

GUÍA BÁSICA PARA LA CONFECCIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA XIII. EL EXAMEN FÍSICO PARTICULAR DEL APARATO GENITOURINARIO.

Resumen:

Revisión exhaustiva de los puntos de interés a la hora de realizar la exploración física del aparato genitourinario (sistema reproductor masculino y femenino, y sistema urinario).

EXAMEN FÍSICO DEL SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO.

Requisitos del examinador y del examen:

- Explique a la persona lo que va a realizar.
- Recuerde usar guantes en ambas manos durante la exploración. Deben cambiarse antes del examen rectal para evitar contaminación cruzada.
- El paciente puede usar una bata de examen, que es fácil de levantar durante este.

Técnica de exploración. Inspección.

Inspección.

- Perineo.
 - Regiones inguinales.
 - Examen visual del pene.
 - Bolsas escrotales.
1. Pídale a la persona que muestre sus genitales levantándose la bata de examen e inspeccione la forma y el tamaño del pene. Observe la integridad de la piel del glande, el prepucio y el cuerpo. Si el hombre no tiene circuncisión, pídale que eche el prepucio hacia atrás, para poder inspeccionar el área subyacente.
 2. Descarte la presencia de ulceraciones, que asientan casi siempre en la mucosa del glande, en su base al lado del frenillo o en el surco balanoprepucial.
 3. Inspeccione el meato urinario apretando el glande entre los dedos índice y pulgar y corriéndolos suavemente hacia atrás, para exponer el meato
 4. Desplace el pene hacia un lado o pida al hombre que lo haga, para inspeccionar las bolsas escrotales. Suba después el escroto e inspeccione su parte posterior. Observe comparativamente la forma y el tamaño de ambas hemibolsas y en su conjunto, y la integridad de la piel.
 5. Inspeccione el área inguinal en busca de algún abultamiento. Pida al hombre que puje o tosa, de manera que pueda detectarse alguna protrusión.

Semiodiagnóstico.

En una persona no circuncidada que no limpia el área cuidadosamente, puede encontrarse esmegma, que es una secreción normal que puede acumularse en el pene, especialmente por debajo del prepucio. Aparece como una sustancia blanca, gruesa, parecida al queso. La esmegma acumulada puede convertirse en un medio de cultivo para el crecimiento bacteriano.

Palpación.

- Uretra esponjosa.
- Próstata, vesículas seminales y glándulas de Cowper.
- Uretra membranosa y prostática.
- Ganglios de las regiones inguinales.
- Hernias inguinales.
- Pene.
- Escroto.
- Túnica serosa vaginal.

- Testículo y epidídimo.
- Conducto deferente y cordón espermático.

Palpación del pene (opcional). Técnica de exploración.

Palpe el cuerpo del pene con su dedo índice y pulgar y precise la existencia de dolor o de alguna masa.

Palpación del escroto. Técnica de exploración.

Palpe un compartimento escrotal de cada vez, pinzando el escroto entre su dedo pulgar y el índice.

Palpación de la túnica serosa vaginal. Técnica de exploración.

1. Palpe la túnica serosa vaginal, buscando el signo de pinzamiento de la serosa vaginal.
2. Trate de tomar la parte anterior del testículo entre el pulgar y el índice, que, cuando no está distendida la cavidad vaginal por un derrame, huye delante de los dedos, los cuales solo consiguen tomar la pared de las bolsas, inclusive la hoja parietal de la serosa vaginal, que forma un pliegue, y que, si se aumenta la presión, se desprende al tiempo que se percibe una sensación de salto.

Palpación del testículo y del epidídimo. Técnica de exploración.

1. Apriete suavemente para detectar el testículo, recordando que esta maniobra puede resultar ligeramente dolorosa (a través de la piel del escroto deben palparse dos testículos de forma ovoidea, de superficie lisa y de consistencia homogénea, firme y elástica, que semeja la del globo del ojo en el animal vivo, los testículos deben moverse libremente).
2. Palpe el epidídimo pinzando la parte posterior del escroto entre los dedos pulgar e índice y siéntalo firme, con una estructura parecida a una coma (el epidídimo es menos consistente y se palpa bien con la técnica de Chevassu: mientras el testículo es fijado con la mano izquierda, que lo tira hacia abajo, el índice derecho se encapuchona en la piel de la cara lateral del pene por delante del escroto, tratando de pinzar entre él y el pulgar de la misma mano la cabeza del epidídimo).

Palpación del conducto deferente y del cordón espermático. Técnica de exploración.

1. Palpe de forma comparativa el conducto deferente y el cordón espermático, moviendo sus dedos pulgar e índice del epidídimo al conducto, en una dirección anterior.
2. Pálpelos hasta el anillo inguinal.
3. El conducto deferente que se aísla bien de los demás elementos del cordón espermático, es cilíndrico, duro, liso y de un diámetro entre 2 y 3 mm. Los elementos del cordón espermático deben sentirse como un cordón libremente movable.

Palpación de la uretra esponjosa. Técnica de exploración.

Levante el pene, aproximándolo a la pared abdominal, para alcanzar directamente la porción esponjosa de la uretra, o pálpela a través de las bolsas o perineo anterior, para descartar la presencia de zonas de infiltración blandas o duras.

Palpación de la próstata, las vesículas seminales y las glándulas de Cowper. Técnica de exploración.

Es realizado por el tacto rectal. En los sujetos sanos tiene forma ovalada (con un surco longitudinal en su dorso), consistencia uniforme y elástica a la tensión, límites bien precisos, movilidad escasa y es indolora. Su longitud se estima en unos 3-4 cm. Su expresión da salida a unas gotas blancas a nivel del meato uretral.

Palpación de la uretra membranosa y prostática. Técnica de exploración.

Por tacto rectal.

Palpación de los ganglios de las regiones inguinales. Técnica de exploración.

1. Palpe los ganglios superficiales y los profundos.
2. Ponga especial atención en uno profundo, conocido con el nombre de ganglio de Cloquet, cuya inflamación ha podido, en ciertos casos, determinar accidentes que recuerdan enteramente los de una estrangulación herniaria.

Palpación de hernias inguinales. Técnica de exploración.

1. Palpe el área sobre el canal femoral, con y sin el paciente tosiendo.
2. Palpe el canal inguinal invaginando la piel suelta del escroto con su índice derecho, desde el fondo de saco escrotal.
3. Siga el cordón espermático con su dedo hacia el anillo inguinal externo, una abertura triangular parecida a una ranura.
4. Si el anillo inguinal es lo suficientemente grande, continúe avanzando su dedo a través del canal inguinal.
5. Pida al hombre que tosa o puje.
6. Repita el proceder en el lado opuesto.

Semiodiagnóstico.

- Mediante la palpación del escroto descarte la existencia de edema, enfisema, varicocele y tumoraciones.
 1. Edema: la piel ofrece una resistencia pastosa y deja huella (fóvea o godet) a la presión.
 2. Enfisema (neumoescroto): se palpa una leve crepitación (como si fuesen aplastadas vesículas pequeñas secas y friables).
 3. Varicocele: despierta una sensación especial comparada con la que motiva un pelotón de gusanos o tripas de gallina.
 4. Los tumores benignos (por ejemplo, quistes sebáceos), los malignos, el chancro sifilítico, etc., se destacan bien por su dureza.
- El signo de pinzamiento de la serosa vaginal contribuye a establecer el diagnóstico diferencial entre la paquivaginitis o el hematocele de la serosa vaginal y los tumores del testículo.
- Las masas palpables en la región inguinal pueden representar hernias.

Registro de lo explorado.

Pene: Piel de coloración normal, no signos inflamatorios, no lesiones ni tumoraciones.

Testículos: Escroto de coloración de acorde a la edad y raza. Palpación del testículo y del epidídimo no doloroso ni tumoraciones.

EXAMEN FÍSICO DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO.

Nota: Los genitales femeninos y las estructuras de la pelvis se examinan por inspección simple, por inspección usando el espéculo vaginal y por palpación.

Requisitos del examinador y del examen:

- Explique a la persona lo que va a realizar.
- Usar guantes en ambas manos.

- Antes de tocar los genitales, toque el dorso del muslo de la mujer con el dorso de la mano, para prevenir la tensión muscular súbita con el contacto de los dedos.

Técnica de exploración. Inspección.

1. Inspeccione los genitales externos. Observe la presencia y la disposición del vello, el grosor de los grandes labios, el tamaño del clítoris, la presencia de un himen intacto o no, las secreciones vestibulares, el grado de abertura vulvar y la presencia o no de prolapso.
2. Fíjese en el color y la pigmentación, la forma y simetría de las estructuras y si hay alguna lesión de la piel o secreción, así como en la distribución del vello pubiano.

Técnica de exploración. Palpación.

Palpación del sistema reproductor femenino.

- Separación de los labios.
 - Tacto vaginal
 - Glándulas de Skene.
 - Glándulas de Bartholin.
 - Musculatura vaginal.
 - Espéculo vaginal.
 - Separe los labios mayores y observe el introito vaginal.
1. Separe suavemente los labios usando los dedos índice y pulgar de su mano no dominante de manera que sean visibles claramente el clítoris, el meato urinario y el orificio vaginal.
 2. Palpe las glándulas de Skene. Mientras continúa separando con su mano no dominante, inserte en la vagina el dedo índice de su otra mano. Palpe las glándulas de Skene, ejerciendo una ligera presión contra la pared anterior de la vagina y moviendo sus dedos de dentro hacia fuera.
 3. Palpe las glándulas de Bartholin, a cada lado del introito vaginal posterior, colocando su dedo índice dentro de la vagina, en la porción inferior de cada cara lateral, y su dedo pulgar en oposición, sobre el labio mayor de ese lado. Presione suavemente la piel entre el pulgar y el índice.
 4. Examine la musculatura vaginal. Con su índice insertado 2-4 cm dentro de la vagina, pida a la mujer que apriete alrededor de su dedo, para evaluar el tono muscular. El buen tono muscular se manifiesta por la capacidad de estrechar la vagina alrededor del dedo del examinador. El tono muscular es habitualmente más firme en las mujeres nulíparas.
 5. Coloque sus dedos índice y del medio en el borde inferior del orificio vaginal y separe los labios mayores, desplazando los dedos lateralmente. Pida a la mujer que puje, de manera que pueda inspeccionar el orificio vaginal.
 6. Continúe el examen insertando el espéculo vaginal y obtenga muestras cervicales.
 7. Termine realizando el tacto vaginal.

Semiodiagnóstico.

- Al palpar las glándulas de Skene, la secreción por el meato urinario es anormal y debe cultivarse.
- Al palpar las glándulas de Bartholin, la aparición de secreción o dolor indica inflamación de la glándula (Bartholinitis).
- Al inspeccionar el introito vaginal pudiera aparecer algún abultamiento, lo que puede indicar cistocele (herniación de la vejiga dentro de la vagina) o rectocele (herniación del recto dentro de la vagina) o ambos (rectocistocele), y alguna salida de orina.

Registro de lo explorado

Inspección: Coloración normal, no lesiones, no secreciones a nivel de la vulva.

Palpación: Al palpar las glándulas de Skene y Bartholin no aparece secreción ni dolor. Musculatura vaginal de buen tono. No presencia de abultamientos en el introito vaginal

Espéculo: Vagina de elasticidad conservada, cuello central de coloración normal, no lesiones a este nivel, no secreciones en orificio cervical externo.

Tacto vaginal: Vagina normotérmica, cuello de consistencia tamaño normal, útero en (anteroversión, retroversión), de tamaño y consistencia normal, no doloroso a la movilización, no tumoraciones.

EXAMEN FÍSICO DEL SISTEMA URINARIO.

Nota: En términos generales la inspección aporta pocos datos, a veces se descubre la presencia de tumoraciones en uno o ambos lados del abdomen (hipocondrios y flancos), expresión de agrandamiento renal unilateral o bilateral. En la fosa lumbar pueden aparecer signos inflamatorios o sufusiones hemorrágicas indicativas de un proceso perinefrítico (absceso, hematoma).

Técnica de exploración. Palpación.

Nota: La palpación normalmente no aporta datos. Existen maniobras clásicas que son útiles principalmente para discretos crecimientos o descensos de estos. Estas maniobras son:

Palpación renal.

- Procedimiento bimanual de Guyon.
- Peloteo renal
- Maniobra de Glenard.
- Puntos pielorrenoureterales.
- Método de Goelet.

Procedimiento bimanual de Guyon. El sujeto debe permanecer acostado boca arriba, en silencio, totalmente relajado, y el médico sentado del mismo lado del riñón que explore. Coloque en la región lumbar del examinado su mano izquierda, si se trata de palpar el riñón derecho, con la extremidad de los dedos a 5 ó 6 cm. de la línea media, de manera que quede sobre la fosa renal y ejerza contra ella una presión moderada y constante. La mano derecha se coloca en la pared anterior, por debajo del reborde costal, sobre el límite externo del recto anterior de ese lado. Los dedos deben quedar en un plano paralelo a la pared abdominal, el médico hace la presión con la yema de los mismos, no con la punta, y los mantiene erectos, haciendo los movimientos necesarios a expensas de la articulación metacarpofalángica; la mano derecha debe ir profundizándose hacia la pared posterior, impulsando los dedos solo en las inspiraciones hasta llegar a palpar, el riñón de ese lado, cuando está descendido o aumentado.

Peloteo renal. Consiste en producir con las extremidades de los dedos de la mano izquierda (posterior), impulsos secos y repetidos en la pared posterior, manteniendo la mano derecha (anterior) plana en el sitio ya descrito. Cuando existe un riñón palpable u otro tumor que hace contacto lumbar, la mano derecha (anterior) percibe una sensación de peloteo.

Para que un peloteo sea genuinamente renal recuerde:

- El impulso lumbar debe efectuarse en el punto costomuscular, pues solo el riñón pelotea en esa zona.
- El choque percibido por la mano en el abdomen debe ser intermitente, es decir, no mantenerse durante todo el tiempo en que empuja la otra mano desde la región lumbar, tal hecho no es un peloteo verdadero, sino una excursión en masa, propia de cualquier tumoración que pueda alcanzarse desde el lomo.

Para el riñón izquierdo, el procedimiento es el mismo: tan solo se invierten las posiciones respectivas de las manos, o sea, situadas en las regiones lumbar y abdominal, y el médico se

coloca a la izquierda de la persona a examinar. En general, el riñón izquierdo es más difícil de palpar que el derecho, por estar más alto que este.

Maniobra de Glenard. El examinado y el médico se colocan en igual forma que en el procedimiento anterior. Se describen tres tiempos: acecho, captura y escape.

- **Acecho.** Se coloca la mano izquierda (si se pretende palpar el lado derecho) de manera que el borde superior del dedo del medio quede por debajo y paralelo a la duodécima costilla, llegando su extremo hasta el límite con la masa sacrolumbar derecha. El pulgar se deja por delante, en oposición al dedo del medio, formando con él una especie de pinza.
- La mano derecha, con los dedos –excepto el pulgar– alineados y dirigidos hacia arriba y afuera en el flanco derecho, va ejerciendo presión en puntos sucesivos, de abajo arriba, a lo largo de una línea que va del apéndice xifoides a la mitad del pliegue inguinal. La finalidad de esta mano es oponerse al desplazamiento lateral del riñón, impedir que su polo caiga hacia dentro y arriba, y llevarlo afuera, de manera que pueda ser capturado entre la pinza formada con la mano izquierda.
- **Captura.** Durante la inspiración el riñón palpable sobrepasa la pinza digitopulgar, la cual lo captura en la apnea postinspiratoria. Si esto no se produce no existe una verdadera ptosis.
- **Escape.** En la espiración el riñón se escapa de la pinza digital, moviéndose hacia arriba o se mantiene fijo por la pinza, lo que es frecuente en la ptosis renal.

Método de Goelet. El examinado se encuentra parado sobre el miembro inferior contrario al lado que se va a palpar, y el otro miembro descansa, flexionado, sobre una silla, a fin de relajar el abdomen. El procedimiento es bimanual, con una mano en la zona lumbar y la otra en el abdomen, en acecho inspiratorio del riñón.

Puntos pielorrenoureterales.

Nota: Su inconstancia en las nefropatías y su presencia ocasional en otras afecciones, hacen que conserven solo un valor relativo y que unos pocos mantengan cierta vigencia.

Puntos pielorrenoureterales.

Anteriores.

- Ureteral superior.
- Ureteral medio.
- Ureteral inferior.

Posteriores.

- Costovertebrales.
- Costomusculares.

Costovertebral. Se busca en el ángulo que forma el borde inferior de la costilla XII con la columna vertebral. Corresponde a la salida, por el agujero de conjunción, del duodécimo nervio intercostal.

Costomuscular. Se explora en la unión del borde inferior de la costilla XII con el borde externo de la masa muscular espinal. Corresponde a la rama perforante posterior del duodécimo intercostal en el punto en que se hace superficial.

Ureteral superior o pelviureteral. Se busca a la altura de la línea umbilical, en su intersección con el borde externo del recto anterior. Corresponde a la unión ureteropielica. Suele ser doloroso en la pielonefritis, la litiasis renoureteral, etcétera.

Ureteral medio. Se busca en la unión de la línea biliar con una vertical levantada desde la espina del pubis.

Ureteral inferior o yuxtavesical. Punto, que corresponde a la entrada del uréter en la vejiga, se explora mediante tacto rectal o vaginal.

Semiodiagnóstico.

En condiciones normales, en personas delgadas, pudiera palparse el polo inferior del riñón derecho.

- **Ptois renal**
- **Hipertrofia compensadora.** En los casos de riñón único congénito o adquirido (ablación funcional o quirúrgica del otro riñón).
- **Distensión pielocalicial por obstrucción del conducto excretor.** Hidronefrosis o pionefrosis, generalmente originadas por cálculos. Los síntomas usuales son: dolor localizado, sordo y constante o dolor irradiado (cólico renal), que se propaga siguiendo la dirección del uréter a la vejiga; hematuria y piuria.
- **Tumefacción perirrenal.** Hematoma perirrenal (traumático), celulitis y absceso perirrenal.
- **Nefrosis.** Es una lesión que afecta principalmente los túbulos renales. Entre los signos clínicos están el edema masivo y la albuminuria.
- **Agrandamiento quístico.** Un quiste único o quistes múltiples pueden a menudo alcanzar enorme tamaño y ocupar casi la mitad de la cavidad abdominal; pueden destruir la mayor parte de la sustancia renal. El riñón poliquístico está agrandado y presenta síntomas de insuficiencia renal, hematuria y con frecuencia, hipertensión y anemia progresiva.
- **Agrandamiento tumoral.** Los tumores del riñón se originan en el parénquima o en el epitelio que recubre la pelvis y los cálices. Son por lo general, malignos. En los adultos, la lesión parenquimatosa más común es el hipernefroma o carcinoma, mientras que en los niños el tumor más común es el embrioma (tumor de Wilm).

Técnica de exploración. Puñopercusión.

Realice la puñopercusión en ambas fosas lumbares.

Semiodiagnóstico.

La puñopercusión despierta o intensifica el dolor lumbar de origen capsular.

Técnica de exploración. Auscultación.

Ausculte ambos flancos en la región abdominal.

Semiodiagnóstico.

- El hallazgo de un soplo sistólico en las regiones lumbares y los flancos sugiere la existencia de una estenosis parcial de la arteria renal, que es la causa de hipertensión renovascular.
- También producen soplos la fístula arteriovenosa renal, el aneurisma de la arteria renal y el aneurisma de la esplénica (lado izquierdo).

Registro de lo explorado.

- **Inspección:** No tumoraciones en flancos ni en hipocondrios,
- **Palpación:** Puntos no palpables ni peloteables. Puntos pielorrenoureterales anteriores y posteriores no dolorosos.
- **Percusión:** Maniobra puño percusión negativa en ambas fosas lumbares.
- **Auscultación:** No soplos de la arteria renal.

Referencias bibliográficas:

- Llanio Navarro, Dr. Raimundo; Perdomo González, Dr. Gabriel. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Editorial Ciencias Médicas, 2005. Tomo I y II.
- Arenas Falcón, Dr. Benjamín; Samper Alonso, Dra. Belkis; Pérez Acosta, Dra. Mabel y Cols. Cómo registrar el examen físico en el paciente sano, 2002.

Autores:**Marco J. Albert Cabrera (1)****Suiberto Hechavarría Toledo (2)****Yaima C. Pino Peña (3)****Aileén Gómez Hernández (4)****Arián Luís Rodríguez (4)****Arturo E. Rodríguez González (4)**

(1) Máster en Ciencias. Especialista de Primer y Segundo Grados de Medicina Interna. Especialista de Segundo Grados de Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

(2) Máster en Ciencias. Especialista de Primer Grado de Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

(3) Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

(4) Alumnos de 6to año de medicina. Policlínico Universitario Vedado.