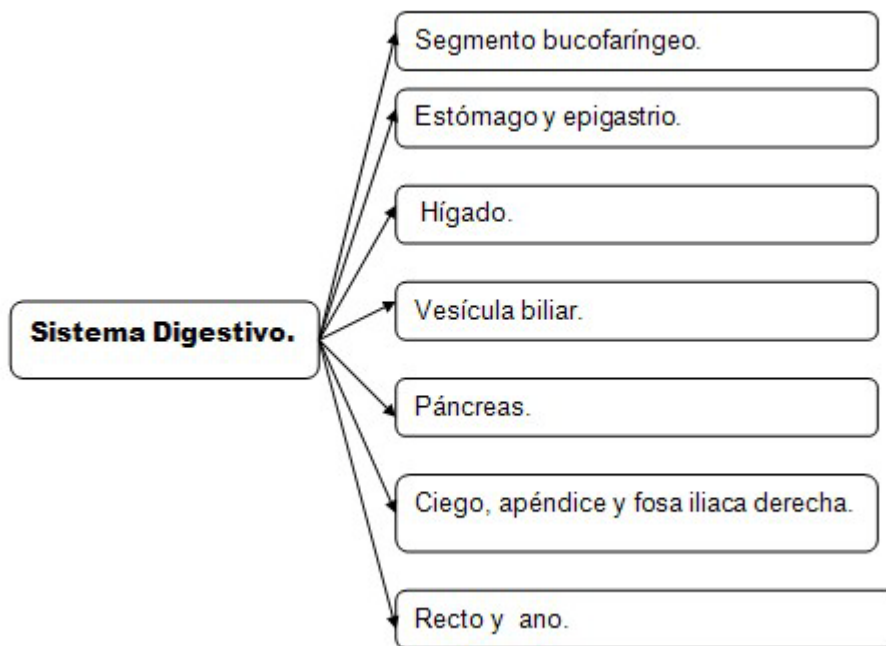


GUÍA BÁSICA PARA LA CONFECCIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA XI. EL EXAMEN FÍSICO PARTICULAR DEL APARATO DIGESTIVO.

Resumen

Guía para la realización completa de una Historia Clínica, desde el punto de vista de las diversas técnicas de exploración del aparato digestivo, atendiendo a sus diferentes segmentos: bucofaríngeo, estómago y epigastrio, hígado, vesícula biliar, páncreas, ciego, apéndice y fosa iliaca derecha, así como recto y ano.



Examen del segmento bucofaríngeo.

Requisitos del examinador y del examen:

- Explique a la persona lo que va a realizar.
- Pídale al paciente que si tiene alguna prótesis dental se la quite.
- Lávese bien las manos, antes y después de la exploración.
- Ilumine la cavidad bucal preferentemente con luz natural.
- Invite al sujeto a abrir ampliamente la boca, e introduzca el depresor de lengua, según sea necesario.
- Recuerde desplazar la lengua con una gasa o con el depresor y use espejo dental, si está disponible.

Técnica de exploración.

1. Examine las estructuras externas de la cavidad oral, primero con la boca cerrada para observar posibles alteraciones de los labios, comisuras, etc., y después, con la boca abierta, o en movimiento, para explorar la oclusión dentaria, la articulación temporomandibular y los músculos masticadores.
2. Examine las glándulas salivales.
3. Observe la mucosa de los labios, de los carrillos, del velo del paladar y a nivel de las encías, para precisar el color y las lesiones que puedan asentar a esos niveles.
4. Examine los dientes, anotando el número, forma, espacios interdentarios, posible presencia de lesiones, color del esmalte, etc.
5. Examine la lengua con ella dentro y fuera de la boca; primero la cara superior o dorsal, detallando la región de la base y forzando la lengua hacia fuera por la punta,

si es necesario; luego, inspeccione los bordes y la cara inferior, y pida al sujeto realizar los movimientos correspondientes de la lengua: hacia un lado y otro, así como que toque con la punta de la lengua, el cielo de la boca, para ver su cara ventral.

6. Examine el paladar duro y el paladar blando, incluyendo la úvula o campanilla, y los movimientos de ambos.
7. Examine la orofaringe, los pilares, las amígdalas, así como el del anillo de Waldeyer, defensor de las infecciones a ese nivel.

Examen del estómago y el epigastrio.



Espacio semilunar de Traubbe: Aparece proyectada en la porción inferior de la parrilla costal izquierda como una semiluna, y tiene como límites: a la derecha, el lóbulo izquierdo del hígado; a la izquierda, el bazo y fondo de saco pleural; hacia arriba, el corazón; y hacia abajo, el reborde costal izquierdo.

Zona de Labbé: Es de forma triangular, el lado derecho del triángulo corresponde al borde inferior del hígado, el lado izquierdo al reborde costal izquierdo y el lado inferior a una línea convencional horizontal que pasa por el borde libre de ambos rebordes costales.

Zona dolorosa de Mendel. Dentro de la zona de Labbé se describe una zona circular más limitada del estómago.

Técnica de exploración. Inspección.

Observe si hay alteraciones del volumen y movimientos anormales.



- Abovedamientos de la zona epigástrica. Corresponden, por lo general, a tumoraciones o bultomas, predominantemente del estómago, puede aparecer con carácter transitorio (tumores fantasmas) o permanente. Señalemos también las eventraciones y las hernias del epigastrio.
- Depresiones limitadas al epigastrio. Puede aparecer por retracción parietal, en algunos tumores, perivisceritis y pérdida marcada del panículo adiposo; se observa,

además, la depresión de la línea media, por la diastasis o separación de los rectos mayores del abdomen.

- Alteraciones peristálticas. De gran valor semiológico en el diagnóstico de las estenosis orgánicas del píloro. En estos casos, particularmente en las grandes dilataciones con hiperperistalsis de lucha, se observa en la inspección la presencia de ondas que se dirigen de arriba abajo y de izquierda a derecha, que corresponden a movimientos peristálticos patológicos que van del cardias al píloro. La agitación peristáltica propiamente dicha, con ondas visibles y movibles, se describe con el nombre de signo de Kussmaul. Como signo de Bouveret o Cruvelhier (úlceras estenosantes del píloro) se describe un cilindro visible con la forma del estómago, relativamente estático, correspondiente a la contractura en masa u onda permanente del órgano en lucha.
- Latidos vasculares patológicos. Se deben a la hipertrofia del ventrículo derecho o a las aortopatías del abdomen, ya sean orgánicas o funcionales. Particularmente, el tipo funcional (eretismo aórtico) se observa en las distonías vegetativas con hipersimpaticotonía.

Técnica de exploración. Palpación.

1. Palpe monomanualmente la región.
2. Bazuqueo gástrico de Chaumel. La palpación se hace con los dedos, como para telegrafiar, provocando el ruido hidroaéreo, el que corresponde a los casos de retención gástrica por síndrome obstructivo del píloro. Este fenómeno implica la disminución o ausencia del tono y de la peristalsis. Se señala el bazuqueo gástrico en sujetos normales en casos de excepción, después de haber comido.
3. Maniobra de Glenard. El médico se coloca detrás del enfermo, le toma entre sus manos el estómago y se lo suspende hacia arriba, experimentando el paciente una sensación de alivio, la cual es sustituida por dolor cuando el médico le suelta el abdomen. Se conoce este fenómeno como el signo de la faja de Glenard.
4. Maniobra de Leven consiste en provocar con la mano derecha (el dedo índice, especialmente) sobre el epigastrio, dolor solar, y con la mano izquierda utilizando el borde cubital, se levanta la víscera y se observa a medida que se eleva el estómago cómo se va atenuando el dolor. Se conoce con el nombre de signo del dolor-señal de Leven.

Semiografía y semidiagnóstico.

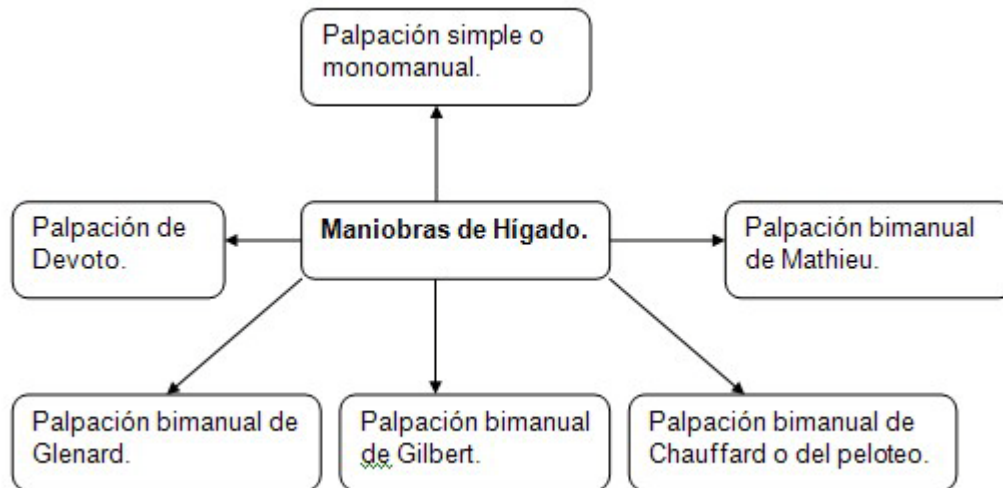
- Espasticidad o contractura parietal. Indica fundamentalmente la presencia de procesos agudos del epigástrico con reacción peritoneal (úlcera perforada, colecistopatía, pancreatitis aguda). Algunas alteraciones parietales pudieran también ser su causa (dolor provocado y tumoraciones no cavitarias).
- Tumores del estómago. Son accesibles a la palpación, en circunstancias especiales de tamaño y localización (tumores del cuerpo y del antro pilórico). Precisar la forma, la sensibilidad, la movilidad, la relación con los movimientos respiratorios, si son pulsátiles o no. Pueden palparse también en la zona epigástrica, tumores originados en otras vísceras: hígado, vesícula, páncreas, colon transverso, diafragma, así como en vasos y ganglios, los que se presentan con sus síntomas y caracteres propios.
- El dolor provocado de la región epigástrica (reflejo peritoneo sensitivo de Morley), es frecuente en las úlceras del estómago y el duodeno, así como en las solaritis. La localización es variable y múltiple, pues de acuerdo con la distribución metamérica de Head, variará según la exacta localización del proceso productor.
- La positividad de las maniobras de Glenard y de Leven se observa en las solaritis por ptosis gástrica.
- Se comprueban también en la palpación otros procesos como las alteraciones peristálticas y los latidos vasculares, que han sido descritos en la inspección y las eventraciones y hernias de la región epigástrica.

Examen del Hígado.

Técnica de exploración. Inspección.

La inspección solo tiene valor en las hepatomegalias muy marcadas.

Técnica de exploración. Palpación.



Palpación simple o monomanual. Se obtiene una impresión de conjunto del hígado y de la vesícula biliar, se hace con la mano derecha del médico (situado a la derecha del enfermo), debajo del reborde costal. La mano se coloca de plano, paralela al reborde y se invita al enfermo a respirar profundamente. Pueden utilizarse los dedos para delimitar el borde inferior, así como también para la maniobra del ténpano en los casos de ascitis. Con esta palpación se tiene la impresión del tamaño, la superficie y la consistencia del órgano.

Palpación bimanual de Mathieu. Se procede como si el médico se fuese a palpar su propio hígado. Las dos manos en contacto por los índices, se colocan a la derecha del ombligo sobre la pared abdominal y se rastrea de abajo arriba hasta alcanzar el borde inferior del hígado como si se tratase de pasar por debajo del mismo. Se realiza también la modalidad respiratoria dejando las manos fijas a nivel del hígado y se espera que este órgano entre en contacto con los dedos durante la inspiración.

Palpación bimanual de Chauffard o del peloteo. Consiste en el manejo de ambas manos, la izquierda por detrás, sobre la región lumbar derecha, y la mano derecha por delante, obteniéndose una impresión de peloteo del hígado a través del riñón. Sin duda, permite obtener también una impresión del borde y de la superficie, así como de la consistencia del órgano.

Palpación bimanual de Gilbert. En su primer tiempo se utiliza para explorar el borde anteroinferior del hígado, consiste en la captación de dicho borde rastreando el hemiabdomen derecho con ambas manos de abajo arriba y viceversa. La mano derecha se coloca en ángulo recto con la izquierda, tocándose ambas por sus extremos libres (dedos). El segundo tiempo para explorar el borde posterior es de uso excepcional.

Palpación bimanual de Glenard. Consiste en colocar la mano izquierda abrazando la región lumbar con los cuatro dedos por detrás y el pulgar por delante, el cual cae debajo del reborde costal. La mano derecha sobre la pared anterior, permite la exploración del borde inferior.

Palpación de Devoto. Se procede como si el médico se fuese a palpar su propio hígado. Las dos manos en contacto por los índices, se colocan a la derecha del ombligo sobre la pared abdominal y se rastrea de abajo arriba hasta alcanzar el borde inferior del hígado como si se tratase de pasar por debajo del mismo. Se realiza también la modalidad respiratoria dejando

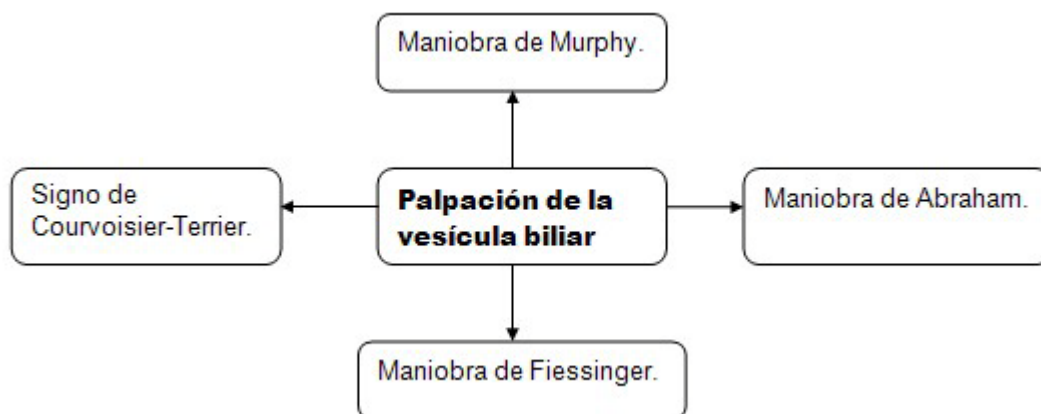
las manos fijas a nivel del hígado y se espera que este órgano entre en contacto con los dedos durante la inspiración.

Técnica de exploración. Percusión.

1. Ponga al paciente de pie.
2. Percuta en los tres planos (anterior, lateral y posterior)
3. Identifica una zona superior de matidez relativa, la cual corresponde a la porción hepática cubierta por la parrilla costal, la que se relaciona por arriba con el fondo de saco pleuropulmonar.
4. Identifique la zona de matidez absoluta, que corresponde a la porción inferior del hígado en contacto con la pared abdominal.

Nota: Hasta las costillas IV o V, se obtiene la sonoridad pulmonar, y a partir de ese nivel se logra primero matidez relativa, después matidez absoluta. La percusión ayuda a diferenciar las hepatomegalias de las hepatoptosis.

Vesícula biliar. Técnica de exploración. Palpación.



Maniobra de Murphy. Introducir a modo de gancho, los dedos de la mano derecha debajo del reborde costal a la altura de la vesícula. Otros autores, prefieren utilizar los dos pulgares a nivel del punto vesicular e invitar al enfermo a inspirar

Maniobra de Abraham. Se coloca al enfermo en decúbito dorsal, se busca el punto medio de la línea que va del cartílago noveno al ombligo, y hundiendo aquí uno o dos dedos de la mano derecha, se provoca dolor vivo, en pacientes con vesículas calculosas.

Maniobra de Fiessinger. Se aplica toda la mano sobre el hipocondrio derecho y se invita al enfermo a inspirar profunda y suavemente, así se provoca dolor punzante en las colecistitis calculosas.

Signo de Courvoisier-Terrier. Va asociado a una hepatomegalia colestásica. La vesícula conserva su forma (piriforme), movilidad y renitencia, haciéndose accesible en pleno hipocondrio y hasta descendiendo al flanco o vacío derecho. También debemos señalar el picrolecisto o empiema de la vesícula y el hidrolecisto, con su contenido filante, mucoide (bilis blanca), de las oclusiones del conducto cístico; y algunos tumores malignos de la vesícula biliar (en este caso, la tumoración palpable es dura).

Páncreas. Técnica de exploración. Inspección.

Observe detalladamente la región del epigastrio.

Semiodiagnóstico.

Abovedamientos de la región epigástrica (al centro o a la derecha) producidos por los tumores o quistes que asientan en la cabeza del órgano. A veces se aprecian en niveles inferiores especialmente en los quistes muy grandes del cuerpo o de la cola de este órgano.

Técnica de exploración. Palpación.



Método de Mallet-Guy. Útil para palpar el cuerpo y la cola del páncreas. El enfermo se sitúa en decúbito lateral derecho con los muslos semiflexionados sobre el abdomen. El médico coloca su mano derecha de modo que se encuentre frente al cartílago noveno, a una distancia aproximada de 3-4 cm. del reborde costal, se deprime la pared abdominal anterior colocando los dedos debajo de la parrilla costal, en dirección a la región laterovertebral izquierda. Por último, se levanta la base de la mano y se hunden los dedos en la profundidad por encima del estómago, que es rechazado a la derecha. La finalidad es contornear el obstáculo representado por el estómago y poder provocar así, dolor profundo en el páncreas.

Método de Grott. Se coloca al enfermo en decúbito dorsal con las piernas flexionadas. Debajo de la columna lumbar se pone un rodillo o almohada pequeña para provocar lordosis, con lo cual se acerca el páncreas a la pared anterior y se relaja la musculatura. La mano derecha del explorador colocada sobre el borde externo del recto anterior, lo rechaza hacia la línea media permitiendo explorar el páncreas en la profundidad a nivel de su cruce con la aorta abdominal y la columna vertebral.

Punto pancreático de Desjardins. Se describe a 6 cm. del ombligo sobre una línea que une a este con la axila derecha; corresponde al conducto de Wirsung en su desembocadura duodenal.

Semiodiagnóstico.

- Se aprecia la sensación firme o dura en los tumores y la sensación renitente característica en los quistes que no se desplazan por los cambios de posición o maniobras manuales.
- En la palpación profunda, se puede encontrar variaciones de consistencia en algunos casos de pancreatitis crónicas, así como una mayor facilidad en la transmisión de los latidos aórticos a la mano que palpa (signo de Körte).
- Se describe el dolor provocado del páncreas, tanto en la pancreatitis especialmente aguda, como en los tumores. El dolor corresponde a los puntos y zonas descritas anteriormente (punto pancreático de Desjardins), así como a la zona hiperalgésica de Katsch (en hemicinturón izquierdo, a nivel de D10 a D12 en las pancreatitis agudas).

Nota: Solo en aquellos casos en que un páncreas patológico hace contacto con la pared anterior, se pueden obtener síntomas físicos u objetivos.

Ciego, apéndice fosa iliaca derecha.

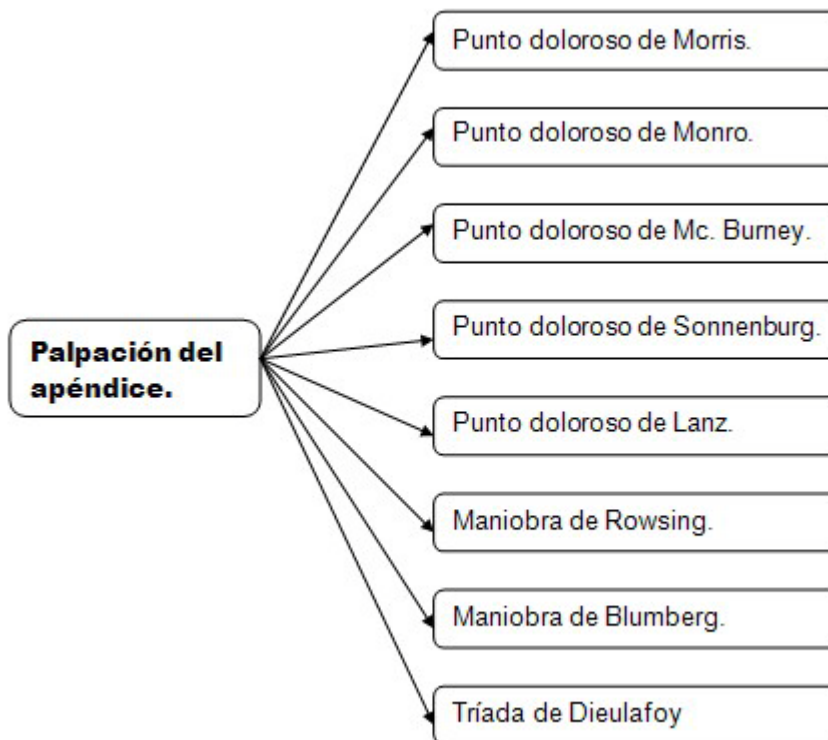
Técnica de exploración. Palpación.

1. Palpe el ciego por rastreo, desde el ombligo hacia la espina iliaca anterosuperior (de dentro hacia fuera) y viceversa, preferentemente con los miembros inferiores en extensión (podría colocar al enfermo en decúbito lateral izquierdo y se le hace flexionar el miembro inferior derecho). Puede emplear una o las dos manos. Sigaud

aconseja utilizar la mano izquierda con el pulgar detrás y los otros dedos delante. Los dedos en garra, con discreta flexión, realizan el deslizamiento descrito por Hausmann y Glenard, detallando el ciego.

2. Palpe el músculo psoas: con el enfermo en decúbito supino, se busca la contracción del músculo a expensas del movimiento de elevación y flexión del miembro.
3. Palpe la zona apendicular en sus diferentes puntos y con sus maniobras.

Nota: La zona apendicular (Saint Angelo) se puede delimitar por una línea que va del ombligo a la sínfisis del pubis; por debajo y afuera, por una línea que va desde la arcada crural y la cresta iliaca hasta el borde externo del cuadrado de los lomos; por arriba, por la línea horizontal que pasa por el ombligo y que llega también por detrás al músculo citado. Como se ve, esta zona es estrecha en su parte posterior y se amplía a medida que se acerca a la línea media. Todos los puntos apendiculares quedarían incluidos dentro de dicha zona.



Punto doloroso de Morris: línea que va del ombligo a la espina iliaca anterosuperior, a 3-4 cm. del ombligo.

Punto doloroso de Monro: En la intersección de la misma línea con el recto anterior.

Punto doloroso de Mc. Burney: en la mitad de dicha línea.

Punto doloroso de Sonnenburg: en la línea que une a ambas espinas iliacas y su intersección con el recto anterior.

Punto doloroso de Lanz: en la línea que une a ambas espinas iliacas, en la unión del tercio derecho con el medio.

Nota: Los puntos dolorosos más frecuentes son los de Lanz, Mc. Burney y Morris.

Maniobra de Rowsing: Se hace presión a partir de la fosa iliaca izquierda, en sentido inverso a la dirección del colon. La idea es provocar la distensión del ciego acumulando los gases intracolónicos de izquierda a derecha hacia el ciego.

Maniobra de Blumberg: Consiste en provocar dolor en la fosa iliaca derecha al aflojar bruscamente la presión ejercida previamente con la mano en dicha zona.

Nota: Existen otras maniobras que tienen como finalidad la contractura del músculo psoas, levantando en posición rígida el miembro inferior derecho, así como, por el contrario, haciendo flexionar fuertemente el muslo sobre el vientre.

Tríada de Dieulafoy: Formado por la hiperestesia cutánea producida al rozar la piel con la uña, la defensa muscular en la región y el dolor provocado.

Semiodiagnóstico.

- En ocasiones, la apendicitis aguda no diagnosticada a tiempo determina la formación de un plastrón (perforación tabicada), que se palpa como una masa tumoral dura, irregular y dolorosa.
- El dolor provocado hace pensar en primer lugar en apendicitis aguda o subaguda y también en procesos de tiflitis, peritiflitis, anexitis, plexitis, ileítis, psoítis, así como en un divertículo de Meckel inflamado.
- Según el tipo constitucional, el dolor puede desplazarse hacia arriba o hacia abajo en relación con la fosa iliaca derecha. Existe la posibilidad de apendicitis atípica, que da alteraciones físicas en la fosa iliaca izquierda y en la región lumbar derecha (apendicitis retrocecal).
- Bultomas de la región: tumores benignos o malignos del ciego, son más raros los del íleon y del apéndice cecal. También determinan bultomas, los granulomas tuberculosos, los eosinófilos y las ileítis regionales, cuyo diagnóstico diferencial no es fácil por los caracteres palpatorios.
- Recordar las patologías del músculo psoas propiamente dicho, de la trompa y el ovario derechos, del uréter y de los plexos y vasos iliacos de dicha región.

Examen del recto y el ano.

Nota: Se limitará a la inspección de la región anal y al tacto rectal.

Requisitos del examinador y del examen:

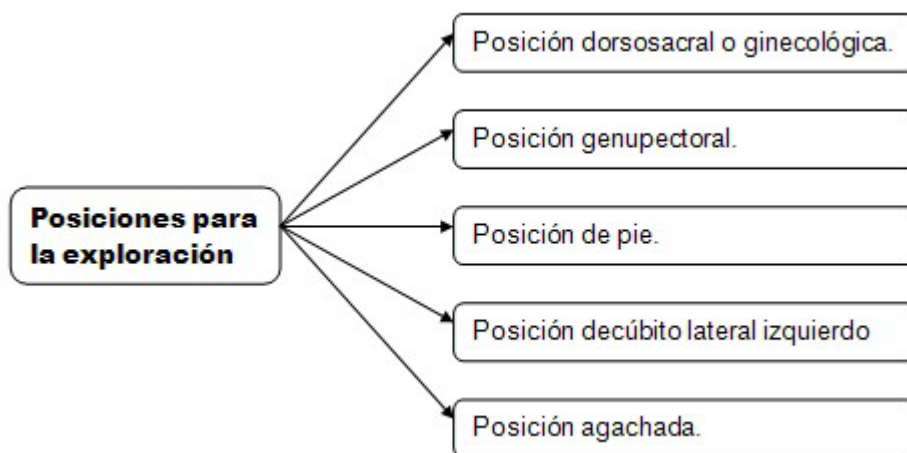
Lograr una atmósfera agradable, con la privacidad necesaria.

Ofrecer explicaciones simples sobre el proceder y la necesidad del mismo.

Evitar manifestaciones verbales o extraverbales que violen la ética.

Explicar al paciente algunas sensaciones que pueden presentarse, como urgencia de defecar y urgencia de eyaculación en hombres.

Ordenar al paciente vaciar vejiga antes del examen.



Posición dorsosacral o ginecológica (posición de litotomía). La persona se acuesta sobre su espalda, con los muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos,

alzadas. Esta posición también se puede obtener colocando los talones sobre estribos unidos a la mesa. Este método está reservado generalmente para el examen en las mujeres ya que el examen rectal se considera habitualmente como parte del examen pélvico de las mujeres.

Posición genupectoral. La persona se arrodilla con las caderas levantadas y la cabeza y los hombros descansando sobre la mesa de reconocimiento. La posición permite una óptima observación del periné y la palpación de la glándula prostática. Existen mesas apropiadas para esta posición, que es la utilizada habitualmente por los proctólogos.

Posición de pie. La persona se para al final de la mesa de reconocimiento y se inclina hacia delante por las caderas, mientras la parte superior del tronco descansa sobre una mesa alta. La palpación de la próstata es más fácil en esta posición que en la genupectoral, por lo que es la posición preferida por los urólogos para la exploración de esta.

Posición decúbito lateral izquierdo (posición de Sims). Es la de mayor empleo en la exploración digestiva y consiste en que la persona se acuesta sobre el lado izquierdo, con flexión del miembro inferior derecho, que queda arriba, de una manera que aproxime la rodilla al pecho, y la extensión del miembro inferior izquierdo, que queda debajo. Las masas en el recto, incluyendo los impactos fecales, pueden palparse con facilidad en esta posición. La porción más alta del recto puede ser difícil de palpar, porque esta posición la alejará de su dedo. Sin embargo, es la posición más fácil de asumir por una persona que está confinada a la cama.

Posición agachada. Requiere que la persona se agache flexionando los muslos y las rodillas, mientras se inclina ligeramente hacia delante y sostiene el peso y el equilibrio del cuerpo abrazando las piernas con las manos o los antebrazos. Es una posición poco usada, aunque el prolapso rectal (protrusión de la mucosa rectal a través del ano) se observa más fácilmente con ella.

Semiodiagnóstico.

- Hemorroides,
- Las fisuras del ano (exulceración regularmente profunda, triangular, orientada según los pliegues del ano; por lo general asienta en el ángulo posterior o coccígeo del ano, provocando dolor a la defecación sobre todo en las personas estreñidas pudiendo sangrar e infectarse).
- Las fístulas y abscesos (se observan los orificios externos de las fístulas y a veces zonas de tumefacción o verdaderas colecciones purulentas).
- El prolapso (se presenta con más frecuencia en el niño y en el viejo y consiste en la salida a través del ano de una o más capas del recto, como un cilindro, puede ser parcial o total, reducible o estrangulado).
- Tumores malignos visibles (como el epiteloma del ano, que puede aparecer ulcerado o nodular).
- Condilomas acuminados.
- Tumores benignos como el papiloma.

Tacto rectal.

Nota: Es un examen que nunca se debe omitir, y que Hamilton Bayley ha expresado en una frase muy gráfica: "Si uno no introduce el dedo corre el riesgo de meter la pata".

Semiodiagnóstico.

- Alteraciones del tono del esfínter anal. Son la hipotonía y la atonía, llamadas por algunos patulosis anal, que se encuentra en los ancianos y sujetos desnutridos, en afecciones del recto, proctitis, hemorroides, etc. También se distingue la hipertonia anal, muy frecuente en enfermos nerviosos, la que dificulta el examen. En general, está presente en todos los casos de lesiones rectales bajas vecinas al ano, infectadas y dolorosas, por lo que se necesita usar lubricantes analgésicos para vencerlas.

- Tumores del recto. Especialmente el carcinoma; se diagnostica en alto porcentaje solamente por el tacto, aunque se aconseja siempre la rectoscopia con biopsia complementaria. Señalemos también los fecalomas del recto, a veces grandes, que constituyen falsos tumores y que son debidos a un "impacto fecal". A su vez son importantes los tumores infiltrantes del suelo de la pelvis (fondos de saco), generalmente secundarios a neoplasias del abdomen superior (carcinoma del estómago y páncreas), lo que se comprueba por el tacto (signo del escalón).
- Estenosis del recto. Producidas, ya por la linfogranulomatosis subaguda o enfermedad de Nicolás y Favre, ya por origen neoplásico, ya sifilítico u otra etiología. El tacto por sí solo señala el nivel, la longitud, si es circular, regular, irregular, activo, etc., lo que orienta en su etiología.
- Procesos inflamatorios del bajo vientre correspondientes a segmentos más altos del tubo digestivo. Son diagnosticados mediante el tacto y la palpación combinados.
- Cuerpos extraños. Pueden llegar al recto por ingestión oral accidental o por vía rectal, las más de las veces voluntaria (presillas de pelo, velas, botellas pequeñas, etc.), utilizados con fines autoeróticos.

Registro de lo explorado en un paciente sano.

Boca: Labios con coloración rosada, húmedos, no desviación de las comisuras, no lesiones. Mucosa oral: de coloración rosada y húmeda, no presenta lesiones. Conducto de Stenon permeable. Dentadura conservada, fórmula dentaria 16/16. Lengua de forma, tamaño y color conservado, bien papilada. Región sublingual rosada, húmeda y no presenta lesiones. Paladar duro de forma y coloración conservada. Paladar blando de coloración rosada, forma y movilidad conservada, úvula única, central y conservada. Pilares anteriores y posteriores de coloración y humedad normal, no presenta lesiones. Amígdalas palatinas de coloración rosada, húmeda y no presenta lesiones en su superficie.

Hígado. No palpable con ninguna de las maniobras (simple o monomanual, bimanual de Mathieu, bimanual de Gilbert, bimanual de Glenard o de Devoto). A la percusión borde superior en 9^{no} espacio intercostal izquierdo y borde inferior que no rebasa el reborde costal.

Vesícula biliar. No se evidencia dolor a la palpación, punto doloroso negativo.

Páncreas. No palpable con ningunas e las maniobras (Mallet-Guy, Grott y punto pancreático de Desjardins).

Apéndice. Puntos dolorosos (Morris, Monro, Mc Burney, Lanz y Sonnenburg) negativos. Maniobra de Blumberg negativa. Maniobra de Rousing negativa.

Región anal. Forma y coloración normal, no lesiones.

Tacto rectal. Esfínter normotónico, no tumoraciones, próstata de forma, tamaño y consistencia conservados.

Autores:

Marco J. Albert Cabrera (1)
 Suiberto Hechavarría Toledo (2)
 Yaima C. Pino Peña (3)
 Aileen Gómez Hernández (4)
 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 Grados de 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 en Medicina General Integral.

(4) Alumnos de 6to año de medicina. Policlínico Universitario Vedado.