

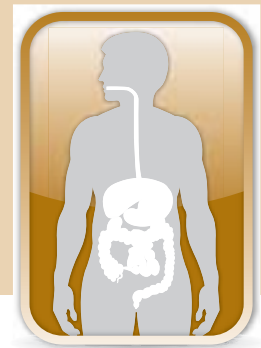


## SECCIÓN 3 Examen físico

### CAPÍTULO 41

# Examen físico del abdomen

Marcelo E. Álvarez, Horacio A. Argente y Guillermo Mendoza



## INTRODUCCIÓN

La aparición de técnicas rápidas y sencillas, como la ecografía, y de otras más complejas, como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM) ha llevado lentamente a examinar el abdomen en forma muy superficial y aun, en algunos casos, casi al abandono de la semiología abdominal. También han favorecido esta actitud diversas publicaciones que parecen demostrar que la sensibilidad y la especificidad del examen físico no lo hacen un método muy fiable.

Sin embargo, hay hechos que no pueden desconocerse. Los métodos complementarios de diagnóstico no siempre están disponibles, tienen índices de sensibilidad y especificidad que nunca son del 100% y también son dependientes del operador. También es cierto que cuanto menos se enseñan y practican las maniobras semiológicas, menores son las habilidades y peores los resultados de quienes las realizan. Por supuesto, estas afirmaciones son igualmente aplicables a todo el examen físico.

A continuación, se describirá, en algunos casos, más de un método de palpación para cada órgano. A medida que transcurre el tiempo y se adquiere experiencia, el médico seleccionará la maniobra con la que obtiene mejores resultados.

## GENERALIDADES

Para examinar el abdomen, el paciente debe estar en la camilla en decúbito dorsal (posición supina), la cabeza sobre una almohada, las piernas extendidas y las manos a los lados del cuerpo. En pocas ocasiones es conveniente que tenga los muslos flexionados, pero siempre, en estos casos, con una almohada bajo las rodillas. El médico se ubica a la derecha, con una iluminación transversal que acentúe los desniveles.

Desde el punto de vista topográfico, el abdomen se divide en nueve regiones delimitadas por dos líneas hori-

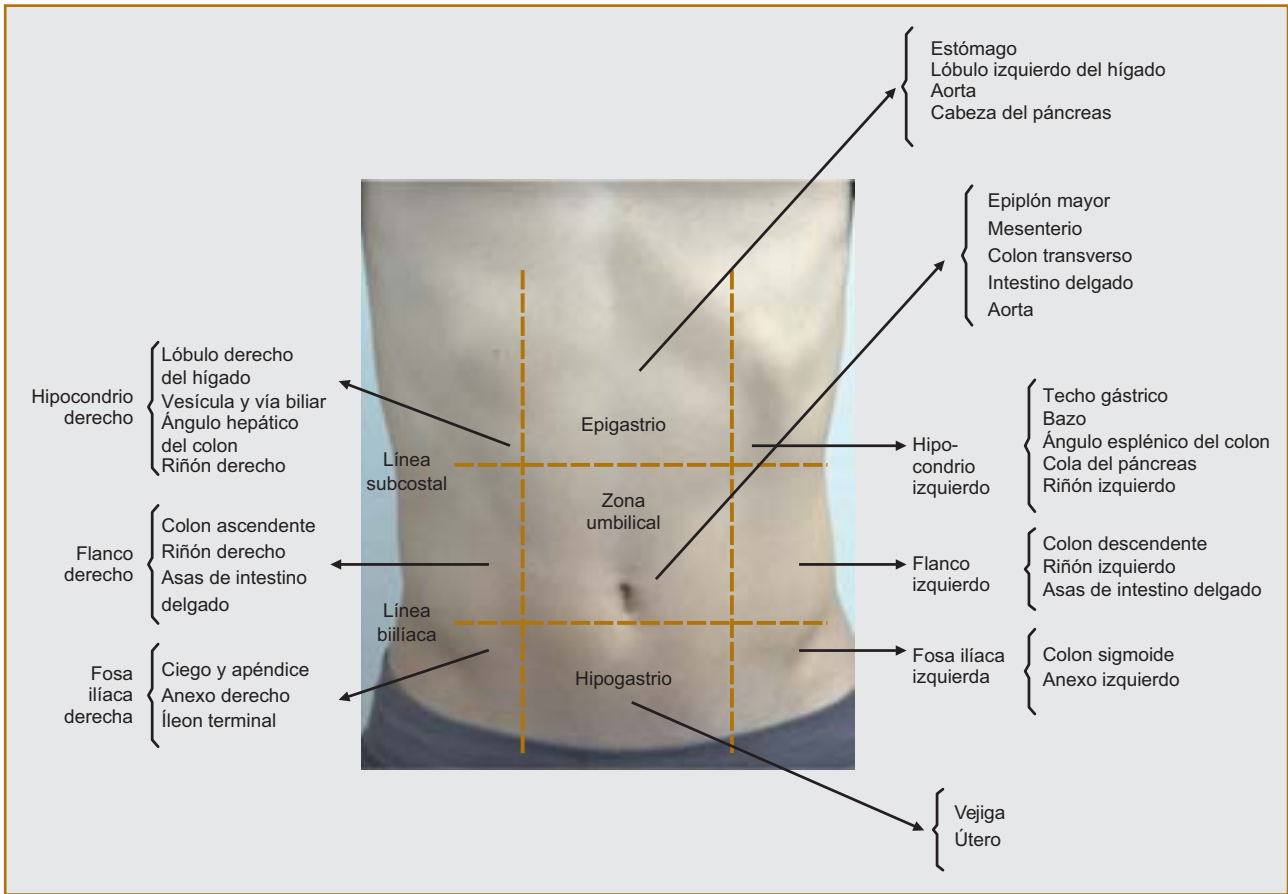
zontales, la superior o subcostal, que pasa por la parte inferior de las décimas costillas, y la inferior, a través de las crestas ilíacas, y dos líneas verticales que pasan por el punto medio entre la espina ilíaca anterosuperior y la línea media. Así se delimitan, en los lados, los *hipocondrios*, los *flancos* y las *fosas ilíacas*, y en el centro el *epigastrio*, la *región umbilical* y el *hipogastrio* (fig. 41-1). Esta nomenclatura es de uso habitual en nuestro medio. Otra división topográfica, más sencilla, divide el abdomen en cuatro cuadrantes resultantes de dos líneas que pasan por el ombligo, una vertical y otra horizontal.

Si bien los pasos semiológicos habituales son inspección, palpación, percusión y auscultación, en la semiología del abdomen esta sistemática se modifica comenzando con la inspección, siguiendo con la auscultación y la percusión y por último, la palpación. Esto permite que los sonidos auscultados sean los espontáneos del paciente y no los provocados por la percusión y la palpación.

## INSPECCIÓN

En primer lugar, en la **inspección estática**, se debe observar la **forma** del abdomen, que en condiciones normales es plano en la parte superior y levemente abovedado en la inferior. Puede encontrarse totalmente **distendido (abdomen globoso)** conservando el ombligo hacia adentro, como ocurre en la obesidad o el gran meteorismo, o con el ombligo procidente, lo que indica ascitis importante de rápido desarrollo (fig. 41-2). Si la ascitis es antigua, las paredes laterales se aflojan, el abdomen se achata y el líquido se ubica en las regiones laterales, lo que recuerda la forma del abdomen de un sapo (**abdomen en batracio**).

La distensión abdominal de predominio superior, en general intermitente, y en el período posprandial, que se observa en personas dispépticas y que se relaciona con la ingesta de bebidas gaseosas, azúcares, aerofagia, retardo de la evacuación gástrica o hipotonía intestinal, es generada por la distensión del estómago. El embarazo, los



**Fig. 41-1.** División topográfica del abdomen y contenido de cada una de las regiones.

grandes fibromas uterinos, el globo vesical y los quistes de ovario abovedan el abdomen inferior desde el pubis hacia arriba.

Las visceromegalias y los tumores pueden provocar **abovedamientos asimétricos**, por ejemplo, vientre esplénico o vientre hepático. Otros abovedamientos pueden ser producidos por una dilatación gástrica aguda o de algún



**Fig. 41-2.** Abdomen globoso con ombligo procidente por hernia umbilical y circulación colateral en un paciente cirrótico con ascitis.

sector del intestino delgado, o por la torsión del sigmoide sobre su eje (vólvulo sigmoideo). Pueden verse abovedamientos más circunscritos y superficiales, debidos a lipomas subcutáneos, hernias (protrusión de una víscera por los puntos débiles naturales de la pared) o eventraciones (protrusión de una víscera por defecto de los músculos abdominales a nivel de una cicatriz quirúrgica).

En el desnutrido, la forma es cóncava (**abdomen excavado**), con la pared francamente hipotónica y pliegues abundantes. Un abdomen plano por contractura muscular y sin movilidad respiratoria (**abdomen en tabla**) acompañado por dolor, indica una peritonitis subyacente.

Normalmente, en personas delgadas pueden observarse **latidos**, sobre todo en el epigastrio, que corresponden a la aorta. Pueden significar también un hallazgo patológico por un aneurisma de aorta o el latido del ventrículo derecho agrandado.

En personas muy delgadas también se observan algunos **movimientos peristálticos** centrales, de corta duración, correspondientes al intestino delgado. Distinta es la situación en la obstrucción intestinal, en la que, en la lucha contra el obstáculo, la contracción intestinal intermitente, francamente dolorosa, es vigorosa y puede ser vista aun con un panículo adiposo normal. En la subobstrucción puede observarse el **tumor fantasma**, consistente en un abovedamiento localizado que desaparece después de contracciones peristálticas visibles y dolorosas acompañadas por un ruido hidroaéreo de vaciamiento del asa proximal. En las fases iniciales del síndrome pilórico se observan las contracciones gástricas intermitentes en el epigastrio.



**Fig. 41-3.** Equimosis alrededor del ombligo (signo de Halsted-Cullen) y en los flancos (signo de Grey-Turner) como evidencia de hemorragia retroperitoneal en un paciente con pancreatitis grave.

En la **piel** del abdomen se repara de modo especial en la existencia de circulación colateral, cicatrices por cirugías y estrías atróficas por distensión previa de la piel (obesidad, ascitis, embarazo) o debidas al síndrome de Cushing. Se observa el vello pubiano, de forma triangular en la mujer y romboidal en el hombre. Su disminución en la insuficiencia hepática o la alteración de su distribución indican trastornos hormonales. En el embarazo tubario roto y en la pancreatitis aguda tardía pueden aparecer manchas hemorrágicas alrededor del ombligo (*signo de Halsted-Cullen*) y en los flancos (*signo de Grey Turner*) (fig. 41-3).

El **ombligo** puede encontrarse desplazado por retracciones de la pared o por tumores intraabdominales. Puede ser asiento de hernias o de metástasis de tumores intraabdominales, en forma de nódulos, que al crecer terminan infiltrando la piel (*nódulo de la hermana María José*).

A la inspección estática debe seguir la **inspección dinámica**, solicitándole al paciente que realice una inspiración profunda (“inflar el abdomen”) y luego que “chupe” su abdomen. Estas maniobras pueden poner en evidencia hernias, eventraciones, una hepatomegalia o esplenomegalia, y la incapacidad de realizarlas es indicativa de inflamación pleural, absceso subfrénico o peritonitis. La inspección continúa haciendo que el paciente aumente su presión intraabdominal (**maniobra del esfuerzo**) al elevar la cabeza con oposición (la mano del médico en la frente del paciente) o elevando las piernas, se contrae la pared abdominal. Puede poner de manifiesto hernias, eventraciones o la separación de los músculos rectos anteriores del abdomen (*diastasis de los rectos*), un hallazgo muy común. El cuadro 41-1 presenta un resumen de los elementos que se evalúan mediante la inspección del abdomen.

## AUSCULTACIÓN

La auscultación del abdomen es un método sencillo y se realiza apoyando la membrana del estetoscopio sobre la pared abdominal con el paciente respirando lentamente o en apnea. En condiciones normales, se escuchan

### CUADRO 41-1 Inspección del abdomen

Forma

Cicatrices, estrías, equimosis

Circulación colateral

Vello pubiano

Ombligo

Latidos

Movimientos peristálticos

Hernias-eventraciones

**ruidos hidroaéreos** (RHA), también llamados borborismos, que son suaves, continuos, con una intermitencia de 5 a 30 por minuto, no acompañados por dolor y que a veces se oyen a distancia, producidos por la movilización del contenido líquido-gaseoso del intestino.

Cuando aumenta el contenido gaseoso por la ingesta de gas o alimentos fermentativos, los RHA son más intensos y frecuentes. En las gastroenteritis agudas, alcanzan su máxima intensidad en los momentos de dolor (cólico intestinal).



La auscultación es valiosa en los casos de distensión abdominal en los cuales se sospecha íleo. La presencia de RHA de lucha (intensos, prolongados y acompañados por dolor) afirma el diagnóstico de íleo mecánico, en tanto que la ausencia de ruidos (silencio abdominal) indica íleo paralítico.

A pesar de lo mencionado antes, la auscultación del abdomen ha ido perdiendo importancia en los últimos años debido a la demostración de sus falencias. Así, se observan cuadros obstructivos con peristaltismo normal y, de modo similar, un abdomen silencioso no descarta una obstrucción intestinal ni establece siempre el diagnóstico de íleo paralítico. Los RHA son muy variables de un momento a otro, por eso la auscultación debe durar más de 5 minutos e incluir todos los cuadrantes abdominales; se requiere gran experiencia para interpretar los ruidos peristálticos.

La auscultación de **soplos abdominales** reconoce diferentes orígenes: sobre la aorta abdominal (por aneurismas), sobre las arterias renales (por estenosis en la hipertensión renovascular) o sobre la arteria mesentérica (en la angina abdominal).



Hasta en un 20% de las personas normales pueden hallarse soplos sistólicos en el epigastrio, pero cuando el soplo es sistodiastólico y se halla en un paciente con sospecha de hipertensión renovascular, el cociente de probabilidad (CP) positivo de este hallazgo es de 39 con una sensibilidad del 39% y una especificidad del 99%.

Eventualmente pueden auscultarse soplos sobre la superficie hepática en los hepatomas y los hemangiomas, y

**CUADRO 41-2 Auscultación del abdomen**

Ruidos hidroaéreos

Soplos

Frotes

Murmullo venoso

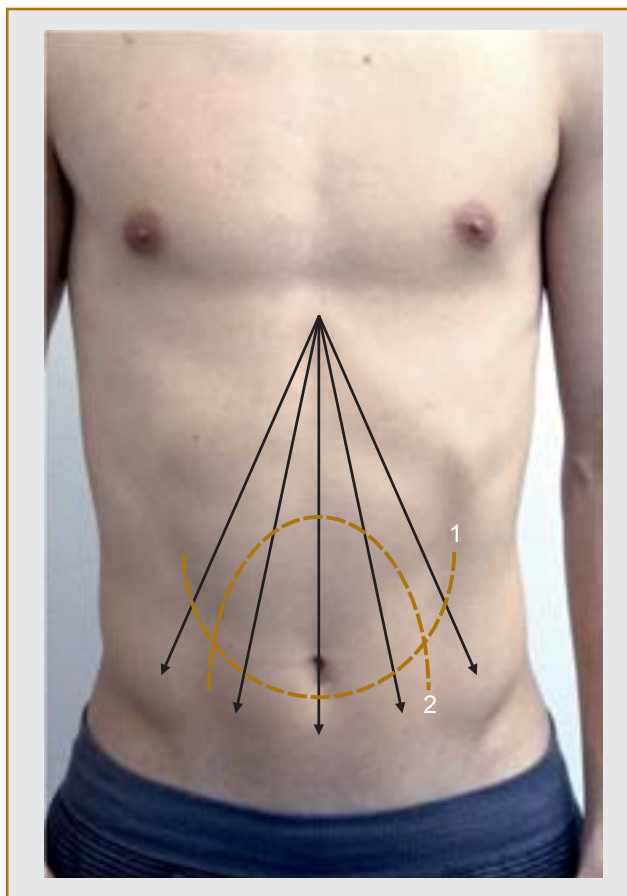
**frotes** sobre el hígado y el bazo, por perivisceritis en el infarto hepático y esplénico.

En la hipertensión portal, en ocasiones se ausculta un **murmullo venoso** a nivel umbilical, que es de tono suave e indica la repermeabilización de la vena umbilical.

El **cuadro 41-2** presenta un resumen de los elementos que se evalúan mediante la auscultación del abdomen.

**PERCUSIÓN**

Debe hacerse con suavidad y dejando apoyado el dedo percutor en cada golpe (sin rebote), que suele ser único, a diferencia del tórax donde se aplican dos golpes y se lo hace con rebote. La razón es la diferencia de sonoridad de ambos compartimentos, más breve y bajo el sonido respiratorio, y más prolongado y retumbante el sonido abdominal (timpanismo).



**Fig. 41-4.** Percusión del abdomen. 1. Ascitis libre. 2. Globo vesical, embarazo, tumores de útero y ovario.

Se percute de arriba hacia abajo en forma radiada, comenzando desde el apéndice xifoides hasta el hipogastrio y luego desde aquel hacia ambas fosas ilíacas. Su utilidad radica en delimitar órganos macizos (hígado y bazo) o tumoraciones, que dan un sonido mate, del resto del abdomen, que normalmente es timpánico. Su sonoridad no es homogénea, pues el timbre varía en los distintos segmentos del intestino y según su contenido gaseoso.

Con la percusión, se delimitará también el **espacio semilunar de Traube** (porción torácica del hipocondrio izquierdo), delimitado por el hígado a la derecha, el bazo a la izquierda, el corazón por arriba y el reborde costal por abajo. Normalmente es timpánico y son causas de matidez del espacio de Traube, la esplenomegalia, el derrame pleural izquierdo, el agrandamiento del lóbulo izquierdo del hígado y los tumores voluminosos del techo gástrico.

La percusión del abdomen adquiere especial valor en presencia de **distensión abdominal**. El incremento del contenido gaseoso genera aumento del timpanismo, mientras que la presencia de líquido (ascitis), tumoraciones o visceromegalias dará matidez. Cuando hay ascitis libre, el límite superior de la matidez es cóncavo hacia arriba; en el globo vesical, los grandes quistes de ovario o miomas uterinos y el embarazo, la matidez tiene convexidad hacia arriba (**fig. 41-4**). El diagnóstico de **ascitis** se completa con otras dos maniobras, la de la **matidez desplazable** y la de la **onda ascítica**. En la primera, se percute el abdomen con el paciente en decúbito lateral, de arriba hacia abajo, delimitando una línea horizontal de matidez inferior. Colocando al paciente en el decúbito opuesto se comprueba el mismo fenómeno; aparece matidez siempre en la zona declive, lo que indica que el líquido se desplaza libremente en la cavidad (**fig. 41-5A**). La maniobra de la onda ascítica se realiza con ambas manos; una de ellas se apoya sobre un flanco con el pulgar en la línea infraumbilical (para bloquear la onda de la pared abdominal) y la otra percute el flanco opuesto con la punta de los dedos. Si hay ascitis, la mano apoyada percibirá una onda líquida (**fig. 41-5B**). En ocasiones, la ascitis está tabicada y puede generar zonas de matidez y sonoridad alternadas. Una causa es la peritonitis tuberculosa, que ocasiona la denominada percusión “en damero”. El **cuadro 41-3** presenta un resumen de los elementos que se evalúan mediante la percusión del abdomen.

**PALPACIÓN**

La palpación del abdomen es la técnica semiológica más importante por la cantidad y calidad de información

**CUADRO 41-3 Percusión del abdomen**

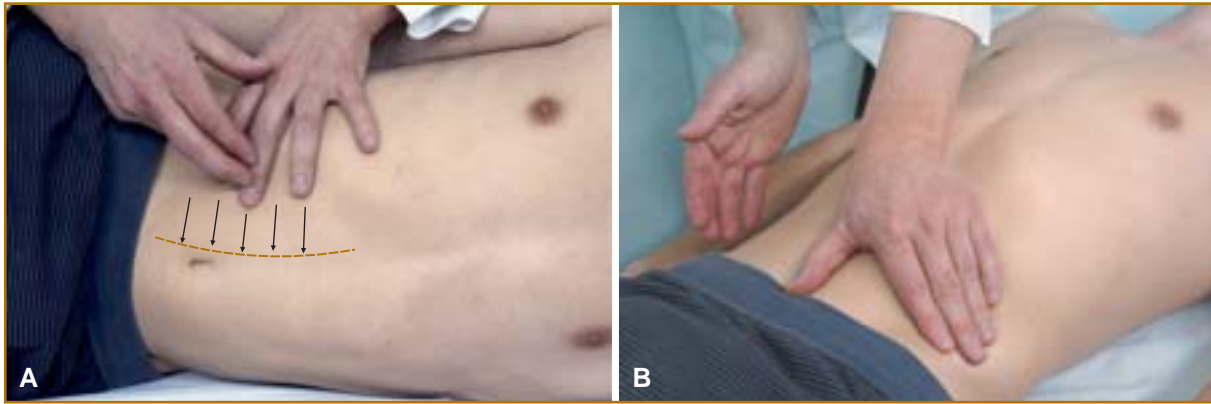
Timpanismo abdominal

Timpanismo del espacio de Traube

Matidez desplazable (ascitis)

Matidez fija (tumores, vejiga, visceromegalias)





**Fig. 41-5. A.** Maniobra de la matidez desplazable. **B.** Maniobra de la onda ascítica.

que puede obtenerse de ella. Debe realizarse suavemente, con las manos tibias, buscando la colaboración y confianza del paciente. Es digital para investigar el signo del *godet* (en los casos de anasarca con edema de la pared abdominal), el fenómeno del empastamiento en la fosa ilíaca izquierda en los fecalomas, los orificios y trayectos herniarios y los puntos dolorosos abdominales. Las maniobras restantes se realizan con técnica monomanual o bimanual. En ocasiones, en la palpación bimanual una mano es activa y la otra, ubicada a poca distancia, cumple funciones de relajación de la pared, haciendo presión con los dedos flexionados (**maniobra de Galambos**) o con el talón de la mano (**maniobra de Obratzow**) (fig. 41-6A y B).

Clásicamente se suele dividir la palpación del abdomen en superficial y profunda, la primera se refiere a la palpación de la pared abdominal y la segunda a la palpación del contenido del abdomen.

### Palpación superficial

Incluye la maniobra conocida como mano de escultor de Merlo (**Epónimos** 🖐️), la maniobra del esfuerzo y la exploración de la tensión abdominal, de los puntos dolorosos abdominales y de la presencia de hernias y eventraciones.

### Maniobra de la mano de escultor de Merlo

Es la maniobra con la que comienza la palpación del abdomen; se realiza pasando la mano derecha en forma plana sobre toda la superficie abdominal, y permite fundamentalmente la relajación de la pared. Hace posible detectar abovedamientos localizados que pueden deberse a una tumoración, entendiéndose por tal a todo “bulto”, independientemente de su etiología (lipomas, abscesos, hernias, eventraciones, hematomas), que se encuentra por delante de los músculos de la pared anterior del abdomen o dentro de la cavidad. También explora la temperatura, la sensibilidad y el trofismo de la pared.

### Maniobra del esfuerzo

Se utiliza para hacer diagnóstico diferencial de una tumoración, respecto de su localización parietal o intraabdominal. Se indica al paciente que levante la cabeza o las piernas para contraer los músculos rectos anteriores, de igual manera que lo solicitado durante la inspección. De este modo, lo que está por delante de los músculos, se palpa mucho más fácilmente y suele ser móvil, y lo que se encuentra en la cavidad se hace imposible de palpar. Existe una tercera posibilidad, el caso de un hematoma de los rectos que se toca como algo fijo y de límites impre-



**Fig. 41-6. A.** Maniobra de Galambos: la mano izquierda, con los dedos en garra, presiona y atrae desde aproximadamente 10 cm la pared abdominal. Esta maniobra universal es muy útil para relajar la pared en cualquier sector del abdomen. **B.** Maniobra de Obratzow: la eminencia tenar de la mano izquierda (talón) deprime la pared, inmediatamente hacia abajo y la derecha para relajar la pared de la FID. La mano derecha realiza la palpación del ciego.



**Fig. 41-7.** Exploración de la tensión abdominal.

cisos, en general doloroso. Es muy frecuente que con esta misma maniobra se manifieste la ya mencionada diastasis de los rectos, y raras veces puede tocarse en el mismo lugar un pequeño nodulillo, habitualmente doloroso (*hernia de la línea blanca*). Con el esfuerzo, también pueden ponerse en evidencia eventraciones o hernias.

### Tensión abdominal

Se coloca la mano derecha de plano sobre el abdomen, paralela a la línea media, con los dedos orientados hacia la cabeza del paciente. Se deprime la pared, con movimientos rítmicos de flexión a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas. Se comienza desde abajo hacia arriba, inmediatamente por fuera de los rectos, y luego se compara la tensión en zonas simétricas de ambos hemiabdomenes (fig. 41-7). La tensión normal es levemente mayor en el lado derecho que en el izquierdo, y en la parte superior que en la inferior.

Debe distinguirse de la exploración de la tensión, la búsqueda del *chapoteo* o *bazuqueo gástrico*. En este caso, se imprimen movimientos rápidos con la punta de



**Fig. 41-8.** Maniobra del chapoteo o bazuqueo gástrico.

los dedos ascendiendo del pubis al epigastrio (fig. 41-8). Con el paciente en ayunas (4-6 horas), la presencia de ruidos hidroaéreos indica contenido gástrico anormalmente retenido por síndrome pilórico en fase de atonía gástrica.

La tensión abdominal puede estar aumentada por causas que se encuentran en la pared o en la cavidad. Cuando depende de la pared, se debe a irritación peritoneal. El aumento de la tensión y el dolor a la palpación, denominados *defensa abdominal*, indican inflamación de la serosa subyacente, por ejemplo, en la apendicitis aguda, la colecistitis o la peridiverticulitis. El dolor con la descompresión brusca de la pared, puede ser localizado, *signo de Blumberg* o generalizado, *signo de Gueneau de Mussy*, e indica peritonitis. En los casos avanzados, en especial frente a la perforación de una víscera hueca y en personas jóvenes, el abdomen se encuentra espontáneamente tenso y doloroso y se denomina *abdomen en tabla*.

La disminución de la tensión abdominal puede verse en multíparas, en ascitis evacuadas, en la caquexia y en ancianos, y carece de importancia semiológica.

### Puntos dolorosos abdominales

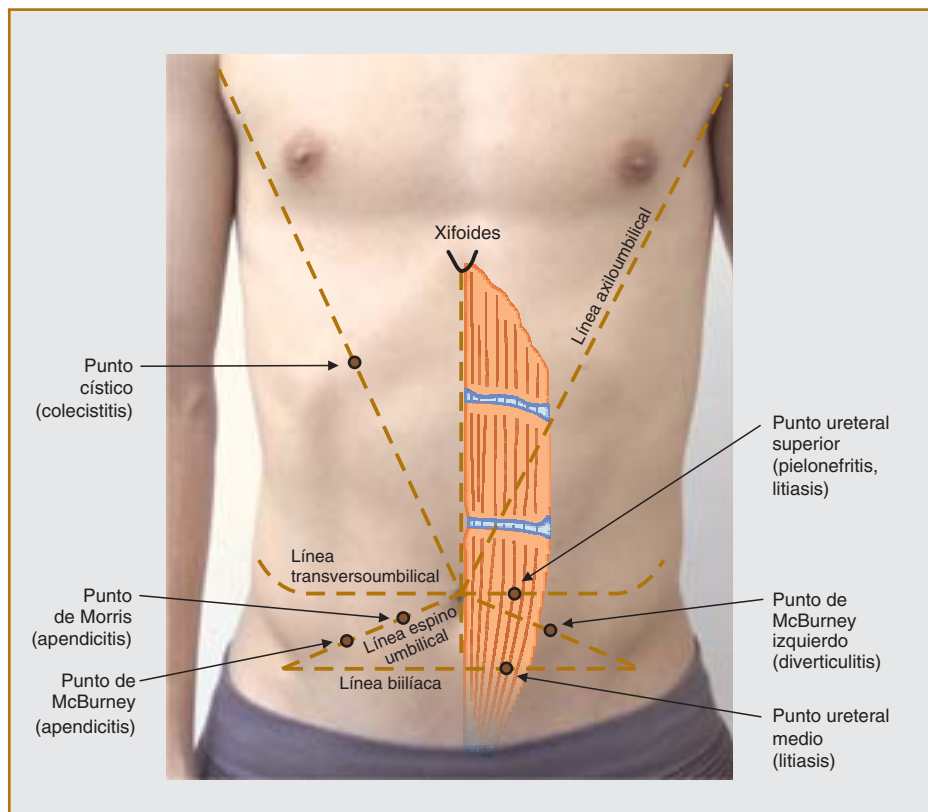
Son puntos sobre la pared abdominal en los cuales la presión digital con el dedo índice ocasiona dolor. Ponen en evidencia la irritación del peritoneo visceral de una víscera comprometida por un proceso inflamatorio y pueden representar el estadio inicial de un cuadro peritonítico que puede evolucionar a peritonitis localizada (signo de Blumberg) y luego generalizada (signo de Guenau de Mussy). En su evaluación siempre debe tenerse en cuenta el psiquismo del paciente, ya que personas muy sensibles pueden acusar dolor en cualquier punto del abdomen e inducir a error. La ubicación topográfica de los puntos dolorosos de mayor valor semiológico se muestra en la figura 41-9.

### Hernias y eventraciones

Se llama *hernia* a la salida, en forma de "bulto" o protrusión, de un elemento anatómico a través de un orificio



**Fig. 41-9.** Puntos dolorosos abdominales.



de la pared que lo contiene. En el abdomen se designa con el nombre de hernia a la salida del peritoneo parietal y del tejido celular preperitoneal, acompañado o no de vísceras intraabdominales a través de un orificio de la pared anatómicamente constituido. En general, esta salida o protrusión forma en la superficie y por debajo de la piel un abultamiento o “bultoma”, que se denomina tumor herniario. En la pared abdominal existen razones de orden anatómico y embriológico que disminuyen su resistencia en determinados sitios; estos sitios constituyen las zonas herniógicas (fig. 41-10).

Se dice que una hernia es *reductible* cuando el contenido del “tumor herniario” vuelve a la cavidad abdominal con maniobras incruentas como la compresión manual. Si una vez reducida, la hernia se mantiene en la cavidad abdominal se la denomina *coercible* y, si no se mantiene y vuelve a herniarse, *incoercible*. Son *irreductibles* cuando no vuelven a la cavidad, hecho que en general ocurre en las hernias crónicas que han perdido “su domicilio”.



Mayor valor semiológico tiene una hernia irreductible aguda, a la que se denomina **hernia atascada** y, si tiene compromiso vascular, **hernia estrangulada**. Estas variantes constituyen una urgencia quirúrgica y se expresan por dolor abdominal y obstrucción intestinal que evoluciona a la peritonitis.

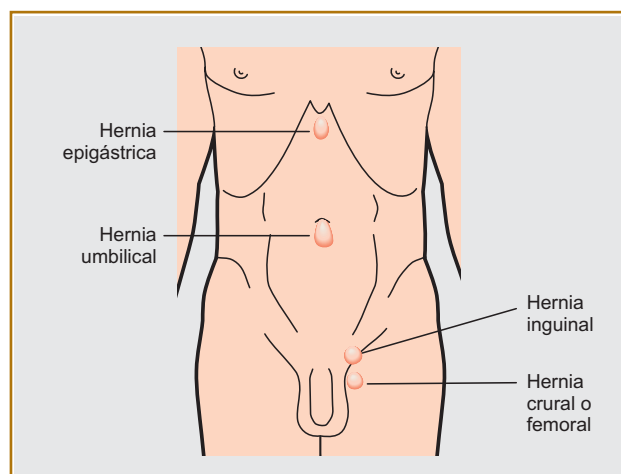
Se llama **eventración** abdominal a la salida de elementos intraabdominales por un orificio de la pared “patológicamente” constituido, en general a través de una cicatriz accidental o quirúrgica que ha consolidado de manera deficiente. En ellas, los elementos que salen de la cavidad no están recubiertos por peritoneo parie-

tal, sino por tejido conjuntivo cicatrizal, y se ubican debajo de la piel.

El **cuadro 41-4** presenta un resumen de los elementos que se evalúan mediante la palpación superficial del abdomen.

### Palpación profunda

Tiene por objeto reconocer las vísceras huecas (ciego, colon ascendente y sigmoide) y sólidas (hígado, bazo y riñón) normales. Este examen incluye también la palpación del latido aórtico. Permite el reconocimiento de las visceromegalias y las tumoraciones abdominales. Exis-



**Fig. 41-10.** Zonas herniógicas de la pared abdominal.



**Fig. 41-11.** Maniobra de deslizamiento de Glenard y Hausmann.

ten maniobras accesorias de la palpación profunda, la de la fijezza espiratoria o de Minkowsky y el tacto rectal combinado con palpación abdominal (maniobra de Yódice-Sanmartino).

**Maniobra de Minkowsky:** cuando una masa que desciende en inspiración puede ser retenida en espiración, indica que no tiene contacto directo con el diafragma. Es útil para el reconocimiento de los tumores retroperitoneales y el riñón.

**Maniobra de Yódice-Sanmartino:** el tacto rectal produce la relajación de la pared abdominal. Sirve para localizar el dolor cuando este es generalizado.

A continuación se describirán las maniobras palpatorias de las vísceras huecas y sólidas. Para la palpación de las primeras existe una maniobra común denominada de deslizamiento, que permite la identificación de sus características semiológicas.

**Maniobra de deslizamiento de Glenard y Hausmann:** puede ser monomanual o bimanual y consiste en colocar una o ambas manos en forma perpendicular al eje mayor del órgano y deslizarlas sobre este tratando de identificar sus contornos.

En el caso de la maniobra bimanual se colocan los dedos adosados, levemente curvos, y los índices por encima entrecruzados; de esta manera queda una línea palpatoria recta. Si hay resistencia, pueden colocarse las manos superpuestas; palpa la que queda abajo, mientras la superior ejerce presión. En un primer tiempo, se desliza la piel distalmente, para evitar que la falta de pliegues dificulte el movimiento. Entonces se hunden los dedos flexionados y a continuación se deslizan en sentido contrario (hacia el explorador), apreciándose fácilmente la diferencia de nivel (resalto) del borde del órgano palpado. Se buscan la movilidad, la consistencia, el diámetro y la aparición de dolor (**fig. 41-11**).

## ESTÓMAGO

Normalmente no se palpa. Con la maniobra del bazuqueo ya descrita pueden ponerse de manifiesto RHA, que son normales hasta 6 horas después de las comidas y pasado ese tiempo indican retención gástrica (síndrome pilórico).

En ocasiones, en el cáncer gástrico avanzado puede palparse una tumoración en el epigastrio.

## INTESTINO DELGADO

La palpación es útil para confirmar los hallazgos de la inspección en el caso de las hernias y las eventraciones.

## COLON

**Ciego:** con la maniobra de deslizamiento en la fosa ilíaca derecha (FID) se palpa el ciego, elástico, móvil e indoloro, a veces distendido por contenido hidroaéreo que se percibe con los pulpejos de los dedos como un gorgoteo característico (**fig. 41-12**). Su palpación se facilita con las maniobras de Galambos y de Obrastzow.

**Colon ascendente y transversal:** normalmente no se palpan.

### CUADRO 41-4 Palpación superficial del abdomen

Mano de escultor

Maniobra del esfuerzo

Tensión abdominal

Bazuqueo gástrico

Dolor con la descompresión

Puntos dolorosos

Hernias-eventraciones





Fig. 41-12. Palpación del ciego.

**Colon descendente y sigmoide:** las maniobras de deslizamiento se realizan del lado izquierdo del paciente. El colon descendente normalmente no se palpa. El sigmoide se palpa casi siempre con facilidad, en la fosa ilíaca izquierda (FII), paralelo a la arcada crural, del grosor de un dedo, algo móvil y con frecuencia ocupado.

### Interpretación de los hallazgos

En un paciente que refiere dolor crónico en la FID, a menudo asociado con distensión y meteorismo, la palpación del ciego gorgoteante y doloroso apoya el diagnóstico de *dispepsia fermentativa crónica*.

La mayor importancia de la palpación de la FID reside en el diagnóstico de la *apendicitis aguda*. El dolor puede comenzar en el epigastrio, y luego de unas horas se localiza en la FID, cuya palpación es francamente dolorosa. Aun si el dolor es leve, puede ser identificado en el **punto de McBurney**, situado en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de una línea que va desde la espina ilíaca anterosuperior derecha al ombligo, cualquiera que sea la localización del apéndice (véase fig. 41-9). Si la inflamación pasa al peritoneo parietal, además de ser dolorosa la compresión, aparece un nuevo fenómeno propio de la irritación peritoneal, el dolor a la descompresión (**signo de Blumberg**). Si el apéndice no se extirpa, en poco tiempo se palpa una masa dolorosa de bordes indefinidos (**plastrón**) debido a la adherencia del epiplón y las asas intestinales al apéndice inflamado. A veces, la disposición anatómica retrocecal del apéndice hace menos evidentes los hallazgos en la FID, y se torna dolorosa la palpación de la fosa lumbar derecha inferior.



Cuando, como resultado de una perforación apendicular o diverticular, se produce una peritonitis generalizada aguda, los hallazgos son dolor intenso en todo el abdomen, íleo paralítico, falta de movilidad respiratoria, abdomen en tabla y dolor generalizado a la compresión y a la descompresión (**signo de Gueneau de Mussy**).

En el *síndrome del intestino irritable* suele palparse el sigmoide del diámetro de un lápiz, móvil y levemente doloroso (*cuerda cólica*).

En las *sigmoiditis* con *diverticulitis* o sin ella, el colon sigmoide es espontáneamente doloroso, y más aún a la palpación. El paciente, a menudo una mujer adulta, re-

fiere estreñimiento previo, dolor localizado en la FII y fiebre. Si el proceso continúa, la inflamación pasa la serosa intestinal y el cuadro general y local se acentúa; entonces, se palpa el sigmoide, de límites no bien definidos y muy doloroso (*perisigmoiditis, peridiverticulitis*).

Un tumor inflamatorio puede confundirse o acompañar a un *cáncer de sigmoide*.

En un paciente con un *bolo fecal*, se puede palpar el colon sigmoide algo dilatado, con contenido pastoso en su interior, que al comprimir con el dedo deja una marca similar a la fovea del edema; en ocasiones hasta es posible sentir el despegamiento al retirar el dedo.

### AORTA

El latido aórtico normalmente se palpa en el epigastrio a la izquierda de la línea media. Se coloca la mano perpendicular al eje mayor del vaso. En obesos se utiliza la palpación bimanual con las manos superpuestas; la mano superior hace presión sobre la mano inferior que palpa el latido.



La palpación de la aorta tiene especial trascendencia en las personas mayores, ya que el hallazgo de una masa pulsátil expansiva en el epigastrio tiene muy alta especificidad para el diagnóstico de aneurisma de aorta y un cociente de probabilidad positivo de 7,6. Esta maniobra nunca debe obviarse, ya que el hallazgo, confirmado luego por ecografía, de un diámetro aórtico mayor de 5 cm, es una indicación de resección quirúrgica del aneurisma.

### HÍGADO

#### Introducción

El hígado es el más voluminoso de los órganos intra-abdominales. Ocupa todo el hipocondrio derecho y se extiende hasta parte del hipocondrio izquierdo. Su peso en el adulto es de aproximadamente 2,400 kg. Ambas hojas del ligamento coronario lo fijan por su cara posterior, y su continuación, el ligamento redondo, por su cara superior; en los extremos, lo fijan los ligamentos triangulares.

El borde anteroinferior sigue una dirección oblicua de derecha a izquierda y de abajo hacia arriba. En las personas con hábito longilíneo se ubica más vertical y hacia abajo, y es más factible su palpación tanto en su extremo derecho como en la región epigástrica. Lo contrario ocurre en las personas brevilíneas. Su cara superior se proyecta por detrás, a la altura del vértice de la escápula y por delante en la línea hemiclavicular, en la quinta costilla. El borde anteroinferior, en el adulto acostado, no sobrepasa más de un centímetro el reborde costal, y desciende además uno a dos centímetros en inspiración normal y tres a cuatro en inspiración profunda.

#### Palpación monomanual o simple

El médico, sentado a la derecha del paciente, mirando hacia él, con la mano derecha algo oblicua y el talón apoyado, palpa suavemente con los pulpejos, hundiéndose levemente la mano desde la FID hacia arriba, por fuera de los músculos rectos sobre la línea hemiclavicular. Si no se encuentra el borde, al llegar al reborde costal se le pide al



**Fig. 41-13.** Palpación monomanual del hígado.



**Fig. 41-14.** Palpación monomanual del hígado con mano en cuchara.

paciente que inspire más profundamente, de modo que el hígado descienda y sea posible palparlo. Es necesario siempre continuar palpando hacia el epigastrio y el hipocondrio izquierdo; en caso contrario, se pasarán por alto tumoraciones exclusivas del lóbulo izquierdo (fig. 41-13).


En ocasiones, se percibe un aumento de tensión pero no se encuentra el borde, y en la inspiración profunda, hundiendo un poco más la mano, se siente pasar algo de mayor consistencia debajo de los dedos, que no puede retenerse en la espiración. Este es el hallazgo más frecuente en los casos de *hígado basculado*.

A continuación, en todos los casos, se debe tratar de establecer si el borde hepático es romo o agudo, si es doloroso, y las características de la superficie hepática.

Otra maniobra monomanual para palpar el hígado es la de *mano en cuchara*. En ella, el examinador, a la derecha del paciente, coloca su mano derecha en forma transversal al borde hepático con los dedos flexionados en forma de cuchara. Se presiona suavemente debajo del reborde costal mientras se le indica al paciente que inspire en forma profunda. Los pulpejos de los dedos perciben así el borde hepático (fig. 41-14).

## Palpación bimanual

### Maniobra de Chauffard

En la maniobra de Chauffard (**Epónimos** ) se colocan los dedos índice y medio de la mano izquierda con el pulgar en oposición, en el ángulo costomuscular derecho, formado por las dos últimas costillas y el borde externo de los músculos lumbares. En esta única zona depresible o "zona útil", la mano posterior efectúa una serie de pequeños impulsos hacia arriba por flexión de las articulaciones metacarpofalángicas, inmediatamente después de la inspiración, que permiten a la mano derecha, colocada como en la palpación monomanual simple (de plano adelante), en forma pasiva, percibir con los pulpejos el borde hepático (peloteo hepático) (fig. 41-15).

### Maniobra de Gilbert

El médico, a la derecha del paciente, mirando hacia sus pies, coloca las manos unidas por los pulpejos de los



**Fig. 41-15.** Maniobra de Chauffard.

**Fig. 41-16.** Maniobra de Gilbert.



dedos índice y medio y los talones hacia fuera, formando un ángulo recto. La mano derecha se ubica paralela y la izquierda perpendicular al reborde costal. Se asciende desde la fosa iliaca derecha en busca del borde hepático con movimientos de flexión metacarpofalángica. Al acercarse al reborde costal se le solicita al paciente que respire profundamente, y el borde hepático es percibido por los pulpejos de los dedos de la mano izquierda y el borde radial del índice derecho. Esta maniobra resulta útil en los hígados blandos (hígado graso) (fig. 41-16).

### **Maniobra del enganche de Mathieu**

Es la más usada por su facilidad. Se palpa el hígado como se haría con el propio. Se colocan las manos con los dedos unidos por los medios y levemente curvos, con los índices superpuestos de manera que los pulpejos de los

tres últimos dedos de ambas manos formen una recta paralela al reborde costal. El médico sentado o de pie a la derecha del paciente, mirando en dirección a los pies, comienza la palpación también desde la fosa iliaca derecha, con movimientos de “enganche” en dirección hacia el hombro, y al llegar cerca del reborde costal solicita una inspiración profunda (fig. 41-17).

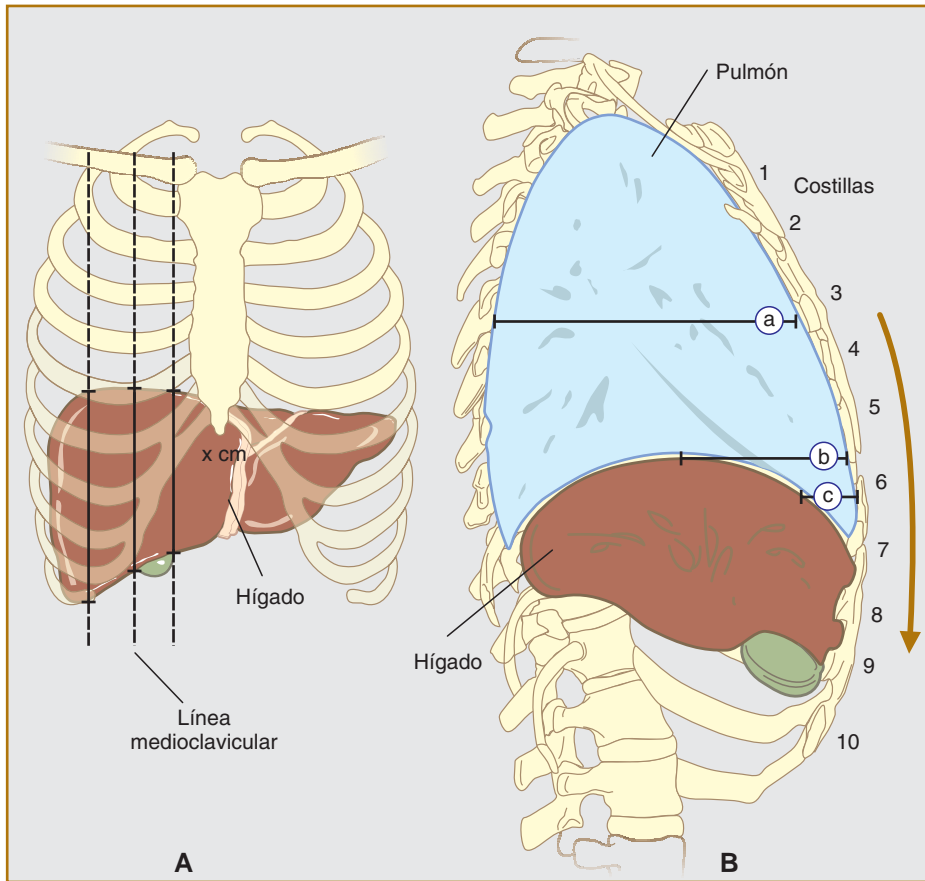
### **Percusión**

Su finalidad es determinar el límite superior hepático, imprescindible para establecer el tamaño del hígado. Se efectúa sobre la línea medioclavicular, desde arriba hacia abajo, con cierta intensidad. El límite superior se encuentra por delante a la altura del borde inferior de la quinta costilla, que corresponde al inicio de la submatidez o matidez hepática (fig. 41-18).



**Fig. 41-17.** Maniobra del enganche de Mathieu.





**Fig. 41-18. A.** Determinación del tamaño percutorio del hígado. Para realizar una medición correcta debe utilizarse la línea medioclavicular. **B.** Cambios en la sonoridad pulmonar de acuerdo con la altura y la cantidad de tejido pulmonar interpuesto. La sonoridad va disminuyendo desde "a", para pasar a la submatidez de "b" (borde inferior de la quinta costilla) y la matidez de "c". En ocasiones puede ser difícil reconocer el cambio desde la sonoridad obvia hacia la submatidez.



Normalmente, la distancia entre el límite superior percutorio y el borde inferior palpatorio es de 9 a 12 cm. Si bien existe escasa correlación entre el tamaño hepático estimado con esta maniobra y el real obtenido mediante ecografía, una distancia mayor de 12 cm es indicativa de hepatomegalia.



La palpación por debajo del reborde costal de lo que se considera es el borde hepático tiene un cociente de probabilidad positivo altísimo (CP: 233), pero que este hallazgo corresponda en realidad a una hepatomegalia tiene un CP positivo muy bajo (CP: 1,7).

Toda vez que el hemidiafragma esté elevado (parálisis, atelectasia) o exista un gran derrame, el límite superior se encontrará más alto.

La matidez hepática desaparece por la interposición de aire, en la perforación de una víscera hueca, denominado *signo de Jobert*, y de modo muy excepcional, en la interposición del colon transversal por delante, o *signo de Chilaiditti*.

### Interpretación de los hallazgos

El hecho de que se palpe el hígado no es sinónimo de hepatomegalia. Normalmente, en alrededor del 50% de las personas, puede palparse en inspiración profunda, hasta 3 cm por debajo del reborde costal (**caso clínico 41-1**).

También es frecuente que el hígado, fijo en su parte posterior por el ligamento coronario, bascule hacia abajo, y su borde anteroinferior descienda y se separe de la pared. En esta circunstancia se palpará a más de 3 cm, pero podrán insinuarse los dedos debajo del reborde costal, llevarse hacia arriba con la maniobra del enganche de Mathieu y su altura por percusión no sobrepasará los 12 cm.

Frente al hallazgo de un hígado palpable, se deberán precisar las siguientes características semiológicas:

**Forma:** el hígado suele estar uniformemente agrandado de tamaño, pero a veces se palpa un agrandamiento localizado debido a un tumor, un quiste o un absceso. Ya se señaló la importancia de buscar siempre un agrandamiento localizado del lóbulo izquierdo. Una tumoración hepática se desplaza ampliamente con la respiración y no puede ser retenida en la espiración.

**Superficie:** por lo general es lisa; a veces pueden palparse múltiples nódulos causados por metástasis o una cirrosis macronodular. Se debe ser muy cauto, debido a la fácil confusión que produce la grasa subcutánea.

**Borde:** normalmente es agudo. Todo aumento del contenido hepático, sea por congestión sanguínea, bilis, infiltración amiloidea, etc., a la par de aumentar el tamaño del hígado transforma su borde en romo y aumenta su consistencia.

**Consistencia:** en la cirrosis, con la fibrosis y retracción el hígado aumenta también su consistencia, pero el borde se mantiene cortante. En la infiltración tumoral difusa, la consistencia está muy aumentada (pétrea); a veces el hígado parece como encastrado en su celda. Por el contrario, en el hígado graso, patología muy frecuente, la consistencia está disminuida. Muy raras veces se encuentra



## CASO CLÍNICO 41-1

Lucila, de 21 años, concurre a la guardia del hospital por un aparente cuadro viral de la vía aérea superior de dos días de duración. En el examen físico se encuentra una faringe congestiva, sin adenomegalias en el cuello, semiología del tórax normal y, en la palpación del abdomen un borde hepático aproximadamente 2 cm por debajo del reborde costal en la línea medioclavicular. No refiere náuseas, vómitos ni anorexia, ni otros síntomas más allá de los relacionados con su enfermedad actual (congestión nasal y dolor en las fauces). No se detecta ictericia. No tiene antecedentes de enfermedades hepáticas ni otras enfermedades de importancia. Usted vuelve a examinar a la paciente para confirmar el nivel del borde hepático y descartar hepatomegalia.

**¿Qué valor le asigna al hallazgo del hígado palpable en esta paciente?**

**¿Lo relaciona con una posible enfermedad hepática?**

**¿Tiene realmente hepatomegalia?**

**¿Solicitaría algún estudio complementario?**

## COMENTARIO

La sospecha de enfermedad hepática en esta paciente es baja ya que la identificación del borde hepático constituye un hallazgo normal. Para confirmar la presencia de hepatomegalia se debería delimitar el borde superior percutorio y encontrar una distancia mayor de 12 cm. Si existiera hepatomegalia se debería considerar una esteatosis hepática (hígado graso) no relacionada con el cuadro y, por lo tanto, interrogar sobre abuso de alcohol. Si bien se podría pensar en una mononucleosis infecciosa como enfermedad de base, la hepatomegalia no suele ser una forma habitual de presentación (en contraste con la esplenomegalia y las poliadenomegalias). A menos que se detecten otros signos de una posible enfermedad hepática, no se deben solicitar estudios adicionales en esta paciente.

que el borde a la altura de la vesícula sobresale hacia abajo y puede simularla, por la presencia del llamado lóbulo de Riedel (congénito). La confusión se evita porque este lóbulo también tiene borde y, obviamente, no puede desplazarse en sentido lateral.

**Dolor:** toda vez que la cápsula de Glisson se distiende en forma aguda, aparece dolor espontáneo, y también a la palpación. Esto ocurre de manera difusa, sobre todo en la insuficiencia cardíaca derecha aguda y en algunas hepatitis agudas. En este último caso, a veces adquiere suficiente intensidad como para hacer pensar, en un primer momento, en un cólico hepático por litiasis coledociana. Cuando la palpación del hígado despierta dolor en un solo punto, se debe considerar la existencia de un absceso o un tumor que invade la cápsula.

En la insuficiencia cardíaca derecha es clásico encontrar una hepatomegalia difusa de superficie lisa y borde romo y doloroso a la que se denomina **hígado congestivo**. También en este caso, la presión sobre la superficie del hígado puede mostrar el aumento de la distensión yugular y producir **reflujo hepatoyugular**. Si la insuficiencia cardíaca derecha mejora y empeora, en los días sucesivos pueden encontrarse variaciones del tamaño hepático, fenómeno llamado **hígado en acordeón**.

En la insuficiencia tricuspídea grave, existe, junto al pulso venoso positivo, un **latido hepático** palpable que

se objetiva colocando la mano izquierda sobre los últimos espacios intercostales y la derecha presionando suavemente el hígado.



Por todo lo mencionado, en el examen físico del abdomen, no basta con señalar que se palpa el hígado. Es necesario analizar además si se trata de un hígado normal, basculado, o de una verdadera hepatomegalia, y en este caso siempre se deben considerar la forma, la superficie, el borde, la consistencia y la presencia de dolor (fig. 41-19).

En los casos de ascitis de mediana magnitud y hepatomegalia se encuentra el **signo del témpano**. Para su búsqueda se colocan los dedos en punta, verticales y se imprimen bruscas depresiones a la pared, teniendo la sensación de atravesar una capa líquida y empujar la superficie del hígado, que luego de descender, rebota golpeando secundariamente los dedos.

## VESÍCULA BILIAR

Antes de intentar palpar la vesícula, se debe mirar con luz oblicua tratando de observar una formación ovoide que desciende en la inspiración (a veces se ve mejor de lo que se palpa).

Para palpar la vesícula se usan las mismas maniobras que para el hígado. En caso de que se palpe, hay que buscar su movilidad, que es amplia en sentido lateral, y apreciar su grado de sensibilidad.

Siempre debe buscarse el dolor vesicular mediante la **maniobra de Murphy**, que consiste en abrazar con ambas manos los dos hipocondrios y presionar suavemente con los pulgares debajo de las costillas en su unión con el borde externo del músculo recto anterior. Se indica al paciente que realice una inspiración profunda y la maniobra es positiva, **signo de Murphy**, cuando refiere dolor o interrumpe la inspiración (fig. 41-20). Solo algunos pacientes con patología vesicular (litiasis) presentan este signo, pero su hallazgo es muy sugestivo de inflamación (colecistitis).

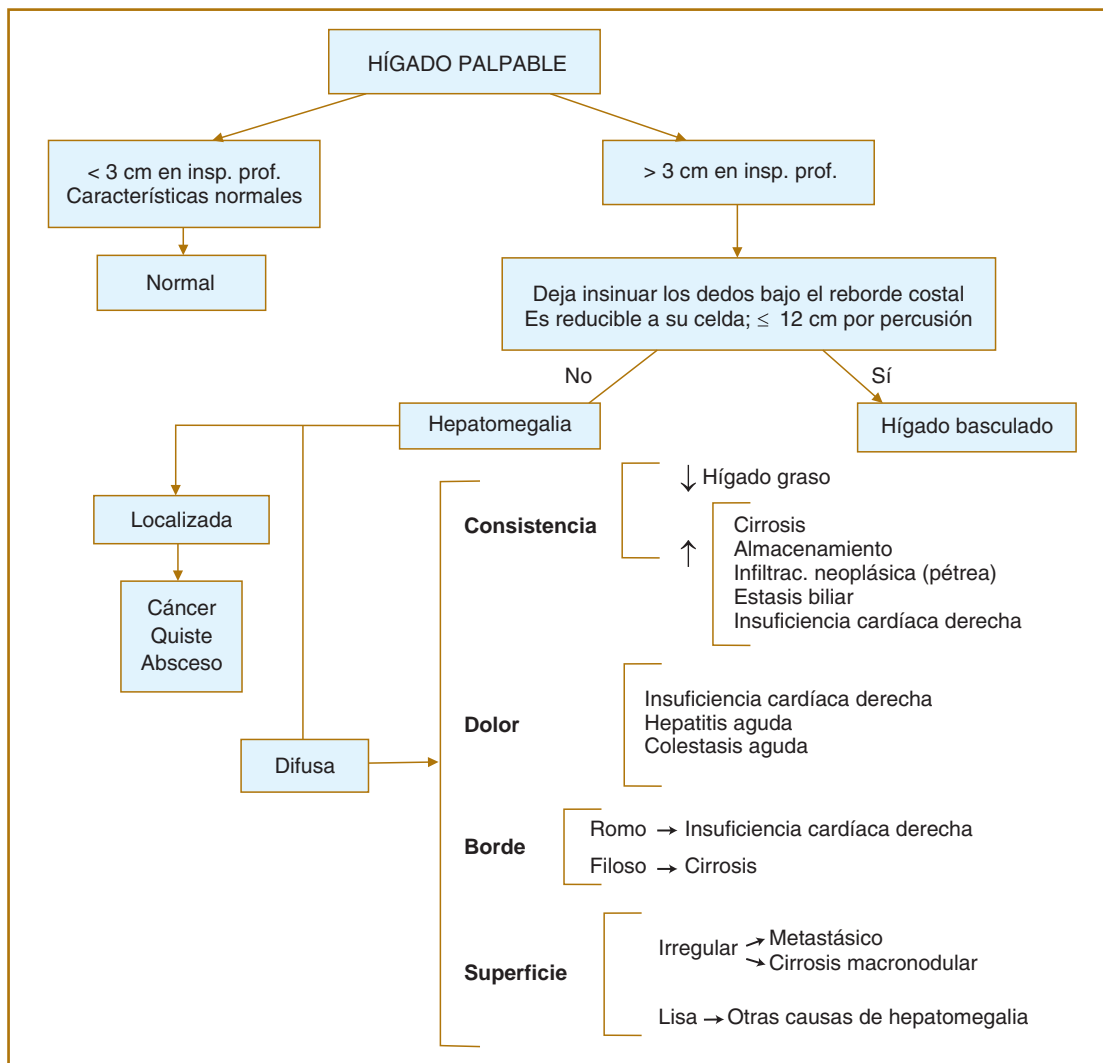
## Interpretación de los hallazgos

Es necesario recordar que la vesícula normal sobrepasa el borde hepático solo en alrededor de la mitad de las personas, y otro 10% tiene un meso vesicular, por lo que en ocasiones, a pesar de estar distendida, puede no palparse simplemente por no llegar al borde hepático o encontrarse como una formación redondeada alejada de él hacia abajo.

Cuando se obstruye el conducto cístico, el paciente no se pone icterico porque la bilis drena hacia el duodeno sin dificultad, pero la vesícula suele distenderse (**hidropesía vesicular**) y es dolorosa (**colecistitis aguda**). En un paciente con colecistitis y pericolecistitis se palpa una masa inflamatoria, como empastamiento difuso, sin límites precisos (**plastrón**), que además es dolorosa.

Según diversos estudios, para el diagnóstico de **colecistitis**, el signo de Murphy tiene una sensibilidad del 65% (IC 95%: 58-71), una especificidad del 87% (IC 95% 85-89), un CP positivo de 2,8 (0,8-8,6) y un CP negativo de 0,5 (0,2-1).

Una obstrucción coledociana puede producirse en forma aguda por el **enclavamiento de un cálculo** (dolor



**Fig. 41-19.** Diagnóstico diferencial del hígado palpable.

e ictericia obstructiva) o en forma lenta, progresiva e indolora por un **tumor de la cabeza del páncreas** o un tumor de la ampolla de Vater. En el primer caso, la vesícula no se distiende porque la litiasis vesicular ha alterado previamente su pared. En el segundo, la vesícula se distiende y es indolora, y la ictericia es lenta y progresiva. Esto se expresa por la **ley de Courvoisier-Terrier (Epónimos 🖐️)**: todo paciente con ictericia progresiva y ve-

sícula palpable no dolorosa (**signo de Bard y Pick**) tiene un tumor de la cabeza del páncreas o de la vía biliar, mientras no se demuestre lo contrario.



Si bien esta descripción se acepta de modo universal, algunos estudios recientes informan que para el diagnóstico de ictericia obstructiva de origen litiasico, la palpación de la vesícula tiene una especificidad del 99% y un cociente de probabilidad positivo de 26. En cambio, en la ictericia obstructiva de origen maligno, estos valores caen al 90% y el 2,6, respectivamente. En conclusión, la ley de Courvoisier-Terrier expresa que la palpación de la vesícula en pacientes con ictericia indica obstrucción extrahepática y no específicamente maligna.

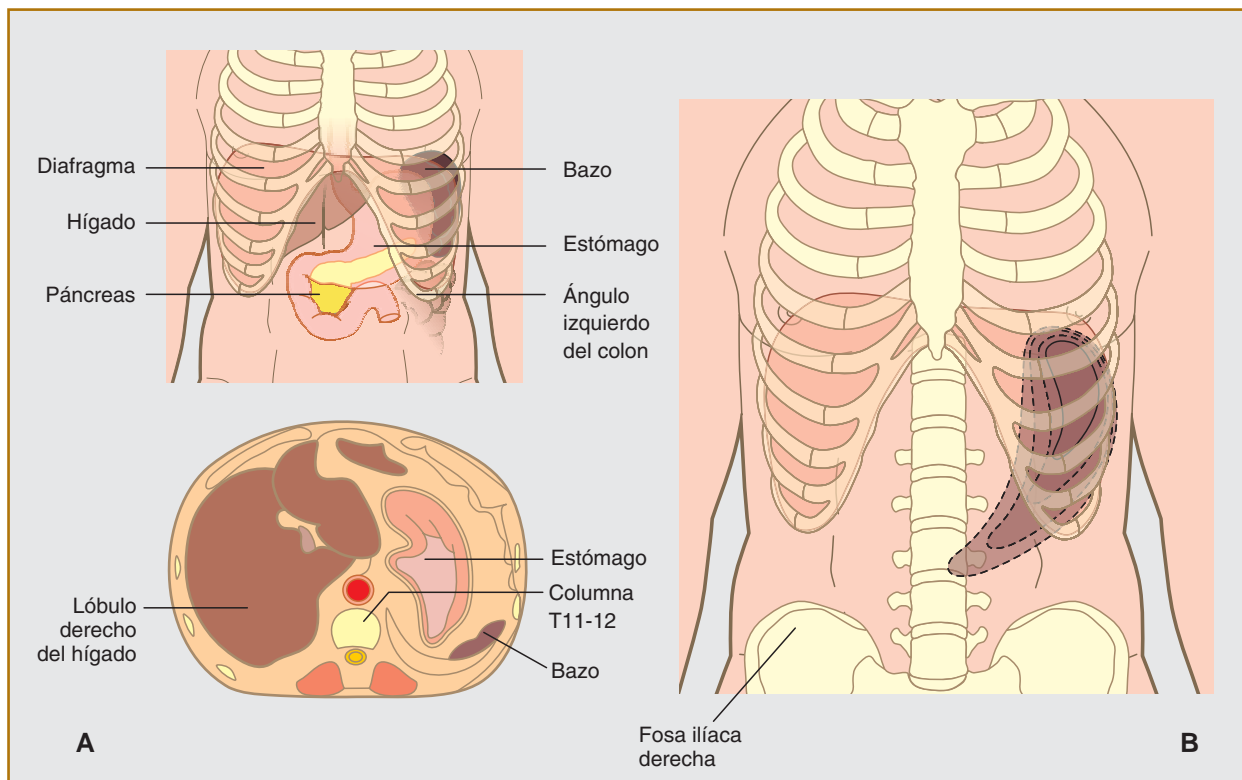


**Fig. 41-20.** Maniobra de Murphy. *Semiología Médica 2ª ed. Argente. ©2013. Editorial Médica Panamericana.*

## BAZO

### Introducción

Ubicado profundamente en el hipocondrio izquierdo, tiene una longitud de 13 cm y un peso de 150 a 200 g. Su polo superior es posterior, apunta hacia la columna vertebral y está a la altura de la décima vértebra dorsal; el inferior es anterior y apunta hacia el ángulo izquierdo del colon. Su forma ovoide sigue la dirección de las dos últimas costillas sin sobrepasar la línea axilar media.



**Fig. 41-21.** A. Ubicación normal del bazo. B. Cuando el bazo se agranda, su polo anterior sobrepasa el reborde costal y se dirige hacia la fosa ilíaca derecha.

Tiene un borde anterior con dos a cuatro escotaduras (fig. 41-21).

### Palpación en decúbito dorsal

Con el paciente en decúbito dorsal, el examinador ubicado a la derecha del paciente palpa desde la FID hacia arriba e izquierda, con la mano casi plana, hundiendo suavemente la pared mientras solicita al paciente que

realice inspiraciones profundas. Es muy útil colocar la mano izquierda en la región lateroinferior izquierda del tórax, levantando y llevando un poco hacia adentro y arriba la parrilla costal (fig. 41-22).

Con el examinador situado a la izquierda del paciente, se realiza la maniobra del enganche con técnica monomanual o bimanual. La mano izquierda o la derecha, en posición de cuchara, engancha el reborde costal izquierdo. En la forma bimanual, con la otra mano se puede realizar presión sobre la parrilla costal intentando recha-



**Fig. 41-22.** Palpación del bazo con maniobra bimanual a la derecha del paciente.



**Fig. 41-23.** Palpación del bazo con maniobra bimanual a la izquierda del paciente. Maniobra del enganche y variante de Middleton.

zar el bazo hacia abajo. En la **variante de Middleton** (fig. 41-23), el paciente coloca su antebrazo flexionado por detrás de la espalda, ejerciendo presión sobre las costillas 10 a 12 izquierdas. Igual efecto produce el puño del examinador colocado en la misma posición.

### Palpación en decúbito intermedio lateral

#### Maniobra de Naegueli

Se utiliza cuando no se palpa el bazo o existen dudas sobre la palpación del polo del bazo, porque favorece su descenso. El paciente se ubica en decúbito intermedio lateral derecho, es decir, a 45 grados (*posición de Schuster*), y el examinador mantiene esta posición apoyando su rodilla derecha sobre la cama y contra la región lumbar del paciente. El miembro superior izquierdo se ubica flexio-

nado sobre el tórax y el derecho, extendido; el miembro inferior izquierdo flexionado, y el derecho extendido. La mano derecha del explorador se apoya y desplaza la parrilla costal hacia abajo mientras que la mano izquierda, colocada en forma de cuchara por debajo del reborde costal, busca el borde en inspiración profunda (fig. 41-24). Las manos pueden colocarse también en forma invertida y usar la mano derecha en cuchara.

#### Maniobra de Merlo

Con el paciente colocado en la misma posición que para la maniobra anterior, el examinador se mantiene sentado en la cama mirando hacia los pies del paciente y en contacto con su espalda. Con la mano izquierda se presiona y levanta la pared del abdomen desde la FID (maniobra de Galambos), mientras que la mano derecha, co-



**Fig. 41-24.** Palpación del bazo en decúbito intermedio lateral. Maniobra de Naegueli.



**Fig. 41-25.** Palpación del bazo en decúbito intermedio lateral. Maniobra de Merlo.



locada en forma de cuchara por debajo del reborde costal, busca el borde en inspiración profunda. Esta maniobra además de relajar la pared abdominal facilita el descenso del bazo (fig. 41-25).

### Percusión

**Percusión del área esplénica:** el paciente se coloca en la *posición de Schuster*, similar a la utilizada en la maniobra de Naegeli, pero con el brazo izquierdo sobre la cabeza. Se percute suavemente desde arriba hacia abajo siguiendo la línea axilar media. La matidez esplénica normal se encuentra sobre la línea axilar media entre la novena y undécima costillas. Rara vez alcanza la línea axilar anterior. En consecuencia, puede identificarse por percusión un aumento, no palpable, del tamaño del bazo cuando la matidez percutoria sobre la línea axilar media izquierda abarca una zona mayor que la comprendida entre la novena y la undécima costilla (más de 6 cm).

**Percusión con el método de Castell:** con el paciente en decúbito dorsal, se percute en el último espacio intercostal sobre la línea axilar anterior o *punto de Castell*. En un examen normal se encontrará sonoridad, y el hallazgo de matidez en este punto indica esplenomegalia.

### Interpretación de los hallazgos

El bazo normal no se palpa, excepto en una circunstancia rara: la ptosis esplénica, que se observa en algunas mujeres jóvenes y delgadas, o en el posparto, situaciones en las que además de su tamaño normal y consistencia blanda, es posible empujarlo hacia arriba e introducirlo en su celda con facilidad. Para que el bazo se palpe, debe estar agrandado en dos o tres veces su volumen, por lo que es un hallazgo casi siempre patológico. Sin embargo, en algunos estudios se ha hallado una esplenomegalia en 2 a 3% de pacientes sanos asintomáticos.

El bazo se reconoce por su movilidad respiratoria y por tener borde, se palpe o no una escotadura. Son errores

comunes en la palpación, no tomar la tensión abdominal, palpar en profundidad o en forma excesivamente superficial, palpar en el reborde costal solo en su unión con los músculos rectos y confundir las inserciones del diafragma con el polo del bazo (en este caso es posible seguir palpándolas por debajo del reborde costal hacia adentro y hacia afuera).



Diversos estudios que compararon la exactitud de las diferentes maniobras para palpar el bazo encontraron una sensibilidad global del 58% y una especificidad del 92%. El hallazgo de un bazo palpable argumenta fuertemente a favor del diagnóstico de esplenomegalia (CP: 9,6); sin embargo, debido a su baja sensibilidad, la palpación del bazo no es un buen método para descartar esplenomegalia, sobre todo en pacientes asintomáticos en quienes su prevalencia es muy baja. La percusión ha demostrado ser más sensible (82% con el método de Castell), sobre todo en individuos delgados y que no han comido en las dos horas previas. Por este motivo, el examen del bazo debería comenzar con la percusión y, si esta no es mate en el punto de Castell, la palpación no es necesaria. En los casos dudosos, se deberá solicitar una ecografía abdominal, que es el estudio de elección para confirmar la presencia de una esplenomegalia (caso clínico 41-2).

En ocasiones se plantea la diferenciación entre la palpación del bazo y un tumor renal. Los elementos que sirven para la diferenciación son:

- En las esplenomegalias difícilmente se pueden introducir los dedos debajo del reborde costal por delante, pero pueden insinuarse por detrás debajo de la duodécima costilla; la movilidad respiratoria es mayor que en las tumoraciones renales y puede llegar a palparse un borde y a veces sus escotaduras.
- Los tumores renales son más redondeados y sin bordes; es posible la maniobra del peloteo, y una tumoración renal deja siempre el colon transversal por delante, o raramente como un marco inferior, y en la esplenomegalia está siempre por detrás.

## CASO CLÍNICO 41-2

Laurencio, de 34 años, asiste a la guardia del hospital por fatiga, dolor abdominal y fiebre. Refiere haber tenido episodios de sudoración y una pérdida de peso leve. El examen físico revela adenopatías generalizadas. En el examen del abdomen se detecta matidez del punto de Castell mediante la percusión; el bazo no es reconocible en la palpación, incluso habiendo intentado palparlo durante varios minutos, primero con el paciente en decúbito dorsal y luego en decúbito intermedio lateral derecho.

**¿Confirmaría un agrandamiento del bazo a partir de los hallazgos encontrados?**

**¿Considera necesario algún estudio complementario?**

## COMENTARIO

Este paciente podría presentar un síndrome mononucleósico o una patología linfoproliferativa o mieloproliferativa, que justificaría la esplenomegalia. Sin embargo, los hallazgos del examen físico parecen contradictorios: por un lado, la percusión de un sonido mate en el punto de Castell sugiere la presencia de esplenomegalia y, por el otro, la ausencia de palpación del polo del bazo descartaría esa posibilidad. Dado que los hallazgos del examen físico no son categóricos, en este paciente sintomático es necesaria la realización de una ecografía para confirmar o descartar el diagnóstico de esplenomegalia.

Para ampliar este tema véase el capítulo 62-3 *El paciente con esplenomegalia*.

## RIÑÓN

Los riñones son órganos retroperitoneales. Sus dimensiones son 12 cm de largo, 6 cm de ancho y 3 de espesor. El hilio se sitúa entre las apófisis transversas de la 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> vértebra lumbar. Su polo superior es cruzado por la undécima costilla. Se mantiene dentro de una celda que tiene una pared fibroadiposa que en el transcurso de la vida se va rellenando con grasa. Contribuyen

## CUADRO 41-5 Palpación profunda del abdomen

## Visceras huecas

- Ciego
- Sigmoide

## Aorta

## Hígado

- Forma
- Superficie
- Borde
- Consistencia
- Dolor
- Límite superior
- Tamaño

## Vesícula biliar

- Palpable dolorosa sin ictericia (colecistitis aguda)
- Palpable no dolorosa con ictericia (cáncer de cabeza de páncreas o coledocolitiasis)

## Bazo

- Palpación
- Percusión del punto de Castell


## Riñón


a su fijación el sostén de los vasos renales (escaso), el peritoneo parietal y la presión intraabdominal. Con frecuencia, estos medios de sostén fallan y el riñón se desliza hacia abajo (*ptosis renal*, *riñón flotante*), entonces es posible llevarlo por palpación hacia arriba con facilidad.


La palpación renal se describe en el capítulo 47 *Examen general y de la región renal*.


El **cuadro 41-5** presenta un resumen de los elementos que se evalúan mediante la palpación profunda del abdomen.

Véase **Bibliografía** cap. 41 *Examen físico del abdomen* 

Véase **Autoevaluación** cap. 41 *Examen físico del abdomen* 

Véase **Video** 19 *Introducción a la semiología del abdomen* 

Véase **Video** 20 *Topografía del abdomen* 


Véase **Video** 21 *Inspección del abdomen* 

Véase **Video** 22 *Auscultación del abdomen* 

Véase **Video** 23 *Percusión del abdomen* 

Véase **Video** 24 *Palpación del abdomen. Generalidades y palpación superficial* 

Véase **Video** 25 *Palpación del abdomen. Palpación profunda de vísceras huecas* 

Véase **Video** 26 *Palpación del hígado* 

Véase **Video** 27 *Palpación del bazo* 