



## **Revista Electrónica de PortalesMedicos.com -**

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>

Guía básica para la confección de una Historia Clínica VII. El Examen Físico Regional.

La exploración de abdomen, columna vertebral y extremidades

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/831/1/Guia-basica-para-la-confeccion-de-una-Historia-Clinica-VII-El-Examen-Fisico-Regional-La-exploracion-de-abdomen-columna-vertebral-y-extremidades.html>

Autor: Dr. Marco J. Albert Cabrera

Publicado: 11/22/2007

Este es el séptimo de una serie de trabajos dirigidos a estudiantes que cursan la carrera de medicina en Cuba, desde el IV al VI semestre. El objetivo de los autores es ofrecer un instrumento didáctico que permita la orientación rápida y la práctica eficiente en la confección de Historias Clínicas. La GUIA es eminentemente orientadora y se vale de la síntesis, los recursos nemotécnicos y mapas conceptuales para su fácil comprensión. No pretende sustituir la utilización de los textos básicos y las obras enciclopédicas de semiología donde el estudiante cuenta con la información detallada y organizada para su correcta preparación.

---

Guía básica para la confección de una Historia Clínica VII.

### **Guía básica para la confección de una Historia Clínica VII. El Examen Físico Regional. La exploración de abdomen, columna vertebral y extremidades.**

Marco J. Albert Cabrera, Suiberto Hechavarría Toledo, Rubén A García López de Villavicencio, Arian Luis Rodríguez, Arturo E. Rodríguez González.

#### **Introducción**

Este es el séptimo de una serie de trabajos dirigidos a estudiantes que cursan la carrera de medicina en Cuba, desde el IV al VI semestre. El objetivo de los autores es ofrecer un instrumento didáctico que permita la orientación rápida y la práctica eficiente en la confección de Historias Clínicas. La GUIA es eminentemente orientadora y se vale de la síntesis, los recursos nemotécnicos y mapas conceptuales para su fácil comprensión. No pretende sustituir la utilización de los textos básicos y las obras enciclopédicas de semiología donde el estudiante cuenta con la información detallada y organizada para su correcta preparación.

Esta GUIA será un medio de apoyo útil para quienes ya han concluido la etapa de aprendizaje y se enfrentan a la evaluación final, o mejor aún, para quienes decidan ejecutar con calidad la práctica clínica, con sus métodos y procedimientos científicos.

En este trabajo, continuación del Examen Físico Regional (EFR), se exponen los elementos de la exploración del abdomen, que incluye las regiones inguinales; así como los segmentos de la columna vertebral y las extremidades. En el abdomen se hace hincapié en la relación de los síntomas con los datos obtenidos al interrogatorio, además de las técnicas que facilitan abordar la multitud de órganos presentes en esa región.

#### **Abdomen.**

##### **Requisitos:**

- Explique a la persona lo que va a realizar. Colóquela en decúbito supino y con los brazos al lado del cuerpo. Pregúntele si hay algún área abdominal en la que sienta molestia o dolor - éstas deben examinarse al final.
- El examinador se debe ubicarse por el lado de su mano dominante (a la derecha, si es diestro; a la izquierda si es zurdo).

- El vientre debe estar ampliamente descubierto para observar el abdomen en sus relaciones con las regiones vecinas, siempre cuidando el pudor del paciente.

**Técnica: Inspección.**

1. Observe el abdomen de frente y de perfil, para ello aproveche todos los ángulos o incidencias de los rayos luminosos sobre la superficie abdominal.
2. Observe el volumen, la forma, el relieve, la simetría, las masas, las pulsaciones, la integridad de la piel y el patrón respiratorio, cuyos datos deben inspeccionarse, tanto en el orden estático con una completa relajación, como en el orden dinámico, invitando al enfermo a respirar y a moverse en distintas posiciones, buscando en ocasiones, la contractura del abdomen.
3. Observe la posición del ombligo, su forma, su coloración, así como su higiene.
4. Pida al paciente que tosa para evidenciar dolor con la tos y masas que protruyen, no vistas previamente (región umbilical y regiones inguinales).
5. Sentado, o inclinado mire el abdomen tangencialmente, para evaluar su contorno y los movimientos peristálticos.



**Semiodiagnóstico.**

**Alteraciones de la piel.** Puede presentarse en toda su patología, es decir con todas las lesiones elementales (máculas, pápulas, erupciones, ictericia, palidez, cianosis, etc).

- Roséola tífica o “manchas lenticulares”: de color rosado, que desaparecen con la presión del dedo y que se observan en la fiebre tifoidea;
- Angiomas o lunares rojos, de Bouchard: de localización selectiva en el vientre y los cuales han sido considerados como índice indirecto de patología hepática sin que haya podido ser demostrado.
- Telangiectasias: de forma estrellada, de localización más frecuente en las porciones altas del tórax, hombros y detrás de las orejas, cuyas alteraciones orientan hacia el diagnóstico de diversas hepatopatías, particularmente de las cirrosis.
- Manchas melanodérmicas: de semejante interpretación.
- Vergetures o estrías atróficas: a causa de la ruptura de las fibras elásticas de la piel (embarazo, obesidad, síndrome de Cushing, ascitis, etc.).
- Petequias: de ciertas enfermedades hepáticas con discrasia sanguínea.
- Cicatrices operatorias: hacen pensar en la patología asociada a la operación realizada y en las perivisceritis. A nivel de las cicatrices se pueden comprobar eventraciones, las que se confirman a la palpación.

**Distribución del pelo.** Distribución masculina en la mujer y la hipertrichosis, índice de alteraciones endocrinas, y la feminización en el hombre portador de una cirrosis avanzada.

**Alteraciones del ombligo.**



- Aumento de volumen del ombligo: determinado por bultomas (hernias, tumores benignos y malignos).
- Despliegue del ombligo y su inversión: se observan en la ascitis.
- Color azul violáceo: corresponde a la hemorragia intraperitoneal (signo de Cullen).
- Desviaciones del ombligo: se observan en las tumoraciones abdominales.
- Mueca umbilical: es una alteración debida a la contractura muscular hacia el lado afecto en un vientre que es asiento de un proceso inflamatorio.
- Procesos ulcerados y fungosos: ocurre en los lactantes.
- Diastasis o separación evidente de los músculos rectos mayores del abdomen en la línea media: se aprecia en algunas mujeres con embarazos repetidos y en hombres delgados que tienen bien desarrollados estos músculos.

#### **Alteraciones del volumen.**

- El aumento global del abdomen: obesidad, edema parietal de las enfermedades hidropígenas como la insuficiencia cardíaca avanzada y la nefrosis, el meteorismo, a expensas de la acumulación generalizada de gases dentro del tubo digestivo, (oclusiones intestinales, las paresias y el megacolon o enfermedad de Hirschprung). De igual modo ocurre con el neumoperitoneo, ya espontáneo o terapéutico, en el cual el gas se acumula en la cavidad libre del peritoneo (traumatismos, perforaciones patológicas, etcétera). Los quistes gigantes del ovario aumentan el volumen abdominal de modo global.
- Ascitis: aumenta el volumen de un modo global, adoptando a su vez el abdomen una forma especial que recuerda el vientre de la rana, “vientre de batracio” con los flancos dilatados. El ombligo de las ascitis se proyecta hacia fuera y llega a borrarse, los enfermos adoptan la actitud de lordosis. La piel se observa lisa, blanca, a veces con manchas; puede haber edema de la pared, circulación colateral, lo que depende de la enfermedad causante (hipertensión portal, inflamación peritoneal, etcétera).

#### **Movimientos anormales.**

- Movimientos peristálticos exagerados: en verdadera lucha contra un obstáculo limitado o más o menos generalizado, por irritabilidad vagal (signo de Kussmaul). Sucede en las oclusiones parciales o totales de las vísceras huecas (estómago o intestino).
- Movimientos vasculares: corresponden con los latidos de los vasos, y se señala como más relevante el latido aórtico, ya por lesión orgánica (aneurismas) o por simple aortismo o eretismo aórtico, de orden funcional.

#### **Técnica: Auscultación.**

1. Ausculte los ruidos intestinales (hidroaéreos) con el diafragma del estetoscopio en cada uno de los cuadrantes comenzando por el no doloroso, en caso de no presentarlo, comience por la región inguinal izquierda.

**Nota:** Los ruidos hidroaéreos normales son sonidos de tono alto, borgogeaante, de frecuencia regular.

#### **Semiodiagnóstico.**

- Ruidos hidroaéreos hiperactivos y de frecuencia aumentada: en el diagnóstico de un íleo mecánico, por obstrucción intestinal (signo de lucha), los cuales se producen al aumentar el peristaltismo por encima de la obstrucción, en un esfuerzo por tratar de vencer el obstáculo al tránsito intestinal;
- Ruidos hidroaéreos ausentes o hipoactivos: de íleo paralítico reflejo, debido a muchas causas no obstructivas, (deshidratación y la hipopotasemia). Más raramente, son expresión de la fase muy avanzada de una obstrucción intestinal, cuando los mecanismos neuromotores de lucha están agotados.
- Roces abdominales: inflamación de la serosa hepática, esplenitis y periesplenitis
- Sonidos vasculares audibles en el abdomen: alteraciones no relacionadas directamente con el sistema digestivo.

#### **Técnica: Percusión.**



1. Percuta sistemáticamente el abdomen en todos sus cuadrantes para evaluar la existencia de sonidos anormales. El sonido predominante es el timpanismo e indica gas en el intestino subyacente.

### **Semiografía y semiodiagnóstico.**

- Hipertimpanismo: aumento de aire atmosférico o gases de otro orden, en las vísceras huecas o en la cavidad libre del peritoneo. Se observa en los casos de meteorismo abdominal difuso, el que se puede producir, ya por acumulación de aire tragado o aerofagia, que ocasiona aerogastria y aerocolia, ya por la producción de gases de fermentación o putrefacción, ya por déficit de absorción. Existe el meteorismo parcelario, que se debe a la oclusión del tubo digestivo a cualquier nivel. También hay hipertimpanismo en los casos de neumoperitoneo o gas libre en la cavidad peritoneal (sin alcanzar gran tensión).
- Hipotimpanismo: se aprecia, ya por gas a gran tensión (neumoperitoneo a gran tensión) o por una relativa densificación de las vísceras huecas.
- Matidez: se debe a los líquidos a gran tensión, particularmente en la cavidad peritoneal, a la densificación manifiesta de una víscera hueca o al aumento de tamaño de las vísceras normalmente macizas, o también, a la formación de tejido tumoral a cualquier nivel del abdomen. Accidentalmente un intestino repleto de excremento puede hacerse mate a la percusión.
- Ascitis libre, llamada también matidez hídrica: en ella la matidez adopta una distribución geométrica especial en el vientre, describiendo en la parte superior una línea curva de concavidad hacia arriba, puesto que en la posición acostada (decúbito supino) el líquido asciende más en los flancos que en el centro, en cuyo sitio flotan las asas intestinales dando un sonido timpánico. Al variar el enfermo de posición, el líquido en la llamada ascitis libre tiende a moverse y por tanto las líneas de percusión varían, desplazándose con el líquido los sonidos mate y timpánico, respectivamente. De pie, por la gravedad, el líquido desciende, por lo que se encuentra matidez en las partes bajas y timpanismo en la parte alta. En los decúbitos laterales se invierte el sonido haciéndose mate del lado sobre el cual el enfermo se acuesta, y timpánico del lado opuesto, donde flota el intestino.
- Ascitis tabicada: el tejido fibroso “enquista” porciones líquidas, como se aprecia en ciertas inflamaciones (la tuberculosis, por ejemplo) la matidez se aprecia en las bolsas líquidas alternando con las zonas de intestino, en las cuales habrá timpanismo. En ocasiones los tabiques son múltiples y permanentes, para dar lugar a la figura percutoria conocida como “tablero de damas”.
- Matidez exagerada: la obtenemos en la hipertrofia de los órganos macizos, la matidez de los tumores sólidos de distinta naturaleza y la correspondiente a las vísceras huecas densificadas por infiltración o tumores. En los quistes de buen tamaño, al igual que en la ascitis, puede observarse matidez, pero en ellos esta será más o menos fija. Además, en los grandes quistes del ovario la matidez ocupa la región central del abdomen, porque las asas se desplazan hacia los flancos, al revés de lo que sucede en la ascitis. Esta simple maniobra permite hacer el diagnóstico diferencial.

---

## Guía básica para la confección de una Historia Clínica VII. 2.

### **Técnica: Palpación de la pared abdominal o continente (palpación superficial).**

1. Pregúntele al paciente si tiene dolor en alguna parte del abdomen (última área para palpar).
2. Anime al paciente a respirar lenta y profundamente, y a exhalar con la boca abierta, mientras palpa.
3. Palpe sistemáticamente cada cuadrante con la palpación monomanual, para detectar dolor, espasmo muscular o tumoraciones ejerciendo una presión suave sobre la pared



(deprimiendo el abdomen alrededor de 1 cm.), con movimientos hacia abajo con la punta de los dedos. Así se tiene la primera impresión de conjunto.

4. Fíjese en la expresión facial del examinado.
5. Explore el espesor de la pared pellizcándola con los dedos; se examinan la piel, el tejido celular y aun los músculos, si el enfermo tiene la pared muy delgada.
6. Palpe especialmente el ombligo y los orificios en las regiones inguinales pidiéndole al paciente que tosa.
7. Finalmente se debe explorar en esta etapa, la sensibilidad de los tegumentos y el dolor provocado superficial.

**Nota:** En los casos de palpación aparentemente imposible por hipertonia parietal se puede cubrir la piel del abdomen con vaselina o polvo de talco para facilitar el deslizamiento manual o utilizar el Método de Galambos, que consiste en deprimir el abdomen con una mano, a una distancia no mayor de 10 cm. de la zona que se quiera explorar con la otra mano.

#### **Semiodiagnóstico.**

- Abovedamientos limitados de la pared abdominal: flemones o procesos inflamatorios, tumores benignos (lipomas, fibromas y quistes sebáceos), tumores malignos (linfoma parietal del abdomen).
- Aumento del espesor: edema, grasa, enfisema, mixedema.
- Hernias: en la línea media, umbilicales, hipogástricas o de los orificios crurales e inguinales. Podemos verificar el tamaño, la reducción, los caracteres del orificio y del saco herniario, etc.
- Hiperalgia o dolor provocado superficial: neuritis, radiculitis, herpes zoster, tabes, etc. A veces el dolor provocado parietal corresponde al tejido subcutáneo o a las capas profundas musculares.
- Hipotonía abdominal: al palpar un vientre suave, como de tela, “vientre en trapo viejo”, el cual se aprecia en sujetos con el hábito de Stiller (longilíneo).
- Hipertonia abdominal: refleja procesos peritoneales, de gran valor semiológico. Cuando es difuso constituye el llamado “vientre en tabla”, índice de procesos agudos abdominales de distinta naturaleza. Indica una agresión al peritoneo por un proceso inflamatorio agudo, como ocurre en las apendicitis agudas, las colecistitis, las perforaciones ulcerosas, la ruptura de un embarazo extrauterino, entre otros ejemplos. La hipertonia puede ser parcelaria, la cual indica que a ese nivel debe existir el órgano responsable de la reacción peritoneal.
- En el ombligo, además de las hernias, podemos palpar tumores y granulomas, que comprueba lo anotado en la inspección.

**Nota:** en general los tumores de la pared no siguen los movimientos respiratorios, sino que se hacen más ostensibles al ponerse tensa la pared abdominal.

#### **Técnica: Palpación visceral, intracavitaria o del contenido (palpación profunda).**

1. Pregúntele al paciente si tiene dolor en alguna parte del abdomen (última área para palpar).
2. Anime al paciente a respirar lenta y profundamente, y a exhalar con la boca abierta, mientras palpa.
3. Palpe sistemáticamente cada cuadrante con movimientos hacia abajo con la punta de los dedos.
4. Fíjese en la expresión facial del examinado.

**Nota:** Se puede realizar monomanual o bimanualmente.

#### **Semiodiagnóstico.**

- Resistencia o sensación de consistencia: densificación de un órgano normalmente hueco, aumento con mayor solidificación de un órgano macizo (hepatomegalias, esplenomegalias, tumores sólidos), hipertensión del contenido líquido de la cavidad libre (ascitis a gran tensión). etc.
- Renitencia: líquidos o gases a tensión. Es similar a la sensación que se obtiene en los quistes, de aquí que también se hable de sensación quística. Se comprueba en



tumoraciones quísticas, en ascitis a menor tensión y en algunos casos de neumoperitoneo, fenómeno que se palpa como un neumático inflado.

- Fluctuación: es la sensación palpatoria correspondiente al mínimo de resistencia, al palpar bolsas líquidas a poca tensión como ocurre en las ascitis pequeñas; recuerda la clásica fluctuación del pus de los abscesos.
- Tumores: se debe detallar forma, tamaño, localización, consistencia, profundidad, carácter de su superficie, presencia de latidos, relación con los movimientos respiratorios y con los órganos vecinos, presencia o ausencia de dolor, así como la identificación posible del tejido o víscera asiento del tumor, donde es muy útil la Maniobra de deslizamiento de Hausmann.
- Ascitis: en ocasiones se identifican vísceras agrandadas o tumoraciones con la sensación de flotación, signo del ténpano. Con la percusión combinada a la palpación se comprueba la presencia de la onda líquida transabdominal (Maniobra de Tarral y Morgagni), al palpar con una mano la onda producida por percusión del otro lado del abdomen. En ocasiones se puede percibir la onda al ser transmitida por la pared; ante esa duda se coloca la mano de un ayudante en la línea media por su borde cubital y de ese modo eliminamos la vibración transmitida por la pared, pero persiste la verdadera onda líquida.
- Sensación palpatoria del chapoteo o sucusión: acumulación de gas y líquido en un órgano hueco o segmento del mismo, debido a fenómenos de atonía y obstrucción.

### **Columna vertebral.**

#### **Técnica: Inspección.**

1. Con el paciente de pie, observe en los planos posterior y lateral en busca de las curvaturas normales de la columna, sus exageraciones u otras deformidades, tumefacción o edema de las partes blandas y alteraciones de la piel.

### **Extremidades.**

#### **Técnicas:**

1. Inspección: observar simetría en las cuatro extremidades y la presencia o no de deformidades.
2. Mensuraciones: mida cada uno de los segmentos como se detallará en el examen físico del Sistema Osteomioarticular (SOMA).

### **Registro de lo explorado en un paciente sano.**

Abdomen plano, simétrico, que sigue los movimientos respiratorios y los golpes de tos, con ombligo central sin cambios de coloración ni aumento de volumen. Regiones inguino-cruales no se observan aumento de volumen. No lesiones en la piel. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. No se palpan adenopatías ni protusiones en regiones inguinales y región umbilical. Agujero inguinal superficial cerrado. Timpanismo abdominal presente. Ruidos hidroaéreos presentes y normales.

Columna Vertebral: A la inspección presencia de cifosis normal, no deformidades ni tumefacción.

Extremidades: Simétricas, sin deformidades, de acorde con su biotipo.

### **Referencias bibliográficas:**

1. Llanio Navarro, R; Perdomo González, G. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Editorial Ciencias Médicas, 2005. Tomo I y II.
2. Roca Goderich, R. Temas de Medicina Interna. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 4ta Edición, 2002. Tomos I, II y III.
3. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Décima Edición Española. Madrid. 1999.
4. Arenas Falcón, B; Samper Alonso, B.; Pérez Acosta, M. y Cols. Cómo registrar el examen físico en el paciente sano. Editorial Ciencias Médicas, 2002.





5. Mathé G., Richet G. *Semiología Médica y Propedéutica Clínica*. Editorial Jims. Barcelona. 1969.
6. Cecil R. L. *Textbook of Medicine*. Ed. 20. W. Sanders, Philadelphia, 1996.
7. Harrison T. R. *Principles of Internal Medicine*. Ed. 14. Mc Gra Hill. New York, 1997.

**Autores:**

**Marco J. Albert Cabrera (1)**  
**Suiberto Hechavarría Toledo (2)**  
**Rubén A García López de Villavicencio (3)**  
**Arian Luis Rodríguez (4)**  
**Arturo E. Rodríguez González (4)**

- (1) Máster en Ciencias. Especialista de Primer y Segundo Grados de Medicina Interna. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- (2) Máster en Ciencias. Especialista de Primer Grado de Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- (3) Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral. Profesor Instructor. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- (4) Alumnos de tercer año de medicina. Policlínico Universitario Vedado.