

MODULO DE SEMILOGÍA ABDOMINAL

**Dirigido a: Estudiantes de VIII
semestre**

**Brenda Lucía Arturo Arias
Residente IV año
Cirugía General**

**Universidad Tecnológica de Pereira
Agosto 2004**

MODULO DE SEMIOLOGIA ABDOMINAL

Brenda Lucía Arturo Arias
Residente IV
Cirugía General
Universidad de Caldas

OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar habilidades para la realización del examen físico del paciente con dolor abdominal ya sea electivo o en el paciente urgente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar características propias de las patologías intraabdominales de manejo quirúrgico.
2. Correlacionar el cuadro clínico del paciente con los hallazgos al examen físico.
3. Conocer las diferentes manifestaciones de la patología quirúrgica intraabdominal.
4. Buscar de manera precisa los signos de irritación peritoneal.
5. Interpretar acertadamente la presencia de signos abdominales.

MARCO TEORICO

El paciente con dolor abdominal, puede presentar patología de manejo médico o quirúrgico. La patología quirúrgica es variada y generalmente se acompaña de respuesta sistémica que ayuda a enfocar al paciente.

El examen físico completo incluyendo la valoración de los signos vitales, el estado de las mucosas, permite realizar una aproximación más cercana al diagnóstico.

El conocimiento de las áreas topográficas del abdomen es básico para poder identificar la posición de las lesiones y acercarse a un posible diagnóstico.

Las regiones topográficas se obtienen al trazar cuatro líneas distribuidas de la siguiente manera:

1. Línea horizontal superior que pasa por el borde inferior del reborde costal.
2. Línea horizontal inferior que une las dos espinas iliacas anterosuperiores.
3. Línea vertical derecha, que es una continuación de la línea media clavicular derecha.
4. Línea vertical izquierda, la cual es continuación de la línea media clavicular izquierda.

Estas líneas a su vez dan origen a nueve regiones a saber:

1. Epigastrio
2. Hipocondrio derecho
3. Hipocondrio izquierdo
4. Mesogastrio
5. Flanco izquierdo
6. Flanco derecho
7. Fosa iliaca derecha
8. Fosa iliaca izquierda
9. Hipogastrio

Los órganos que se proyectan en las diferentes regiones son los siguientes:

1. Epigastrio: curvatura menor y parte del cuerpo gástrico, bulbo duodenal, lóbulo izquierdo y parcialmente el lóbulo derecho del hígado, vesícula biliar, cabeza del páncreas, aorta abdominal y cava inferior.
2. Hipocondrio derecho: Lóbulo derecho hepático, ángulo hepático del colon, polo superior del riñón derecho, sistema pielocalicial derecho y glándula suprarrenal derecha.

3. Hipocondrio izquierdo: fondo y parcialmente el cuerpo gástrico, bazo, ángulo esplénico del colon, cola del páncreas, riñón izquierdo y glándula suprarrenal izquierda.
4. Mesogastrio: Cuerpo gástrico inferior, marco duodenal, yeyuno, cabeza y cuerpo del páncreas, tercio superior y medio de los uréteres, aorta abdominal y cava inferior.
5. Flanco derecho: colon ascendente y polo inferior del riñón derecho.
6. Flanco izquierdo: colon descendente.
7. Hipogastrio: Intestino delgado, colon sigmoide, vejiga, tercio inferior de los uréteres y el útero en las mujeres.
8. Fosa iliaca derecha: Ciego, apéndice e ileon.
9. Fosa iliaca izquierda: Colon sigmoide.

SEMIOTECNIA DEL ABDOMEN

INSPECCION

La inspección comienza con el paciente de pie, al cual se observa por delante, de perfil y por detrás; luego se continúa en decúbito dorsal, con los brazos a los lados del cuerpo, las piernas extendidas y la cabeza ligeramente elevada. De esta manera se puede observar:

- Morfología: forma, tamaño y simetría.
- Estado de la pared: depresiones, protuberancias.
- Estado de la superficie: estado de la piel, el pelo, cicatrices, estrías y circulación colateral.
- Movimientos: peristaltismo, contracciones anormales

PALPACION

La palpación requiere ciertas características que faciliten la obtención de datos semiológicos:

- Ambiente cálido.
- Comodidad
- Posición en decúbito dorsal

La palpación puede hacerse con muy variadas posiciones de la mano o manos, puede emplearse toda la cara palmar, haciendo presión o apoyándola superficialmente. La mano puede estar extendida o en distintos grados de flexión digital, puede emplearse el borde cubital o radial y aun el dorso de los dedos.

La palpación puede ser mono, bimanual o digital. La palpación digital, se emplea para evaluar puntos específicos dolorosos, en la búsqueda de orificios herniarios y en ciertas pruebas de sensibilidad. La palpación con dos dedos se emplea en la evaluación de orificios naturales (vagina, recto).

La palpación permite reconocer la sensibilidad y temperatura de la piel, su turgencia y la presencia de tumefacciones, depresiones, contracturas y soluciones de continuidad de la pared. Mediante maniobras digitales es posible establecer el sentido de la corriente en la circulación colateral.

La palpación del contenido abdominal ofrece información sobre las características de los órganos en cuanto a su forma, tamaño, consistencia, superficie, bordes, sensibilidad, movilidad propia y respiratoria, lo que facilita su reconocimiento y el de anomalías. Puede informar sobre la presencia de tumoraciones o acumulación de líquidos.

Para facilitar una palpación metódica y eficiente del abdomen, se enuncian a continuación las maniobras de exploración, en el orden en que se aconseja efectuarlas.

1. Palpación de orientación; mano de escultor.
2. Examen de la tensión superficial.
3. Palpación del hígado: Se debe aprovechar los movimientos respiratorios. Normalmente se puede palpar hasta uno a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal derecho en inspiración profunda.
4. Palpación del bazo: Se reconoce por su ubicación en el hipocondrio izquierdo, siguiendo la progresión de la décima costilla, su situación superficial. En condiciones normales no se palpa, excepto en los lactantes.
5. Orificios herniarios: se exploran en el anillo inguinal, ombligo, triángulo de Petit y línea alba.
6. Puntos dolorosos: se exploran comprimiendo digitalmente puntos gatillos, que corresponden a afecciones de órganos determinados.
7. Maniobra de Murphy.
8. Bazuqueo gástrico.
9. Signo del tímpano.
10. Onda ascífica.
11. Circulación colateral.
12. Palpación de los ganglios linfáticos inguinales.

PERCUSION

La percusión abdominal, permite reconocer dos variedades de ruidos: timpanismo y matidez. Su extensión y localización en posición de decúbito dorsal y lateral.

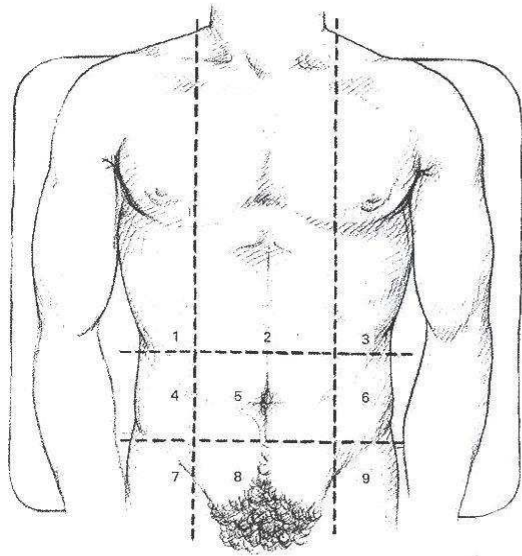


Fig. 7-1. *División topográfica del abdomen:* 1) hipocondrio derecho; 2) epigastrio; 3) hipocondrio izquierdo; 4) flanco derecho; 5) zona umbilical; 6) flanco izquierdo; 7) fosa iliaca derecha; 8) hipogastrio; 9) fosa iliaca izquierda.

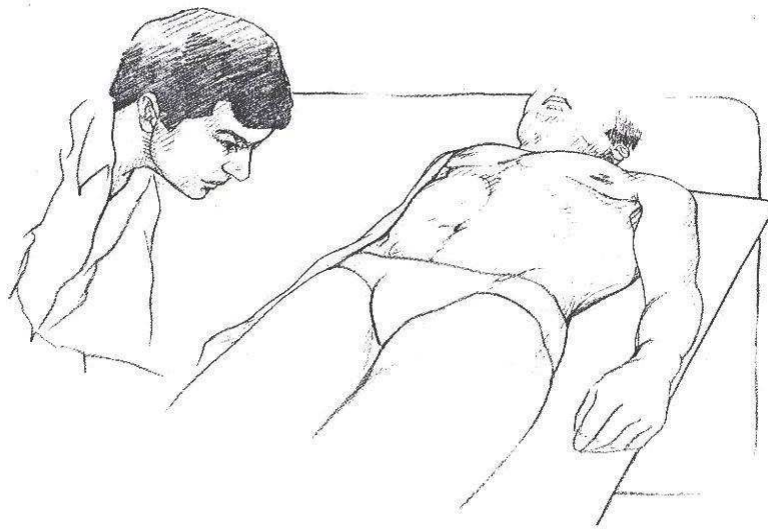


Fig. 7-2. *Inspección tangencial del abdomen.* El examinador, sentado a un lado del paciente y con sus ojos a la altura del plano superior del abdomen, observa tangencialmente las características y movimientos de la pared abdominal. El paciente debe estar ubicado entre la fuente de luz y el examinador.

Fig. 7-3. Maniobra de contracción del abdomen, con oposición. Al paciente en decúbito dorsal sin almohada, se le indica que levante la cabeza mientras el examinador opone resistencia con la mano colocada en la frente. Esta maniobra permite evaluar la contracción de los músculos abdominales, lo que facilita la observación de soluciones de continuidad de la pared (hernias y eventraciones).

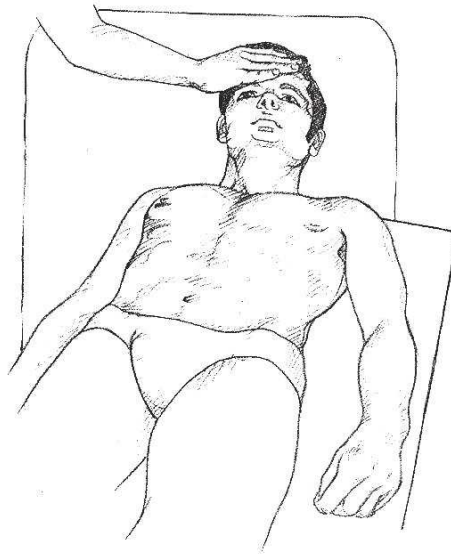


Fig. 7-4. Maniobra de contracción del abdomen mediante elevación de las piernas. Al paciente, en decúbito dorsal, se le indica que eleve ambas piernas extendidas, unos centímetros sobre el plano de la cama. Esta maniobra sirve para valorar la contracción de la pared abdominal y se utiliza con el mismo propósito que la descrita en la figura anterior.

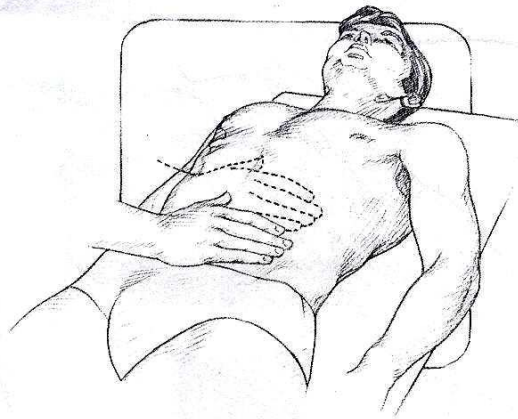


Fig. 7-5. *Palpación del abdomen: "mano de escultor"*. Este procedimiento es el primer paso de la palpación abdominal. El paciente debe estar en decúbito dorsal, sin almohada, relajado, con los miembros inferiores extendidos y los superiores a lo largo del cuerpo. El examinador, a la derecha del paciente y con su mano transversal al eje mayor del cuerpo y apoyada de lleno y suavemente (como adaptándose a la superficie abdominal), la desliza en forma metódica sobre toda la superficie del abdomen, reconociéndola con movimientos similares a los que realiza un escultor al modelar una figura. Esta maniobra ayuda a ganarse la confianza del paciente, y reconocer protrusiones, depresiones, tufismo y otras características.

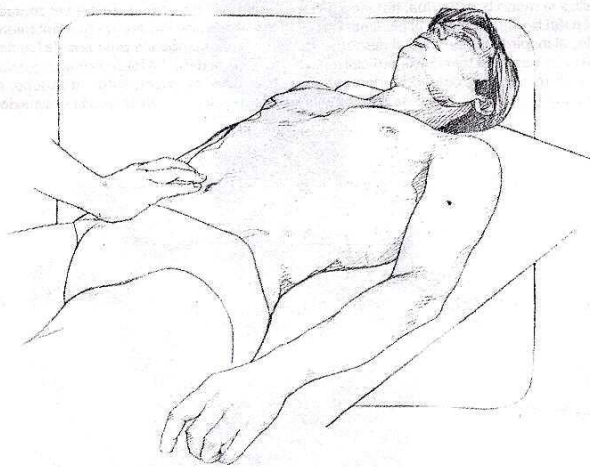


Fig. 7-6. *Palpación del abdomen: examen de la tensión abdominal*. El paciente se ubica en las mismas condiciones que en la figura 7-5. El examinador, a su derecha, coloca su mano derecha en forma paralela al eje longitudinal, apoyada por su palma y, con los dedos semiflexionados, efectúa movimientos rápidos y suaves de presión sobre la pared del abdomen. El examinador debe tratar de que su antebrazo flexionado en ángulo obtuso sobre el brazo mantenga el plano del codo sobre la altura del abdomen; debe efectuar en cada sitio dos o tres movimientos rápidos de depresión por flexión metacarpofalángica. El examen se comienza en la fosa iliaca derecha y siguiendo la línea hemiclavicular se dirige hasta el reborde costal; a continuación se explora de la misma forma el hemiabdomen izquierdo y, por último, en forma comparativa, puntos simétricos. Esta maniobra, de gran utilidad, permite evaluar la resistencia del abdomen.

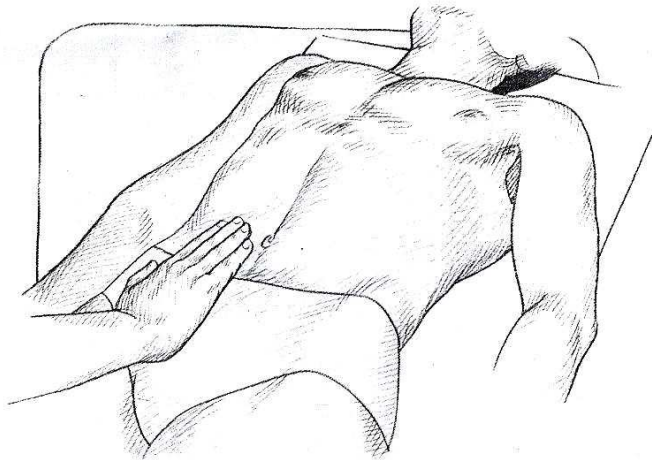


Fig. 7-7. Palpación monomanual del hígado. La palpación de este órgano debe comenzar con la maniobra aquí descrita. El examinador, ubicado a la derecha del paciente, coloca de plano su mano derecha, orientándola de tal forma que una línea imaginaria que pase por el extremo de los dedos índice y mayor sea paralela al borde hepático. La palpación comienza a partir de la fosa iliaca derecha, y siguiendo la línea hemiclavicular se dirige hasta el reborde costal. Se presiona suavemente con la punta de los dedos, y en cada espiración se desliza la mano hacia arriba, tratando de percibir en la inspiración siguiente el contacto con el borde hepático. Para confirmar la palpación del borde, se indica al paciente que realice una inspiración profunda manteniendo los dedos quietos por debajo del presunto borde; al inspirar se percibirá el descenso del borde cabalgando los pulpejos de los dedos sobre él. Una variante de esta maniobra consiste en buscar la tensión superficial desde la fosa iliaca derecha hacia arriba, siguiendo la línea hemiclavicular; comprobado un aumento de resistencia, se descienden ligeramente los dedos, y con éstos al acecho, se indica al paciente que inspire profundamente. Estas mismas maniobras se continúan a izquierda y derecha de la línea hemiclavicular, para reconocer todo el borde hepático.

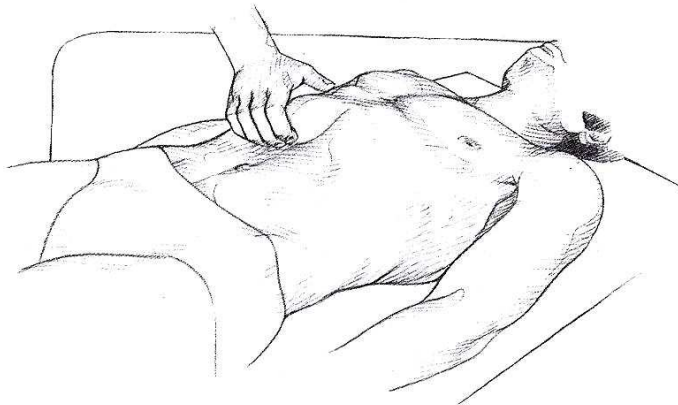


Fig. 7-8. Palpación del hígado: mano en cuchara. El examinador coloca su mano derecha en sentido transversal al borde hepático, con los dedos flexionados en forma de cuchara y la palma hacia arriba. Se presiona con suavidad debajo del reborde costal, mientras se indica al paciente que inspire profundamente. Los pulpejos de los dedos perciben el deslizamiento del borde hepático.



Fig. 7-9. Palpación del hígado: maniobra del enganche de Mathieu. En esta maniobra, de palpación bimanual, el examinador, colocado a la derecha del paciente y a la altura del tórax como si mirara los pies de aquél, dispone sus manos en forma oblicua entre sí, contactando ambos dedos medios y con los índices sobrepuestos y elevados, de tal forma que los pulpejos de los tres últimos dedos de ambas manos formen una línea recta paralela al borde hepático. La palpación se realiza con los dedos semiflexionados. Se comienza en la fosa iliaca derecha, siguiendo la línea hemiclavicular hacia arriba y deprimiendo la pared con ambas manos de abajo hacia arriba, como si se intentara enganchar con movimientos circulares el borde hepático. Se completa con la palpación respiratoria: con las manos dispuestas en la misma actitud por debajo del presunto borde hepático. Se indica al paciente que inspire profundamente, mientras se trata de enganchar el borde.



Fig. 7-10. Palpación del hígado: maniobra de Gilbert. En este método, de palpación bimanual, el examinador coloca sus manos en forma perpendicular entre sí, unidas por las puntas de los dedos índices; la mano izquierda cruza en forma perpendicular al borde hepático; la derecha es perpendicular a la izquierda (el borde radial derecho es paralelo al borde hepático). La palpación se inicia en la fosa iliaca derecha, con las puntas de los dedos ubicadas en la línea hemiclavicular. Se realizan depresiones rápidas y suaves de la pared abdominal hasta comprobar un aumento de resistencia; en dicho lugar se indica al paciente que efectúe una inspiración profunda. El borde hepático se percibe con los pulpejos de la mano izquierda y el borde radial del índice derecho. Esta maniobra es útil para la palpación de hígados blandos.

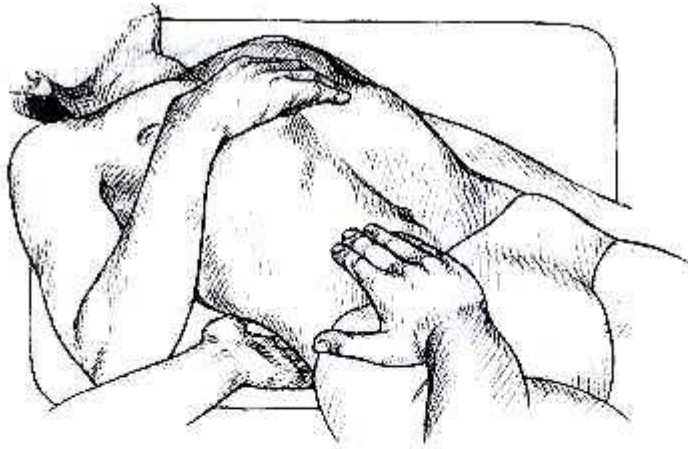


Fig. 7-11. *Palpación del hígado: maniobra de Chauffard.* Es un método de palpación bimanual con mano oponente. El examinador coloca su mano derecha en la misma forma descrita para la palpación monomanual del hígado; la mano izquierda se coloca transversalmente por debajo del paciente, ubicando los pulgares de los dedos en el ángulo costomuscular derecho, por debajo de la duodécima costilla (zona depresible). La mano izquierda, apoyada en el plano de la terna, realiza impulsiones por flexión metacarpofalángica de los tres dedos medios, como desplazando el hígado hacia arriba. Los pulgares de la mano derecha, al ser choques, perciben el choque del borde hepático (llamado "peloteo hepático").

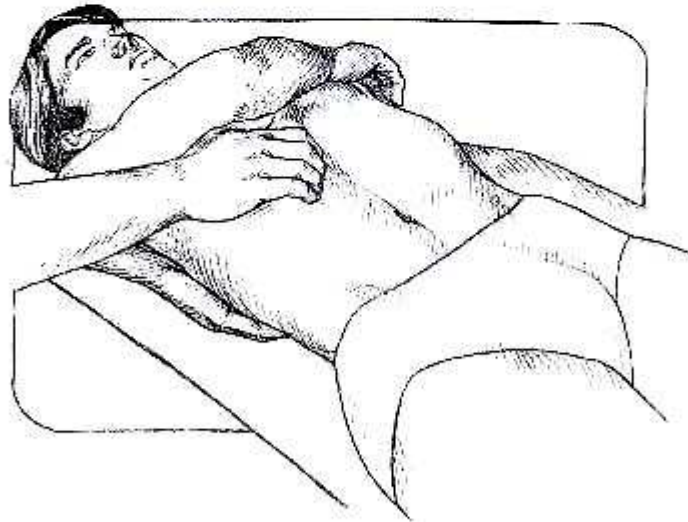


Fig. 7-12. *Palpación del hígado: maniobra de Góemes.* En este método bimanual, con mano oponente pasiva, el examinador coloca su mano izquierda en la región posterior en dirección oblicua hacia abajo y adentro, cruzando casi perpendicularmente la duodécima costilla (mano de sostén). La mano derecha palpa con la técnica ya referida de la mano en cuchara.

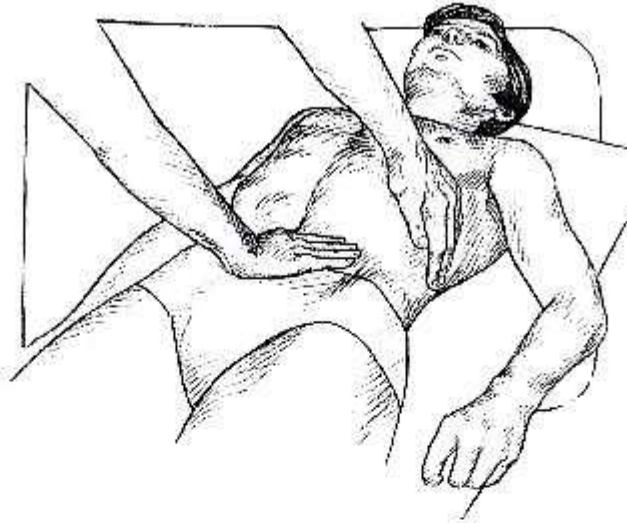


Fig. 7-13. Palpación del bazo: maniobra manual a la derecha del paciente. El examinador abraza con la mano izquierda la parrilla costal izquierda del paciente, para fijar las costillas y exagerar la movilidad diafragmática (mano de sostén). La mano derecha (activa) se coloca de plano, dirigida hacia el eje de la décima costilla, deprimiendo suavemente la pared abdominal. La palpación comienza por encima de la sínfisis mesocubiana y se continúa hacia la celda esplénica. Los dedos de la mano explorada se hunden lentamente y progresan en la aspiración, permaneciendo al pecho en la inspiración, hasta percibir el resalto del borde esplénico.



Fig. 7-14. Palpación del bazo: maniobra de Galambos. Cuando la tensión de la pared abdominal dificulta la palpación, se puede efectuar este procedimiento de relajación. La maniobra de Galambos consiste en relajar la pared abdominal ejerciendo presión con la mano izquierda en sentido perpendicular a la superficie adyacente al órgano explorado. La mano derecha palpó el bazo en la forma descrita en la figura 7-13.



Fig. 7-15. Palpación del bazo: mano en cuchara. Ubicado a la izquierda del paciente en decúbito dorsal, el examinador, con la mano izquierda o derecha en forma de cuchara, palpa al aecho por debajo del reborde costal, la aparición del borde esplénico durante inspiración profunda.



Fig. 7-16. Palpación del bazo: posición de Naegeli. Este procedimiento se utiliza si el bazo no se ha palpado con las técnicas ilustradas antes. El paciente se coloca en decúbito intermedio dorsolateral derecho, con las piernas semiflexionadas, el brazo derecho a lo largo del cuerpo y el izquierdo colgando por delante del tórax. El examinador, ubicado a la izquierda de aquél, palpa el bazo con sus manos derecha o izquierda, en cuchara. La posición de Naegeli facilita el descenso del bazo.

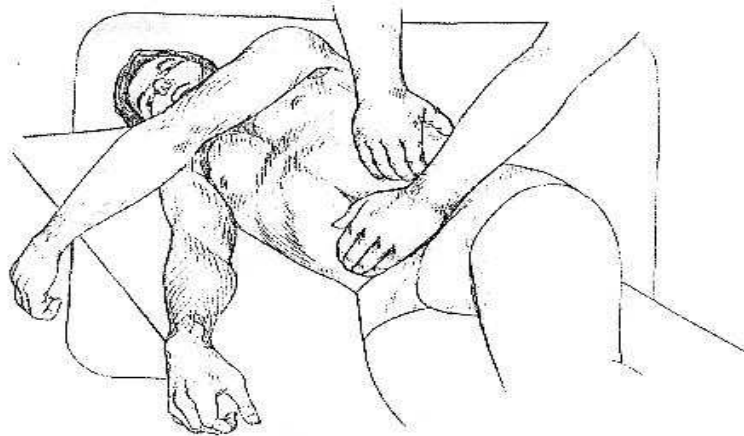


Fig. 7-17. *Palpación del bazo: maniobra de Merle.* El paciente se coloca en posición de Neegeli. El examinador, ubicado a la izquierda del paciente, palpa el bazo con su mano derecha en cuchara, mientras que la izquierda, colocada en la fosa ilíaca derecha, hace presión como si tratara de llevar el contenido abdominal hacia la celda esplénica. Esta maniobra, además de relajar la pared abdominal, facilita el descenso del bazo al evitar el "fronco" del pedículo esplénico.

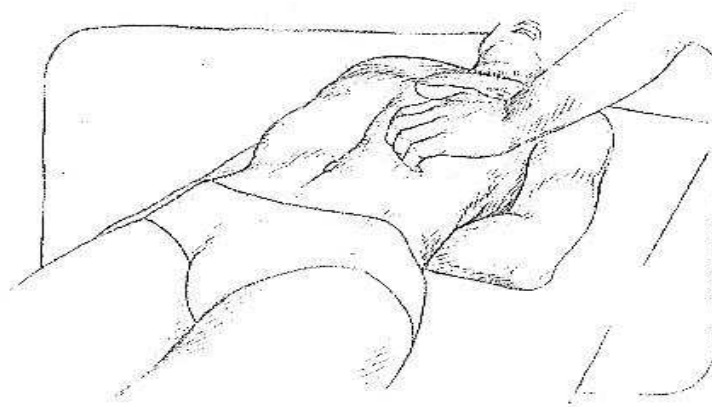


Fig. 7-18. *Palpación del bazo: posición de Middleton.* Para facilitar la palpación del bazo puede emplearse el procedimiento de Middleton. El paciente en decúbito dorsal coloca su antebrazo izquierdo debajo de la parilla costal izquierda, dirigiendo su mano al hombro derecho. El examinador palpa el bazo con la mano puesta en cuchara, esta técnica facilita la salida del bazo de la celda esplénica.



Fig. 7-19. *Palpación monomanual del bazo.* Esta maniobra se emplea en presencia de esplenomegalias significativas cuya detección no necesita maniobras de facilitación; también se utiliza para el control de esplenomegalias ya identificadas. El procedimiento es similar al de la figura 7-13, sin emplear la mano izquierda de apoyo.

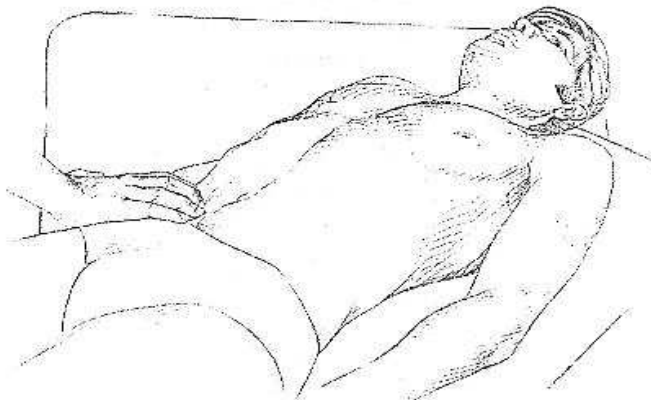


Fig. 7-20. *Palpación monomanual del ciego.* El paciente se halla en decúbito dorsal. El examinador, ubicado a la derecha de aquél, palpa con su mano derecha colocada en sentido transversal al eje del ciego. La palpación se efectúa deslizando los dedos semiflexionados en sentido perpendicular al eje del órgano, buscando los desniveles de los bordes interno y externo del ciego. La maniobra se efectúa hacia afuera y viceversa, evaluando tamaño, consistencia y movilidad del órgano. Habitualmente la palpación del ciego da lugar a la producción de ruidos hidroaéreas.

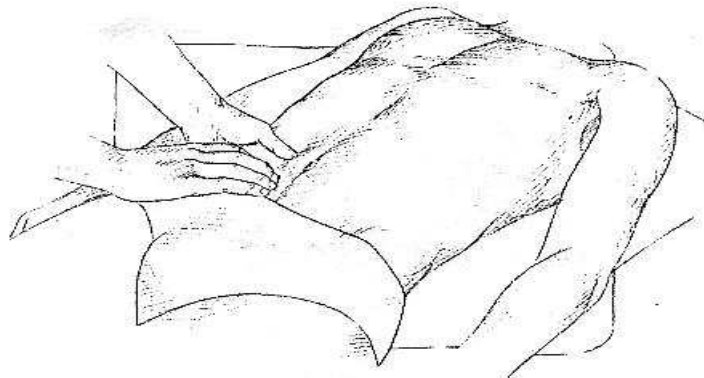


Fig. 7-21. Palpación del ciego: maniobra de Sigaud I. La maniobra descrita en la figura 7-20 puede complementarse comprimiendo el colon ascendente con una pinza formada por la mano izquierda, cuyo pulgar hace presión en el flanco derecho, oponiéndose a los cuatro últimos dedos colocados en la región lumbar. La maniobra de Sigaud I produce una distensión del ciego que facilita su palpación.

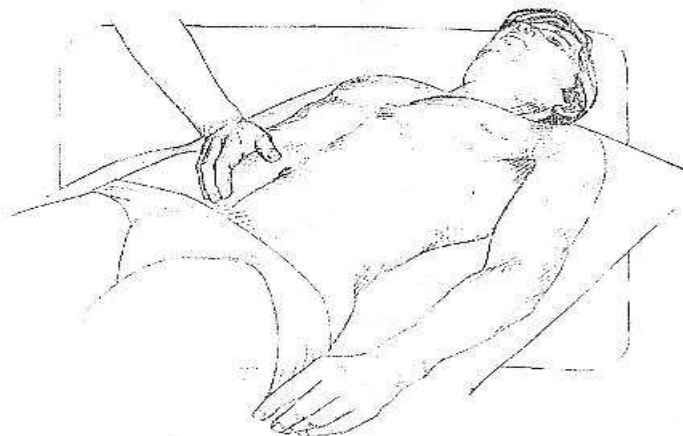


Fig. 7-22. Palpación del ciego: maniobra de Sigaud II. La palpación se realiza deslizando el borde cubital de la mano derecha de afuera hacia adentro en sentido transversal al eje del órgano.



Fig. 7-23. *Palpación del ciego; maniobra de Pron.* Se realiza la palpación de este órgano por deslizamiento transversal del borde radial del dedo índice derecho.



Fig. 7-24. *Palpación monomanual del colon sigmoide.* El examinador, colocado a la izquierda del paciente en decúbito dorsal, palpa con la mano derecha, deslizando los dedos semiflexionados en sentido perpendicular al eje del colon sigmoide. La palpación se realiza de adentro hacia afuera y viceversa, para reconocer bordes, consistencia y movilidad del órgano.



Fig. 7-25. *Palpación bimanual del colon sigmoide.* Este puede palparse mediante el método del deslizamiento profundo de Hausmann, como se describe en la figura 6-26, colocando ambas manos en forma perpendicular al eje del órgano.



Fig. 7-26. *Maniobra de deslizamiento profundo de Hausmann.* Esta maniobra, de palpación bimanual con dos manos activas, se emplea para la palpación general profunda del abdomen. Las manos del examinador están unidas por las puntas de los dedos y separadas por sus talones; ambos dedos medios contactan sobre elevando los índices, de modo que los extremos de los tres últimos dedos de ambas manos forman una línea recta. Las manos inciden la pared abdominal en sentido oblicuo, para facilitar una mayor penetración, y se deslizan en distintos sentidos, buscando cambios de nivel y de resistencia. Esta maniobra es de utilidad en el reconocimiento de vísceras huecas (curvatura mayor del estómago, colon transversal, colon sigmoide) y de tumores abdominales.



Fig. 7-27. *Palpación bimanual con las manos separadas.* En este método de palpación bimanual, ambas manos, separadas, se apoyan de lleno sobre el abdomen, con diferentes grados de presión. La finalidad es percibir cambios de resistencia, límites de tumoraciones, latidos y otros signos.



Fig. 7-28. *Palpación bimanual con manos yuxtapuestas.* Se emplean ambas manos adosadas entre sí, en diferentes lugares del abdomen, para percibir a través de las regiones palmares cambios de resistencia o latidos. Esta posición es incorrecta si se pretende palpar los bordes con las puntas de los dedos, ya que éstos forman una línea quebrada.

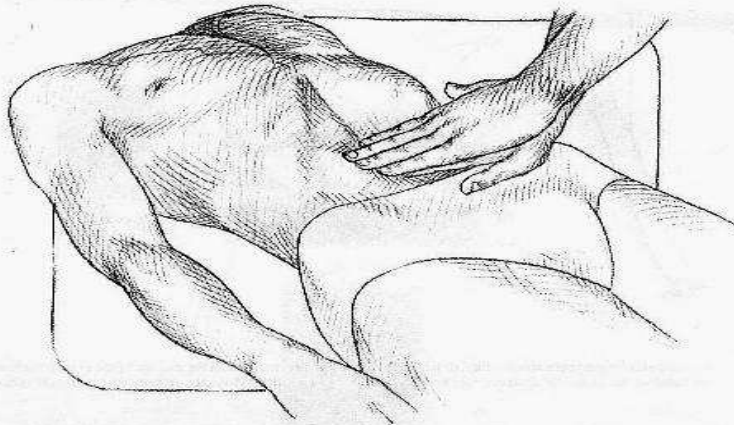


Fig. 7-29. Palpación bimanual con manos sobrepuestas. Para facilitar la penetración de la mano activa en presencia de tensión abdominal alta, se emplea una mano de presión sobrepuesta a la activa, de modo que esta última permanezca relajada y conserva su sensibilidad.



Fig. 7-30. Palpación abdominal: maniobra de Obrastzaw. Esta maniobra facilita la palpación de la mano activa por medio de una mano de relajación, que haciendo presión con el talón a poca distancia de la mano activa, permite su mejor penetración.

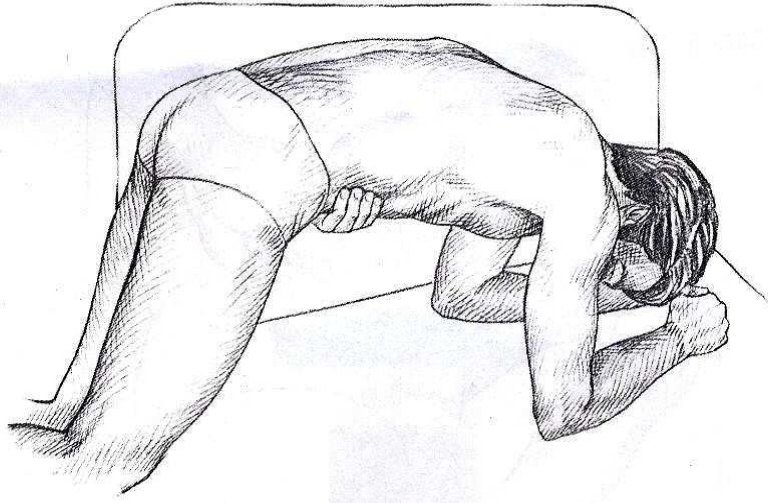


Fig. 7-31. *Palpación en posición genupectoral.* Es útil para definir si una tumoración es pulsátil por sí misma (aneurisma) o transmite los latidos de la aorta abdominal; en este último caso los latidos desaparecen en esta posición.



Fig. 7-32. *Palpación del riñón: maniobra de Guyon (peloteo renal).* Se describe aquí la maniobra para el riñón derecho. El paciente está en decúbito dorsal, con su antebrazo derecho flexionado apoyado sobre el tórax. El examinador coloca su mano izquierda transversalmente en la región lumbar, con las puntas de los dedos índice y medio en el espacio costomuscular, por debajo de la duodécima costilla. La mano derecha se dispone en la fosa iliaca derecha, por fuera del recto anterior en dirección caudal, con los dedos semiflexionados haciendo presión sobre la pared abdominal. La mano izquierda, apoyada en su dorso sobre la cama, ejerce presión hacia arriba con los dedos índice y medio. Mientras el paciente respira profundamente, la mano derecha asciende en cada espiración, permaneciendo al acecho en la inspiración, a la espera del polo renal. La palpación se efectúa hasta por debajo del reborde costal. Se repite la maniobra efectuando impulsiones con los dedos de la mano izquierda, con el propósito de percibir con la derecha el choque del órgano (peloteo renal).

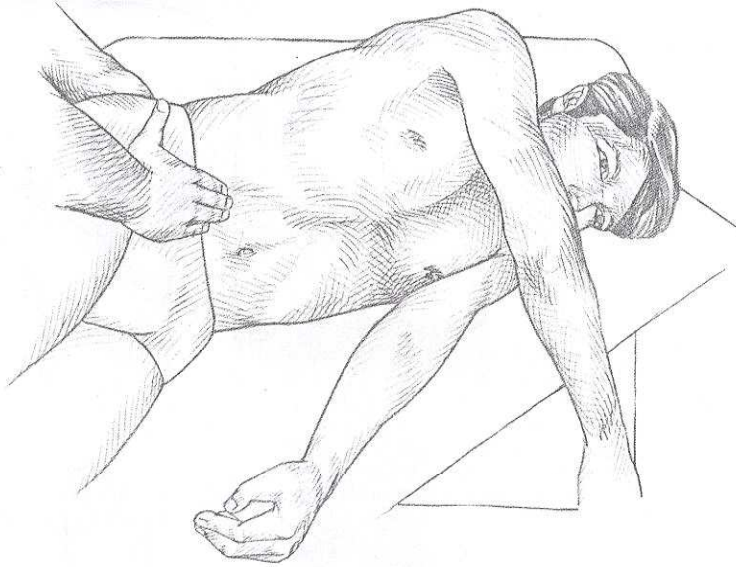


Fig. 7-33. Palpación del riñón: maniobra de Israel. Se describe aquí la maniobra para el riñón derecho. Colocado el paciente en decúbito lateral izquierdo, con el brazo derecho pendiendo delante del tórax, se realiza palpación bimanual, con la mano izquierda de apoyo en la región lumbar, dirigida en sentido caudal; la derecha, apoyada de plano sobre la fosa iliaca derecha, hunde las puntas de los dedos mientras asciende en espiración y permanece al acecho en inspiración. El riñón se reconoce al deslizar por el pulpejo de los dedos.



Fig. 7-34. Peloteo renal: maniobra de Montenegro. Se describe aquí la maniobra para el riñón derecho. Colocado el paciente en decúbito ventral, la mano izquierda del examinador se ubica en la región lumbar, con la punta de los dedos índice y medio en contacto con el espacio costomuscular. La derecha, dispuesta transversalmente en el abdomen frente a la presunta masa renal, efectúa impulsiones hacia arriba, de modo que si se trata del riñón, la mano izquierda percibirá su choque.

Fig. 7-35. Palpación del riñón en posición de pie. Se describe aquí la maniobra para el riñón derecho. El examinador coloca su mano izquierda en pinza en la región lateral del abdomen debajo del reborde costal, y la mano derecha apoyada de plano con la punta de los dedos en la fosa iliaca derecha. Se indica al paciente que realice una inspiración profunda mientras se aprisiona el riñón con la pinza de la mano izquierda; una vez fijado, el riñón permite a la mano derecha su palpación. Esta maniobra facilita la palpación en caso de ptosis renal.

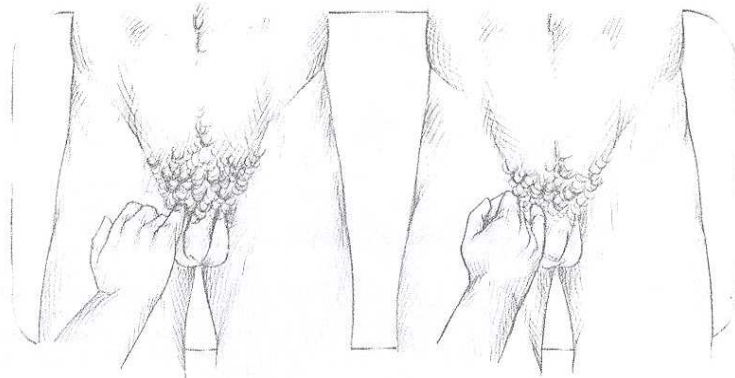
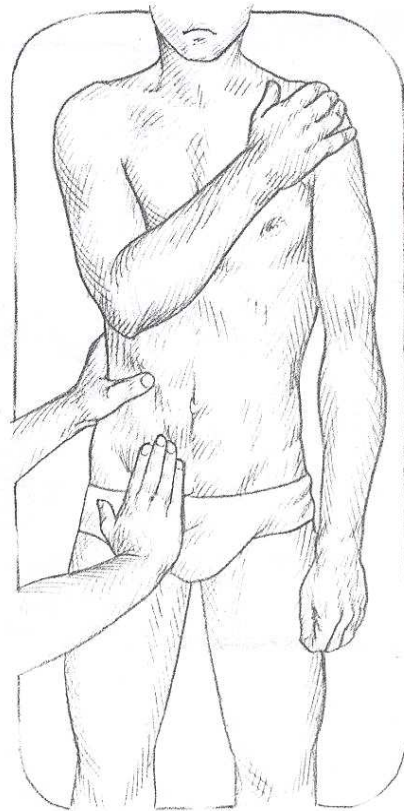


Fig. 7-36. Palpación de orificios herniarios inguinales. Se exploran con el paciente de pie. El examinador utiliza el dedo meñique de la mano derecha para el lado derecho y el de la izquierda para el izquierdo. Se invagina el escroto con el dedo meñique, rotándolo de modo que la uña quede contra el cordón, y se sigue éste hacia arriba, hasta llegar al anillo inguinal superficial. El anillo se palpa como una pequeña hendidura que sólo admite la punta del dedo. Se indica al paciente que tosa, para apreciar si existe un impulso táctil (hernia inguinal).

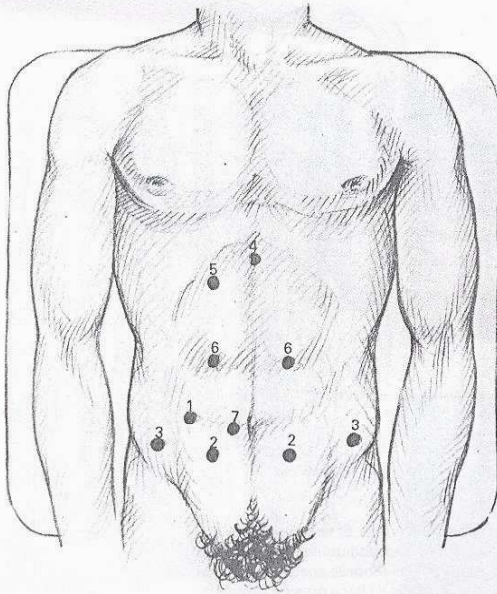


Fig. 7-37. Localización de puntos dolorosos: 1) punto apendicular; 2) punto ureteral medio; 3) punto supraínfraespinal; 4) punto epigástrico; 5) punto cólico; 6) punto ureteral superior; 7) punto paraumbilical (punto de Centeno).



Fig. 7-38. Punto doloroso de McBurney. Se encuentra ubicado sobre una línea trazada entre la espina iliaca anterosuperior derecha y el ombligo, a una distancia de 4 a 5 cm de la espina, o en la unión de sus tercios externo y medio. Se explora comprimiendo con el dedo índice. Si al efectuar la compresión se pide al paciente que eleve lentamente el miembro inferior derecho extendido, se estará realizando la maniobra de Hausmann-Meltzer. Ambas maniobras permiten explorar el dolor apendicular. Si al descomprimir bruscamente el punto de McBurney se produce un dolor muy intenso, se dice que hay signo de Blumberg (irritación peritoneal).

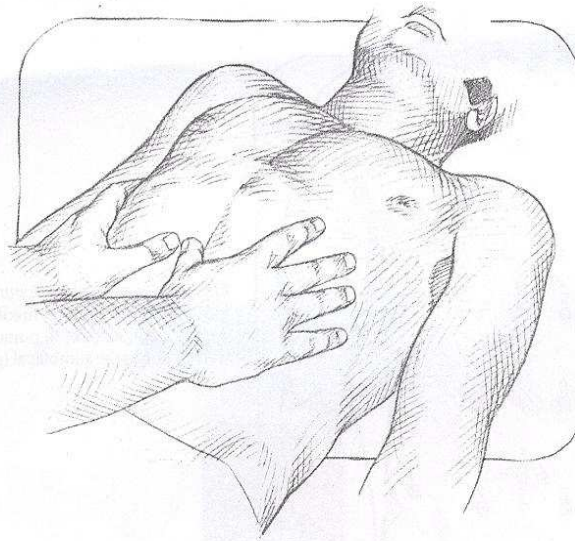


Fig. 7-39. Maniobra de Murphy: signo de Murphy. El examinador apoya las manos en abanico sobre la superficie toracoabdominal, colocando la punta de ambos pulgares yuxtapuestos bajo el reborde costal derecho en la línea hemiclavicular (punto cístico). Mientras se hace presión profunda, inmovilizando con las manos el tórax para facilitar el descenso diafragmático, se solicita al paciente que realice una inspiración forzada. La maniobra de Murphy es positiva (signo de Murphy) cuando el paciente refiere dolor en el punto cístico e interrumpe la inspiración.

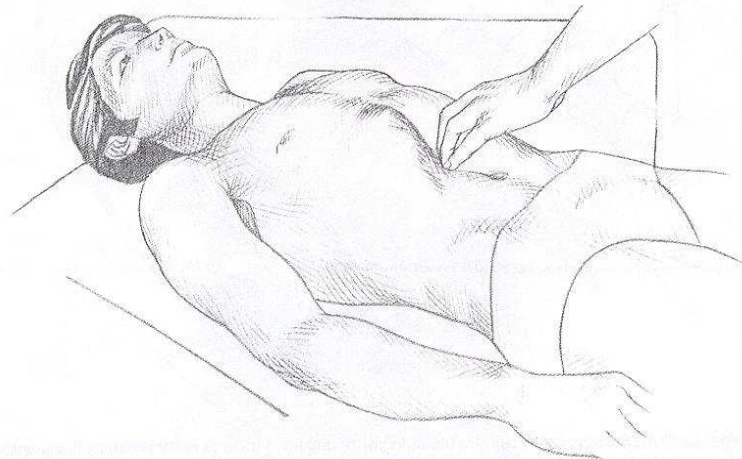


Fig. 7-40. "Bazuqueo" gástrico. Se explora deprimiendo bruscamente la zona epigástrica repetidas veces, con toda la mano apoyada en la extremidad de los dedos semiflexionados. La percepción de un ruido similar al del palmeteo sobre una superficie líquida se denomina "bazuqueo" o chapoteo gástrico. Indica la existencia de una acumulación líquido-gaseosa en un estómago distendido.

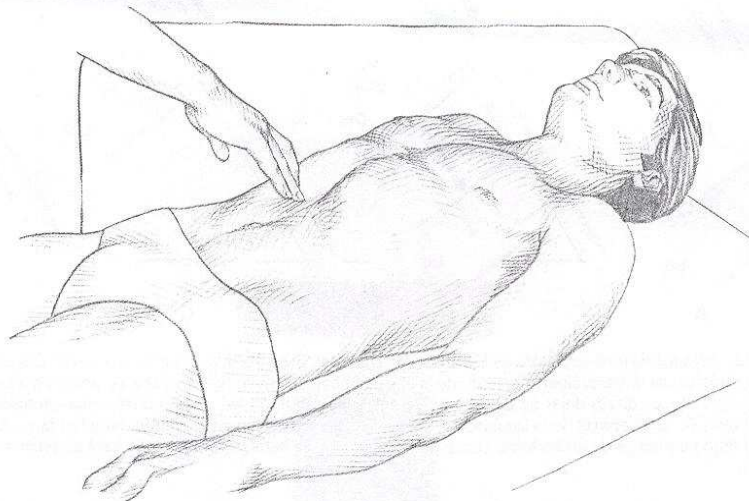


Fig. 7-41. Signo del tómpano. Se explora colocando la mano en la misma forma que en la figura 7-40. Se realiza una depresión brusca en el hemiabdomen superior derecho y, manteniendo los dedos deprimidos, se percibe en seguida una sensación de choque, similar a la de hundir con los dedos un trozo de hielo en un vaso con agua. El signo del tómpano está presente cuando hay líquido interpuesto entre el hígado y la pared abdominal (ascitis).



Fig. 7-42. Palpación de onda ascítica. El examinador, ubicado a la derecha del paciente en decúbito dorsal, coloca su mano izquierda de plano sobre el hemiabdomen izquierdo, con su dedo pulgar dirigido hacia abajo sobre la línea media. Con los dedos de la mano derecha se aplican golpes bruscos, rápidos y repetidos (capirotazos) sobre la superficie abdominal, exactamente en el lado opuesto a la cara palmar de los dedos de la mano izquierda. De haber una acumulación intraperitoneal de líquido de magnitud significativa, la mano izquierda percibirá un movimiento ondulatorio transmitido por éste. La ondulación de la pared es detenida por el dedo pulgar, para evitar su confusión con la onda ascítica.

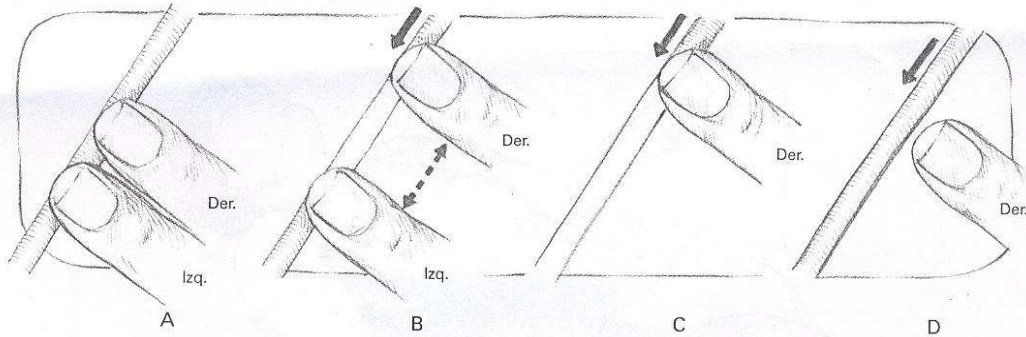


Fig. 7-43. Examen del sentido de la corriente en la circulación colateral. Si se observa la presencia de circulación colateral en la pared abdominal o la torácica, se debe evaluar el sentido de la corriente con la siguiente maniobra: **A**, ambos dedos índices unidos comprimen el trayecto venoso. **B**, sin dejar de comprimir, se deslizan ambos dedos apartándose unos centímetros para provocar el vaciamiento venoso. **C**, se levanta el dedo izquierdo: la vena no se llena. **D**, se levanta el dedo derecho: la vena se llena; en este caso la dirección del flujo venoso es de arriba hacia abajo. Si en el inciso C se llena la vena, el flujo será de abajo hacia arriba.

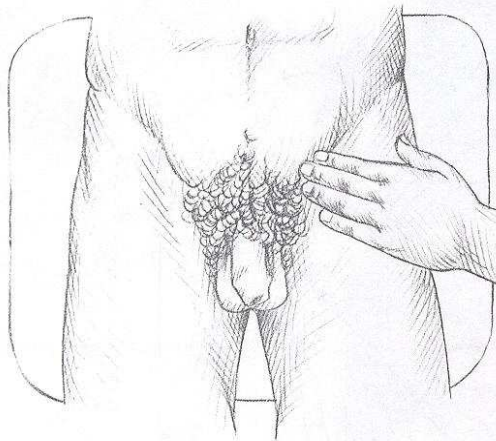


Fig. 7-44. Palpación de ganglios linfáticos inguinales. El examinador desliza la punta de sus dedos de plano sobre la región inguinal, en busca de dos grupos ganglionares: un grupo de dirección oblicua situado por debajo y paralelo al ligamento inguinal, y el otro, ubicado en sentido longitudinal a lo largo de los vasos femorales.

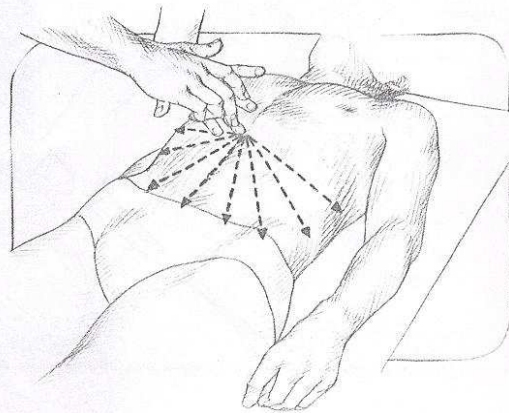


Fig. 7-45. Percusión abdominal en decúbito dorsal. Con el paciente en decúbito dorsal, se utiliza percusión indirecta con dedo plesímetro. La percusión general del abdomen se realiza en forma radiada a partir del epigastrio, a fin de localizar zonas de timpanismo y matidez.



Fig. 7-46. Percusión abdominal en decúbito lateral. El hallazgo de una zona de matidez en la fosa iliaca del paciente colocado en decúbito dorsal, hace necesario continuar la percusión en el mismo lugar, colocando al paciente en decúbito lateral opuesto al lado de la matidez. A tal efecto, el dedo plesímetro no debe moverse de su posición en el cambio de decúbito. El reemplazo de la matidez por timpanismo revela la presencia de un derrame líquido libre.



Fig. 7-47. Percusión del hipocondrio derecho: signo de Jobert. La percusión en el hipocondrio derecho sobre las últimas costillas revela matidez en condiciones normales. La presencia de timpanismo (signo de Jobert) se debe a la colección de aire entre el hígado y la parrilla costal producida por un neumoperitoneo. Este hallazgo es de gran valor para el diagnóstico de perforación de víscera hueca.

Fig. 7-48. Percusión del bazo. El paciente se coloca en semidecúbito dorsolateral derecho, con la pierna derecha extendida, la izquierda flexionada y el brazo izquierdo llevado detrás de la cabeza (posición de Schuster). El examinador, ubicado a la izquierda del paciente, percute el área esplénica de arriba hacia abajo, siguiendo las líneas axilares media y anterior. El hallazgo de matidez en la línea axilar anterior indica la presencia de esplenomegalia.

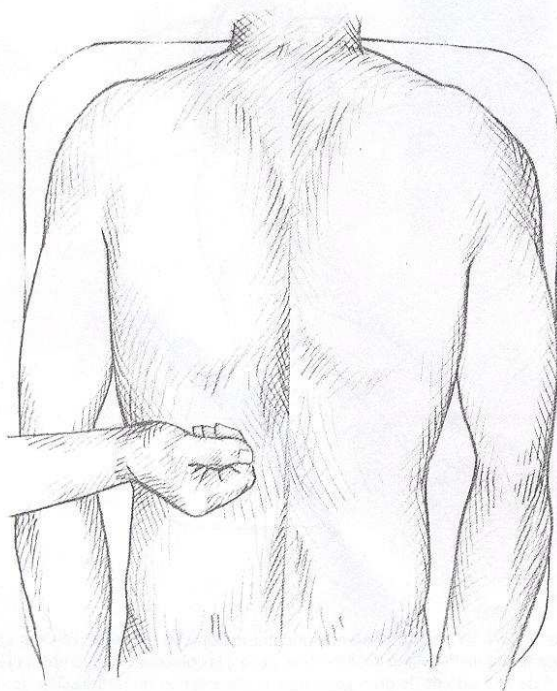


Fig. 7-49. Maniobra de "puñopercusión" renal. Con el paciente sentado, se golpea cada región lumbar por separado, con el puño cerrado o con el borde cubital de la mano. Esta maniobra se considera positiva cuando despierta dolor de tipo agudo.



Fig. 7-50. Auscultación del abdomen. Con el paciente en decúbito dorsal, se ausculta toda la superficie abdominal y luego los trayectos arteriales (proyección de aorta, ilíacas primitivas y renales). Permite establecer la presencia y características de los ruidos hidroaéreos, y la existencia de soplos arteriales.

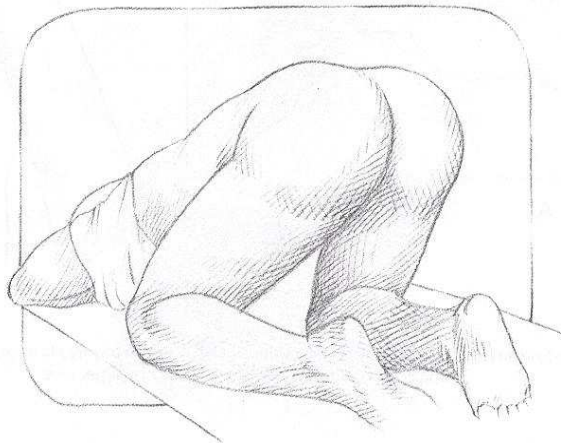


Fig. 7-51. Tacto rectal. Posición genupectoral.

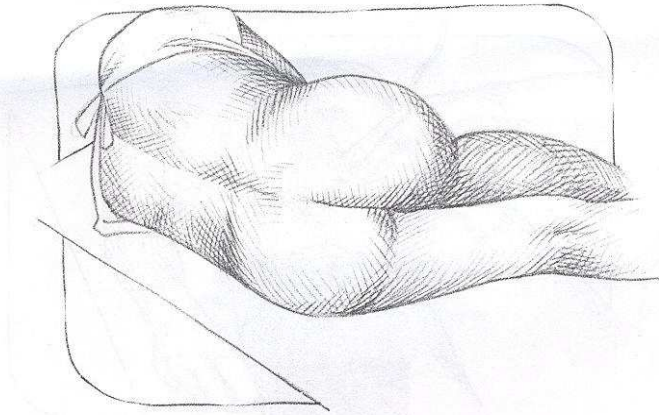


Fig. 7-52. *Tacto rectal*. Posición lateral izquierda de Sims.

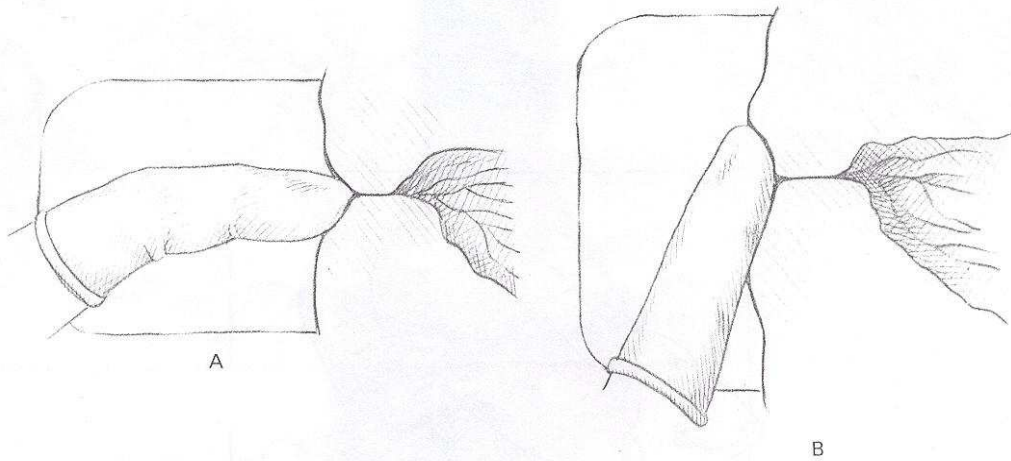


Fig. 7-53. *Tacto rectal*. *A*, se observa la forma incorrecta de introducir el dedo. *B*, se observa la forma correcta ejerciendo una presión firme con el pulpejo hasta que se relaja el esfínter anal.

AUSCULTACION

En condiciones normales, solo se debe escuchar el peristaltismo, aproximadamente 3 a 5 ruidos por minuto. Se debe explorar la presencia de soplos en los trayectos vasculares.

TACTO RECTAL

Este examen es imprescindible en toda aproximación diagnóstica en el abdomen agudo. Se emplean básicamente tres posiciones:

1. Posición genupectoral: es de elección particularmente en el hombre.
2. Posición de Sims: en decúbito lateral izquierdo, flexionando el muslo y la rodilla que quedan arriba. Es empleada de modo rutinario en la mujer por ser mas decorosa que la anterior.
3. Posición en decúbito dorsal: esta se emplea en pacientes debilitados, con el paciente en posición supina y las caderas y rodillas flexionadas. Es de gran valor en pacientes con dolor abdominal ya que limita su movilización.

Técnica del tacto rectal

Se enguantan ambas manos y se lubrica el dedo que se va a utilizar. Se separan los glúteos para inspeccionar el área perianal. Hay que informarle al paciente lo que se le va a hacer, indicándole que la exploración es incómoda mas no dolorosa. Se inicia la palpación realizando presión discreta sobre el rafé medio, esto inicia la relajación del esfínter anal. Se introduce el dedo examinador, identificando el tono del esfínter, la temperatura. Se deben palpar todas las paredes.

METODOLOGÍA

- Se realizará ejercicios directos, mediante la evaluación de los pacientes que se encuentren hospitalizados en el servicio de urgencias y el piso de quirúrgica:
 - Interrogatorio
 - Examen físico
 - Análisis
 - Enfoque diagnóstico
 - Diagnósticos diferenciales
 - Discusión de la patología diagnosticada.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Baré – Califano. Semiotecnia. Maniobras de exploración. Semiotecnia del abdomen.
2. Carlos Arturo Orrego. Semiología clínica. Semiología del abdomen. 2002.
3. Masei. Semiología médica. Semiología del abdomen. 1990..