

20 de Agosto de 2008.
Professora Marisa.

GD 01

Exame ginecológico envolve exame de mama.

A paciente fica sentada e segue-se a rotina: inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação e estudo dos linfonodos.

Marisa começa pela pesquisa de gânglios axilares e supra-claviculares. Isso é importante porque a paciente permanece coberta inicialmente. A paciente deve deixar o braço o máximo relaxado possível e examina-se o oco axilar. A camisola funciona como uma proteção. Pode examinar o oco axilar com a própria camisola ou então usar luva. A paciente pode apoiar a mão no ombro do médico. Perguntar se já fez esse exame, se o faz periodicamente em casa.

Inspeção estática e dinâmica: afasta-se a camisola. Observa-se a assimetria (comum na maioria das mulheres), hiperemia, eczema, aspecto, retrações, descarga. Idosa com aspecto de casca de laranja = ca? Grávida com hiperemia? Mastite. Eczema bilateral: alergia a sutiã. Na inspeção dinâmica deve-se levantar bastante o braço. Mão na cintura e contração do peitoral: vê mobilidade da mama em relação aos planos profundos.

Palpação: mama dividida em quadrantes externos ou interno. Pode ser palpada em sentido horário ou anti-horário. Utilizar ponta de dedo, ou mão espalmado ou em garra (deve-se jogar o parênquima mamário contra o gradil costal). Observar o tipo de parênquima mamário. Nódulos: superfície lisa ou não, tamanho, doloroso ou não. Com a paciente deitada faz compressão dos ductos mamárias até o ducto da papila. DP - = descarga papilar negativa. DP em uma mama, unilateral, em mama com casca de laranja e de um ducto é mais grave do que uma galactorréia (DP bilateral, com secreção branca). Pode ser uniductal ou poliductal na papila.

O screening de ca de mama ainda é a mamografia: identifica as microcalcificações. US ajuda no screening de ca de mama muito densa, por exemplo.

Mamografias devem ser feitas a partir dos 40 anos anualmente.

Depois de deitada, pede-se para paciente sentar na beirada da mesa para o exame ginecológico.

As glândulas de Bartolin estão em 4 e 8 horas. Podem haver cistos de Bartolin ou Bartolinite. Pode ser distopia (herniação) de bexiga (após um parto pode haver uma laceração da fáscia endopélvica e a bexiga empurra a parede anterior da vagina - cistocele). Pode haver retocele (menos profunda na parede posterior), cistocele, ou enterocele (mais profunda na parede posterior – paciente precisa colocar o dedo na vagina para retificar o reto e poder evacuar). Costumam ser referidos pela paciente como uma bola. Pode haver uma distopia de útero (prolapso uterino total). Inspeção dinâmica (pedir para a paciente fazer força e ficar de lado porque a paciente pode ter cistocele e urinar no médico) deve usar luva sempre.

Exame especular: fluxo de vagina (cor, quantidade), colo do útero (distopia), parede de vagina, realização do Papanicolaou. A paciente não pode ter tido relação dois dias antes do exame: não pela presença de sêmen, mas pela presença de corpo estranho (células diferentes) e escamações. A mulher não pode coletar o exame menstruada. Não fazer o exame antes de sete dias de interrompido o uso de creme vaginal ou vasalina. O espéculo vaginal não deve ser lubrificado.

Introdução do espéculo na posição da rima vulvar e para baixo (posterior) e depois girar para abrir a parede anterior e posterior da vagina. O girador do espéculo deve ficar à esquerda e para baixo. O que incomoda um pouco é a coleta da endocérvice.

O orifício externo do útero pode ser puntiforme (nunca fez parto normal) ou em fenda.

Pode haver exteriorização da endocérvice (o contrário da menopausa) é a ectopia (mácula rubra porque vê-se uma mancha vermelha).

Indagar se a paciente já fez algum preventivo. Este exame deve ser feito anualmente.

Existem três tamanhos de espéculo: pequeno, médio e grande. Depende do número de filhos que a paciente teve.

Paciente com hímen íntegro usa um espéculo diferente mais fininho (para adolescentes) – não vê quase nada. Para crianças usa-se o swab direto.

O Papanicolaou pode ser depositado em um pote com álcool ou um spray.

O material é colhido de vagina (raspado na parede vaginal posterior com espátula de Ayre no lado não-chanfrado – no fundo de saco posterior porque tem mais descamação de células; a citologia hormonal é de raspado de parede vaginal lateral porque o esfregaço é mais limpo), ectocérvice

(com o lado oposto da espátula de Ayre –chanfrado; girá-lo lá dentro) e endocérvice (usa um escovinha e gira ela). Crianças e idosos tem células vaginais profundas por causa da carência de hormônio.

Todo o material coletado é passado na mesma lâmina.

Não colher endocérvice de grávida.

Lembrar de fechar o espéculo antes de retirá-lo.

Usa-se ácido acético para procurar áreas de transformação atípica e iodo (teste de Schiller – o iodo tem afinidade pelo glicogênio e qualquer lesão na região há perda de glicogênio). Iodo positivo – Schiller negativo – bom para o paciente. Iodo negativo – Schiller positivo – ruim para o paciente.

Rotina: inspeção estática → Dinâmica → exame especular → toque.

Toque: pode ser unidigital, bigital e bimanual (útero é intra-pélvico e na 12 semana de gestação ele sai da cavidade pélvica e fica acima da sínfise púbica) na frente da paciente (em obstetrícia é lado). Vê colon (consistência, dor na manipulação) e paredes da vagina. Os anexos são impalpáveis naturalmente, exceto em patologias. Para fazer o toque usar luvas nas duas mãos.

Na histerectomia total não visualiza o colo.

A glândula de Bartolin vai ser palpável se houver cisto somente.