

SEMIOLÓGIA DE ABDOMEN

El examen abdominal se debe hacer con paciente acostado plano, en condiciones de comodidad tanto como para paciente como examinador, el cual debe estar en lado derecho del paciente, con manos tibias y limpias. El abdomen debe estar descubierto completamente. Hacer un examen metódico, ordenado y que aparezca seguro para el paciente. Todos los exámenes, apresurados rápidos y apurados, como es evidente generan error.

SINTOMAS y SIGNOS Derivados de las Enfermedades del Aparato DIGESTIVO

INTERROGATORIO

Como criterio general, es la parte muy importante de la HISTORIA CLINICA.

En las enfermedades digestivas, el interrogatorio orienta y diagnostica más de 80% de las patologías; que se confirma o descarta acompañado de un examen físico y de los exámenes complementarios

Antes del examen abdominal se cita el examen general por la importancia de las enfermedades sistémicas que repercuten en el aparato digestivo y las manifestaciones extra digestivas de las patologías digestivas.

MOTIVOS de CONSULTA más frecuentes

- **Dolor Abdominal**
- **Nauseas**
- **Vómitos**
- **Diarrea**
- **Ardor, Acidez epigástrica, Pirosis**
- **Distensión Abdominal**
- **Disfagia**
- **Odinofagia**
- **Constipación**
- **Esteatorrea**
- **Ictericia**
- **Pesadez posprandial**
- **Intolerancia a determinados alimentos**
- **Cefalea**
- **Hematoquezia**
- **Enterorragia**
- **Hematemesis**
- **Melena**
- **Mucorrea**
- **Incontinencia de materia fecal**
- **Proctorragia**
- **Prurito anal**

- **Anorexia**
- **Pérdida de peso**

DOLOR ABDOMINAL

El dolor visceral es en general **difuso** y cuando se precisa debe pensar en el **origen parietal**, todos los órganos que componen de tubos y conductos provocan dolor de **tipo cólico**, los órganos macizos parenquimatosos producen los **dolores continuos** con excepciones.

El interrogatorio debe ser minucioso precisando, el inicio, carácter, intensidad, duración, evolución, signos y síntomas que acompañan, relación con la ingesta, etc.

Las náuseas y los **vómitos** son síntomas y signos de enfermedades generales y digestivos, debe aclarar el contenido, frecuencia y el momento en relación a la ingesta.

La **diarrea** en frecuencia, contenido (muchas veces solicitamos al paciente que traiga en un frasco la materia fecal), en casos de hemorragia alta o baja, exceso en grasa como la **esteatorrea**, la **mucorrea** y el horario, las diarreas **matutinas** son sugestivas de sangrado intenso inferior.

Las diarreas **nocturnas** son sugestivas de origen **orgánico**, además los síntomas y signos que acompañan. La **disfagia** merece especial atención, por si solo puede hablar de un **síndrome mínimo esofágico**, cuando se presenta en forma **progresiva** siempre es de origen **orgánico**.

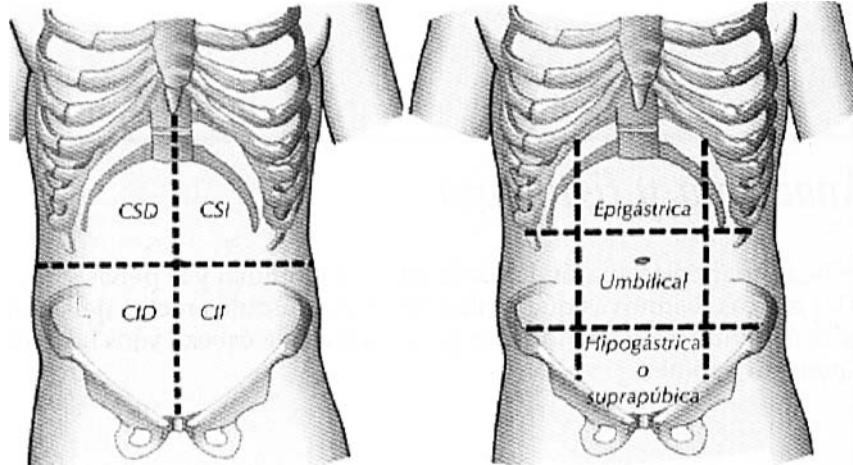
La **hematoquecia** es la pérdida de sangre roja en la defecación, puede ser **enterorragia** o **proctorragia**.

La **hematemesis** y **melena** son signos de hemorragia digestiva alta.

La **ictericia**: coloración amarilla de la mucosa y/o de la piel por aumento de la **bilirrubina** en la sangre, debe diferenciar de las pseudo ictericias; clasificamos: pre hepáticas, hepáticas y pos hepáticas (la rúbinica la flavínica y verdínica), la **prehepática** origina en la hemólisis; la **pos hepática** en todas las causas de la obstrucción del conducto biliar hasta la desembocadura del colédoco en la papila duodenal y la **hepática** a nivel de hepatocitos, falla en su conjugación o en la excreción al conducto biliar a través de los canalículos

La **constipación** es un síntoma de variada enfermedad, mas de 80% son de causas **funcionales**; de las causas generales mencionamos como ejemplo el decúbito prolongado, el hipotiroidismo, la deshidratación, la hipokalemia etc., de las causas digestivas merece citar por la frecuencia el **síndrome de intestino irritable** y la constipación funcional idiopática; la causa orgánica son menos frecuentes pero importantes por su morbilidad y mortalidad como la mayoría de las etiología de ILEO mecánico y las sub oclusiones.

Para fines descriptivos, el abdomen se suele dividir en cuatro cuadrantes con líneas imaginarias que se cruzan en la cicatriz umbilical: superior derecho, inferior derecho, superior izquierdo e inferior izquierdo. Otro sistema divide el abdomen en nueve regiones. Los términos que se aplican a tres de ellas son: epigástrica, umbilical o mesogastrio e hipogastrio.

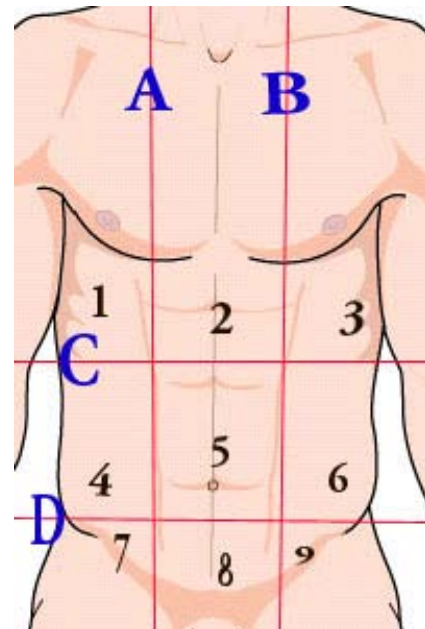


El abdomen se divide en 9 cuadrantes:

- A y B. Línea Clavicular Media
- C. Línea Subcostal
- D. Línea Transversa Inferior

En estas zonas se proyectan los distintos órganos abdominales.

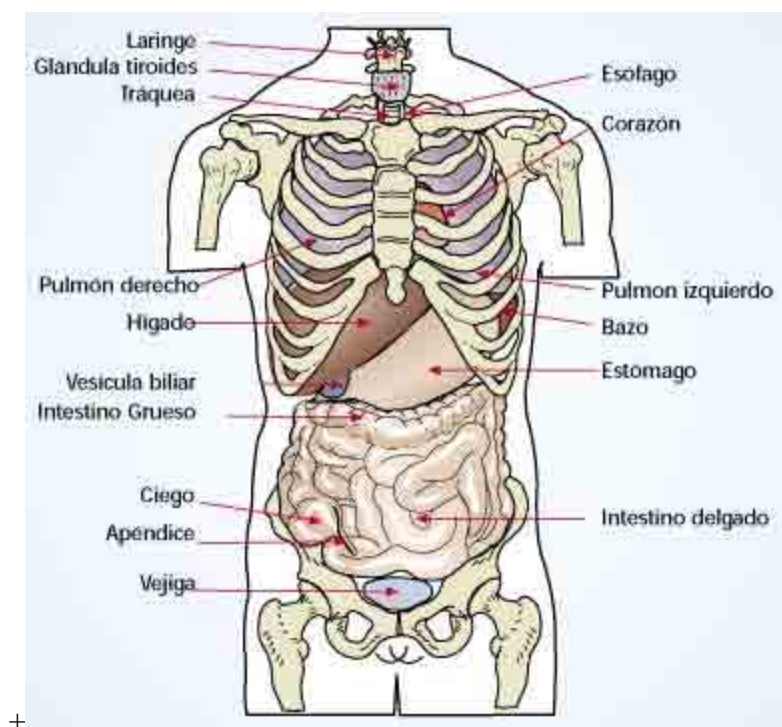
1. Hipocondrio Derecho
2. Epigastrio
3. Hipocondrio Izquierdo
4. Flanco Derecho
5. Región Umbilical
6. Flanco Izquierdo
7. Fosa Iliaca Derecha
8. Hipogastrio
9. Fosa Iliaca Izquierda

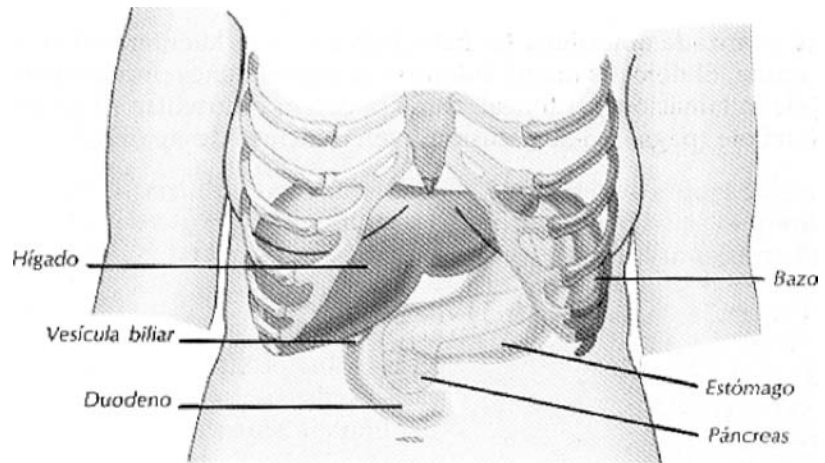
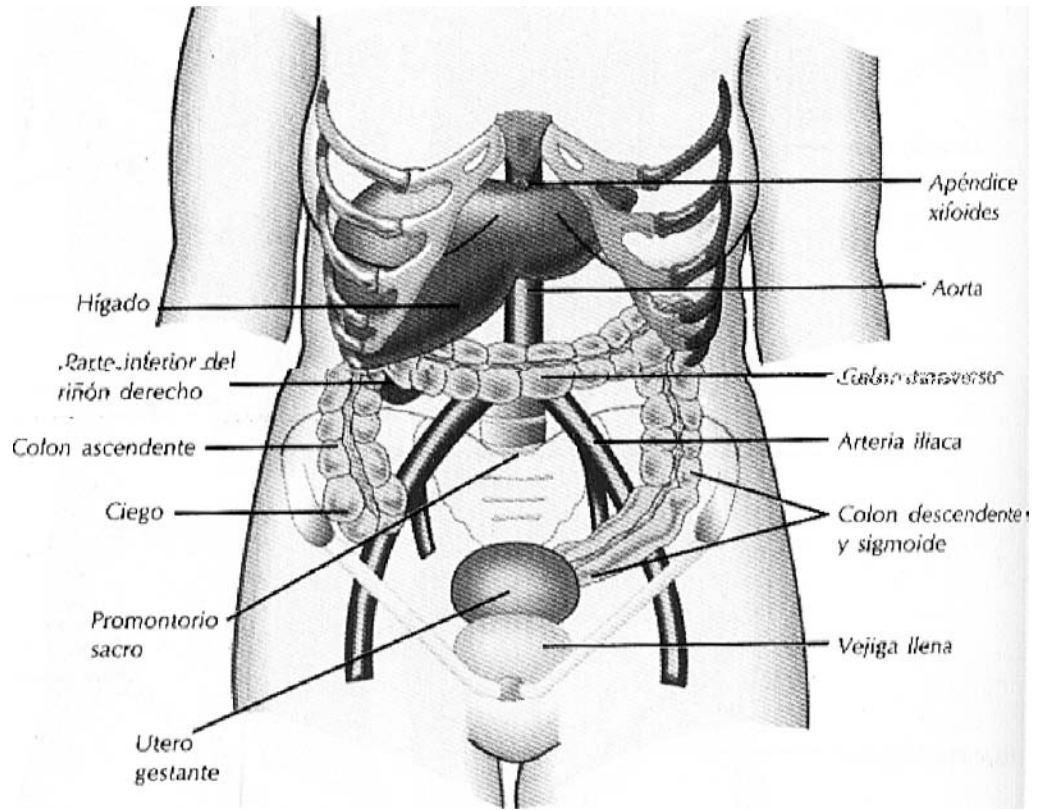


Cuando se explora el abdomen es necesario tener la capacidad de percibir las estructuras normales. El *colon* sigmoide se palpa frecuentemente como un tubo firme y angosto en el cuadrante inferior izquierdo, mientras que el ciego y parte del colon ascendente forman un tubo más ancho y blando en el cuadrante inferior derecho. A veces se palpán también porciones del colon transverso y descendente.

Ninguna de estas estructuras debe confundirse con un tumor. Aunque el *lado* normal se extiende por lo general hasta junto abajo del borde costal derecho, su consistencia blanda dificulta su palpación a través de la pared abdominal. Muchas veces es palpable el borde inferior del hígado o reborde hepático. También en el cuadrante superior derecho, pero casi siempre a un nivel más profundo, se encuentra el polo inferior del riñón derecho.

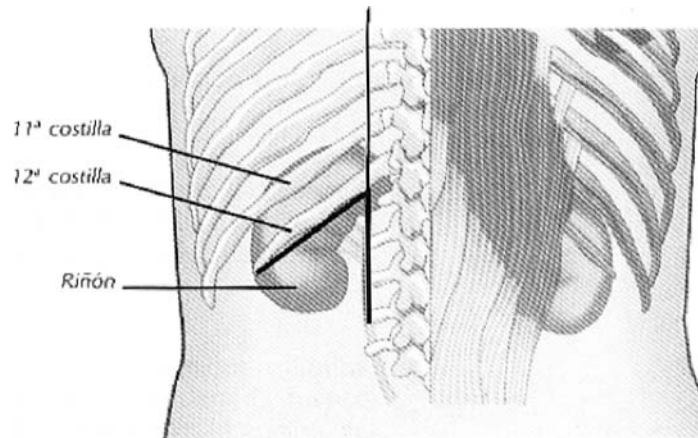
La cavidad abdominal se extiende bajo las costillas hasta el domo diafragmático. Es esta región protegida fuera del alcance de la palpación, están la mayor parte del hígado y el estómago, así como el bazo normal completo. El bazo descansa sobre el diafragma a nivel de las 9^a, 10^a y 11^a costillas, todo posterior a la línea medio axilar izquierda. Su posición es lateral y posterior al estómago, justo por arriba del riñón izquierdo. La del bazo normal se palpa por abajo del borde costal izquierdo en un pequeño porcentaje de los adultos.





Los *riñones* son órganos posteriores cuyas porciones superiores están protegidas por las costillas. El Angulo costo vertebral, el que forma *el* borde inferior de la 12ª costilla y las apófisis transversas de las vertebrae lumbares superiores, define la región que es preciso valorar en busca de sensibilidad renal.

Ángulo costo vertebral



Forma del abdomen

En un individuo normotipo, la pared anterior del abdomen se presenta ligeramente sinuosa, algo cóncava o excavada en el epigastrio y ligeramente saliente o convexa en la región umbilical e hipogastrio.

En los brevilíneos, el abdomen es abovedado, describiendo en su perfil una ligera curva de convexidad anterior. En el longilíneo, el abdomen es plano o algo excavado.

Con la edad, el exceso de alimentación (obesidad) y la inactividad (hipotonía muscular) se deforma el abdomen, que se presenta uniformemente globuloso en un comienzo, para adquirir posteriormente el llamado "vientre en alforja", observándose la región epigástrica más bien deprimida, mientras que aparece muy saliente la región intraumbilical.

Distensión abdominal

Las causas que alteran más frecuentemente la forma y volumen del abdomen, aumentándolo de manera más o menos difusa, son: el embarazo, la ascitis, el meteorismo y la obesidad, y de manera más o menos localizada, las visceromegalias (hepato y esplenomegalia), los meteorismos parciales, las neoplasias de localización variada, los quistes parasitarios (hidatídico) o de distinta naturaleza (quistes del ovario, del páncreas), tumores del útero (fibromiomas), el megacolon distendido y aun, en ocasiones, es posible ver una vesícula biliar hidrópica, una gran pio e hidronefrosis o un hipogastrio distendido por una vejiga de retención y, por último, las hernias y eventraciones.

POSICION del PACIENTE

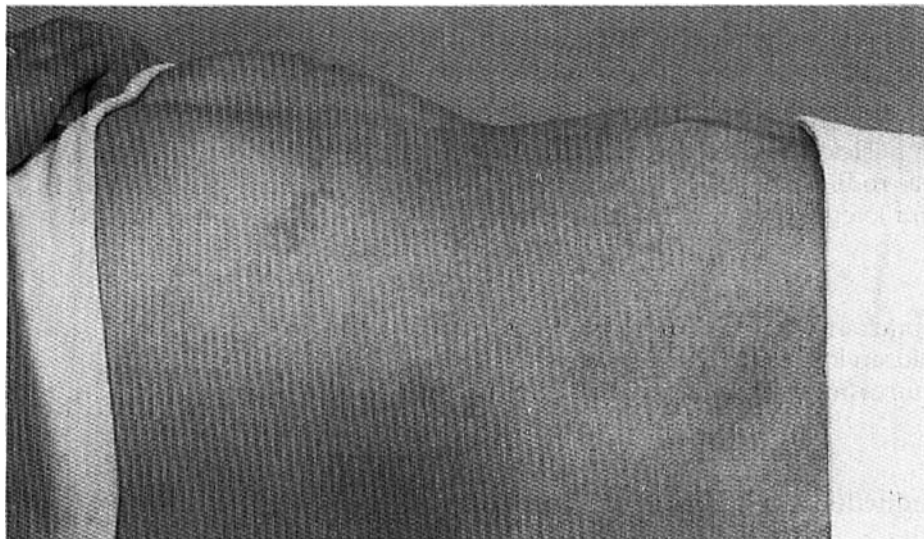
La elección es el decúbito dorsal sobre una camilla firme y no muy ancha a fin de evitar las alteraciones de la conformación abdominal y poder ser examinado de ambos lados, el ambiente bien caldeado para poder estar descubierto en su totalidad, tapando los genitales por razones de pudor

POSICIÓN del MEDICO

El médico debe colocar del lado derecho del paciente de pie o sentado de acuerdo a la altura del lecho. En invierno o en ambiente frío las manos debe calentar en las estufas o friccionando, para evitar las contracturas involuntarias e instintiva del paciente.

Inspección

Revise el abdomen desde su posición usual a la derecha de la cama. Cuando observe el contorno abdominal y busque movimientos peristálticos, es conveniente sentarse o inclinarse para obtener una vista tangencial del abdomen.



■ **Carácter general del abdomen:**

- ✦ **Excavado o en Batea:** Lo vemos en paciente con caquexia, desnutrición y neoplasias
- ✦ **En Delantal:** Personas que han bajado de peso bruscamente, 30 - 40 Kg.
- ✦ **Globuloso:** Abdomen distendido, grande, propios de obesos mórbidos
- ✦ **Forma de Batracio:** Protruye hacia los flancos. Es típico del síndrome ascítico en el cirrótico.

■ *Deformaciones Locales:*

✦ De Pared:

- **Propias de la Pared:** Pueden haber quistes sebáceos, lipomas, abscesos. También pueden haber soluciones de continuidad como las hernias (umbilicales, inguinales, crurales, incisionales). En estos casos se debe examinar la paciente de pie o realizar la maniobra de Valsalva.
- **Con contenido Abdominal:** Pueden ser por protrusión de órganos macizos como tumor de hígado, y de colon, útero grávido.

■ *Estado de la Piel:*

✦ **Estrías por fomentos:** Común en gente de edad, son manchas café provocadas por guatero caliente durante mucho tiempo

✦ **Estrías por distensión:** Pueden ser por embarazo o por gente que ha adelgazado mucho

✦ **Manchas equimóticas:** Alrededor del ombligo se llama signo de Cullen que se ve habitualmente en derrame peritoneal (hemoperitoneo), también en pancreatitis aguda. Cuando las manchas están en flanco izquierdo tenemos el signo de Gray Turner.

✦ **Ombligo Evertido:** Normalmente no está en el centro del abdomen, sino que en más abajo, de modo que cuando el ombligo sube se debe pensar que existe una masa en el abdomen inferior.

Cuando está plano o evertido significa que hay distensión ya sea por embarazo, proceso ascítico o una masa abdominal.

✦ **Circulación Colateral:** Normalmente no se ve. En caso de hipertensión portal, especialmente en cirrosis se ve un desarrollo alrededor en ombligo. Es lo que recibe el nombre de Cabeza de Medusa que corresponde una vía venosa de drenaje. Existe otro tipo de circulación venosa que va hacia Vena Cava Superior.

✦ **Edema Localizado (abscesos):** Aumento de calor y color. Por procesos inflamatorios de pared abdominal o intrabdominal.

■ *Movimientos de la Pared*

✦ Normales

✦ Anormales:

- **Latidos Epigástricos:** En Asténicos se ve un latido. También en aneurisma de aorta, Hipertrofia VD (en inspiración profunda) y en Hígado Congestivo por estenosis tricuspídea (raro).

Auscultación

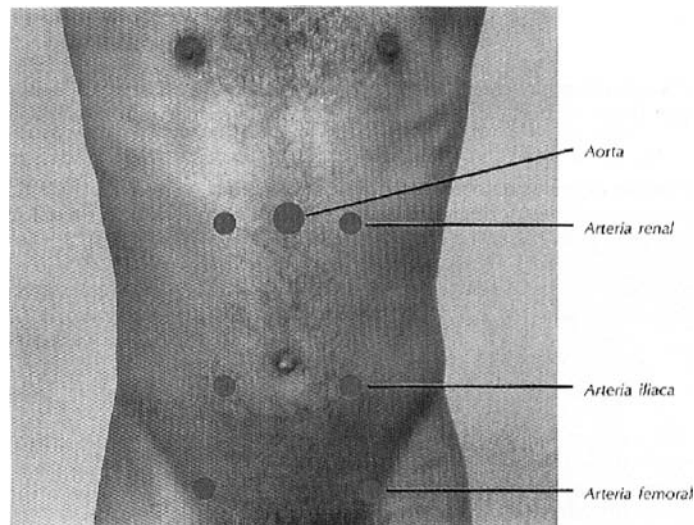
La auscultación del abdomen ayuda a valorar la motilidad intestinal y las molestias abdominales para buscar estenosis de la arteria renal como causa de hipertensión y para explorar otras obstrucciones vasculares. Debe practicar la técnica hasta que se familiarice bien con las variaciones normales y pueda escuchar en forma inteligente cuando sea necesario.

Escuche el abdomen antes de percutirlo y palparlo, ya que estas maniobras alteran la frecuencia de los ruidos intestinales. Coloque el diafragma del estetoscopio con suavidad sobre el abdomen.

Perciba los *ruidos intestinales* y registre su frecuencia y carácter. Los ruidos normales consisten en chasquidos y borbotos a una frecuencia estimada de 5 a 34 por minuto. Algunas veces puede escuchar *borboriptios*, borbotos prolongados que reflejan hiperperistaltismo, el conocido "rugido del estómago".

Puesto que los ruidos intestinales se transmiten por todo el abdomen, casi siempre es suficiente auscultar un solo punto, como el cuadrante inferior derecho.

Si el individuo tiene hipertensión, escuche en el epigastrio y en ambos cuadrantes superiores en busca de *soplos*, sonidos vasculares parecidos a los soplos cardiacos. En una parte ulterior de la exploración, cuando el paciente este sentado, escuche también los ángulos costovertebrales. A veces se identifican soplos epigástricos que se limitan a la sístole en las personas normales.



Percusión

La percusión ayuda a valorar la cantidad y distribución del gas en el abdomen e identificar posibles masas sólidas o llenas con líquido. Su empleo para estimar el tamaño del hígado y el bazo se describe en secciones subsecuentes.

Percuta el abdomen con suavidad en los cuatro cuadrantes para valorar la distribución del timpanismo y la matidez. Por lo general, predomina el timpanismo por el gas del tubo digestivo, pero también es típico encontrar áreas de matidez por la presencia de líquido y

heces.

- Identifique cualquier área mate amplia que pudiera indicar una masa subyacente o crecimiento de algún órgano. Esta identificación guía la palpación
- Cuando el abdomen es protuberante, constate si el timpanismo abdominal a ambos lados cambia a la matidez de las estructuras sólidas posteriores

Percuta brevemente la parte antero inferior del tórax, entre los pulmones (por arriba) y el borde costal por abajo. A la derecha, habitualmente encontrará la matidez hepática; a la izquierda, el timpanismo de la cámara gástrica y el ángulo esplénico del colon.

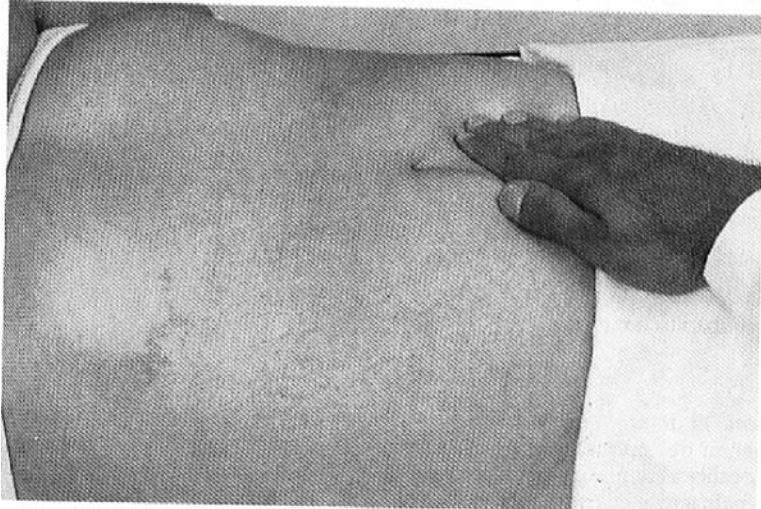
Palpación

Palpación ligera. La palpación suave del abdomen *es* muy útil para la identificación de sensibilidad abdominal, resistencia muscular y algunos órganos y masas superficiales. También sirve para tranquilizar y relajar al paciente.

Mantenga la mano y el antebrazo en un plano horizontal, con los dedos juntos y pianos sobre la superficie abdominal, y palpe el abdomen con un movimiento ligero, suave y penetrante. Cuando mueva la mano de un sitio a otro, elévela apenas sobre la piel. Palpe todos los cuadrantes con un movimiento suave.

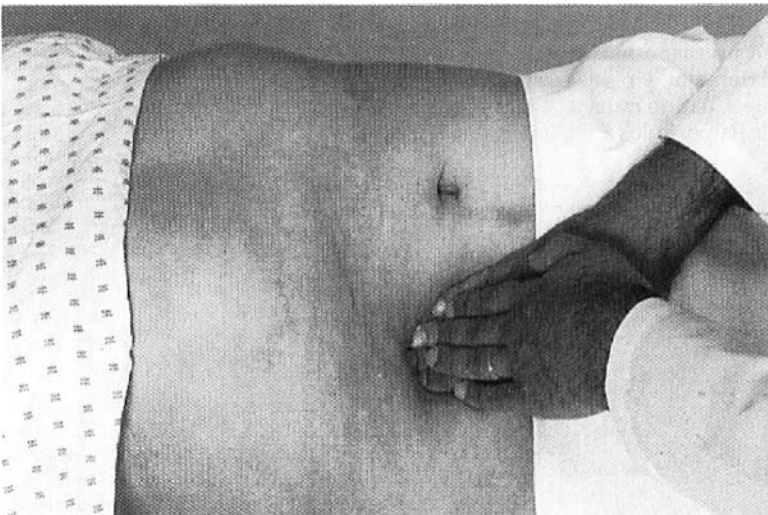
Identifique cualquier órgano o masa superficial y cualquier área de sensibilidad o mayor resistencia a su mano. Si hay resistencia, intente distinguir la defensa voluntaria del espasmo muscular involuntario. Para hacerlo:

- Trate todos los métodos de relajación que conozca
- Busque la relajación de los músculos abdominales que acompaña a la espiración
- Pida al paciente que respire por la Boca bien abierta La defensa voluntaria disminuye por lo general con estas maniobras.



Palpación profunda. Esta maniobra casi siempre es necesaria para delimitar las masas abdominales. Use nuevamente las superficies palmares de los dedos y palpe los cuatro cuadrantes, Reconozca cualquier masa y registre su localización, tamaño, forma, consistencia, sensibilidad, pulsaciones y movilidad (p. ej., se mueve con la respiración c con la mane exploradora). Relacione los hallazgos de la palpación con los de la percusión.

Cuando la palpación profunda es difícil, como en la obesidad, use ambas manos, una sobre la otra. Ejercer presión con la mano superior mientras se concentra en las sensaciones de la inferior.



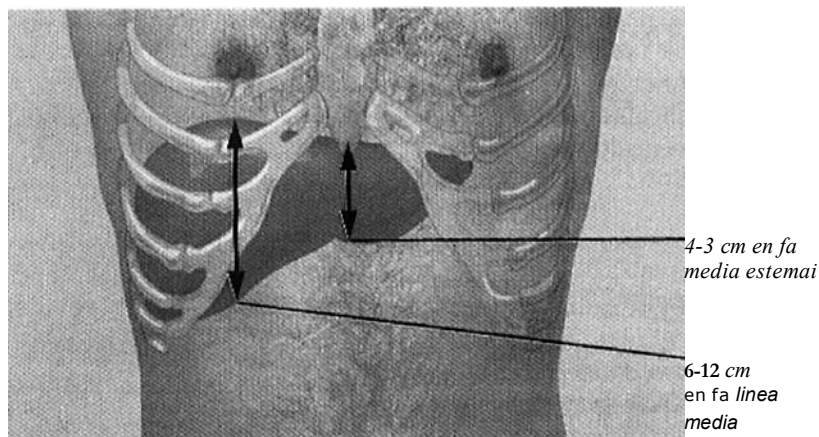
Hígado

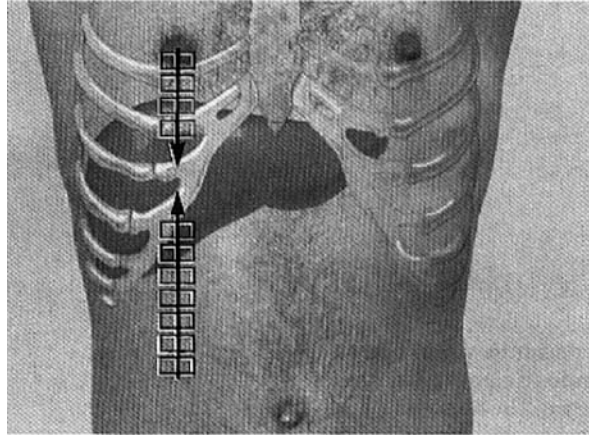
Debido a que la mayor parte del hígado se encuentra alojado por las costillas, la valoración es difícil. Sin embargo, su forma y tamaño se estiman por percusión y, tal vez, palpación; la mane con la que palpa debe permitirle evaluar su superficie, consistencia y sensibilidad.

Percusión

Mida la extensión vertical de la matidez hepática en la línea media claviclar derecha. Mide en un nivel inferior a la cicatriz umbilical (en un área de timpanismo, no de matidez) y percuta ligeramente en sentido ascendente, hacia el hígado. Corrobore el borde inferior de la matidez hepática en la línea media claviclar.

A continuación identifique el borde superior de la matidez hepática en la línea media claviclar. Percuta desde la resonancia pulmonar hacia abajo, en dirección de la matidez hepática. Desplace con gentileza la glándula mamaria femenina según sea necesario para estar seguro de iniciar en un área resonante. Ahora, mida en centímetros la distancia entre ambos puntos, esto es, la extensión vertical de la matidez hepática.



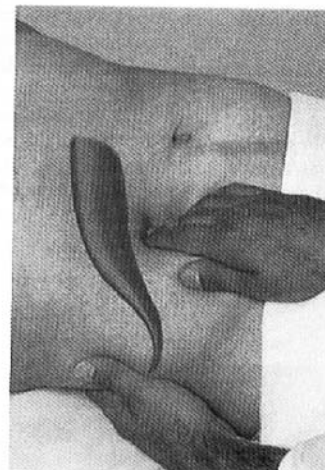
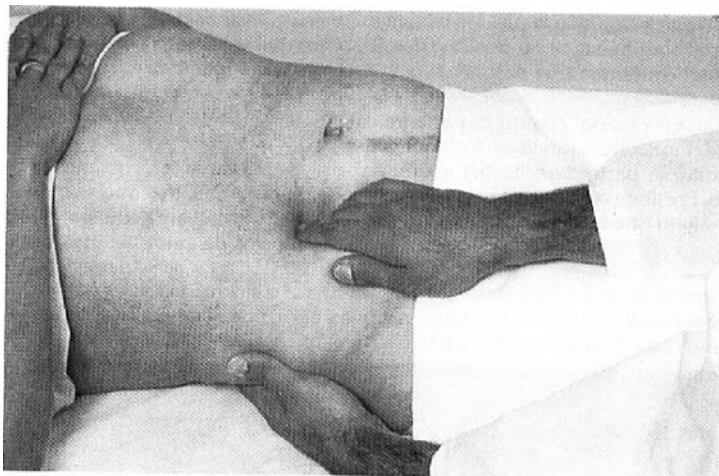


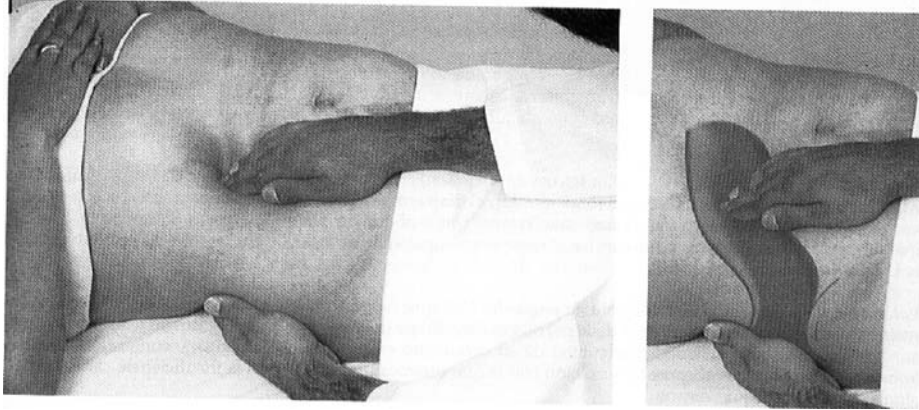
Palpación:

Coloque su mano izquierda paralela atrás del paciente, toma apoyo de la 11' y 12' costillas, y adyacente a los tejidos blandos de abajo. Recuérdele al sujeto que se relaje sobre su mano si es necesario. Presione hacia delante con su mano izquierda, ya que es más fácil palpar el hígado con la otra mano.

Coloque su mano derecha sobre la parte derecha del abdomen, a un lado del músculo recto, con las puntas de los dedos mucho más abajo del borde inferior de la matidez hepática.

Trate de sentir el borde hepática cuando desciende hacia las puntas de sus dedos. Si la percibe, reduzca la presión un poco para que el hígado pueda deslizarse bajo sus pulpejos y pueda sentir su superficie anterior. Identifique cualquier sensibilidad. Cuando es palpable, el borde hepática es blando, agudo y regular y su superficie lisa. El hígado normal puede ser un poco sensible.

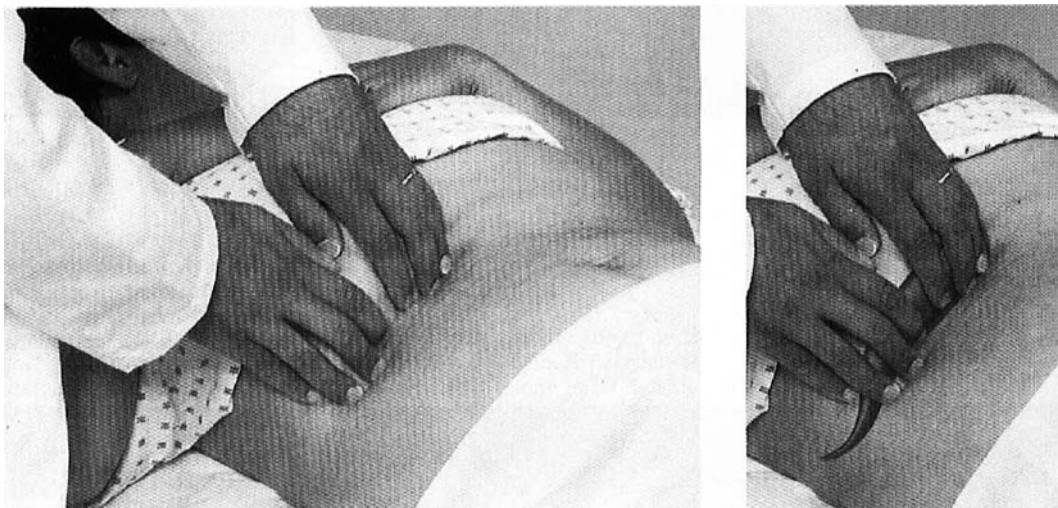




Intente trazar el borde hepático, tanto en su porción lateral como en la medial. Sin embargo, la palpación a través de los músculos rectos *es* muy difícil. Describa o haga un esquema del borde hepático y mida la distancia que lo separa del borde costal derecho a nivel de la línea media clavicular.

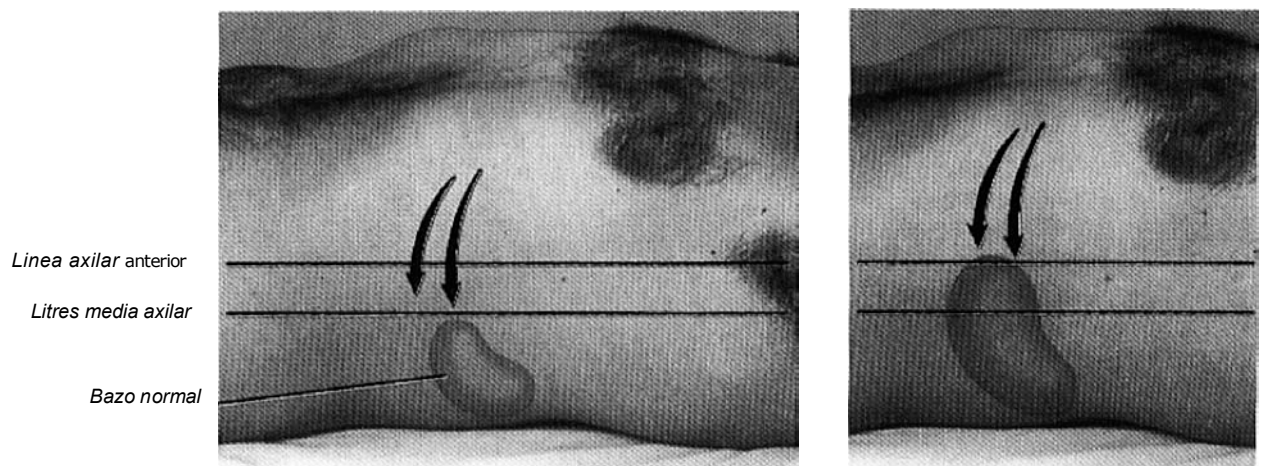
Para sentir el hígado, tal vez sea preciso que modifique la presión de acuerdo con el grosor y resistencia de la pared abdominal. Si no puede palparlo, acerque la mano que toca el borde costal e intente otra vez.

La "técnica de gancho" es útil también, en especial cuando el paciente es obeso. Colóquese de pie a la derecha del tórax del individuo. Coloque ambas manos, una al lado de la otra, sobre la parte derecha del abdomen, abajo de la matidez del borde hepático. Presione con los dedos hacia arriba, en dirección del borde costal. Pida al sujeto que haga una respiración profunda.



Bazo

Cuando el bazo crece, lo hace en sentido anterior, inferior y medial, a menudo sustituyendo el timpanismo gástrico y colónico por la matidez de un órgano sólido. Luego se vuelve palpable por abajo del borde costal. La percusión no puede confirmar el crecimiento esplénico pero da lugar a la sospecha al respecto. La palpación confirma el crecimiento, pero con frecuencia pasa por alto algunos bazos grandes que no rebasan el borde costal.



Percusión

Hay dos técnicas que le ayudan a detectar la *esplenomegalia*, o crecimiento del bazo:

- Percuta la pared anteroinferior izquierda de la pared torácica entre la resonancia pulmonar por arriba y el borde costal por abajo (área denominada *espacio de Traube*). A medida que percute a lo largo de las líneas sugeridas por las flechas de abajo, identifique la extensión lateral del timpanismo

Palpación

Con la mano izquierda rodee al paciente para sostener y presionar contra la parte inferior de la parrilla costal izquierda y el tejido blando adyacente. Con la mano derecha por abajo del borde costal izquierdo, presione hacia el bazo, inicie la palpación lo bastante abajo para quedar por abajo de un posible bazo crecido. (Además, si su mano está cerca del borde costal no tiene la movilidad suficiente para introducirse bajo la parrilla costal.) Solicite al individuo que tome una respiración profunda. Intente sentir la punta o borde del bazo cuando desciende para encontrarse con la punta de sus dedos. Identifique cualquier

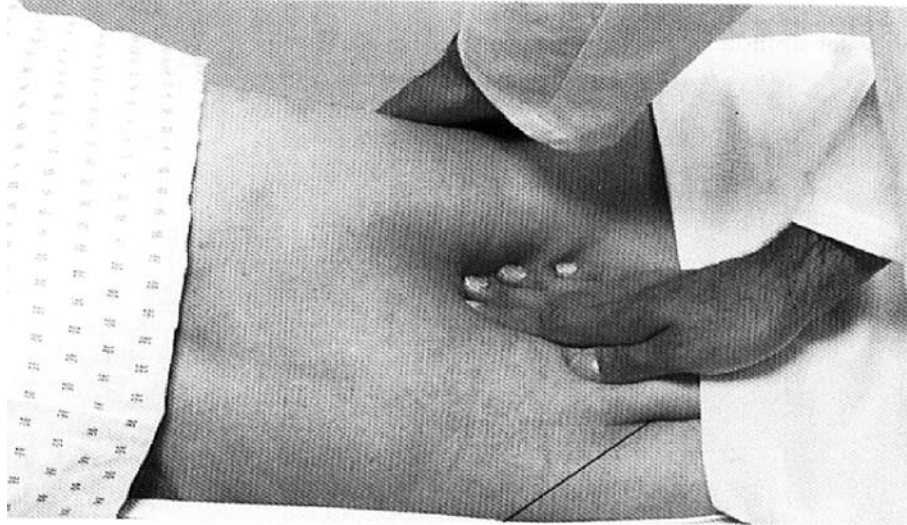
sensibilidad, valore el contorno esplénico y mida la distancia entre el punto más bajo del bazo y el borde costal izquierdo. En un pequeño porcentaje de adultos normales es palpable la punta del bazo. Las causas incluyen diafragma bajo y plano, como en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y un descenso inspiratorio profundo del diafragma.



Es posible pasar por alto el bazo crecido si la exploración se inicia en una parte demasiado alta del abdomen para sentir el borde inferior.

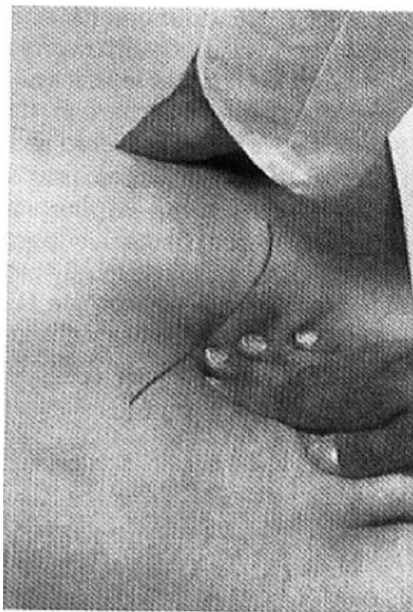
Aunque la palpación de la punta del bazo no siempre es un hallazgo anormal, puede indicar crecimiento esplénico, En la imagen de abajo, la punta del bazo es apenas palpable en la profundidad del borde costal izquierdo,

Repita la maniobra con el paciente acostado sobre su lado derecho con las caderas y rodillas un poco flexionadas. En esta posición, la gravedad atrae el bazo hacia el frente y a la derecha, hacia un sitio palpable,

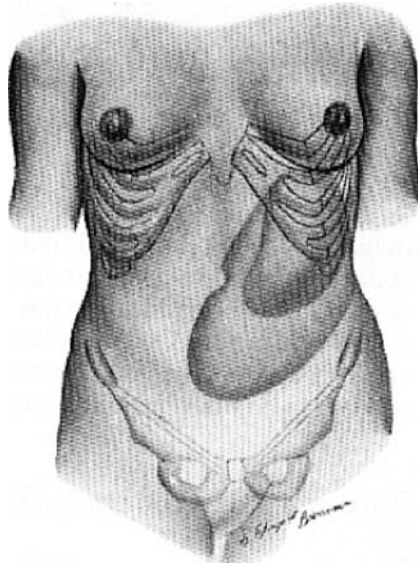


**PALPACION DEL BAZO- VISTA ANTERIOR- CON EL P ACIENTE
ACOSTADO SOBRE EL LADO
DERECHO**

El bazo crecido como se muestra abajo es palpable a unos 2 cm abajo de/
borde costal izquierdo durante la inspiración profunda,



Abajo se muestra esplenomegalia importante y *masiva*



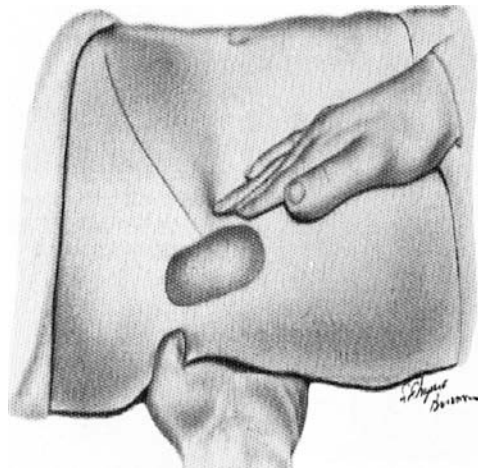
En la valoración de una masa en el flanco izquierdo, los atributos que favorecen el crecimiento esplénico sobre el crecimiento del riñón izquierdo son una muesca en el borde medial, extensión mas allá de la 11' costilla en la línea axilar, matidez a la percusión y la capacidad para introducir los dedos hasta el plano profundo, de sus bordes medial e inferior, pero no entre la masa y el borde costal. Sin embargo, la diferenciación definitiva casi nunca puede hacerse solo con criterios clínicos.

Riñones

Palpación del riñón derecho

Aunque los riñones casi nunca son palpables, debe aprender y practicar las técnicas. La detección del crecimiento renal puede ser muy importante.

Coloque su mano izquierda atrás del paciente, justo abajo y en posición paralela con la 12ª costilla, con las puntas de los dedos apenas en el Angulo costovertebral. Levante la mano e intente desplazar el riñón hacia delante. Ponga la mano derecha con suavidad en el cuadrante superior derecho, lateral y paralela al músculo recto. Pida al sujeto que tome una inspiración profunda. En el nivel de máxima inspiración, presione firmemente con la mano derecha hasta el plano profundo del cuadrante superior derecho, justo bajo el borde costal, e intente "capturar" el riñón entre ambas manos. Solicítele que espire y luego suspenda unos momentos la respiración. Libere lentamente la presión de la mano derecha y al mismo tiempo sienta como el riñón se desliza de regreso a su posición espiratoria. Si el riñón es palpable, describa su tamaño, contorno y sensibilidad.



Es posible que el riñón derecho normal sea palpable, sobre todo en mujeres delgadas y bien relajadas. Puede o no ser un poco sensible. Por lo general, el paciente está consciente de la captura y liberación. En ocasiones, el riñón derecho posee una localización más anterior de la habitual y debe distinguirse del hígado. Cuando el borde hepático es palpable, tiende a ser más agudo y a extenderse más en sentido medial y lateral. No es posible capturarlo. El polo inferior del riñón es redondeado.

Palpación del riñón izquierdo

Para capturar el riñón izquierdo, colóquese al lado izquierdo del individuo. Use su mano derecha para elevarla desde la espalda y la izquierda para realizar la palpación profunda en el cuadrante superior izquierdo. Proceda de igual forma que antes.

Una alternativa es intentar sentir el riñón izquierdo por un modo similar a la palpación del bazo. Con la mano izquierda rodee al paciente por arriba para elevar el costado izquierdo; con la mano derecha palpe la zona profunda del cuadrante superior izquierdo. Pida al sujeto que tome una inspiración profunda y busque una masa. Es raro que el riñón izquierdo sea palpable.

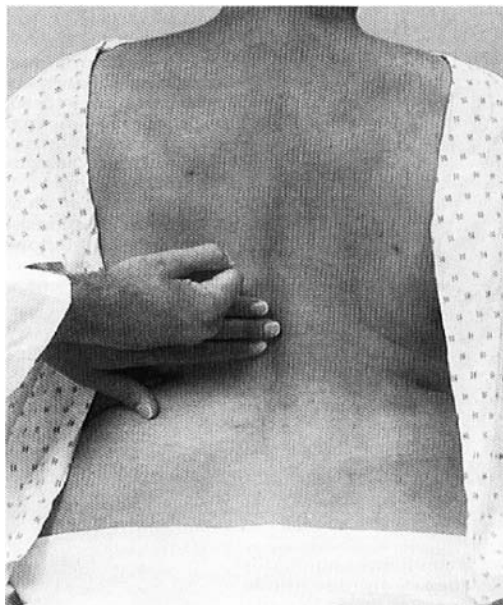
Las causas de crecimiento renal incluyen hidronefrosis, quistes y tumores. El crecimiento bilateral sugiere enfermedad poli quística.

En la valoración de una masa en el flanco izquierdo, las características que favorecen el crecimiento renal sobre el esplénico son la conservación del timpanismo normal en el cuadrante superior izquierdo y la capacidad para introducir los dedos entre la masa y el borde costal, pero no en la profundidad de los bordes medial e inferior.

Valoración de la sensibilidad renal

La sensibilidad puede detectarse durante la palpación abdominal, pero búsquela también en ambos Ángulos costovertebrales. La presión de las puntas de los dedos puede ser suficiente para descubrir la sensibilidad de esa zona; si no es así, use la percusión con el puño. Coloque la bola de la mano en el ángulo costovertebral y golpéela con la superficie cubital del puño. Aplique la fuerza suficiente para causar una sacudida perceptible pero indolora en una persona normal

El dolor con la presión o con la puño percusión en el Angulo costovertebral sugiere infección renal, pero también puede ser de causa musculoesquelética



ASCITIS:

Un abdomen protuberante con flancos abultados sugiere la posibilidad de ascitis. Como el líquido ascítico siempre se hunde con la gravedad, mientras que las asas llenas con gas flotan hacia la parte superior, la percusión produce una nota mate en las aéreas bajas del abdomen. Busque este patrón con la percusión centrifuga en varias direcciones desde el *área* timpánica central. Reconozca el límite entre el timpanismo y la matidez.

Existen dos técnicas más que ayudan a confirmar la presencia de ascitis, aunque ambos signos pueden ser equívocos.

Prueba de la matidez cambiante, Después de delinear los límites del timpanismo y la matidez, pida al paciente que se gire hacia un lado. Percuta y marque los límites otra vez. En una persona sin ascitis, los límites entre el timpanismo y la matidez son relativamente constantes. En la ascitis la matidez se localiza en los puntos inferiores



Prueba de la onda líquida. Solicite al sujeto o a un ayudante que presione con firmeza la línea media del abdomen con los bordes de ambas manos. Esta presión ayuda a detener la transmisión de una onda a través de la grasa. Mientras imprime un ligero golpe agudo con las puntas de los dedos en uno de los flancos, palpe el otro flanco en busca de un impulso transmitido a través del líquido. Desafortunadamente, este signo en ocasiones es positivo en personas sin ascitis.



Para identificar un órgano o masa en un abdomen ascítico, intente pelotear los órganos o masas; en este caso se ejemplifica con un hígado crecido. Mantenga rectos y rígidos los dedos de una mano, colóquelos sobre la superficie abdominal y haga un movimiento breve, similar a una puñalada directamente sobre la estructura anticipada. Este movimiento rápido desplaza a menudo el líquido y es posible establecer un contacto breve entre las puntas de los dedos y la superficie de la estructura a través de la pared abdominal.

Para valorar una posible apendicitis

- Pida al paciente que señale el sitio donde comenzó el dolor y el punto donde está ahora. Ordénele que tosa. Registre si eso produce dolor y el sitio
- Busque con cuidado alguna zona de sensibilidad local
- Palpe en busca de rigidez muscular
- Practique un examen rectal y un examen pélvico en las mujeres. Es posible que estas maniobras no le ayuden a discriminar bien entre un apéndice normal y otro inflamado, pero si ayudan a identificar un apéndice inflamado con localización atípica dentro de la cavidad pélvica. También sugieren otras causal de dolor abdominal

A veces son útiles algunas técnicas adicionales.

- Revise la zona en busca de sensibilidad de rebote. (Si hay otros signos positivos típicos, puede evitar al paciente *el* dolor innecesario suprimiendo esta prueba.)
- El dolor clásico de la apendicitis se inicia cerca de la cicatriz umbilical y cambia al cuadrante inferior derecho, donde se intensifica con la tos. Los pacientes ancianos refieren este patrón con menor frecuencia que los jóvenes.
- La sensibilidad localizada en cualquier punto del cuadrante inferior derecho, incluso en el flanco derecho, sugiere apendicitis.
- La defensa muscular voluntaria temprana puede cambiar a rigidez muscular involuntaria.
- La sensibilidad rectal derecha puede ocasionarse por un anexo o vesícula seminal inflamados, por ejemplo, así como también por un apéndice inflamado.
- La sensibilidad de rebote sugiere inflamación peritoneal, como en la apendicitis.

Busque el signo de Rovsing y la presencia de sensibilidad de rebote referida. Presione profunda y uniformemente el cuadrante inferior *izquierdo*. Luego retire rápidamente los dedos.

Reconozca el signo del psoas. Coloque su mano justo por arriba de la rodilla derecha del paciente y pídale que eleve ese muslo en contra de su mano. Una alternativa consiste en solicitarle que gire sobre su lado izquierdo. Luego extienda la pierna derecha del paciente a nivel de la cadera. La flexión del muslo sobre la cadera hace que se contraiga el músculo psoas; la extensión lo estira.

Identifique el signo del obturador. Flexione el muslo derecho del paciente sobre la cadera, con la rodilla flexionada; realice una rotación interna del muslo sobre la cadera. Esta maniobra estira el músculo obturador interno.

Valore si hay hiperestesia cutánea. Levante un pliegue de piel entre el pulgar y el dedo índice, sin pellizcar, en varios puntos de la pared abdominal. Esta maniobra no es dolorosa en condiciones normales.

Para valorar una posible colecistitis aguda,

Cuando el dolor y la sensibilidad en el cuadrante superior derecho sugieren colecistitis aguda, busque el *signo de Murphy*. Flexione el pulgar izquierdo o los dedos de la mano derecha a manera de gancho bajo el borde costal en el punto donde el borde lateral del músculo recto del abdomen se intercepta con el borde costal. Cuando hay crecimiento hepático una alternativa es enganchar el pulgar o los dedos bajo el borde del hígado en un punto comparable al previo. Pida al paciente que realice una respiración profunda. Observe la respiración y el grado de sensibilidad.

Para *valorar las hernias ventrales* (hernias en la pared abdominal exclusivas de las hernias inguinales). Si sospecha una hernia umbilical o incisional, pero no la ye, pida al paciente que eleve la cabeza y los hombros de la mesa.