

**Marvin López Roblero**

**Arely Alejandra Aguilar Velasco**

**Semiología**

**Cuadros sinópticos**

**4°**

**“B”**

# DOLOR ABDOMINAL

Principal estímulo doloroso para una víscera hueca es su distensión, contracción o estiramiento. De acuerdo a su mecanismo, se distinguen dos tipos de dolor abdominal: dolor visceral verdadero dolor referido.

## Dolor visceral verdadero

El dolor es vago, localizado en la zona media del abdomen y no se asocia a defensa muscular ni a hiperalgesia cutánea.

## Dolor referido. Puede ser víscero-sensitivo o víscero-cutáneo

**El dolor referido víscero-sensitivo** es producido especialmente por inflamación de una víscera. El dolor es referido a las zonas laterales del abdomen, es bien localizado por el enfermo y puede asociarse a defensa muscular e hiperalgesia cutánea

**El dolor referido víscero-cutáneo** se produce cuando hay inflamación del tejido subperitoneal, peritoneo parietal y mesenterio, adyacentes a la víscera. Es bien localizado por el paciente y se acompaña de rigidez constante de la pared abdominal en el sitio exacto de ubicación de la víscera inflamada

## Características semiológicas del dolor abdominal

### Ubicación e irradiación.

El dolor localizado generalmente lo está en la zona correspondiente a la víscera inflamada

También se puede observar dolor abdominal localizado que tiene su origen en otros segmentos corporales

### Comienzo

puede ser insidioso (dolor ulceroso, cólico biliar), brusco (cólico intestinal) o súbito (perforación visceral).

### Carácter

Tipo cólico intestinal (retortijones); leve pero continuo ("sordo"); fulgurante; dolor de hambre; errante o errático.

### Intensidad

Leve; moderado; intenso; "dolor de hambre"; excruciante o inaguantable.

### Evolución

un dolor abdominal puede ser agudo o crónico

El dolor agudo puede ser: continuo (cólico biliar); intermitente (cólico intestinal); periódico (dolor ulceroso) o paroxístico. A su vez, el dolor crónico puede ser continuo o recurrente (periódico).

### Recurrencia

el dolor abdominal puede presentarse como un episodio aislado (episódico) o recurrente (ej.: cólico biliar), o ser periódico (ej.: úlcera gastroduodenal).

### Factores que alivian el dolor

el dolor de tipo cólico intestinal, así como el dolor en el colon irritable, suele aliviarse con la aplicación de calor, la compresión del abdomen y con antiespasmódicos y sedantes. El cólico biliar requiere de antiespasmódicos y, a veces, de opiáceos. En la peritonitis aguda el dolor no obedece a antiespasmódicos ni analgésicos y solo se resuelve con la intervención quirúrgica.

## Causas de dolor abdominal

Lo más común es que el dolor abdominal se origine en un órgano abdominal (estómago, vesícula, colédoco, páncreas o intestino), pero también puede originarse en otras estructuras del abdomen; pared (contusión); sistema vascular (trombosis mesentérica); peritoneo parietal (peritonitis), o en nervios sensitivos abdominales.

Por otra parte, pueden originar dolor abdominal afecciones torácicas (infarto del miocardio, neumonía); ginecológicas (anexitis, tumores ginecológicos); metabólicas (acidosis diabética, crisis adisoniana, porfiria aguda); intoxicaciones exógenas (saturnismo); enfermedades generales (fiebre tifoidea, púrpura de Schönlein-Henoch, enfermedad reumática activa); del sistema nervioso central (tabes dorsal) o periférico (neuralgia parietal, herpes zóster abdominal)

# Dispepsia

## Síntomas dispépticos

- Mal gusto en la boca o boca amarga
- Saciedad precoz
- Repugnancia por los alimentos
- Regurgitación
- Acidez/pirosis
- Eructación
- Flatulencia anal
- Malestar epigástrico vago
- Sensación de distensión abdominal

## Semiología de la dispepsia

- Ocasional
- Reciente o crónica
- Recurrente
- Persistente
- Precoz o tardía
- Específica (selectiva) o inespecífica

## Causas

### Digestivas

- Trastornos funcionales digestivos
- Colecistopatía crónica calculosa
- Constipación crónica
- Abuso de laxantes
- Reflujo gastroesofágico
- Hernia hiatal
- Hepatitis aguda (período prodrómico)
- Úlcera gastroduodenal
- Ascitis
- Cáncer gástrico
- Gastritis aguda y crónica
- Pancreatopatías

- Síndrome pilórico
- Síndrome poscolecistectomía
- Síndrome posgastrectomía
- Asociación de patología digestiva

### Extradigestivas

- Infección urinaria
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Uremia crónica
- Neoplasias extradigestivas
- Tuberculosis pulmonar
- Embarazo
- Drogas (aspirina, antibióticos, antineumáticos)
- Alcohol
- Tabaco
- Alergia alimenticia

## Laboratorio y exploración instrumental

El laboratorio clínico que llamamos básico (hemograma, sedimentación globular, proteína C reactiva, perfil bioquímico, perfil lipídico, examen de orina), puede proporcionarnos datos que no sospechábamos, por ejemplo, anemia, diabetes, retención nitrogenada, transaminasas elevadas, sedimentación alta.

Habitualmente hay que recurrir a exámenes por imágenes (ecotomografía abdominal) para descartar una colestiasis o enfermedad pancreática; radiología por contraste y endoscopia alta para descartar reflujo gastroesofágico y hernia hiatal, úlcera péptica o cáncer gástrico; hemorragias ocultas en deposiciones y colonoscopia para descartar cáncer colónico

## Enfoque diagnóstico de la dispepsia en clínica

Salvo la dispepsia ocasional y de causa evidente, como una trasgresión alimenticia o alcohólica, toda dispepsia sea reciente o crónica exige la práctica de exámenes de laboratorio y procedimientos de exploración

El diagnóstico de dispepsia funcional solo debe plantearse en pacientes con dispepsia de larga evolución (años), sin enflaquecimiento, con evidencias claras de alteración emocional y en quienes se ha descartado una causa orgánica.

# NÁUSEAS Y VÓMITOS

**Estímulos que influyen directamente sobre el centro del vómito (CV)**

Este se localiza en la formación reticular del tronco del encéfalo y recibe impulsos aferentes viscerales procedentes del tracto gastrointestinal

La inflamación, isquemia, oclusión y perforación de estas estructuras genera impulsos que son conducidos por el vago y el simpático activando el CV.

**Estímulos que influyen sobre la zona gatillo quimiorreceptora**

Esta se localiza en el suelo del cuarto ventrículo e integra diferentes receptores que responden a diversos estímulos químicos, neurotransmisores endógenos y neuropéptidos.

Entre ellos se incluyen drogas quimioterapéuticas, diversos medicamentos y toxinas y la hipoxia

**SEMIOLOGÍA GENERAL DEL VÓMITO**

**Según tiempo de aparición después de ingerir la comida**

Precoz  
Tardío

**Causas**

Digestivas  
Extradigestivas

**Según aspecto macroscópico**

Vomito alimentario, no alimentario, de retención, de jugo gástrico, hemorrágico, "concho de café", mucoso, bilioso, purulento,

**Síntomas acompañantes**

Malestar general, síntomas autónomos, fatiga, hipotensión arterial, lipotimia

**Causas de vómitos**

**Digestivas**

Gastroenteritis aguda, Intoxicación alimenticia, Hepatitis aguda viral, Peritonitis localizada o generalizada, Obstrucción intestinal, Cáncer gástrico, úlcera gastroduodena complicada, Alergia alimentaria

**Extradigestivas**

Enfermedades, Ejemplos: Pulmonares agudas, Pulmonares crónicas. Cardiovasculares, Infecciones urinarias inflamaciones ginecológicas Psicológicas y psiquiátricas Neurologías Otológicas

**Enfoque diagnóstico de las náuseas y vómitos en clínica**

En el caso de náuseas o vómitos recientes se debe preguntar por la ingestión de medicamentos, investigar la ingestión crónica de alcohol, la existencia de embarazo y descartar que sea el período prodromico de una hepatitis aguda viral

Probablemente, la causa más frecuente de vómitos sean las trasgresiones alimenticias y alcohólicas y las denominadas gastroenteritis agudas debidas a ingestión de alimentos contaminados por gérmenes o sus toxinas

Las náuseas o vómitos ocasionales, por lo general, no requieren de una investigación de laboratorio, sobre todo si existe una relación temporal clara con la ingestión de medicamentos o trasgresiones alimentarias y/o alcohólicas, o embarazo.

# DIARREA

## Se define la diarrea como

"Evacuación demasiado rápida de deposiciones demasiado líquidas", la define Roux.

Debe distinguirse la diarrea de la "pseudodiarrea" que consiste en la evacuación repetida de pequeñas cantidades de líquido fecaloideo debido a inflamación mecánica del recto (rectitis) por una masa fecal dura retenida en la ampolla (impacto fecal).

La diarrea con sangre, *mucus* y pus, que se acompaña de pujo y tenesmo se denomina disentería; se debe a inflamación del recto (rectitis) y/o del colon

## SEMIOLÓGIA DE LA DIARREA

### Tiempo de evolución

Aguda  
Crónica

### Comienzo

Brusco  
Insidioso  
Violento

### Circunstancias de aparición

Comidas ingeridas  
Trasgresión alimentaria o alcohólica  
Estrés emocional

### Características de la deposición

Consistencia  
Color  
Mucus  
Sangre  
Pus

### Número de evacuaciones

Múltiples  
Única

### Síntomas concomitantes

Dolor abdominal  
Fiebre  
Náuseas y vómitos  
Alteración emocional  
Enflaquecimiento

### Evolución diaria

Diurna  
Nocturna  
Diurna y nocturna

## Causas

### De origen agudo

#### Infeciosas

Bacterias:  
*Escherichia coli*  
*Shigellas*  
*Salmonetes*  
a. *Staphylococcus*  
b. *aureus*

Virus:  
Parvo virus o  
rotavirus

#### Parasitarias

*Giardia lamblia*  
*Entamoeba histolytica*  
*Isopora belli*  
*Trichinella spiralis*  
*Balantidium coli*

#### Enterotoxicas

Toxina estafilocócica (intoxicación alimenticia), *Vibrio cholerae*  
*Escherichia coli* enterotoxigénica  
*Clostridium perfringens*  
Metales pesados (plomo, mercurio, arsénico, cadmio)

### Drogas

Laxantes  
Antibióticos  
Colchicina  
Alcohol  
Digital

### Causas de diarrea crónica

#### Orgánicas

##### Parasitarias

Amebiasis intestinal  
Giardiasis  
isosporosis

##### Por malabsorción

Enfermedad celíaca  
Poscirugía gástrica (gastrectomía, vagotomía) Pancreatitis crónica, Resección intestinal  
Linterna intestinal. Amiloidosis intestinal  
Enfermedad de Whipple

##### Neoplásicas

Cáncer de colon y recto  
Neoplásicas Gastrinoma  
Adenoma vellosa

##### Enfermedades granulomatosas del intestino

Ileítis regional  
Colitis ulcerosa inespecífica

## SEMIOLÓGIA DE LA CONSTIPACIÓN

### Tiempo de evolución

Reciente  
Transitoria  
Crónica

### Tipo de Evolución

Continua  
Periódica  
Alternando con diarrea

### Forma de las Deposiciones

Caprina  
Acintada

### Síntomas acompañantes

Dolor al defecar  
Sangre y secreciones anormales  
Pujo y tenesmo  
Enflaquecimiento

### Hábitos

Tipo de dieta  
Ingestión de líquidos  
Medicamentos  
Hábito defecatorio inadecuado  
Abuso de laxantes

# SÍNTOMAS ANORRECTALES

## Síntomas

Dolor, Hemorragia  
Secreción, Prurito anal  
Pujo y tenesmo  
Diarrea, Constipación

## Causas

Lesiones cutáneas anales  
Hemorroides  
Inflamación anal o rectal  
Fisuras anorrectales  
Prolapso rectal  
Abscesos perianales  
Tumores benignos o malignos anorrectales

## Examen anorrectal externo

Para realizar el tacto rectal se describen diversas posiciones del paciente que los médicos eligen discrecionalmente: posición genupectoral, semiprona, ginecológica, de pie. La que da mayor visibilidad es la genupectoral y la menos incómoda para el enfermo es la posición semiprona o de Sims

El examen externo puede poner en evidencia irritación (dermatitis) o enfermedades dermatológicas de la piel anal de distinta naturaleza. La fisura anal se aprecia como una úlcera lineal situada en la porción cutánea del canal anal

Las fístulas anorrectales se aprecian como un orificio externo único o múltiple situado en el centro de una pequeña zona de tejido granulador prominente.

Las hemorroides externas en su etapa crónica se ven como pequeñas masas redondeadas con pliegues cutáneos engrosados en el margen anal

## Exploración instrumental

La anoscopía es el examen de elección para diagnosticar hemorroides internas. Permite además el diagnóstico de las inflamaciones anales (anitis), la presencia de papilas hipertróficas e inflamadas (papilitis), inflamación de las criptas (criptitis), pólipos y carcinoma del ano.

La rectosigmoidoscopia y la colonoscopia posibilitan el diagnóstico de las lesiones inflamatorias del recto (rectitis) de cualquier naturaleza; los tumores benignos y malignos del recto; la poliposis múltiple; las alteraciones pigmentarias de la mucosa (melanosis intestinal) y las úlceras solitarias del recto

El estudio radiológico del recto y colon (enema baritado) es complementario del examen endoscópico en el diagnóstico de tumores benignos y malignos del recto y divertículos colónicos; además, se pueden detectar alteraciones de la mucosa y, en enfermedades más generalizadas del colon (ej.: colitis ulcerosa inespecífica) objetivar la extensión del proceso patológico.

# HEMORRAGIA DIGESTIVA

## SEMIOLÓGÍA GENERAL DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA

### Antecedentes Mórbitos

Úlcera péptica, reflujo gastroesofágico, hemorroides

### Hábitos

Medicamentos, alcohol

### Evolución

Aguda o crónica

### Visibilidad

Aparente o inaparente (oculta)

### Color de la sangre

Rojo, rojo oscuro, negro, concho de café

### Cuantía

Discreta, moderada, masiva

### Alta o baja

Hematemesis, melena, rectorragia

### Síntomas Concomitantes

Náuseas, arcadas, vómitos, deposiciones pastosas fétidas

### Síntomas Hemodinámicos

Decaimiento, taquicardia, hipotensión arterial, sudoración, mareos, lipotimia, *shock*

## Causas de hemorragia digestiva

Rotura de várices esofágicas  
Úlcera gástrica y duodenal  
Gastritis erosiva hemorrágica  
Duodenitis erosiva hemorrágica

Úlcera de la segunda porción del duodeno  
Síndrome de Mallory-Weiss  
Esofagitis  
Cáncer esofágico

Cáncer gástrico  
Telangiectasia hereditaria familiar  
Hemopatías  
Aneurisma aórtico roto al esófago o estómago

## Causas de hemorragia digestiva baja

Hemorroides erosionadas  
Diverticulosis de colon  
Displasias vasculares de colon  
Cáncer de colon  
Colitis ulcerosa inespecífica

Colitis granulomatosa  
Colitis isquémica  
Trombosis de los vasos mesentéricos  
Fiebre tifoidea complicada  
Ileítis regional

## Exploración de laboratorio

En general, una hemorragia digestiva aguda es una emergencia médica, especialmente si es masiva y se acompaña de trastornos hemodinámicos.

En este caso, lo primero es realizar un hematocrito para objetivar la intensidad de la pérdida sanguínea y estabilizar al paciente con soluciones fisiológicas y transfusiones de sangre si fuere necesario.

Una vez estabilizado se llevarán a cabo todos los exámenes rutinarios y las exploraciones instrumentales tendientes a identificar la causa de la hemorragia, jerarquizándolos según la hipótesis diagnóstica preliminar (esofagogastrocopia, rectosigmoidoscopia, colonoscopia y, en algunos casos, exámenes radiológicos, cintigráficos y arteriográficos).

## Enfoque diagnóstico de la hemorragia digestiva en clínica

La anamnesis es útil para orientarse sobre la lesión causal. En presencia de hematemesis, siempre debe preguntarse por la ingestión de alcohol, aspirina y antirreumáticos o corticoesteroides, que pueden ser causa de gastritis erosiva hemorrágica o de úlcera gástrica.

La existencia de un síndrome ulceroso o de hemorragias periódicas, inclinará hacia una úlcera gástrica o duodenal, teniendo presente que, a veces, la primera manifestación de una úlcera es la hemorragia digestiva.

En el examen físico, si se comprueba ictericia y signos de daño hepático crónico, orientarán hacia una cirrosis hepática con hemorragia por rotura de várices esofágicas. La comprobación de un tumor epigástrico o en otras zonas del abdomen inclinará hacia un cáncer del estómago o colon.

En presencia de una melena, el examen anorrectal y el tacto rectal nunca deberían ser omitidos con el fin de comprobar la presencia de melena y excluir patología anorrectal.

## SEMIOLOGÍA GENERAL DE LAS ICTERICIAS

Edad del paciente  
Comienzo  
Síntomas prodrómicos  
Síntomas concomitantes  
Intensidad

Curso o evolución  
Tonalidad o tinte  
Color de la orina y deposiciones  
Signos cutáneos

Características físicas del hígado  
Variación de la matidez hepática  
Presencia o ausencia de esplenomegalia  
Hábitos  
Antecedentes epidemiológicos

## Anamnesis

### Comienzo

Debe preguntarse sobre las características de comienzo de la ictericia

**Edad.** La edad es un elemento orientador: en el niño, adolescente y adulto joven se ven con más frecuencia las hepatitis virales; la cirrosis hepática en la edad media de la vida; y la neoplasia de páncreas en los viejos.

**Evolución.** La instalación rápida de una ictericia acentuada es más propia de un daño hepatocelular que de una ictericia obstructiva. Una ictericia leve persistente o recurrente sugiere hemólisis, o enfermedad de Gilbert si no hay otros síntomas concomitantes

### Tonalidad o tinte

en las ictericias hemolíticas el tinte es amarillento pálido y en las obstructivas completas y de evolución prolongada, amarillo verdoso. La coloración verdínica de la piel se debe a la oxidación de la bilirrubina

### Coloración de la orina y deposiciones

La orina colúrica es de color café oscuro y cuando se agita se forma espuma de color amarillo en la superficie. En otros casos, no hay pigmentos biliares en la orina y, por lo tanto, la orina es clara (ictericias acoloradas).

## ICTERICIA

## Examen físico

la ingestión de algunos medicamentos puede simular ictericia: salicilatos, sulfamidas, difenzopiridina, fenotaleína.

En el examen físico es muy importante precisar las características físicas del hígado y la presencia o ausencia de esplenomegalia.

La disminución de tamaño del hígado, e incluso desaparición de la matidez hepática, con agravación de la sintomatología, se observa en el curso de una hepatitis fulminante y traduce una necrosis masiva del órgano

La congestión crónica del hígado (hígado cardíaco) puede determinar ictericia, a veces acentuada

Esplenomegalia se observa en las ictericias hemolíticas y en las debidas a enfermedad difusa del hígado, especialmente crónicas (cirrosis hepática, cirrosis biliar, hepatitis crónicas).

## Clasificación clínica de las ictericias (Ducci)

### Preepáticas

Enfermedad hemolítica del recién nacido, Ictericia hemolítica congénita (microesferocitosis familiar congénita o anemia esferocítica)  
Déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenase  
Hemoglobinuria paroxística nocturna  
Hemólisis por microbios, parásitos, tóxicos

### Hepáticas

Hepatitis agudas  
Hepatitis crónicas  
Cirrosis hepática  
Medicamentos

### post hepáticas

Colédocolitiasis  
Ca de cabeza de páncreas  
Distomatosis  
Compresión extrínseca de colédoco