

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

MÉDICO	
QUESTÃO 26	<p>26) Leia as assertivas, abaixo, sobre os sinais e testes semiológicos:</p> <p>I- Sinal de Lasègue: com o paciente em decúbito dorsal e os membros inferiores estendidos, o examinador faz flexão passiva da coxa sobre a bacia. A prova é positiva quando o paciente reclama de dor na face posterior do membro examinado, logo no início da prova (cerca de 30° de elevação);</p> <p>II- Prova de Brudzinki: com o paciente em decúbito dorsal e membros estendidos, o examinador repousa uma das mãos sobre o tórax do paciente e, com a outra colocada na região occipital, executa uma flexão forçada da cabeça. O sinal consiste na semiflexão brusca das pernas ao ser antefletida passivamente a cabeça do paciente;</p> <p>III- Prova de Kernig: consiste na extensão da perna, estando à coxa fletida em ângulo reto sobre a bacia e a perna sobre a coxa. Considera-se a prova positiva quando o paciente sente dor ao longo do trajeto do nervo ciático e tenta impedir o movimento. São utilizados para avaliação de irritação meníngea os citados em:</p> <p>A) Apenas nos itens I e II. B) Apenas nos itens I e III. C) Apenas nos itens II e III. D) Todos os itens estão corretos.</p>
DESCRIÇÃO 1	<p>REFERENTE PROVA:</p> <p>Nº. da Questão: 26 - questões específicas do cargo de médico</p> <p>Gabarito Oficial: letra C – apenas itens 2 e 3</p> <p>Resposta do Candidato: letra D- todos os itens corretos</p>
RECURSO 1:	<p>A questão perguntava sobre sinais semiológicos utilizados para avaliação de irritação meníngea.</p> <p>1- Sinal de Laségue 2- Prova de Brudzinski 3- Prova de Kernig</p> <p>Segundo o livro de Semiologia Médica do autor José Rodolfo Rocco, 2010 Elsevier Editora Ltda. No capítulo de exame neurológico tem a parte de SINAIS MENINGORRADICULARES (página 380).</p> <p>Segue texto do livro</p> <p>Primeiramente, serão abordados os sinais de irritação meníngea. Os mais importantes são a rigidez de nuca e os sinais de Brudzinski, Kernig, Laségue e Bikele. A rigidez de nuca é testada palpando-se o tônus da musculatura cervical posterior, mobilizando o pescoço do paciente para os lados (para excluir causas osteoarticulares de rigidez de nuca) e fletindo-se subitamente o pescoço do paciente em decúbito dorsal</p>

com a mão do examinador no peito do paciente (Fig. 9.47). A manutenção da máxima flexão do pescoço se constitui a pesquisa do sinal de Brudzinski, que está presente quando ocorre flexão dos membros inferiores. O sinal de Kernig inicialmente descrito hoje é chamado de Kernig I, e é pesquisado fletindo-se o tronco do paciente em decúbito dorsal e quando presente ocorre a mesma resposta do de Brudzinski. O sinal de Kernig II é pesquisado realizando-se a extensão da perna do paciente em decúbito dorsal com a coxa flexionada sobre o quadril e a perna em um ângulo de 90° com a coxa (Fig. 9.48). Nas irritações meníngeas ocorre dor e resistência à extensão da perna quando esse sinal está presente. O sinal de Bikele é pesquisado nos membros superiores com o braço do paciente em rotação externa e o antebraço flexionado, o examinador faz uma extensão do antebraço do paciente e a resposta patológica é semelhante à do sinal de Kernig II (Fig. 9.49).

Também é fundamental a pesquisa dos sinais de radiculopatias no exame neurológico. Os principais sinais de inflamação radicular são: o sinal de Laségue, Neri, Bragard e Laségue cruzado (Betcherew). O sinal de Laségue também pode estar presente nas meningites, e consiste em dor (na mesma região da dor ciática do paciente) desencadeada na elevação da perna estendida com o paciente em decúbito dorsal (Fig. 9.50). O sinal de Neri é a flexão do joelho da perna acometida quando se pede para o paciente de pé tocar os dedos no solo, sem flexionar a perna, flexionando apenas o tronco. O sinal de Bragard é pesquisado realizando-se a manobra do sinal de Laségue com a dorsiflexão do pé como uma forma de sensibilizar o sinal de Laségue (Fig. 9.51). O sinal de Laségue cruzado pode ocorrer nos pacientes com hérnias muito sintomáticas, em que a elevação da perna sadia causa dor na perna “doente”.



Figura 9.50 Pesquisa do sinal de Laségue.

EXAME NEUROLÓGICO

Thiago Vieites

Marcos Vinicius Rocha Pinto

O exame neurológico é um tema de grande importância na semiologia médica, não apenas devido à prevalência das doenças neurológicas na população, mas também porque, realizado de forma correta e sistemática, permite chegar ao diagnóstico topográfico da lesão. A partir deste dado, suspeitas diagnósticas podem ser realizadas de forma mais precisa, diminuindo a probabilidade de um possível erro diagnóstico. Diferente do exame físico geral, o exame neurológico não segue uma sequência como inspeção, palpação, percussão e ausculta. Não existe uma ordem correta para a realização do exame, e utilizaremos a sequência utilizada pelo serviço de Neurologia do HUCFF/UFRJ: Inspeção, Marcha, Estática, Força, Tônus, Coordenação, Reflexos, Sensibilidade, Nervos Cranianos, Sinais Meningorradiculares, Movimentos Involuntários e Funções Cognitivas.

O capítulo de exame neurológico está dividido em duas grandes partes. Na primeira, abordaremos a semiotécnica e os principais aspectos anatomofisiológicos. Na segunda, descreveremos as principais síndromes neurológicas. Além dessas, após a descrição das principais síndromes, este capítulo tem o roteiro para a realização do Miniexame do Estado Mental utilizado para avaliar o estado cognitivo do paciente. Assim, acreditamos que, no final da leitura deste Capítulo, o examinador será capaz de colocar em prática todo conhecimento teórico adquirido e diagnosticar as principais síndromes encontradas na neurologia.

SINAIS MENINGORRADICULARES

Primeiramente, serão abordados os sinais de irritação meníngea. Os mais importantes são a rigidez de nuca e os sinais de Brudzinski, Kernig, Laségue e Bikele. A rigidez de nuca é testada palpando-se o tônus da musculatura cervical posterior, mobilizando o pescoço do paciente para os lados (para excluir causas osteoarticulares de rigidez de nuca) e fletindo-se subitamente o pescoço do paciente em decúbito dorsal com a mão do examinador no peito do paciente (Fig. 9.47). A manutenção da máxima flexão do pescoço se constitui a pesquisa do sinal de Brudzinski, que está presente quando ocorre flexão dos membros inferiores. O sinal de Kernig inicialmente descrito hoje é chamado de Kernig I, e é pesquisado fletindo-se o tronco do paciente em decúbito dorsal e quando presente ocorre a mesma resposta do de Brudzinski. O sinal de Kernig II é pesquisado realizando-se a extensão da perna do paciente em decúbito dorsal com a coxa flexionada sobre o quadril e a perna em um ângulo de 90° com a coxa (Fig. 9.48). Nas irritações meníngeas ocorre dor e resistência à extensão da perna quando esse sinal está presente. O sinal de Bikele é pesquisado nos membros superiores com o braço do paciente em rotação externa e o antebraço flexionado, o examinador faz uma extensão do antebraço do paciente e a resposta patológica é semelhante à do sinal de Kernig II (Fig. 9.49).



Figura 9.47 Pesquisa da rigidez de nuca.

Também é fundamental a pesquisa dos sinais de radiculopatias no exame neurológico. Os principais sinais de inflamação radicular são: o sinal de Laségue, Neri, Bragard e Laségue cruzado (Betcherew). O sinal de Laségue também pode estar presente nas meningites, e consiste em dor (na mesma região da dor ciática do paciente) desencadeada na elevação da perna estendida com o paciente em decúbito dorsal (Fig. 9.50). O sinal de Neri é a flexão do joelho da perna acometida quando se pede para o paciente de pé tocar os dedos no solo, sem flexionar a perna, flexionando apenas o tronco. O sinal de Bragard é pesquisado realizando-se a manobra do sinal de Laségue com a dorsiflexão do pé como uma forma de sensibilizar o sinal de Laségue (Fig. 9.51). O sinal de Laségue cruzado pode ocorrer nos pacientes com hérnias muito sintomáticas, em que a elevação da perna sadia causa dor na perna “doente”.



Figura 9.50 Pesquisa do sinal de Laségue.

RESPOSTA

Indeferido,

O recurso não assiste ao candidato, pois de acordo com o livro Manual de Semiologia Médica, o Sinal de Lasègue é um sinal de irritação radicular, podendo estar presente, em casos de irritação meníngea, contudo, não sendo um marcador / sinalizador, específico dessa situação. Os sinais semiológicos clássicos de irritação meníngea são rigidez de nuca, sinal de Brudzinkski e sinal de Kernig, que recebem os mesmos nomes de suas provas. Segundo a Revista Brasileira de Ortopedia, o sinal de Laségue deve ser avaliado com muito cuidado, pois qualquer dor lombar aguda pode se intensificar à extensão do membro inferior, o que justifica sua inespecificidade frente à irritação meníngea. Ainda, de acordo com a Revista Brasileira de Reumatologia, sinal altamente específico de hérnia de disco é o sinal de Laségue contralateral, que quando positivo tem a alta especificidade de 0,4, porém com baixa sensibilidade, o que fortalece a afirmação de ser um sinal específico para irritação radicular. O sinal de Lasègue cruzado contralateral (levantar o MI que não está doendo), quando presente, é altamente específico de compressão

radicular por hérnia de disco: 88% de especificidade (intervalo de confiança de 86% a 90%, porém com sensibilidade muito baixa, de 29 a 34%).

Fonte:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042008000700004

<https://www.rbo.org.br/detalhes/747/pt-BR/hernia-de-disco-lombar--revisao-de-conceitos-atuais-->

<https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2019/06/MANUAL-DE-SEMILOGIA-MEDICA.pdf>