



De la cruz Anzueto Laura Sofia.

Cuarto parcial

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico.

Dr. Alan de Jesús Morales Domínguez.

Licenciatura en Medicina Humana.

Cuarto semestre, grupo "C"

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

EXPLORACIÓN DE ABDOMEN

El abdomen o cavidad abdominopélvica se halla entre los diafragmas torácico y pélvico y contiene dos cavidades continuas, la abdominal y la pélvica, encerradas por una pared flexible de varias capas de músculos y tendones con forma de lámina.

El revestimiento de esta cavidad y los pliegues sobre las vísceras como el estómago y los intestinos corresponden al peritoneo parietal y visceral.

El abdomen se explora en el sentido de las agujas del reloj: por lo general se palpan diversos órganos. El estómago y gran parte del hígado y bazo constituyen excepciones, ya que se encuentran en la cavidad abdominal cerca del diafragma, donde quedan protegidos y lejos del alcance de la mano que palpa.

ESTRUCTURAS ABDOMINALES

- **Cuadrante Sup Der:** Hígado, vesícula biliar, páncreas, duodeno, flexión hepática del colon y cabeza del páncreas.
- **II II Izq:** Bazo, flexión esplénica del colon, estómago, cuerpo y cola del páncreas y colon transverso.
- **II infe Izq:** Colon sigmoideo, " descendente y recto Izq.
- **II II Der:** Ciego, apéndice, colon ascendente y ovario der.

RIÑONES

Los riñones son órganos retroperitoneales. Las costillas protegen sus porciones superiores. El ángulo costovertebral (ACV) formado por el borde inferior a la 12ª costilla y la apófisis transversa de las primeras vértebras lumbares, delimita el lugar donde se extrae explorando la presencia de dolor renal a la palpación y a la percusión lo cual se denomina dolor a la palpación en el ángulo costovertebral.

Patrones y mecanismos del dolor abd.

- **Dolor visceral:** Se produce cuando los órganos abdominales huecos se contraen con fuerza muscular, se distienden o estiran.
- **Dolor parietal:** Se origina de la inflamación del peritoneo parietal, llamada peritonitis.
- **Dolor referido:** Se localiza en un lugar más distante. Suele aparecer cuando el dolor inicial se intensifica y se irradia o desplaza desde el foco inicial.

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN

ABDOMEN

Inspección.

- Se observa el aspecto general del px.
- Se inspeccionan las superficies, los contornos y los movimientos del abdomen.

Se observa en especial:

- Temperatura
- Color, hematoma, eritema o ictericia
- Cicatrices

- Estrías (marcadas antiguas normales).
- Venas dilatadas.
- Excitomas o equimosis.
- Ombligo, su contorno y posición, cualquier inflamación o protuberancia sugiere hernia ventral.
- Contorno del abdomen.
- Peristaltismo.
- Pulsaciones.

Auscultación.

Se coloca el diafragma del estetoscopio sobre el abdomen, se presta atención a los ruidos intestinales.

- Los **ruidos normales** consisten en choasquidos y burbujeados, que suceden con una frecuencia estimada de 5-34 por minuto.

Hiperperistaltismo $\rightarrow$ "ruidos del estómago" $\rightarrow$ borborigmos.

Percusión.

Percute el abdomen ligeramente en los cuatro cuadrantes para explorar la distribución del timpanismo y de la matidez.

- * Se valora cualquier área extensa de matidez que sugiera una masa o una organomegalia.
- * A cada lado de un abdomen protuberante, detecta en qué lugar el timpanismo abdominal cambia a matidez de las estructuras posteriores.
- * Se percute de forma breve la cara anteroinferior del tórax, por encima de los rebordes costales. A la derecha se hallará la matidez hepática, a la izquierda el timpanismo se extiende por la burbuja de aire del estómago y la flexura espiénica del colon.

Palpación.

- Palpación superficial.

- Ayuda a detectar la sensibilidad abdominal, la resistencia muscular, órganos y masas superficiales.
- * Con la mano y el antebrazo en un plano horizontal y los dedos juntos y planos sobre la superficie abdominal, se palpa el abdomen con un movimiento ligero y suave hacia dentro.
- * Para desplazar la mano por los distintos cuadrantes se separa sólo un poco de la piel.
- Si la resistencia está presente, se trata de distinguir la defensa voluntaria de la rigidez involuntaria o el espasmo muscular.

La defensa voluntaria por lo general disminuye con estos técnicas:

1. Se palpa después de que el px exhale, lo cual relaja los m. del abdomen.
2. Se pide al px que respire por la boca con la mandíbula descendida.

- Palpación profunda.

- Suele necesitarse para delimitar el borde hepático, los riñones y masas abdominales.
- * Con las superficies palmares de los dedos se presiona hacia abajo en los 4 cuadrantes.
- * Se identifica cualquier masa: localización, tamaño, forma, consistencia, dolor y pulsaciones y posible movilidad con la resp. o al presionar con la mano que explora.

HÍGADO

- Percusión.

- Se mide la extensión vertical de la matidez hepática en la línea media clavicolar derecha.

1. Localiza la línea media clavicolar para evitar medidas imprecisas, se percute de forma manbrada

2. Se inicia a un nivel por debajo del ombligo en el CID y se va percutiendo hacia arriba, en dirección al hígado.

3. Se identifica el borde inferior de matidez en la línea media clavicolar, de igual manera el superior.

A partir de la línea del pezón, se percute ligeramente desde la resonancia pulmonar hasta la matidez hepática.

- Se mide la distancia en cm entre los dos puntos y se obtendrá la dimensión vertical de la matidez hepática.

- 4-8 cm en la línea medioesternal

- 6-12 cm en la línea media clavicolar derecha

- Palpación.

1. Coloca la mano izq debajo del paciente, paralela y sosteniendo las costillas 11^a y 12^a.

2. Al empujar con la mano izq, se palpa con facilidad el hígado del px.

3. Coloca la mano derecha sobre la parte derecha del abdomen lateral al músculo recto, con los dedos muy por debajo del borde inferior del área de matidez hepática.

Cuando el borde hepático es palpable, es suave, agudo y regular con una superficie lisa.

Si se siente el borde, aligera un poco la presión de palpación de la mano para que el hígado pueda deslizarse hacia abajo.

Durante la inspiración, el hígado se palpa unas 3 cm por debajo del reborde costal derecho en la línea medioclavicular.

"Técnica del gancho".

- Ayuda a exámenes.

1. Colocarse a la derecha del tórax del px.
2. Se ponen ambas manos, en la parte derecha del abdomen por debajo del borde de matidez hepática.
3. Presionar con las yemas de los dedos en dirección al borde costal.
4. Pedir al px que realice una inspiración profunda.

BAZO

- Cuando el bazo aumenta de tamaño, se expande hacia adelante, hacia abajo y en sentido medial y a menudo se reemplaza el timpanismo del estómago y del colon por una matidez de órgano sólido.
- Entonces es palpable bajo el borde costal.
- La matidez a la percusión indica aumento del tamaño del bazo, pero puede estar ausente cuando el bazo agrandado está por encima del borde costal.
- Se continúa la exploración desde el lado derecho del paciente.

Percusión.

Técnicas que ayudan a detectar la esplenomegalia o el aumento del tamaño del bazo:

- 1. Percutir la pared inferior izquierda del tórax aproximadamente desde el borde de la matidez cardíaca en la 6ta costilla hasta la línea axilar anterior y hacia abajo hasta el borde costal, la

zona denominada "espacio de Reich".

- Si el timpanismo es muy marcado en la parte lateral, la esplenomegalia es improbable.
- La matidez del bazo normal suele estar enmascarada por la matidez de los otros tejidos posteriores.

● Comprobar el signo de percusión esplénica.

Se percute el espacio intermedio más bajo en la línea axilar anterior izquierda. Esta área suele ser timpánica.

Luego se pide al paciente que realice una respiración profunda y se percute de nuevo.

Cuando el bazo es de tamaño normal, por lo general se sigue oyendo un sonido timpánico a la percusión.

Palpación.

El paciente debe mantener los brazos a los lados y si es necesario, flexionar el cuello y las piernas.

- Con la mano colocada (derecha) por debajo del borde costal izquierdo, se presiona en dirección al bazo.
- Se pide al paciente que realice una respiración profunda. Trata de palpar la punta o el borde del bazo cuando éste desciende hacia los dedos.
- Observa si hay dolor, evalúa el contorno esplénico y mide la distancia entre el punto más bajo de l bazo y el borde costal izquierdo.
- Se repite la maniobra con el paciente acostado sobre el lado derecho y con las piernas un poco flexionadas en las caderas y las rodillas.

RIÑONES

Palpación.

● Riñón izquierdo

Colócalo a la izquierda del paciente.

Se pone la mano derecha detrás del paciente, por debajo

y en paralelo a la 12ª costilla, con las yemas de los dedos rozando el ACV.

- Se levanta y se intenta desplazar el riñón en sentido anterior. Se coloca la mano izquierda suavemente en el CSI, lateral y paralela al músculo recto.
- Se pide al paciente que realice una respiración profunda.
- En el momento de la máxima inspiración se presiona con la mano izq. de manera firme y profunda en el CSI por debajo del borde costal.
- Se intenta "atrapar al" riñón entre las dos manos.
- Se pide al px que espire y a continuación que deje resp. brevemente.
- Se libera después de la presión de la mano izq., palpando al mismo tiempo el desplazamiento de retorno del riñón a la posición espiratoria. Si el riñón es palpable describe su tamaño, contorno y cualquier tipo de dolor.

De manera alternativa se trata de palpar el riñón izq. con un método de palpación profunda similar al de la palpación del bazo.

- De pie y al lado derecho del px, con la mano izquierda se rotea el abdomen de la persona para levantar la fascia lumbar izquierda y con la mano derecha, se palpa la profundidad del CSI.

Riñón derecho.

Para capturar el riñón derecho, se debe regresar al lado derecho del paciente.

Se utiliza la mano izquierda para levantar desde atrás y la mano derecha para palpar profundamente en el CSD.

Dolor a la percusión de los riñones.

Si los riñones duelen a la palpación se valorará el dolor a la percusión sobre el RCV. La presión con las yemas de los dedos puede bastar para desencadenar dolor; de lo contrario se debe utilizar la percusión con el puño.

* Se coloca la región palmar de los metacarpianos en el ángulo costovertebral y se golpea con el borde cubital del puño.

VEJIGA URINARIA

La vejiga urinaria palpable saludable no es palpable a menos que se distienda por encima de la sínfisis del pubis.

Mediante la percusión se verifica la matidez y cuánto se eleva la vejiga sobre la sínfisis púbica.

El volumen vesical debe ser de 400-600 ml antes de que aparezca matidez.

En la palpación, la cúpula de la vejiga distendida se palpa lisa y redonda.

AORTA

1. Presionar con firmeza de manera profunda el epigastrio ligeramente a la izquierda de la línea media, e identificar las pulsaciones de la aorta.

* En las personas mayores de 50 años de edad, se evalúa el ancho de la aorta al presionar con profundidad en el epigastrio con una mano en cada lado de la aorta.

* En este grupo de edad una aorta normal tiene no más de 3 cm de ancho (media de 2.5 cm, excluido el espesor de la piel y la pared abdominal). La circunferencia abdominal y el diámetro de la aorta afectan la detección de pulsaciones.

Detección de una posible ascitis.

- La presencia de un abdomen protuberante con flancos prominentes indica una posible ascitis, considerada la complicación más frecuente de la cirrosis.
- Como el líquido ascítico crece de forma característica con la gravedad, mientras que las ascis intestinales, llenas de gas, sobre a la percusión se obtiene una nota de matidez en las zonas abdominales en declive.

Evaluación de una posible apendicitis.

Se evalúa de forma metódica la existencia de signos peritoneales del dolor abdominal agudo.

1. Pedir al paciente que señale el lugar donde comenzó el dolor y donde le duele ahora. Se le pide al px que tense para determinar donde se produce el dolor.
2. El punto de McBurney se encuentra casi siempre a unos 5 cm de la apófisis espinosa anterior del ilion sobre una línea que va de esta apófisis hasta el ombligo.
3. Explorar la zona dolorosa en busca de defensa rigidez y dolor a la descompresión.
4. Se comprueba el signo de Rovsing y el dolor a la descompresión referida. Se presiona de manera profunda y uniforme el cu y luego se retiran los dedos rápido.

EXPLORACIÓN DE ABDOMEN



FIGURA 11-11. Se inicia con la palpación superficial del abdomen.



FIGURA 11-12. Utilizar las dos manos para la palpación profunda.

EXPLORACIÓN DE HÍGADO



FIGURA 11-16. Se palpa por pasos hacia el borde costal.



FIGURA 11-18. Técnica del gancho.



FIGURA 11-19. "Enganche" del borde del hígado.

EXPLORACIÓN DE BAZO



FIGURA 11-24. Se palpa el borde del bazo.



FIGURA 11-26. Se palpa el borde del bazo con el paciente acostado sobre el lado derecho.

EXPLORACION DE AORTA



FIGURA 11-32. Se palpa en ambos lados de la aorta.

EXPLORACIÓN DE RIÑONES



FIGURA 11-28. Palpación del riñón derecho.



Bibliografía

Bickley, L. S. (2017). Bates Guía de Exploración Física e Historia Clínica (12 ed.). Wolter Kluwer. Recuperado el 22 de Mayo de 2025, de Downloads/Bates%20Guia%20de%20Exploracion%20Fisica%20e%20Historia%20Clinica%2012a%20Edicion%20(1).pdf