



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura

Medicina Humana

Materia

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico.

Docente

Dr. Miguel Basilio Robledo.

Trabajo

Mapa conceptual sobre la semiología de las patologías abdominales y soplos cardíacos.

Estudiante

Kevin Jahir Kraul Borralles

Grado y grupo

4 semestre

Grupo "A"

Parcial 3

Tapachula, Chiapas

16 de mayo de 2024

SEMIOLÓGIA ABDOMINAL (PATOLOGÍAS)

SÍNDROME ESOFÁGICO

¿QUÉ ES?
Se entiende por síndrome esofágico el conjunto de manifestaciones originadas por la afección de este órgano

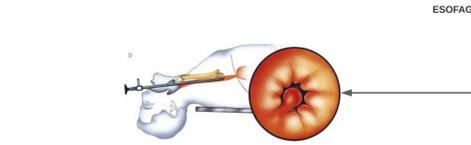
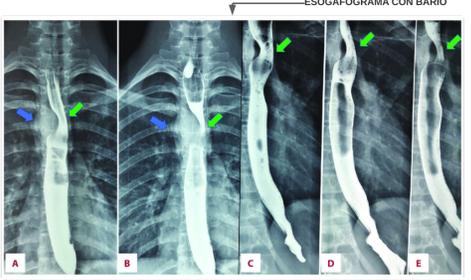
- DATOS CLÍNICOS
- Náuseas y vómitos
 - Hematemesis (vómito con sangre)
 - Melena (heces oscuras)
 - Anorexia
 - Pérdida de peso

EXPLORACIÓN
La exploración física puede revelar signos como estenosis esofágica, que se manifiesta por disfagia progresiva

- SIGNOS IMPORTANTES
- Disfagia (dificultad para tragar)
 - Pirois (ardor en el pecho)
 - Dolor torácico
 - Regurgitación
 - Odinofagia (dolor al tragar)

MANEJO
El manejo del síndrome esofágico depende de la causa subyacente. Puede requerir tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, dilatación endoscópica de estenosis, o incluso cirugía antirreflujo en casos de enfermedad por reflujo grave

- CANCER DE ESOFAGO**
SE MANIFIESTA
Se manifiesta sobre todo por disfagia a los sólidos de tipo progresivo, que en la mayoría de los casos es un sín toma tardío (cuando aparece evidencia un compromiso de los tercios de la luz esofágica).
- ESOFAGITIS**
SE MANIFIESTA
Pirois, odinofagia y con menor asiduidad, por disfagia.
- ERGE**
SE MANIFIESTA
La asociación con disfa gia debe considerarse un síntoma de alarma por su estre cha relación con la estenosis péptica y el adenocarcinoma de esófago.
- ACALASIA**
SE MANIFIESTA
La asociación con disfa gia debe considerarse un síntoma de alarma por su estre cha relación con la estenosis péptica y el adenocarcinoma de esófago.



SÍNDROME ULCEROSO Y GASTRITIS

ULCERA PÉPTICA

La enfermedad ulcerosa péptica es el conjunto de signos y síntomas producidos por una solución de conti nudad en la mucosa intestinal que expone la sub mucosa como consecuencia de la acción del ácido clorhídrico

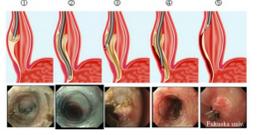
DATOS CLÍNICOS
La manifestación clínica más frecuente es el dolor epigástrico quemante, exacerbado por el ayuno y que mejora con la alimentación. La pirois (sensación de ardor retroesternal que puede llegar hasta la boca) está más relacionada con el reflujo gastroesofágico que puede acompañar a la úlcera péptica.

EXPLORACIÓN
En el examen físico se constata un abdomen ligeramente distendido y doloroso a la palpación del epigastrio. Con dolor a la palpación.

SIGNOS PERITONEALES
Signo de Jobert (desaparición de la matidez hepática) y el signo de Popper (presencia de neumoperitoneo).

MANEJO
El tratamiento busca curar la úlcera y abordar la causa subyacente. Incluye inhibidores de bomba de protones, antibióticos para erradicar H. pylori, y suspender o cambiar AINE

IMAGEN
Video endoscopia alta. Radiología seriada gastroduodenal.



GASTRITIS

La gastritis es la inflamación de la mucosa interna del estómago, que puede ser aguda o crónica.

DATOS CLÍNICOS
Síntomas variables como dolor en el epigastrio, anorexia, mareos, vómitos, y en casos graves, hemorragias digestivas. Puede ser asintomática o presentar manifestaciones leves a moderadas. En casos severos, puede causar deshidratación y shock en personas debilitadas.

EXPLORACIÓN
La visualización de la mucosa gástrica mediante endoscopia es fundamental para el diagnóstico. La biopsia gástrica obtenida durante la endoscopia permite un estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico. Los análisis de sangre y heces se utilizan para verificar otras causas y complicaciones. El análisis de aliento con urea puede detectar la presencia de la bacteria Helicobacter pylori.

MANEJO
Tratamiento específico según la causa, como antibióticos para erradicar H. pylori. Uso de medicamentos como inhibidores de la bomba de protones para reducir la producción de ácido. Suspensión de sustancias desencadenantes como antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o alcohol. Medidas de sostén como mejorar la alimentación y evitar factores desencadenantes.

IMAGEN
Endoscopia.



SÍNDROME PILÓRICO

- ESTENOSIS PILÓRICA
- ULCERA O INFLAMACION

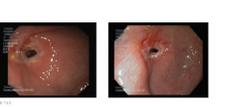
El síndrome pilórico es el conjunto de síntomas y signos provocados por una obstrucción a nivel del piloro que impide el vaciamiento y la evacuación gástrica correcta.

DATOS CLÍNICOS
El síntoma más frecuente del síndrome pilórico es el vómito. Está presente en más del 90% de los pacientes. En el 34% de los casos el vómito es diario, en el 41% se produce más de un episodio por día y en el 25% los vómitos son ocasionales. El 40% de los pacientes experimentan náuseas.

EXPLORACIÓN
En un estadio inicial de la enfermedad, puede observarse en la superficie del abdomen la contracción intermitente de la musculatura gástrica para vencer el obstáculo. La distensión abdo minal y el chapoteo gástrico (sonido que produce el movimiento del líquido retenido en el estómago al pal par el epigastrio) evidencian el estadio final de atonía gástrica.

MANEJO
Si la anamnesis y el examen físico sugieren un síndro me pilórico, el primer paso es la colocación de una sonda nasogástrica.

IMAGEN DIAGNÓSTICA
La videoendoscopia digestiva alta es el mejor método de diagnóstico para determinar la causa de la obstrucción.



ÍLEO

QUE ES
La interrupción de la progresión distal del contenido intestinal recibe el nombre de íleo.

- ADINAMICO
- MECANICO
- PARALITICO

OBSTRUCTIVO

DATOS CLÍNICOS
Ausencia de eliminación de gases y de materia fecal. Meteorismo por acumulación de gases y distensión abdominal. Vómitos. Dolor cólico. Transtornos hidroelectrolíticos. Respuesta inflamatoria sistémica.

SIGNOS IMPORTANTES
Los datos más importantes que obligan a sospechar un íleo son la distensión abdominal progresiva, la falta de eliminación de gases y materia fecal, y el dolorimiento o molestias difusas acompañados de náuseas y vómitos.

EXPLORACIÓN
La característica fundamental del íleo paralítico es la ausencia de ruidos hidroaéreos en un abdomen distendido y timpánico. En el caso de la peritonitis, se produce dolor a la compresión y a la descompresión, aumento de la tensión con defensa abdominal y contractura de la pared.

A DIFERENCIA DEL ÍLEO PARALITICO
En la obstrucción mecánica o íleo obstructivo hay dolor y también aumento de los ruidos hidroaéreos. Ambos fenómenos son consecuencia del aumento del peristaltismo en un intento de vencer el obstáculo.

Se observan abundantes niveles hidroaéreos característicos de la parálisis intestinal.



SÍNDROME DIARREICO

QUE ES
La diarrea puede definirse como el aumento del número de deposiciones de consistencia más fluida.

SIGNOS SUGESTIVOS
náuseas, vómitos, dolor abdominal y fiebre. En los adultos, las heces contienen alrededor del 70-85% de agua y el peso total normal es menor de 200 g/día. Cuando el peso calculado en 24 horas es superior a esta medida, se define objetivamente la diarrea.

- AGUDA (< 2 SEMANAS)
- CRONICA (> 4 SEMANAS)

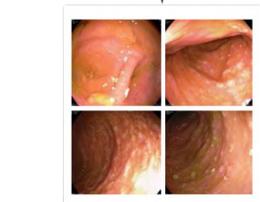
EXAMEN FÍSICO
la evaluación cuidadosa del estado de hidratación es importante, ya que la deshidratación es la mayor causa de morbimortalidad de la diarrea aguda infecciosa. El aumento de la frecuencia cardíaca y la presencia de hipotensión arterial ortostática indican una pérdida sustancial de volumen. la fiebre alta sugiere infección por un microorganismo invasor. La disminución de la motilidad intestinal con ausencia de ruidos hidroaéreos es un signo de gravedad.

En ocasiones, los pacientes se encuentran más comprometidos y presentan fiebre alta, escalofríos, dolor abdominal y diarrea sanguinolenta. En estos casos se debe pensar en Salmonella o Shigella, que invaden la mucosa intestinal y provocan una inflamación intestinal impor tante.

Se debe intentar distinguir entre el origen orgánico y el fun cional; la pérdida de peso involuntaria y el despertar nocturno por la diarrea son signos de alarma que obligan a descartar causas orgánicas. Si no están presentes estas últimas y hay un dolor abdominal cólico que cede con la defecación, se debe pensar en el síndrome del intestino irritable.

INTERROGATORIO
Interrogar sobre el uso de fármacos (laxantes, antidepresivos, metformina) y so bre viajes recientes. La intolerancia a ciertos alimentos puede estar relacionada con la diarrea (lactosa, gluten). Por último, debe interrogarse sobre cirugías digestivas previas y radioterapia.

DIAGNÓSTICO
Laboratorio: hemograma, eritrosedimentación, ionograma plasmático, creatinina, tirotrófina, tiroxina libre. Considerar, de acuerdo con la historia clínica: gastrina, péptido intestinal vasoactivo, sustancia P, histamina, calcitonina, 5-hidroxiindolacético urinario. Examen parasitológico e investigación cuantitativa de grasa en la materia fecal. Colonoscopia con biopsia.



SÍNDROME MALABSORCIÓN

QUE ES
El síndrome de malabsorción involucra una alteración en la digestión y la absorción de los nutrientes y puede ser ocasionado por un grupo de enfermedades de diversas etiologías y variada expresión clínica.

SINTOMAS Y SIGNOS
Los síntomas y signos comunes a las enfermedades con malabsorción son la diarrea, la pérdida de peso con el apetito conservado y la distensión abdominal. El tiempo de evolución de la enfermedad y la extensión del intestino comprometido determinarán la presencia o la prevalencia de algunos de ellos.

La diarrea crónica es un síntoma cardinal del síndrome de malabsorción. Según la causa que la determine, el contenido de grasa o de agua en las heces puede variar.

MANIFESTACIÓN CLÍNICA
la manifestación clínica más constante y relevante de estos síndromes es la pérdida de peso; su ausencia pone en duda el diagnóstico y lo hace poco probable. Otro síntoma común es la distensión abdominal y conviene recordar, por su alto valor predictivo negativo, que evoluciona sin dolor abdominal. Cuando hay dolor se debe dudar del síndrome de malabsorción como entidad primaria.

ENFOQUE DIAGNÓSTICO
En algunos casos, los síntomas predominantes son distensión abdominal, anorexia, borborigmos y flatulencia, y muchos pacientes están asintomáticos. La deficiencia de hierro con anemia ferropénica en ocasiones es el único dato orientador hacia el diagnóstico de malabsorción.



LABORATORIO
Laboratorio: hemograma, eritrosedimentación, ionograma plasmático, creatinina, tirotrófina, tiroxina libre. Considerar, de acuerdo con la historia clínica: gastrina, péptido intestinal vasoactivo, sustancia P, histamina, calcitonina, 5-hidroxiindolacético urinario. Examen parasitológico e investigación cuantitativa de grasa en la materia fecal. Colonoscopia con biopsia.



SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

El síndrome del intestino irritable (SII) es un conjunto de síntomas caracterizados por la presencia de dolor abdominal crónico o recurrente, asociado con alteraciones en el hábito evacuatorio.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS
La forma más común de presentación es el dolor abdominal asociado con alteración en el hábito evacuatorio, específicamente constipación (estreñimiento), diarrea, o alternancia de ambas. La distensión o "hinchazón" abdominal es un síntoma frecuente en los pacientes con SII.

PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA
Modificación del dolor con la evacuación intestinal. Alteración en la consistencia de las heces. Aparición de moco. Sensación de evacuación incompleta. Sensación de distensión abdominal.

MANIFESTACIÓN CLÍNICA
Cefalea. Fatiga crónica. Fibromialgia. Contractura cervical y lumbar. Cistitis intersticial.

CRITERIOS DE BRISTOL

Escala de Bristol	Descripción
Tipo 1	Troncos duros separados, como nueces
Tipo 2	Con forma de salchicha, pero gruesa
Tipo 3	Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4	Con forma de salchicha, como serpenteo y suave
Tipo 5	Bolitas suaves con bordes desgajados
Tipo 6	Troncos suaves con los bordes desgajados
Tipo 7	Acuosas, en forma sólidas totalmente líquidas



EXAMEN FÍSICO
Puede encontrarse un marco cólico doloroso a la palpación, en especial en el colon sigmoide. La presencia de masas abdominales, organomegalias, adenomegalias, ascitis o ictericia es incompatible con el diagnóstico de intestino irritable y requiere una evaluación adicional. El tacto rectal es importante en los pacientes con SII-C para descartar lesiones orgánicas.

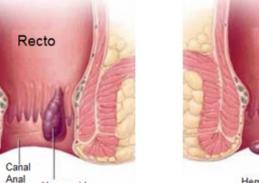
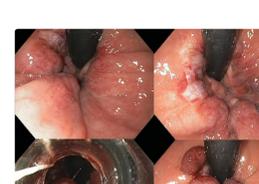
SÍNDROMES RECTOANALES

- FISTULA ANAL
- HEMORROIDES
- PROCTALGIA
- COCCIGODINIA
- PROLAPSO RECTAL

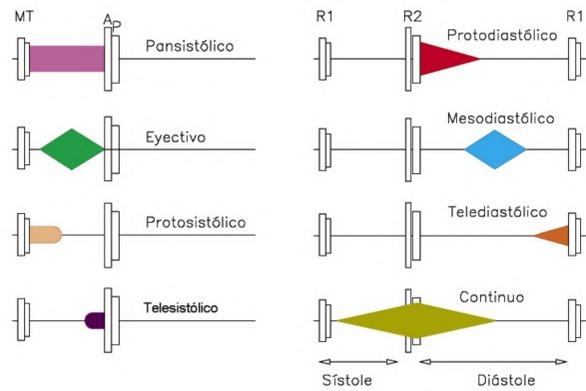
• Dolor anal o rectal
• Sangrado al defecar
• Sensación de bulto o prolapso
• Estreñimiento o diarrea
• Incontinencia fecal

EXPLORACIÓN
• Inspección del ano y región perianal
• Tacto rectal para evaluar tono del esfínter y descartar masas
• Anuscopia o rectoscopia para visualizar lesiones

MANEJO
• Medidas conservadoras como dieta rica en fibra, hidratación, baños de asiento
• Tratamiento farmacológico tópico o sistémico para reducir espasmos y dolor
• Fisioterapia del suelo pélvico
• Cirugía en casos refractarios o con complicaciones



Fistula Anal Compleja. Se observan múltiples orificios fistulosos.



M: Mitral T:Tricúspide A: Aortico P: Pulmonar R1: Primer ruido cardiaco R2: Segundo ruido cardiaco

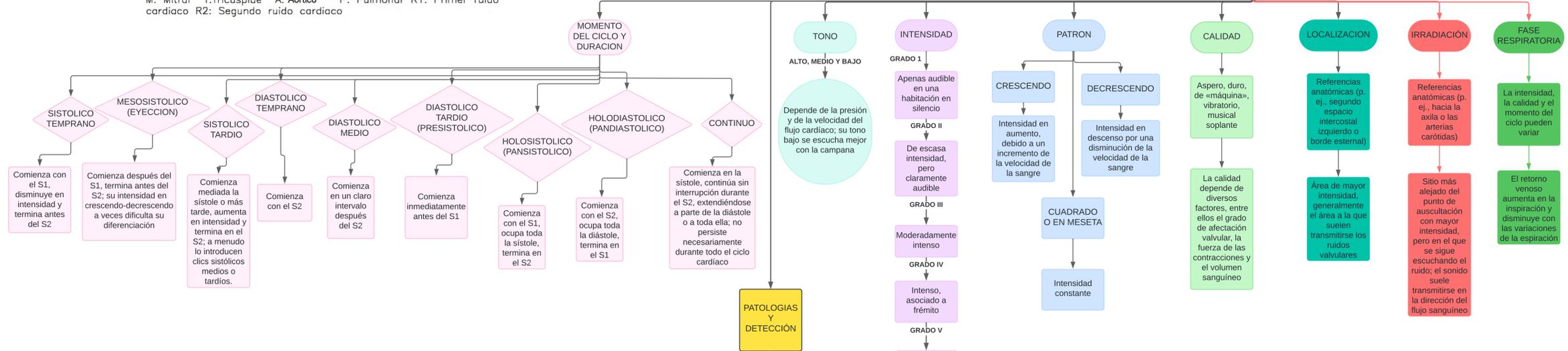
SOPLOS CARDIACOS

DEFINICION
Los soplos cardiacos son ruidos adicionales relativamente prolongados que se escuchan durante la sistole o la diástole; a menudo indican un problema.

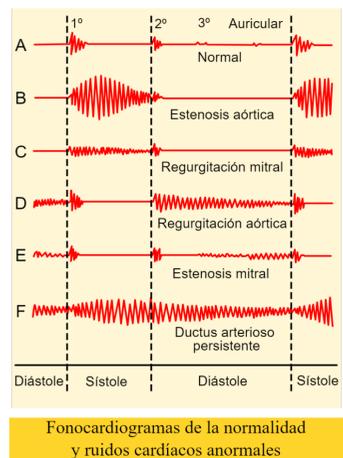
CAUSA
Las válvulas alteradas —causa frecuente de soplos— no abren o no cierran bien. Cuando las valvas están engrosadas y el paso se encuentra estrechado.

EXPLORACION
El descubrimiento de un soplo cardiaco requiere una cuidadosa valoración y un buen diagnóstico. Aunque ciertos soplos son benignos otros representan un proceso patológico. Por tanto, a menudo son necesarias sólidos hallazgos aportados por pruebas adicionales antes de descartar un soplo como funcional.

CLASIFICACION



ESTENOSIS MITRAL	ESTENOSIS AORTICA	ESTENOSIS SUBAORTICA	ESTENOSIS PULMONAR	ESTENOSIS TRICUSPIDEA	RECURGITACION MITRAL	PROLAPSO DE VALVULA MITRAL
DETECCION Se escucha con la campana en el ápex y el paciente en decúbito lateral izquierdo	DETECCION Se escucha sobre el área aórtica; sonido de eyección en el borde del segundo espacio intercostal derecho	DETECCION Se escucha en el área del borde del borde externo izquierdo	DETECCION Se escucha sobre el área pulmonar, con irradiación hacia la izquierda y hacia el cuello; frémito en los espacios intercostales segundo y tercero del lado izquierdo	DETECCION Se escucha con campana sobre el área tricúspidea	DETECCION Se escucha mejor en el ápex; más intenso en ese punto, se transmite hacia la axila izquierda	DETECCION Se escucha en el ápex y en el borde externo inferior izquierdo; es fácil que pase desapercibido en decúbito supino; se escucha también en posición erguida
HALLAZGOS Ruido diastólico sordo y de baja frecuencia, más intenso al principio y al final de la diástole, sin irradiación; la sistole suele ser silenciosa; es frecuente un frémito palpable en el ápex en la diástole tardía; el S1 está aumentado y a menudo es palpable en el borde externo izquierdo; frecuente desdoblamiento del S2, con P2 acentuado; el chasquido de apertura sigue de cerca a P2. Elevación visible en el área parasternal derecha si existe hipertrofia de ventrículo derecho. Disminución de amplitud de pulso arterial	HALLAZGOS Soplo (de eyección) mesosistólico de tono medio, áspero, en forma de diamante "m crescendo-decrescendo; se irradia a lo largo del borde externo izquierdo (a veces hasta el ápex) y a la carótida, con frémito palpable; el S1 se escucha a menudo mejor en el ápex, y desaparece cuando la estenosis es grave, seguido a menudo de clic de eyección; el S2 es suave o está ausente, y no siempre desdoblado; le S4 es palpable; el sonido de eyección está amortiguado en caso de válvulas calcificadas; cuanto más grave es la estenosis, más tardío es el pico del soplo en la sistole. El empuje apical se desvía hacia abajo y hacia la izquierda y se prolonga si también existe hipertrofia ventricular izquierda	HALLAZGOS El soplo llena la sistole, en forma de diamante, tono medio, áspero; frémito a menudo palpable durante la sistole en el ápex y el borde externo derecho; múltiples ondas en los impulsos apicales; el S2 suele desdoblarse; el S3 y el S4 a menudo están presentes. Pulso arterial rápido, es frecuente la doble onda en la carótida; pulso venoso yugular	HALLAZGOS Soplo sistólico (eyección), en forma de diamante, tono medio, áspero; generalmente con frémito; al S1 a menudo se observa un clic de eyección; el S2 suele estar disminuido, generalmente con desdoblamiento amplio; el P2 es suave o está ausente; el S4 es frecuente en la hipertrofia ventricular derecha; el soplo puede ser prolongado y confundirse con el sonido del defecto del tabique ventricular	HALLAZGOS Ruido sordo diastólico que se acentúa de forma temprana y tardía en la diástole, asemejándose a la estenosis mitral, pero es más intenso en la inspiración; frémito diastólico palpable sobre el ventrículo derecho; el S2 puede desdoblarse durante la inspiración. Disminución de la amplitud del pulso arterial; pulso venoso yugular prominente, especialmente una onda; caída lenta de onda v	HALLAZGOS Holosistólico, intensidad en forma de meseta, tono alto, calidad soplante, áspero, a menudo bastante intenso y puede borrar el S2; se irradia desde el ápex hasta la base y la axila izquierda; el frémito puede palparse en el ápex durante la sistole; intensidad del S1 disminuida; el S2 es más intenso, con el P2 a menudo acentuado; el S3 suele estar presente; galope del S3-S4 frecuente en la enfermedad tardía	HALLAZGOS Soplo sistólico típicamente tardío precedido de clics mesosistólicos, aunque tanto el soplo como los clics son muy variables en cuanto a intensidad y momento de presentación
DESCRIPCION La válvula estrechada limita el flujo de avance; eyección forzada al ventrículo A menudo se produce con regurgitación mitral Causada por fiebre reumática o infección cardíaca	DESCRIPCION La calcificación de las cúspides valvulares restringe el flujo de avance; eyección forzada desde el ventrículo hacia la circulación sistémica Causada por válvula bicúspide congénita (en lugar de la tricúspide normal), cardiopatía reumática, aterosclerosis. Puede ser la causa de muerte súbita, especialmente en niños y adolescentes, bien en reposo o durante el ejercicio; riesgo relacionado aparentemente con el grado de estenosis	DESCRIPCION Anillo fibroso, generalmente entre 1 y 4 mm por debajo de válvula aórtica; es más pronunciado en el lado ventricular del tabique; puede agravarse progresivamente con el tiempo	DESCRIPCION La válvula limita el flujo de avance; eyección energética desde el ventrículo hacia la circulación pulmonar. La causa casi siempre es congénita	HALLAZGOS La calcificación de las cúspides valvulares restringe el flujo de avance; eyección energética al interior de los ventrículos. Se observa habitualmente junto con estenosis mitral, rara vez sola. Causada por cardiopatía reumática, defecto congénito, fibroelastosis endocárdica, mixoma auricular derecho	HALLAZGOS La incompetencia valvular permite el reflujo del ventrículo a la aurícula. Causada por fiebre reumática; infarto de miocardio, mixoma, rotura de cuerdas	DESCRIPCION La válvula es eficaz precozmente en la sistole, pero se prolapsa hacia la aurícula más tarde en la sistole; puede agravarse progresivamente, dando lugar a soplo holosistólico; a menudo es concurrente con pectus excavatum
Estenosis de válvula mitral	Estenosis de válvula aórtica	Estenosis subaórtica	Estenosis de válvula pulmonar	Estenosis de válvula tricúspide	Regurgitación mitral (corazón en sistole)	Prolapso de válvula mitral (corazón en sistole)



Fonocardiogramas de la normalidad y ruidos cardiacos anormales

REGURGITACION AORTICA	REGURGITACION PULMONAR	REGURGITACION TRICUSPIDEA
DETECCION Se escucha con el diafragma del estetoscopio, el paciente sentado e inclinado hacia delante; con la campana se oye el soplo de Austin-Flint; se escucha clic de eyección en el segundo espacio intercosta	DETECCION Dificultad para distinguirla de la regurgitación aórtica en la exploración física	DETECCION Se escucha en el área inferior izquierda del esternón, a veces con irradiación unos centímetros a la izquierda
DESCRIPCION Diastólico temprano, tono alto, soplante, a menudo con soplo mesosistólico en forma de diamante; ruidos con frecuencia no son marcados; la duración varía con la presión arterial; es frecuente el soplo sordo, de tono bajo, en el ápex (Austin-Flint); a veces existe clic de eyección temprano; el S1 es suave; el desdoblamiento del S2 puede tener calidad de tambor; el M1 y el A2 a menudo son más intensos; es frecuente el galope del S3-S4. En la hipertrofia ventricular izquierda, latido de la punta prolongado y prominente abajo y hacia la izquierda	DESCRIPCION La incompetencia valvular permite el reflujo desde la arteria pulmonar hacia el ventrículo. Secundaria a hipertensión pulmonar o endocarditis bacteriana	DESCRIPCION Soplo holosistólico sobre el ventrículo derecho, soplante, que aumenta en la inspiración; con frecuencia, hay S3 y frémito sobre el área tricúspidea. En la hipertensión pulmonar, acentuación del impulso de la arteria pulmonar palpable sobre el segundo espacio intercostal izquierdo, así como del P2; en la hipertrofia ventricular derecha, visible elevación hacia la derecha del esternón
CAUSA La incompetencia valvular permite el reflujo de la aorta al ventrículo. Causada por cardiopatía reumática, endocarditis, enfermedades aórticas (síndrome de Marfan, necrosis medial), sífilis, espondilitis anquilosante, disección, traumatismo cardíaco	CAUSA La incompetencia valvular permite el reflujo desde el ventrículo hacia la aurícula	CAUSA Causada por defectos congénitos, endocarditis bacteriana (especialmente en los consumidores de drogas intravenosas), hipertensión pulmonar, traumatismo cardíaco
Regurgitación aórtica (corazón en diástole)	Regurgitación pulmonar (corazón en diástole)	Regurgitación tricúspide (corazón en sistole)

BIBLIOGRAFIAS:
1. ELABORADO POR KEVIN JAHIR KRAUL BORRALLES.
2. MANUAL MOSBY DE EXPLORACION FISICA (ELSEVIER MOSBY) HENRY M. SEIDEL -CAPITULO 14, PÁGINA 396-.
3. SEMIOLOGIA MEDICA ARGENTINA ALVAREZ 2A EDICION (PARTE IX, PAGINA 686)
4. BATES GUIA DE EXPLORACION FISICA E HISTORIA CLINICA 11A. EDICION