

# 5

## EXAMEN FÍSICO REGIONAL DE ABDOMEN

En este capítulo estudiaremos el abdomen de conjunto, como una unidad, aplicando los métodos clásicos de exploración: inspección, palpación, percusión y auscultación. Los métodos físicos combinados se estudiarán en la Sección II, en el capítulo del sistema digestivo, correspondiente a las alteraciones del examen físico del abdomen. A continuación exponemos en forma breve, los conocimientos necesarios de anatomía aplicada.

### RESUMEN DE ANATOMÍA DESCRIPTIVA Y TOPOGRÁFICA

Los *límites internos* de la cavidad abdominal son: por arriba, la cúpula diafragmática; por debajo, el estrecho superior de la pelvis; por detrás, la columna lumbar, y por delante y ambos lados, la pared abdominal propiamente dicha, la cual se encuentra integrada por músculos, aponeurosis, tejido celular subcutáneo y piel. La pared abdominal tiene su cara interna revestida por el peritoneo (parietal), serosa que reacciona fácilmente ante cualquier lesión visceral.

Los *límites externos* del abdomen son: por arriba, el reborde costal, desde la base del apéndice xifoides hasta la séptima vértebra dorsal (D7), la llamada línea toracoabdominal; por debajo, se limita externamente por otra línea que se extiende desde las arcadas crurales, pasando por las crestas iliacas, hasta la cuarta vértebra lumbar (L4), llamada línea abdominopelviana. Este límite inferior es más bien artificial, ya que se debe considerar simultáneamente la cavidad abdominopelviana, la cual es un ovoide de polo mayor diafragmático y polo menor pelviano.

### ANATOMÍA CLÍNICA

Es indispensable la aplicación de los conocimientos anatómicos a la clínica teniendo en cuenta lo práctico que resulta la proyección exterior, en la pared, de las distintas vísceras abdominales y sus zonas y puntos de mayor relieve sintomático.

### ZONAS DEL ABDOMEN

Con el fin de realizar la proyección exterior de las vísceras abdominales y sus zonas, la *escuela francesa o latina* ha ideado la división de la

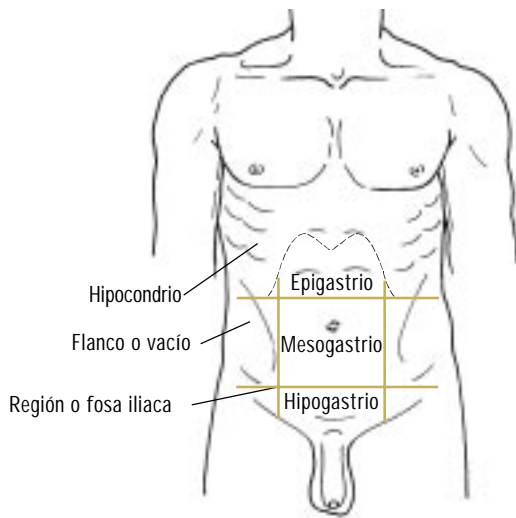


Fig. 5.1 Zonas de la pared anterior del abdomen según la escuela francesa.

la pared exterior del vientre en nueve zonas a expensas de un trazado constituido de la forma siguiente:

Por delante se trazan dos líneas verticales ascendentes que partan del extremo externo de las ramas horizontales del pubis y lleguen hasta los extremos anteriores de las costillas X. Se cruzan otras dos líneas horizontales, la superior, que una la costilla X derecha con su homónima izquierda, y la línea horizontal inferior, que se extiende de una a la otra espina iliaca anterosuperior. Se obtiene así un tablero, un tanto irregular, que contiene en su área los rebordes costales, el apéndice xifoides y las porciones bajas laterales de las parrillas costales. Este tablero presenta las nueve zonas de proyección visceral abdominal más importantes (fig. 5.1).

En la porción superior y al centro, tenemos el epigastrio; a los lados, los hipocondrios derecho e izquierdo, a estos últimos corresponden en su porción externa, casi totalmente, las partes duras (últimas costillas); pero profundamente, las porciones laterales altas de la cavidad abdominal.

En la porción media, al centro, tenemos el mesogastrio o región umbilical y a los lados, los vacíos o flancos derecho e izquierdo.

En la porción inferior tenemos, al centro, el hipogastrio y a los lados, las fosas iliacas derecha e izquierda.

Por detrás existe otro trazado, a expensas de dos líneas verticales laterales que van desde la costilla XII hasta el tercio posterior de la cresta iliaca, que con la línea media vertebral forman cuatro zonas más (fig. 5.2).

Por dentro, a los lados de la columna y limitadas por las líneas convencionales descritas, tenemos las zonas lumbares internas o renales; por fuera de dichas líneas

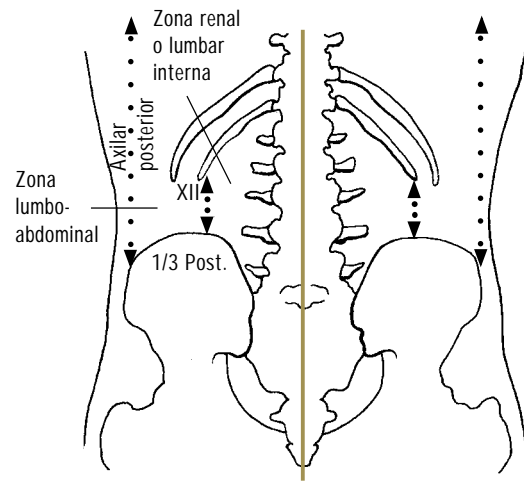


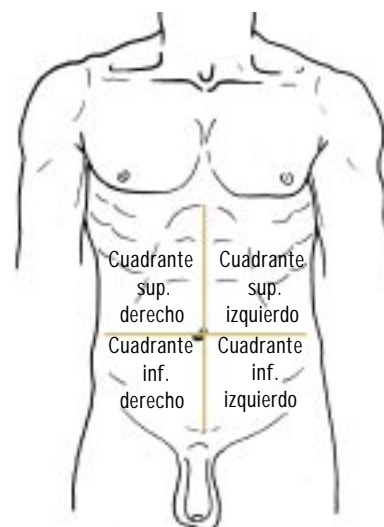
Fig. 5.2 Zonas de la pared posterior del abdomen según la escuela francesa.

verticales convencionales, las zonas lumbares externas o lumboabdominales, que se continúan sin límites precisos hacia delante con las zonas de los flancos, descritas en la pared anterior.

La escuela anglosajona simplifica la anatomía clínica del abdomen utilizando solamente cuatro grandes zonas, formadas por verdaderos cuadrantes (fig. 5.3), a expensas del trazado de dos líneas convencionales: una vertical media y otra horizontal, que se cruzan exactamente en el ombligo.

Es necesario para el médico conocer ambos sistemas de anatomía clínica, pues las descripciones y las localizaciones de los síntomas en la literatura médica, igual se pueden referir a un sistema que al otro.

Fig. 5.3 División del abdomen según la escuela anglosajona.



## PROYECCIONES VISCERALES POR ZONAS

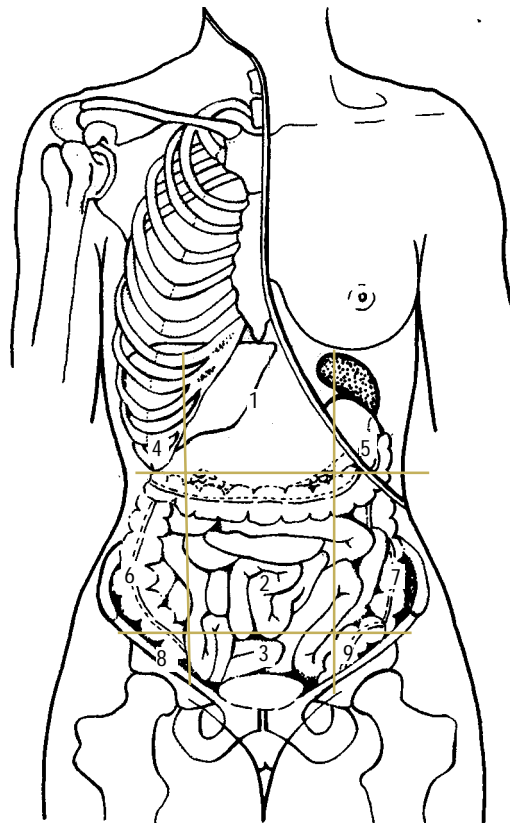
Nos referiremos al contenido de las nueve zonas topográficas descritas por la escuela francesa (fig. 5.4), ya que resulta obvio el conocimiento de las proyecciones viscerales en los cuadrantes abdominales de los autores anglosajones.

1. *Epigastrio*. Lóbulo izquierdo del hígado; una porción de la cara anterior del estómago con parte del cuerpo, el antro y el píloro; epiplón gastrohepático con la arteria hepática, la vena porta y los conductos cístico y colédoco; hiatos de Winslow; segunda y tercera porciones del duodeno; páncreas; arteria mesentérica superior; plexo solar y columna vertebral con la aorta, la vena cava y el conducto torácico.
2. *Hipocondrio derecho*. Lóbulo derecho del hígado; fondo de la vesícula biliar; parte del colon transverso y ángulo hepático; extremidad superior del riñón derecho y cápsula suprarrenal.
3. *Hipocondrio izquierdo*. Lóbulo izquierdo del hígado; tuberosidad mayor gástrica; cardias; epiplón gastrosplénico; bazo; extremidad superior del riñón izquierdo y cápsula suprarrenal; pequeña porción del colon descendente y ángulo esplénico; asas del yeyuno y cola del páncreas.
4. *Mesogastrio o zona umbilical*. Epiplón mayor; porción baja gástrica; colon transverso; asas del intestino delgado; mesenterio; cava y aorta.
5. *Vacío o flanco izquierdo*. Parte del intestino delgado y colon izquierdo.
6. *Vacío derecho*. Parte del intestino delgado y colon derecho.
7. *Hipogastrio*. Epiplón mayor; parte del intestino delgado; vejiga y uréter, así como el útero en la mujer.
8. *Fosa iliaca izquierda*. Sigmoides; porción baja del colon descendente; asas delgadas; genitales en la mujer; vasos iliacos y psoas.
9. *Fosa iliaca derecha*. Ciego y apéndice; asas delgadas; psoas; genitales en la mujer; uréter; vasos iliacos.

En la región posterior, tenemos: *regiones lumbares (internas o renales)* que contemplan los riñones derecho e izquierdo, la pelvis renal y el comienzo de los uréteres.

## EXAMEN FÍSICO GENERAL DEL ABDOMEN COMO UNIDAD

En el estudio del examen físico general del abdomen como unidad, desarrollaremos sucesivamente la semiología del abdomen, es decir, el estudio de los distintos métodos y de las maniobras utilizadas en la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación del abdomen, consi-



**Fig. 5.4** Proyección visceral por zonas de la pared anterior según la escuela francesa: 1, epigastrio; 2, mesogastrio; 3, hipogastrio; 4 y 5, hipocondrios (derecho e izquierdo); 6 y 7, vacíos (derecho e izquierdo); 8 y 9, fosas iliacas (derecha e izquierda).

derados de conjunto los datos normales que se obtienen mediante la exploración en sujetos presuntamente sanos (haciendo las observaciones pertinentes según los tipos constitucionales).

## TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

Aunque las técnicas básicas de exploración por lo general se utilizan realizando el orden secuencial de inspección, palpación, percusión y auscultación, el abdomen se debe examinar con la siguiente secuencia: *inspección, auscultación, percusión, palpación superficial y palpación profunda*. Siempre se ausculta primero, porque la percusión y la palpación pueden alterar los ruidos hidroaéreos intestinales. Se usa el diafragma del estetoscopio para auscultar los ruidos intestinales, que habitualmente son de tono alto, y la campana para auscultar los sonidos vasculares, de tono bajo. Antes de la palpación profunda realice una palpación superficial.

La percusión y la palpación pueden combinarse. Cuando examine un órgano debe hacerlo completamente, por ambos métodos, antes de pasar al examen de otro órgano. Por ejemplo, cuando examine el hígado, primero percuta sus límites y después pálpelo.

Antes de comenzar el examen, la vejiga del sujeto debe estar vacía. Pídale a la persona que orine; pues así nos aseguramos de no confundir una vejiga llena con un embarazo, una tumoración o un quiste.

Debido a que muchos examinados pueden estar expectantes y ansiosos por el examen, se les debe explicar el proceder, para ganar su confianza, evitar interrogantes y aliviar su ansiedad.

La persona debe estar acostada boca arriba (en decúbito supino o dorsal). El explorador utilizará una cama, o una mesa, casi rígida, en la que el sujeto tendrá su cuerpo totalmente apoyado, el tórax y la cabeza colocados a un nivel ligeramente superior al abdomen o al mismo nivel, los brazos extendidos a los lados del cuerpo o cruzados sobre el tórax, y las piernas paralelas, con los miembros inferiores extendidos en ligerísima flexión, para obtener el mayor reposo físico, y por lo tanto, la relajación máxima de la musculatura abdominal. Gran cantidad de personas tienden a poner los brazos hacia arriba, generalmente apoyando la cabeza, y/o entrecruzan los pies, lo que no se debe permitir, pues esto contrae el abdomen y hace el examen más difícil.

Muchos profesores enseñan a sus alumnos que la cama debe estar completamente horizontal y que se debe quitar la almohada, para evitar contractura abdominal. En la práctica observamos que cuando el sujeto se acuesta totalmente recto y sin almohada, se provoca extensión del cuello y contractura abdominal.

Coloque una pequeña almohada en la cabeza de manera que la sitúe al mismo nivel del tórax y evite la extensión del cuello, pero que no provoque su flexión. Si es posible, coloque otra debajo de las rodillas, para una relajación más completa.

Si se trata de un enfermo, el examinador también debe tener en cuenta los síntomas del paciente, ya que si presenta falta de aire en el momento del examen, es muy probable que esta aumente al acostarse completamente horizontal.

A veces en maniobras específicas, el sujeto tendrá que adoptar también otras posiciones: decúbito lateral, ventral, especiales, así como la posición de pie.

El examinador se debe colocar por el lado derecho, si es derecho, porque muchas de las técnicas especiales del examen se relacionan con el hígado y otras estructuras del lado derecho, y el uso de la mano derecha colocado él de este lado, facilita la maniobra.

Antes de iniciar el examen pregúntele a la persona si hay algún área abdominal en la que sienta molestia o dolor. Estas áreas deben examinarse último y debe asegurarse al paciente que el malestar existente no se agravará, o que es imprescindible causarle alguna molestia por breve tiempo, para poder arribar a un diagnóstico, por lo que se hace necesaria su cooperación.

Aunque el sujeto no tenga dolor, anímelo a que exprese inmediatamente la existencia de este o de alguna molestia durante el examen. Siga la expresión facial del paciente y su lenguaje corporal. Esté especialmente receptivo a las expresiones faciales de dolor, molestia o ansiedad para tratar de determinar cuál acción precipitó el cambio en la expresión.

Mantenga al paciente tibio durante el examen para evitar tensión abdominal. Además, la habitación del examen, sus manos y el estetoscopio deben mantenerse tibios. Si es necesario, frote sus manos una contra otra para calentarlas, y el estetoscopio contra una de ellas, con una tela como la sábana, o colocándolo o frotándolo sobre su antebrazo por unos segundos.

Examine todo el abdomen siguiendo sistemáticamente un mismo orden, para acostumbrarse a las sensaciones normales de cada zona. Es lógico pensar que si el enfermo ya ha referido la presencia de un dolor de localización definida no se debe comenzar por dicha zona, sino por el lugar más alejado posible a la zona dolorosa. Si no hay dolor preciso, un método de examen sistemático pudiera ser: comenzando por la fosa iliaca izquierda, avanzar en forma de espiral, contrario a las manecillas del reloj, a flanco izquierdo, hipocondrio izquierdo, epigastrio, hipocondrio derecho, flanco derecho, fosa iliaca derecha, hipogastrio, para terminar en la región umbilical y así, se habrá recorrido en primera instancia todo el abdomen.

Ello es aplicable fundamentalmente a la percusión y a la palpación, pero también puede utilizarse para la auscultación. Otra variante de método sistemático de examen, empleado para la palpación es comenzar a palpar con la mano derecha la fosa iliaca izquierda, se sube también por el vacío o flanco izquierdo al hipocondrio de ese lado y se palpa el epigastrio. Ahora se baja a palpar el mesogastrio, después el otro hipocondrio, luego bajamos por el vacío derecho a la fosa iliaca de ese lado y, finalmente, se palpa el hipogastrio. Use cualquier variante que le sea más cómoda, pero acostúmbrese a usar siempre la misma, para obtener mayor provecho.

## ASPECTOS A PRECISAR EN EL EXAMEN Y EN EL REGISTRO ESCRITO

Inspección: contorno, simetría, movimientos respiratorios, pulsaciones, peristaltismo, integridad de la piel, masas.

Auscultación: sonidos intestinales (ruidos hidroaéreos), sonidos vasculares.

Percusión: tono, límites de los órganos abdominales.

Palpación: tono muscular, características de los órganos, sensibilidad, masas, pulsaciones, acumulación de líquido.

## Inspección

El vientre debe estar ampliamente descubierto y si es posible bien desnudo, para observar el abdomen en sus relaciones con las regiones vecinas, pero se deben tapar el pecho y las regiones inguinales, mientras no se estén examinando estas, para evitar molestias y respetar el pudor.

En ocasiones, también se debe realizar la inspección abdominal con el sujeto de pie y quizás, en oportunidades particulares, en posición sentada u otras especiales.

El abdomen debe ser observado de frente y de perfil, para ello se aprovechan todos los ángulos o incidencias de los rayos luminosos sobre la superficie abdominal. El examinador debe realizar la observación, de pie, si el sujeto se acuesta en mesa alta; sentado, si este se acuesta en cama baja.

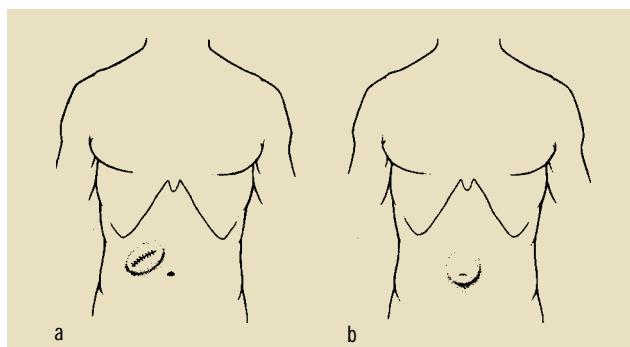
Observe ya sea parado o sentado al lado derecho del paciente, el volumen, la forma, el relieve, la simetría, las masas, las pulsaciones, la integridad de la piel y el patrón respiratorio, cuyos datos deben inspeccionarse, tanto en el orden estático con una completa relajación, como en el orden dinámico, invitando al enfermo a respirar y a moverse en distintas posiciones, buscando en ocasiones, la contractura del abdomen. Pida al paciente que tosa para evidenciar dolor con la tos y masas que protruyen (hernias), no vistas previamente (fig. 5.5).

Sentado, o inclinado mire el abdomen tangencialmente, para evaluar su contorno y los movimientos peristálticos.

El abdomen normal es simétrico, a cada lado de su línea media. No hay aumentos de volúmenes visibles. En individuos delgados pueden verse la pulsación de la aorta abdominal en la línea media y los movimientos peristálticos. No deben haber lesiones de la piel, excepto cicatrices quirúrgicas. Pueden hallarse estrías, si la piel se ha estirado, como en el embarazo, la obesidad, los tumores abdominales y la enfermedad de Cushing. La respiración es abdominal en los hombres (el abdomen se levanta y desciende con la respiración).

Los contornos alterados del abdomen son:

**Fig. 5.5** Protrusión producida por hernias: a, hernia incisional; b, hernia umbilical.



1. Distensión generalizada con el ombligo invertido: obesidad, distensión gaseosa.
2. Distensión de la mitad inferior: vejiga distendida, embarazo, masa ovárica.
3. Distensión generalizada con el ombligo evertido: ascitis, tumor, hernia umbilical.
4. Abdomen excavado: emaciación, reemplazo de la grasa subcutánea con músculo.

## Auscultación

Se realiza para identificar los ruidos normales y patológicos del abdomen. Se aprovecha la misma posición acostada en que se encuentra el sujeto. Se podrá realizar la *auscultación inmediata* (casi desechada) y la *mediata*, bien con el estetoscopio simple, de tipo obstétrico, o con el estetoscopio biauricular, de uso común.

Oiga los ruidos intestinales (hidroaéreos) con el diafragma del estetoscopio. No es necesario oír en cada cuadrante, si el tono y la frecuencia son normales. Si los ruidos están hipoactivos o ausentes ausculte cada cuadrante entre uno y dos minutos. Los ruidos hidroaéreos normales son sonidos de tono alto, borgogeaante, de frecuencia regular entre 5-35/min.

Use la campana para oír los sonidos vasculares y los roces del abdomen. Los sonidos vasculares y los roces no son hallazgos normales.

## Percusión

La percusión del abdomen, en general, tiene mucho menos importancia que la palpación. Se realiza con el enfermo acostado boca arriba y por excepción, en otras posiciones. Con la percusión se trata de identificar los distintos sonidos abdominales, los que dependen normalmente de la naturaleza más o menos sólida de las vísceras intraabdominales. La técnica seguida es la de Gerhardt o dígito-digital. Los golpes de percusión se difunden fácilmente en el abdomen, por tanto, se aconseja que se realicen con extrema suavidad.

No describiremos en detalle este método, bien estudiado ya. En este capítulo de percusión abdominal general quedan excluidas las técnicas de percusión particular de órganos, que conoceremos más adelante, en el capítulo correspondiente al examen del sistema digestivo.

La percusión se hace recorriendo todo el vientre, con el propósito de tener una impresión de conjunto. Percuta sistemáticamente el abdomen en todos sus cuadrantes para evaluar la existencia de sonidos anormales. El sonido predominante es el timpanismo; la matidez, se obtiene sobre las masas y los órganos sólidos abdominales. El sonido timpánico indica gas en el intestino subyacente.

## Palpación

En el abdomen, la palpación es de suma importancia, porque son muchos y muy útiles los síntomas objetivos que se pueden recoger. A su vez, no es nada fácil, pues todo depende de la habilidad manual del explorador y su preparación (talento y razonamiento) para interpretar las sensaciones percibidas.

Remedando a Boas, diremos que es necesario “palpar pensando y pensar palpando”.

En los primeros momentos de formación de la habilidad, usted tendrá que pensar en la ejecución correcta de la técnica, paso a paso; pero no debe perder de vista en su aprendizaje, que el objetivo final es la valoración de lo que se está examinando. Así que trate de ir incorporando simultáneamente, el pensamiento de lo que está buscando y el resultado de esa búsqueda.

Por otra parte, no se debe ser brusco o violento en la palpación, pues al lastimar, se desencadena una contracción refleja y temor, que impedirán hacer un buen examen.

A continuación haremos algunas consideraciones generales sobre la palpación abdominal, antes de su análisis sistemático.

Digamos que colocando una mano, o las dos, sobre el vientre y manejando los dedos de forma variable, se deprime y moviliza la pared del abdomen y de ese modo, se recoge una serie de sensaciones que informan más o menos sobre el estado normal o patológico de la pared, así como de los órganos incluidos en la cavidad abdominal.

Sin exagerar la nota imaginativa, para no caer en la “virtuosidad” que se cultivó en otra época por Hausmann, Obratzow y otros (en la que no había otros recursos complementarios), se pueden obtener *grosso modo* muchos síntomas físicos de gran utilidad en el diagnóstico.

La palpación con percepción consciente de lo que se toca, se logra por la estimulación de receptores que corresponden respectivamente a la sensibilidad superficial y profunda. Al palpar, especialmente con los pulpejos de los dedos, se excitan los corpúsculos de Meissner, que intervienen en la sensibilidad superficial. Los corpúsculos de Paccini, los de Golgi y los husos musculares, de situación más profunda, son los elementos excitados para la sensibilidad profunda, que se obtiene al palpar con la palma de la mano y los dedos, y a una mayor presión que la realizada para adquirir la sensibilidad superficial.

El contacto de las manos y los dedos con la pared abdominal y su contenido, se puede realizar con mayor o menor presión abordando la pared con la mano de plano, o de un modo oblicuo para tratar de penetrar en la cavidad y obtener las sensaciones de resistencia o consistencia; o con la maniobra de desnivel, rastreo o deslizamiento.

En general, al palpar se encuentra: la pared abdominal propiamente dicha con sus elementos constituyentes, así como los órganos superficiales (cara superior y borde anterior del hígado, el intestino delgado, el colon y el píloro) y los órganos profundos (páncreas, aorta, ovarios, riñones y ángulos del colon). La vesícula biliar puede aparecer como superficial o profunda.

Siguiendo a Lombardi y Vitale, de la escuela argentina, consideremos no precisamente la palpación superficial y profunda, sino los términos de palpación de la pared abdominal o del continente (generalmente de tipo superficial) y la palpación de los órganos intracavitarios o del contenido (generalmente de tipo profundo), aunque, en ocasiones, se puede palpar un órgano a expensas de una palpación superficial, y la pared, a expensas de una palpación profunda.

Finalmente, existe la sensación particular de la llamada tensión abdominal o grado de resistencia del abdomen de conjunto, en la que intervienen elementos de sensibilidad superficial y profunda, por lo cual se analiza particularmente.

Hechas estas consideraciones generales sobre la palpación, analicemos sucesivamente los requisitos que deben ser cumplimentados para su realización:

- Requisitos inherentes al examinado.
- Requisitos en cuanto al explorador.
- Maniobras aplicables en los casos de palpación aparentemente imposible por hipertonía parietal.
- Palpación de la pared abdominal o continente (palpación superficial).
- Tensión abdominal.
- Palpación visceral, intracavitaria o del contenido (palpación profunda).

### Requisitos inherentes al examinado

El sujeto debe estar acostado con la mayor relajación abdominal posible, como se explicó al principio. Algunos médicos prefieren que la persona flexione sus piernas y aun sus muslos sobre el abdomen, pero a veces, esto ayuda más a que el abdomen se contraiga, que a relajarse. Cualquier movimiento del sujeto, al ponerse nervioso (de la cabeza, los miembros, etc.), determina contracturas musculares. La respiración debe ser tranquila y amplia, con el pecho elevado para ayudar a la relajación del abdomen.

A pesar de estas instrucciones, puede suceder que al iniciar el examinador la palpación, a veces solo con el gesto de mover sus manos, el enfermo, por reflejo, a partir de un sitio afectado, de una zona dolorosa o estrictamente como punto de partida psíquica, establezca un estado de hipertonía parcial o global, que dificulte o impida la palpación.



Si el sujeto es muy sensible y padece de “cosquillas” o está muy ansioso por el proceder, comience palpando con la propia mano de este, debajo de la suya. Más adelante veremos otras maniobras aplicables en estas circunstancias.

**Requisitos en cuanto al explorador**

Insistimos en que el médico, o cualquier explorador, debe colocarse preferentemente a la derecha del enfermo, sentado a una altura adecuada a la cama o a la camilla, o de pie si el enfermo está de pie. Sus brazos y antebrazos deben formar un ángulo obtuso, no recto ni agudo, ya que en estas últimas posiciones los movimientos de las manos estarían forzados y podrían ocasionar contracturas musculares que le dificultarían la percepción. Debe actuar con delicadeza para ganarse la confianza del sujeto y evitar que este se ponga nervioso; sus manos deben tener una temperatura agradable; si fuere necesario podrá calentarlas previamente; las uñas deben estar recortadas. Debe “palpar”, no “pinchar” ni hacer presiones molestas o contraproducentes.

**Maniobras aplicables en los casos de palpación aparentemente imposible por hipertonia parietal**

- Cubrir la piel del abdomen con vaselina o polvo de talco, para facilitar el deslizamiento manual.
- Utilizar el método de Galambos, que consiste en deprimir el abdomen con una mano, a una distancia no mayor que 10 cm de la zona que se quiera explorar con la otra mano (fig. 5.6).
- Aplicar anestesia local (Lemaire), o anestesia general.
- Realizar la hipnosis del paciente.

**Palpación de la pared abdominal o continente (palpación superficial)**

Palpe sistemáticamente cada cuadrante o área de toda la pared abdominal con la palpación monomanual, para detectar dolor, espasmo muscular o tumoraciones.

**Fig. 5.6** Método de Galambos.



La *palpación superficial monomanual* consiste en el uso de una mano, la derecha o la izquierda según el examinador; la palma de la mano se apoya suavemente sobre el abdomen, con los dedos extendidos y unidos, para ejercer una presión suave sobre la pared, con movimientos hacia abajo con la punta de los dedos, tratando de deprimir el abdomen alrededor de 1 cm. Así se recorren las distintas porciones del vientre y se tiene la primera impresión de conjunto. Se puede palpar con la mano, de plano, ayudando con los dedos en un plano oblicuo o de penetración, así como con el borde cubital o radial (fig. 5.7).

Anime al paciente a respirar lenta y profundamente, y a exhalar con la boca abierta, mientras palpa. El abdomen debe sentirse relajado con la espiración. La contracción muscular puede indicar ansiedad. Fíjese además, en la expresión facial del examinado.

Mediante esta operación se capta si existen o no, alteraciones de los distintos planos que integran la pared. Se podrán explorar posibles abovedamientos localizados o masas que, si pertenecen a la pared, persisten al sentarse el enfermo, al inspirar o al elevar su cabeza o sus pies.

Para ello, mientras palpa la masa, pida al paciente que levante la cabeza y los hombros, como si tratara de incorporarse. Si la masa continúa palpable, está en la pared abdominal. La tensión muscular provocada por esta maniobra no permite palpar las masas intraabdominales. Un método alternativo puede ser realizar la palpación de la pared, con los miembros inferiores en alto, descansando sobre la pielera de la cama, o sobre cualquier superficie que los mantenga elevados (fig. 5.8).

Se explora el espesor de la pared pellizcándola con los dedos (fig. 5.9); se examinan la piel, el tejido celular y aun los músculos, si el enfermo tiene la pared muy delgada.

Debe palparse el músculo rectoabdominal, que comprende dos grandes músculos centrales, a los lados de la

**Fig. 5.7** Palpación monomanual.



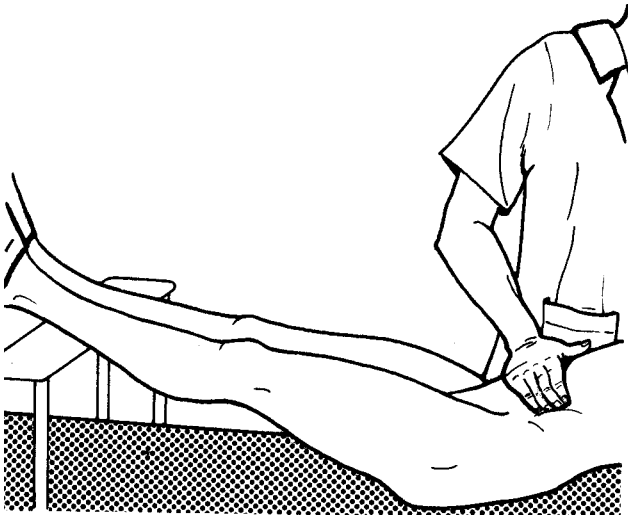


Fig. 5.8 Exploración de la pared abdominal.

línea media y unidos en ella, que se extienden desde el proceso xifoideo hasta la sínfisis del pubis.

Con la palpación superficial, estos músculos abdominales deben sentirse relajados, más que contracturados o espásticos.

Se exploran también los orificios naturales, las posibles soluciones de continuidad de la pared y la línea media abdominal. Palpando la línea media, a veces puede notarse una separación del músculo rectoabdominal, cuando la persona levanta la cabeza, especialmente en obesos o embarazadas. Puede palparse como un surco en la línea media, pero esto no representa un problema significativo. También en la línea media o a nivel de cicatrices operatorias, se exploran con los dedos y bordes de las manos las posibles eventraciones.

Además, se deben palpar especialmente el ombligo y los orificios en las regiones inguinales, área que con frecuencia se olvida inspeccionar y palpar y que puede acarrear errores diagnósticos costosos.

Si se comprueba que algo sobresale, se detalla a la palpación y se reintegra, si es posible (reducción de hernias), al interior de la cavidad abdominal.

Fig. 5.9 Exploración del espesor de la piel.

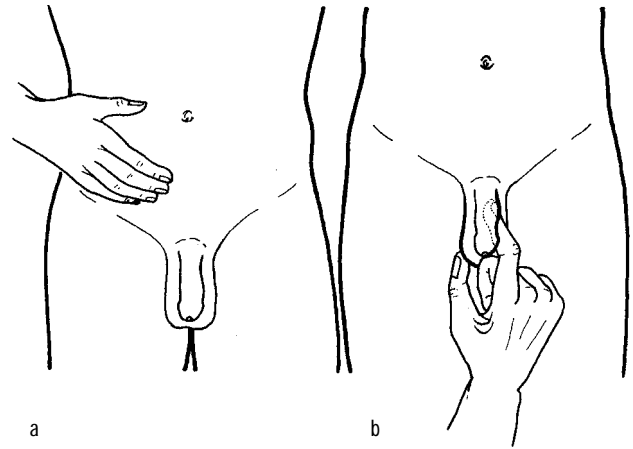


Fig. 5.10 Palpación inguinal buscando hernias: a, palpación abdominal; b, palpación del anillo.

Se palpa el orificio detallando sus caracteres (fig. 5.10 a), y se hace toser o pujar al enfermo, para provocar posible salida de órganos a través de los orificios herniarios.

La palpación especial del anillo inguinal buscando hernias (fig. 5.10 b) se realiza más tarde, durante el examen de los genitales, y por eso se describen más adelante, en el capítulo correspondiente de esta Sección.

Finalmente se debe explorar en esta etapa de la palpación, la sensibilidad de los tegumentos y el dolor provocado superficial.

La comprobación de las alteraciones de la sensibilidad parietal, se hará mediante tirones suaves o pellizcamiento de la piel, mientras palpa su espesor (ver fig. 5.9), o pasando sobre ella un alfiler (fig. 5.11), borde de la uña, mota de algodón, etcétera. La reacción del paciente puede ser verbal o a través de la expresión facial.

Carnett, que ha estudiado particularmente el importante papel de la pared abdominal en la exploración, aconseja, con el fin de comprobar si un dolor provocado en la pared depende de algún órgano intracavitario, que el enfermo levante la cabeza o los pies o que proyecte el vien-

Fig. 5.11 Exploración de la sensibilidad parietal: la piel es explorada con un alfiler.





tre hacia fuera. En estas circunstancias deben aumentar el dolor y la reacción hipertónica, si están determinados por una alteración de la pared abdominal. En todos estos casos de dolor parietal, este autor explora cuidadosamente la columna vertebral y los posibles defectos posturales del sujeto.

**Tensión abdominal**

Para la exploración de este fenómeno de equilibrio entre la presión intracavitaria determinada por la distensión de las vísceras y la resistencia de la pared que trata de contenerla, se palpa con la mano derecha en distintos sitios del vientre, colocándola de plano y usando los dedos para ejercer cierta presión contra la pared. La mano debe siempre orientarse paralelamente al eje del cuerpo y esta palpación puede hacerse en las distintas posiciones del sujeto examinado: acostado boca arriba, de lado, de pie, etc. Los datos normales varían en las distintas zonas y serán descritos con los datos normales que se obtienen en el examen físico del abdomen.

**Palpación visceral, intracavitaria o del contenido (palpación profunda)**

Durante esta etapa de la palpación abdominal, que es la fundamental, el sujeto se mantiene acostado en decúbito supino; se emplea el decúbito lateral, si se desea llevar un órgano a la línea media, para de ese modo, hacerlo más superficial y de mayor movilidad. La posición de pie o la sentada, favorecen el descenso de las vísceras; se debe invitar al enfermo a inclinar el tronco hacia delante para buscar mayor relajación.

La palpación visceral varía según la respiración, de modo que el médico debe conocer la influencia fisiológica de la respiración (movimiento del diafragma y vísceras) en este sentido.

En la inspiración, el diafragma baja, la presión intraabdominal aumenta y se dificulta la palpación. En la espiración, sucede todo lo contrario, la palpación es más fácil y aprovechable. Las vísceras se deslizan debajo de los dedos en los movimientos respiratorios, si el tipo respiratorio es el costoabdominal, el cual debe procurarse siempre, ya que es el más adecuado. A veces conviene hacer respirar al enfermo profundamente para provocar el descenso, por ejemplo, del hígado en la inspiración y proyectar más este órgano en el abdomen. Como se ve, el examinador puede hacer variar la respiración según le interese, para una mejor palpación visceral.

La palpación visceral o intracavitaria, se puede realizar con una mano (monomanual) o con las dos manos (bimanual). La *palpación monomanual* ya ha sido explicada anteriormente.

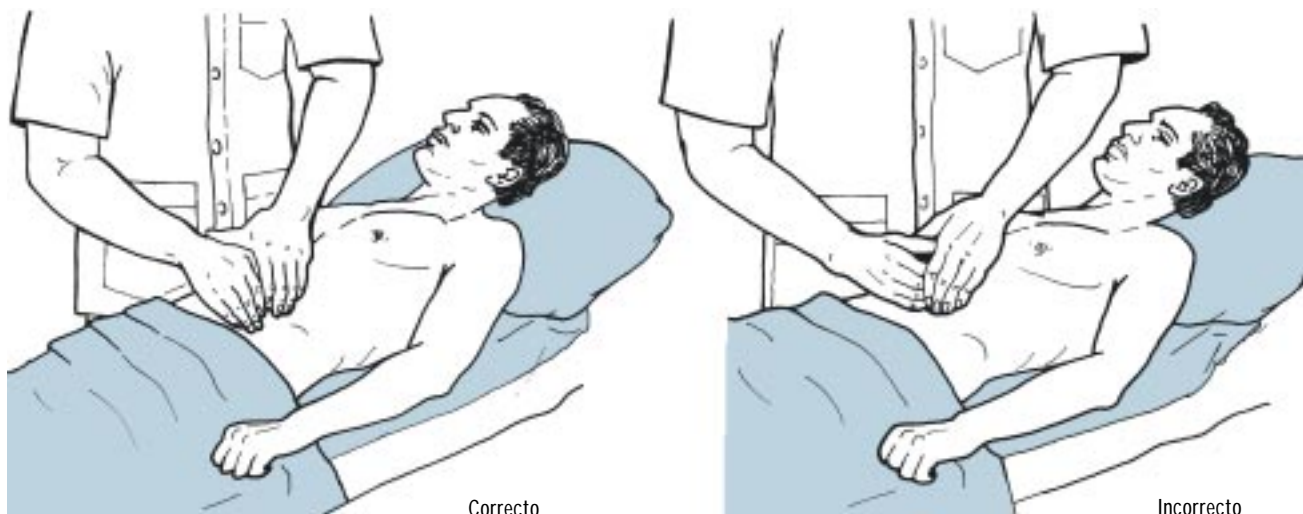
La *palpación bimanual* es mucho más rica en variedades y suministra mayor riqueza de datos. Describiremos los tipos generales de palpación bimanual más usados y dejaremos para el examen físico particular, las maniobras de palpación especiales para cada órgano.

**Tipos de palpación bimanual**

1. Con los dedos índices en contacto.
2. Con las manos superpuestas.
3. Anteroposterior o de peloteo.
4. Con la maniobra de deslizamiento, desnivel o arrastre.

En la *palpación bimanual con los dedos índices en contacto* es preferible que diverjan las manos en sus bases, para aprovechar los pulpejos de los dedos con mayor soltura (fig. 5.12). Las manos deben tener cierto grado de oblicuidad (una doble oblicuidad), sobre el abdomen para ganar la profundidad necesaria en la palpación de las vísceras al practicar el deslizamiento.

**Fig. 5.12** Palpación bimanual con los dedos índices en contacto.



Correcto

Incorrecto



**Fig. 5.13** Palpación bimanual con las manos superpuestas.

La *palpación bimanual con las manos superpuestas* (fig. 5.13) tiene como objetivo vencer cierta resistencia de la pared, aunque en realidad se palpa con una sola mano, la de abajo.

La *palpación bimanual anteroposterior o de peloteo*, usada por Chauffard (fig. 5.14), es aplicable más bien a los vacíos. Con esta palpación, la mano que está detrás empuja hacia delante las vísceras ofreciéndolas a la mano que palpa. En todos estos tipos de palpación, los dedos desempeñan un papel fundamental; se deben manejar con soltura, no fijarlos en posición forzada, de flexión o de una verdadera garra que es perjudicial en una buena palpación. A su vez, se deben aprovechar dos, tres o hasta cuatro dedos de cada mano.

Finalmente, siguiendo a Haussmann, recordemos la necesidad de practicar la *maniobra de deslizamiento de los dedos sobre los órganos*, la que se facilita arrastrando la piel por encima de la punta de los dedos para dejar allí plegado el excedente de piel (fig. 5.15). De este modo se profundiza de arriba abajo; se aprovechan los movi-

**Fig. 5.14** Palpación bimanual anteroposterior o de peloteo.



**Fig. 5.15** Maniobra de deslizamiento de los dedos.

mientos respiratorios y así los dedos al deslizarse, palpan los segmentos deseados y aprecian las posibles alteraciones.

Se aconseja siempre hacer el deslizamiento para evidenciar la diferencia de niveles, colocando las manos perpendicularmente al diámetro mayor de la formación anatómica que se palpa.

Esta maniobra se utiliza fundamentalmente para la palpación del hígado y el bazo, que están situados más superficialmente y por debajo y en contacto con el diafragma.



## Operaciones para realizar la palpación profunda

1. Puede usarse la palpación monomanual o la bimanual con los índices en contacto.

Utilizando la palpación monomanual y con la misma posición de la mano que para la palpación superficial, palpe profundamente los cuadrantes abdominales, pero evite con los movimientos pinchar con los dedos; utilice toda la superficie flexora de los dedos, deprímalos todos a la vez, con un movimiento flexor de las articulaciones metacarpofalángicas.

2. Anime de nuevo al examinado a respirar lenta y profundamente, y a exhalar con la boca abierta, mientras palpa.
3. Si el abdomen es difícil de deprimir repita la palpación, colocando una mano sobre la otra (palpación bimanual con las manos superpuestas).

Los objetivos fundamentales de la palpación profunda, o mejor, intracavitaria, son la valoración de masas palpables y la existencia o no de dolor, no detectado previamente con la palpación superficial.

*Masas palpables.* Aunque no es normal el hallazgo de masas palpables, si se encuentran, debe evaluarse su localización, tamaño, forma, consistencia y movilidad. La localización debe abarcar, además, si la masa está situada en la pared abdominal o está dentro de la cavidad abdominal.

Las estructuras abdominales que comúnmente se mal interpretan como masas anormales incluyen la aorta, el músculo rectoabdominal, el colon lleno de heces, el promontorio sacro en las personas delgadas con una palpación demasiado profunda y la sínfisis del pubis, en los obesos con abdomen redundante. Las heces se palpan

usualmente como una estructura tubular, en oposición a una estructura redondeada de una masa anormal.

*Dolor.* Aunque el abdomen no es normalmente doloroso, algunas personas refieren dolor en la palpación profunda, especialmente sobre la aorta abdominal, el ciego y el colon sigmoides.

Si la persona manifiesta dolor abdominal desde el inicio, se explora también el dolor de rebote deprimiendo el abdomen y rápidamente retirando sus dedos hacia arriba, técnica que se detallará en la Sección de Propedéutica. El dolor de rebote puede indicar inflamación del peritoneo.

La palpación de órganos intracavitarios incluye además, la palpación especial del hígado, el bazo y los riñones, cuyas técnicas se tratarán en cada uno de los capítulos correspondientes de esta Sección.

## MODELO DE REGISTRO ESCRITO DEL EXAMEN ABDOMINAL NORMAL

Ejemplo de un examen abdominal normal, como parte de su chequeo médico anual. El examen se registró como sigue:

*Inspección:* abdomen plano, simétrico, con musculatura bien desarrollada. Masas o pulsaciones no visibles, ni dolor o protrusiones con la respiración espontánea ni con la tos provocada; piel intacta, sin lesiones.

*Auscultación:* ruidos hidroaéreos activos, audibles y normales, en todos los cuadrantes. No ruidos vasculares.

*Percusión:* sonoridad del abdomen en su conjunto, normal.

*Palpación:* no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no masas palpables.