

## **GUÍA DE ACTIVIDAD PRÁCTICA Nº 9: ABORDAJE CLÍNICO INICIAL DEL ABDOMEN**

### **Introducción**

La multiplicidad de vísceras situadas en esta cavidad explica en parte las dificultades del examen clínico del abdomen. El razonamiento del médico y del estudiante deberá ser zagas para lograr con practicidad diferenciar cuadros graves que amenazan la vida y deben ser referidos a centros de complejidad, de cuadros benignos que pueden ser controlados en el primer nivel de atención.

Las herramientas fundamentales para que dicho razonamiento sea óptimo son:

- Anamnesis exhaustiva dirigida al problema.
- Examen físico con las maniobras pertinentes según la sospecha clínica surgida del interrogatorio
- De considerarlos necesarios, disponer de métodos complementarios básicos y/o adecuada derivación a centro de mayor complejidad.

Cumpliendo con esos pasos se logra, en general, una atención médica eficaz y seguridad para el paciente al disminuir el margen de error. Es correcto tener presente el margen de incertidumbre, propio del ejercicio de la medicina, que en el abdomen es de los más altos.

### **Objetivos del módulo**

- Identificar y semiografiar los principales motivos de consultas en el abdomen.
- Realizar el examen físico del abdomen reconociendo los hallazgos normales.
- Conocer las maniobras semiológicas con mayor rentabilidad demostrada.

### **Temas a desarrollar**

- Principales síntomas de abdomen: Disfagia, Pirosis, Vómito, Dolor abdominal, Distensión abdominal, Hematemesis, Melena, Enterorragia, Proctorragia, Diarrea, Constipación.
- Examen físico del abdomen: inspección, auscultación, percusión y palpación (Valoración general, valoración de hígado, bazo, sigma, ciego, puntos dolorosos y maniobras especiales).

### **Lecturas previas necesarias**

Disponibles en la bibliografía sugerida por la cátedra, también es necesario recuperar información de materias anteriores.

- Principales síntomas y signos referidos al Aparato Digestivo:
  - ✓ Disfagia
  - ✓ Pirosis
  - ✓ Náuseas
  - ✓ Vómitos
  - ✓ Regurgitación
  - ✓ Dolor Abdominal
  - ✓ Hematemesis
  - ✓ Melena
  - ✓ Enterorragia
  - ✓ Diarrea
  - ✓ Constipación
  - ✓ Ictericia: Concepto, Fisiopatología y Semiografía.
- Principales síntomas y signos referidos al Aparato Urinario:
  - ✓ Dolor
  - ✓ Alteraciones miccionales.
  - ✓ Hematuria: Concepto, Fisiopatología y Semiografía.
- Topografía Abdominal:
  - ✓ Proyección de los órganos abdominales a los distintos cuadrantes.
  - ✓ Inspección: Semiotecnia. Características normales y principales alteraciones.
  - ✓ Conformación del abdomen.
  - ✓ Características de la piel.
  - ✓ Ombligo.
  - ✓ Movimientos peristálticos visibles
  - ✓ Latidos.
  - ✓ Auscultación: Semiotecnia. Características normales y principales alteraciones. Ruidos hidroaéreos. Soplos vasculares.
  - ✓ Palpación superficial: Semiotecnia. Características normales y patológicas. Puntos dolorosos: abdominales y renoureterales. Palpación de órganos intraabdominales: Semiotecnia. Características normales y patológicas. (Hígado, Bazo, Colon, Riñones y Aorta).
  - ✓ Percusión: Semiotecnia. Características normales. Percusión de hígado y bazo. Examen clínico de la vejiga: Inspección, palpación y percusión en la retención urinaria con distensión vesical (globo vesical).

### Síntomas

- **Disfagia:** Dificultad en el pasaje del bolo alimenticio en su trayecto a través del esófago.
- **Disglusia** o disfagia oro faríngea: dificultad en la deglución que facilita la ocurrencia de bronco aspiración. (causa: incoordinación neuromuscular, disfagia motora).
  - ✓ Fisiopatogenia
    - Mecánica: obstrucción orgánica al paso del bolo alimentario. Comportamiento progresivo y constante, comienza con sólidos luego líquidos. (causas: Estenosis péptica, Carcinoma de esófago).
    - Motoras: aumento del peristaltismo, abolición del mismo o insuficiente relajación de esfínteres. Comportamiento intermitente y predominante para los líquidos (causas: Acalasia, Espasmo esofágico difuso)
  - ✓ ¿Cómo interrogo al paciente?
    - Tiempo de evolución.
    - ¿Es constante o intermitente?
    - ¿Es predominantemente a sólidos o líquidos?
    - Nota que la dificultad va empeorando, cada vez logra ingerir menos alimentos y con menor consistencia.

Se trata de un síntoma de gravedad, debe ser abordado con el objetivo de precisar su origen, no debe ser atribuido a cuadros funcionales inicialmente sin haber descartado patología orgánica o motora significativa que requiera tratamientos específicos urgentes.

### - Dolor abdominal

El dolor abdominal es un motivo de consulta difícil tanto para la atención primaria como para los médicos especialistas, ya que con frecuencia es una afección benigna, pero también puede deberse a una patología aguda grave. Los ancianos, los inmunodeprimidos y las mujeres en edad fértil presentan desafíos especiales de diagnóstico ya a menudo tienen síntomas inespecíficos y presentaciones atípicas de afecciones potencialmente mortales. Los pacientes mayores con dolor abdominal agudo por el que consultan en una guardia tienen un aumento de seis a ocho veces en la mortalidad en comparación con los pacientes más jóvenes.

- ✓ Fisiopatogenia
  - Alteraciones funcionales del tubo digestivo: tienden a la cronicidad, son benignas, no comprometen el estado general.

- Alteraciones Orgánicas: debidas a inflamación, isquemia, hemorragia o infiltración neoplásica. Suelen ser agudas y formar parte del síndrome de Abdomen agudo que requiere intervención médica y/o quirúrgica inmediata. Pueden ser subagudas o crónicas pero generalmente progresivas y con afectación del estado general.
- ✓ ¿Cómo interrogo al paciente?
  - ¿Cómo es el dolor? Tipos de dolor originado en el abdomen:
    - *Visceral*: dolor sordo y poco localizado en la línea media abdominal. Se percibe en la región abdominal correspondiente al origen embrionario del órgano enfermo. Así, el estómago, páncreas, hígado y vesícula biliar y duodeno proximal se manifiesta en el epigastrio; el resto del duodeno, intestino delgado, intestino grueso proximal se manifiesta en la región periumbilical; y el intestino grueso distal y medio, órganos genitourinarios pélvicos se manifiesta en la región suprapúbica o sacra.
    - *Parietal* (o somático): dolor más distintivo (generalmente más agudo) y localizado. Se transmiten a los ganglios de la raíz dorsal específicos del mismo lado y al nivel dermatoma como el origen del dolor. El La isquemia, inflamación o estiramiento del peritoneo parietal produce dolor parietal.
    - *Referido*: se siente en un sitio alejado del órgano enfermo. Las vías centrales compartidas para las neuronas aferentes de diferentes lugares causan este fenómeno.
- ✓ La caracterización precisa del dolor abdominal incluye:

	<b>Dolor orgánico- grave</b>	<b>Dolor funcional</b>
<b>Inicio</b>	Agudo o gradual	Gradual
<b>Calidad</b>	Inicialmente sordo, agudo, cólico, creciente	cólico, creciente y decreciente
<b>Intensidad</b>	Muy intensos	Leves a moderados
<b>localización</b>	Inicialmente en la línea media, pueden migrar a áreas más precisas de la víscera afectada	Un cuadrante particular o difuso. No suele haber dolor referido.
<b>Síntomas asociados</b>	fiebre, vómitos, diarrea, heces con sangre, flujo vaginal, dolor al orinar, disnea.	Nauseas, pirosis, regurgitación, saciedad precoz, vómitos, diarrea.

### Hemorragias Digestivas

- *Hematemesis*: Vómito de sangre. Lesión que determina hemorragia por encima del ángulo de *Treitz*. (Hemorragia digestiva alta). Precedida de náuseas y es roja oscura.

- *Melena*: deposición de materia fecal negra, muy mal oliente generalmente blanda, causada por hemorragia digestiva alta que sigue la vía natural, la sangre sufre los procesos de digestión.
  - *Enterorragia*: Presencia de sangre fresca mezclada con la materia fecal, indica que el sangrado proviene del colon más allá del recto.
  - *Proctorragia*: el sangrado proviene del recto o ano por lo que la sangre no se mezcla con las heces sino que la recubre o la sucede.
- ✓ ¿Cómo lo interrogo?
- ¿Cuándo comenzó?
  - ¿Cuántas oportunidades fueron?
  - ¿Permanente o intermitente?
  - Síntomas acompañantes:
    - Pérdida de peso.
    - Cambio del hábito deposicional.
    - Fiebre.
    - Dolor abdominal.
    - Distensión abdominal.
  - Antecedentes patológicos.
  - Antecedentes familiares: cáncer de colon

El pronóstico está determinado por la naturaleza de la lesión causal de la hemorragia y por la repercusión hemodinámica. Los síntomas de hipotensión arterial causados por la pérdida del volumen vascular pueden ser de diferente magnitud dependiendo del volumen de sangre perdido y del estado de salud cardiovascular previo del paciente. Así palidez, sudoración fría, livideces, temperatura disminuida en la extremidades, lentitud del relleno capilar, taquicardia, taquisfigmia, hipotensión arterial, exageración de la hipotensión arterial con el cambio de posición del decúbito a la posición vertical, el aumento de más de 10 latidos en dicha maniobra configuran signos de hipovolemia y riesgo de vida en el paciente.

### **Diarrea**

Deposiciones: > 200 gr. (Disminución de la consistencia, aumento del número, más de 3 en 24 hs.)

- *Agudas*: no más de 30 días.
- *Crónicas*: mayor de 30 días.
- Fisiopatogenia
  - ✓ *Osmótica*: el contenido de la luz intestinal atrae agua.
    - Característica clínica: ceden con el ayuno.

- ✓ *Secretora*: aumento de la secreción de agua y electrolitos.
  - Característica clínica: de gran volumen, riesgo de deshidratación, no ceden con el ayuno.
- ✓ *Exudativa*: Inflamación-lesión de la mucosa ocasiona la salida de sangre, moco y pus a la luz intestinal, acompañada de dolor abdominal, pujo y tenesmo.
- ✓ *Motora*: Aumento del tránsito: disminución de la absorción de agua o disminución del tránsito: sobrecrecimiento bacteriano. Deposiciones frecuentes de moderada cantidad, no suele causar repercusión general.
- ✓ ¿Qué pregunto?
  - ¿Cuánto hace que empezó?
  - ¿Cómo es la materia fecal?
  - ¿Tiene otra molestia?
  - ¿Alguien de su grupo tiene un cuadro similar?
  - ¿Tiene antecedentes de alguna patología?
  - ¿Recibe medicación?
  - Continua, intermitente, color, olor, presencia de productos patológicos, fiebre, dolor abdominal, vómitos, ingesta de alimentos sospechosa, endocrinopatía, inmunodepresión.

Al igual que en la hemorragia digestiva la preocupación inicial es la repercusión hemodinámica de la pérdida de líquidos y electrolitos, se establecerán iguales criterios, si se evita la deshidratación en general las diarreas agudas se autolimitan y las crónicas tienen su pronóstico determinado por la causa.

### **Constipación**

Menos de 3 deposiciones por semana, evacuación dificultosa, heces duras, evacuación incompleta (al menos 2 síntomas deben estar presentes en >25% de las ocasiones), escasos criterios de síndrome de intestino irritable.

- ✓ Fisiopatogenia
  - Retardo en la progresión de la materia fecal a nivel intestinal (Tránsito lento, obstrucciones de causa benigna o maligna, fármacos).
  - Alteración en la expulsión de la materia fecal (disfunción del piso pelviano)
- ✓ ¿Cómo interrogamos?
  - Frecuencia de las deposiciones
  - ¿Notó un cambio en su hábito evacuatorio?
  - ¿Desde cuándo?
  - ¿Le resulta dificultosa la evacuación?
  - ¿Cómo se siente al finalizar la evacuación?
  - Antecedentes patológicos e ingesta de fármacos

**Signos de alarma** para enfermedad orgánica grave (**cáncer de colon**)

- Constipación reciente y persistente.
- Pérdida de peso.
- Anemia.
- Enterorragia.
- Edad > a 50 años.
- Antecedentes personales de pólipos colónicos.
- Antecedentes familiares de cáncer de colon.

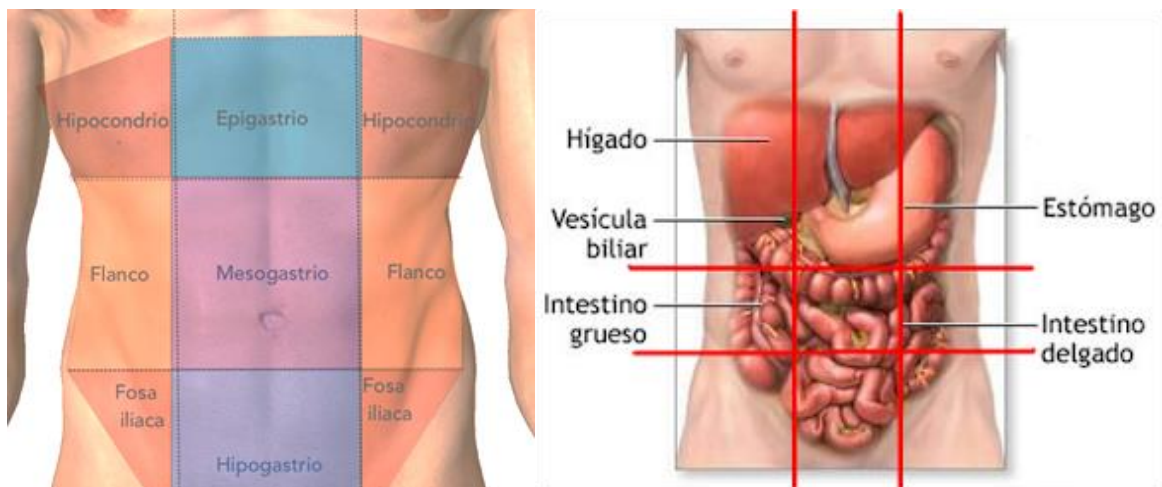
*Examen Físico*

Es fundamental la realización de las mediciones de signos vitales en todo paciente que consulta por síntomas abdominales. Se establecerá el estado hemodinámico del paciente junto con la inspección general y el examen de coloridos y temperatura de extremidades que es de vital importancia. La sensibilidad y especificidad generales de la historia y el examen físico en el diagnóstico de las diferentes causas de dolor abdominal es pobre, especialmente en condiciones benignas.

*Afortunadamente, los estudios sobre la precisión de la anamnesis y el examen físico para las causas más graves de dolor abdominal (ejemplo: apendicitis aguda), solos o en combinación en reglas de predicción clínica, han arrojado mejores resultados.*

Esto también está determinado por el grado de entrenamiento en el examen físico del médico, por lo que es prioritario adquirir y perfeccionar las destrezas en semiología.

*Segmentación abdominal*



### *Inspección*

- Observar al paciente en decúbito supino, relajado, con los brazos a los costados del cuerpo.
- Describir la forma general del abdomen y objetivar asimetrías.
  - ✓ *Normal*: abdomen plano, simétrico con forma de “s” *itálica* en el perfil, presentando una leve excavación en epigastrio, leve prominencia en mesogastrio y leve excavación en hipogastrio previa al pubis.
  - ✓ Cambios de la forma normal: abdomen globuloso por aumento de la grasa visceral y el panículo adiposo en la obesidad, distendido en el meteorismo y en suboclusiones u oclusiones intestinales, distendido por ascitis, excavado en los Síndromes Consuntivos.
  - ✓ Causas de asimetría: hernias, cicatrices, eventraciones, visceromegalias, tumoraciones, obstrucciones del tracto urinario inferior con formación de “*globo vesical*” entre otras.

### *Auscultación*

- *Ruidos hidroaéreos (RHA)*: 5-30 por minuto según el periodo prandial, la ausencia de RHA en un paciente con dolor abdominal alerta sobre la posibilidad de complicaciones graves.
- *Auscultación vascular*: Normal: no auscultar nada. Patológico: auscultar soplos, estarían determinados por el flujo sanguíneo turbulento ocasionado por estenosis arteriales. Presentan baja sensibilidad (no auscultar soplos no descarta enfermedad arterial) y mayor especificidad (si ausculto soplo es probable que sea un verdadero positivo).
  - ✓ Aorta: se ausculta en la línea media entre apéndice xifoides y el ombligo ya que a ese nivel se bifurca.
  - ✓ Arterias renales: se ausculta en la intersección del borde externo de los rectos anteriores a 2 cm por arriba del nivel del ombligo. Cuando se ausculta soplo sistodiastólico en pacientes hipertensos es alta la probabilidad que se deba a estenosis de arteria renal.
  - ✓ Ilíacas: se auscultan sobre la línea que se proyecta desde el ombligo al punto medio de la arcada crural

### *Percusión*

Se realiza suavemente en forma radiada desde el apéndice xifoides hacia los bordes del abdomen. La sonoridad normal del abdomen es la siguiente:

- Hipocondrio derecho: matidez.
- Hipocondrio izquierdo: timpanismo.
- Fosa Iliaca izquierda: submatidez.
- Fosa Iliaca derecha: sonoridad abdominal normal.



Los cambios de la sonoridad percutoria tienen causas variadas y pueden ser en aumento como en los casos de distensión abdominal con aumento del gas en la luz intestinal, o en descenso como la matidez fija de concavidad inferior en hipogastrio ante retención aguda de orina, gestación o tumores pelvianos, o también matidez de concavidad superior y desplazable en los casos de ascitis. Esta última maniobra es muy confiable.

### Palpación

#### – Superficial:

##### ✓ *Mano del escultor:*

Palpación superficial realizada con suavidad para detectar alteraciones de la pared del abdomen, se establecerá el tono de pared mediante leve presión ejercida mediante la flexión de las últimas falanges. El tono es normal cuando no ofrece resistencia y es patológico el hipertono o contractura del abdomen, cuadro presente en la peritonitis.

##### ✓ *Exploración de tumoraciones:* Con abdomen relajado y con contracción de pared abdominal. Evalúa la presencia de debilidades de la pared abdominal por la que protruye su contenido, hernias o eventraciones.

#### – Profunda:

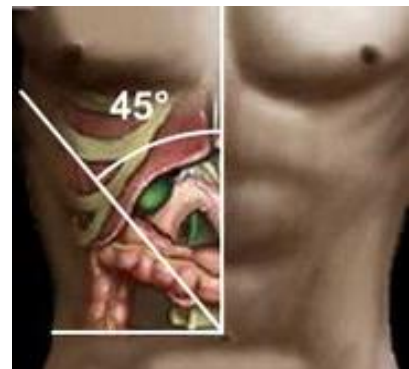
##### ✓ *General:* unimanual o bimanual se examina toda la cavidad abdominal en busca de tumoraciones y palpación de vísceras. Normal: no identificar masas fijas con excepción de las vísceras palpables (hígado y cuerda cólica).

##### ✓ *Puntos dolorosos:*

▪ *Punto apendicular:* se proyecta el apéndice cecal, localizado en fosa iliaca derecha en la unión de los 2/3 internos con el 1/3 externo de la línea que une el ombligo con el punto medio de la arcada crural. Palpación profunda y maniobra de descompresión: Si la palpación profunda realizada suavemente despierta dolor y al retirar la mano con relativa rapidez el dolor se incrementa implica compromiso peritoneal.

▪ *Punto cóstico:* en él se proyecta la vesícula biliar. La Maniobra de Murphy se realiza mediante la palpación digital de dicho punto mientras el paciente realiza una inspiración máxima. De interrumpirse bruscamente la inspiración por el dolor se considera positiva e indica colecistitis con buenos índices de confiabilidad.

▪ *Hígado:* La valoración del Hígado incluye la palpación y percusión. Palpación del borde inferior del hígado: Se



deberá determinar su localización, consistencia, características del borde (nodular, romo, afilado) y si la palpación despierta dolor. Se debe procurar palpar también el borde inferior del lóbulo izquierdo.

### *Percusión*

- *Determinación de la altura hepática.* El borde superior coincide con el inicio de la submatidez al percutir sobre la línea medio claviclar desde el 2º espacio intercostal. El borde inferior coincide con la desaparición de la matidez al percutir sobre dicha línea y con la altura a la que se palpó el borde inferior del hígado durante la respiración basal. Altura hepática normal 12 cm.
- *Bazo:* por su localización y dimensiones normalmente no se debe poder palpar. Descartar esplenomegalia: La recomendación es iniciar su valoración con la percusión del punto de Castell situado en la intersección de la línea axilar anterior y el 9º espacio intercostal, es la maniobra con mayor sensibilidad para detectar esplenomegalia (82%) si se obtiene timpanismo significa que es normal por lo que no es necesario realizar la palpación, y si se obtiene matidez indicaría esplenomegalia por lo que se intentará palparlo con maniobras unimanuales o bimanuales.
- *Sigma:* palpación de la cuerda cólica: maniobra de deslizamiento realizada bimanualmente sobre la FII en paralelo a la arcada crural. Normalmente se palpa un cilindro de aproximadamente 2 cm de diámetro no doloroso, de resultar dolorosa la maniobra en el caso de paciente con dolor abdominal mayor de 50 años sospechar diverticulitis.
- *Aorta:* se palpa suavemente la región epigástrica en búsqueda del latido aórtico, posteriormente se mide el diámetro lateral de este latido realizando una pinza con los dedos pulgar e índice, de ser palpado generalmente corresponde a un aneurisma de aorta abdominal cuando adquiere 4 cm de diámetro y el paciente es mayor de 65 años. En este grupo etario está indicada esta maniobra en el examen físico de rutina, su sensibilidad está condicionada por el hábito del paciente pero su especificidad es alta.

**Dra. Mariana Garrido**