



Mi Universidad

Resumen

Moreno Guillen Odalis Poleth

IV parcial

Semiología

Dr. Alan De Jesús Morales Domínguez

Licenciatura en medicina humana

Cuarto semestre grupo "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de Junio de 2025

Exploración Abdomen

La exploración del abdomen es una de las técnicas más importantes en el examen físico, ya que permite evaluar los órganos abdominales y detectar alteraciones que puedan sugerir enfermedades gastrointestinales, hepáticas, urológicas o vasculares.

El examen se realiza en un ambiente tranquilo y con el paciente en posición supina. Es fundamental contar con una buena iluminación y observar detalladamente cualquier anomalía visible y cada maniobra debe llevarse a cabo de forma ordenada, sistemática y respetuosa, garantizando la confianza del paciente.

El abdomen se divide en 9 cuadrantes, teniendo en cuenta 2 líneas;

- 2 líneas verticales; De esta forma el abdomen se divide en lado derecho, medio e izquierdo
- 2 líneas horizontales; superior e inferior

1.- Hipocóndrio derecho

- Lóbulo hepático dere.
- Vesícula y vía biliar
- Glándula suprarrenal derecha

3.- Hipocóndrio izq

- Tecno gástrico
- Bazo
- Cola del páncreas

4.- Flanco derecho

- Colon descendente
- Polo inf. del riñón dere.
- Asas del intestino delgado

6.- Flanco izq

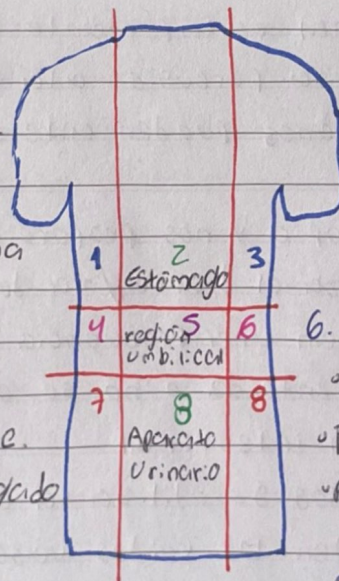
- Colon descendente
- Polo inf. del riñón izq
- Asas del intestino delgado

7.- Fosa ilíaca derecha

- Ciego • Apéndice
- Íleon terminal
- Ureter derecho
- Trompa uterina derecha
- Córdon espermático derecho

8.- Fosa ilíaca izq

- Colon sigmoideas
- Ureter izq
- Trompa uterina izq
- Córdon espermático izq



Inspección

El primer paso es la visualización, teniendo en cuenta posibles cambios en la piel. También se tendrá en cuenta el tamaño del abdomen y los movimientos respiratorios.

No debe haber lesiones de la piel, excepto cicatrices quirúrgicas. Pueden hallarse estrías, si la piel ha estirado. El abdomen normal es simétrico, no hay aumento de volúmenes visibles. En individuos delgados pueden verse la pulsación de la aorta abdominal en la línea media y los movimientos peristálticos.

Los contornos alterados pueden ser:

- Distensión generalizada con el ombligo invertido
- Distensión generalizada con el ombligo ~~invertido~~ evertido
- Distensión de la mitad inferior
- Abdomen excavado

Auscultación

En la exploración abdominal es importante realizar la auscultación abdominal antes que la percusión o la palpación, ya que estas dos últimas exploraciones pueden alterar la auscultación abdominal.

Se realiza con el fonendoscopio y nos proporciona información sobre:

- Motilidad intestinal; Se utiliza el diafragma del fonendoscopio. Los ruidos intestinales presentan una frecuencia de 5-35 por minuto. Si la frecuencia está aumentada o no se escuchan, podría ser indicativo de obstrucción intestinal.
- Sonidos vasculares y soplos; Se utiliza la campana del fonendoscopio. Se pueden auscultar los ruidos vasculares de arterias renales, ilíacas y femorales, así como sonidos agregados (soplos).

Percusión

La percusión abdominal se hará dígito-digital con las dos manos en varios cuadrantes abdominales. Se hiperextiende el dedo medio de la mano izquierda, presionando la articulación interfalángica distal con firmeza sobre la superficie a percutir.

Con un movimiento rápido y súbito pero relajado de la muñeca, golpear con el dedo medio de la mano derecha la articulación interfalángica distal del dedo medio de mano izquierda.

La percusión abdominal se caracteriza por el timpanismo, fundamentalmente en la región de epigastrio, excepto la región del hipocondrio derecho donde se encuentra matidez por la localización del hígado. También se encontrará matidez en los casos patológicos cuando se encuentre líquido.

Palpación

La palpación abdominal también se hará con las dos manos, una a lado de otra o con una mano encima de otra.

Se comenzará de manera inicialmente superficial, realizándose paulatinamente una palpación más profunda.

Signos Característicos

Signo de Murphy; Característico de la colecistitis aguda. Se palpa al paciente en la región del hipocondrio derecho y se le dice que realice una inspiración profunda. Si aumenta el dolor, el signo de Murphy es positivo.

Signo de Blumberg; Característico de la irritación peritoneal. Se palpa al paciente en cuadrantes inferiores, dependiendo la sospecha clínica y se descomprime bruscamente, aumentando el dolor. En la fosa ilíaca derecha se debe sospechar una apendicitis aguda.

Signo de McBurney; Característico de la apendicitis aguda. El punto más doloroso a la palpación corresponde al primer tercio de una línea que se trazaría de espina ilíaca derecha antero-superior al ombligo.

Signo de Rovsing; También es característico de la apendicitis aguda. Se palpa la fosa ilíaca izquierda y el paciente refiere dolor en la fosa ilíaca derecha.

Signo del psoas; Característico de la apendicitis aguda retrocecal. Se le pide al paciente que suba la pierna derecha unos 45 grados, aumentando el dolor en la fosa ilíaca derecha.

Signo del obturador; Característico de la apendicitis aguda pélvica. Se le pide al paciente que realice una rotación interna pasiva del muslo derecho, aumentando el dolor en la fosa ilíaca derecha.

Signo de Klein; Característico de la linfadenitis mesentérica. Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo, desplazándose el dolor de la fosa ilíaca derecha a la región medial del abdomen.

Signo de la oleada; Con una mano se presiona un flanco y con la otra se percute al paciente en el lado contralateral de forma que se generen unas ondas que si se observaran que se transmitieran por todo el abdomen hasta la otra mano sería sugestivo de ascitis.