



Mi Universidad

Mapa conceptual

Nombre del Alumno: Juan Carlos Bravo Rojas

Nombre del tema: Patologías de abdomen y tipos de soplos

Parcial: 3ro

Nombre de la Materia: Propedéutica, semiología y diagnóstico físico

Nombre del profesor: Dr. Miguel Basilio Robledo

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 4to

Exploración, signos y estudios de imagen en la semiología de las patologías abdominales.

Apéndice

Se presenta

Apendicitis

Causas habituales de dolor agudo

Estudios de imagen

Estudio de elección

Tomografía computarizada TC

Excepción

Hallazgos imagenológicos

- Apéndice distendido con diámetro transversal > 6-7mm.
- Engrosamiento parietal.
- Cambios inflamatorios periapendiculares.
- Adenopatías pericecales.



Signos

Signo de Rovsing:

Se presiona de manera profunda y uniforme el CII, y luego se retira rápido los dedos

El dolor en el CID mientras se presiona el lado izquierdo es un signo Rovsing positivo

Signo del psoas. Se coloca la mano por encima de la rodilla derecha del paciente y se le pide que eleve el muslo contra la mano del examinador.

El aumento del dolor abdominal con cualquier maniobra constituye un signo del psoas positivo.

Signo de talo percusión:

Dolor en fosa ilíaca derecha con pacientes en decúbito dorsal al elevar el miembro pélvico derecho y golpear ligeramente el talón.

Exploración

Se le pide al paciente que nos diga donde comenzó el dolor y donde le duele en ese momento

Se busca

Cualquier zona de dolor a la palpación

El punto de MCBurney se encuentra casi siempre a unos 5 cm de la apófisis espinosa anterior del ilion.

También se utiliza

Escala de Alvarado

Evalúa

Síntomas:

-migración del dolor, anorexia y náuseas o vómito.

Signos:

-Dolor en CID, signo de rebote (+) y fiebre > 38 °C.

Laboratorio:

-Leucocitosis y desviación a la izquierda de neutrófilos

Confirmación de diagnóstico

Apendicectomía

Patologías abdominales

Diarrea

Definición

La diarrea es la evacuación intestinal de heces flojas y líquidas tres o más veces al día.

Aguda

Crónica

Aquella que comienza bruscamente y tiene una duración menor a dos semanas.

Aquellas que persisten por un periodo superior a 4 semanas.

- Virales.
- Bacterianas.
- Parasitarias.

persistente

Diarreas que duran entre 2-4 semanas.

Enfermedades inflamatorias del intestino.
Tumores.
Síndrome de malabsorción.
Etc.

clínica

-Aparición brusca de evacuaciones frecuentes y líquidas (característica de la diarrea aguda).

Puede estar acompañada de:

-Dolor abdominal cólico, náuseas y vómitos.

Anamnesis

¿Cómo inicio?, ¿cuánto tiempo tiene que inicio el cuadro? ¿Cuánto tiempo ha durado el malestar de la diarrea? ¿ha realizados viajes recientemente?

Examen físico

Se deben buscar signos de deshidratación y características del abdomen.
Se puede solicitar un examen microscópico de materia fecal y cultivo bacteriológico y parasitario.
La asociación de leucocitos y diarrea sugieren diarrea de origen bacteriano.
El frotis rectal resulta útil en algunos casos.

En la evaluación de un paciente con diarrea crónica es indispensable saber si hay o no esteatorrea.

A través

Prueba de Van de Kamer.

Estudios radiográficos

Radiografía simple de abdomen

La presencia de calcificaciones a nivel pancreático sugerirá la existencia de una pancreatitis crónica y una dilatación importante del marco colónico.

Alertaría sobre complicaciones en ciertas diarreas infecciosas.

El rendimiento de los estudios radiográficos suele ser limitados.

Estudios contrastados

De

Estómago, el duodeno, el intestino delgado y el colon

Útil para

Investigación de neoplasias, linfomas, síndrome de malabsorción y enfermedades inflamatorias como la enfermedad de Crohn.

Patologías abdominales

Constipación

Definición

Se define el síntoma constipación o estreñimiento a partir de la impresión subjetiva del paciente de tener alteraciones en el intestino (dificultad para o la poca frecuencia para evacuar las deposiciones).

Criterios de Roma III

Se define como constipación funcional a la presencia de dos o más de las siguientes manifestaciones:

- Evacuaciones enforzadas o dificultosas, en al menos el 25% de las defecaciones.
- Materia fecal dura o escíbalos, en un 25% o más de las evacuaciones.
- Sensación de evacuación incompleta, por lo menos en un 25% de las deposiciones.
- Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal en al menos un 25% de las defecaciones.
- Maniobras manuales o facilitadoras en al menos 25% de las defecaciones.
- Menos de tres evacuaciones por semana.
- Heces blandas raramente sin e uso de laxante.
- Ausencia de criterios suficientes para el síndrome de intestino irritable.

Clasificación

-Constipación primaria:
Tránsito normal, tránsito lento y disfunción del piso o suelo pelviano.

-Constipación secundaria:
Hábitos dietéticos, fármacos, endocrinometabólicas, alteraciones neurológicas, enfermedades sistémicas y estructurales.

Anamnesis

Se debe interrogar al paciente sobre la presencia de síntomas asociados, como dolor abdominal que sugiere sx de intestino irritable o dolor en la región anal, en la fisura anal. ¿En qué momento inicio la constipación?, ¿necesita usar posiciones inusuales durante la defecación?, ¿experimenta una sensación de llenado a nivel anal?, ¿de momento consume algún medicamento?, ¿hay presencia de signos o síntomas de alarma?

Las formas de presentación de la constipación en el anciano pueden inespecíficas.

Examen físico

Examen abdominal

Es importante evaluar: la presencia de distensión abdominal, timpanismo, dolor o materia fecal en el colon.

Examen Anorrectal

Se debe buscar hemorroides, prolapso mucoso y fisura. La pérdida del reflejo cutáneo anal sugiere lesión sacra.

Tacto rectal

Evalúa el tono del esfínter, la presencia de dolor, masas, estenosis, la contracción voluntaria y la respuesta al pujo de los músculos puborrectales.

Estudios imagenológicos

Defecografía

Se introduce bario de consistencia similar a la materia fecal y bajo control fluoroscópico se monitorizan las estructuras anorrectales mientras que el paciente expulsa el bario.

Se evalúa el ángulo anorrectal, que debe de abrirse más de 15°.

¿Es menor?

Hay falta de descenso adecuado del periné o una evacuación incompleta.

Evidencia

Disinergia del piso pélvico.

Exploración, signos y estudios de imagen en la semiología de las patologías abdominales.

Vesícula

Colecistitis y colelitiasis

- Factores de riesgo
- son
- Edad (más frecuente a partir de los 40 años).
 - Sexo femenino.
 - Embarazo.
 - Antecedentes familiar de litiasis biliar.
 - Obesidad.
 - Dislipidemia.
 - Diabetes mellitus.
 - Etc.

Clasificación de colecistitis

- Grado I – Leve.
- Grado II – moderado.
- Grado III – grave

Diagnóstico diferencial

- Apendicitis aguda, úlcera péptica perforada, obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, pielonefritis, angina de pecho, hígado congestivo, infarto de miocardio, herpes zoster, rotura de aneurisma, síndrome de Fitz-Hungh-Curtis, etc.

Diagnóstico clínico.

Colecistitis y colelitiasis

- Signo de Murphy positivo.
- Masa en CSD.
- Dolor en CSD.
- Resistencia muscular en CSD.
- Nauseas/vomito.

Colecistitis complicada.

- Vesícula palpable.
- Fiebre mayor de 39 °C.
- Calosfríos.
- Inestabilidad hemodinámica.

Laboratorios

No hay prueba de laboratorio específicas para colecistitis y colelitiasis.

Sin embargo

Hay pruebas que pueden ser de utilidad: biometría hemática en la cual se puede encontrar leucocitosis y proteína C reactiva la cual puede encontrarse elevada.

Ante la presencia de fiebre y sospecha de procesos infeccioso se puede solicitar hemocultivo y cultivo de secreciones. Con la finalidad de la identificación del agente microbiano.

Grado I (leve)

- AINES.
- Antibiótico vía oral.
- Colecistectomía laparoscópica temprana (1-4 días)

Estudios de imagen.

Ultrasonido

- 98% de sensibilidad.
- Prueba no invasiva de primera elección.

Hallazgos

- Engrosamiento de la pared vesicular de 5mm.
- liquido perivesicular.
- Signo de Murphy ultrasonográfico positivo.

También

Resonancia magnética nuclear (RMN)

Hallazgos

- Signo de pericolecistitis con imágenes de alta densidad.
- Alargamiento vesicular.
- Engrosamiento de la pared vesicular.

Gammagrafía biliar (escenografía)

- 97% de sensibilidad.
- Cuando la clínica y la ecografía no fueron concluyentes.

Hallazgos

- Exclusión vesicular.
- Signo de RIM.
- Alargamiento vesicular 8 cm axial y 4 cm diametral.
- Lito encarcelado.
- Imagen de doble riel.
- Sombra acústica.
- Ecos intramurales.

También

Tomografía axial computarizada.

Hallazgos

- Engrosamiento de la pared vesicular.
- Colecciones liquidas perivesiculares.
- Áreas de alta densidad en el tejido graso perivesicular.

Tratamiento

Grado II (moderado)

Inflamación local severa

No

- AINES.
- Antibiótico oral.
- Colecistectomía laparoscópica temprana (1-4 días).

si

- AINES.
- Antibiótico intravenoso.
- Drenaje percutáneo o quirúrgico de vesícula con toma de cultivo biliar o hemocultivo.

Grado III (grave)

- Control inmediato y específico a la falla orgánica que esté presente.
- Manejo de la inflamación local.
- Antibiótico intravenoso.
- Drenaje percutáneo o quirúrgico de vesícula con toma de cultivo biliar o hemocultivo.

Patologías abdominales

Síndrome de malabsorción

Definición

El termino malabsorción involucra una alteración en la digestión y la absorción de los nutrientes.

Manifestaciones clínicas

Diarrea, la perdida de peso y la distención abdominal

Enfoque diagnóstico

Deberá de confirmarse el diagnostico de esteatorrea mediante una prueba de Van de Kamer.

Deberá de diferenciarse si el trastorno se debe a una enfermedad pancreática o del intestino delgado.

Una prueba normal de excreción urinaria de xilosa (más de 5 g en 5 horas) orienta hacia una afectación pancreática y su alteración.

Los anticuerpos antitransglutaminasa tisular IgA y antiendomiso IgA tiene alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de enfermedad celiaca.

Las pruebas en el aliento de D-xilosa y lactosa-H2 permiten hacer el diagnóstico de proliferación bacteriana excesiva y malabsorción de lactosa.

Estudio imagenológico

Radiografía

La radiografía indicara el sitio para la biopsia.

SOPLOS PATOLÓGICOS

ESTENOSIS AÓRTICA

Localización: 2.º y 3.º espacios intercostales derechos. Localización. 3.º y 4.º espacio intercostales izquierdos.

Irradiación: a menudo a las carótidas, por el borde esternal izquierdo, e incluso hasta la punta. Si es grave, puede irradiar a los 2.º y 3.º espacios intercostales izquierdos.

Intensidad: a veces suave, pero a menudo fuerte, con frémito (grado 4/6 y superior).

Tono: medio, áspero; creciente-decreciente, puede acentuarse en la punta.

Cualidad: a menudo áspero; puede resultar más musical en la punta.

Tipo de soplo: sistólico

Maniobras: se ausculta mejor con el paciente sentado e inclinado hacia delante.

MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Localización: 3.º y 4.º espacios intercostales izquierdos.

Irradiación: por el borde esternal izquierdo hasta la punta, quizá hasta la base, pero no hasta el cuello.

Intensidad: a veces suave, pero a menudo fuerte, con frémito (grado 4/6 y superior).

Tono: medio.

Cualidad: áspero.

Tipo de soplo: mesosistólico

Maniobras: la intensidad disminuye en cuclillas y en la fase de liberación de la maniobra de Valsalva (aumenta el retorno venoso); aumenta al estar de pie y con la fase de esfuerzo de la maniobra de Valsalva (disminuye el volumen del ventrículo izquierdo)

ESTENOSIS PULMONAR

Localización: 2.º y 3.º espacios intercostales izquierdos.

Irradiación: Si es fuerte, hacia el hombro izquierdo y el lado izquierdo del cuello.

Intensidad: suave o fuerte; si es fuerte se acompaña de frémito.

Tono: medio; creciente-decreciente.

Cualidad: a menudo áspero.

INSUFICIENCIA MITRAL

Localización: punta.

Irradiación: a la axila izquierda, con menor frecuencia al borde esternal izquierdo.

Intensidad: suave a fuerte; si es fuerte se asocia con frémito en la punta.

Tono: medio.

Calidad: áspero, holosistólico.

Tipo de soplo: pansistólico

Maniobras: a diferencia de la insuficiencia tricuspídea, la intensidad del soplo no cambia con la inspiración.

INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA

Localización: borde esternal inferior izquierdo. Si la presión del ventrículo derecho es alta y el ventrículo está agrandado, el soplo puede ser más intenso en la punta y puede confundirse con insuficiencia mitral.

Irradiación: a la derecha del esternón, a la región xifoidea y quizá a la línea media clavicular izquierda, pero no a la axila.

Intensidad: variable.

Tono: Medio.

Calidad: Silbante, holosistólico..

Tipo de soplo: pansistólico

Maniobras: A diferencia de la insuficiencia mitral, la intensidad aumenta con la inspiración.

SOPLOS PATOLÓGICOS

COMUNICACIÓN INTRAVENTRICULAR

Localización: espacios intercostales izquierdos 3.º, 4.º y 5.º.

Irradiación: a menudo amplia, dependiendo del tamaño del defecto.

Intensidad: a menudo muy fuerte, con frémito. Los defectos más pequeños ocasionan soplos más fuertes.

Tono: alto, holosistólico. Los defectos más pequeños ocasionan soplos con tonos más altos

Cualidad: a menudo áspero.

INSUFICIENCIA AÓRTICA

Localización: 2.º a 4.º espacios intercostales izquierdos.

Irradiación: si es fuerte, hacia la punta, y quizá al borde esternal derecho. Irradiación. Escasa o nula.

Intensidad: grado 1-3.

Tono: alto. Utiliza el diafragma.

Cualidad: sibilante y decreciente; puede confundirse con los ruidos respiratorios.

Tipo de soplo: diastólico

Maniobras: el soplo se ausculta mejor con el paciente sentado, inclinado hacia delante, manteniendo la respiración después de una espiración.

ESTENOSIS MITRAL

Localización: por lo general limitado a la punta.

Irradiación: escasa o nula.

Intensidad: grado 1-4.

Tono. Decreciente de tono bajo y arrastrado, con acentuación presistólica. Utiliza la campana

Cualidad: a menudo áspero.

Tipo de soplo: diastólico

Maniobras. Coloca la campana exactamente sobre el latido de la punta y gira al paciente a decúbito lateral izquierdo; el ejercicio ligero ayuda a hacer audible el soplo. Se oye mejor en espiración.

Bibliografía

Bates guía de exploración física e historia clínica 12ª edición.

Semiología medica Argente Álvarez 2ª edición