



Exploración Hígado

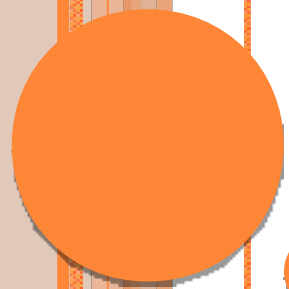


- Su *porción convexa o superior* corresponde *por delante* al 5to cartílago costal a nivel de la línea medioclavicular y a la costilla VI a nivel de la línea axilar.
- El borde *inferior* se encuentra *por detrás* en la *columna* vertebral a nivel de la costilla XII, toca la línea axilar en la X y no rebasa el reborde costal en el adulto

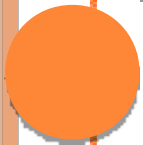


- Algunos procesos no hepáticos como el derrame pleural, enfisema pulmonar y absceso subfrénico hacen que el hígado se desplace hacia abajo





Inspección



Cambios en Piel

- Absceso Hepatico amibiano que drena a piel
- Quiste Hidatídico abscesificado y fistulizado a la piel



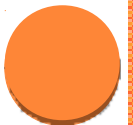
FACIES ICTERICA:

- Tinte icterico
- Expresión animada, quejumbrosa o comatosa
- Puede estar inexpresivo
- Ojos semicerrados, boca entreabierta
-



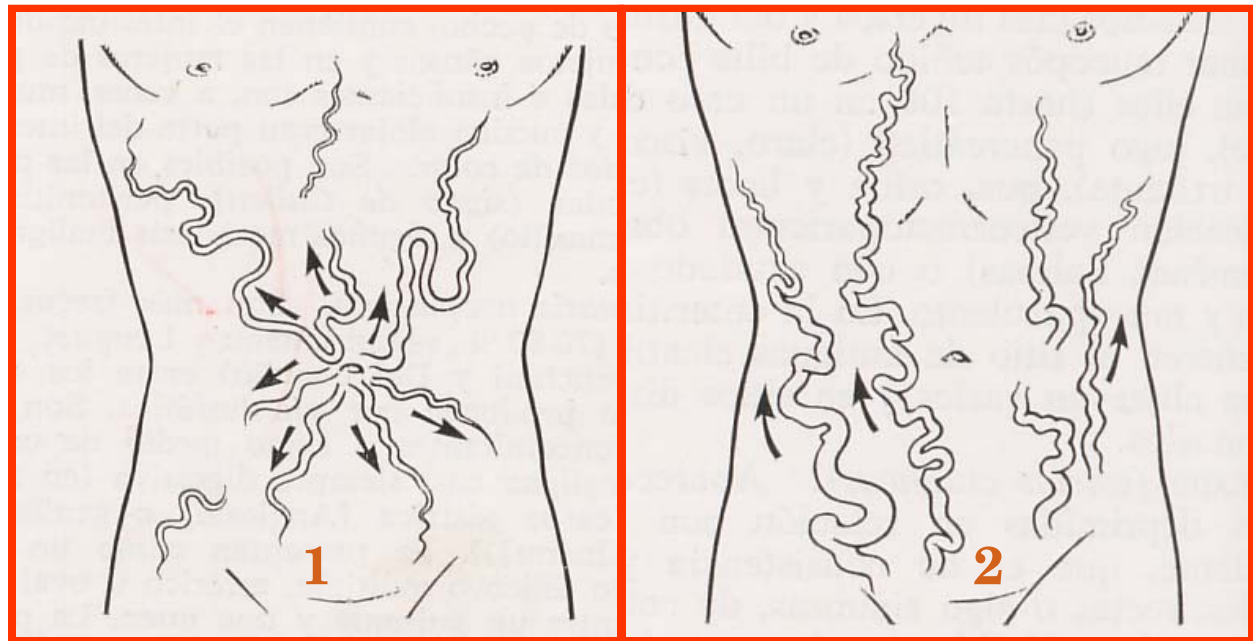
FACIES CIRROTICA

- Hipertrofia parotídea
 - Pseudoexoftalmo
 - Conjuntiva ictérica
 - Arañas Vasculares



VENAS SUPERFICIALES

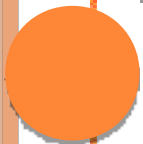
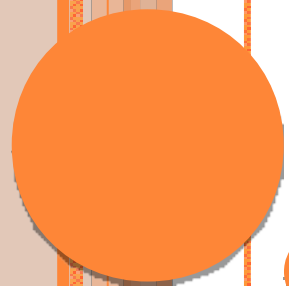
- No visibles en personas normales.
- Se distienden y son visibles en obstrucción portal (1)
- vena cava inferior (2).



Simetria Abdominal

- Hepatomegalia abdominal





Palpación



Palpación bimanual de Mathieu o de gancho

- 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
- 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 en el angulo costolumbar
- la mano derecha por delante, obteniéndose una impresión de peloteo del hígado a través del riñón
- permite obtener también una impresión del borde y de la superficie, así como de la consistencia del órgano.



Palpación bimanual de Glenard (palpación del pulgar)



- Con el px en decúbito dorsal, se colocan 4 dedos de la mano izquierda debajo en la region lumbar y el dedo pulgar va a ser el que trate de palpar haciendo presión sobre el cuadrante superior derecho
- El px debe inspirar profundo para que el diafragma descienda y empuje al hígado y podamos palparlo



- La palpacio es importante para determinar tamaño, forma, sensibilidad, superficie, consistencia, dolor, borde hepático
- Las maniobras de palpacion del higado son principiamente para localizar el borde hepatico que normalmente es romo
- En la cirrosis hepatica se torna cortante
- En la neoplasia hepatica se torna irregular y se le llama borde fenestrado



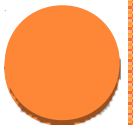


Hepatomegalias



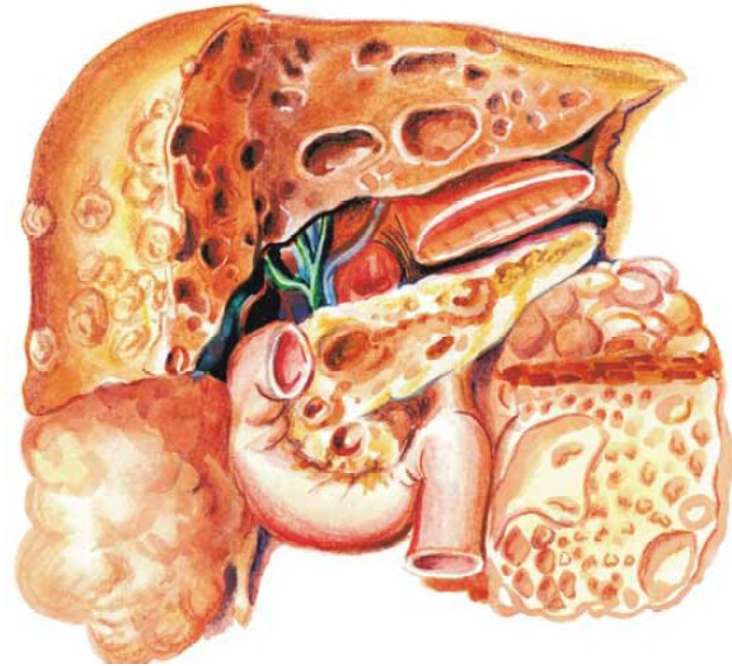
Tumores benignos y malignos.

- *Más frecuentes los* malignos y entre ellos los de tipo secundario o metastásico.
- En estos últimos la hepatomegalia es grande, dura, leñosa y generalmente nodular.



Quiestes

- De superficie lisa cuando son únicos o multinodular cuando son muchos, presentan siempre la sensación de renitencia si se palpan con cuidado



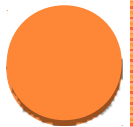
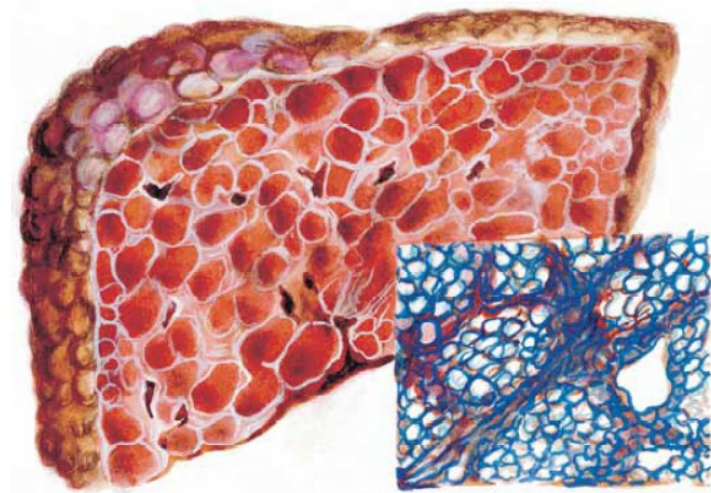
Hígado cardiaco (congestión pasiva).

- *Liso, doloroso y variable en tamaño, de modo paralelo a la insuficiencia cardiaca (hígado en acordeón).*



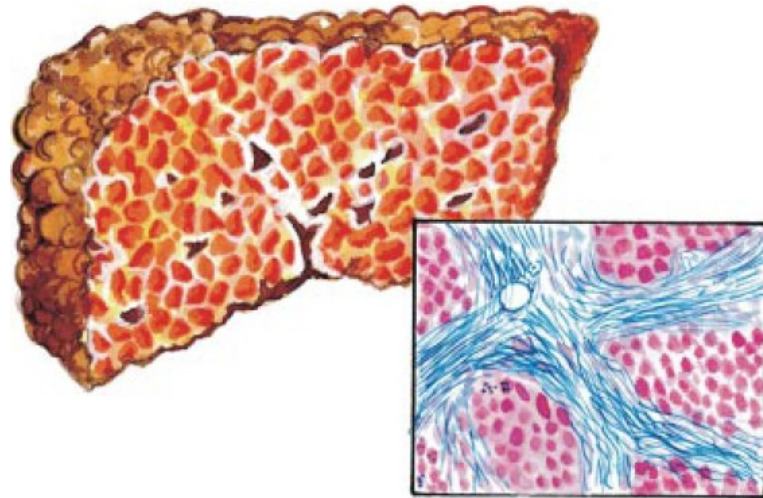
La cirrosis en fase hipertrófica (posnecrótica, portal o biliar)

- el hígado está aumentado de tamaño, con superficie lisa en la palpación, salvo en sujetos de pared muy fina en los cuales es posible palpar una superficie irregular



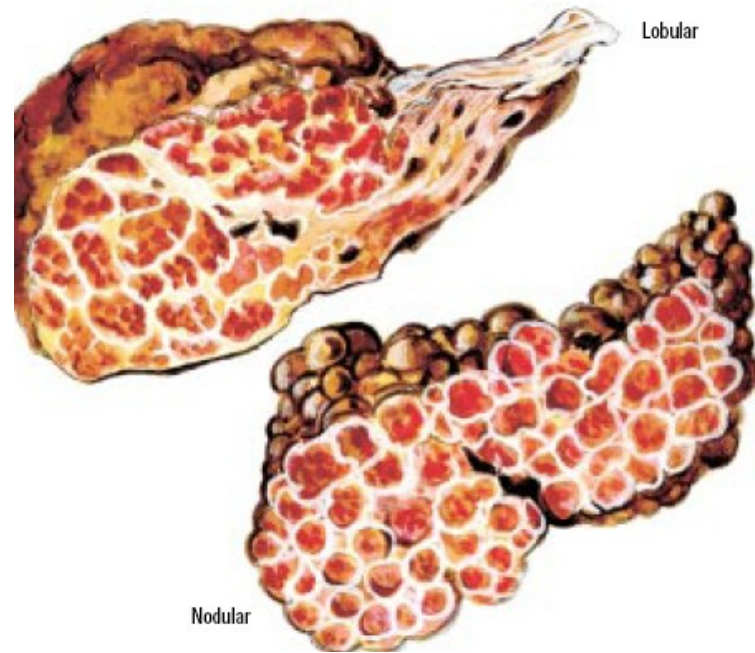
La *cirrosis en fase atrófica* y cortante

- Presenta un hígado más duro, pequeño y con el borde muy fino



Las cirrosis posnecróticas macronodulares

- presentan nódulos de mediano tamaño (1-3 cm de diámetro) y de gran tamaño, confundibles con neoplasias

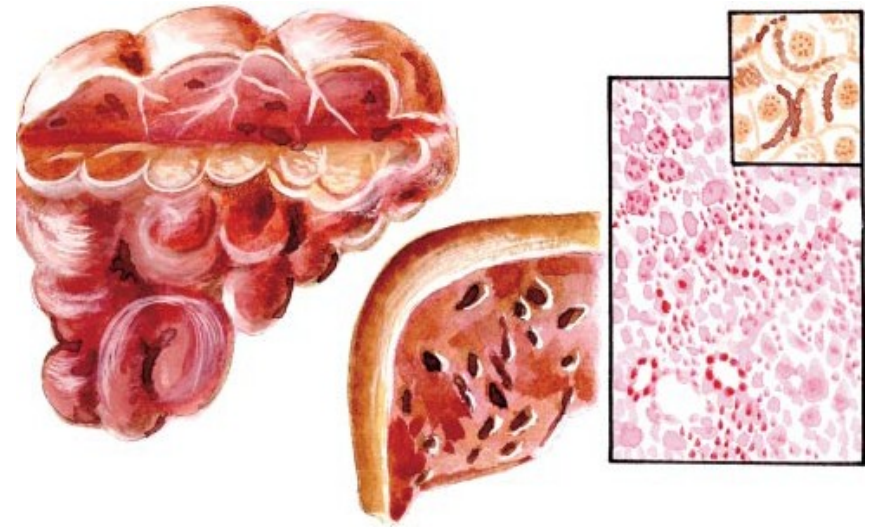


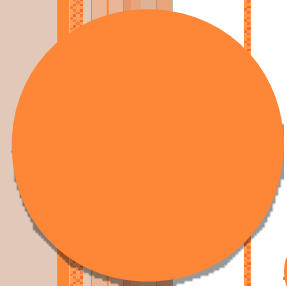
- **Hígado inflamatorio (congestión activa):**
- Es liso y doloroso, propio de las hepatitis agudas (virales, por ejemplo); sin embargo, la hepatomegalia es discreta.
- **Hepatomegalia parasitaria (ameba, fasciola, etc.):**
- El hígado grande, liso, *muy doloroso*, a veces fluctuante
 - si existe un absceso accesible a la mano



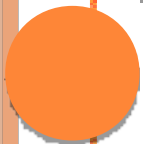
Hepatomegalia sifilítica:

- Más rara, irregular, dura, con hígado “encordelado” (ficelé), o bien nodular gruesa (heparlobatum)
-
-





Percusión



- Nos permite determinar el tamaño del hígado
- Se percute de arriba abajo con cierta intensidad y colocando el dedo plesímetro sobre los espacios intercostales a nivel de las líneas paraesternal, medioclavicular y axilar anterior
- Se busca el cambio de tono de sonoridad pulmonar a la matidez hepática absoluta



- Normalmente la matidez llega a la altura de la apendice xifoides en la linea media y del 5to espacio intercostal en la linea medioclavicular.
 - La matidez hepática puede desaparecer en interposición de colon (Signo de Chilaiditi) o neumoperitoneo (Signo de Jobert).
- La estimacion del limite inferior del higado es dificil por percusion por lo que se utilizan las tecnicas de palpacion





- Se mide la distancia entre los límites superior e inferior para darnos cuenta del tamaño de esta viscera que en condiciones normales es de aproximadamente:
- 5cm en la línea medioesternal, 10cm en la medioclavicular y de 13cm en la línea axilar





Maniobra de rascado o de roce

- Se utiliza cuando hay dificultad para determinar el área hepática
- Consiste en colocar el estetoscopio de abajo hacia arriba y se va rascando con la uña a un lado del mismo
- La intensificación o amplificación del ruido indica el área hepática





Puño Percusion

- Se lleva a cabo con la mano izquierda sobre la parrilla costal y se deja caer el puño ligeramente
- Es positivo si hay dolor
- Absceso hepático amibiano, absceso piogeno, quiste hidatídico, hepatitis

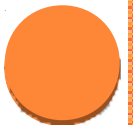




Auscultacion



- En el absceso subfrenico y en la perihepatitis podemos percibir ruidos de frote en la cara superior del higado durante la inspiracion



- En el síndrome de Cruveihier- Baumgarten (cirrosis con persistencia anormal de la vena umbilical permeable) y en la hipertensión portal se puede percibir un susurro de tono bajo, con variaciones súbitas de intensidad y tono, modificado por la posición y respiración



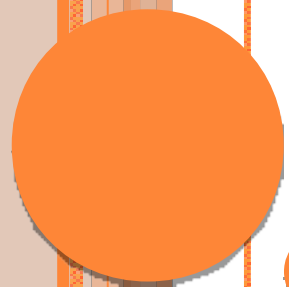
- En el cancer primario del higado y en el secundario, hepatitis aguda alcoholica y cirrosis, y en el aneurisma de la arteria hepatica se puede percibir en una zona mas o menos extensa del area hepatica, un ruido sistolico, mas o menos rudo, indice de gran vascularizacion del organo, con turbulencia por el paso de sangre desde un sistema arterial son presión elevada a la amplia red de vasos con presión baja del higado



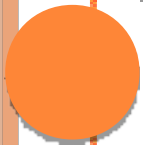


Exploración de la Vesicula Biliar





Palpacion



- Sirve para determinar su sensibilidad y tamaño
- Las vesicula normal y escleroatrofica no se palpan
- Su volumen aumenta en la oclusion calculosa del conducto cistico con persistencia de la secrecion mucosa que se acumula en la vesicula (hidrops, hidrocolecisto o hidropesia vesicular)



- **Punto vesicular:** Es la unión del musculo recto anterior del abdomen en borde externo con unión del reborde costal derecho
- Las maniobras a la exploracion se hacen con inspiracion profunda, se califican con cruces (+, ++, +++, +++) de acuerdo a la respuesta dolorosa



Maniobra de Murphy (maniobra de respiracion entrecortada dolorosa)

- Enganchamiento con los dedos indice en el punto vesicular con inspiracion profunda buscando dolor
- Si la vesicula es sensible, la respiracion se interrumpe bruscamente al realizar esta maniobra (signo de Murphy) y la mimica del paciente indica dolor



Maniobra de Pron

- Con los 2 dedos pulgares sobre el punto vesicular haciendo presión cuando el paciente inspira profundo desciende el diafragma y empuja al hígado haciendo más fácil contacto con la vesícula
- Este signo resulta molesto y entrecorta la respiración en los procesos inflamatorios





- **Maniobra de Pron:** **a**, colocados ambos pulgares por debajo de los arcos costales, se imprime con ellos una suave presión a fin de examinar la sensibilidad local a la misma; **b**, la provocación del dolor al hacer una inspiración rápida y profunda, al mismo tiempo que se presiona sobre la zona vesicular, habla a favor de la afectación del colecisto o de las vías biliares (signo de Murphy), si el carácter de aquel corresponde a las molestias espontáneas del enfermo

Técnica de Chiray

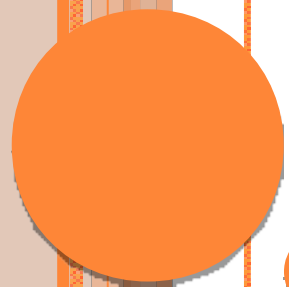
- Se usa cuando hay abundancia de grasa en la pared abdominal o hay tensión muscular excesiva que hacen imposible la penetración del dedo hasta el lecho vesicular
- Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo, el explorador se sitúa detrás de este, hunde la mano izquierda debajo del reborde costal izquierdo. Se prueba el dolor a la inspiración



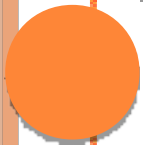


Exploración de Páncreas



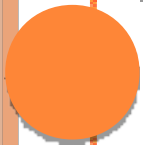
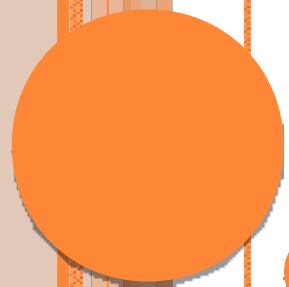


Inspeccion



- Actitud en pacientes con pancreatitis aguda: es, sentados, con el tronco flexionado, rodillas y brazos sobre el abdomen para presionar y tratar de disminuir el dolor
- Facies pancreaticas:
- Signo de Waring-Griffiths : palidez terrosa y cianotica a la vez; plumbea. Frialdad de la nariz y ojos semihundidos
- Signo de Halstead: Manchas equimoticas diseminadas en abdomen, principalmente en la zona periumbilical
-





Palpacion

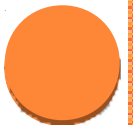


Nos informa sobre:

- **Tonicidad de la pared del abdomen:**
- En las pancreatitis agudas, la palpacion abdominal revela la existencia de cierta resistencia epigastrica pues la infiltracion de los mesos determina una dilatacion aguda del estomago, colon transverso (signo de Gobiet) y porcion yeyunal del intestino delgado



- En las pancreatitis crónicas y carcinoma, la palpación en lo que se refiere al estado de la pared abdominal no revela anomalía alguna



Zonas hiperalgésicas y puntos dolorosos

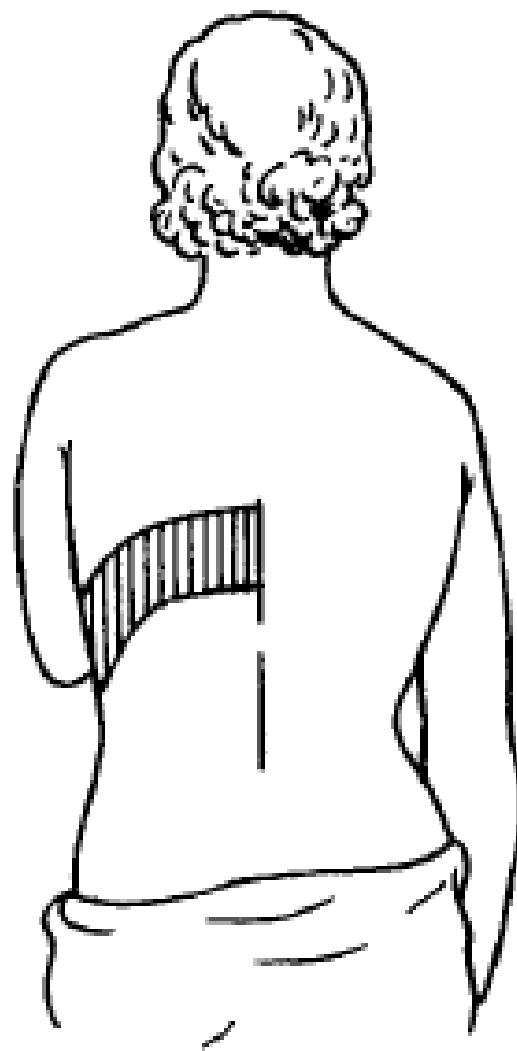
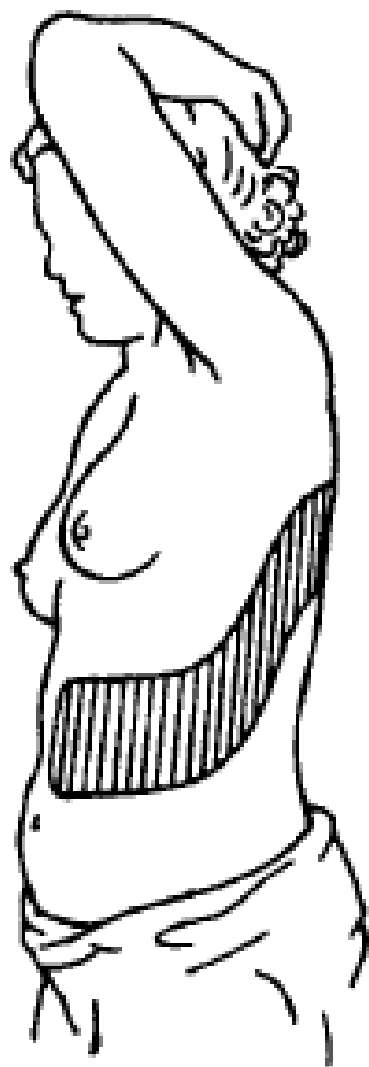
- En los padecimientos pancreáticos se señalan diversas zonas hiperalgésicas y puntos dolorosos a la presión
- Tienen cierto valor diagnóstico si se interpretan correctamente



Hemicinturon hiperalgesico izquierdo (Katsch)

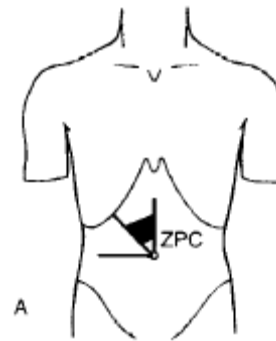
- Es una zona de Head cuya topografía corresponde aproximadamente a los segmentos dorsales T7-T8
- Se extiende desde el epigastrio, por las últimas costillas izquierdas, hasta la región de las apofisis espinosas de T10-T12
- En la piel es más sensible que en otras zonas al roce, también puede haber hipersensibilidad al frío





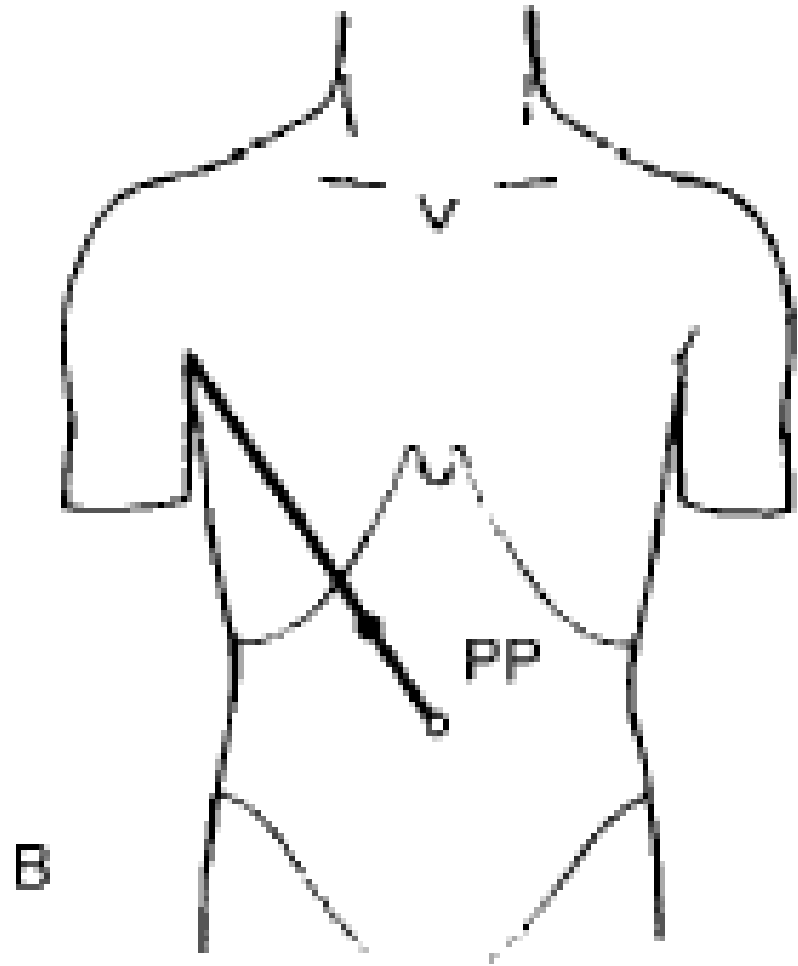
Zona Coledocopancreatica de Chauffard y Rivet

- Zona dolorosa, corresponde a la desembocadura de los conductos coledoco y de Wirsung
- Corresponde a una línea media que cruza a través de la cicatriz umbilical y otra perpendicular a ese nivel
- En la bisectriz se forma un ángulo que es doloroso
- Es de 4 a 5 cms y esta a unos 2 cm de esta bisectriz



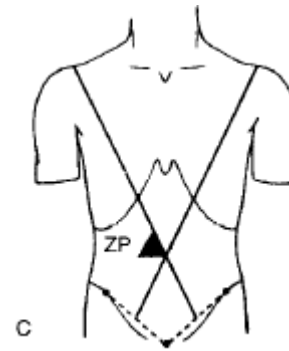
Punto Pancreatico de Reziandino

- Se cree que corresponde a la desembocadura del conducto de Wirsung en el duodeno
- Se traza un line que va desde el ombligo al vertice de la axila en un punto de 5-7cm por encima del ombligo



Punto se Orłowski

- Se traza a cada lado del cuerpo una línea que va de la extremidad acromial de la clavícula al centro de otra línea que une la sínfisis del pubis a la espina iliaca anterosuperior del lado izquierdo
- Estas dos líneas se acortan sobre el abdomen y la cabeza del páncreas corresponde a la mitad superior del ángulo obtuso formado a la derecha por su encuentro



Punto subcostal izquierdo (Mallet-Guy)

- El paciente debe estar en decúbito lateral derecho
- La mano del explorador situada entre el estomago desviado hacia la derecha y el bazo que permanece en su lugar, puede palpar directamente el cuerpo del páncreas
- En sujetos con pared abdominal muy delgada en ocasiones es posible encontrar una tumefacción pancreática



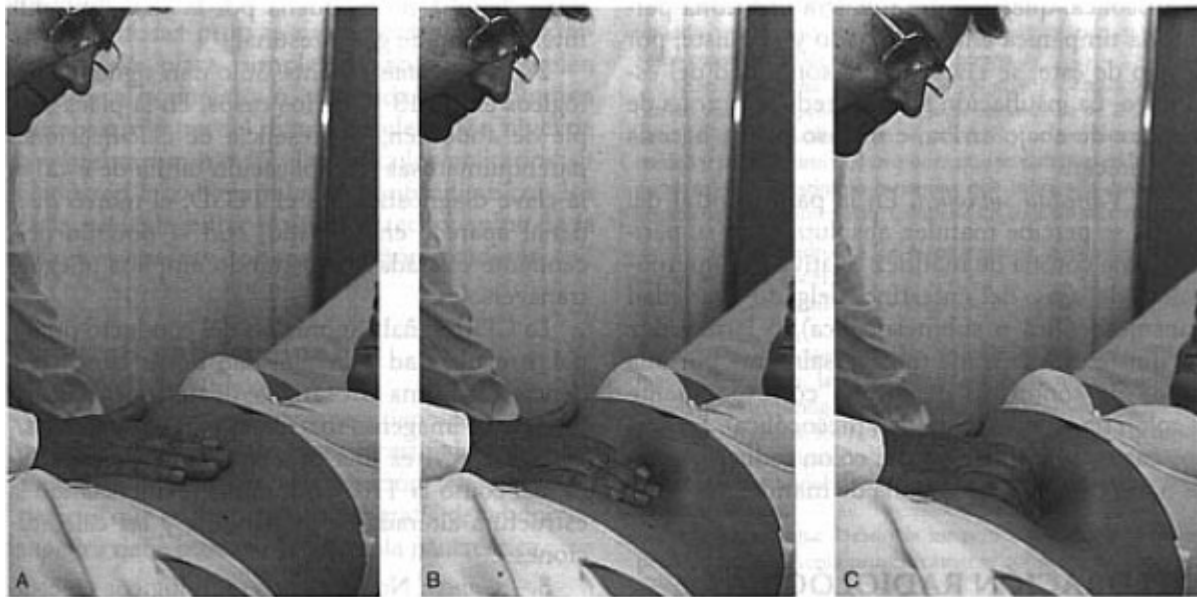


Fig. 4-116. Investigación del punto doloroso pancreático del hipocondrio izquierdo o de Mallet-Guy. El sujeto se dispone en decúbito supino o en decúbito lateral derecho con los muslos flexionados. La extremidad de los dedos del observador, situada a 3-4 cm del reborde costal (A), se coloca paralelamente al plano superficial, debajo de la parrilla costal (B); luego, girando hacia la profundidad, palpa directamente el páncreas, por encima del estómago reclinado a la derecha (C).



· Punto costofrenico de Mayo-Robson

- Presionando el angulo costovertebral izquierdo se depierta un vivo dolor

○

· Punto de Preioni

- Corresponde a 2 dedos por encima del ombligo y un dedo a su izquierda



Tamaño, dureza y sensibilidad del páncreas

- El páncreas normal es prácticamente e inaccesible a la palpación por su situación profunda y sus caracteres anatómicos
- Solo si adquiere un volumen suficiente (cáncer, pseudoquistes, quiste) se percibe como una masa profunda, resistente o dura, inmóvil pasivamente y con la respiración



Metodo de Groot

- 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





Metodo de Mallet-Guy

- Para palpar el cuerpo y la cola del páncreas, se aconseja este método, en el cual 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





- Investigación del punto doloroso pancreático del hipocondrio izquierdo o método de Mallet-Guy: a, el sujeto se coloca en decúbito lateral derecho con los muslos flexionados; b, con la extremidad de los dedos del observador situada a 3 ó 4 cm del reborde costal, se coloca paralelamente al plano superficial, debajo de la parrilla costal; c, luego, girando hacia la profundidad, palpa directamente el páncreas, por encima del estómago reclinado a la derecha



Percussion, Auscultacion



En la pancreatitis aguda encontramos:

1. Conservación de la matidez hepática
2. Cierta timpanismo del abdomen con silencio auscultatorio
3. Matidez en la base pulmonar izquierda como expresión de un foco atelectásico o derrame pleural concomitante. Si hay líquido peritoneal, se presenta matidez en flancos, desplazable con el decubito

