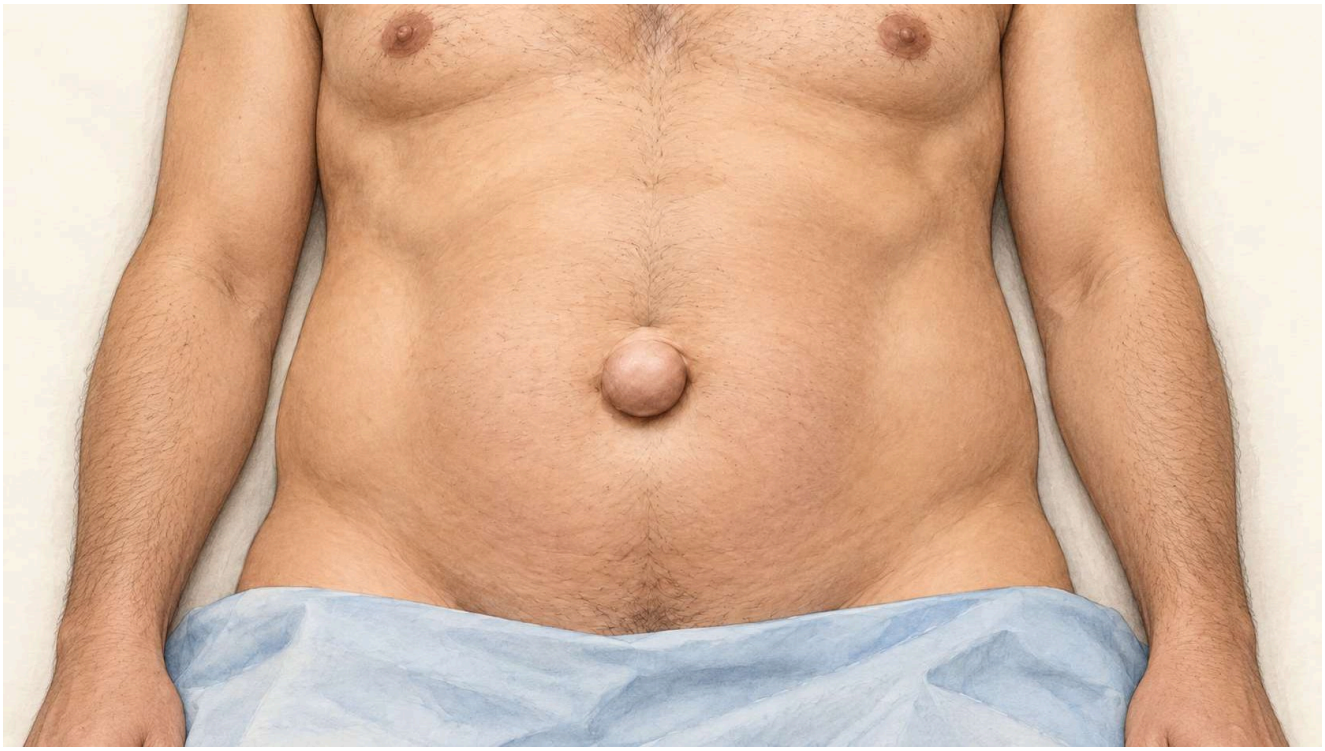


Figura 13. A hérnia que se esconde no repouso aparece no esforço: examine sempre com a parede contraída.

4.4 Equimoses da parede: Cullen, Grey Turner e Fox

Três equimoses indicam sangue que dissecou do retroperitônio ou da cavidade até o subcutâneo. Surgem em geral 24 a 72 horas depois do evento: não são sinais precoces.[24,25,27]

- **Sinal de Cullen:** equimose periumbilical, azulada; o sangue chega ao umbigo pelo ligamento falciforme e pelo ligamento redondo.
- **Sinal de Grey Turner:** equimose nos flancos; o sangue do espaço pararrenal posterior alcança o subcutâneo lateral.
- **Sinal de Fox:** equimose na face anterossuperior da coxa, abaixo do ligamento inguinal, por extensão ao longo da fáscia do iliopsoas.

As causas são pancreatite aguda necro-hemorrágica, ruptura de aneurisma de aorta, gravidez ectópica rota, trauma e anticoagulação. Na pancreatite aguda, os sinais são raros (cerca de 3 % dos casos), mas associam-se a mortalidade elevada, em torno de um terço dos pacientes na série de Dickson e Imrie.[26] Quando presentes, indicam tomografia e terapia intensiva; a ausência não exclui doença grave.

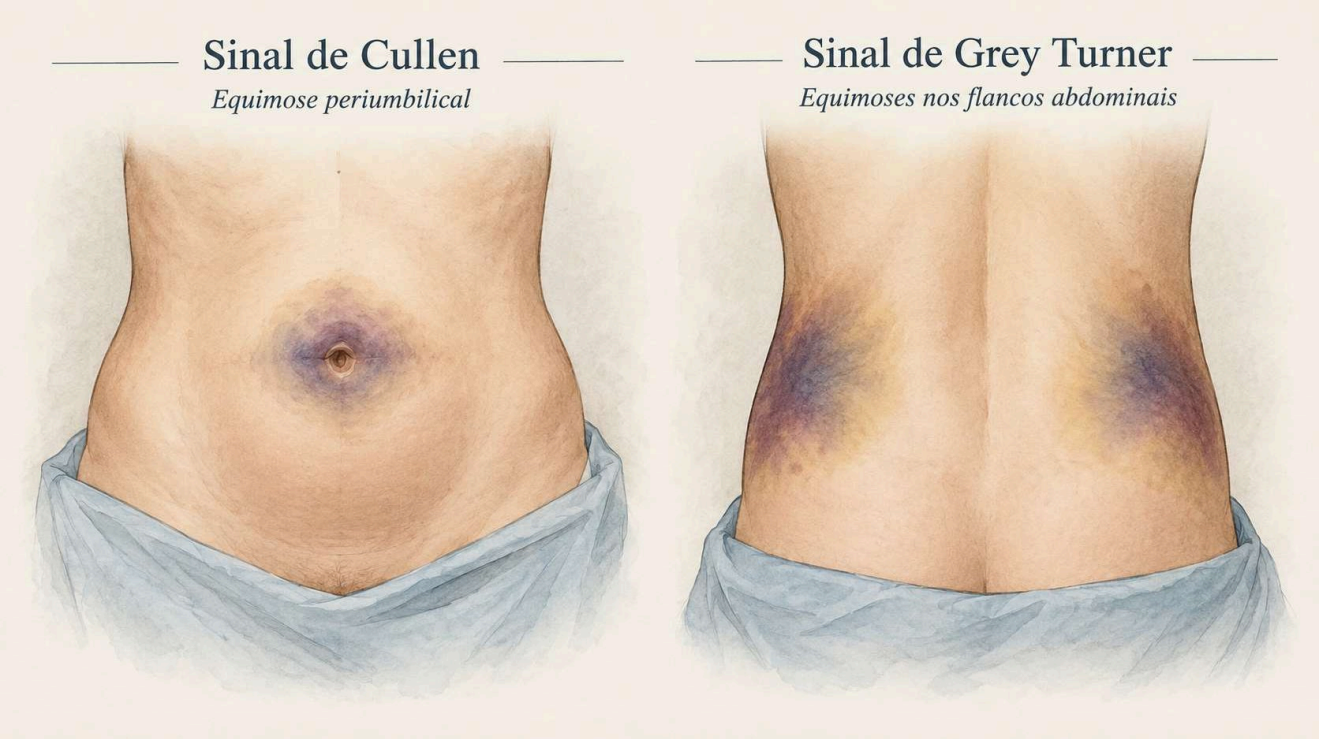


Figura 14. Equimose periumbilical e nos flancos é sangue retroperitoneal que chegou à pele: sinal tardio e grave.

EPÔNIMO

Thomas Stephen Cullen (1868–1953)

Ginecologista canadense-americano • Johns Hopkins Hospital

Formado em Toronto, foi aluno e sucessor de Howard Kelly no Johns Hopkins. Apoiou Max Brödel na criação da ilustração médica como disciplina.

Trabalho original. Cullen TS. A new sign in ruptured extrauterine pregnancy. *Am J Obstet Dis Women Child.* 1918;78:457. Descreveu a coloração azulada do umbigo em paciente com gravidez ectópica rota e hemoperitônio; o sinal foi depois associado à pancreatite.[24]

EPÔNIMO

George Grey Turner (1877–1951)

Cirurgião britânico • Newcastle e Hammersmith

Professor de cirurgia em Newcastle e primeiro diretor da Postgraduate Medical School do Hammersmith Hospital. Pioneiro da esofagectomia sem toracotomia (1933).

Trabalho original. Grey Turner G. Local discoloration of the abdominal wall as a sign of acute pancreatitis. *Br J Surg.* 1920;7(27):394-5. Descreveu a equimose nos flancos em pacientes com pancreatite aguda e atribuiu-a à difusão retroperitoneal do sangue.[25]

EPÔNIMO

John Adrian Fox

Cirurgião britânico

Cirurgião britânico da segunda metade do século XX.

Trabalho original. Fox JA. A diagnostic sign of extraperitoneal haemorrhage. *Br J Surg.* 1966;53(3):193-5. Propôs a equimose abaixo do ligamento inguinal como sinal de hemorragia extraperitoneal.[27]

4.5 Circulação colateral

Veias visíveis na parede indicam obstrução ao fluxo venoso profundo. O padrão e, sobretudo, a **direção do fluxo** localizam o obstáculo.[5,8,10]

Padrão	Distribuição	Fluxo	Obstáculo
Portal	Periumbilical, radiado; *caput medusae* nos casos extremos	Centrífugo, a partir do umbigo	Hipertensão portal com veia umbilical recanalizada
Cava inferior	Flancos e parede lateral, da raiz da coxa ao tórax	Ascendente, inclusive abaixo do umbigo	Trombose ou compressão da veia cava inferior
Cava superior	Tórax e abdome superior	Descendente	Obstrução da veia cava superior

COMO EXECUTAR

1. Escolha um segmento venoso retilíneo, sem ramificações, de 3–4 cm.
2. Comprima-o com os dois indicadores juntos e afaste-os, esvaziando o segmento.
3. Retire um dos dedos e observe se o segmento se enche; repita com o outro.
4. O lado de onde vem o reenchimento rápido indica a origem do fluxo.

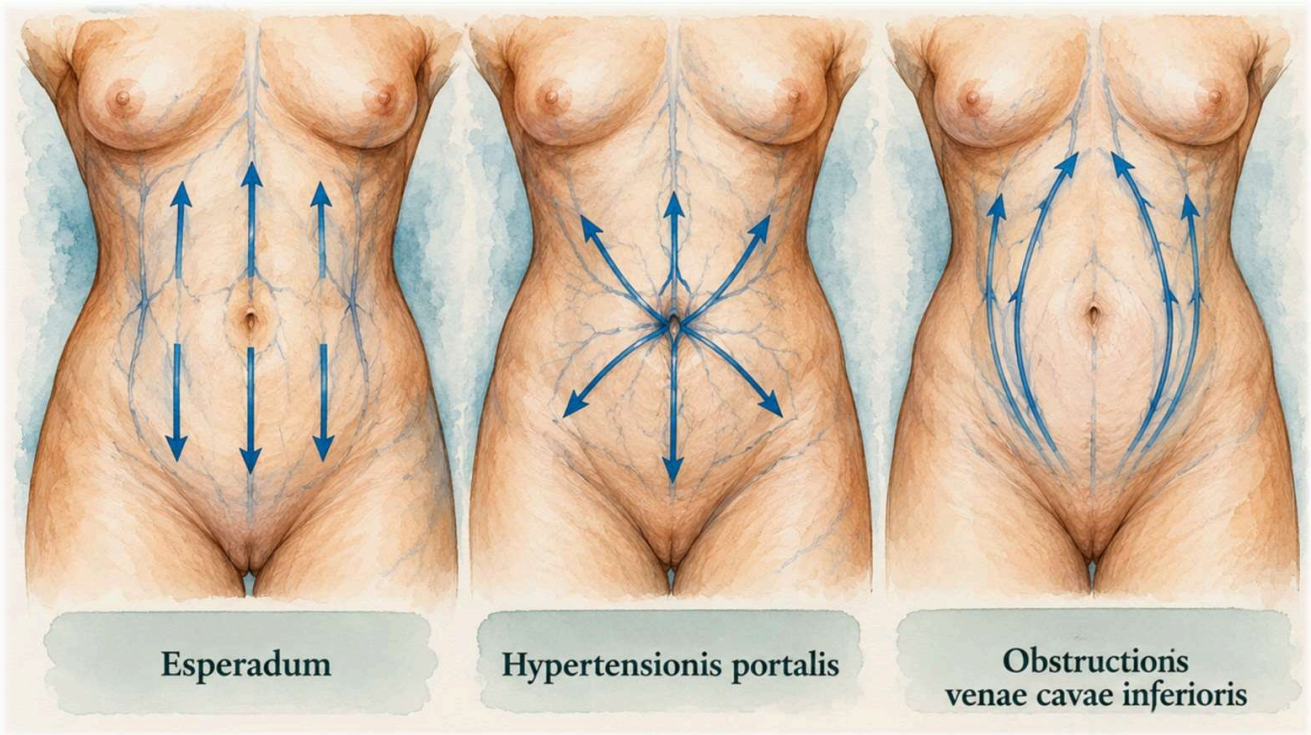


Figura 15. O sentido do fluxo localiza o obstáculo: centrífugo no umbigo é portal; ascendente nos flancos é cava inferior.



Figura 16. *Caput medusae*: a veia umbilical recanalizada descomprime a hipertensão portal pela parede.

4.6 Peristaltismo visível: ondas de Kussmaul

Ondas peristálticas visíveis sob luz tangencial indicam obstrução de víscera oca com hipertrofia muscular a montante. No epigástrio, da esquerda para a direita, sugerem estenose pilórica; no mesogástrio, em "degraus de escada", obstrução do delgado. Em pacientes muito magros e em multíparas com diástase, o peristaltismo normal pode ser visível. Em séries de abdome agudo, peristaltismo visível e distensão foram dos achados que mais aumentaram a probabilidade de obstrução intestinal.[33]



Figura 17. Peristaltismo visível é a musculatura lutando contra um obstáculo: pense em obstrução mecânica.

EPÔNIMO

Adolf Kussmaul (1822–1902)

Médico alemão • Erlangen, Freiburg e Estrasburgo

Descreveu a respiração acidótica, o pulso paradoxal e, com Maier, a poliarterite nodosa. Em 1868 fez as primeiras tentativas de esofagogastroscopia rígida, com um engolidor de espadas.

Trabalho original. Kussmaul A. Über die Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode mittelst der Magenpumpe. *Dtsch Arch Klin Med.* 1869;6:455-500. Ao introduzir a lavagem gástrica por sonda na dilatação gástrica por estenose pilórica, descreveu as ondas peristálticas visíveis do estômago obstruído.[28]

4.7 Distensão e cólicas por flatulência

Cólica intermitente com distensão, borborigmos audíveis à distância e alívio com a eliminação de flatos sugere distúrbio funcional ou suboclusão. Cólicas a cada 3–5 minutos com distensão central sugerem obstrução do delgado; intervalos maiores e distensão periférica, em moldura, obstrução do cólon. Ausência de flatos e fezes há mais de 24 horas, com vômitos, transforma a cólica funcional em hipótese de obstrução mecânica.[3,33]

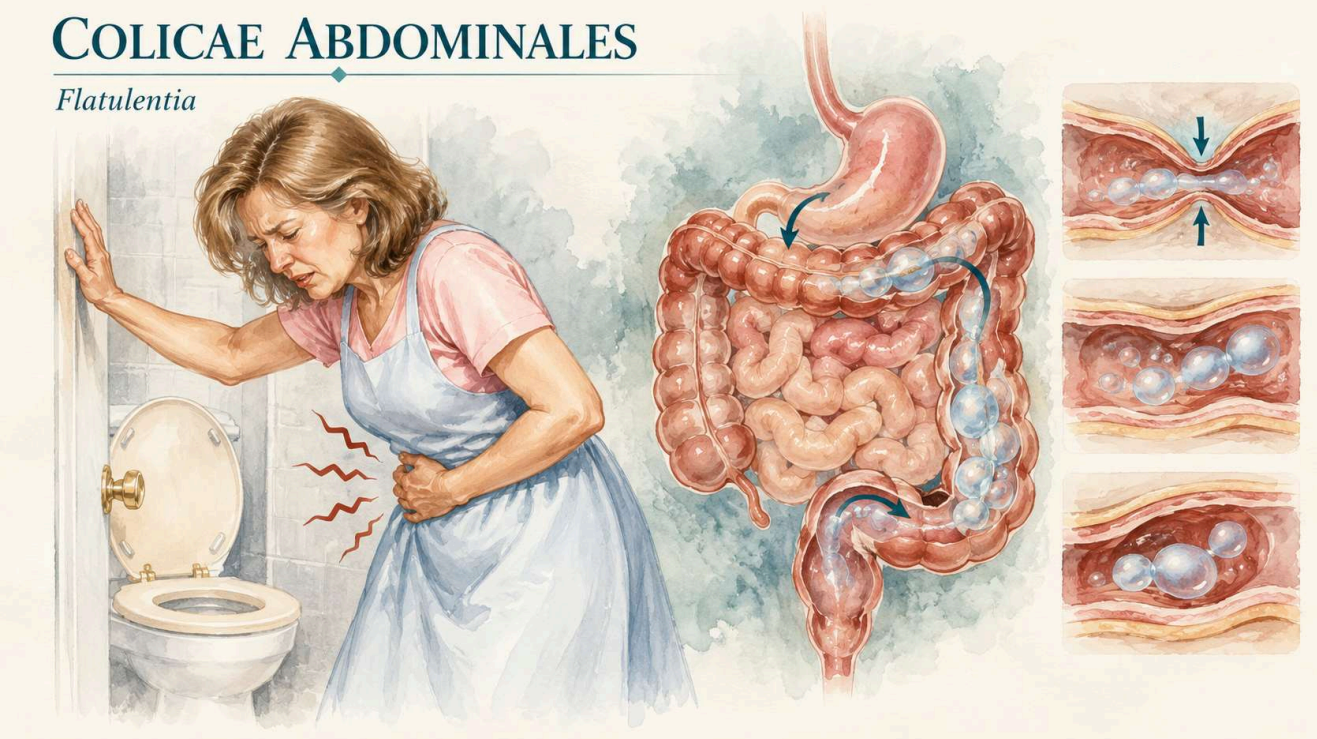


Figura 18. Cólica com distensão e alívio aos flatos é funcional; sem flatos e com vômitos, é obstrução até prova em contrário.

CONCLUSÃO DO BLOCO 4

1. Inspecione sob luz tangencial e repita com a parede contraída: hérnias e diástase só aparecem no esforço.
2. Leia as cicatrizes como prontuário: abdome distendido com cicatriz é brida até prova em contrário.
3. Cullen, Grey Turner e Fox são raros e tardios, mas graves; o sentido do fluxo localiza o obstáculo venoso.

5 Ausculta

5.1 Técnica

COMO EXECUTAR

1. Ausculte antes de percutir ou palpar.
2. Use o diafragma do estetoscópio, aquecido, com pressão leve.
3. Ausculte um ponto em cada quadrante; no paciente sem ruídos, mantenha a escuta por até 2 minutos antes de declarar silêncio.
4. Use a campânula para sopros: epigástrio (aorta), 2–3 cm acima e lateral ao umbigo (artérias renais), fossas ilíacas (ilíacas); procure atritos sobre fígado e baço.

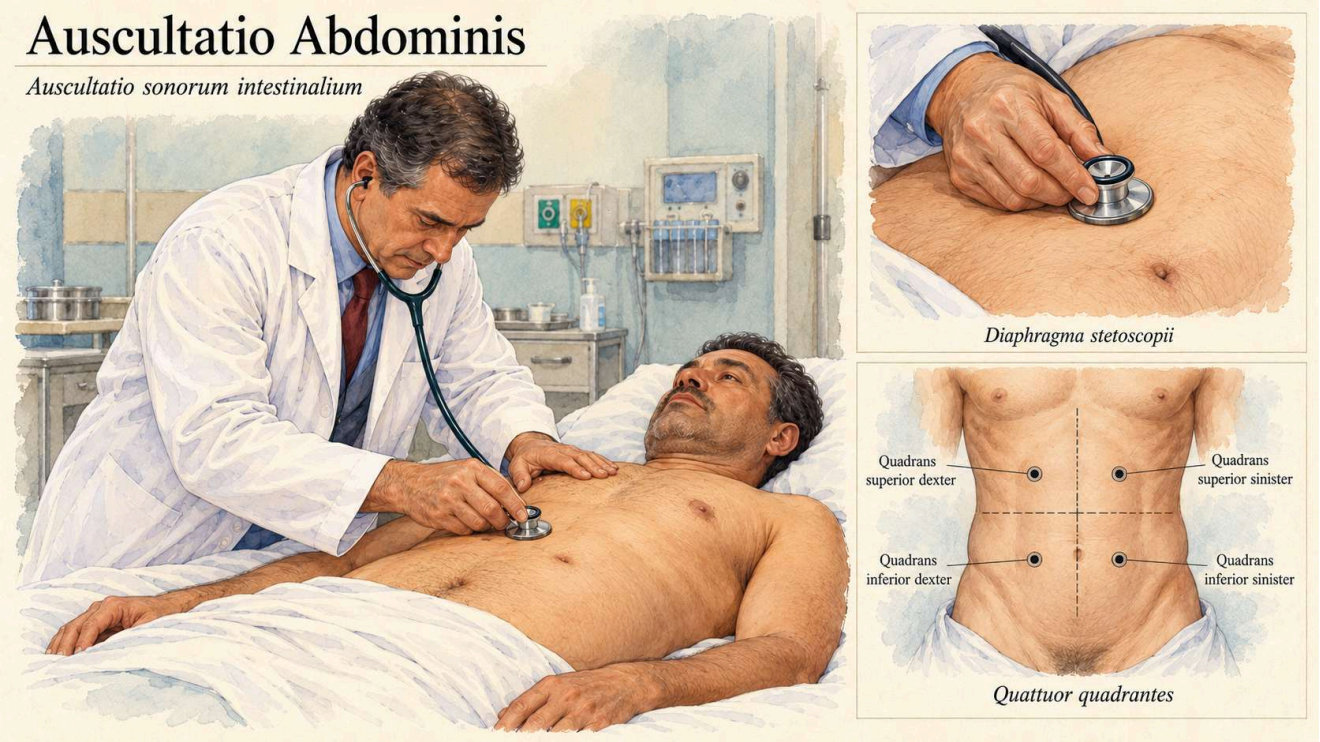


Figura 19. Ausculte primeiro: a palpação altera os ruídos que se quer medir.

5.2 Ruídos hidroaéreos

Os ruídos normais são estalidos e gorgolejos irregulares, de 5 a 35 por minuto. Descreva-os como presentes, aumentados, diminuídos ou ausentes, e quanto ao timbre. Na **obstrução mecânica** há salvas de ruídos aumentados, coincidentes com a cólica, de timbre agudo ou metálico (“ruídos de luta”). No **íleo paralítico** e na **peritonite** avançada há silêncio.

A acurácia da ausculta é modesta e a concordância entre examinadores, baixa. Em estudos com gravações de pacientes normais, com íleo e com obstrução, examinadores experientes e residentes acertaram a categoria em pouco mais da metade das vezes.[31,32] A ausculta isolada não diagnostica nem exclui obstrução; seu valor está na combinação com cólica, distensão, vômitos e cicatriz prévia.[33]

ACURÁCIA

Ausculta na suspeita de obstrução intestinal

Achado	Interpretação	Valor diagnóstico
Ruídos aumentados, metálicos	Obstrução mecânica	Aumenta moderadamente a probabilidade quando associados a cólica e distensão
Silêncio (≥ 2 min)	Íleo, peritonite tardia, isquemia	Sensibilidade baixa; ausência não exclui obstrução
Ruídos normais	—	Não exclui obstrução nem peritonite

Fontes: Böhner et al.; Gu et al.; Felder et al.; McGee.[3,31,32,33]

5.3 Sopros vasculares e atritos

Sopros. Um sopro sistólico epigástrico pode ser ouvido em jovens normais. Sopro sistólico-diastólico na região renal, em hipertenso, sugere estenose de artéria renal; sopro sobre massa pulsátil, aneurisma de aorta; sopro contínuo sobre o fígado, carcinoma hepatocelular ou fístula arteriovenosa.[3]

Atritos. Ruído áspero, sincrônico com a respiração, sobre fígado ou baço indica inflamação da cápsula: tumor, infarto esplênico, abscesso ou biópsia recente.

Sinal de Cruveilhier-Baumgarten. Zumbido venoso contínuo e suave entre o umbigo e o apêndice xifoide, que aumenta com a manobra de Valsalva, indica fluxo pela veia umbilical recanalizada na hipertensão portal.[35]

EPÔNIMO

Jean Cruveilhier (1791–1874) e Paul Clemens von Baumgarten (1848–1928)

Patologista francês (Paris) • Patologista alemão (Tübingen)

Cruveilhier foi o primeiro professor de anatomia patológica da Faculdade de Paris e autor de um grande atlas de patologia. Baumgarten, professor em Königsberg e Tübingen, estudou a tuberculose e a hipertensão portal.

Trabalho original. Cruveilhier descreveu o zumbido umbilical com veia umbilical pérvia na *Anatomie pathologique du corps humain* (1829-1842); Baumgarten relacionou-o à cirrose em 1907.[35]

5.4 Ausculta-percussão e patinhação

Ausculta-percussão (teste do arranhão). Com o diafragma logo abaixo do xifoide, arranhe suavemente a pele com a ponta do dedo, de baixo para cima, na linha hemiclavicular direita; o som aumenta quando o dedo passa sobre o fígado. A acurácia é inferior à da percussão e da palpação: não use isoladamente.[3]

Patinhação (vascolejo). Com o estetoscópio no epigástrio, balance o paciente pelos quadris. Ruído de líquido mais de 3–4 horas após a última ingestão indica estômago com gás e líquido retido: estenose pilórica ou gastroparesia.

EPÔNIMO

Hipócrates de Cós (c. 460–370 a.C.)

Médico grego • Escola de Cós

Deu nome à sucussão hipocrática: agitar o tronco do paciente e escutar o líquido que se move numa cavidade com gás. A observação, descrita para o piopneumotórax, é a origem do vascolejo gástrico.

Trabalho original. O *Corpus Hippocraticum* descreve a escuta direta dos sons das cavidades com o ouvido aplicado ao corpo. Edição de referência: Littré, *Œuvres complètes d'Hippocrate* (1839-1861).[36]

CONCLUSÃO DO BLOCO 5

1. Ausculte antes de tocar e por tempo suficiente; silêncio só depois de 2 minutos.
2. A ausculta isolada tem baixa acurácia: interprete com cólica, distensão e cicatriz.
3. Sopros e atritos localizam doença vascular, hepática e esplênica; zumbido umbilical indica hipertensão portal.

6 Percussão

6.1 Técnica dígito-digital

COMO EXECUTAR

1. Apoie com firmeza apenas a falange média do dedo médio da mão não dominante (plexímetro) sobre a pele; os outros dedos ficam afastados.
2. Golpeie a base da falange distal do plexímetro com a ponta do dedo médio da mão dominante (plessor), com movimento do punho, não do cotovelo.
3. Dê dois golpes curtos e retire o plessor logo após cada golpe, para não abafar o som.
4. Percuta os quatro quadrantes e depois delimite órgãos, sempre do som claro (timpânico) para o maciço.

O abdome normal é predominantemente **timpânico**, pelo gás intestinal. **Macicez** aparece sobre fígado, baço cheio, bexiga distendida, útero grávido, massas, fezes e líquido. A **submacicez** é intermediária.

Percuta também para pesquisar dor: a dor à percussão leve é um sinal peritoneal (seção 7.3).[3,5,8]

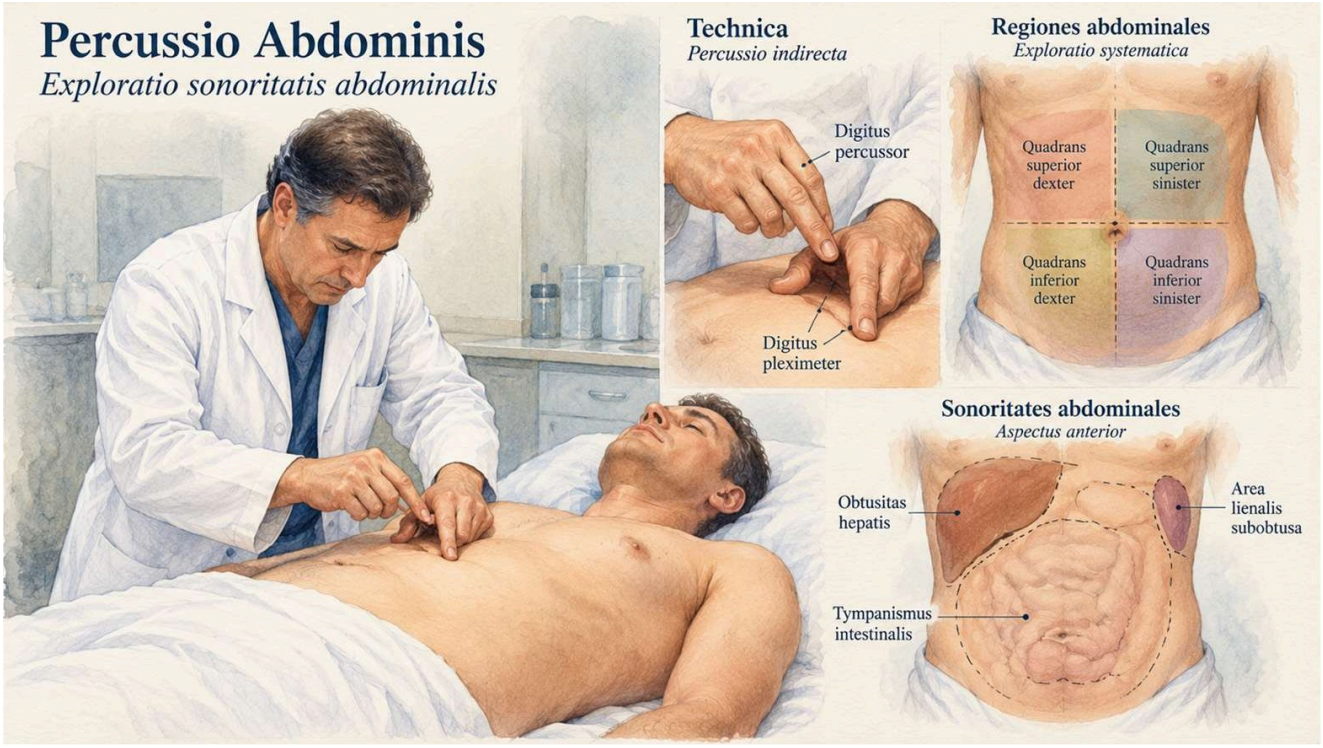


Figura 20. Percuta do timpânico para o maciço: o limite é onde o som muda.

6.2 Hepatimetria

COMO EXECUTAR

1. Na linha hemiclavicular direita, percuta de cima para baixo a partir do 3º espaço intercostal, até o som claro pulmonar mudar para maciço: limite superior (em geral 5º–6º espaço).
2. Percuta de baixo para cima, a partir da fossa ilíaca direita, até o timpânico mudar para maciço: limite inferior (em geral no rebordo).
3. Meça a distância entre os dois pontos com régua. Repita na linha mediana (esternal).

Valores de referência: 6 a 12 cm na linha hemiclavicular (maiores em homens e pessoas altas) e 4 a 8 cm na linha mediana. A percussão tende a subestimar o tamanho real do fígado medido por imagem, e a concordância entre examinadores é moderada. A hepatimetria aumentada eleva modestamente a probabilidade de hepatomegalia; uma borda palpável isolada, sem hepatimetria, aumenta pouco a probabilidade (LR+ ≈ 2) e sua ausência reduz pouco (LR− ≈ 0,5).[3,38]

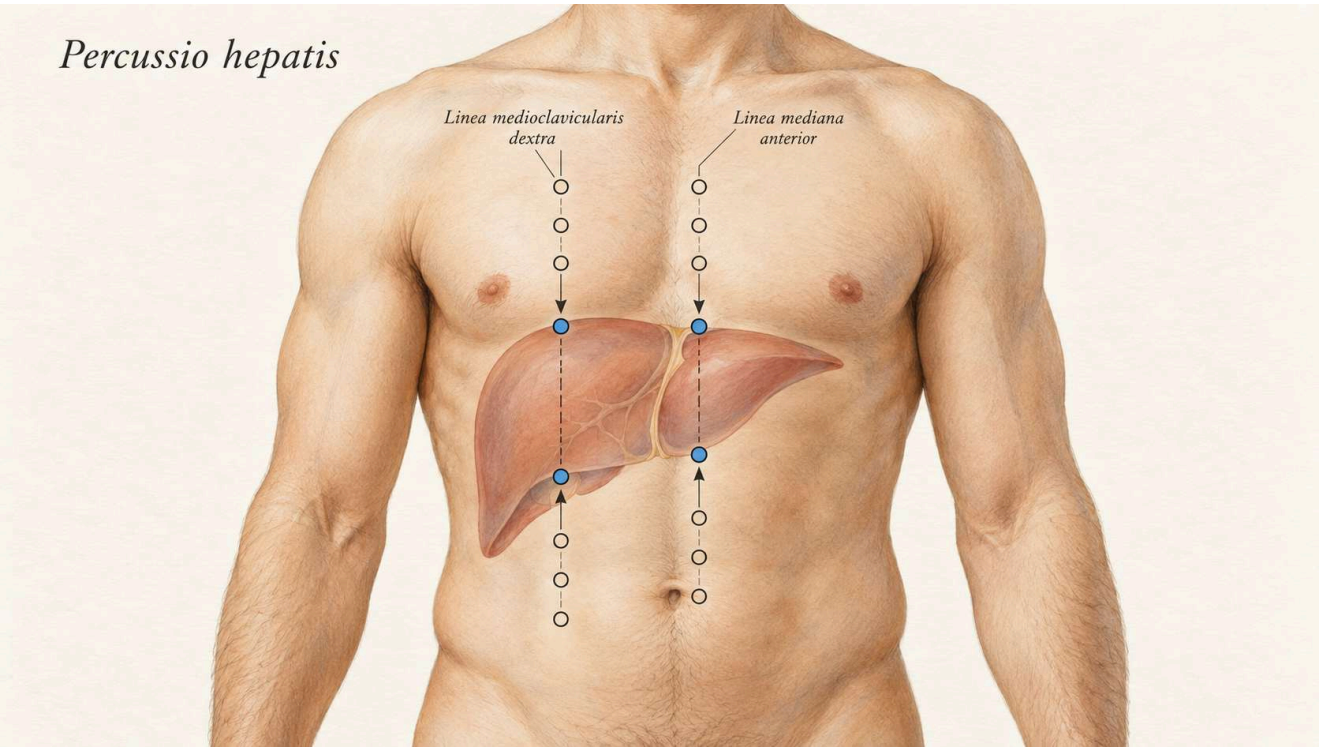


Figura 21. Meça o fígado entre dois limites percutidos: borda palpável sozinha não define hepatomegalia.

6.3 Pneumoperitônio: sinal de Jobert

O desaparecimento da macicez hepática na linha axilar média direita, substituída por timpanismo, sugere ar livre interposto entre o fígado e a parede (pneumoperitônio por perfuração de víscera oca). Falso-positivos ocorrem com interposição do cólon (sinal de Chilaiditi), distensão gasosa intensa e enfisema. No paciente com dor súbita e defesa, o sinal reforça a hipótese de perfuração, mas a confirmação é radiológica (radiografia em ortostatismo ou tomografia).[3,51]

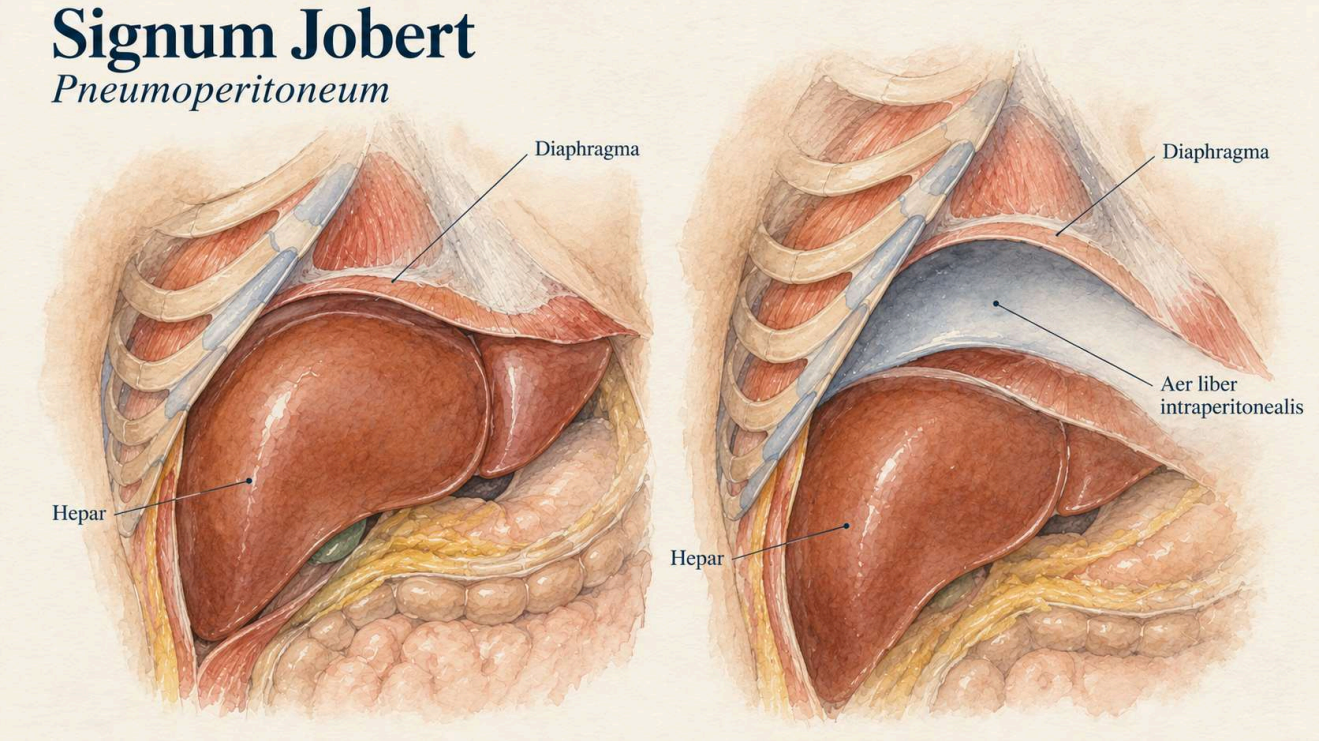


Figura 22. Timpanismo onde deveria haver macicez hepática: pense em ar livre.

EPÔNIMO

Antoine Joseph Jobert de Lamballe (1799–1867)

Cirurgião francês • Hôtel-Dieu, Paris

Nascido em Lamballe, na Bretanha, foi cirurgião do Hôtel-Dieu e do imperador Napoleão III. Pioneiro da cirurgia plástica e da reparação da fístula vesicovaginal; descreveu uma técnica de sutura intestinal com inversão das serosas.

Trabalho original. O sinal foi descrito nos estudos de Jobert sobre lesões traumáticas e perfurações do intestino.[51]

6.4 Baço: espaço de Traube, sinal de Castell e método de Nixon

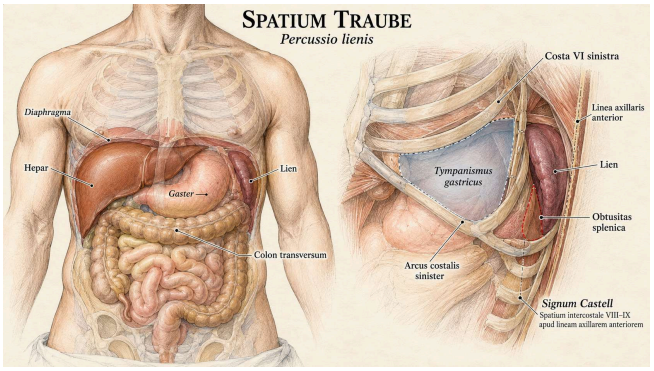
O baço normal fica sob as costelas 9 a 11, na linha axilar média, e não é palpável. A percussão é a primeira etapa na suspeita de esplenomegalia.[39]

COMO EXECUTAR

1. **Espaço de Traube** (seção 2.7): com o paciente em decúbito dorsal e respiração normal, percuta a área entre a 6ª costela, a linha axilar anterior e o rebordo costal esquerdos. Timpânico é normal; maciço sugere esplenomegalia.
2. **Sinal de Castell**: percuta o último espaço intercostal (8º ou 9º) na linha axilar anterior esquerda, em expiração e depois em inspiração profunda. Positivo se o som passa de timpânico a maciço na inspiração.
3. **Método de Nixon**: com o paciente em decúbito lateral direito, percuta a partir do ponto médio do rebordo costal esquerdo, em direção perpendicular a ele, para cima. Macicez que se estende mais de 8 cm acima do rebordo sugere esplenomegalia.

Falso-positivos de macicez: refeição recente, derrame pleural esquerdo, obesidade e fezes no cólon esquerdo.[40,41,23]

A • Espaço de Traube



B • Percussão esplênica

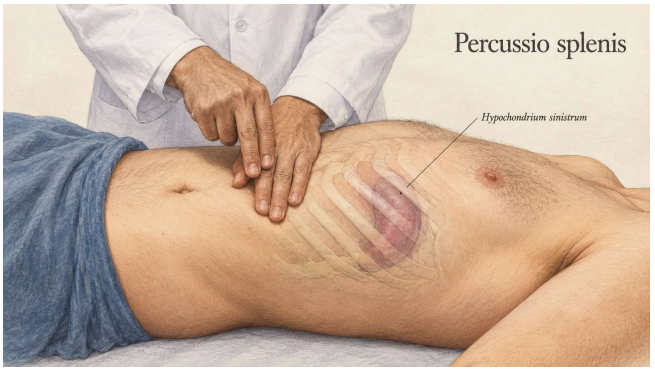


Figura 23–24. Percuta antes de palpar o baço: a macicez em Traube ou no sinal de Castell indica palpar com atenção redobrada.

ACURÁCIA

Esplenomegalia

Achado	LR+	LR−
Baço palpável	≈ 8	≈ 0,5
Macicez no espaço de Traube	≈ 2	≈ 0,8
Sinal de Castell positivo	≈ 1,7	≈ 0,7
Método de Nixon positivo	≈ 2	≈ 0,7

Valores aproximados. Fontes: Grover et al. (RCE); Barkun et al.; McGee.[3,23,39]

EPÔNIMO

Donald O. Castell (1935–)

Gastroenterologista norte-americano

Gastroenterologista da Marinha dos Estados Unidos e, depois, professor na Medical University of South Carolina, conhecido sobretudo por seus trabalhos sobre motilidade esofágica e doença do refluxo.

Trabalho original. Castell DO. The spleen percussion sign: a useful diagnostic technique. *Ann Intern Med.* 1967;67(6):1265-7. Propôs percutir o último espaço intercostal na linha axilar anterior em inspiração e expiração, observando que o baço aumentado desce com o diafragma.[40]

EPÔNIMO

Robert K. Nixon Jr.

Médico norte-americano • Henry Ford Hospital, Detroit

Internista do Henry Ford Hospital, propôs um método de percussão do baço em decúbito lateral direito, em que o baço aumentado se aproxima da parede.

Trabalho original. Nixon RK Jr. The detection of splenomegaly by percussion. *N Engl J Med.* 1954;250(4):166-7.[41]

> Ludwig Traube tem caixa de epônimo na seção 2.7.

6.5 Dor à percussão: sinais de Torres-Homem e de Giordano

Sinal de Torres-Homem. Dor intensa, circunscrita, à percussão digital leve sobre a área hepática, no hipocôndrio direito ou nos últimos espaços intercostais, sugere abscesso hepático (amebiano ou piogênico) próximo à superfície. Pesquise com percussão dígito-digital suave, comparando com a área hepática adjacente e com o lado esquerdo.[49]

Sinal de Giordano. Com o paciente sentado, golpeie suavemente com a borda ulnar da mão fechada o ângulo costovertebral (punho-percussão), comparando os dois lados. Dor que faz o paciente se esquivar sugere pielonefrite aguda ou obstrução ureteral com hidronefrose; também pode ocorrer na apendicite retrocecal e em doenças musculoesqueléticas.[50]

A • Torres-Homem **B • Giordano**

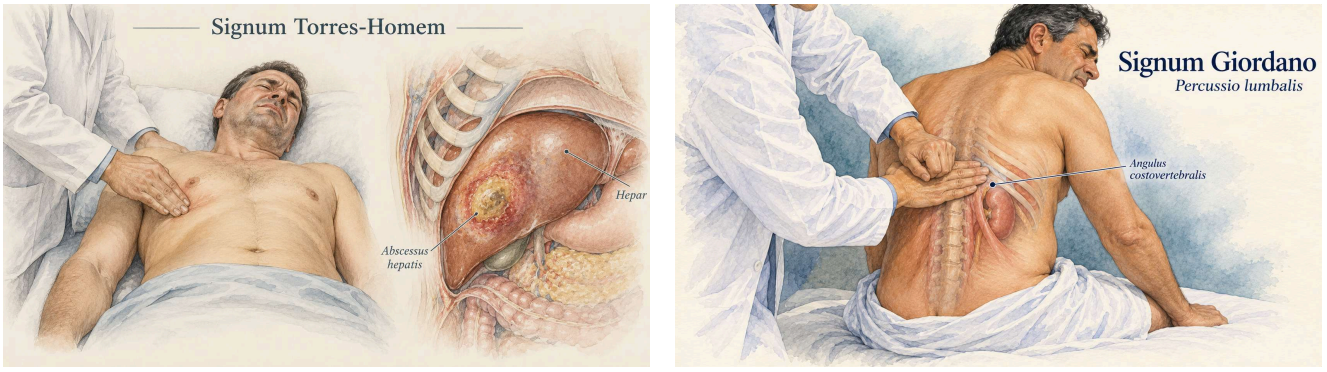


Figura 25–26. Dor à percussão leve localiza inflamação: no fígado, abscesso; na loja renal, pielonefrite ou obstrução.

EPÔNIMO

João Vicente Torres Homem (1837–1887)

Clínico brasileiro • Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

Professor de clínica médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e um dos clínicos mais influentes do Império. Suas lições, publicadas em vários volumes, formaram gerações de médicos brasileiros e descrevem doenças tropicais e hepáticas com base na observação de enfermaria.

Trabalho original. O sinal da dor à percussão no abscesso hepático foi descrito em suas *Lições de clínica médica*.[49]

Trabalho original. Torres Homem JV. *Lições de clínica médica*, preleções feitas no Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro e publicadas pela Laemmert em três volumes (1882–1887), em que descreve, entre outros achados, o sinal da dor à percussão do hipocôndrio direito no abscesso hepático.[116]

EPÔNIMO

Davide Giordano (1864–1954)

Cirurgião italiano • Ospedale Civile, Veneza

Cirurgião-chefe do hospital civil de Veneza, dedicado à urologia e à cirurgia geral; foi também senador e prefeito de Veneza.

Trabalho original. O sinal da punho-percussão lombar dolorosa nas afecções renais é atribuído a Giordano.[50]

CONCLUSÃO DO BLOCO 6

1. Percuta do timpânico para o maciço; meça o fígado entre dois limites, não pela borda.
2. Na suspeita de esplenomegalia, percuta (Traube, Castell) e depois palpe: a palpação positiva tem o maior LR.
3. Dor à percussão leve é sinal peritoneal; localizada no fígado ou na loja renal, sugere abscesso ou pielonefrite.

7 Palpação

7.1 Palpação superficial

COMO EXECUTAR

1. Com a mão espalmada, dedos unidos e a face palmar das falanges, deprima a parede cerca de 1 cm, com movimentos suaves e circulares.
2. Comece pelo quadrante mais distante da dor e termine nele.
3. Avalie temperatura, sensibilidade, tônus e resistência da parede, e pesquise massas superficiais.
4. Distraia o paciente com conversa; peça que respire pela boca e flexione os joelhos.

Distinga **defesa voluntária** (contração que cede com distração, com a expiração ou com o reposicionamento) de **rigidez** (contração involuntária, contínua, "em tábua"), que traduz peritonite. A rigidez é o achado de maior LR para peritonite à beira do leito.[3]

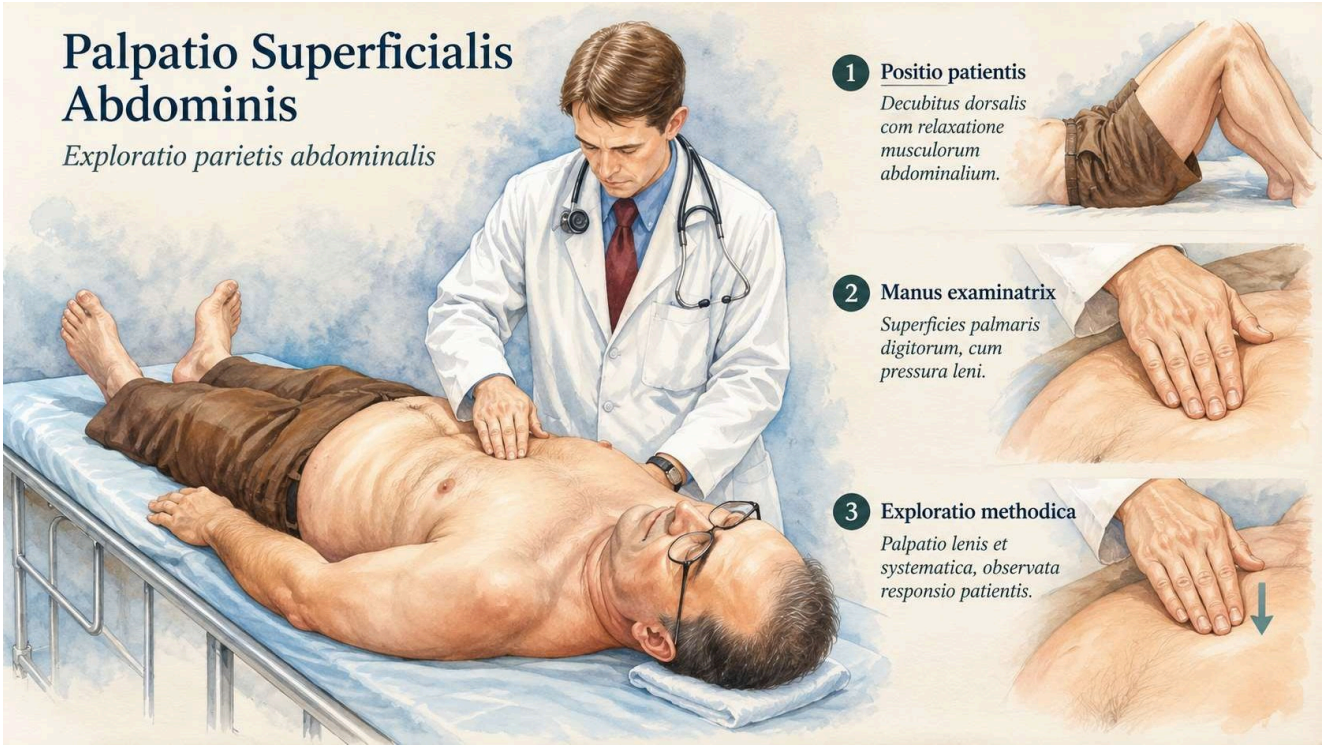


Figura 27. Palpe primeiro o lado indolor: a parede que relaxa é a que informa.

7.2 Palpação profunda e estruturas normais

Deprima 4–5 cm com uma mão sobre a outra (a de cima faz a pressão; a de baixo, sensível, palpa), com movimento deslizante durante a expiração. No abdome normal podem ser palpáveis: a aorta no epigástrio (pulsátil, com largura inferior a 3 cm), o cólon sigmoide na fossa ilíaca esquerda (cilíndrico, móvel, por vezes com fezes), o ceco na fossa ilíaca direita (gorgolejante), a borda hepática e o polo inferior do rim direito no longilíneo. Descreva toda massa por localização, tamanho, forma, consistência, superfície, mobilidade, pulsatilidade e sensibilidade.[5,8]

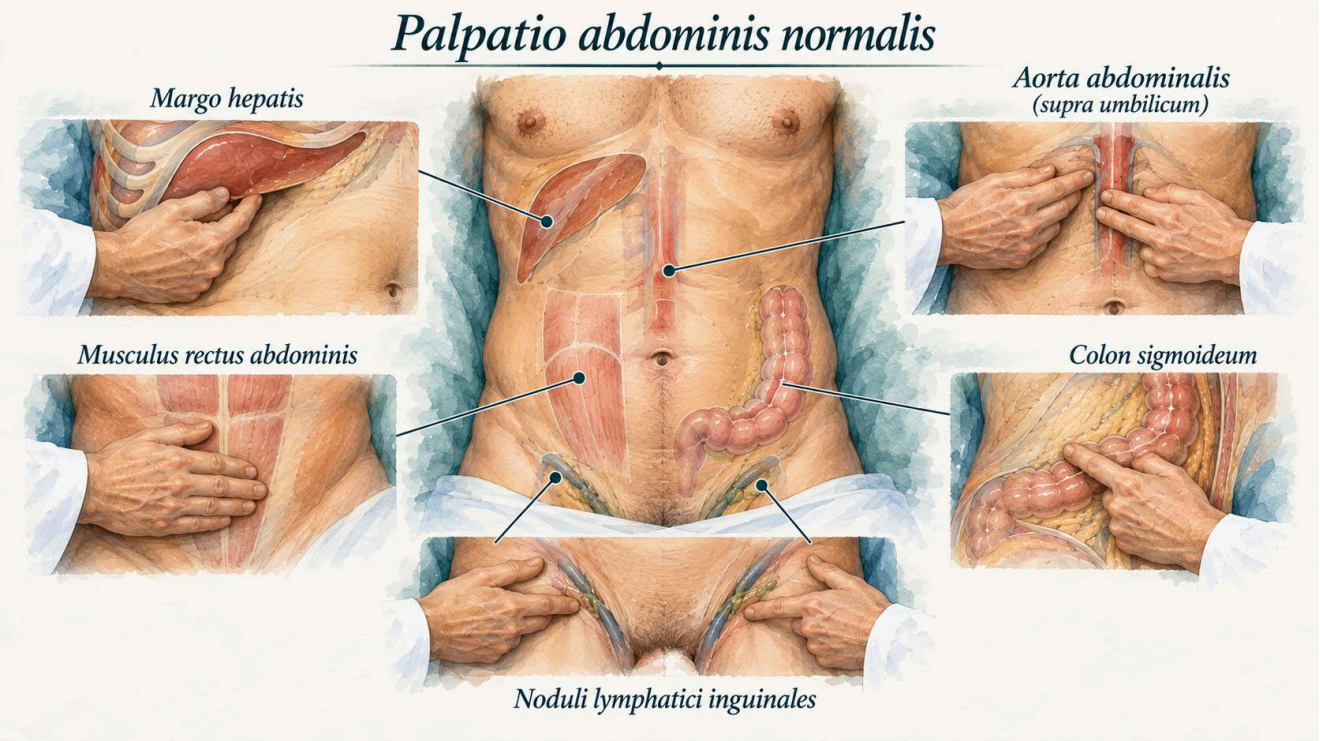


Figura 28. Conheça o que é palpável no normal para não chamar de massa o sigmoide com fezes.

7.3 Sinais de irritação peritoneal e sinal de Blumberg

COMO EXECUTAR

1. Comprima lenta e profundamente o ponto doloroso com a mão espalmada (ou com 2–3 dedos) por alguns segundos.
2. Retire a mão de forma brusca.
3. Positivo: dor aguda e intensa no momento da descompressão, maior que a da compressão; observe a face do paciente.

A descompressão dolorosa traduz a vibração do peritônio parietal inflamado. Por ser desconfortável e de acurácia variável, pode ser substituída por manobras que mobilizam o peritônio com menos dor: a **percussão leve** da área (dor à percussão), a **tosse** (dor localizada ao tossir) e o **teste do calcanhar** (seção 11.1). A rigidez e a defesa pesam mais que a descompressão.[3,43]

ACURÁCIA

Peritonite

Achado	LR+	LR−
Rigidez	≈ 3,6	≈ 0,8
Defesa	≈ 2,6	≈ 0,6
Dor à percussão	≈ 2,4	≈ 0,5
Descompressão dolorosa (Blumberg)	≈ 2,1	≈ 0,5
Sinal de Carnett positivo (dor parietal)	—	≈ 0,1

Valores aproximados; nenhum achado isolado confirma o diagnóstico. Fonte: McGee.[3]

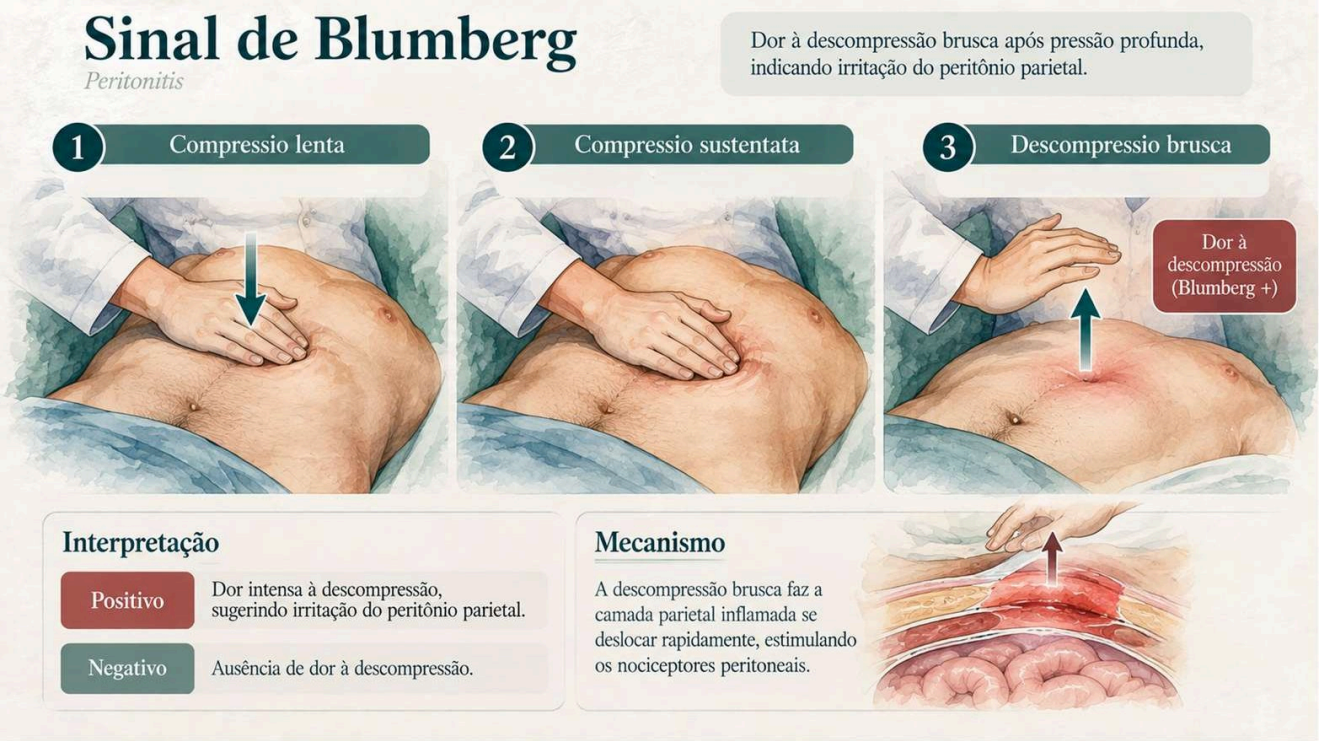


Figura 29. Dor maior ao soltar que ao comprimir indica peritônio parietal inflamado.

EPÔNIMO

Jacob Moritz Blumberg (1873–1955)

Cirurgião e ginecologista alemão • Berlim

Formado em Berlim, trabalhou em cirurgia e ginecologia; durante a Primeira Guerra Mundial chefiou um hospital militar. Perseguido pelo regime nazista, emigrou para a Inglaterra, onde morreu.

Trabalho original. Blumberg J. Ein neues diagnostisches Symptom bei Appendicitis. *Münch Med Wochenschr.* 1907;54:1178-80. Descreveu a dor à descompressão brusca da fossa ilíaca direita como sinal de apendicite com comprometimento peritoneal.[43]

7.4 Fígado: palpação, manobra de Mathieu e manobra de Lemos Torres

COMO EXECUTAR

1. **Mão espalmada:** com a mão direita paralela ao rebordo, dedos apontando para a cabeça, a partir da fossa ilíaca direita, suba 2 cm a cada inspiração profunda até sentir a borda tocar os dedos.
2. **Manobra de Mathieu (em garra):** examinador à direita do paciente, de costas para a face dele; com os dedos das duas mãos fletidos em garra sobre o hipocôndrio direito, aguarde a inspiração profunda e sinta a borda descer contra as pontas dos dedos.
3. **Manobra de Lemos Torres (bimanual):** a mão esquerda sob a região lombar direita empurra o fígado para a frente; a mão direita palpa anteriormente durante a inspiração.
4. Descreva a distância da borda ao rebordo (cm na linha hemiclavicular), a borda (fina ou romba), a superfície (lisa ou nodular), a consistência (elástica, firme, pétrea) e a sensibilidade.

Borda romba e consistência aumentada sugerem esteatose ou congestão; superfície nodular e consistência firme, cirrose; nódulos pétreos, metástases (seção 12.7). Fígado pulsátil sugere insuficiência tricúspide. O refluxo hepatojugular confirma congestão venosa.[3,38]

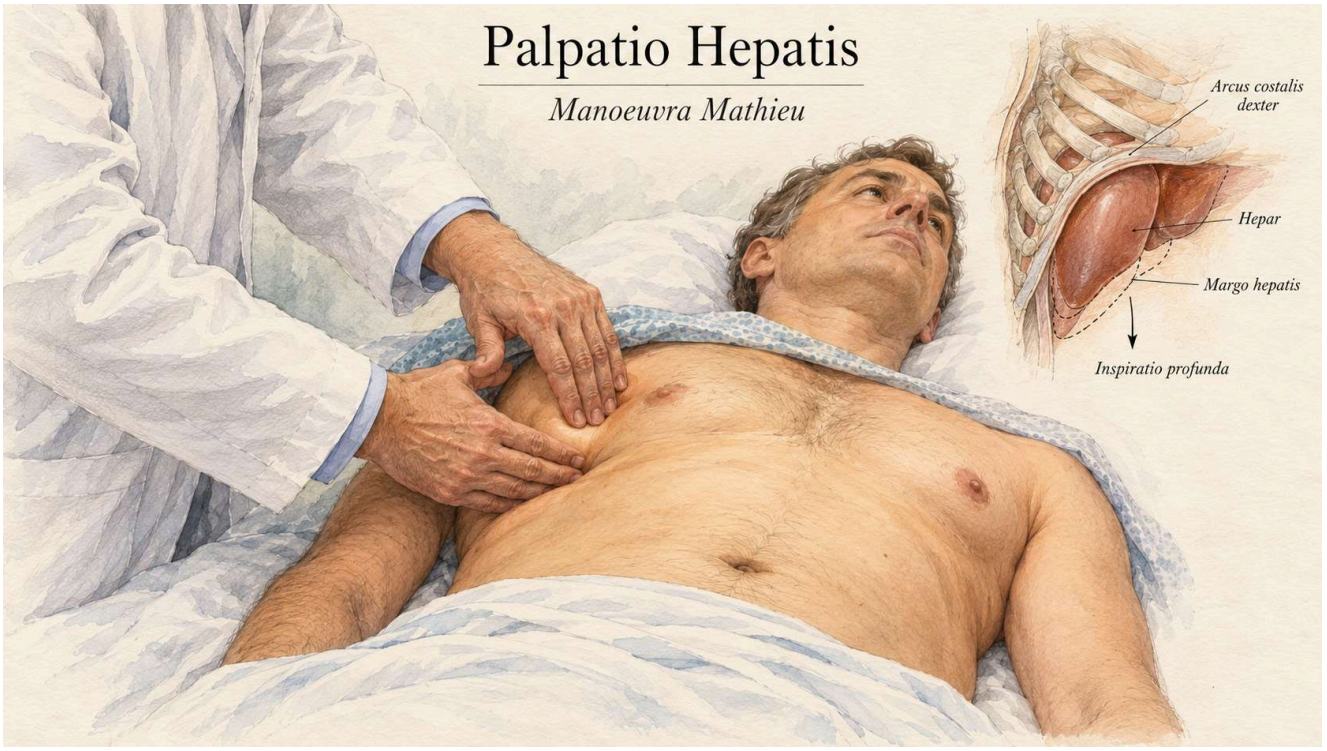


Figura 30. Espere a inspiração: é o fígado que desce aos dedos, não os dedos que procuram o fígado.

EPÔNIMO

Albert Mathieu (1855–1917)

Médico francês • Hôpital Saint-Antoine, Paris

Gastroenterologista parisiense, um dos fundadores da gastroenterologia clínica na França e dos primeiros periódicos franceses dedicados às doenças do aparelho digestivo.

Trabalho original. A palpação do fígado com os dedos em garra, com o examinador voltado para os pés do paciente, é atribuída a Mathieu.[52]

EPÔNIMO

Ulysses Lemos Torres

Clínico e professor brasileiro • São Paulo

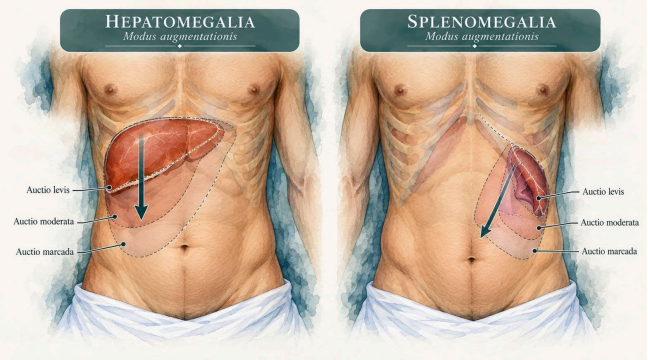
O processo bimanual de palpação hepática leva o nome do clínico paulista Lemos Torres e já era citado na literatura médica brasileira em 1936 como “processo de Lemos Torres”. Ulysses (Ulisses) Lemos Torres, nascido em Avaré (SP), foi médico, professor, poeta e historiador da medicina paulista, membro da Academia Paulista de Letras e do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo, homenageado com rua em São Paulo.

Trabalho original. A descrição do método foi difundida pelo ensino de clínica propedêutica em São Paulo na primeira metade do século XX e incorporada aos tratados nacionais (Tratado de Propedêutica Médica de Barros e Martins; Porto). O registro mais antigo localizado é a citação em estudo de 1936 sobre a palpação do fígado e do baço na reação leprótica.[110,8]

7.5 Hepatomegalia e esteatose

Classifique a hepatomegalia pela distância da borda ao rebordo costal na linha hemiclavicular, integrada à hepatimetria: leve (até 4 cm), moderada (4–8 cm) e acentuada (mais de 8 cm ou até a cicatriz umbilical). A esteatose hepática, a causa mais frequente de hepatomegalia no adulto, produz fígado aumentado, liso, de borda romba e indolor; seu diagnóstico é por imagem.[3,5]

A • Modos de crescimento



B • Hepatomegalia e esteatose

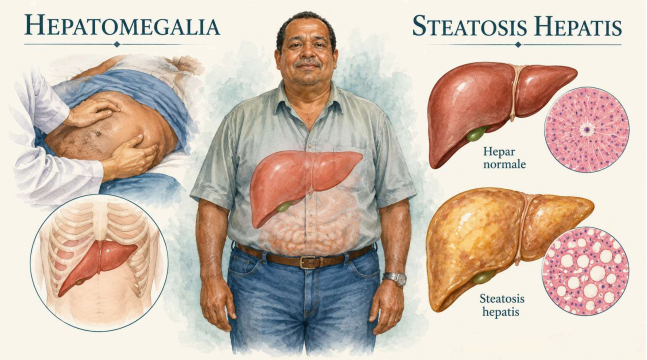


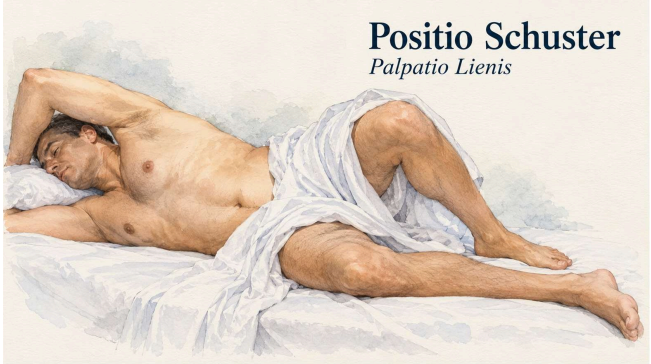
Figura 31–32. O fígado cresce para baixo e para a direita; o baço, para baixo e em direção à fossa ilíaca direita.

7.6 Baço: posição de Schuster, palpação bimanual e classificação de Hackett

COMO EXECUTAR

1. Paciente em decúbito dorsal: com a mão esquerda, eleve o gradil costal esquerdo por trás; com a mão direita, a partir da fossa ilíaca direita, suba em direção ao rebordo costal esquerdo a cada inspiração.
2. **Posição de Schuster:** paciente em decúbito lateral direito, com a perna esquerda fletida e o braço esquerdo sobre a cabeça; o baço se aproxima da parede.
3. Palpe com a ponta dos dedos, esperando que o baço desça na inspiração. O baço tem borda anterior com incisura, move-se com a respiração e não permite colocar os dedos entre ele e o rebordo, o que o distingue do rim.

A • Posição de Schuster



B • Palpação bimanual

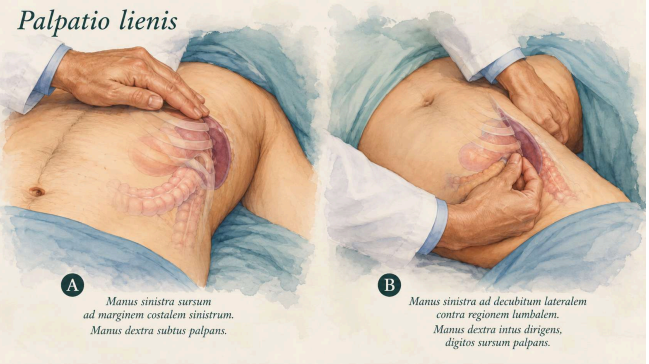


Figura 33–34. Comece na fossa ilíaca direita: o baço gigante passa despercebido a quem palpa só o hipocôndrio.

Classificação de Hackett para esplenomegalia

Grau de Hackett	Achado
0	Baço não palpável, mesmo em inspiração profunda
1	Palpável apenas em inspiração profunda
2	Palpável em respiração normal, sem ultrapassar a linha horizontal que passa a meio caminho entre o rebordo e o umbigo
3	Ultrapassa essa linha, mas não a horizontal umbilical
4	Ultrapassa a linha umbilical, sem atingir a horizontal a meio caminho entre o umbigo e a sínfise
5	Ultrapassa esta última linha

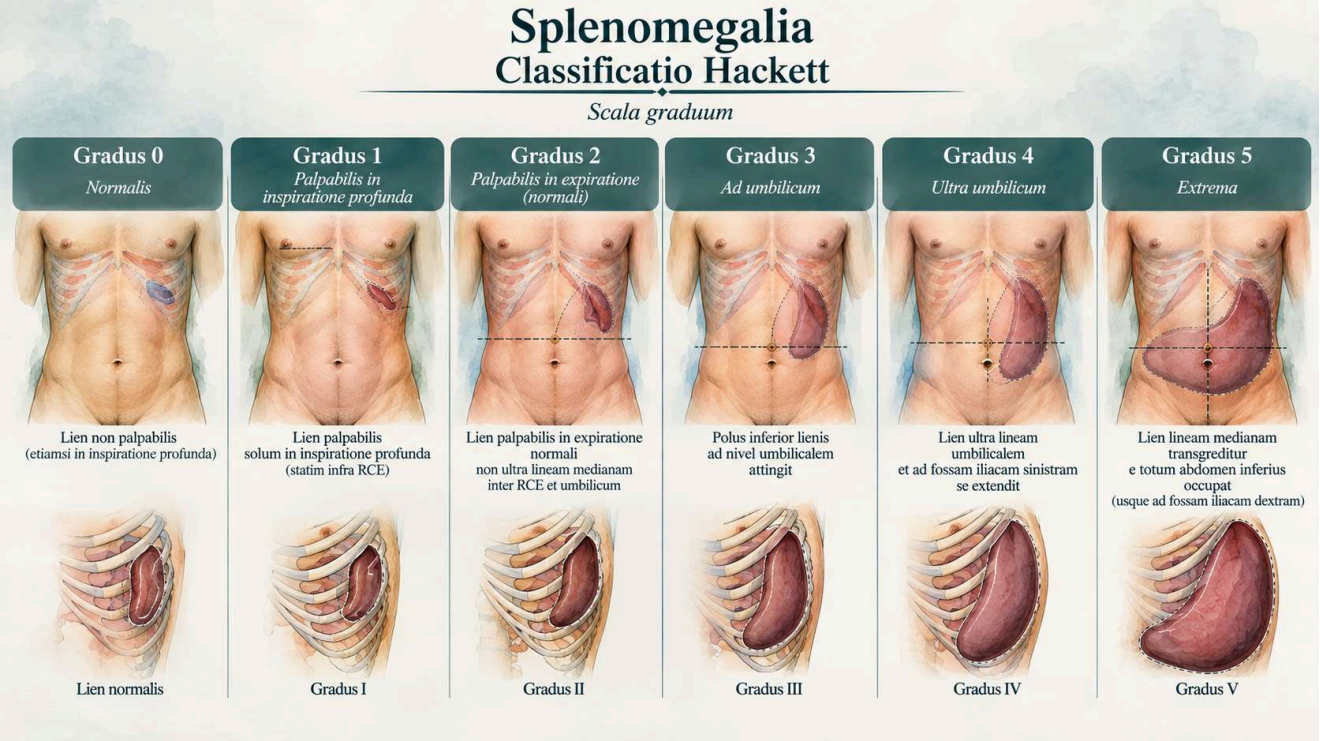


Figura 35. Gradue o baço por linhas fixas: o grau traduz a doença (malária, hipertensão portal, mielofibrose).

EPÔNIMO

Lewis Wendell Hackett (1884–1962)

Malariologista norte-americano • Fundação Rockefeller

Trabalhou para a Fundação Rockefeller no controle da malária e da ancilostomíase na América Latina, inclusive no Brasil, e na Itália. Autor de *Malaria in Europe* (1937).

Trabalho original. Hackett LW. Spleen measurement in malaria. *J Natl Malar Soc.* 1944;3:121-33. A classificação foi criada para inquéritos populacionais de malária, em que o índice esplênico media a endemicidade; foi incorporada à clínica.[42]

EPÔNIMO

Heinrich Schuster

Médico alemão • final do século XIX – primeira metade do século XX

A posição intermediária é atribuída, nos textos didáticos de semiologia, ao clínico alemão Heinrich Schuster, da escola propedêutica alemã do período anterior à imagem, quando se buscavam manobras capazes de revelar alterações dos órgãos internos apenas pelo exame físico. Os dados biográficos — datas, formação e instituição — não estão registrados nas fontes disponíveis, e o epônimo é pouco usado fora da literatura de língua portuguesa e espanhola.

A posição. Decúbito lateral direito intermediário, com o tronco inclinado cerca de 45°; membro inferior direito estendido; membro inferior esquerdo fletido a 90°, com o joelho apoiado na maca para dar estabilidade; braço esquerdo sob ou atrás da cabeça, abrindo os espaços intercostais esquerdos. A gravidade desloca o baço para a frente e para baixo, em direção ao rebordo costal esquerdo, o que torna palpáveis esplenomegalias discretas que escapam à palpação em decúbito dorsal.

Trabalho original. A publicação original de Schuster não foi localizada; a técnica é descrita com seu nome nos textos nacionais de semiotécnica do abdome e nos tratados de Porto e Rocco.[111,8]

7.7 Fecaloma: sinal de Gersuny

Massa endurecida, moldável, indolor, em fossa ilíaca esquerda ou hipogástrio, em idoso acamado ou constipado crônico, sugere fecaloma. **Sinal de Gersuny:** comprima a massa com a ponta dos dedos e retire a compressão lentamente; sente-se um descolamento crepitante, porque a mucosa, aderida às fezes pelo muco ressecado, se desprende. O sinal distingue fecaloma de tumor, e o toque retal confirma.[53]

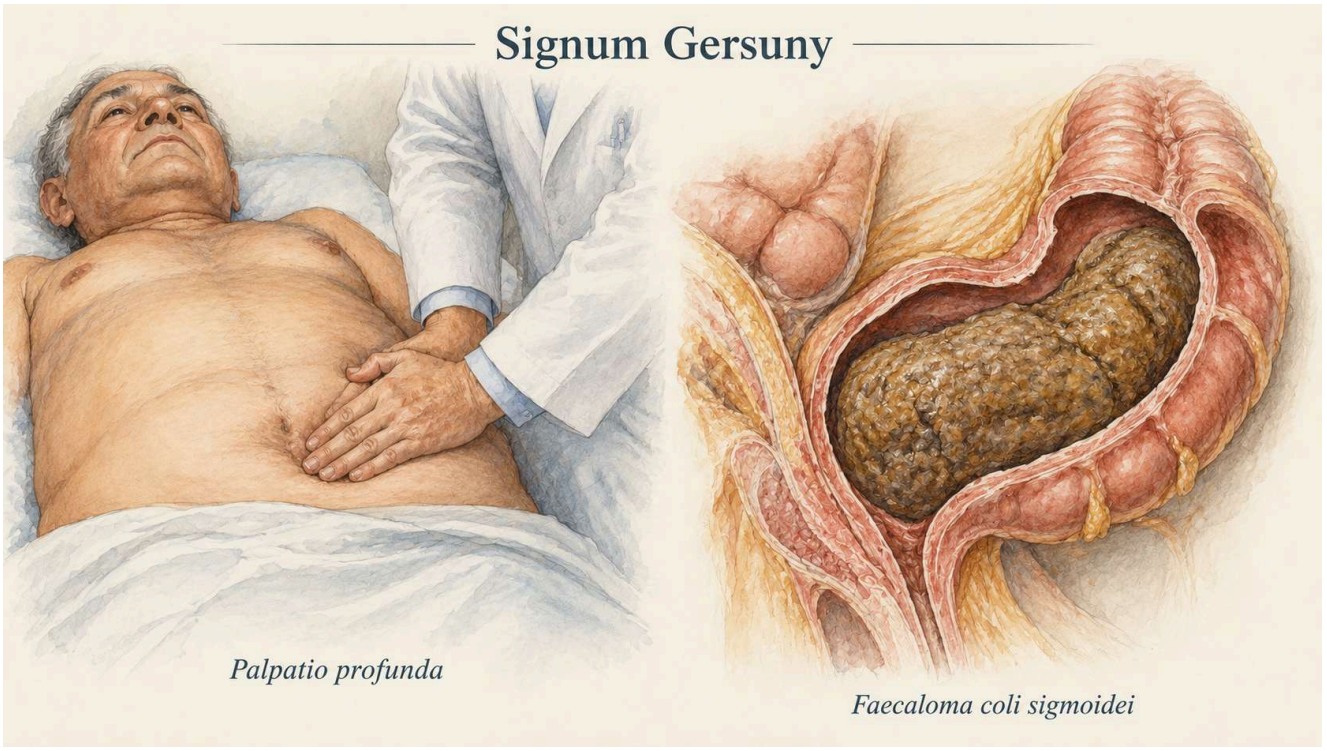


Figura 36. A massa que cede à pressão e "descola" ao soltar é fezes, não tumor.

EPÔNIMO

Robert Gersuny (1844–1924)

Cirurgião austríaco • Rudolfinerhaus, Viena

Aluno de Billroth, dirigiu o hospital Rudolfinerhaus em Viena. Foi pioneiro da cirurgia estética com injeção de parafina e descreveu uma técnica de reconstrução do esfíncter anal.

Trabalho original. O sinal do descolamento na palpação do fecaloma é atribuído a Gersuny.[53]

7.8 Parede ou víscera: sinal de Carnett

COMO EXECUTAR

1. Localize o ponto de maior dor com a palpação.
2. Mantenha o dedo sobre o ponto e peça ao paciente que eleve a cabeça e os ombros do leito, com os braços cruzados, contraindo o reto abdominal.
3. Pergunte se a dor aumentou, persistiu ou diminuiu.

Se a dor **diminui**, a musculatura contraída protege a víscera da compressão: a origem é **visceral**, investigue a cavidade. Se **aumenta ou persiste**, a origem é **parietal**: síndrome de encarceramento do nervo cutâneo anterior, hematoma da bainha do reto, hérnia de parede, mialgia. Em pacientes com dor

abdominal crônica e Carnett positivo, a doença intra-abdominal foi rara no seguimento, o que evita exames desnecessários.[44,45]

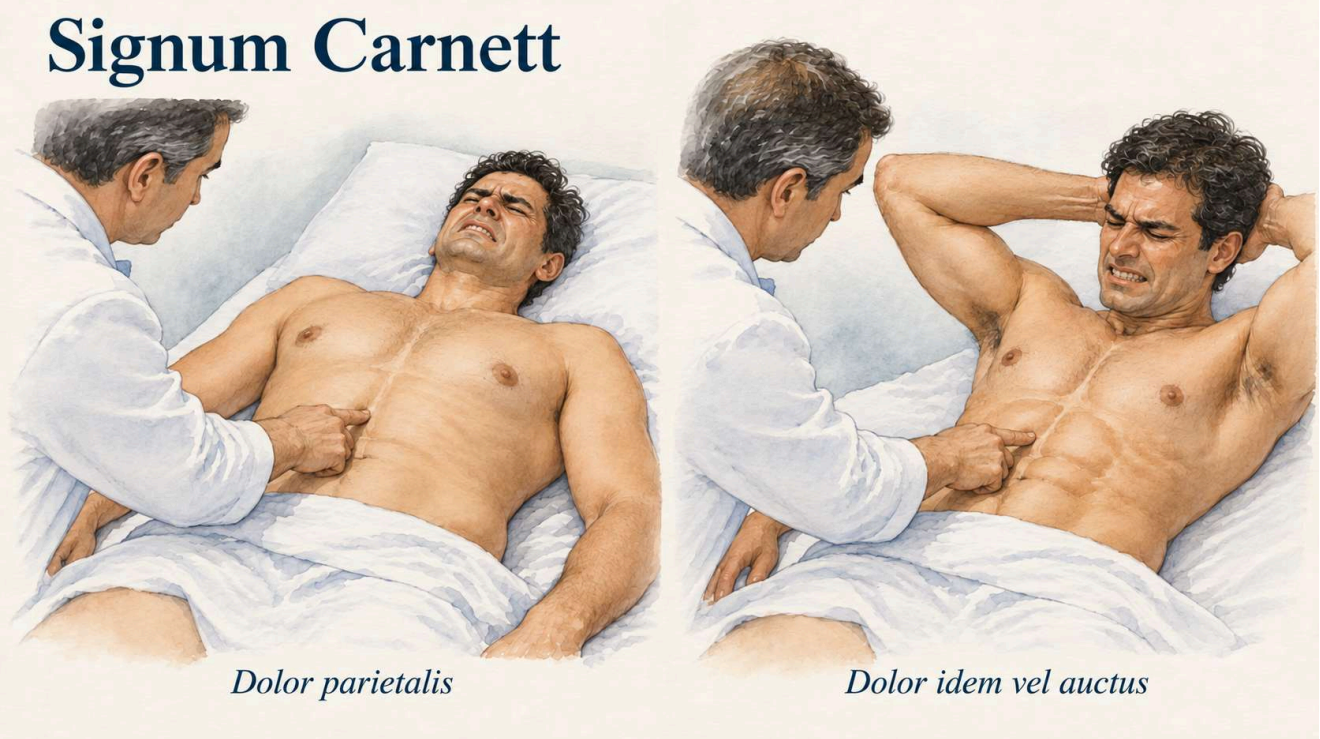


Figura 37. Se a dor piora com a parede contraída, a doença está na parede.

EPÔNIMO

John Berton Carnett (1890–1988)

Cirurgião norte-americano • Universidade da Pensilvânia

Professor de cirurgia na Universidade da Pensilvânia, em Filadélfia; serviu como cirurgião na Primeira Guerra Mundial.

Trabalho original. Carnett JB. Intercostal neuralgia as a cause of abdominal pain and tenderness. *Surg Gynecol Obstet.* 1926;42:625-32. Atribuiu muitos casos de dor abdominal à irritação dos nervos intercostais na parede e propôs a contração da parede como teste para separá-los da dor visceral.[44]

CONCLUSÃO DO BLOCO 7

1. Palpe do indolor ao doloroso; rigidez involuntária é o sinal peritoneal de maior peso.
2. Fígado e baço descem até os dedos na inspiração; comece o baço pela fossa ilíaca direita.
3. O sinal de Carnett separa dor parietal de visceral e evita investigação desnecessária.

8 Ascite

São necessários cerca de 1.500 mL de líquido para que a ascite seja detectada com confiança pelo exame físico; volumes menores exigem ultrassonografia. Os achados de anamnese (aumento recente do volume abdominal, edema de tornozelos) também contribuem.[37,47]

8.1 Sinal do piparote (onda líquida)

COMO EXECUTAR

1. Paciente em decúbito dorsal.
2. Peça ao paciente ou a um auxiliar que apoie a borda ulnar da mão firmemente na linha média do abdome, para bloquear a transmissão pela gordura da parede.
3. Com a palma de uma mão apoiada em um flanco, dê um piparote (golpe com o dedo) no flanco oposto.
4. Positivo: a mão receptora sente o impulso da onda líquida logo após o golpe.

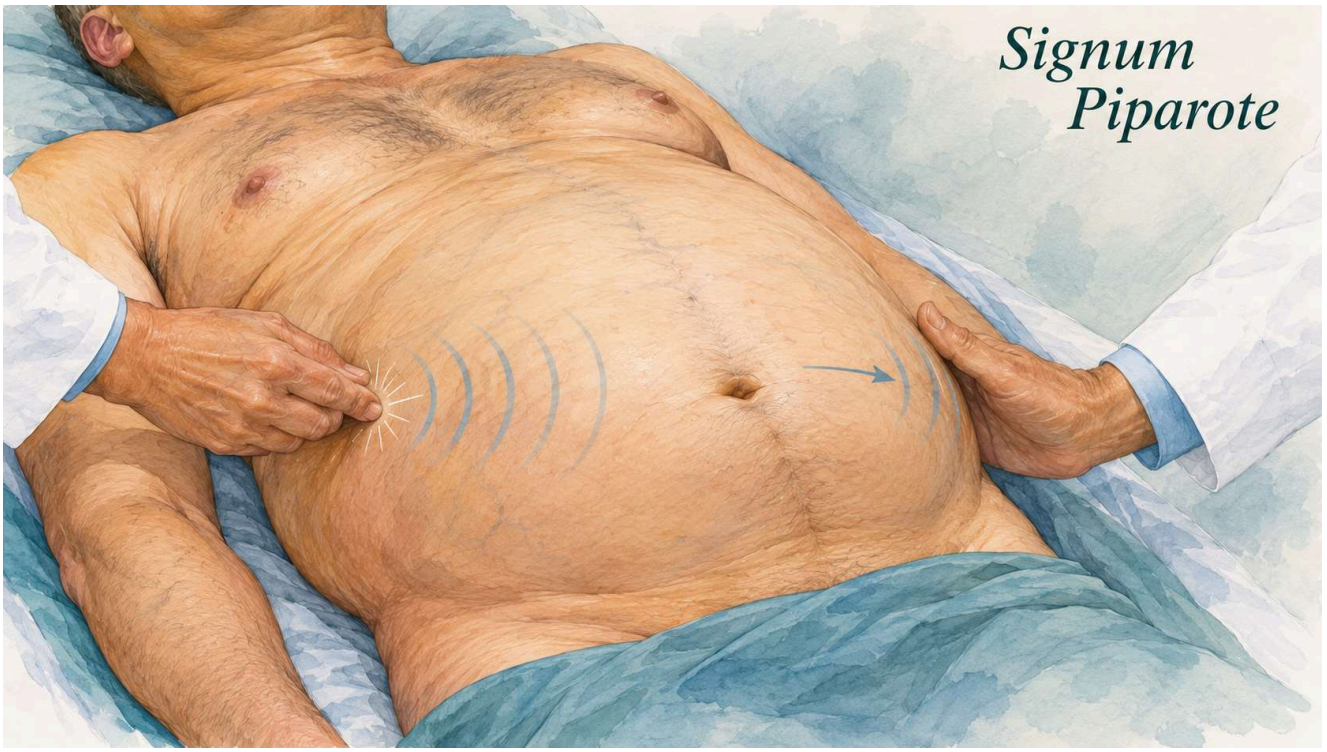


Figura 38. O piparote é o sinal de ascite com maior LR+: positivo, confirma; negativo, não exclui.

8.2 Macicez móvel de decúbito

COMO EXECUTAR

1. Com o paciente em decúbito dorsal, percuta do umbigo para o flanco até a transição timpânico–maciço; marque o ponto.
2. Vire o paciente em decúbito lateral para o lado oposto e aguarde 30–60 segundos.
3. Percuta novamente o ponto marcado.
4. Positivo: o ponto antes maciço torna-se timpânico, porque o líquido se deslocou para baixo e as alças com gás flutuaram.

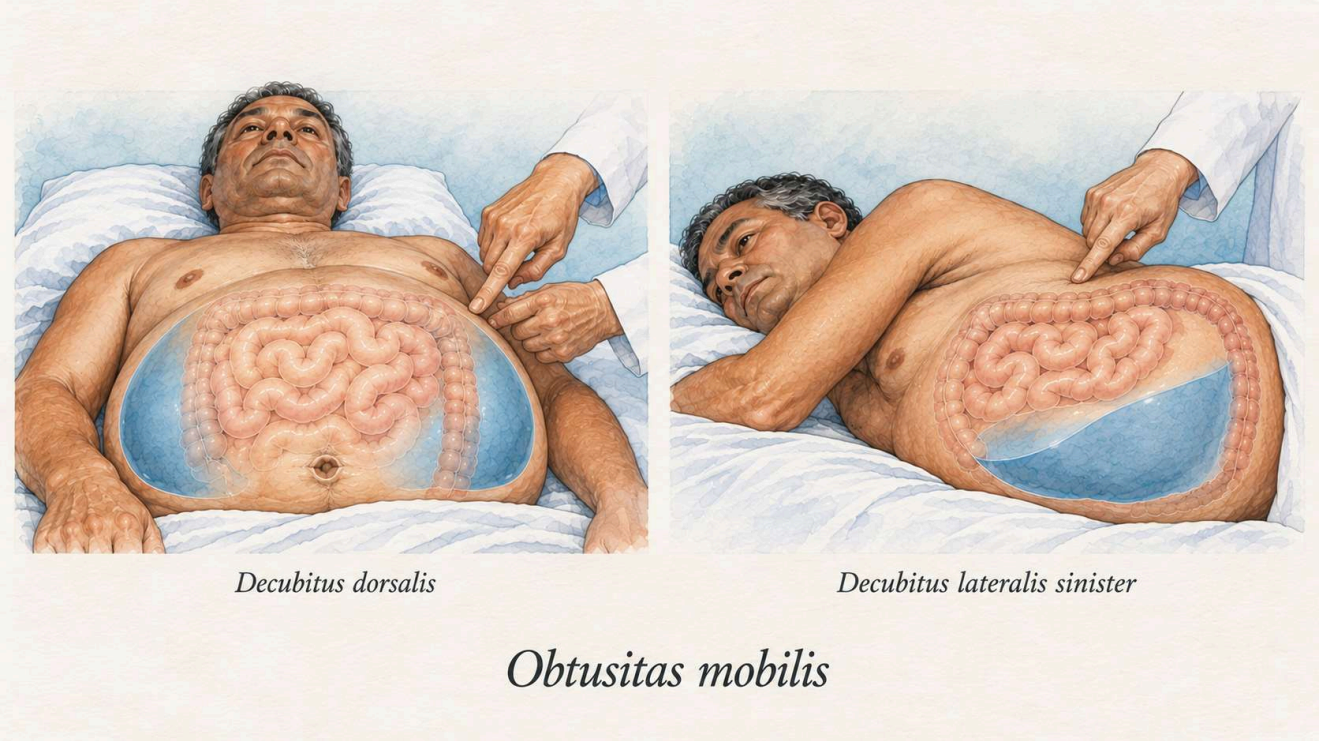


Figura 39. A macicez que muda com o decúbito é líquido livre.

8.3 Semicírculo de Skoda, macicez dos flancos e sinal da poça

Semicírculo de Skoda. Com o paciente em decúbito dorsal, percuta radialmente do umbigo para a periferia e marque as transições. Na ascite livre, o timpanismo fica central (alças flutuantes) e a macicez periférica, nos flancos e no hipogástrio, desenhando uma linha de **concavidade voltada para cima**. Em grandes cistos de ovário, bexiga distendida e útero gravídico, a macicez é central e o timpanismo periférico, com linha de **convexidade voltada para cima**.[46]

Sinal da poça (*puddle sign*). Com o paciente em posição genupeitoral por alguns minutos, o líquido se acumula na parte mais baixa do abdome; percuta ou ausculte-percuta essa área. Foi proposto para ascite de pequeno volume, mas é incômodo e não superou a ultrassonografia.[48]

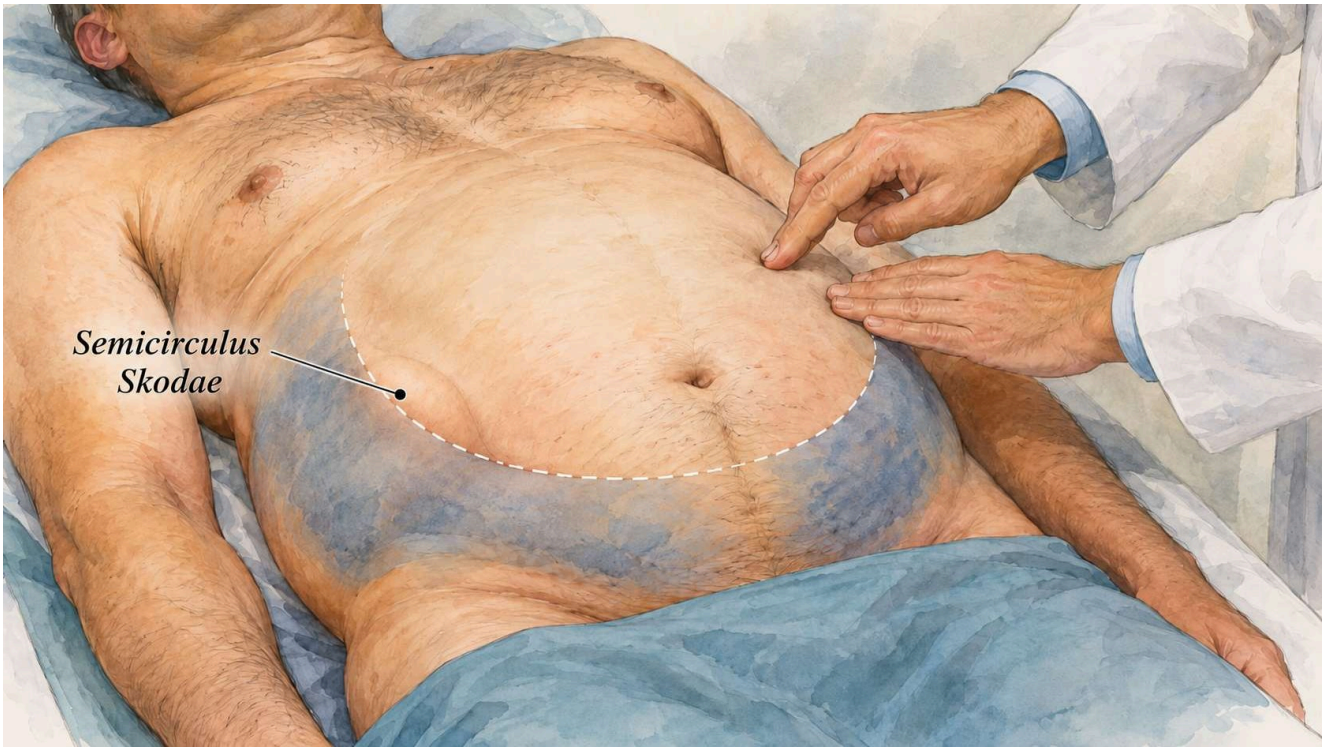


Figura 40. Macicez periférica com timpanismo central é ascite; o inverso é massa.

ACURÁCIA

Ascite

Achado	LR+	LR−
Sinal do piparote (onda líquida)	9,6	0,6
Macicez móvel	2,7	0,3
Macicez nos flancos	2,0	0,3
Abaulamento dos flancos	2,0	0,3
Ausência de macicez nos flancos	—	≈ 0,3 (torna ascite improvável)

Fonte: Williams e Simel (RCE).[37]

EPÔNIMO

Josef Škoda (1805–1881)

Médico tcheco-austríaco • Allgemeines Krankenhaus, Viena

Filho de um serralheiro de Pilsen, foi professor de clínica médica em Viena e, com Rokitansky, fundador da Nova Escola de Viena. Aplicou princípios de acústica à percussão e à ausculta e correlacionou os sons com os achados de necropsia.

Trabalho original. Škoda J. *Abhandlung über Perkussion und Auskultation*. Wien: Mösle & Braumüller; 1839. O tratado sistematizou a classificação dos sons de percussão e descreveu o som timpânico acima de um derrame (ressonância “skódica”), base do raciocínio do semicírculo.[46]

CONCLUSÃO DO BLOCO 8

1. Piparote positivo confirma ascite (LR+ 9,6).
2. Ausência de macicez nos flancos e macicez móvel negativa tornam ascite improvável.
3. Diferencie ascite de massa pela linha de macicez: côncava para cima na ascite, convexa na massa.

9 Região inguinocrural

9.1 Anatomia do canal inguinal e triângulo de Hesselbach

O canal inguinal tem cerca de 4 cm e corre obliquamente, de lateral para medial e de profundo para superficial, logo acima da metade medial do ligamento inguinal. O **anel inguinal profundo** fica 1–1,5 cm acima do ponto médio do ligamento, lateral aos vasos epigástricos inferiores; o **anel superficial**, logo acima e lateral ao tubérculo púbico. A parede posterior é formada pela fáscia transversal, reforçada medialmente pelo tendão conjunto.[4,56]

O **triângulo de Hesselbach** é limitado pelos vasos epigástricos inferiores (lateral), pela borda lateral do reto abdominal (medial) e pelo ligamento inguinal (inferior). A hérnia **direta** atravessa esse triângulo, medial aos vasos; a **indireta** entra pelo anel profundo, lateral aos vasos, e segue o funículo espermático; a **femoral** passa abaixo do ligamento inguinal, medial à veia femoral.

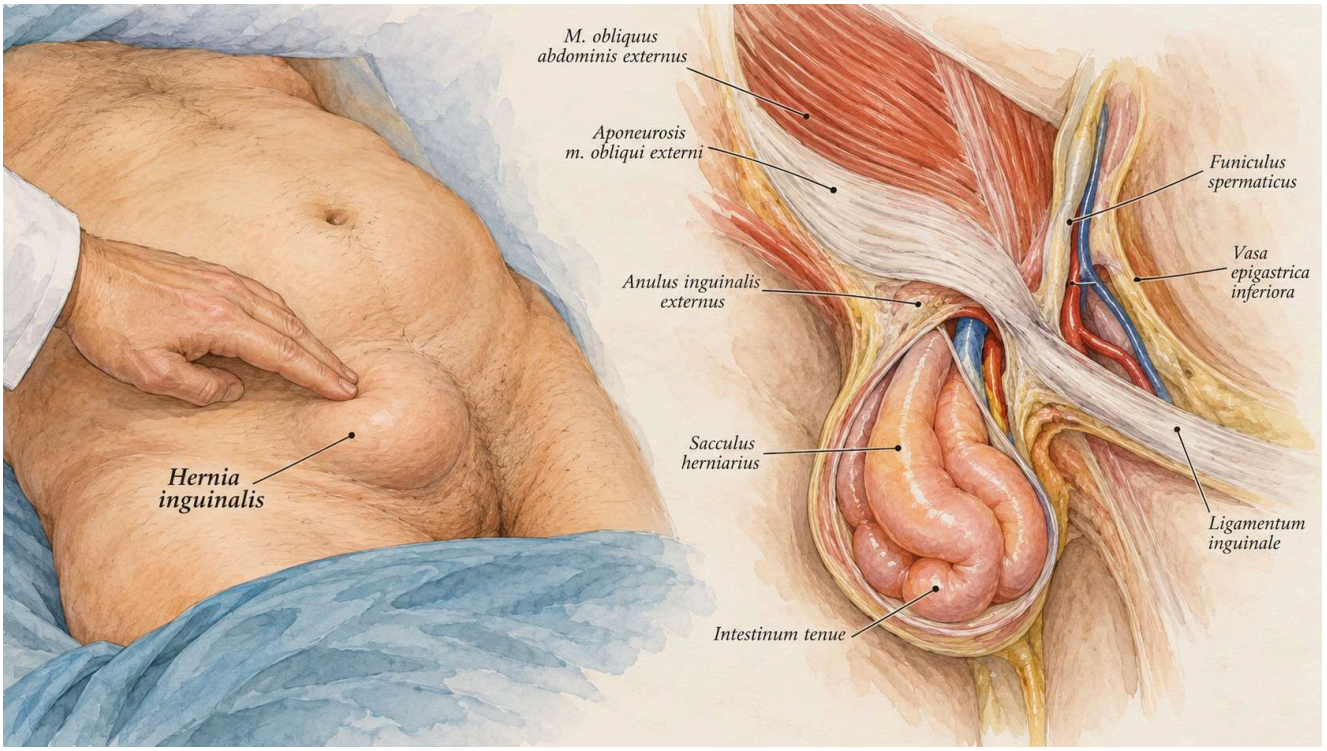


Figura 41. Os vasos epigástricos inferiores separam a hérnia direta (medial) da indireta (lateral).

EPÔNIMO

Franz Kaspar Hesselbach (1759–1816)

Anatomista e cirurgião alemão • Universidade de Würzburg

Prossector de anatomia em Würzburg, onde trabalhou com Carl Caspar von Siebold, dedicou-se à anatomia cirúrgica das hérnias. Seu filho, Adam Kaspar Hesselbach, continuou a obra.

Trabalho original. Hesselbach FC. *Anatomisch-chirurgische Abhandlung über den Ursprung der Leistenbrüche*. Würzburg: Baumgärtner; 1806. Descreveu o triângulo da parede posterior do canal inguinal pelo qual passam as hérnias diretas e a relação dos vasos epigástricos com os tipos de hérnia.[54]

9.2 Inspeção e palpação

COMO EXECUTAR

1. Examine com o paciente em pé, de frente para o examinador sentado, e depois deitado.
2. Inspecione as duas regiões inguinais e o escroto em repouso e durante a tosse ou a manobra de Valsalva.
3. Para a palpação inguinal no homem, use o dedo indicador (ou o mínimo, em crianças) do mesmo lado da hérnia: invagine a pele do escroto a partir da sua parte mais baixa, siga o funículo até o anel superficial e, se possível, até o canal.
4. Peça que o paciente tussa e sinta o impulso: na ponta do dedo (sugere indireta) ou na polpa, empurrando a parede posterior (sugere direta).
5. Palpe a região femoral, abaixo do ligamento inguinal e medial ao pulso femoral.
6. Palpe o conteúdo do escroto: testículos, epidídimos e funículos; transilumine massas escrotais.



Figura 42. Siga o funículo com o dedo invaginando o escroto: é ali que a hérnia se anuncia na tosse.

A • Abaulamento inguinal



B • Hérnia na mulher



Figura 42a. Inspecione em pé e durante a tosse: o abaulamento inguinal pode desaparecer no decúbito.

A • Hérnia inguinoescrotal



B • Palpação do anel



Figura 42b. A hérnia que desce ao escroto é, em geral, indireta; a palpação do anel define o colo.

9.3 Manobra de Landívar e diagnóstico diferencial

COMO EXECUTAR

1. **Manobra de Landívar — método 1, oclusão do anel inguinal profundo:** com o paciente em decúbito dorsal, reduza a hérnia. Oclua com o dedo (ou o polegar) o anel inguinal profundo, 1–1,5 cm acima do ponto médio do ligamento inguinal, e peça que o paciente tussa ou faça força (Valsalva). **Indireta:** não há abaulamento, porque o anel ocluído bloqueia o trajeto do saco. **Direta:** o abaulamento reaparece medialmente ao dedo, pela fraqueza da parede posterior no triângulo de Hesselbach.
2. **Manobra de Landívar — método 2, palpação digital do canal inguinal:** com o paciente em pé, introduza o indicador no canal pelo anel superficial, invaginando a pele do escroto, e peça a manobra de Valsalva. **Impulso na ponta do dedo:** hérnia indireta, cujo conteúdo desce longitudinalmente pelo canal. **Impulso na polpa (face lateral) do dedo:** hérnia direta, que empurra a parede posterior de trás para a frente contra o dedo.

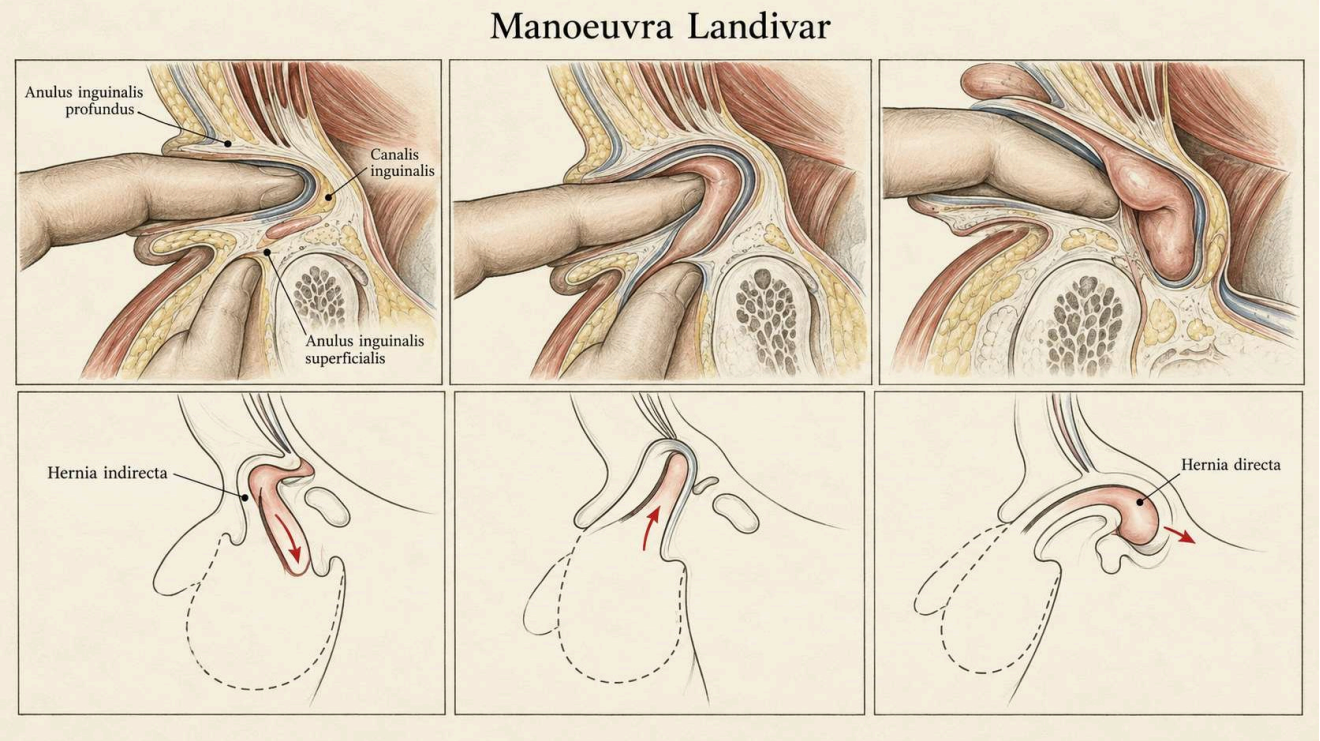


Figura 43. Landívar, método 1: com o anel profundo ocluído, a hérnia que reaparece é direta. Método 2: impulso na ponta do dedo, indireta; na polpa, direta. Regras úteis, mas pouco precisas; na dúvida, ultrassonografia.

A distinção clínica entre hérnia direta e indireta tem acurácia limitada: em séries cirúrgicas, o examinador acertou o tipo em cerca de metade a três quartos dos casos, e as diretrizes internacionais não recomendam basear a técnica operatória nessa distinção.[55,56] O que importa clinicamente é distinguir **hérnia inguinal de femoral**, porque a femoral tem o maior risco de estrangulamento.

Hérnias da região inguinocrural

	Inguinal direta	Inguinal indireta	Femoral
Relação	Medial aos vasos epigástricos	Lateral aos vasos epigástricos	Abaixo do ligamento inguinal
Trajeto	Parede posterior (triângulo de Hesselbach)	Anel profundo → canal inguinal	Canal femoral
Extensão escrotal	Rara	Possível	Não
Perfil	Homens mais velhos	Todas as idades	Mais frequente em mulheres
Risco	Baixo de estrangulamento	Intermediário	Alto de estrangulamento

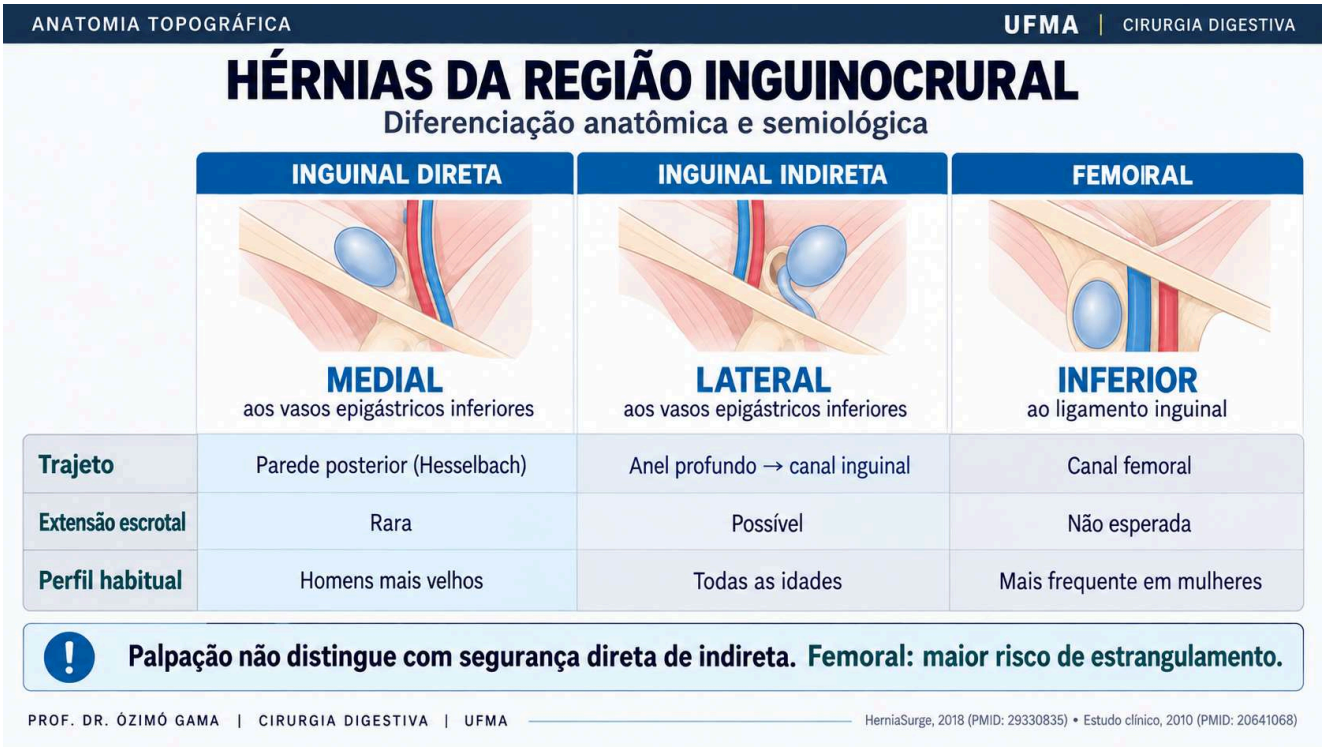


Figura 44. A palpação não distingue com segurança direta de indireta; a femoral é a que mais estrangula.

EPÔNIMO

Adolfo F. Landívar

Cirurgião argentino • Buenos Aires • primeira metade do século XX

Cirurgião de Buenos Aires dedicado à patologia e à cirurgia da região inguinal. Publicou na revista *Cirugía del Uruguay* a mioplastia do sartório para hérnias inguinais recidivadas e duplas, comparando-a com a mioplastia retrofunicular de Comolli. Datas de nascimento e morte não foram localizadas nas fontes disponíveis.

O sinal e a manobra. Em 1947, Landívar descreveu o *sinal do espessamento funicular*: à palpação da região inguinal, com o paciente em pé ou deitado, o funículo espermático ocupado pela hérnia está espessado. Seu nome é dado também à manobra de oclusão do anel inguinal profundo. A literatura hispano-americana registra que a variante chamada “Landívar-Cuenca” foi, na verdade, descrita por M. Cuenca Pérez em 1951, e que Alfred Iason já havia descrito a exploração bimanual dos dois anéis em 1941, antes de Landívar.

Trabalho original. Landívar AF, 1947: sinal do espessamento funicular (Buenos Aires), citado na revisão de Armas Pérez sobre as contribuições de cirurgiões argentinos e cubanos à hérnia inguinocrural. Landívar AF. Mioplastía del sartorio en el tratamiento de ciertas hernias inguinales. *Cir Urug.*[118,119]

9.4 Classificação de Nyhus

A classificação de Nyhus deixou de considerar apenas onde está o abaulamento e passou a avaliar o diâmetro do anel inguinal interno e a integridade da parede posterior do canal, a fáscia transversal. Ela serve, assim, como guia direto para a escolha da técnica: os tipos I e II costumam ser resolvidos com reparos teciduais, enquanto os defeitos de parede posterior e as recidivas (tipos III e IV) pedem, em geral, prótese.[120,121]

TIPO	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS
I	Hérnia indireta com anel interno normal	Anel inguinal interno de diâmetro preservado; parede posterior íntegra. Comum em crianças e adultos jovens.
II	Hérnia indireta com anel interno dilatado	Anel interno alargado, mas parede posterior íntegra; o saco não chega ao escroto.
IIIa	Hérnia direta	Defeito da parede posterior (triângulo de Hesselbach), de qualquer tamanho.
IIIb	Hérnia indireta grande	Anel interno muito dilatado, que destrói a parede posterior; inclui as hérnias por deslizamento e as inguinoescrotais.
IIIc	Hérnia femoral (crural)	Defeito no anel femoral, abaixo do trato iliopúbico.
IV	Hérnia recidivada	IVa direta; IVb indireta; IVc femoral; IVd mista.

Tabela. Classificação de Nyhus das hérnias da região inguinocrural.[120]

EPÔNIMO

Lloyd Milton Nyhus (1923–2008)

Cirurgião norte-americano • University of Washington; University of Illinois, Chicago

Nascido em Mount Vernon, Washington, formou-se no Medical College of Alabama (1947) e fez residência em cirurgia na University of Washington, em Seattle, onde se tornou docente. Em 1967 assumiu a chefia do Departamento de Cirurgia da University of Illinois College of Medicine, em Chicago, cargo que ocupou até 1989. Formou cerca de 300 residentes, publicou mais de 460 artigos e editou obras de referência como *Mastery of Surgery* e *Hernia*, além de presidir sociedades e conselhos cirúrgicos norte-americanos. Morreu em 2008, aos 85 anos.

Trabalho original. Nyhus LM, Klein MS, Rogers FB. Inguinal hernia. *Curr Probl Surg*. 1991;28(6):401-50, monografia em que o sistema é apresentado em detalhe; e Nyhus LM. Individualization of hernia repair: a new era. *Surgery*. 1993;114(1):1-2, que defende a escolha da técnica conforme o tipo.[120,121]

9.5 Hérnia encarcerada e estrangulada

Encarcerada é a hérnia irredutível; **estrangulada**, a encarcerada com comprometimento vascular do conteúdo. Sinais de alarme: dor contínua e intensa no local, hérnia tensa, endurecida e dolorosa, pele hiperemiada ou violácea, febre, taquicardia, sinais de obstrução intestinal (vômitos, distensão, parada de eliminação de gases) e de peritonite. Não tente reduzir à força uma hérnia com sinais de estrangulamento: a redução em bloco de alça necrosada leva a peritonite. A hérnia estrangulada é emergência cirúrgica.[56]

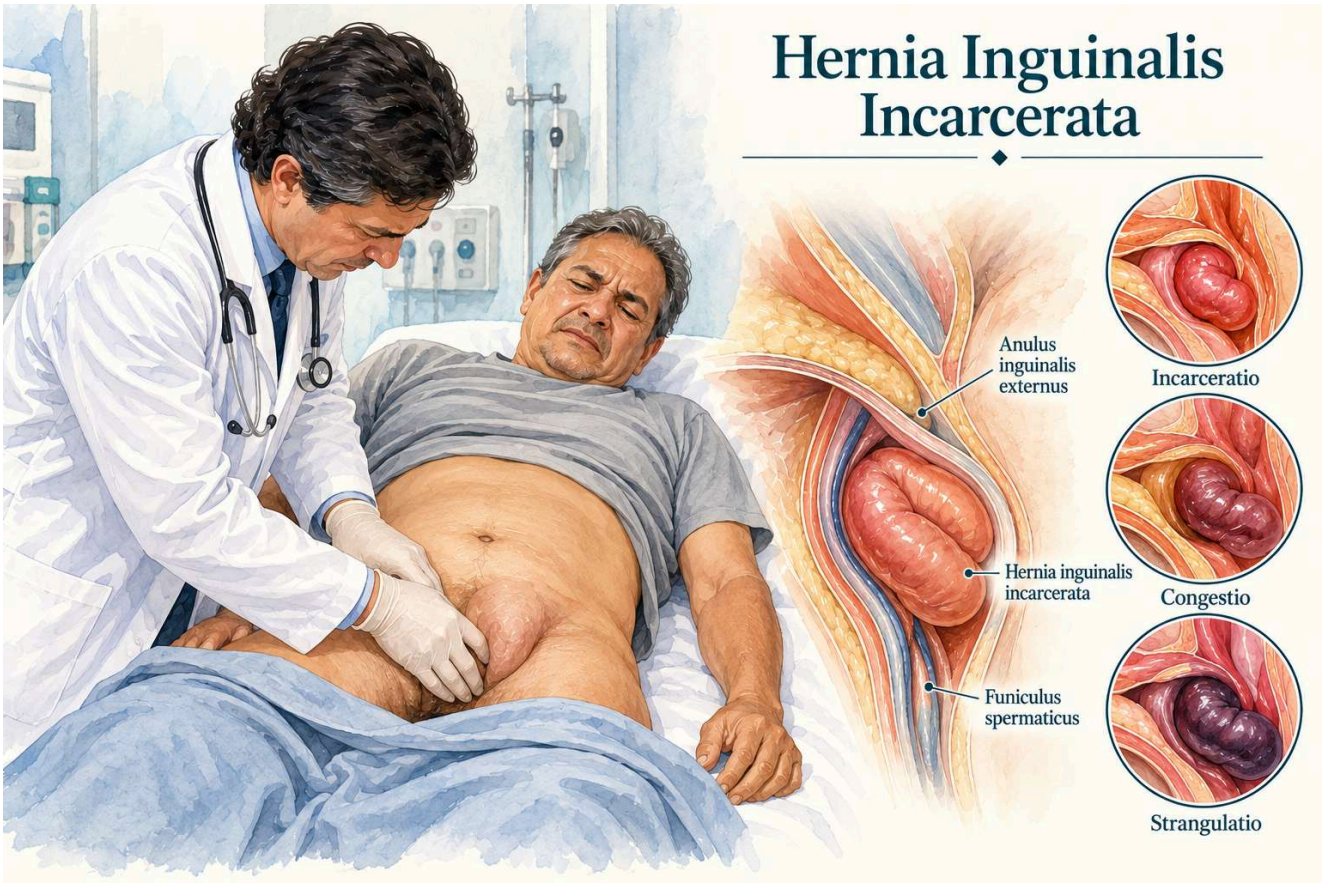


Figura 45. Hérnia tensa, dolorosa e irredutível, com pele alterada, é estrangulada até prova em contrário.

CONCLUSÃO DO BLOCO 9

1. Examine em pé e com tosse; siga o funículo invaginando o escroto.
2. Landivar e oclusão do anel orientam, mas não definem com segurança direta ou indireta.
3. Separe inguinal de femoral e reconheça o estrangulamento: dor contínua, hérnia tensa, pele alterada.

10 Exame anorretal

10.1 Anatomia anorretal aplicada

O canal anal tem 3–4 cm, do orifício anal ao anel anorretal, formado pela alça do puborretal, palpável posteriormente como uma barra muscular. A linha pectínea, a 2 cm da margem, separa o epitélio escamoso sensível (abaixo) da mucosa insensível (acima). O reto se estende por 12–15 cm e, anteriormente, relaciona-se com a próstata e as vesículas seminais no homem e com o colo uterino e a parede vaginal na mulher. O fundo de saco retovesical ou retouterino (de Douglas) é o ponto mais baixo da cavidade peritoneal, alcançado pela ponta do dedo na parede anterior.[4,5]

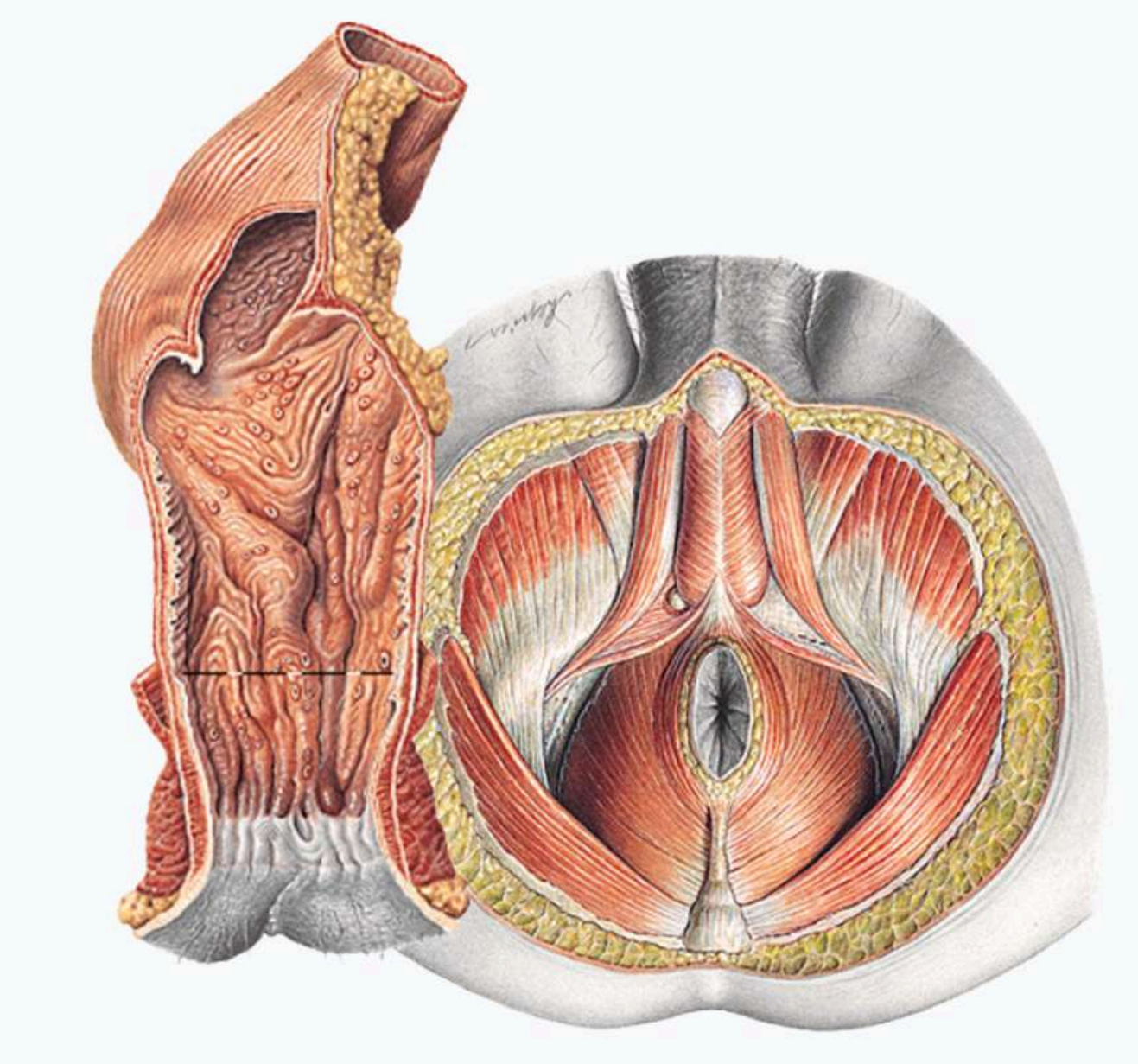


Figura 46. O fundo de saco de Douglas é o ponto mais baixo do peritônio: é ali que o dedo encontra coleções e implantes.

EPÔNIMO

James Douglas (1675–1742)

Anatomista escocês • Londres

Anatomista e obstetra, médico da rainha Carolina, foi mentor de William Hunter. Estudou o peritônio e a anatomia pélvica.

Trabalho original. Douglas J. *A description of the peritonaeum*. London; 1730. Descreveu a reflexão do peritônio entre o reto e o útero, a escavação retouterina que leva seu nome. A dor intensa à palpação desse fundo de saco no toque, na peritonite pélvica, é chamada na tradição latina de “grito de Douglas”.[61]

10.2 Posições

Escolha a posição pela condição do paciente e pelo objetivo do exame. A **posição de Sims** (decúbito lateral esquerdo, coxa direita fletida sobre o abdome e esquerda estendida) é a mais confortável e a mais usada; a **genupeitoral** expõe melhor a região perianal e é útil na anuscopia; a **litotomia** (ginecológica) permite o exame bimanual retovaginal; o paciente acamado é examinado em decúbito dorsal com os quadris fletidos.



Figura 47. Na posição de Sims, o paciente fica confortável e o examinador alcança o reto sem esforço.

EPÔNIMO

James Marion Sims (1813–1883)

Cirurgião e ginecologista norte-americano

Fundador do Woman's Hospital de Nova York, presidente da American Medical Association, é considerado um dos fundadores da ginecologia moderna: desenvolveu o espéculo vaginal que leva seu nome, a posição de Sims e a técnica de reparo da fístula vesicovaginal com fio de prata. Sua obra é hoje inseparável de uma questão ética: as técnicas foram desenvolvidas, entre 1845 e 1849, em operações repetidas sem anestesia em mulheres escravizadas (Anarcha, Betsey e Lucy, entre outras), sem consentimento possível. Em 2018, sua estátua no Central Park, em Nova York, foi removida.

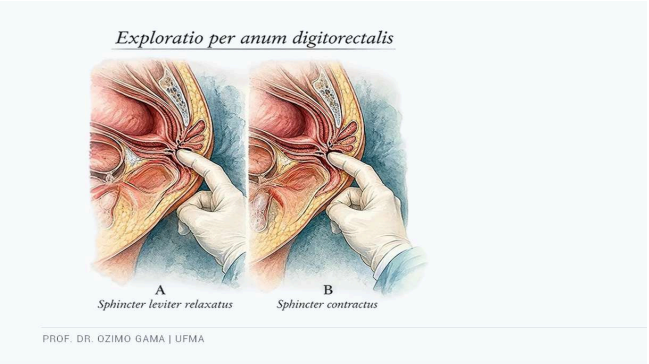
Trabalho original. Sims JM. On the treatment of vesico-vaginal fistula. *Am J Med Sci.* 1852;23:59-82. Descreveu a posição lateral com exposição pelo espéculo para o reparo da fístula vesicovaginal.[58]

10.3 Toque retal: técnica e achados

COMO EXECUTAR

1. Explique o exame, obtenha consentimento e ofereça acompanhante. Use luvas e lubrificante abundante.
2. **Inspecione** a região perianal afastando as nádegas: plicomas, hemorroidas externas, fissura (geralmente posterior, na linha média), orifícios de fístula, abscesso, prolapso, lesões cutâneas. Peça que o paciente faça força.
3. Apoie a polpa do indicador no orifício anal e espere o esfíncter relaxar; introduza o dedo lentamente, na direção do umbigo.
4. Avalie o **tônus em repouso** e, pedindo que o paciente aperte o dedo, a **contração voluntária**.
5. Palpe toda a circunferência girando o dedo: parede posterior (sacro, cóccix, mesorreto), laterais e anterior (próstata ou colo uterino, fundo de saco).
6. Peça que o paciente faça força para baixo: lesões altas descem ao dedo.
7. Ao retirar, examine a luva: cor das fezes, sangue vivo, melena, muco ou pus.

A • Tônus em repouso e contração



B • Palpação das paredes

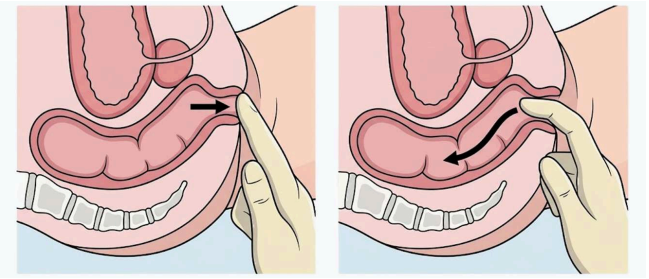


Figura 48–49. Descreva a lesão pela distância da margem anal, posição horária, tamanho, consistência, mobilidade e se é circunferencial.

Descreva toda lesão palpável por distância da margem anal (cm), posição em horas com o paciente em posição de litotomia (12 h anterior), extensão circunferencial, consistência, superfície, mobilidade em relação à parede e às estruturas vizinhas e sangramento ao toque. O tumor de reto que se fixa à parede pélvica muda o planejamento (terapia neoadjuvante), e sua distância da margem e do anel anorretal orienta a possibilidade de preservação esfincteriana.

No abdome agudo, o toque retal tem valor limitado para o diagnóstico de apendicite: a dor à direita no toque acrescentou pouca informação ao exame abdominal em pacientes com dor na fossa ilíaca direita.[60] Seu valor está em outros achados: abaulamento e dor no fundo de saco (abscesso pélvico), sangue ou melena na luva (hemorragia digestiva), fecaloma, massa retal e tônus esfincteriano (lesão medular).

Prateleira de Blumer. Uma borda endurecida, em forma de prateleira, palpada na parede anterior do reto, acima da próstata ou do colo uterino, indica implante metastático no fundo de saco: carcinomatose peritoneal de tumores gástricos, colorretais, pancreáticos ou ovarianos. Diferencie de abscesso pélvico (doloroso, flutuante) e de endometriose.[59]

EPÔNIMO

George Blumer (1872–1962)

Médico anglo-americano • Universidade Yale

Nascido em Sunderland, Inglaterra, formou-se na Califórnia e foi patologista em Albany antes de ser decano da Yale School of Medicine (1910–1920).

Trabalho original. Blumer G. The rectal shelf: a neglected rectal sign of value in the diagnosis and prognosis of obscure malignant and inflammatory disease within the abdomen. *Albany Med Ann.* 1909;30:361-6. Descreveu a borda endurecida na parede anterior do reto, ao toque, como sinal de implantes neoplásicos e inflamatórios no fundo de saco.[59]

CONCLUSÃO DO BLOCO 10

1. Inspecione a região perianal antes de tocar; avalie tônus em repouso e em contração.
2. Descreva a lesão por distância da margem, posição horária e fixação: isso define a cirurgia.
3. O toque é pouco útil para apendicite, mas indispensável para sangramento, abscesso pélvico, fecaloma e prateleira de Blumer.

11 Do sinal à decisão: síndromes cirúrgicas

Esta seção reúne os achados das seções anteriores em torno das síndromes que o residente de cirurgia do aparelho digestivo encontra no plantão. Para cada uma: os achados discriminativos, a manobra, a acurácia e o erro clássico.

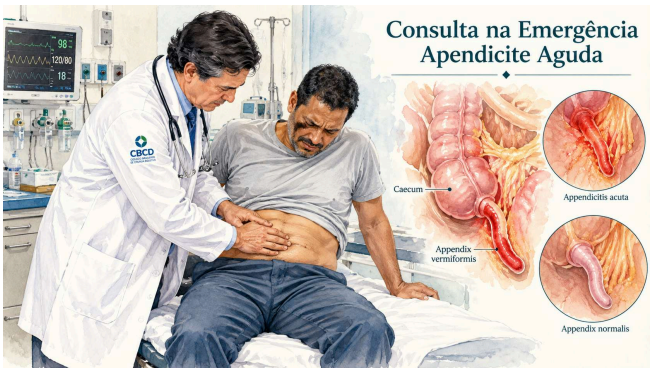
11.1 Apendicite aguda

A sequência clássica é dor periumbilical (visceral, T10) que migra para a fossa ilíaca direita (parietal) em 12–24 horas, anorexia, náusea ou vômito *depois* da dor e febre baixa (Figuras 7 e 8). Os achados de maior peso são a dor na fossa ilíaca direita, a rigidez e a migração da dor; nenhum isolado confirma, e a estratificação por escore orienta a imagem.[62,63]

COMO EXECUTAR

1. **Ponto de McBurney** (seção 2.7): pressão digital profunda reproduz a dor.
2. **Blumberg** (seção 7.3): descompressão brusca dolorosa na fossa ilíaca direita.
3. **Rovsing:** pressione e deslize profundamente a fossa ilíaca esquerda, empurrando o conteúdo do cólon no sentido retrógrado; positivo se a dor aparece na fossa ilíaca direita.
4. **Sinal do psoas:** com o paciente em decúbito lateral esquerdo, estenda passivamente a coxa direita (ou, em decúbito dorsal, peça que eleve a perna direita estendida contra a resistência da mão); dor na fossa ilíaca direita sugere apêndice retrocecal em contato com o psoas.
5. **Sinal do obturador:** com o quadril e o joelho direitos fletidos a 90°, rode internamente a coxa; dor no hipogástrio direito sugere apêndice pélvico em contato com o obturador interno.
6. **Dunphy (tosse):** dor na fossa ilíaca direita ao tossir.
7. **Markle (calcanhar):** com o paciente em pé, na ponta dos pés, peça que caia sobre os calcanhares; dor localizada indica irritação peritoneal.
8. **Lapinsky:** dor à compressão da fossa ilíaca direita enquanto o paciente eleva a perna direita estendida (variante do psoas).

A • Apendicite aguda



B • Blumberg, psoas e obturador

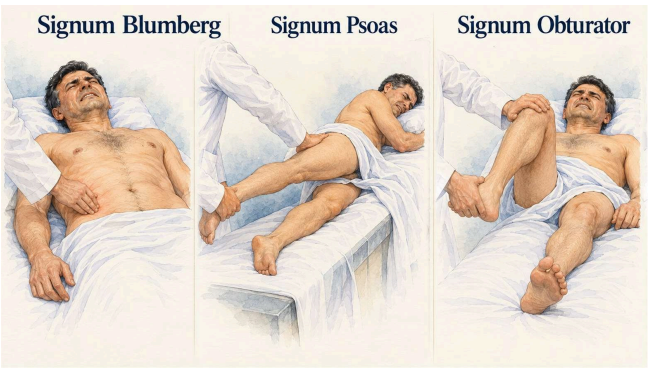


Figura 50–51. Rovsing, psoas e obturador reforçam a hipótese, mas não excluem apendicite quando negativos.

ACURÁCIA

Apendicite aguda

Achado	LR+	LR−
Dor na fossa ilíaca direita	≈ 8	≈ 0,2
Rigidez	3,8	0,8
Migração da dor	3,2	0,5
Dor antes do vômito	2,8	—
Sinal do psoas	2,4	0,9
Rovsing	≈ 2	≈ 0,8
Febre	1,9	0,6
Escore de Alvarado < 5	—	sensibilidade ≈ 99 % para excluir

Fontes: Wagner et al. (RCE); Ohle et al.; McGee.[3,62,67]

Escore de Alvarado (MANTRELS): migração da dor (1), anorexia (1), náusea ou vômito (1), dor na fossa ilíaca direita (2), descompressão dolorosa (1), temperatura ≥ 37,3 °C (1), leucocitose > 10.000 (2) e desvio à esquerda (1). Escore abaixo de 5 torna apendicite improvável (útil para excluir); escore alto aumenta a probabilidade, mas superestima em mulheres. As diretrizes WSES recomendam usar escores (Alvarado ou AIR) para estratificar e decidir a imagem: ultrassonografia em jovens e gestantes, tomografia em adultos com dúvida.[66,67,63]

> **Erro clássico:** atribuir a dor na fossa ilíaca direita a doença de Crohn ou a causa ginecológica sem exame pélvico e dosagem de β-hCG na mulher em idade fértil.

EPÔNIMO

Niels Thorkild Rovsing (1862–1927)

Cirurgião dinamarquês • Copenhague

Professor de cirurgia na Universidade de Copenhague e pioneiro da cirurgia abdominal e urológica na Dinamarca; descreveu também a gastropexia para ptose gástrica.

Trabalho original. Rovsing T. Indirektes Hervorrufen des typischen Schmerzes an McBurney's Punkt. *Zentralbl Chir.* 1907;34:1257-9. Atribuiu a dor à distensão retrógrada do ceco pelo gás deslocado, não à transmissão peritoneal.[64]

EPÔNIMO

John Englebert Dunphy (1908–1981)

Cirurgião norte-americano • Harvard, Oregon e UCSF

Chefiou os departamentos de cirurgia da Universidade do Oregon e da Universidade da Califórnia em São Francisco; foi presidente do American College of Surgeons e coautor de um texto clássico de exame físico em cirurgia.

Trabalho original. O sinal da dor localizada à tosse na irritação peritoneal é atribuído a Dunphy.[68]

EPÔNIMO

George B. Markle IV

Cirurgião norte-americano

Cirurgião que propôs um teste simples, sem palpação, para detectar irritação peritoneal, aplicável inclusive em crianças.

Trabalho original. Markle GB 4th. A simple test for intraperitoneal inflammation. *Am J Surg.* 1973;125(6):721-2. O teste da queda sobre os calcanhares mobiliza o peritônio sem o desconforto da descompressão.[65]

EPÔNIMO

Alfredo Alvarado

Médico norte-americano

Médico que trabalhava em hospital comunitário nos Estados Unidos quando propôs o escore, a partir de uma série retrospectiva de pacientes com suspeita de apendicite.

Trabalho original. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med.* 1986;15(5):557-64. Oito variáveis de anamnese, exame e laboratório (MANTRELS), somando 10 pontos.[66]

EPÔNIMO

Mikhail Nikitich (Michael) Lapinsky (1862–1947)

Neurologista e psiquiatra russo-ucraniano • Universidade de Kiev; Universidade de Zagreb

Nasceu em 5 de novembro de 1862 em Smolygivka, província de Chernigov (atual Ucrânia), numa família abastada. Formou-se em medicina pela Universidade de São Vladimir, em Kiev, em 1891, e estagiou no Hospital Charité de Berlim com o psiquiatra Friedrich Jolly. Em 1897 defendeu tese de doutorado sobre as alterações vasculares dos troncos nervosos. Professor da Universidade Imperial de Kiev, publicou mais de 150 trabalhos em russo, alemão e francês, sobretudo sobre a dor referida e as conexões nervosas das vísceras. Depois das turbulências políticas na Europa Oriental, fundou e chefiou o Departamento e a Clínica de Doenças Nervosas e Mentais da Universidade de Zagreb. Morreu em 1947.

O sinal. Com o paciente em decúbito dorsal, comprima de forma contínua o ponto de McBurney e peça que eleve a perna direita estendida (ou eleve-a passivamente). Dor intensa na fossa ilíaca direita durante a elevação é sinal positivo. A contração e o estiramento do psoas prensam o ceco e o apêndice entre a parede posterior e a mão do examinador; o sinal é mais útil na apendicite retrocecal.

Trabalho original. O sinal nasceu dos estudos de Lapinsky sobre a dor referida e os reflexos víscero-somáticos, publicados em russo e alemão no início do século XX, e passou da neurologia reflexa aos textos de semiologia cirúrgica. Não há estudos de acurácia do sinal.[69]

> Os sinais do psoas e do obturador foram sistematizados por Zachary Cope (caixa na seção 1.2).

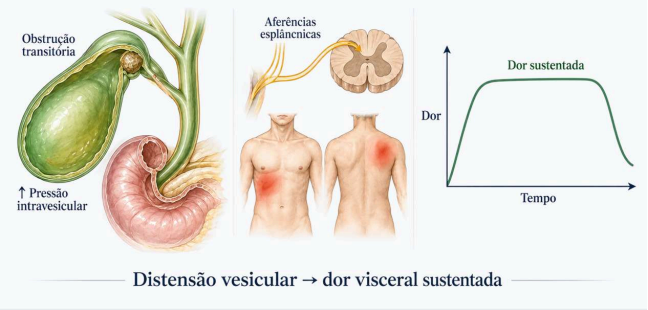
11.2 Colecistite aguda: sinais de Murphy, Kehr e Boas

A distensão da vesícula por obstrução do ducto cístico produz dor visceral sustentada no epigástrio e hipocôndrio direito, que se torna parietal quando a inflamação atinge o peritônio; a dor pode ser referida ao ângulo da escápula direita.[70]

COMO EXECUTAR

1. **Sinal de Murphy:** posicione os dedos da mão direita (ou o polegar esquerdo) sob o rebordo costal direito, no ponto cístico, e peça uma inspiração profunda. Positivo se o paciente interrompe a inspiração por dor quando a vesícula inflamada desce e toca os dedos. Compare com o lado esquerdo.
2. **Sinal de Murphy ultrassonográfico:** dor máxima à compressão com o transdutor sobre a vesícula visualizada.
3. **Sinal de Kehr:** dor referida no ombro esquerdo (ou direito, na doença biliar) por irritação diafragmática; clássico no hemoperitônio por ruptura esplênica.
4. **Sinal de Boas:** área de hiperestesia cutânea abaixo do ângulo da escápula direita (zona de Head biliar, seção 2.6).

A • Distensão vesicular



B • Colecistite aguda

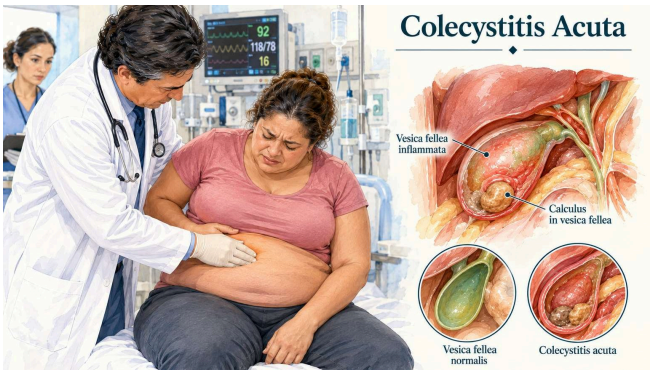
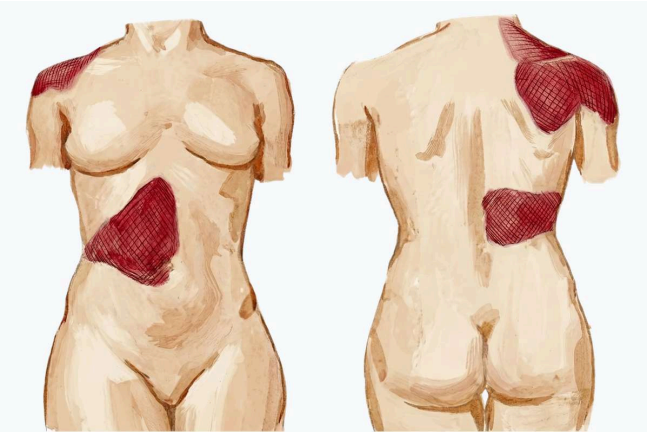


Figura 52–53. Na colecistite, a dor é sustentada, não em cólica: a vesícula distendida não relaxa.

A • Dor referida



B • Sinal de Murphy

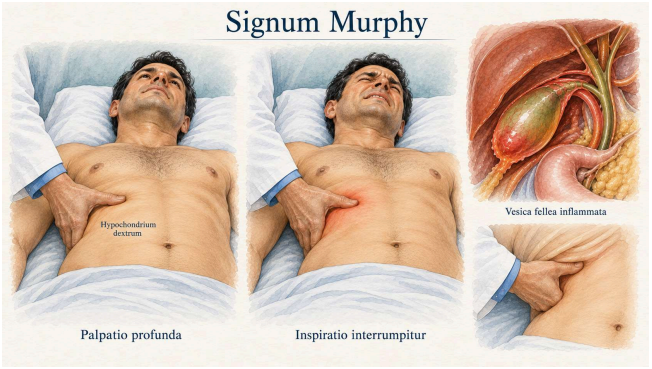


Figura 54–55. Murphy positivo sugere, mas não confirma, colecistite.

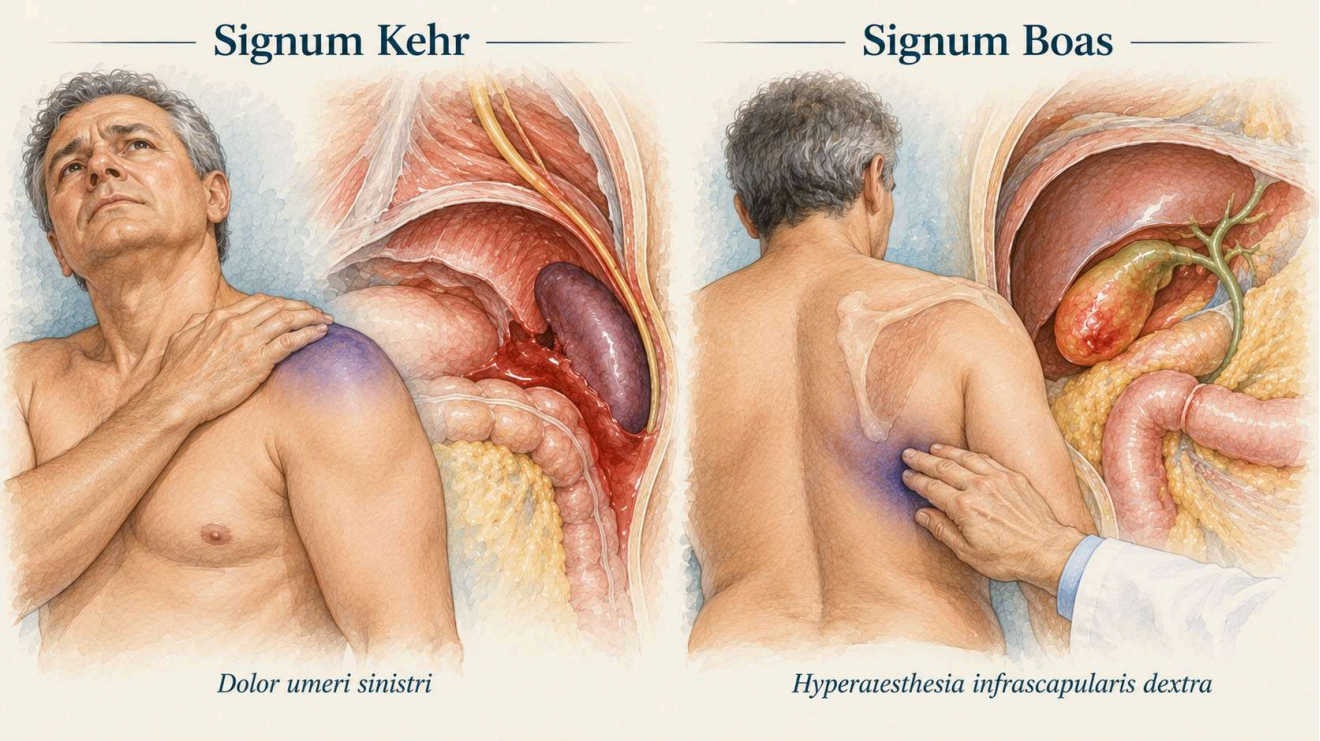


Figura 56. A dor no ombro é o diafragma falando pelo frênico.

ACURÁCIA

Colecistite aguda

Achado	LR+	LR−
Sinal de Murphy	2,8	0,5
Dor no hipocôndrio direito	1,6	0,4
Febre	1,5	0,9
Nenhum achado isolado é suficiente	—	—

Fonte: Trowbridge et al. (RCE). Diagnóstico pelos critérios de Tóquio (TG18): inflamação local + sistêmica + imagem.[70,71]

EPÔNIMO

John Benjamin Murphy (1857–1916)

Cirurgião norte-americano • Mercy Hospital, Chicago

Considerado por William Mayo “o gênio cirúrgico de sua geração”, foi presidente da American Medical Association. Criou o botão de Murphy (1892) para anastomoses intestinais sem sutura, defendeu a apendicectomia precoce e descreveu o pneumotórax terapêutico na tuberculose.

Trabalho original. Murphy JB. The diagnosis of gall-stones. *Med News.* 1903;82:825-33. Descreveu a interrupção da inspiração profunda pela dor quando os dedos comprimem a vesícula inflamada.[73]

EPÔNIMO

Hans Kehr (1862–1916)

Cirurgião alemão • Halberstadt e Berlim

O maior cirurgião biliar alemão de sua época, com mais de 2.600 operações biliares; introduziu o dreno em T para o colédoco (dreno de Kehr). Morreu de sepse após se ferir em uma operação.

Trabalho original. Kehr H. *Die Praxis der Gallenwege-Chirurgie in Wort und Bild*. München: Lehmann; 1913. A dor no ombro por irritação diafragmática é descrita em sua obra.[74]

EPÔNIMO

Ismar Isidor Boas (1858–1938)

Gastroenterologista alemão • Berlim

Fundou em 1886 a primeira clínica privada dedicada à gastroenterologia e, em 1895, o primeiro periódico da especialidade, o *Archiv für Verdauungskrankheiten*. Judeu, deixou Berlim e suicidou-se em Viena em 1938, após a anexação da Áustria.

Trabalho original. A hiperestesia cutânea subescapular direita na colecistite é atribuída a Boas.[75]

11.3 Vesícula palpável: lei de Courvoisier-Terrier

Em paciente ictérico, uma vesícula **palpável e indolor** sugere obstrução maligna do colédoco distal (neoplasia de cabeça de pâncreas, ampola, colédoco distal), e não litíase: a vesícula com litíase crônica costuma ser fibrosada e não se distende. A vesícula palpável em paciente com icterícia tem LR+ elevado para obstrução extra-hepática, mas a sensibilidade é baixa: a maioria das obstruções malignas não tem vesícula palpável. Exceções: cálculo impactado no colédoco com vesícula sem litíase (síndrome de Mirizzi, hidropsia).[3,76]

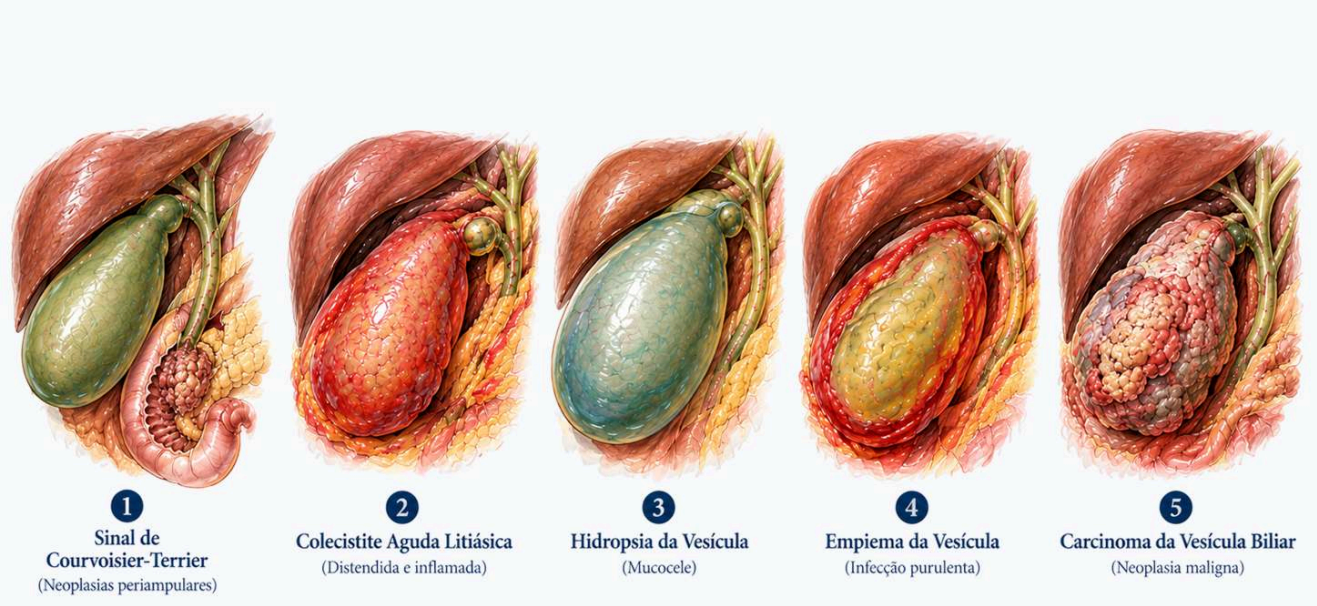


Figura 57. Icterícia com vesícula palpável e indolor é neoplasia periampular até prova em contrário.

EPÔNIMO

Ludwig Georg Courvoisier (1843–1918) e Louis-Félix Terrier (1837–1908)

Cirurgião suíço (Basileia) • Cirurgião francês (Paris)

Courvoisier foi professor de cirurgia em Basileia e um dos pioneiros da coledocotomia. Terrier, cirurgião da Pitié-Salpêtrière, foi pioneiro da antissepsia na França e da cirurgia biliar.

Trabalho original. Courvoisier LG. *Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege*. Leipzig: Vogel; 1890. Courvoisier observou que, na obstrução do colédoco por cálculo, a vesícula raramente estava dilatada, ao contrário das obstruções por outras causas. Note-se que ele formulou uma observação, não uma "lei". Terrier descreveu a associação com neoplasia.[76]

11.4 Colangite aguda: tríade de Charcot e pêntade de Reynolds

Tríade de Charcot: febre (com calafrios), icterícia e dor no hipocôndrio direito. **Pêntade de Reynolds:** a tríade mais confusão mental e hipotensão, indicando colangite grave com sepse. A tríade é muito específica (≈ 96 %), mas pouco sensível (≈ 26 %): falta na maioria das colangites. Os critérios de Tóquio (TG18) combinam inflamação sistêmica, colestase e imagem e graduam a gravidade (I, II e III, esta com disfunção orgânica), que define o momento da drenagem biliar.[72,77,78]

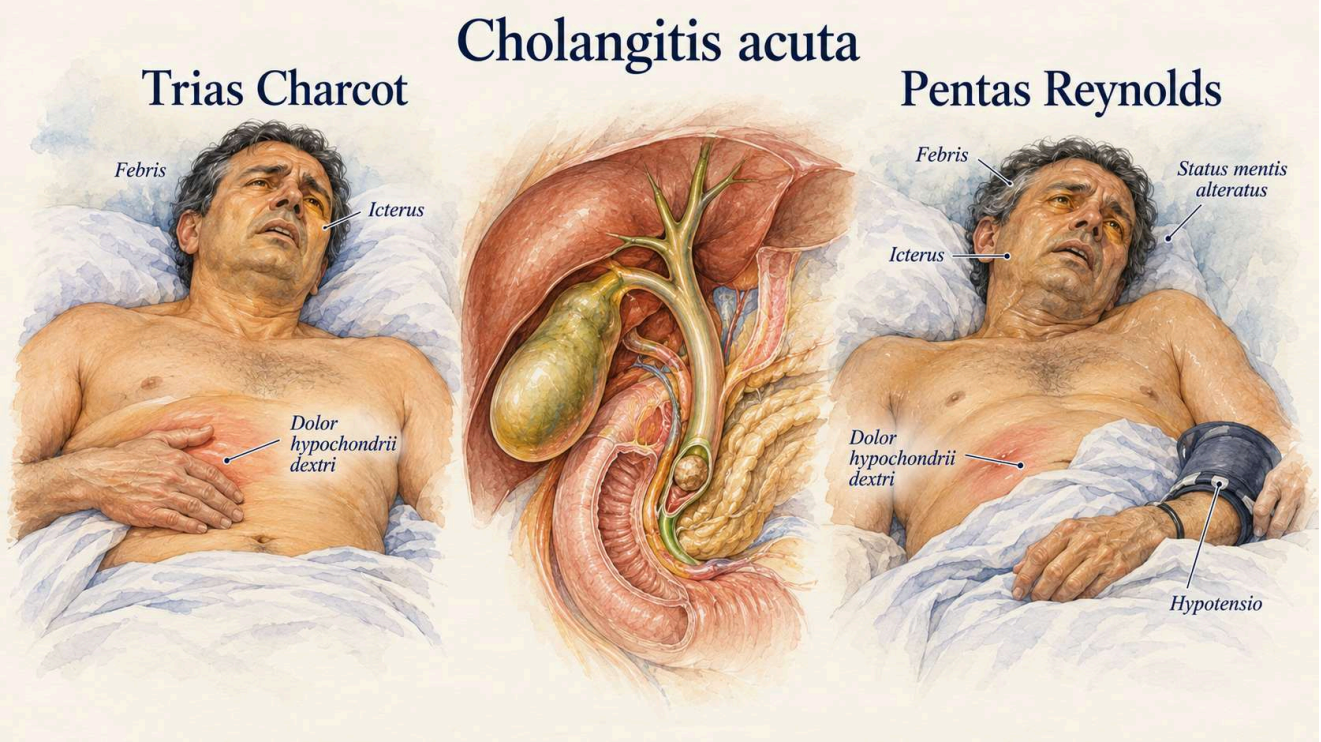


Figura 58. Não espere a tríade completa: ela falta na maioria das colangites.

> **Erro clássico:** aguardar a tríade completa para diagnosticar colangite e adiar o antibiótico e a drenagem.

EPÔNIMO

Jean-Martin Charcot (1825–1893)

Neurologista francês • Salpêtrière, Paris

Fundador da neurologia moderna, descreveu a esclerose múltipla, a esclerose lateral amiotrófica e a artropatia neuropática; foi professor de Freud. Antes da neurologia, estudou as doenças do fígado.

Trabalho original. Charcot JM. *Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins*. Paris; 1877. Descreveu a "febre hepática intermitente", com calafrios, icterícia e dor, na obstrução biliar por cálculo.[77]

EPÔNIMO

Benedict M. Reynolds e Everett L. Dargan

Cirurgiões norte-americanos • Nova York

Cirurgiões que acrescentaram à tríade de Charcot a confusão mental e o choque, descrevendo a colangite obstrutiva aguda como síndrome distinta, de alta mortalidade sem descompressão.

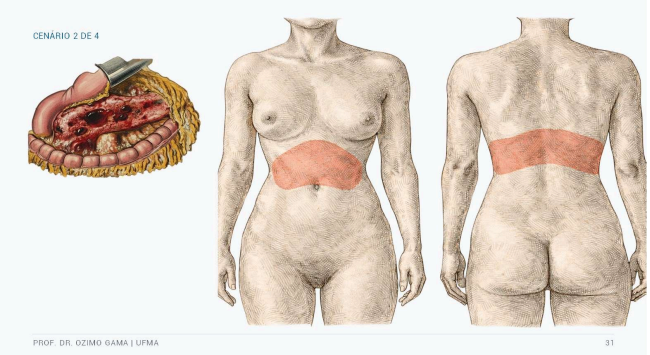
Trabalho original. Reynolds BM, Dargan EL. Acute obstructive cholangitis: a distinct clinical syndrome. *Ann Surg.* 1959;150(2):299-303. Defenderam a descompressão cirúrgica de urgência.[78]

11.5 Pancreatite aguda: dor em faixa e sinais de Gobiet e Mallet-Guy

A dor da pancreatite é epigástrica, contínua, intensa, irradiada para o dorso "em faixa" (T6–T10) e alivia parcialmente com o paciente sentado e inclinado para a frente. O exame mostra distensão epigástrica, defesa e, nos casos graves, os sinais de Cullen, Grey Turner e Fox (seção 4.4).

- **Sinal de Gobiet:** distensão e timpanismo no epigástrio por íleo do cólon transverso, adjacente ao pâncreas inflamado.
- **Sinal de Mallet-Guy:** com o paciente em decúbito lateral direito, palpe profundamente o hipocôndrio esquerdo, sob o rebordo; dor sugere inflamação da cauda pancreática, especialmente na pancreatite crônica agudizada.
- **Pontos pancreáticos:** zona de Chauffard-Rivet, ponto de Desjardins e ponto de Mayo-Robson (seção 2.7).

A • Dor em faixa



B • Gobiet e Mallet-Guy

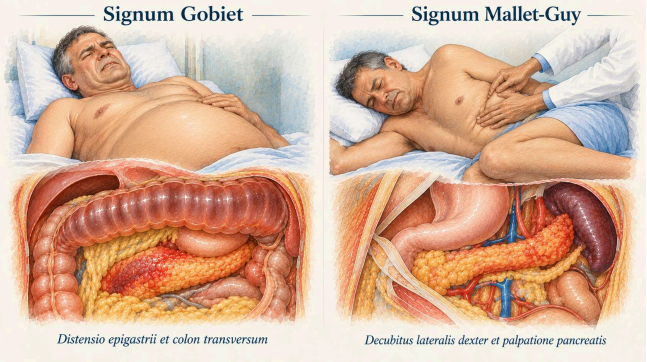


Figura 59–60. A dor em faixa que melhora sentado e inclinado para a frente é pancreática.

EPÔNIMO

Pierre Mallet-Guy (1897–1995)

Cirurgião francês • Lyon

Professor de cirurgia em Lyon, dedicado à cirurgia biliar e pancreática; propôs a esplancnicectomia esquerda para a dor da pancreatite crônica e foi pioneiro da colangiografia intraoperatória na França.

Trabalho original. O sinal da dor à palpação do hipocôndrio esquerdo em decúbito lateral direito é atribuído a Mallet-Guy.[80]

EPÔNIMO

Jean Gobiet

Cirurgião francês • início do século XX

O sinal é atribuído, nos textos didáticos, ao cirurgião francês Jean Gobiet, da geração que mapeou a propedêutica do abdome agudo quando a cirurgia era arriscada e a radiologia, incipiente. Datas, formação e instituição não estão registradas nas fontes disponíveis, e o epônimo é usado sobretudo na semiologia de língua portuguesa e espanhola.

O sinal. Abaulamento circunscrito do epigástrio, com timpanismo aumentado à percussão, na pancreatite aguda. O pâncreas inflamado, atrás do estômago e do cólon transverso, provoca íleo paralítico reflexo localizado; o transverso e o estômago distendem-se por gás e empurram a parede anterior. À radiografia simples, o mesmo fenômeno corresponde à distensão gasosa isolada do transverso, aparentada à alça sentinela e ao sinal do *cut-off* colônico.

Trabalho original. A publicação original de Gobiet não foi localizada. O sinal é descrito com seu nome em *Semiología médica y técnica exploratoria* (Surós) e nos textos nacionais de semiologia e de pancreatite aguda.[79]

11.6 Obstrução intestinal: sinais de von Wahl e de Dance

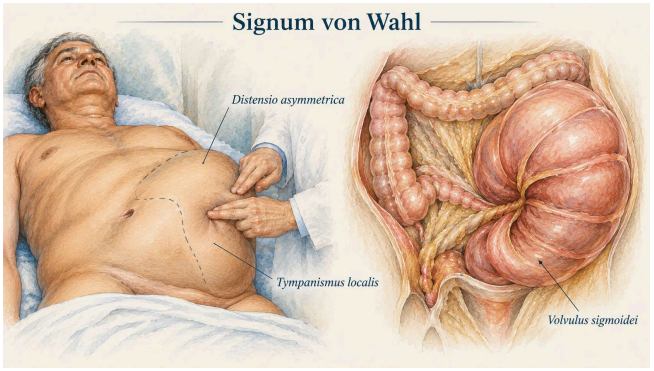
Cólica, vômitos, distensão e parada de eliminação de gases e fezes compõem a síndrome. Distensão e peristaltismo visível estão entre os achados de maior LR+; ruídos metálicos apoiam, e silêncio sugere íleo ou sofrimento. Procure sempre cicatriz prévia (bridas) e hérnia encarcerada. Sinais de sofrimento (febre, taquicardia, dor contínua, peritonite, leucocitose, acidose) indicam operar; na obstrução por bridas sem sofrimento, o tratamento conservador é aceitável por até 72 horas.[33,81]

- **Sinal de von Wahl:** distensão localizada e assimétrica, com timpanismo sobre uma alça fixa e distendida, que não se move; sugere obstrução em alça fechada, como no volvo do sigmoide.
- **Sinal de Dance:** sensação de vazio à palpação da fossa ilíaca direita, porque o ceco foi tracionado em direção ao cólon transverso; sugere intussuscepção ileocólica, sobretudo na criança, com a massa “em salsicha” no hipocôndrio direito.



Figura 61. Em todo abdome distendido, procure a cicatriz e a hérnia antes de pedir a tomografia.

A • von Wahl



B • Dance

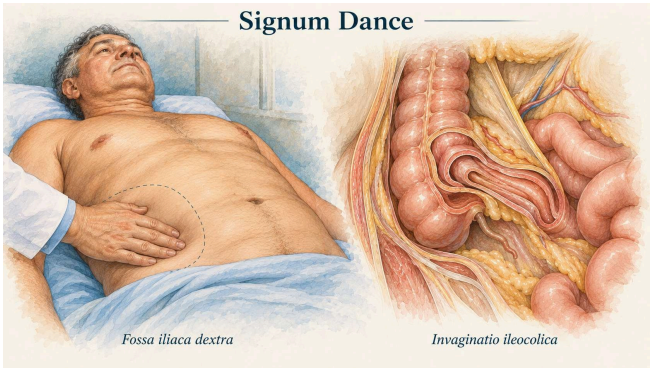


Figura 62–63. Distensão assimétrica e fixa é alça fechada; fossa ilíaca direita vazia é intussuscepção.

EPÔNIMO

Eduard von Wahl (1833–1890)

Cirurgião báltico-alemão • Universidade de Dorpat (Tartu)

Professor de cirurgia em Dorpat, na atual Estônia, estudou as lesões vasculares e a obstrução intestinal.

Trabalho original. O sinal da alça distendida localizada na obstrução em alça fechada é atribuído a von Wahl (c. 1889).[82]

EPÔNIMO

Jean-Baptiste Hippolyte Dance (1797–1832)

Médico francês • Paris

Médico parisiense que morreu jovem, durante a epidemia de cólera de 1832.

Trabalho original. O sinal da fossa ilíaca direita vazia na intussuscepção é atribuído a Dance, a partir de observações clínicas e de necropsia na década de 1820.[83]

11.7 Isquemia mesentérica aguda

O achado cardinal é a **dor desproporcional ao exame**: dor intensa, contínua, com abdome flácido e pouco doloroso nas fases iniciais, em paciente idoso, com fibrilação atrial, doença arterial ou estado de baixo fluxo. Defesa, distensão e peritonite surgem tardiamente, com a necrose. A suspeita indica angiotomografia imediata; lactato normal não exclui isquemia.[84]

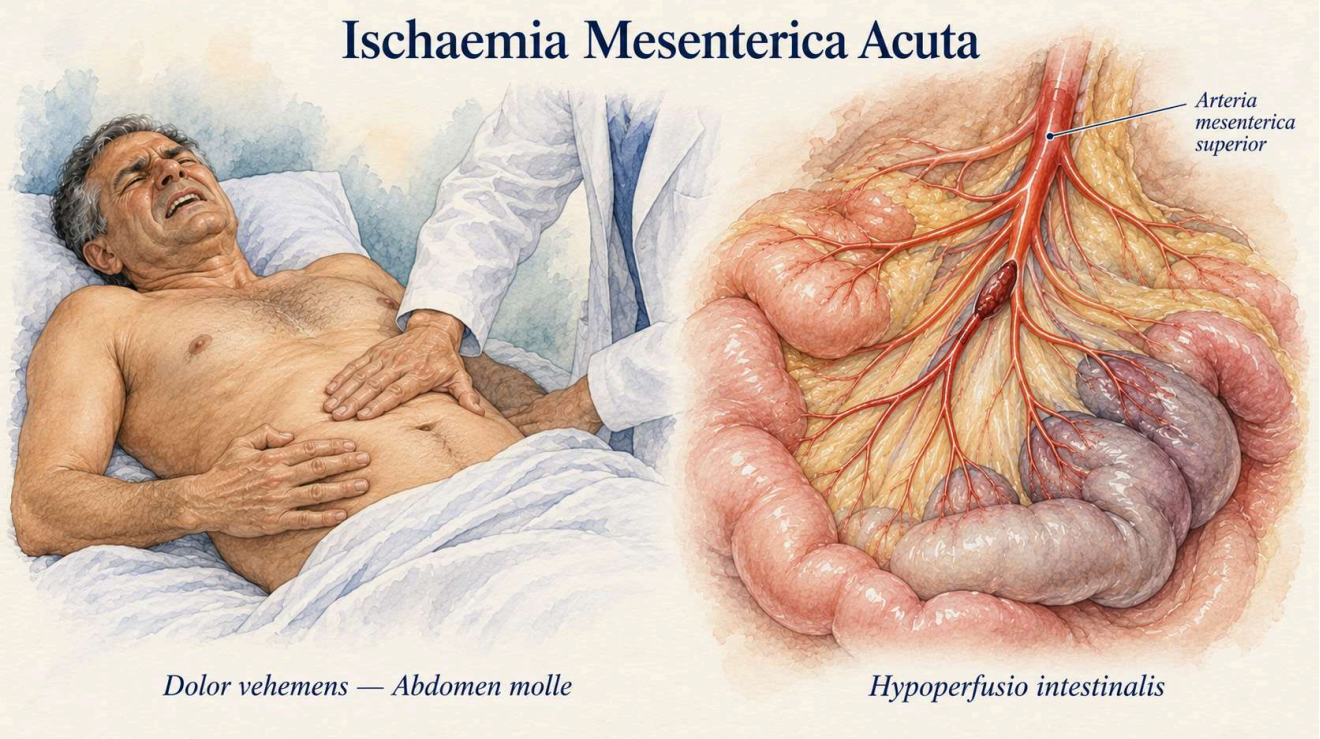


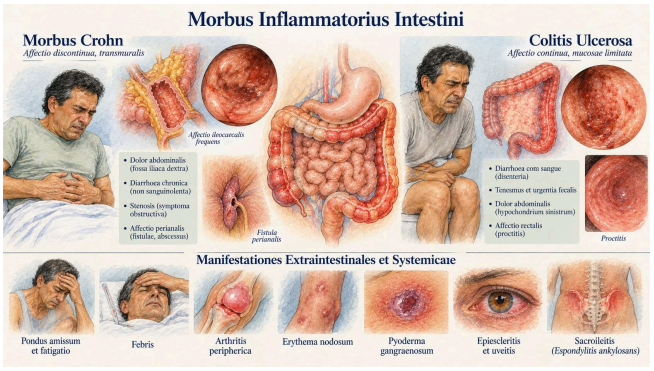
Figura 64. Dor desproporcional ao exame é isquemia até prova em contrário.

> **Erro clássico:** tranquilizar-se com o abdome flácido ou com o lactato normal.

11.8 Doença inflamatória intestinal e síndrome do intestino irritável

Na **doença de Crohn**, o exame pode mostrar massa dolorosa na fossa ilíaca direita (íleo terminal espessado ou abscesso), fístulas e abscessos perianais, fissuras atípicas e plicomas edemaciados; na **retocolite ulcerativa**, o exame abdominal é pobre fora das complicações, e o toque mostra sangue e muco. Procure manifestações extraintestinais: aftas, eritema nodoso, pioderma, uveíte, artrite. No megacólon tóxico, distensão, febre, taquicardia e sinais peritoneais são indicação de cirurgia. Na **síndrome do intestino irritável**, o exame é normal ou mostra apenas dor difusa leve; o diagnóstico é clínico (critérios de Roma IV), e o papel do exame é afastar sinais de alarme (seção 12.1).[85]

A • Doença inflamatória intestinal



B • Intestino irritável



Figura 65–66. Na doença funcional, o exame é normal: sua função é procurar o que não é funcional.

11.9 Hemorragia digestiva: hematoquezia e melena

Melena (fezes negras, pastosas, brilhantes, fétidas) indica sangramento acima do ângulo de Treitz, em geral, ou do cólon direito com trânsito lento; **hematoquezia** (sangue vivo ou vermelho-escuro) indica sangramento colorretal ou anorretal, ou alto e maciço com instabilidade. O toque retal confirma o tipo de sangramento, procura lesão anorretal e deve fazer parte de todo exame na urgência. Avalie a estabilidade (frequência cardíaca, pressão, perfusão) antes de qualquer etapa do exame abdominal.

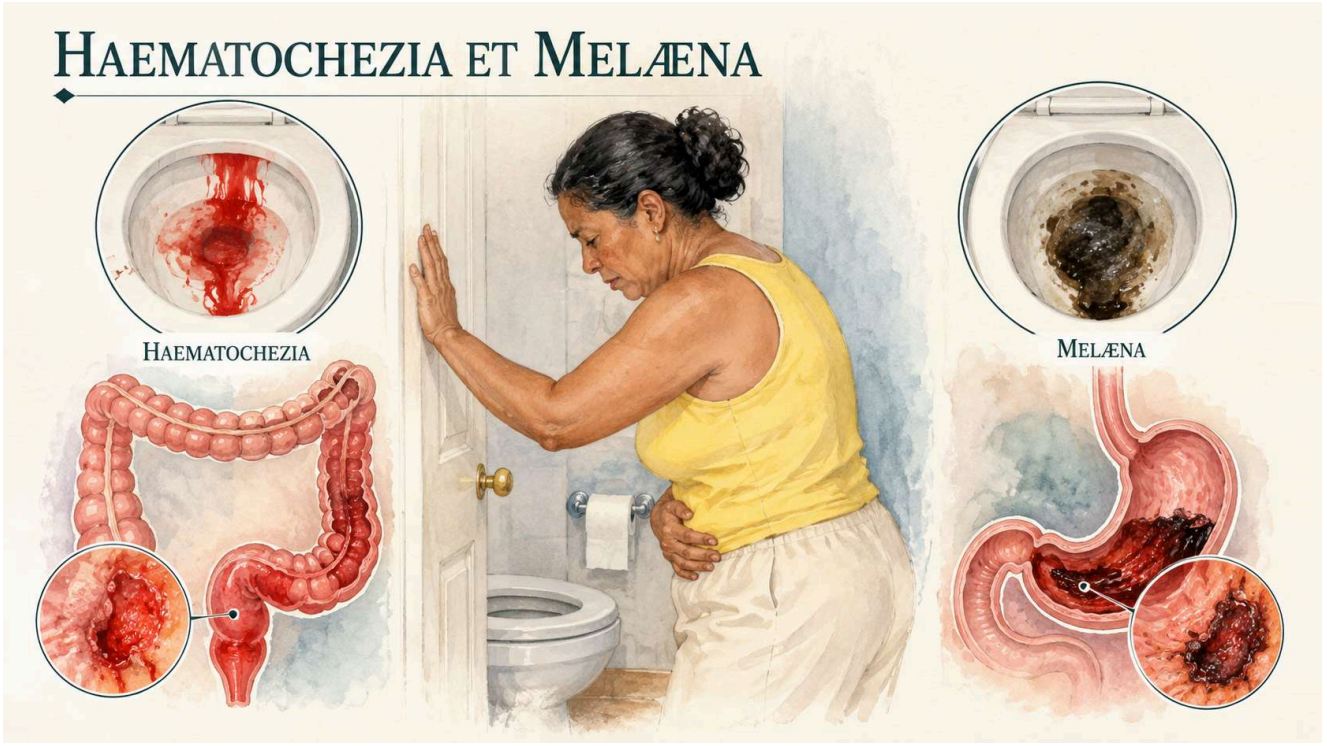


Figura 67. A cor do sangue na luva localiza a hemorragia antes da endoscopia.

11.10 Hepatopatia crônica e hipertensão portal

Os estigmas periféricos aumentam a probabilidade de cirrose em paciente com doença hepática: icterícia, aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, rarefação de pelos, contratura de Dupuytren, unhas de Terry e linhas de Muehrcke, hálito hepático, *flapping*; no abdome, ascite, esplenomegalia, circulação colateral portal e fígado firme e nodular.[86]

ACURÁCIA

Cirrose em paciente com doença hepática

Achado	LR+ aproximado
Encefalopatia	≈ 10
Ascite	≈ 7
Eritema palmar	≈ 5
Aranhas vasculares	≈ 4
Fígado firme à palpação	≈ 3

Valores aproximados. Fonte: Udell et al. (RCE).[86]

A • Estigmas periféricos



B • Cirrose descompensada



Figura 68–69. Examine as mãos e a pele antes do abdome: os estigmas contam a história do fígado.

No cirrótico com ascite, toda ascite nova e toda internação exigem paracentese diagnóstica: gradiente albumina soro-ascite ≥ 1,1 g/dL indica hipertensão portal; ≥ 250 neutrófilos/mm³ indica peritonite bacteriana espontânea, de tratamento clínico. Peritonite secundária (múltiplos germes, glicose baixa, LDH alta) é cirúrgica.[90]

> **Erro clássico:** operar uma peritonite bacteriana espontânea ou tratar clinicamente uma peritonite secundária.

EPÔNIMO

Guillaume Dupuytren (1777–1835)

Cirurgião francês • Hôtel-Dieu, Paris

O cirurgião mais famoso da França em sua época, chefe do Hôtel-Dieu e cirurgião de Luís XVIII e Carlos X. Descreveu também a fratura de tornozelo e o enterótomo para fístulas intestinais.

Trabalho original. Dupuytren G. Permanent retraction of the fingers, produced by an affection of the palmar fascia. *Lancet.* 1834;2:222-5 (lição de 1831). Demonstrou que a contratura se devia à fáscia palmar e não aos tendões. A associação com alcoolismo e cirrose foi descrita depois.[87]

EPÔNIMO

Richard Terry

Médico britânico

Médico britânico que estudou as unhas em pacientes cirróticos.

Trabalho original. Terry R. White nails in hepatic cirrhosis. *Lancet.* 1954;266(6815):757-9. Descreveu unhas esbranquiçadas, com faixa distal rósea, em 82 de 100 pacientes com cirrose.[88]

EPÔNIMO

Robert C. Muehrcke

Médico norte-americano

Médico que descreveu as faixas brancas transversais e pareadas nas unhas, que desaparecem à compressão.

Trabalho original. Muehrcke RC. The finger-nails in chronic hypoalbuminaemia: a new physical sign. *Br Med J.* 1956;1(4979):1327-8. Associou as linhas à hipoalbuminemia (< 2,2 g/dL), como na síndrome nefrótica e na cirrose.[89]

CONCLUSÃO DO BLOCO 11

1. Combine achados: na apendicite, dor na fossa ilíaca direita, rigidez e migração; use escores para decidir a imagem.
2. Murphy sugere colecistite; vesícula palpável e indolor com icterícia sugere neoplasia; a tríade de Charcot falta na maioria das colangites.
3. Dor desproporcional ao exame é isquemia; distensão com cicatriz é brida; estigmas periféricos contam a história do fígado.

12 Alarmes de neoplasia digestiva

O câncer colorretal é o terceiro tumor mais incidente no Brasil, com cerca de 45 mil casos novos estimados por ano, e o gástrico soma cerca de 21 mil.[92] Os sinais físicos clássicos de neoplasia descrevem doença avançada; o objetivo do exame é reconhecer os sinais de alarme *antes* deles e indicar endoscopia independentemente do exame abdominal.

12.1 Sinais de alarme

Território	Sinais de alarme
Trato digestivo alto	Disfagia, perda ponderal, anemia ferropriva, vômitos persistentes, hemorragia, dispepsia de início a partir dos 60 anos
Trato digestivo baixo	Hematoquezia, mudança do hábito intestinal, anemia ferropriva, massa abdominal ou retal; também antes dos 50 anos
Fígado, vias biliares e pâncreas	Icterícia indolor, diabetes de início recente após os 50 anos com perda de peso, nódulo em cirrótico

Sinal de alarme indica endoscopia ou colonoscopia, mesmo com exame abdominal normal.[91,93]

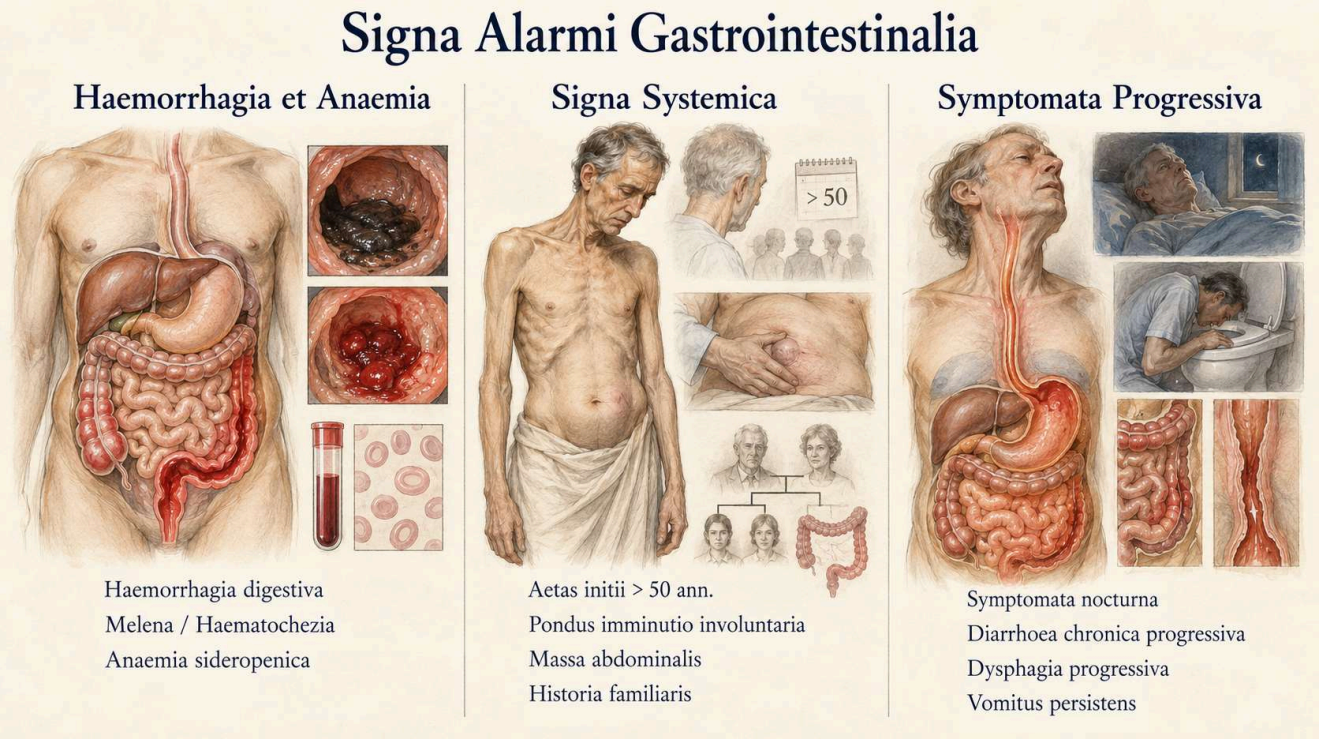


Figura 70. O diagnóstico precoce do câncer não espera o exame físico encontrar o tumor.

12.2 Emagrecimento involuntário

Perda de mais de 5 % do peso em 6 a 12 meses, sem intenção, é sinal de alarme. Pergunte o peso habitual, pese o paciente e documente a evolução; observe a perda de massa muscular temporal e a folga das roupas e do cinto.



Figura 71. Pese o paciente: a perda não intencional de mais de 5 % do peso é sinal de alarme.

12.3 Disfagia progressiva e saciedade precoce

A disfagia progressiva, primeiro para sólidos e depois para líquidos, com perda de peso, sugere obstrução mecânica do esôfago, em geral neoplásica; peça ao paciente que aponte o nível em que o alimento para, lembrando que a localização referida é pouco precisa para lesões distais. Saciedade precoce, vômitos pós-prandiais e epigastralgia em idoso sugerem neoplasia gástrica, e o vascolejo (seção 5.4) sugere obstrução pilórica.

A • Disfagia



B • Carcinoma de esôfago e estômago

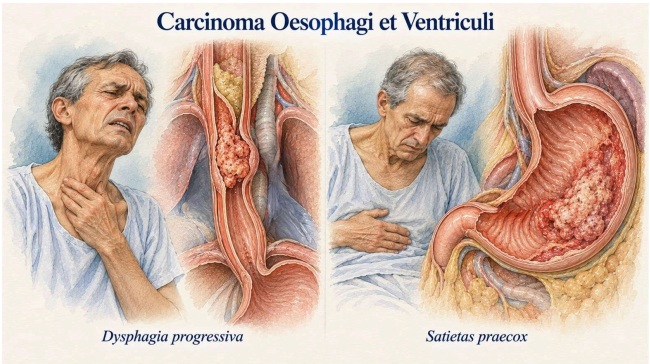


Figura 72–73. Disfagia progressiva com perda de peso é neoplasia de esôfago até prova em contrário.

12.4 Linfonodos e implantes sentinela

- **Nódulo de Virchow (sinal de Troisier):** linfonodo supraclavicular esquerdo endurecido, por metástase de tumor abdominal (estômago, pâncreas, cólon) através do ducto torácico. Palpe a fossa supraclavicular por trás do paciente, pedindo que faça a manobra de Valsalva.
- **Nódulo da Irmã Maria José:** nódulo umbilical endurecido, por vezes ulcerado, por implante peritoneal (estômago, ovário, cólon, pâncreas).
- **Linfonodo de Irish:** linfonodo axilar esquerdo, por metástase de carcinoma gástrico.

- **Tumor de Krukenberg:** metástase ovariana bilateral de adenocarcinoma de células em anel de sinete, em geral gástrico; palpável no exame pélvico.
- **Prateleira de Blumer** (seção 10.3): implante no fundo de saco ao toque retal.

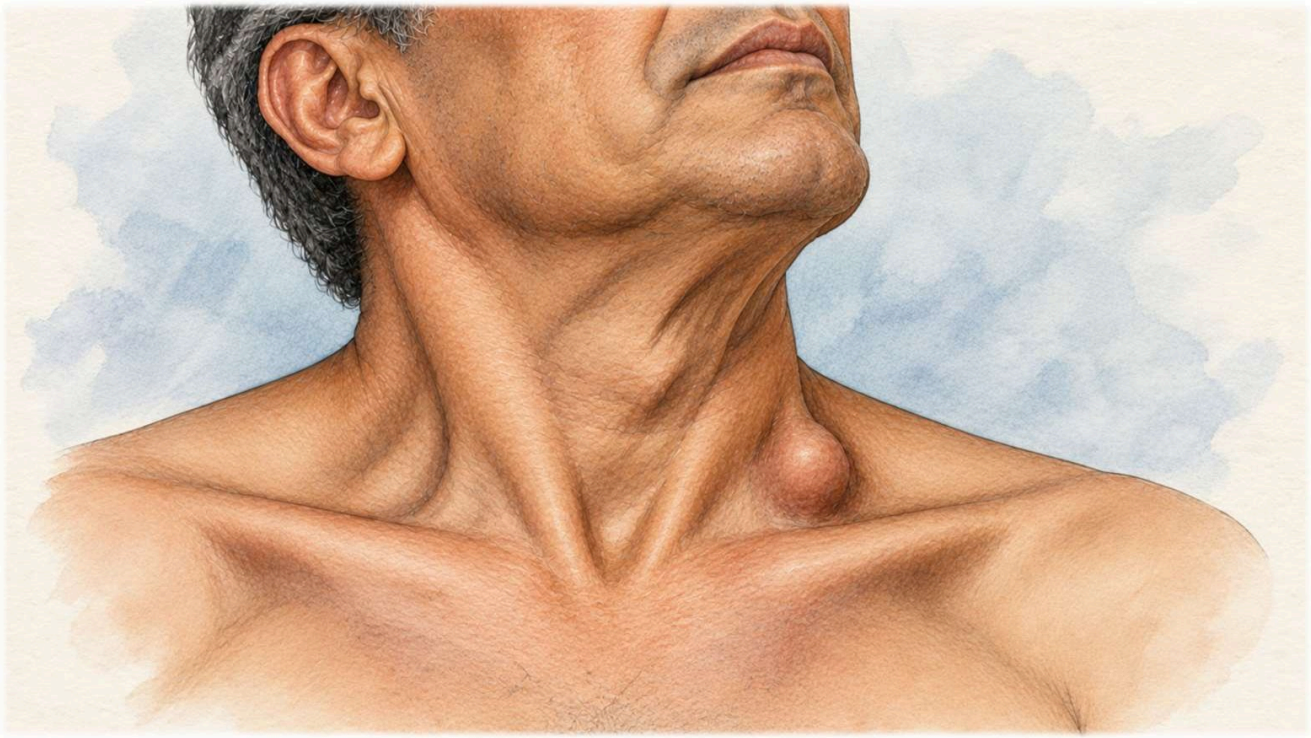


Figura 74. Palpe a fossa supraclavicular esquerda em todo paciente com suspeita de neoplasia abdominal.

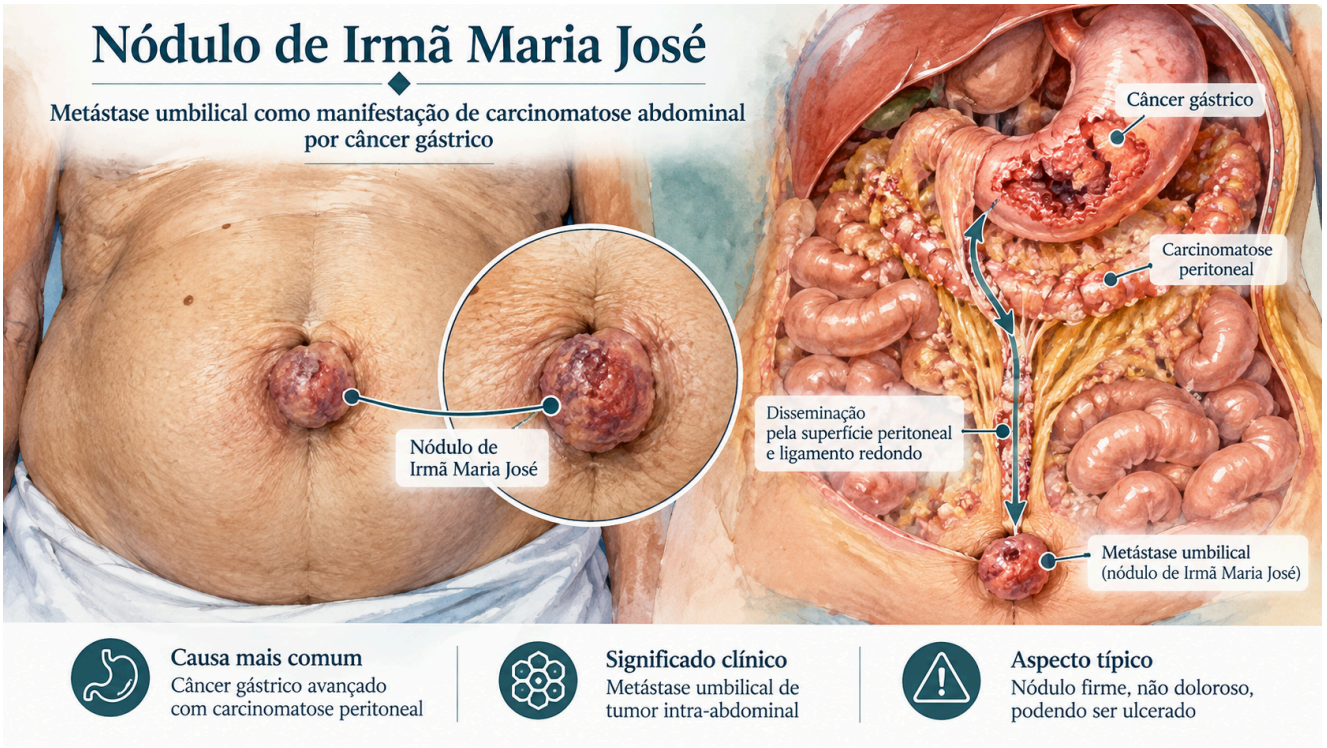


Figura 74a. Nódulo umbilical firme e indolor em paciente com câncer gástrico é carcinomatose peritoneal: a doença chegou à parede pelo ligamento redondo e pela superfície peritoneal.

EPÔNIMO

Rudolf Virchow (1821–1902) e Charles-Émile Troisier (1844–1919)

Patologista alemão (Berlim) • Patologista francês (Paris)

Virchow fundou a patologia celular (“omnis cellula e cellula”), descreveu a leucemia e a tríade da trombose e foi também antropólogo e político. Troisier, professor de patologia em Paris, descreveu também a hemocromatose com diabetes bronzeado.

Trabalho original. Virchow R. Zur Diagnose der Krebse im Unterleibe. *Med Reform.* 1848;45:248. Troisier E. L’adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l’abdomen. *Arch Gén Méd.* 1889;1:129-38. Virchow relacionou o linfonodo supraclavicular ao câncer abdominal; Troisier demonstrou a via pelo ducto torácico.[94,95]

EPÔNIMO

Irmã Maria José Dempsey (Julia Dempsey, 1856–1939)

Enfermeira e administradora • Hospital St. Mary’s, Rochester, Minnesota

Freira franciscana, primeira assistente cirúrgica de William James Mayo por mais de 25 anos e superintendente do Hospital St. Mary’s, origem da Clínica Mayo. Chamou a atenção de Mayo para o nódulo umbilical que palpava ao preparar a pele dos pacientes com câncer abdominal avançado.

Trabalho original. Mayo publicou a observação em 1928 como “umbigo de calça de pijama”; o epônimo foi proposto por Hamilton Bailey em *Demonstrations of physical signs in clinical surgery* (11ª ed., 1949), um raro epônimo médico que homenageia uma enfermeira.[96]

EPÔNIMO

Friedrich Ernst Krukenberg (1871–1946)

Ginecologista e patologista alemão • Marburg

Descreveu o tumor ainda como estudante, aos 25 anos, no laboratório de Felix Marchand, em Marburg. Acreditou tratar-se de tumor ovariano primário; sua natureza metastática foi demonstrada depois.

Trabalho original. Krukenberg F. Über das Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes). *Arch Gynäkol.* 1896;50:287-321.[97]

EPÔNIMO

William B. Irish

Médico norte-americano • virada do século XIX para o XX

O linfonodo é atribuído, nos textos didáticos, ao médico norte-americano William B. Irish, clínico e cirurgião da virada do século XIX para o XX. Não há biografia, datas ou retrato documentados na literatura médica, e o epônimo sobrevive sobretudo no ensino de propedêutica. Na busca por fontes, não confundir com o escritor policial William Irish, pseudônimo de Cornell Woolrich.

O achado. Linfonodo axilar anterior esquerdo, endurecido e indolor, por metástase de adenocarcinoma gástrico ou de outro tumor do tubo digestivo. Como o nódulo de Virchow, é sinal tardio de doença disseminada. A via provável são os linfáticos da parede abdominal supraumbilical, que drenam para a axila, ou a disseminação retrógrada pelo ducto torácico. Pode coexistir com o nódulo de Virchow ou ser metástase isolada.

Trabalho original. A publicação original de Irish não foi localizada. O achado é documentado em relatos e revisões sobre metástases linfonodais do câncer gástrico.[98]

12.5 Câncer colorretal: cólon direito e cólon esquerdo

O **cólon direito**, de grande calibre e conteúdo líquido, raramente obstrui: o câncer se manifesta por anemia ferropriva, astenia e massa palpável na fossa ilíaca direita. O **cólon esquerdo**, mais estreito e com fezes sólidas, obstrui: alteração do hábito intestinal, fezes afiladas, hematoquezia, tenesmo (reto) e obstrução intestinal. Toda anemia ferropriva em homem ou mulher na pós-menopausa exige investigação do trato digestivo.[93]

Cólon direito e esquerdo

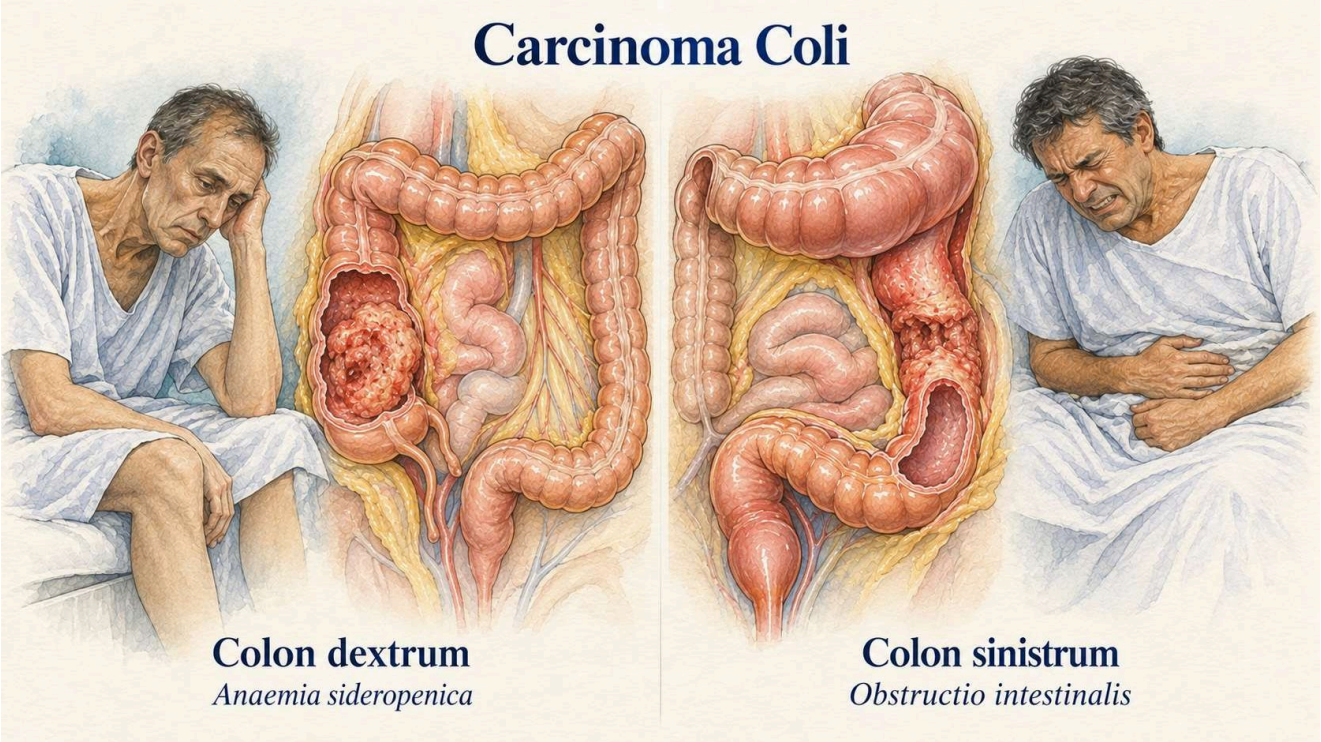
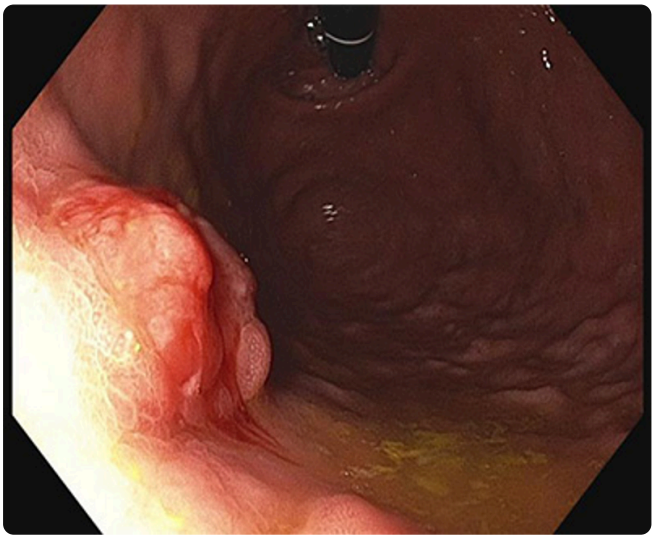


Figura 75–76. Cólon direito sangra em silêncio; cólon esquerdo obstrui.

A • Endoscopia | Câncer gástrico



B • Colonoscopia | Câncer de sigmoide

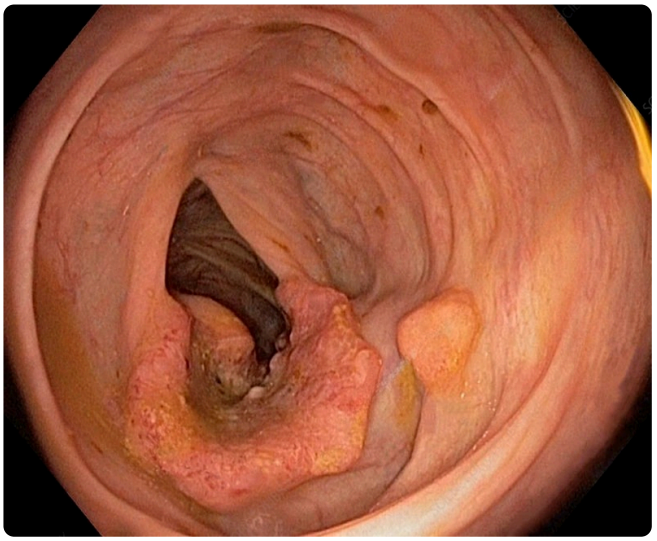
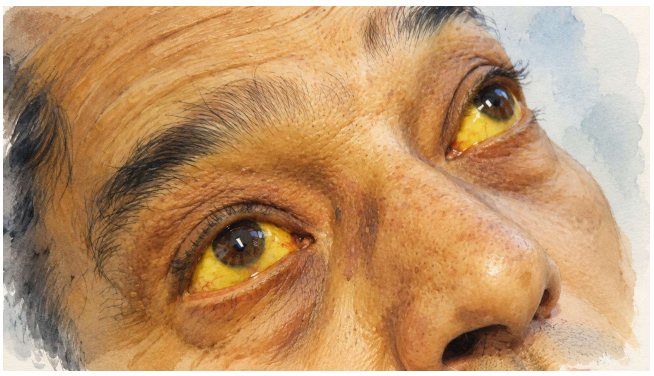


Figura 76a. O exame físico levanta a suspeita; a endoscopia e a colonoscopia confirmam o diagnóstico e permitem a biópsia.

12.6 Icterícia obstrutiva e neoplasia periampular

Icterícia progressiva, indolor, com colúria, acolia e prurido sugere obstrução biliar extra-hepática; associada a perda de peso e vesícula palpável e indolor (seção 11.3), sugere neoplasia periampular. A icterícia é mais bem vista na esclera, sob luz natural, a partir de bilirrubina sérica em torno de 2,5–3 mg/dL. Escoriações por prurido e hepatomegalia colestática completam o quadro.[3]

A • Icterícia



B • Neoplasia periampular

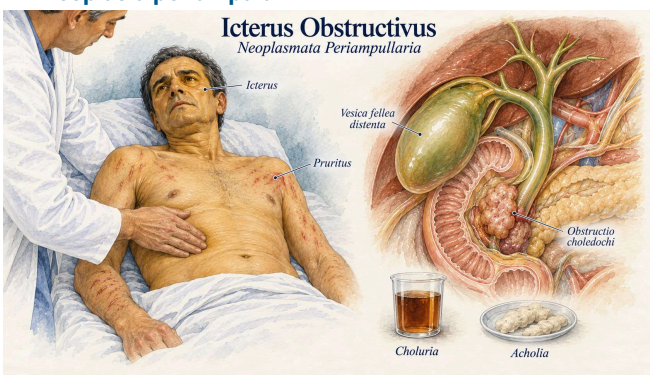


Figura 77–78. Icterícia indolor com vesícula palpável: pense na cabeça do pâncreas.

12.7 Fígado metastático

Fígado aumentado, de superfície nodular e consistência pétrea, por vezes com umbilicação central dos nódulos e atrito à ausculta, sugere metástases. Com perda de peso e massa abdominal, o achado indica estadiamento por imagem e biópsia.

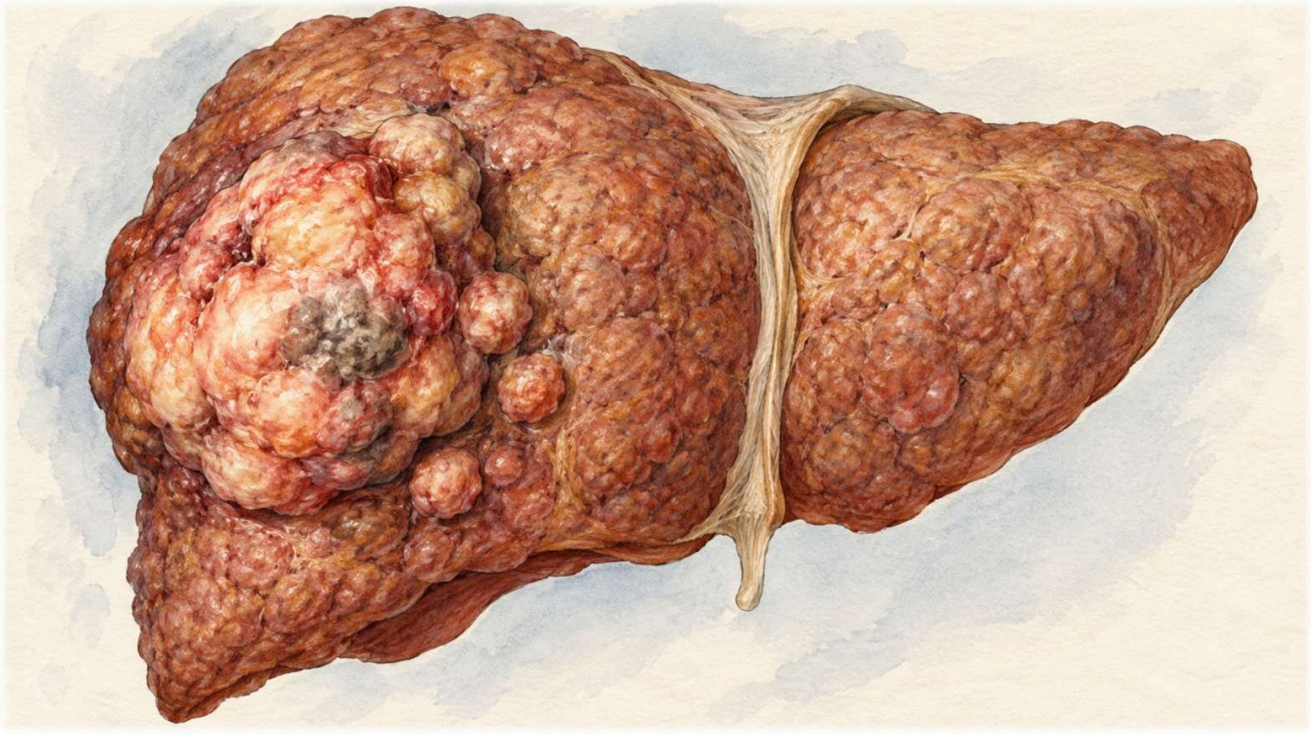


Figura 79. Nódulos pétreos e umbilicados à palpação são metástases até prova em contrário.

CONCLUSÃO DO BLOCO 12

1. Sinal de alarme indica endoscopia, mesmo com exame abdominal normal.
2. Virchow, Irmã Maria José, Blumer e Krukenberg descrevem doença avançada: o objetivo é chegar antes deles.
3. Cólon direito: anemia; cólon esquerdo: obstrução; icterícia indolor com vesícula palpável: periampular.

13 O abdome pós-operatório

13.1 Exame seriado

O abdome operado tem dor incisional, íleo fisiológico e alterações da ferida que mascaram complicações. Examine diariamente, pelo mesmo examinador quando possível: sinais vitais (a taquicardia é o sinal mais precoce de complicação), ausculta, percussão (timpanismo crescente, macicez), palpação da ferida e do abdome à distância dela, drenos (volume e aspecto) e eliminação de gases e fezes. Gradue toda complicação pela classificação de Clavien-Dindo.[99]

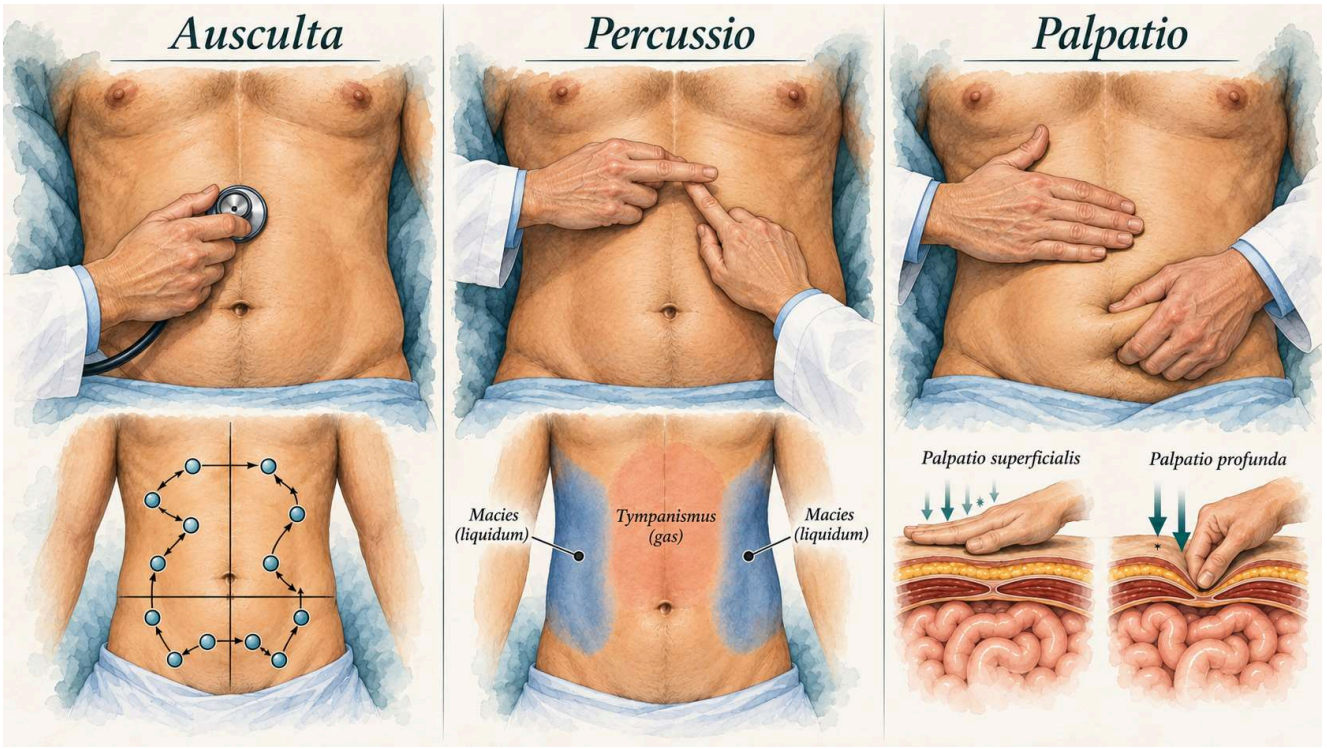


Figura 80. No pós-operatório, a taquicardia fala antes do abdome.

13.2 O dia de pós-operatório orienta a hipótese

Período	Hipótese principal	Achados
1º–2º dia	Resposta inflamatória; sangramento	Febre baixa e dor incisional são esperadas; taquicardia e hipotensão sugerem sangramento
3º–5º dia	Infecções à distância	Pneumonia, infecção urinária, flebite de acesso venoso
5º–7º dia	Anastomose e ferida	Fístula anastomótica e infecção do sítio cirúrgico
Após o 7º dia	Coleções e trombose	Abscesso intra-abdominal, trombose venosa profunda

Fístula anastomótica, a complicação que não pode passar: taquicardia sem outra explicação, íleo que retorna após melhora inicial, dor desproporcional, secreção entérica pelo dreno ou pela ferida. A PCR baixa entre o 3º e o 5º dia tem valor preditivo negativo em torno de 97 % e permite alta segura; PCR alta não confirma, indica tomografia.[100,101]

Íleo pós-operatório prolongado: náuseas ou vômitos, intolerância oral, ausência de flatos e distensão a partir do 4º dia, com silêncio abdominal e sem cólica. A **obstrução precoce** surge após o retorno inicial do trânsito, com cólica e ruídos metálicos.[102]

Ferida operatória: examine por profundidade. Superficial (pele e subcutâneo): hiperemia, calor e secreção purulenta, tratada com abertura e drenagem. Profunda (fáscia e músculo): dor intensa, crepitação, necrose, exigindo desbridamento. Órgão ou espaço: febre e íleo com ferida limpa, investigados por tomografia. Secreção serossanguinolenta abundante pela ferida entre o 5º e o 8º dia precede a evisceração: examine a aponeurose.[103]

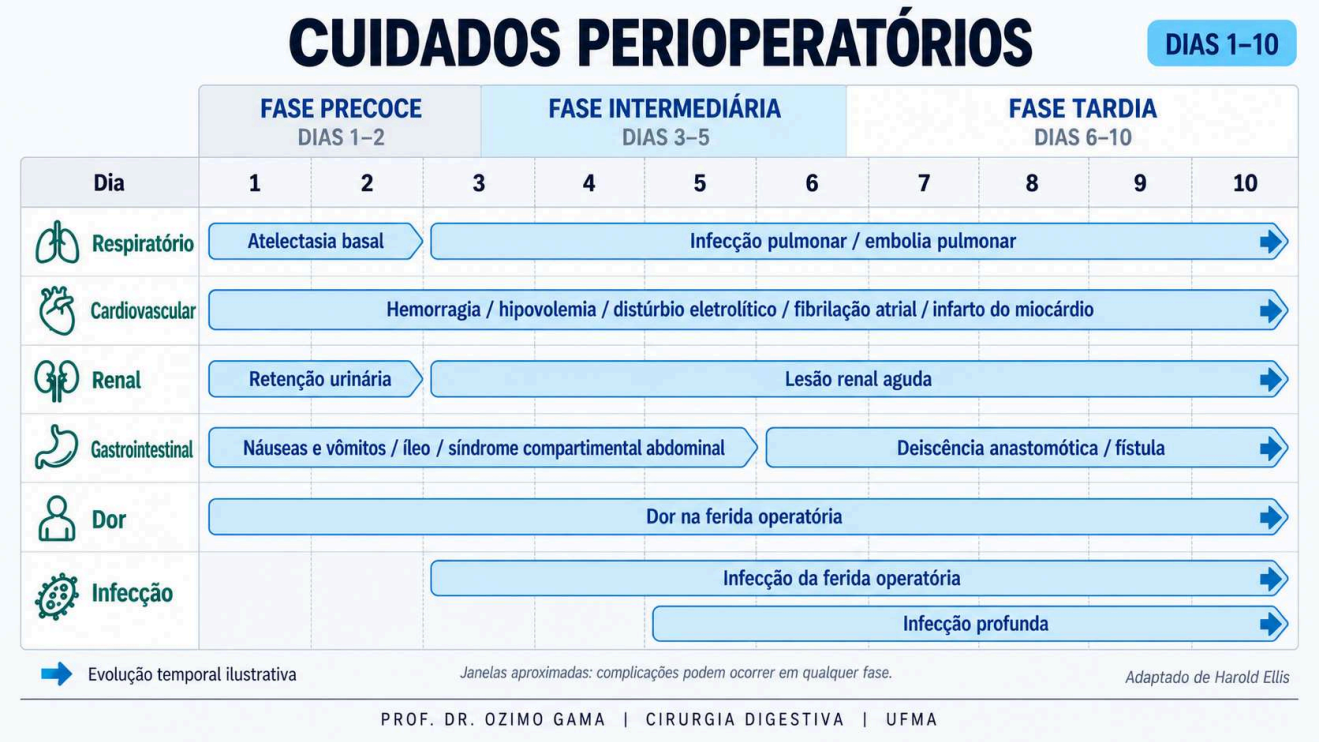


Figura 81. O dia de pós-operatório é a primeira pista diagnóstica.

Ao acionar outra equipe, use o método **SBAR**: Situação (o que acontece agora), Breve histórico, Avaliação (o que se acha que é) e Recomendação (o que se pede e em quanto tempo), e confirme o combinado.[104]

CONCLUSÃO DO BLOCO 13

1. Taquicardia inexplicada é o sinal mais precoce de complicação abdominal.
2. A partir do 5º dia, pense primeiro na anastomose; PCR baixa no 3º–5º dia afasta fístula.
3. Secreção serossanguinolenta abundante pela ferida anuncia evisceração.

14 Fechamento

14.1 Precisão do exame abdominal

A concordância entre examinadores varia com o achado. É boa para achados objetivos e grosseiros, como distensão, ascite volumosa e massa evidente, e apenas regular para sinais dependentes da interpretação do examinador e da resposta do paciente, como defesa, descompressão dolorosa e ruídos hidroaéreos. Medidas que melhoram a precisão: técnica padronizada, parede relaxada, comparação com o lado contralateral, observação da face do paciente e reexame seriado pelo mesmo examinador.[2,3]

14.2 Em resumo: os sinais que mudam a conduta

Achado	Pense em	Conduta imediata
Rigidez e defesa generalizadas, instabilidade	Perfuração, peritonite difusa	Reanimação e cirurgia
Cullen ou Grey Turner	Hemorragia retroperitoneal, pancreatite grave	Tomografia e terapia intensiva
Massa pulsátil dolorosa	Aneurisma de aorta roto	Centro cirúrgico se instável
Febre, icterícia e dor	Colangite aguda	Antibiótico e drenagem biliar
Dor desproporcional ao exame	Isquemia mesentérica	Angiotomografia imediata
Hérnia tensa, dolorosa, irredutível	Estrangulamento	Cirurgia de urgência

14.3 Resolução do caso clínico

O paciente do caso de abertura (seção 1.1) tinha dor com mais de seis horas, previamente hígido: pela regra de Cope, cirúrgica até prova em contrário. A dor migrou do mesogástrio (visceral, T10) para a fossa ilíaca direita (parietal), com vômito depois da dor, anorexia e febre baixa. O exame mostrou dor no ponto de McBurney, defesa localizada, descompressão dolorosa, Rovsing e psoas positivos, e Carnett negativo (a dor diminuiu com a contração da parede, indicando origem visceral). Com leucocitose de 14.000 e desvio à esquerda, o escore de Alvarado foi 9. Com alta probabilidade clínica em homem jovem, a equipe indicou laparoscopia, que confirmou apendicite aguda flegmonosa em posição retrocecal, coerente com o psoas positivo.

FAÇA O DIAGNÓSTICO • APENDICITE AGUDA

Item	Síntese
Probabilidade pré-teste	Cerca de 1 em 4 a 1 em 3 adultos com dor abdominal aguda na fossa ilíaca direita no pronto-socorro (varia com a série)
População	Adultos e crianças maiores com dor abdominal aguda há menos de 72 horas
Achados que aumentam a probabilidade	Dor na fossa ilíaca direita (LR+ ≈ 8), rigidez (3,8), migração da dor (3,2), psoas (2,4)
Achados que reduzem a probabilidade	Ausência de dor na fossa ilíaca direita (LR− ≈ 0,2); Alvarado < 5
Padrão de referência	Histopatologia da peça ou seguimento clínico sem cirurgia

Fontes: Wagner et al.; Ohle et al.; Di Saverio et al.[62,67,63]

14.4 Epílogo



Figura 82. “O segredo do cuidado do paciente está em cuidar do paciente.” — Peabody, 1927.

EPÔNIMO

Francis Weld Peabody (1881–1927)

Médico norte-americano • Harvard e Boston City Hospital

Professor de medicina em Harvard e diretor do Thorndike Memorial Laboratory do Boston City Hospital. Pesquisador da fisiologia respiratória e da febre tifoide, morreu aos 46 anos de câncer, meses após proferir a palestra que o tornou célebre.

Trabalho original. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA.* 1927;88(12):877-82. Palestra aos estudantes de Harvard em que defende que o conhecimento científico só se completa com a atenção pessoal ao paciente, e que termina com a frase que fecha este capítulo.[105]

Trabalho original. Peabody FW. The care of the patient. *JAMA.* 1927;88(12):877-82, conferência proferida aos estudantes de Harvard em 1925 e publicada meses antes de sua morte. Termina com a frase que o tornou célebre: o segredo do cuidado do paciente está em cuidar do paciente.[117]

Examine com método, reexamine com o tempo e decida em equipe.

Referências

Formato Vancouver. Itens marcados aguardam consulta ao original; trabalhos anteriores a 1946 e livros não são indexados no PubMed.

1. Cope Z. The early diagnosis of the acute abdomen. London: Oxford University Press; 1921.
2. Simel DL, Rennie D, eds. The rational clinical examination: evidence-based clinical diagnosis. New York: McGraw-Hill/JAMA; 2009.
3. McGee S. Evidence-based physical diagnosis. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026.
4. Standring S, ed. Gray's anatomy: the anatomical basis of clinical practice. 42nd ed. London: Elsevier; 2020.
5. Bickley LS, Szilagyi PG, Hoffman RM, Soriano RP. Bates: propedêutica médica. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.
6. Mirjalili SA, McFadden SL, Buckenham T, Stringer MD. A reappraisal of adult abdominal surface anatomy. Clin Anat. 2012;25(7):844-50. doi:10.1002/ca.22119. Ver também: Mirjalili SA, McFadden SL, Buckenham T, Wilson B, Stringer MD. Anatomical planes: are we teaching accurate surface anatomy? Clin Anat. 2012;25(7):819-26. doi:10.1002/ca.22104.
7. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. Am Surg. 2006;72(1):42-8. doi:10.1177/000313480607200110. PMID: 16494181.
8. Porto CC, Porto AL. Exame clínico. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
9. Addison C. On the topographical anatomy of abdominal viscera in man, especially the gastro-intestinal canal: Part I. J Anat Physiol. 1899;33(Pt 4):565-86. PMID: 17232394; PMCID: PMC1327936. Partes II–IV: J Anat Physiol. 1900;34(Pt 4):427-50 (PMID: 17232443); 1901;35(Pt 2):166-204 (PMID: 17232465); 1901;35(Pt 3):277-304.
10. López M, Laurentys-Medeiros J. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
11. Cervero F, Laird JM. Visceral pain. Lancet. 1999;353(9170):2145-8. doi:10.1016/S0140-6736(99)01306-9.
12. Talley NJ, O'Connor S. Clinical examination: a systematic guide to physical diagnosis. 9th ed. Sydney: Elsevier; 2022.
13. Lee MW, McPhee RW, Stringer MD. An evidence-based approach to human dermatomes. Clin Anat. 2008;21(5):363-73. doi:10.1002/ca.20636. PMID: 18470936.
14. Head H. On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease. Brain. 1893;16(1-2):1-133.
15. Piorry PA. De la percussion médiate et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau moyen d'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux. Paris: Chaude; 1828.
16. McBurney C. Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix. N Y Med J. 1889;50:676-84.
17. Morris RT. Lectures on appendicitis and notes on other subjects. New York: Putnam; 1895.
18. van Gulik TM, Brummelkamp WH. Otto Lanz, surgeon and art collector. Neth J Surg. 1988;40(2):31-6. PMID: 3287222.
19. Traube L. Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie. Berlin: Hirschwald; 1871-1878.
20. Chauffard A. Descrição da zona pancreático-coledociana (Paris, final do século XIX), difundida pelos tratados de semiologia de língua francesa e portuguesa. Ver: Porto CC. Semiologia médica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
21. Desjardins A. Technique de la pancréatectomie. Rev Chir (Paris). 1907.
22. Mayo Robson AW, Moynihan BGA. Diseases of the pancreas and their surgical treatment. Philadelphia: Saunders; 1902.
23. Barkun AN, Camus M, Green L, Meagher T, Coupal L, De Stempel J, Grover SA. The bedside assessment of splenic enlargement. Am J Med. 1991;91(5):512-8. doi:10.1016/0002-9343(91)90188-4. PMID: 1951414.
24. Cullen TS. A new sign in ruptured extrauterine pregnancy. Am J Obstet Dis Women Child. 1918;78:457.
25. Grey Turner G. Local discoloration of the abdominal wall as a sign of acute pancreatitis. Br J Surg. 1920;7(27):394-5. doi:10.1002/bjs.1800072716.
26. Dickson AP, Imrie CW. The incidence and prognosis of body wall ecchymosis in acute pancreatitis. Surg Gynecol Obstet. 1984;159(4):343-7.
27. Fox JA. A diagnostic sign of extraperitoneal haemorrhage. Br J Surg. 1966;53(3):193-5.
28. Kussmaul A. Über die Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode mittelst der Magenpumpe. Dtsch Arch Klin Med. 1869;6:455-500.
29. Kocher T. Chirurgische Operationslehre. Jena: Gustav Fischer; 1892.
30. Pfannenstiel J. Über die Vortheile des suprasymphysären Fascienquerschnitts für die gynäkologischen Koeliotomien. Samml Klin Vortr (Gynäkol). 1900;268:1735-56.

31. Gu Y, Lim HJ, Moser MA. How useful are bowel sounds in assessing the abdomen? Dig Surg. 2010;27(5):422-6. doi:10.1159/000319372.
32. Felder S, Margel D, Murrell Z, Fleshner P. Usefulness of bowel sound auscultation: a prospective evaluation. J Surg Educ. 2014;71(5):768-73. doi:10.1016/j.jsurg.2014.02.003.
33. Böhner H, Yang Q, Franke C, Verreet PR, Ohmann C. Simple data from history and physical examination help to exclude bowel obstruction and to avoid radiographic studies in patients with acute abdominal pain. Eur J Surg. 1998;164(10):777-84.
34. Spangler R, Van Pham T, Khoury D, Ewing T. Abdominal emergencies in the geriatric patient. Int J Emerg Med. 2014;7:43. doi:10.1186/s12245-014-0043-2.
35. Cruveilhier J. Anatomie pathologique du corps humain. Paris: Baillière; 1829-1842.
36. Hipócrates. Œuvres complètes d'Hippocrate. Littré É, ed. Paris: Baillière; 1839-1861.
37. Williams JW Jr, Simel DL. The rational clinical examination. Does this patient have ascites? How to divine fluid in the abdomen. JAMA. 1992;267(19):2645-8.
38. Naylor CD. The rational clinical examination. Physical examination of the liver. JAMA. 1994;271(23):1859-65.
39. Grover SA, Barkun AN, Sackett DL. The rational clinical examination. Does this patient have splenomegaly? JAMA. 1993;270(18):2218-21. PMID: 8411607.
40. Castell DO. The spleen percussion sign: a useful diagnostic technique. Ann Intern Med. 1967;67(6):1265-7.
41. Nixon RK Jr. The detection of splenomegaly by percussion. N Engl J Med. 1954;250(4):166-7.
42. Hackett LW. Spleen measurement in malaria. J Natl Malar Soc. 1944;3:121-33.
43. Blumberg J. Ein neues diagnostisches Symptom bei Appendicitis. Münch Med Wochenschr. 1907;54:1178-80.
44. Carnett JB. Intercostal neuralgia as a cause of abdominal pain and tenderness. Surg Gynecol Obstet. 1926;42:625-32.
45. Thomson WH, Dawes RF, Carter SS. Abdominal wall tenderness: a useful sign in chronic abdominal pain. Br J Surg. 1991;78(2):223-5.
46. Škoda J. Abhandlung über Perkussion und Auskultation. Wien: Mösle & Braumüller; 1839.
47. Cattau EL Jr, Benjamin SB, Knuff TE, Castell DO. The accuracy of the physical examination in the diagnosis of suspected ascites. JAMA. 1982;247(8):1164-6.
48. Lawson JD, Weissbein AS. The puddle sign: an aid in the diagnosis of minimal ascites. N Engl J Med. 1959;260(13):652-4.
49. Torres Homem JV. Lições de clínica médica. Rio de Janeiro; 1870-1882.
50. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs and medical eponyms: movements and compression. Clin Med Res. 2018;16(3-4):76-82. doi:10.3121/cmr.2018.1422. PMID: 30587562.
51. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs and medical eponyms: part I. Percussion, 1871-1900. Clin Med Res. 2020;18(1):42-7. doi:10.3121/cmr.2018.1428. PMID: 31324736.
52. Porto CC. Semiologia médica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019 (palpação do fígado e do baço: processos de Mathieu e Mathieu-Cardarelli).
53. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs and medical eponyms: physical examination of palpation part 1, 1876-1907. Clin Med Res. 2018;16(3-4):83-91. doi:10.3121/cmr.2018.1423. PMID: 30166497.
54. Hesselbach FC. Anatomisch-chirurgische Abhandlung über den Ursprung der Leistenbrüche. Würzburg: Baumgärtner; 1806.
55. Cameron AE. Accuracy of clinical diagnosis of direct and indirect inguinal hernia. Br J Surg. 1994;81(2):250.
56. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. Hernia. 2018;22(1):1-165. doi:10.1007/s10029-017-1668-x.
57. Landívar AL, 1947. Citado em: Aportes de cirujanos argentinos y cubanos en hernia inguino crural. Rev Arch Méd Camagüey. 2019.
58. Sims JM. On the treatment of vesico-vaginal fistula. Am J Med Sci. 1852;23:59-82.
59. Blumer G. The rectal shelf: a neglected rectal sign of value in the diagnosis and prognosis of obscure malignant and inflammatory disease within the abdomen. Albany Med Ann. 1909;30:361-6.
60. Dixon JM, Elton RA, Rainey JB, Macleod DA. Rectal examination in patients with pain in the right lower quadrant of the abdomen. BMJ. 1991;302(6773):386-8.
61. Douglas J. A description of the peritonaeum, and of that part of the membrana cellularis which lies on its outside. London: J. Roberts; 1730.
62. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? JAMA. 1996;276(19):1589-94.
63. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. 2020;15(1):27. doi:10.1186/s13017-020-00306-3.

64. Rovsing T. Indirektes Hervorrufen des typischen Schmerzes an McBurney's Punkt. Zentralbl Chir. 1907;34:1257-9.
65. Markle GB 4th. A simple test for intraperitoneal inflammation. Am J Surg. 1973;125(6):721-2.
66. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med. 1986;15(5):557-64.
67. Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. BMC Med. 2011;9:139. doi:10.1186/1741-7015-9-139.
68. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs and medical eponyms: movements and compression. Clin Med Res. 2018;16(3-4):76-82. doi:10.3121/cmr.2018.1422. PMID: 30587562.
69. Lapinsky MN. Trabalhos sobre a dor referida nas afecções abdominais (Kiev, início do século XX). Dados biográficos: Universidade Imperial de Kiev; Universidade de Zagreb.
70. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Does this patient have acute cholecystitis? JAMA. 2003;289(1):80-6.
71. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):41-54. doi:10.1002/jhbp.515.
72. Kiriyama S, Kozaka K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):17-30. doi:10.1002/jhbp.512.
73. Murphy JB. The diagnosis of gall-stones. Med News. 1903;82:825-33.
74. Kehr H. Die Praxis der Gallenwege-Chirurgie in Wort und Bild. München: Lehmann; 1913.
75. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs and medical eponyms: physical examination of palpation part 1, 1876-1907. Clin Med Res. 2018;16(3-4):83-91. doi:10.3121/cmr.2018.1423. PMID: 30166497.
76. Courvoisier LG. Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig: Vogel; 1890.
77. Charcot JM. Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins. Paris: Progrès Médical; 1877.
78. Reynolds BM, Dargan EL. Acute obstructive cholangitis: a distinct clinical syndrome. Ann Surg. 1959;150(2):299-303.
79. Surós Batlló A, Surós Batlló J. Semiología médica y técnica exploratoria. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
80. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs and medical eponyms: part III. Physical examination of palpation, 1926-1976. Clin Med Res. 2019;17(3-4):107-14. doi:10.3121/cmr.2018.1427. PMID: 31308023.
81. Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update. World J Emerg Surg. 2018;13:24. doi:10.1186/s13017-018-0185-2.
82. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs of inspection and medical eponyms. Clin Med Res. 2019;17(3-4):115-26. doi:10.3121/cmr.2019.1420. PMID: 31308022.
83. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs of inspection and medical eponyms. Clin Med Res. 2019;17(3-4):115-26. doi:10.3121/cmr.2019.1420. PMID: 31308022.
84. Bala M, Catena F, Kashuk J, et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. World J Emerg Surg. 2022;17(1):54. doi:10.1186/s13017-022-00443-x.
85. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. Gastroenterology. 2016;150(6):1393-407. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031.
86. Udell JA, Wang CS, Tinmouth J, et al. Does this patient with liver disease have cirrhosis? JAMA. 2012;307(8):832-42. doi:10.1001/jama.2012.186.
87. Dupuytren G. Permanent retraction of the fingers, produced by an affection of the palmar fascia. Lancet. 1834;2:222-5.
88. Terry R. White nails in hepatic cirrhosis. Lancet. 1954;266(6815):757-9.
89. Muehrcke RC. The finger-nails in chronic hypoalbuminaemia: a new physical sign. Br Med J. 1956;1(4979):1327-8.
90. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. J Hepatol. 2018;69(2):406-60. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.024.
91. Moayyedi PM, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG clinical guideline: management of dyspepsia. Am J Gastroenterol. 2017;112(7):988-1013. doi:10.1038/ajg.2017.154.
92. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
93. US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2021;325(19):1965-77. doi:10.1001/jama.2021.6238.
94. Virchow R. Zur Diagnose der Krebse im Unterleibe. Med Reform. 1848;45:248.
95. Troisier E. L'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen. Arch Gén Méd. 1889;1:129-38, 297-309.
96. Bailey H. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 11th ed. Bristol: John Wright; 1949.
97. Krukenberg F. Über das Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes). Arch Gynäkol. 1896;50:287-321.
98. Yoon EWT, Nishihara K. Virchow's node together with an Irish node. Clin Case Rep. 2017;5(7):1196-7. doi:10.1002/ccr3.967.

99. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg. 2004;240(2):205-13. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.
100. Singh PP, Zeng IS, Srinivasa S, Lemanu DP, Connolly AB, Hill AG. Systematic review and meta-analysis of use of serum C-reactive protein levels to predict anastomotic leak after colorectal surgery. Br J Surg. 2014;101(4):339-46. doi:10.1002/bjs.9354.
101. den Dulk M, Noter SL, Hendriks ER, et al. Improved diagnosis and treatment of anastomotic leakage after colorectal surgery. Eur J Surg Oncol. 2009;35(4):420-6.
102. Vather R, Trivedi S, Bissett I. Defining postoperative ileus: results of a systematic review and global survey. J Gastrointest Surg. 2013;17(5):962-72. doi:10.1007/s11605-013-2148-y.
103. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20(4):250-78.
104. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006;32(3):167-75.
105. Peabody FW. The care of the patient. JAMA. 1927;88(12):877-82.
106. Rocco JR. Semiologia médica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
107. Jove Science Education Database. Physical examinations II: abdominal exam II — percussion. Cambridge, MA: JoVE; 2024.
108. Sherren J. Injuries of nerves and their treatment. London: James Nisbet; 1908.
109. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs and medical eponyms: part II. Physical examination of palpation, 1907-1926. Clin Med Res. 2019;17(1-2):47-54. doi:10.3121/cmr.2018.1426. PMID: 31160480.
110. Souza Campos N, et al. O exame palpatório do fígado e do baço nos doentes com reacção leprótica. Rev Bras Leprol. 1936; (ed. esp.). [citação do “processo de Lemos Torres”]
111. Princípios de semiotécnica e de interpretação do exame clínico do abdômen. Medicina (Ribeirão Preto). Disponível em: revistas.usp.br/rmrp.
112. Landívar AL. Signo del engrosamiento funicular en la hernia inguinal. Buenos Aires; 1947. Citado em: Aportes de cirujanos argentinos y cubanos en hernia inguino crural. Rev Arch Méd Camagüey. 2019.
113. Surós Batlló A, Surós Batlló J. Semiología médica y técnica exploratoria. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
114. Yoon EWT, Nishihara K. Virchow’s node together with an Irish node. Clin Case Rep. 2017;5(7):1196-7. doi:10.1002/ccr3.967.
115. Lapinsky MN. Sobre a dor referida nas afecções abdominais e o papel do plexo lombar. [publicação original em russo/alemão, início do século XX].
116. Torres Homem JV. Lições de clínica médica feitas no Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Laemmert; 1882–1887. 3 v.
117. Peabody FW. The care of the patient. JAMA. 1927;88(12):877-82. doi:10.1001/jama.1927.02680380001001.
118. Armas Pérez BA. Aportes de cirujanos argentinos y cubanos en hernia inguino crural [carta al director]. Rev Arch Méd Camagüey. 2019;23(4):431-3.
119. Landívar AF. Mioplastía del sartorio en el tratamiento de ciertas hernias inguinales. Cir Urug. [década de 1930–1940]. Disponível em: revista.scu.org.uy.
120. Nyhus LM, Klein MS, Rogers FB. Inguinal hernia. Curr Probl Surg. 1991;28(6):401-50. doi:10.1016/0011-3840(91)90028-n. PMID: 2032462.
121. Nyhus LM. Individualization of hernia repair: a new era. Surgery. 1993;114(1):1-2. PMID: 8356511.