



**Mi Universidad**

**Resumen**

*Jesús Santiago Méndez Trejo*

*Cuarto parcial*

*Propedéutica, semiología y diagnóstico físico*

*Dr. Alan de Jesús Morales Domínguez*

*Medicina humana*

*Cuarto semestre, grupo "C"*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 26 de junio del 2025*

## Exploración de abdomen

La exploración de abdomen se lleva a cabo fundamentalmente en decúbito supino, con el tronco algo incorporado (utilizando un par de almohadas o mediante una discreta elevación del cabezal de la cama), con el fin de conseguir la máxima relajación de la musculatura abdominal. El paciente debe hallarse en una situación paralela al diámetro mayor de la cama, evitando cualquier posición cruzada en la misma, lo más cerca posible del explorador. Es aconsejable que los brazos estén estirados y relajados a ambos lados del cuerpo y evitar la tendencia habitual de cruzar los brazos por encima del tórax o bien, incluso, levantarlos y mantenerlos cruzados por detrás de la cabeza. El abdomen se divide en seis cuadrantes o regiones: epigastrio, mesogastrio, hipogastrio, hipocondrios (derecho e izquierdo), vacíos (derecho e izquierdos) y fosas ilíacas (derecha e izquierda). Esta división no es caprichosa y obedece a que las estructuras internas que existen debajo de cada una de ellas son diferentes y las anomalías que se pueden derivar de las mismas (dolor, tumorações, crecimientos de órganos, asimetrías) son distintas según su localización.

## Inspección

Empieza con el paciente en decúbito supino, con toda superficie abdominal libre de ropa, desde el tórax hasta las ingles; estas deben poderse ver claramente, aunque hay que respetar el lógico pudor propio.

La posición que mantiene espontáneamente el enfermo ya

constituye un primer dato a tener en cuenta. El dolor cólico produce agitación y difícilmente puede mantener con tranquilidad la posición en decubito supino; el enfermo tiene tendencia a levantarse continuamente de la silla o cambiar varias veces de postura si está en cama. Por el contrario, a pesar del dolor y la inquietud, cuando se trata de una peritonitis el paciente inmóvil e incluso temeroso de la amenazante presencia ante la posibilidad, tan solo, de que la mano de este se acerque a su abdomen.

Siempre que sea posible, hay que solicitar que se relaje y respire con normalidad, con el fin de observar durante el tiempo suficiente el grado de movilidad del abdomen con las respiraciones y su sincronía con los movimientos torácicos.

La observación de determinadas lesiones cutáneas puede ser muy relevante para dilucidar la causa del trastorno actual. Así la presencia de cicatrices de intervenciones quirúrgicas puede revelar no solo la causa de laparotomía según dónde se localicen (apendicectomía en fosa iliaca derecha, colecistectomía en hipocóndrio derecho o epigastrio, herniorrafia en regiones herniarias, histerectomía y prostatectomía en hipogastrio, etc.), sino que también puede poner sobre el curso de la existencia de bridas que pueden causar procesos subocclusivos u oclusivos. Las estrias llamativas, especialmente en los flancos del abdomen, pueden corresponder a un adelgazamiento rápido y abusivo (en este caso habitualmente blanquecinas) o bien a un síndrome de Cushing (típicamente de un tinte color rojo-

vinoso). La presencia de hematomas en la cara anterior del abdomen, a ambos lados de la línea media, puede deberse a la inyección de heparina subcutánea. La pancreatitis aguda hemorrágica puede dar lugar a un hematoma periumbilical (signo de Cullen) o a hematomas en los flancos (signo de Grey-Turner), aunque cualquier hemoperitoneo puede ocasionar estos tipos de hematomas, también es posible identificar lesiones en abdomen simultáneamente a su presencia de otras localizaciones. La valoración de la circulación venosa superficial del abdomen es de gran relevancia. Así, la existencia de dilataciones venosas que parten del ombligo de forma radial, con sentido de la corriente de sangre hacia afuera (en cabeza de medusa), es muy sugestiva de una hipertensión portal con circulación porto-cava (en cirrosis hepática, trombosis portal). La existencia de circulación venosa de las regiones laterales del abdomen, que arranca desde los muslos y rebasa las ingles en sentido ascendente, sugiere la existencia de una circulación cava-cava (por trombosis de la vena cava inferior). El sentido del flujo de sangre se determina con la prueba de los dos dedos. Con dos dedos (habitualmente los pulgares o índices de cada mano) se comprime una vena dilatada y se distancian unos centímetros manteniendo la compresión del trayecto de la vena. Si al suprimir la presión un dedo se rellena el fragmento venoso, el flujo proviene del lado de este dedo; ~~manteniendo la compresión del trayecto de la vena.~~ Si al suprimir la presión un dedo se rellena ~~en fragmento venoso,~~ si no se rellena, se efectúa toda

misma manobra levantando el otro dedo y se observará que, en este caso, sí se rellenará el trayecto colapsado, lo que indicará que el Flujo proviene de este otro lado.

Cuando existe dolor abdominal, la movilidad de la musculatura abdominal con los movimientos puede aportar una información muy valiosa. En efecto, cuando el dolor se debe a un proceso que se acompaña de inflamación del peritoneo (peritonitis aguda); el dolor se exagera sensiblemente cuando se pide al paciente que distienda el abdomen, respire profundamente (inevitablemente se producirá un movimiento de los músculos abdominales) o tosa. En el momento de la tos debe preguntarse sobre la localización precisa del dolor; aunque en muchos casos este puede ser generalizado, la precisión del lugar de mayor intensidad de aquel puede orientar en gran manera la causa del proceso (apendicitis aguda, en Fosa iliaca derecha; diverticulitis aguda, en Fosa iliaca izquierda; anexitis, en hipogastrio; colecistitis aguda, en hipocostrio derecho; pancreatitis aguda, en epigastrio; infarto esplénico, en hipocostrio izquierdo, etc.). En pacientes extremadamente delgadas (de forma generalizada), como en el caso de la presencia de una neoplasia avanzada, el abdomen puede ser excavado; en casos extremos puede incluso observarse muy claramente toda la parrilla costal, los huesos de la pelvis, un pubis aparentemente abombado y el latido aórtico visible en epigastrio y mesogastrio. Si se trata de personas jóvenes, especialmente del sexo femenino, esta caquexia siempre debe hacer sospechar una anorexia nerviosa si la anamnesis y la exploración física minuciosas no orientan hacia una

causa orgánica. Por el contrario, un abdomen simétricamente abombado puede ser por obesidad (truncular o generalizada) o bien por la presencia de ascitis. Ésta puede ser a tñoron o en caso de menor cantidad, ascitis libre que a pesar del abombamiento produce una distensión (abombamiento) del abdomen hacia los lados. La existencia de asimetrías puede indicar el crecimiento de órganos o la presencia de tumoraçones (internas, de los músculos o de la misma pared abdominal). El abombamiento del epigastrio es sugestivo de una distensión gástrica o de una tumoraçión asociada al lóbulo izquierdo del hígado (de situación muy superficial en esta zona). En el hipocostido derecho puede llegar a apreciarse abombamiento por una hepatomegalia prominente o bien por una vesícula biliar muy distendida (hidrops vesicular). Una esplenomegalia gigante (habitualmente por alguna enfermedad hematológica de tipo linfoproliferativo o de otra causa) puede provocar un abombamiento del hipocostido izquierdo. El abdomen debe explorarse en búsqueda de hernias y evencuaciones, en especial la región umbilical y las inguinales. Aunque a veces su identificación no ofrece ninguna dificultad, ambas pueden ponerse más fácilmente de manifiesto con la brpedestación o con una maniobra de Valsalva (es, un movimiento forzado de fuba defecación, un movimiento de espiración sin expulsar el aire o bien haciendo sentar al paciente). En todos los casos, la mayor presión intraabdominal ejerce una fuerza que ocasiona produçión de las asas intestinales hacia fuera a través de los orificios herniarios o del espacio entre los músculos rectos anteriores del abdomen.

si estos se hallan debilitados. Lógicamente, la inspección se acompañará de una palpación minuciosa de estas áreas con el fin de comprobar su consistencia.

En el ombligo pueden asentarse también metástasis de tumores crónicos digestivos (páncreas más frecuente), estómago o de ovario; es el denominado nódulo de la hermana M<sup>a</sup> Jose en pacientes con cuadros de grave afectación del estado general. Los ingles pueden ser asiento de adenopatías que si son de gran tamaño pueden ser detectadas simplemente con la visión. El abombamiento del hipogastrio puede ser debido a la distensión de la vejiga urinaria repleta, especialmente en varones con hipertrofia de próstata, aunque también (pero menos frecuente) puede observarse en mujeres debido a anomalías neurológicas (vejiga neurogénica).

## Palpación

El explorador puede situarse a la derecha o a la izquierda del paciente, dependiendo si es diestro  $\text{☿}$  o zurdo. La palpación del abdomen se lleva a cabo en dos fases: en primer lugar debe realizarse una palpación superficial, y tan solo después de esta se puede proceder a la palpación profunda. En ambos casos debe ser una palpación sistematizada.

## Palpación superficial:

Acercara lentamente su mano derecha, extendida, relajada y con los dedos ligeramente separados, hasta contactar muy suavemente con el abdomen mismo. En el caso de que el enfermo refiera dolor localizado en un área determinada

del abdomen, la mano deberá dirigirse siempre en primer lugar al lado contrario, o más lejano, al punto del dolor; si el dolor es difuso hay que intentar identificar la región donde aparentemente pueda ser menor y empezar por esta. El objetivo principal con la exploración superficial es detectar la presencia de cualquier resistencia muscular involuntaria, es decir, aquella producida por la contracción de la musculatura debido a la inflamación del peritoneo subyacente; por ello es muy importante evitar cualquier resistencia muscular voluntaria producida por un exceso de presión de la mano del explorador o, simplemente, por la comprensión del paciente a que se le provoque dolor, ya que ello puede confundir al explorador y derivar en una interpretación errónea de los hallazgos.

### Palpación profunda

Se lleva a cabo en una segunda fase, tras la superficial, aunque es importante tener presente que cuando existe peritonitis incluso se puede prescindir de la misma, puesto que ~~cuando existe~~ la información que puede aportar en esta situación es muy escasa y solamente se conseguirá despertar más dolor. La palpación profunda es muy útil cuando no existe dolor (o es muy leve) y el objetivo es identificar crecimiento de órganos o constatar la presencia de tumores que cursan sin apenas síntomas.

## Percusión

La percusión del abdomen normal tiene dos tonalidades: mate si por debajo hay un órgano sólido o un área de contenido líquido, y timpánica si existe aire. La parte más alta del hipocóndrio derecho es mate por la presencia del hígado; esta área de matidez puede ser mayor, en dirección caudal, cuanto mayor sea este órgano. El resto del abdomen suele ser timpánico, puesto que entre las demás estructuras y la pared abdominal se dispone todo el intestino (grosso y delgado), que contiene aire.

La presencia de gran cantidad de ascitis será evidente por inspección y palpación, y además dará lugar a una matidez generalizada a la percusión que no generará ningún tipo de duda acerca de su existencia. Cuando la ascitis no es muy abundante su evidencia puede corroborarse con la manobra de la matidez variable o cambiante; con el paciente en decubito se constata en primer lugar la matidez en ambas flancos del abdomen que provoca la acumulación de asas intestinales en el centro. A continuación se solicita que adopte un decubito lateral, con lo que la ascitis se desplaza hacia ese lado por efecto de la gravedad y la percusión en el flanco derecho, antes de sonoridad mate, aparece ahora timpánica; la manobra se completa procediendo del mismo modo, pero en decubito lateral derecho, comprobando el timpánico en el lado izquierdo. Una segunda manobra consiste en el signo de la oleada ascítica, aunque en este caso el explorador precisa de la ayuda de otra persona o bien la participación del paciente. En decubito supino se solicita

al colaborador (situado en el lado izquierdo del paciente) que coloque el borde cubital de su mano izquierda longitudinalmente en el abdomen del enfermo, ejerciendo una discreta presión sobre su línea media. A continuación, el explorador debe situar la palma de su mano izquierda en el flanco derecho de aquel y con los cuatro dedos la derecha percute suavemente varias veces el flanco izquierdo; con cada percusión se ejerce un leve movimiento del líquido ascítico hacia el otro lado, que es percibido por la palma de la mano izquierda del explorador a modo de olas.

## Auscultación

La auscultación del abdomen empieza por prestar atención a los ruidos intestinales (borborigmos) que pueden percibirse a distancia. El explorador se sitúa al lado del paciente e incluso puede acercarse a unos 20 cm del abdomen. Su percepción es algo muy habitual y puede considerarse un hecho intrusivo cuando existe una acentuación de los movimientos intestinales o bien un tránsito acelerado en situación de relativa normalidad.