



Revista Electrónica de PortalesMedicos.com -

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

## Guía básica para la confección de una Historia Clínica XII. El Examen Físico particular del Sistema Endocrino

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1360/1/Guia-basica-para-la-confeccion-de-una-Historia-Clinica-XII-El-Examen-Fisico-particular-del-Sistema-Endocrino.html>

Autor: Dr. Marco J. Albert Cabrera

Publicado: 30/01/2009

Revisión exhaustiva relativa a la exploración física (inspección, palpación, auscultación) de interés en el campo del Sistema Endocrino: glándula tiroides (bocio, exoftalmia) y paratiroides.

---

### Guía básica para una Historia Clínica XII. El Examen Físico particular del Sistema Endocrino Guía básica para la confección de una Historia Clínica XII. El Examen Físico particular del Sistema Endocrino.

Autores:

Marco J. Albert Cabrera (1)

Suiberto Hechavarría Toledo (2)

Arian Luis Rodríguez (4)

Arturo E. Rodríguez González (4)

#### Resumen.

Revisión exhaustiva relativa a la exploración física (inspección, palpación, auscultación) de interés en el campo del Sistema Endocrino: glándula tiroides (bocio, exoftalmia) y paratiroides.

#### Exploración de la glándula tiroides.



#### Técnica de exploración. Inspección.

1. Pida a la persona que mantenga la cabeza y el cuello en una posición normal y relajada.
2. Observe la región anterior del cuello de frente y de perfil.
3. Observe la existencia de alguna desviación de la tráquea, así como las delimitaciones del cartílago tiroides y cricoides, y fíjese si hay algún aumento de volumen.
4. Pida que extienda ligeramente el cuello, inclinando la cabeza hacia atrás, y que trague un sorbo de agua y observe en ese momento, el movimiento simétrico hacia arriba de



la tráquea y los cartílagos laríngeos y, de existir algún aumento de volumen, si este también se desplaza.

5. Realice la **Maniobra del Marañón** cuando sospeche bocio endotorácico, para ello el paciente debe estar sentado, con los brazos levantados y la cabeza hacia atrás. Si aparece una disnea progresiva la maniobra es positiva.

#### **Técnica de exploración. Palpación.**

1. Párese por detrás del paciente y realice la Maniobra de Quervain: rodee el cuello con ambas manos, con los pulgares descansando sobre la nuca y los cuatro dedos restantes hacia los lóbulos de cada lado. Primero coloque ligeramente los pulpejos de sus dedos índice y del medio, por debajo del cartílago cricoides, para localizar y palpar el área del istmo. Repita la maniobra mientras la persona traga un sorbo de agua, lo que causa elevación del istmo y permite precisar aún más su textura, como de goma o elástica. Después, pídale que incline ligeramente su cabeza hacia el lado izquierdo, para palpar el lóbulo derecho. Utilice los dedos en el lado opuesto para desplazar la glándula en dirección lateral, hacia el lado derecho, de manera que los dedos que palpan puedan sentir mejor el lóbulo. Pida a la persona que trague, mientras examina el lóbulo. Repita el procedimiento en el lado opuesto.
2. Párese frente a la persona y coloque sus manos alrededor del cuello, pero con los pulgares en el plano anterior, que son los que palpan. Palpe los lóbulos tiroideos utilizando la Maniobra de Crile: el pulgar de cada mano palpa sucesivamente el lóbulo del lado opuesto, en busca de nódulos).
3. Palpe también los lóbulos laterales, con una variante de la técnica anterior la Maniobra de Lahey: coloque el pulpejo de un dedo pulgar contra la cara lateral de la tráquea superior, empujando hacia el lado opuesto, con lo que el lóbulo del lado hacia el que se empuja, se exterioriza más hacia delante y puede ser más accesible al pulgar de la otra mano; esta maniobra se completa con la deglución, mientras se palpa).

Nota: En la palpación hay que tener en cuenta además de la forma y el tamaño, su consistencia y la sensibilidad.

#### **Técnica de exploración. Auscultación.**

Con la ayuda del estetoscopio, ausculte la región tiroidea, especialmente cuando se sospecha hiperfunción de la glándula.

#### **Semiodiagnóstico del aumento de volumen (bocio).**

- Bocio coloideo simple. El tiroides presenta aumento de volumen moderado y simétrico. Rara vez pesa más de 100 gramos y muestra cierto aumento de la consistencia.
- Bocio nodular o bocio adenomatoso (enfermedad de Plummer). Pueden ser únicos o múltiples y en ellos se observan los mayores tamaños de la glándula (algunos casos exceden los 1.000 gramos). Pueden crecer hacia abajo y detrás del esternón produciendo un síndrome mediastinal; esta forma es el llamado bocio endotorácico. A la palpación se muestra asimétrico, polilobulado y con aumento de su consistencia.
- Bocio iatrogénico. Se produce por administración de yoduros, cianatos, tioureas y otros fármacos. Se comporta como una hiperplasia difusa primaria, aunque a veces puede adoptar la forma nodular.
- Bocio familiar. Por lo general es multinodular.
- Enfermedad de Graves-Basedow. Se acompaña frecuentemente de un bocio difuso, simétrico, que en ocasiones alcanza de 80-100 gramos.
- Tiroiditis infecciosa aguda. La glándula está aumentada, es dolorosa a la palpación y también al tragar; se acompaña de fiebre, disfgia, etc.
- Tiroiditis crónica. Las dos formas más conocidas son: estruma de Hashimoto (linfocitario), que es la más frecuente y se caracteriza porque su glándula es simétrica, su volumen puede triplicarse y su consistencia es firme como la del caucho y el estruma de Riedel (fibrosa), que se caracteriza por su tamaño variable, glándula asimétrica, consistencia pétreo y pueden apreciarse nódulos a la palpación.



- Neoplasias. Pueden presentarse como adenomas (suelen ser solitarios y en ocasiones algo voluminosos) o como tumores malignos (carcinomas papilares, carcinoma folicular, carcinoma medular, carcinoma anaplásico).

#### Signos oculares de la exoftalmía:

- **Signo de Dalrymple.** Aumento de la hendidura palpebral.
- **Signo de Von Graefe.** Cuando hacemos dirigir la mirada hacia abajo, el párpado superior no sigue al globo ocular y queda descubierta una parte exagerada de la esclerótica.
- **Signo de Stellwag.** Disminución o abolición del parpadeo.
- **Signo de Möebius.** Dificultad para la convergencia. Al aproximar un objeto tienen que converger los globos oculares; pero al llegar a las cercanías del ojo, en vez de converger (como movidos por un resorte) se dirigen hacia afuera.
- **Signo de Ballet.** Pérdida completa de todos los movimientos extrínsecos del ojo.
- **Signo de Rosenbach.** Temblor fibrilar del párpado.
- **Signo de Claude-Bernard-Horner.** Ptosis palpebral, miosis, enoftalmía, producidos por parálisis compresiva del simpático cervical, a causa del bocio.

#### Semiodiagnóstico de la exoftalmía bilateral.

- Enfermedad de Graves- Basedow. Causa más importante de hipertiroidismo.
- Trombosis del seno cavernoso. Generalmente comienza por un lado para extenderse más tarde al otro, en los períodos avanzados; los ojos se proyectan hacia delante y quedan fijos, los párpados están rojos y tumefactos, las venas frontales y oftálmicas se tornan prominentes y aparecen dilatadas.

#### Semiodiagnóstico de la exoftalmía unilateral.

- Procesos infecciosos. Celulitis orbitaria, periostitis orbitaria, tuberculosis, etc.
- Procesos vasculares. Trombosis del seno cavernoso y trombosis de la vena orbitaria.
- Meningocele y encefalocele.
- Aneurisma arteriovenoso. Acompañado de una exoftalmía pulsátil, que es muy evidente y en la cual se ausculta un soplo intenso. La compresión de la carótida del mismo lado reduce el latido y la intensidad del soplo. La causa es la rotura de la carótida en el interior del seno cavernoso, por un trauma con fractura de la base del cráneo.

Debido a la riqueza que aporta el examen físico en el hipoparatiroidismo, será la única afección que será descrita en esta guía, la exploración del resto de los órganos que componen este Sistema no cumple objeto en esta guía.

#### EXAMEN FÍSICO EN EL HIPOPARATIROIDEO.

Nota: Se caracteriza por la secreción deficiente de hormona paratiroidea con la consiguiente hipocalcemia, lo que aumenta la excitabilidad neuromuscular y produce tetania.

#### Tetania.

**Tetania latente:** solo se producen las crisis frente a estímulos circunstanciales o provocados por el médico

**Tetania manifiesta:** produce eventualmente crisis o ataques de tetania espontánea o espasmofilia.

#### Examen físico de la tetania latente.

1. **Signo de Trousseau:** Comprima la parte media del brazo, con una goma o un brazalete de tomar la presión arterial; entonces se observe que los dedos de la mano se colocan en hiperextensión y el dedo pulgar en aducción forzada; al mismo tiempo la



palma de la mano se ahueca, esto ha sido denominado mano de partero. Al investigar este signo en un lado, lo pudiéramos observar en la otra mano (signo de Frankl Hochwart) o agregarse espasmo vascular y anemia de los dedos (signo de Khan y Falta).

2. **Signo de Weiss.** Percuta la rama temporal del nervio facial, se provoca la contracción de los músculos orbicular, superciliar y frontal.
3. **Signo de Chvostek.** Percuta sobre la mitad de una línea que se extiende desde el conducto auditivo externo a la comisura bucal, se obtiene la contracción de los músculos de la cara.
4. **Signo de Escherich.** Percuta la comisura labial, provoca la propulsión de los labios hacia delante y a veces hay convulsiones en toda la cara (facies de Uffenheimer). Esta hiperexcitabilidad mecánica se puede también provocar en otros troncos nerviosos: en el peroneo (signo de Lust) y en la tibia (signo de Schlesinger).
5. **Signo de Pool.** Tire con fuerza de un brazo que está levantado y observe contracturas de la musculatura del mismo, en consecuencia se produce la mano de partero.
6. **Signo de Schultze.** Percuta la lengua, se forma una depresión circunscrita.
7. **Signo de Kashida.** Estimule con frío o calor el trayecto nervioso de un músculo, aparecen parestesias o convulsiones locales.
8. **Signo de Hoffmann.** Realice la irritación mecánica del trigémino en sus puntos de emergencia, aparece dolor local e inmediato.
9. **Hiperpnea provocada:** es una excelente prueba biológica. Acueste al enfermo e invítelo a efectuar movimientos respiratorios profundos, a razón de 18/min; al cabo de 5-15 min se evidencia la tetania por un acceso agudo.

**Registro de lo explorado en paciente sano:** Tiroides no visible ni palpable.

#### **Referencias bibliográficas:**

1. Llanio Navarro, Raimundo; Perdomo González, Gabriel. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Editorial Ciencias Médicas, 2005. Tomo I y II.
2. Roca Goderich, Dr. Reinaldo. 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, Dr. Benjamín; Samper Alonso, Dra. Belkis; Pérez Acosta, Dra. Mabel y Cols. Cómo registrar el examen físico en el paciente sano. Editorial Ciencias Médicas, 2002.