



Capítulo 3: Cabeça e pescoço

Julia Prates Mallab

Juliana Barrozo Fernandes Borges

CABEÇA E PESCOÇO

SEMIOLOGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

O exame físico de cabeça e pescoço compreende a avaliação de crânio, couro cabeludo, face, olhos, nariz e cavidades paranasais, orelha e pavilhão auricular, boca, pescoço, tireoide e linfonodos.

Crânio

Inspeção

Avaliar a forma, volume, tamanho, simetria, presença de movimentos involuntários, lesões e cicatrizes.

Palpação

Verificar a presença de deformidades, abaulamentos, retrações, deformidades e de pontos dolorosos. Palpar a articulação temporomandibular. Pedir para o paciente abrir e fechar a boca e observar limitações e dor.

Descrição do exame normal

Crânio de forma, volume, simetria e tamanho normais, sem deformidades, abaulamentos, retrações ou pontos dolorosos, ausência de dor. Movimentos da articulação temporomandibular sem limitações ou dor.

Couro cabeludo

Inspeção

Observar alterações de cor, lesões e cicatrizes. Examinar a implantação, distribuição, cor, quantidade, textura e padrão da perda de cabelo.

Palpação

Procurar protuberâncias, cistos, nódulos, lesões dermatológicas. Palpar, medir e verificar presença de abaulamentos de fontanelas em lactentes.

Descrição do Exame normal

Couro cabeludo sem alterações de cor, sem lesões e cicatrizes. Ausência de nódulos, cistos e protuberâncias. Cabelo de implantação, distribuição, cor e quantidade normais para sexo e idade.

Face

Inspeção

Avaliar presença de fácies características de doenças, simetria, expressões faciais, características da pele, presença de edemas e sensibilidade, lesões.

Descrição do Exame normal

Face simétrica, expressões faciais e sensibilidade preservadas, fácies atípicas, ausência de edemas e lesões, pele sem alterações.

Figura 1: Fácies hipocrática.



Fonte: Semiologia médica. Porto et. al. 2019

Figura 2: Fácies parkinsoniana.



Fonte: Semiologia médica. Porto et. al. 2019

Figura 3: Fácies basedowiana.



Fonte: Semiologia médica. Porto et. al. 2019

Figura 4: Fácies cushingóide



Fonte: Semiologia médica. Porto et. al. 2019

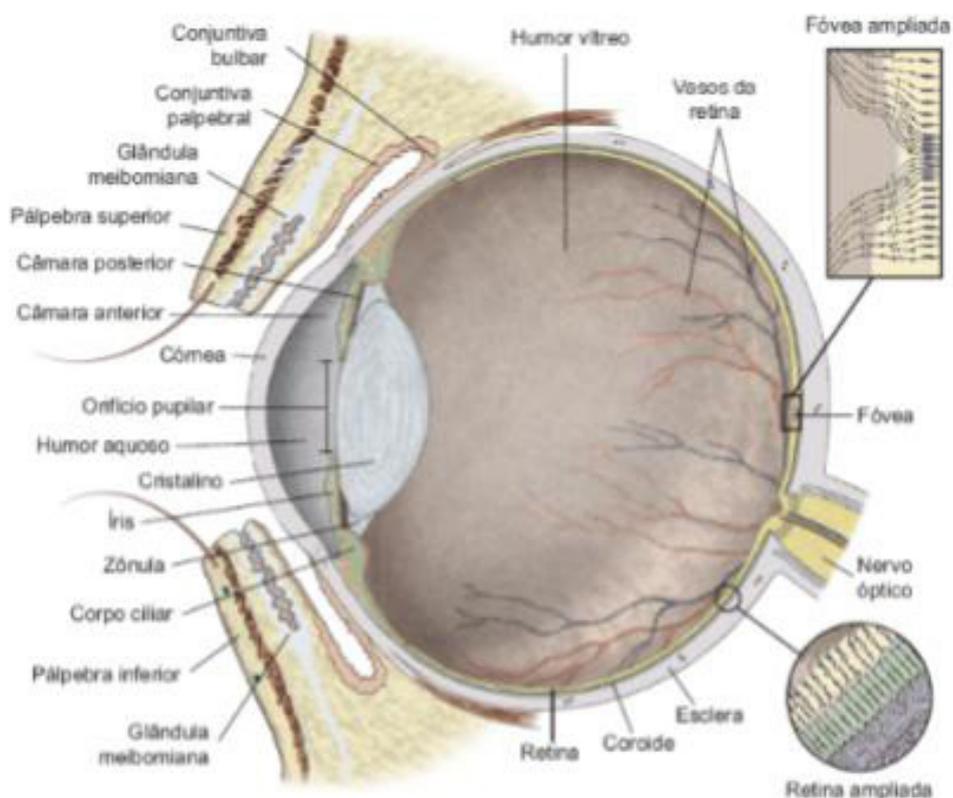
Figura 5: Fácies mongolóide.



Fonte: Semiologia médica. Porto et. al. 2019

Olhos

Figura 6: Anatomia interna do olho.



Fonte: Semiologia médica. Porto et. al. 2019

Inspeção

Examinar quantidade e implantação dos pelos das sobrancelhas, fendas palpebrais, presença de edema periorbitário, simetria das estruturas. Inspeccionar a coloração, presença de edema e lesões de conjuntiva, córnea, íris, cristalino e esclera. Avaliar tamanho, posição, movimento, deslocamento anterior (exoftalmia) ou posterior (enofthalmia) do globo ocular.

Examinar a mobilidade

Avaliar com o examinador movendo os dedos nas direções laterais, verticais, horizontais e diagonais (realizar um asterisco) e pedir para o paciente acompanhá-los, apenas com os olhos, com a cabeça imóvel.

Examinar as pupilas

Observar tamanho, forma, localização, simetria, presença de miose, midríase, anisocoria e os reflexos fotomotor (direto e consensual) e acomodação convergente).

Usar uma fonte de luz, pedir para o paciente posicionar a mão em frente ao nariz, gerando uma barreira contra a luz. Realizar uma rápida incidência de luz e analisar a ocorrência de miose ipsilateral (reflexo fotomotor direto) e contralateral (reflexo fotomotor consensual). Executar nos dois olhos. Pedir para o paciente focar o olhar sobre um objeto e aproximá-lo em direção ao nariz do paciente, observar a ocorrência da miose (acomodação convergente).

Examinar fundo de olho

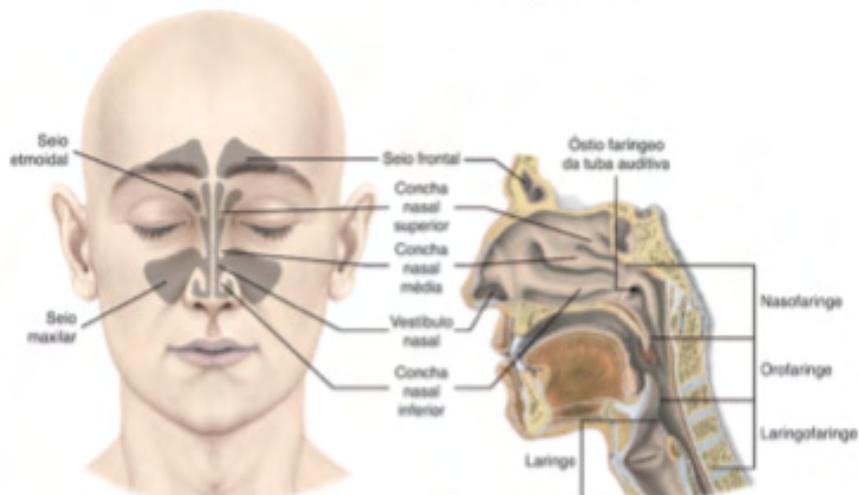
Examinar nervo óptico, área macular e vasos.

Descrição do Exame normal

Quantidade e implantação dos pelos das sobrancelhas e fendas pálpebras dentro da normalidade, estruturas simétricas. Conjuntiva, córnea, íris, cristalino e esclera normocorados, sem edemas e lesões. Globo ocular de tamanho padrão, normoposicionados e movimentos normais. Pupilas isocóricas, simétricas, com tamanho e forma normais, reflexo fotomotor direto, consensual e de acomodação convergente presentes. Fundoscopia: nervo óptico róseo com limites bem definidos, área macular brilhante, fina, homogênea e vasos bem delimitados.

Seios da face

Figura 7: Anatomia dos seios paranasais.



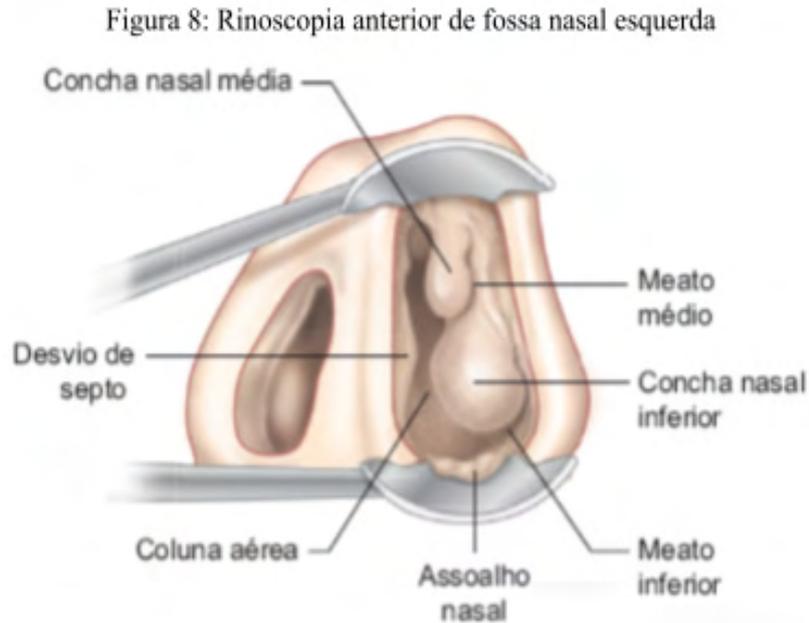
Fonte: Semiologia médica. Porto et al. 2019

Realizar a compressão por dígito-pressão dos seios frontais, maxilares e etmoidais.

Descrição do exame normal

Seios da face sem dor à compressão.

Nariz



Fonte: Semiologia médica. Porto et. al. 2019

Inspeção

Analisar tamanho, forma, simetria, e deformidades do nariz, desvio de septo visível, dismorfismos e desvios na pirâmide nasal, hiperemia, edema e abaulamentos.

Rinoscopia

Utilizar uma fonte de luz e um espéculo nasal para observar assoalho da cavidade nasal, presença de secreções, coloração, hipertrofia, pólipos das cabeças da concha inferior e média, analisar o septo nasal.

Descrição do exame normal

Nariz simétrico, sem desvios de septo visíveis. Ausência de dismorfismos e desvios da pirâmide nasal, de hiperemia, edema e abaulamentos. Conchas nasais visíveis, eutróficas e normocoradas. Ausência de rinorréia, epistaxe ou corpos estranhos.

Orelhas

Figura 9: anatomia da orelha externa e vista otoscópica do tímpano



Fonte: Atlas de anatomia humana. Netter. 2011

Inspeção

Observar forma, tamanho, simetria e cor do pavilhão auricular. Analisar presença de edema, secreções, descamações, sangue, cerume ou corpo estranho no meato acústico.

Otoscopia

Avaliar integridade, presença de descamações, hiperemia, secreções e cerume no canal auditivo. Examinar o formato, coloração, integridade, opacidade, abaulamentos, secreção e edemas da membrana timpânica. Identificar umbigo e cabo do martelo.

Tracionar o pavilhão auricular para cima e para trás para centralizar o canal auditivo e facilitar o exame.

Palpação

Palpar o pavilhão auricular e a região retroauricular para pesquisar tumores, linfonodos, cistos e dor.

Teste de Weber

Colocar o diapasão na linha média do crânio, na testa ou glabella e o solicitar que o paciente informe se escuta o som em ambas orelhas ou apenas uma.

Teste de Rinne

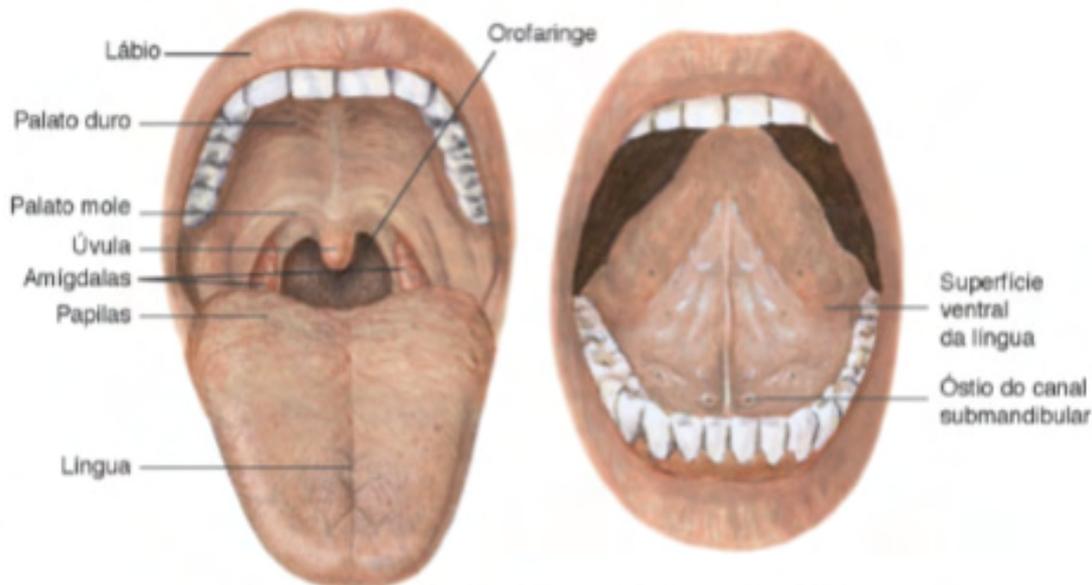
Colocar o diapasão na apófise do mastóide até a percepção sonora acabar e colocá-lo em seguida na região anterior ao trago, sem tocar. Na audição normal ainda há a percepção sonora quando o diapasão estiver na região do trago.

Descrição do Exame normal

Pavilhões auditivos simétricos, normocorados. Ausência de edema, otorragia, descamações, sangue, cerume ou corpo estranho no meato acústico. Canal auditivo normal, com distribuição de cerume normal, sem edema, secreções e descamações. Membrana timpânica perolada, íntegra, translúcida, sem abaulamentos, secreções e edemas. Com identificação de umbigo e cabo de martelo. Ausência de nódulos, cistos e dor à palpação. Teste de Weber indiferente e de Rinne positivo.

Boca

Figura 10: Esquema da cavidade oral.



Fonte: Semiologia médica. Porto et. al. 2019

Inspeção

Examinar espessura, volume, lesões, coloração, deformações (lábio leporino e fendas labiais), presença de quelite angular e desvio da comissura nos lábios. Analisar a coloração da mucosa, hidratação, presença de aftas ou úlceras, manchas na cavidade oral. Inspeccionar as gengivas e o palato duro para edema, ulcerações hiperplasia e observar a conservação dos dentes. Avaliar volume, aspecto, brilho, coloração, textura, umidade, movimentos e estado das papilas da língua. Inspeccionar coloração, simetria, presença de exsudatos, abscessos,

caseum amigdaliano, edema, ulcerações e hipertrofias do palato mole (pesquisar mobilidade), pilares anteriores e posteriores, úvula, tonsilas palatinas e orofaringe. Para realizar o exame, utilizar um abaixador de língua e uma lanterna, pedir para o paciente manter a língua dentro da boca e de forma relaxada.

Descrição do Exame normal

Lábios simétricos, normocorados, de espessura e volume normais, ausência de lesões, deformidades, quelite angular e desvio da comissura. Mucosa oral normocorada, hidratada, sem aftas, úlceras ou manchas. Gengiva e palato duro normocorados, sem edemas, úlceras ou hiperplasias. Dentes íntegros, em bom estado de conservação. Língua de volume e aspecto normal, normocorada, superfície e papilas sem alterações, mobilidade preservada. Palato mole simétrico, móvel, normocorado sem lesões. Pilares anteriores e posteriores visíveis, normocorados, sem exsudatos e lesões. Úvula simétrica, normocorada, móvel e sem lesões. Tonsilas palatinas normocoradas, ausência de lesões, exsudatos ou *caseum*.

Pescoço

Inspeção

Avaliar a forma, posição, estado da pele, edema, abscessos, aumento de glândulas e mobilidade.

Palpação

Palpar para pesquisar presença de enfisema subcutâneo, dores e nódulos.

Descrição do Exame normal

Pescoço com forma e posição normais, simétrico, ausência de edema, abscessos, nódulos, pontos dolorosos e aumento de glândulas, e mobilidade preservada.

Linfonodos

Figura 11: Cadeias linfáticas cervicais



Fonte: Semiologia médica. Porto et al. 2019

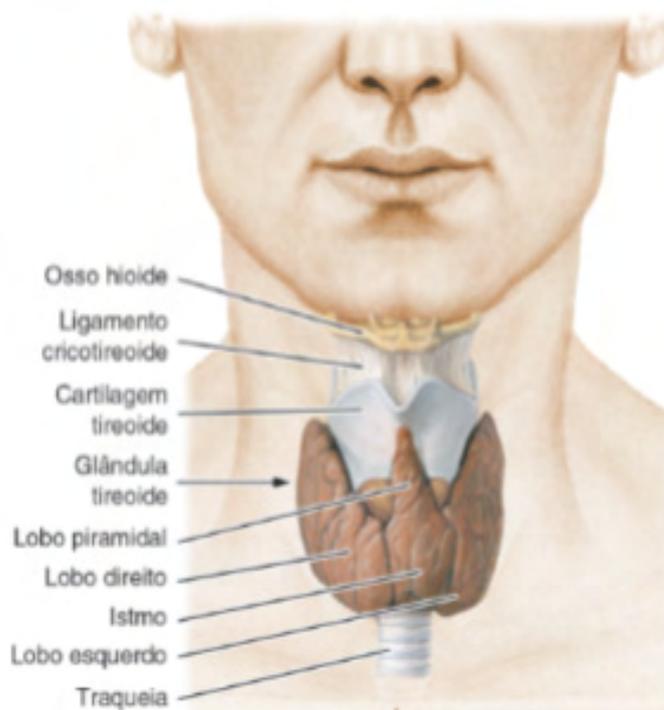
Inspeção e palpação

Palpar usando as polpas digitais dos dedos indicador e médio, executando movimento giratórios, deslocando a pele sob o tecido adjacente.

Avaliar a localização, o tamanho, formato, coalescência, mobilidade, adesão, consistência, hipersensibilidade e fistulização. Examinar pré-auriculares, retroauriculares, occipitais, amigdalíneos, submandibulares, submentonianos, cervicais anteriores e posteriores, cervicais superficiais e profundos e supraclaviculares.

Tireoide

Figura 12: Anatomia da tireoide.



Fonte: Semiologia médica. Porto et. al. 2019

Inspeção

Pedir para o paciente inclinar a cabeça para trás e engolir para observar o movimento e posição da tireoide e avaliar contorno, simetria ou nódulos visíveis.

Palpação

Abordagem posterior do paciente, repousar os polegares sobre sua nuca e alcançar os lobos laterais com os dedos indicador e médio, ou abordagem anterior, repousa os 4 dedos sobre os ombros do paciente e realizar o exame com os polegares. Posicionar os dedos abaixo da cartilagem cricóide, afastar a traqueia para direita com a mão esquerda e fazer a palpação do lobo direito com os dedos da mão direita. Determinar o volume, as dimensões, mobilidade, os limites, a consistência e as características da sua superfície (temperatura da pele, presença de frêmito e sopro), presença de nódulos.

Descrição do Exame normal

Tireoide normoposicionada, tamanho normal, simétrica, consistência fibroelástica, móvel indolor, superfície regular e lisa, sem alterações da pele e sem frêmitos,

sopros e nódulos.

HIPOTIREOIDISMO

Definição

É caracterizado pela deficiência de produção de hormônios circulantes da glândula tireoide. A forma mais prevalente é a doença tireoidiana primária (causada pela falência da própria glândula).

Epidemiologia

É a doença tireoidiana mais comum, possuindo uma prevalência de 2% na população total e 15% em pessoas com mais de 60 anos. Acomete mais mulheres do que homens em uma proporção de 8:1. A deficiência em iodo é uma causa importante do hipotireoidismo mundialmente. Com relação às áreas com bom suprimento de iodo, as causas iatrogênicas e por doença autoimune prevalecem. A principal forma de do hipotireoidismo é decorrente alterações primárias (95% dos casos).

Causas

Podem ser divididas em:

Primárias:

Hipotireoidismo autoimune: tireoide de Hashimoto, tireoide atrófica;
Iatrogênico: tireoidectomia subtotal ou total, irradiação externa do pescoço;
Fármacos: excesso de iodo, lítio, fármacos antitireoidianos, entre outros;
Hipotireoidismo congênito: tireoide ausente ou ectópica, disormonogênese, mutação TSH-R;
Deficiência de iodo;
Distúrbios infiltrativos: amiloidose, sarcoidose, entre outros;
Superexpressão da desidrodinase tipo III no hemangioma infantil e em outros tumores;

Transitórias:

Tireoide silenciosa, incluindo a tireoide pós-parto; Tireoide subaguda.

Suspensão de tratamento com tiroxina suprafisiológica em indivíduos com tireoide intacta;

Secundárias:

Hipopituitarismo: tumores, cirurgia, irradiação, entre outros;

Deficiência ou inatividade isolada de TSH;

Doenças hipotalâmicas.

Fisiopatologia

A patogênese do hipotireoidismo vai depender da sua causa, as causas autoimunes prevalecem, sua fisiopatologia será descrita a seguir:

Na tireoide de Hashimoto, há acentuada infiltração linfocítica (constituído por células T e B) da tireoide, ocorrendo formação de centros germinativos, atrofia dos folículos tireoidianos acompanhada de metaplasia oxifílica, fibrose leve a moderada. Já na tireoide atrófica, a fibrose é muito mais extensa, a infiltração linfocítica é menos pronunciada e os folículos tireoidianos estão quase ausentes. A destruição das células da tireoide é mediada, principalmente, pelas células T citotóxica CD8+, porém a produção local de citocinas (TNF, IL-1 E IFN- γ), pode tornar as células tireoidianas mais suscetíveis à apoptose mediada pelos receptores de morte, Fas, e pelo estresse oxidativo. Essas citocinas também alteram a funcionalidade das células tireoidianas e induzem a expressão de células pró-inflamatórias pelas próprias.

Quadro clínico

Intolerância ao frio, dispneia aos esforços, ganho de peso, alteração da memória e do raciocínio, constipação, depressão, cansaço, mialgia, menstruação irregular, déficit de audição, unhas quebradiças. Ao exame físico podem ser averiguados: ressecamento da pele, movimento e fala lentificados, queda de cabelo, bradicardia ou bócio.

Diagnóstico

O diagnóstico é feito por meio da clínica, associada a achados laboratoriais, sendo o TSH o primeiro exame a ser solicitado. Um nível de TSH normal descarta a possibilidade de um hipotireoidismo primário. Se estiver elevado, é necessário determinar o nível de T4 livre para confirmar a presença de um hipotireoidismo clínico, mas não subclínico. Os níveis de T3 livre estão normais em cerca de 25% dos pacientes, por meio de respostas adaptativas das desidinases, por isso as determinações de T3 não estão indicadas.

Ao ser confirmado o hipotireoidismo clínico ou subclínico, a etiologia é dada ao demonstrar a presença de anticorpos contra Tipo e Tg, presentes em mais de 95% dos pacientes com doença autoimune. Outros achados laboratoriais anormais podem incluir creatina-fosfocinase aumentada, colesterol e triglicerídeos elevados e anemia (em geral, normocítica ou macrocíticas).

Tratamento

Hipotireoidismo clínico

Se não houver nenhuma função residual da tireoide, a dose de reposição diária de levotiroxina costuma ser de 1,6 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso corporal. Em pacientes saudáveis e com idade menor que 60 anos pode-se iniciar com a dose plena 50- 100 $\mu\text{g}/\text{dia}$. Em pacientes idosos ou com doenças cardíacas, recomenda-se iniciar com 25 $\mu\text{g}/\text{dia}$, incrementando de maneira gradual 12,5 a 25 $\mu\text{g}/\text{dia}$ a cada duas semanas. Administrada de modo ideal pelo menos 30 minutos antes do desjejum.

Subclínico

Refere-se a pacientes que possuem deficiência dos hormônios, mas que não apresentam ou que apresentam poucas características clínicas. O tratamento é controverso, recomendado nas situações abaixo:

Levotiroxina é indicada para mulheres que pretendem conceber ou estejam grávidas, ou para os casos em que os níveis de TSH estão acima de 10 mUI/L.

Níveis menores que 10 mUI/L à considerar teste terapêutico quando pacientes apresentem sintomas sugestivos de hipotireoidismo, anticorpos anti-Tipo positivos ou qualquer evidência de doença cardíaca.

Começar com pequena dose de levotiroxina (25-50 $\mu\text{g}/\text{dia}$) para normalizar TSH.

HIPERTIREOIDISMO

Definição:

É caracterizado pelo aumento da síntese e secreção de hormônios tireoidianos pela glândula tireoide.

Epidemiologia

Acomete 2% das mulheres e 0,2% dos homens. É mais comum em mulheres do que em homens (razão 5:1). A Doença de Graves é a causa mais comum (60-80%) e típica em pacientes entre os 20 e 40 anos, seguido por bócio multinodular (10 a 30%), mais comum em idosos. O adenoma tóxico e as tireoidites são menos comuns (1%).

Causas

Doença de Graves, bócio multinodular, adenoma tóxico, tireoidites, causas

iatrogênicas (medicações como: amiodarona, levotiroxina e lítio)

Fisiopatologia

Na maioria dos pacientes com hipertireoidismo, o tamanho da tireoide aumenta duas a três vezes acima do normal com hiperplasia e pregumento do revestimento celular folicular para o interior do folículo, de modo que o número de células aumenta muito. Ademais, cada célula aumenta sua secreção. A doença de Graves é a forma mais comum de hipertireoidismo, é uma doença autoimune, na qual as *imunoglobulinas estimulantes da tireoide* (TSIs), formam-se contra o receptor de TSH na glândula tireoide. Esses anticorpos se ligam ao mesmo receptor que liga o TSH e provoca ativação contínua dos sistemas celulares do AMPc, ocasionando o hipertireoidismo. As TSIs têm efeito estimulante prolongado na secreção da glândula tireoide, durando até 12 horas, enquanto o TSH tem curto tempo estimulante, em torno de 1 hora. Diante disso, a alta secreção do hormônio tireoidiano, causada pelo TSI, suprime a formação de TSH pela hipófise anterior. Presume-se que em algum momento da história clínica do paciente, foi liberado um excesso de antígenos pelas células tireoidianas, resultando na formação de anticorpos contra a tireoide.

Quadro clínico:

Estado de alta excitabilidade, intolerância ao calor, redução da sudorese, perda de peso ligeira a extrema (às vezes, até 50 kg), graus variáveis de diarreia, fraqueza muscular, nervosismo ou outros transtornos psíquicos, fadiga extrema (acompanhada de insônia) e tremor das mãos. A maior parte dos pacientes com hipertireoidismo desenvolve algum grau de protrusão dos globos oculares, condição chamada de *exoftalmia*.

Diagnóstico:

A avaliação inicial é feita pelo nível de TSH. A maioria dos pacientes com tireotoxicose apresenta TSH baixo ou indetectável. Se mesmo com TSH normal ou alto ainda se mantiver suspeita clínica, pode-se solicitar T4 livre ou total.

Níveis de TSH dentro do limite de referência afastam o diagnóstico, enquanto valores reduzidos (< 0,2 mIU/L) confirmam suspeita clínica e indicam necessidade de continuar investigação. No caso de TSH reduzido, deve-se solicitar T4 livre ou total e T3. Níveis elevados de T4 (livre ou total) ou T3 confirmam diagnóstico de tireotoxicose.

Na hipofunção hipofisária, o TSH e o T4-L/T4-T podem estar diminuídos simultaneamente. No hipertireoidismo subclínico, o TSH apresenta-se diminuído, porém o T4 (livre ou total) e T3 estão normais. Nesta situação, o TSH deve ser confirmado em pelo menos uma nova medida.

Tratamento

As opções terapêuticas propostas são: drogas antitireoidianas (DAT), a cirurgia e o iodo radioativo. O iodo radioativo tem sido muito utilizado como primeira escolha por ser um tratamento definitivo. As DAT ainda são primeira escolha nos casos de pacientes: com bócios pequenos, crianças, adolescentes e na gravidez. As drogas antitireoidianas de escolha para o tratamento da doença de Graves, há mais de 60 anos, são: propiltiouracil e metimazol.

A remoção cirúrgica da maior parte da tireoide é, atualmente, quase um tratamento de exceção, apenas quando as outras formas terapêuticas forem contraindicadas. Em geral, é preferível preparar o paciente para a remoção cirúrgica da glândula, antes da operação, por meio da administração de propiltiouracil, até que o metabolismo basal do paciente tenha retornado ao normal. Então, é administrada uma alta concentração de iodeto, durante 1 a 2 semanas, imediatamente antes da operação, o que provoca a redução do tamanho e da irrigação sanguínea da glândula. Tanto o iodo radioativo quanto a cirurgia são considerados terapia ablativa, porque melhoram a tireotoxicose por meio da remoção permanente ou destruição do tecido tireoidiano.

REFERÊNCIAS

PORTO, Celmo Celeno. *Semiologia médica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020

ROCCO, J. R. *Semiologia medica*. Sao Paulo. Elsevier. 2011

LIRA, Geison Vasconcelos; FREIRE, Thayná Araújo; FREIRE. Thays Araújo. *Manual de Semiologia Médica*. 2020

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR. Hipotireoidismo: diagnóstico. 31 de jan. de 2011. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/ans/hipotireoidismo-diagnostico.pdf>

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR. Hipertireoidismo. 23 de jun de 2006. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/hipertireoidismo.pdf

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 13ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2017.

KASPER, Dennis L. *Medicina interna de Harrison* volumes 1 e 2. 20ª ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de PósGraduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). TeleCondutas: hipotireoidismo: versão digital 2020. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 5 out. 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_hipotireoidismo.pdf

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de PósGraduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). TeleCondutas: hipertireoidismo: versão digital 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_hipertireoidismo.pdf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Protocolo de Hipertireoidismo/tireotoxicose (no adulto). Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/endocrinologia/wp-content/uploads/sites/23/2015/01/PROTOCOLO-DE-HIPERTIREOIDISMO-NO-ADULTO-OK-06-de-agosto.pdf>