

Semiologia clínica

Mercè Biosca Gómez de Tejada
Gonçal Foz Gil

PID_00186895

Índice

Objetivos	5
1. Semiología clínica	7
1.1. Concepto	7
1.2. Competencias necesarias	7
2. Inspección: examen de la piel y mucosas	8
3. Semiología respiratoria	14
4. Semiología cardiovascular	20
4.1. Exploración cardiaca. Posiciones	20
4.2. Focos de auscultación	20
4.3. Casos prácticos	21
4.3.1. Caso 1. Disnea de origen incierto	21
4.3.2. Caso 2. Disnea intensa	22
4.3.3. Caso 3. Disnea y dolor torácico	24
4.3.4. Caso 4. Disnea en extremidad inferior	25
4.3.5. Caso 5	25
4.3.6. Caso 6	27
5. Semiología abdominal	29
5.1. División del abdomen en sectores	29
5.2. Localización semiológica de los órganos abdominales	29
5.3. Exploración abdominal	30
5.4. Casos prácticos	30
5.4.1. Caso 7. Dolor abdominal	31
6. Semiología neurológica	32
6.1. Enfermedad cerebrovascular	32
6.1.1. Accidente isquémico transitorio	32
6.1.2. Síndrome de la carótida interna y arteria cerebral media	33
6.1.3. Síndrome de la arteria cerebral anterior	34
6.1.4. Síndrome de la arteria cerebral posterior	35
6.1.5. Síndrome de la arteria basilar	36
6.1.6. Síndrome de la arteria vertebral	37
6.1.7. Accidente cerebrovascular lacunar	38
6.2. Neuropatías	39
6.3. Casos prácticos	39
6.3.1. Caso 8. Parestesias	39

6.3.2. Caso 9. Obnubilación	40
6.3.3. Caso 10. Focalidad neurológica	41
6.3.4. Caso 11. Temblor	42
6.4. Trastornos del movimiento	45
6.4.1. Discinesias	45
6.4.2. Acinesias/rigidez	45
6.4.3. Síndromes discinéticos: movimientos regulares	46
6.4.4. Síndromes discinéticos: movimientos irregulares	46

Objetivos

En este módulo didáctico, presentamos al alumno los conocimientos que necesita para alcanzar los siguientes objetivos:

1. Aprender las técnicas de la anamnesis y del examen físico y sus posibilidades diagnósticas.
2. Aprender a realizar un examen físico sistemático.
3. Valorar la sensibilidad y especificidad de los síntomas y signos.
4. Interpretar fisiopatológicamente los hallazgos de la exploración.
5. Valorar e interpretar las exploraciones complementarias básicas conjuntamente con los signos clínicos.
6. Definir los síntomas y signos relevantes de cada aparato o sistema.
7. Formular diagnósticos de síndromes y diagnósticos presuntivos y orientar hacia un diagnóstico etiológico.

1. Semiología clínica

1.1. Concepto

La semiología médica es el capítulo de la medicina dedicado a estudiar los signos (manifestaciones clínicas objetivas) y síntomas (percepciones subjetivas) presentados y referidos respectivamente por el paciente para, mediante su organización en síndromes, llegar al diagnóstico.

Esta información es obtenida, generalmente, durante la elaboración de la historia clínica (interrogatorio y examen físico) en el contexto de la entrevista médica.

El método de trabajo aplicado se conoce como **método clínico**.

1.2. Competencias necesarias

- Elaborar de manera adecuada la historia clínica.
- Realizar un interrogatorio clínico ordenado, secuencial, sistemático y lógico (anamnesis adecuada).
- Realizar un examen clínico general y completo. Hacer uso del método clínico para el estudio del paciente y sus manifestaciones.
- Interpretar fisiopatológicamente los hallazgos obtenidos, en base a la evidencia.
- Formular diagnósticos de síndromes y diagnósticos presuntivos y desarrollar un plan de trabajo orientado hacia el DX etiológico.
- Desarrollar un adecuado plan de trabajo para el diagnóstico etiológico basado en la mejor evidencia científica disponible.

2. Inspección: examen de la piel y mucosas

En el examen de la piel y mucosas, buscaremos lesiones cutáneas o mucosas, de las que evaluaremos:

- Tipo de lesión
- Forma
- Distribución topográfica (localizadas, generalizadas o universales)

Las lesiones, a su vez, pueden ser primarias o secundarias y su forma puede ser:

- Lineal



- Anular



- Lesiones agrupadas



La **etiología** de las lesiones puede ser diversa. Adjuntaremos algunos ejemplos:

1) Etiología infecciosa

a) Lesión vesiculosa y pruriginosa en niño (Figura 1). ¿Diagnóstico?

Respuesta: Impétigo

Figura 1



b) Fiebre y malestar general. Puerta de entrada (Figura 2). ¿Diagnóstico?

Respuesta: Erisipela

Figura 2



c) Fiebre y exantema en diferentes estadios y complicación posterior en paciente adulto (Figura 3). ¿Diagnóstico?

Respuesta: Varicela

Figura 3



d) Lesión pruriginosa en diabética (Figura 4). ¿Diagnóstico?

Respuesta: Candidiasis

Figura 4



2) Etiología no infecciosa

a) Lesiones eritemato-escamosas. Puede asociarse a afectación articular (Figura 5). ¿Diagnóstico?

Respuesta: Psoriasis

Figura 5



b) Lesiones eritemato-vesiculosas pruriginosas (Figura 6). ¿Diagnóstico?

Respuesta: Eczema alérgico

Figura 6



3) Paniculitis

Lesiones dolorosas, afectación general con fiebre y artralgias (Figura 7). ¿Diagnóstico?

Respuesta: Eritema nodoso

Figura 7



4) Vasculitis

a) Mujer afecta de colitis ulcerosa, con erupción cutánea dolorosa, fiebre y leucocitosis con neutrofilia (Figura 8). ¿Diagnóstico?

Respuesta: Síndrome de Sweet

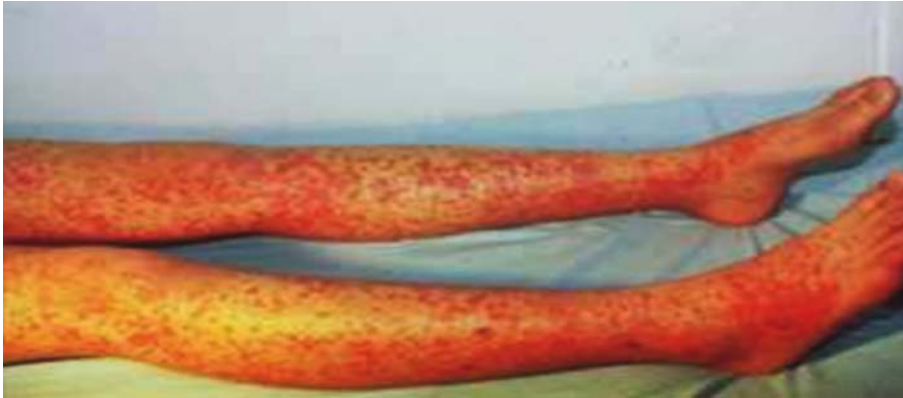
Figura 8



b) Erupción purpúrica palpable tras la toma de fármaco (Figura 9). ¿Diagnóstico?

Respuesta: Vasculitis leucitoclástica

Figura 9



3. Semiología respiratoria

Los principales diagnósticos semiológicos serían:

- Síndrome de condensación
- Síndrome pleural
- Síndrome obstructivo
- Síndrome restrictivo

A continuación, se adjunta una serie de imágenes de radiografías de tórax. De cada una de ellas debe realizarse una descripción y, junto a la información clínica, plantear una aproximación diagnóstica.

RX 1. Crepitantes consonantes bilaterales (Figura 10).

Respuesta: Rx 1: Síndrome de condensación. Infiltrados alveolares bilaterales de predominio apical. TBC con diseminación broncógena.

Figura 10



RX 2. Hipofonesis bilateral con espiración alargada (Figura 11).

Respuesta: Rx 2: Síndrome obstructivo. EPOC tipo enfisema bulloso (bullas apicales derecha).

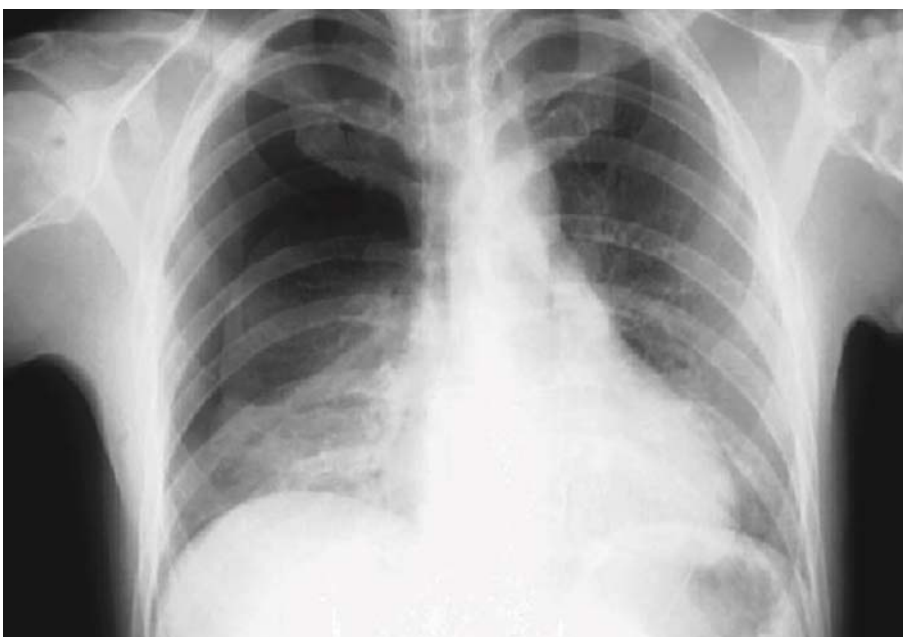
Figura 11



RX 3. Hipofonesis derecha (Figura 12).

Respuesta: Rx 3: Síndrome pleural. Neumotórax derecho.

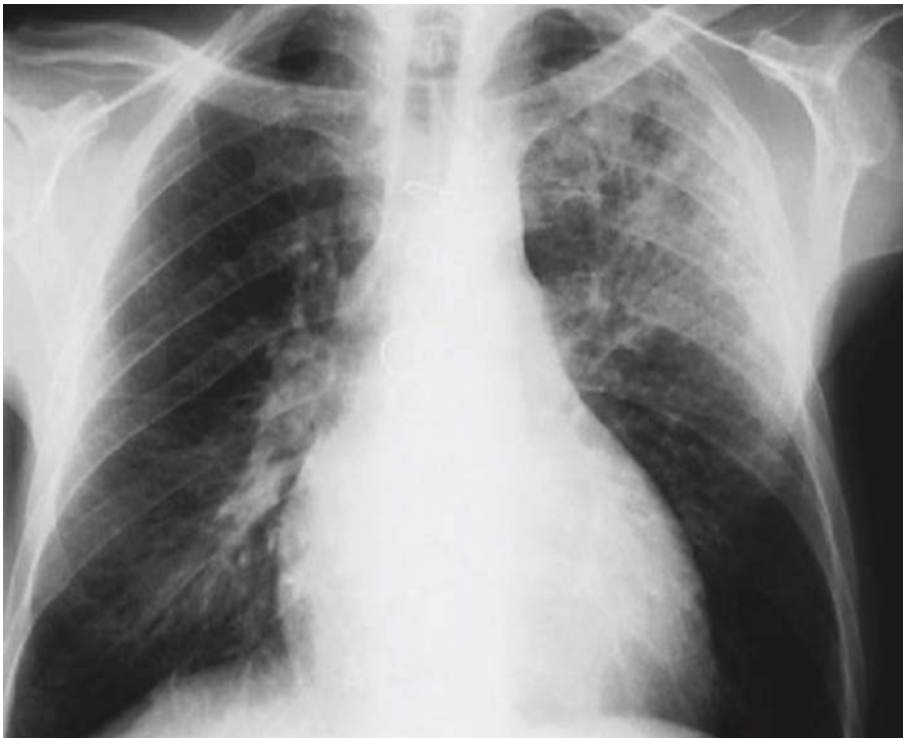
Figura 12



Rx 4. Crepitantes consonantes apicales en la izquierda (Figura 13).

Respuesta: Rx 4: Síndrome de condensación. Neumonía LSI. Infiltrado homogéneo con broncograma aéreo.

Figura 13



RX 5. Crepitantes “crujidos” bilaterales (Figura 14).

Respuesta: Rx 5: Síndrome restrictivo. Fibrosis pulmonar.

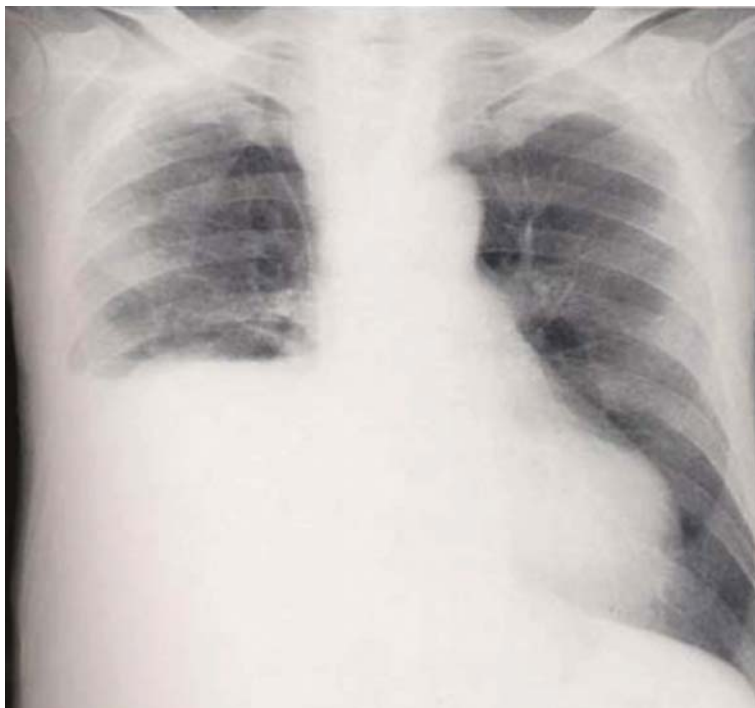
Figura 14



Rx 6. Hipofonesis basal derecha (Figura 15).

Respuesta: Rx 6: Síndrome pleural. Derrame pleural derecho.

Figura 15



Rx 7. Hipofonesis bilateral, espiración alargada (Figura 16).

Respuesta: Rx 7: Síndrome obstructivo. Enfisema.

Figura 16



Rx 8. Soplo tubárico izquierdo (Figura 17).

Respuesta: Rx 8: Síndrome de condensación. Neumonía basal izquierda.

Figura 17



Rx 9. Hipofonesis basal derecha (Figura 18).

Respuesta: Rx 9: Síndrome pleural. Derrame pleural paraneumónico derecho.

Figura 18



Rx 10. Hipofonesis izquierda (Figura 19).

Respuesta: Rx 10: Síndrome obstructivo. Atelectasia masiva pulmón izquierdo.

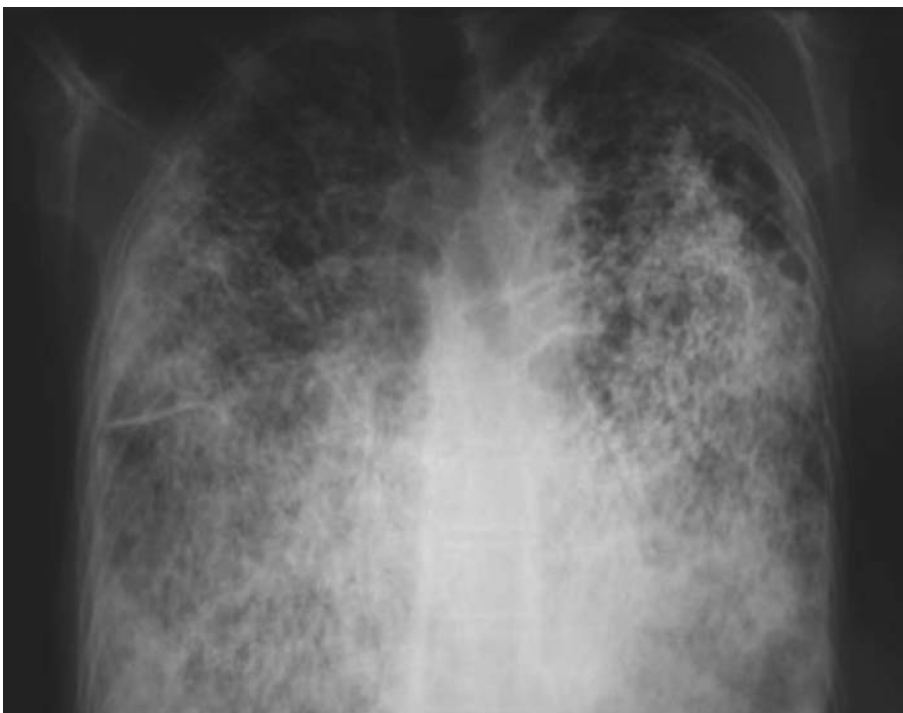
Figura 19



Rx 11. Crepitantes secos bilaterales con hipoventilación (Figura 20).

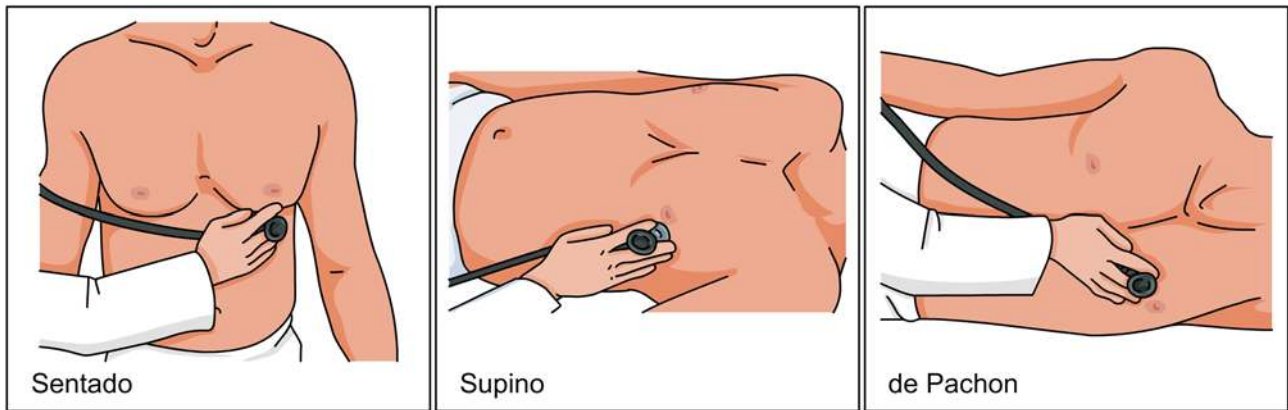
Respuesta: Rx 11: Síndrome restrictivo. Microlitiasis alveolar idiopática.

Figura 20

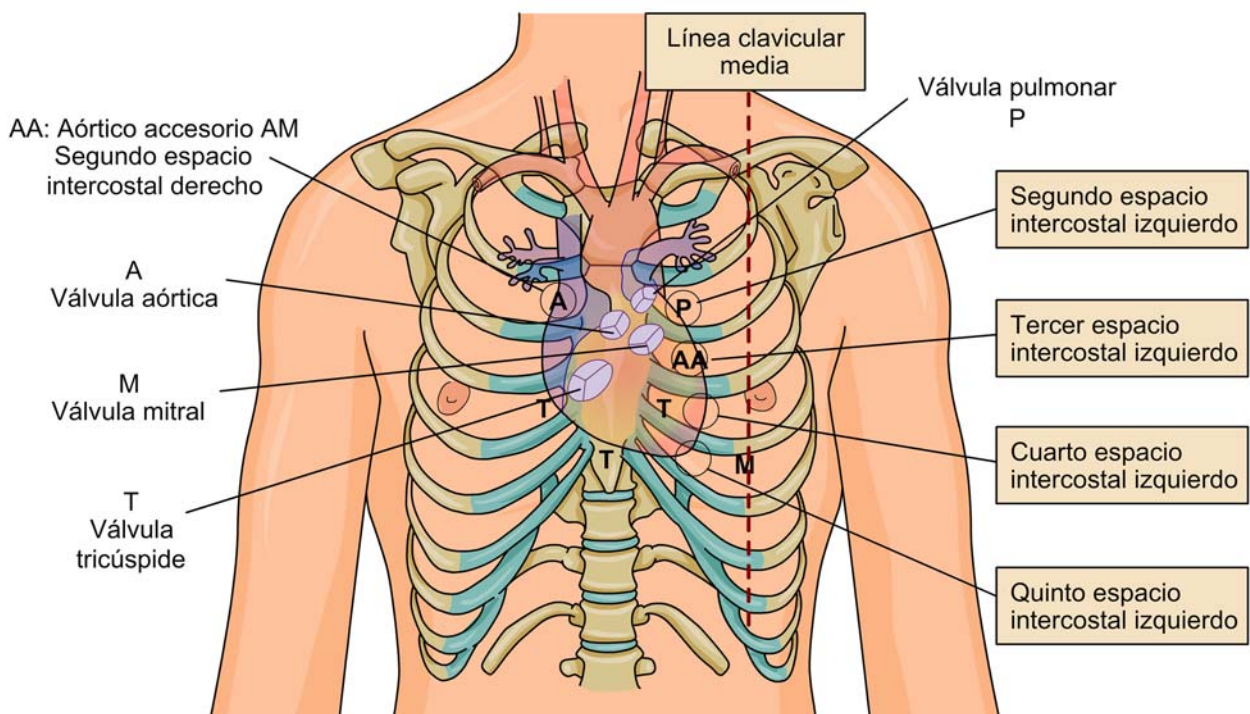


4. Semiología cardiovascular

4.1. Exploración cardíaca. Posiciones



4.2. Focos de auscultación



4.3. Casos prácticos

Cada caso clínico deberá asignarse a un diagnóstico sindrómico de los cuatro apartados de patología cardíaca, estableciéndose una hipótesis diagnóstica.

- 1) DX Síndrome pericárdico
- 2) DX Síndrome miocárdico
- 3) DX Síndrome valvular
- 4) DX Síndrome trastorno de conducción

4.3.1. Caso 1. Disnea de origen incierto

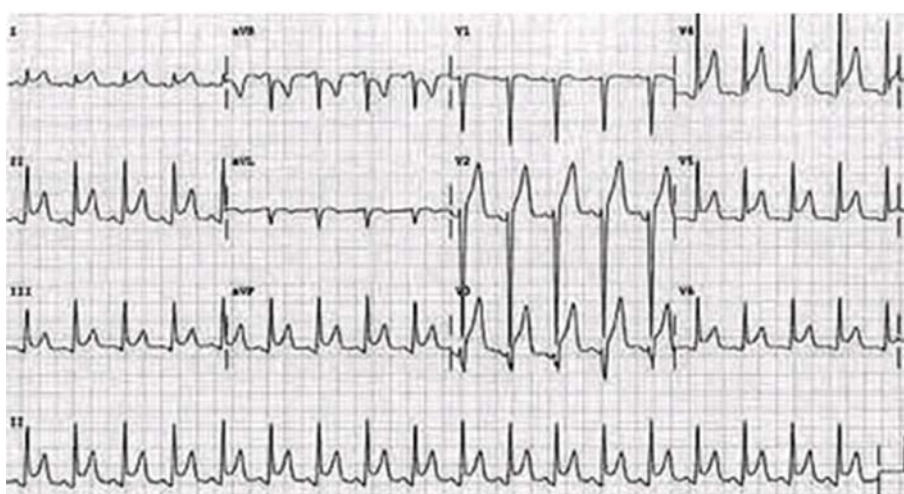
4.3.1.1. Presentación del caso

- Paciente de 23 años de edad sin antecedentes de interés.
- Consulta por dolor precordial de 24 h de evolución, que aumenta con la inspiración y en decúbito.
- Clínica de vías respiratorias altas los días previos.

Exploración

- T.^a 37.3 °C. TA 120/80. Pulsos presentes y simétricos
- AR: normal
- AC: RCR sin soplos ni extratonos
- Resto de exploración sistemática sin alteraciones
- Rx tórax: normal

ECG



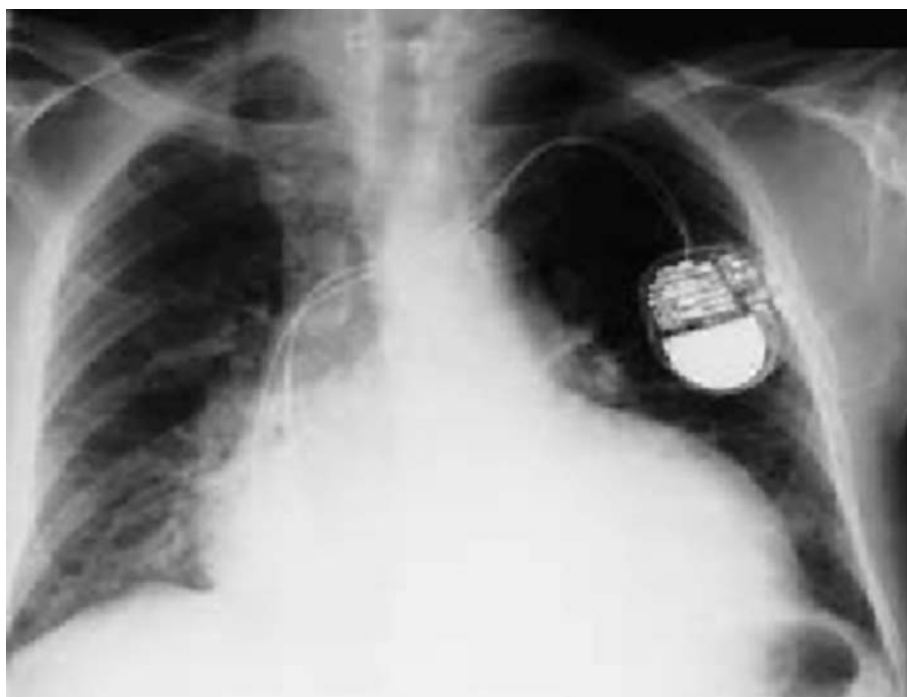
4.3.2. Caso 2. Disnea intensa

4.3.2.1. Presentación del caso

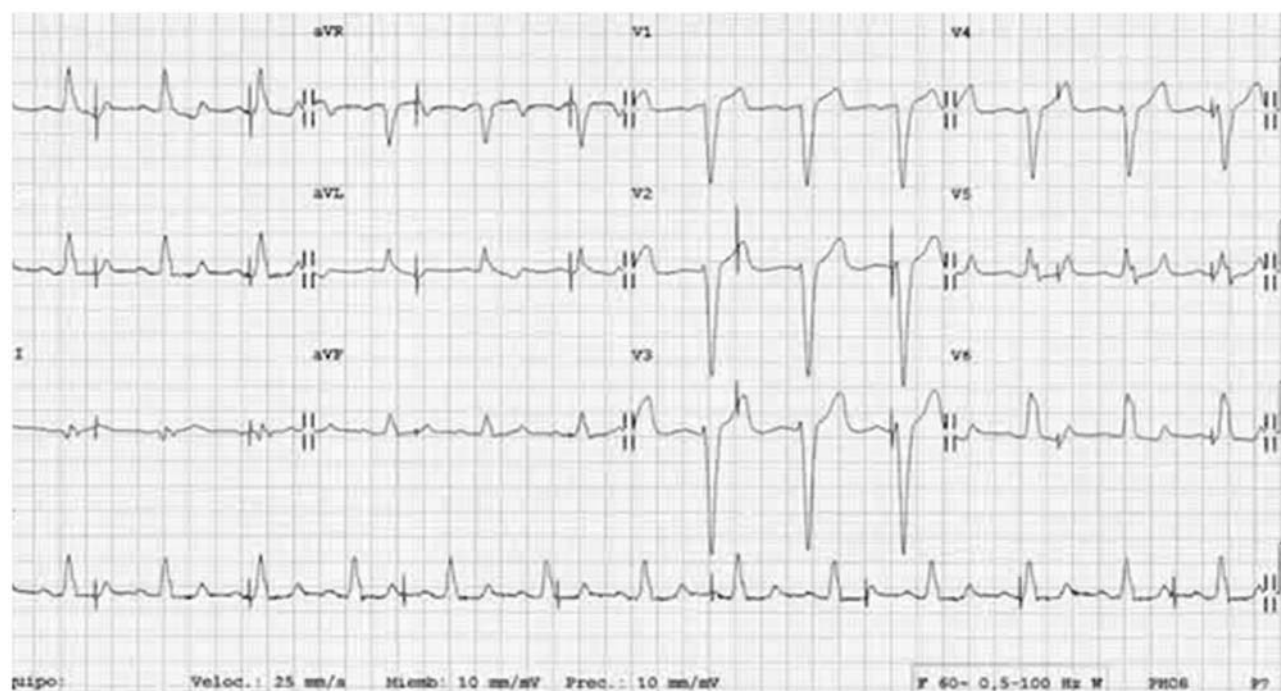
- Paciente de 64 años de edad que consulta por disnea progresiva de 6 meses de evolución, que llega a ser de reposo con ortopnea y episodios compatibles con disnea paroxística nocturna. Se acompaña de aumento de 4 kg de peso.
- Antecedentes de ingesta enólica significativa hasta los 60 años de edad.
- DM tipo 2 diagnosticada a los 50 años, en tratamiento con Insulina Lantus 22 u/día + insulina rápida 6-6-4. No conoce complicaciones crónicas.
- Dx de miocardiopatía dilatada a raíz de bloqueo AV de 3.^{er} grado que requirió implantación de MCP a los 60 años.
- En tratamiento Con enalapril 5 mg, AAS 100 mg y carvedilol 6,25 mg.

Exploración

- TA 110/80. Eupneico en reposo
- Edemas declives hasta raíz de muslo con fóvea
- IY +, RHY+
- Tonos cardiacos rítmicos, SS 2/6 en foco mitral. P carotideos simétricos sin soplos. Pulsos ditalés +
- AR. Crepitantes bibasales
- Abdomen globuloso, con hepatomegalia dolorosa
- No focalidad neurológica

RX tórax

ECG



4.3.3. Caso 3. Disnea y dolor torácico

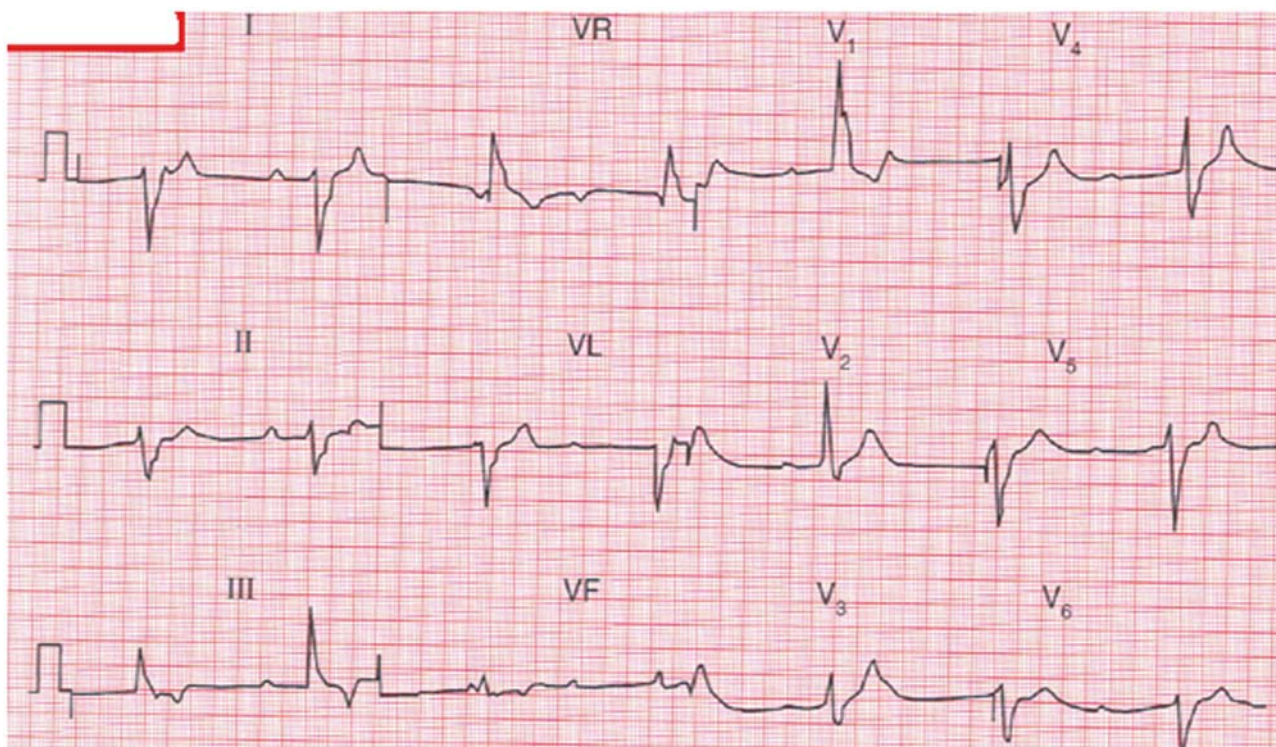
4.3.3.1. Presentación del caso

- Paciente de 80 años de edad, con antecedentes de HTA y DM tipo 2.
- Consulta por episodio de pérdida de conciencia autolimitado, según refiere sin pródromos, aunque no hay testigos.
- Sigue el tratamiento habitual con ADO, enalapril y torasemida y AAS con dosis de 100 mg/día.

Exploración

- TA 100/60. Bien perfundida. Glucemia capilar 105 mg/dl
- Consciente y orientada, no semiología postcrítica. No focalidad neurológica
- Destaca bradiarritmia, sin signos de ICC

ECG



4.3.4. Caso 4. Disnea en extremidad inferior

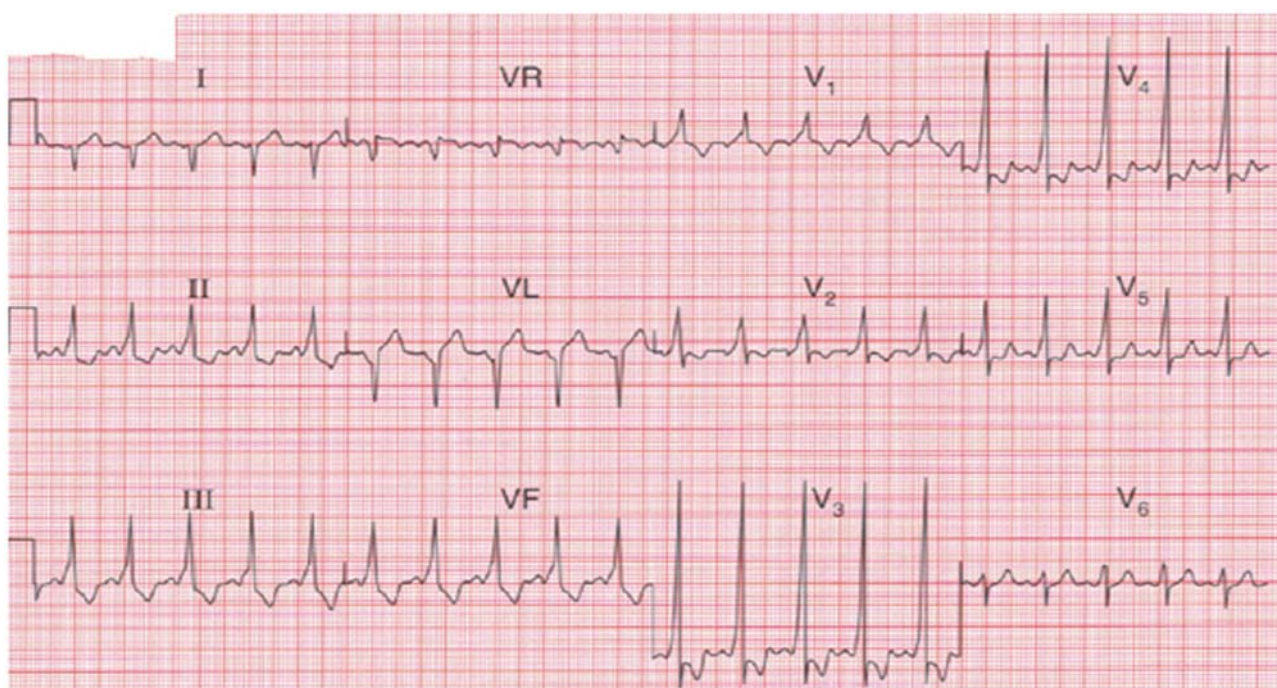
4.3.4.1. Presentación del caso

- Estudiante de 20 años de edad, sin hábitos tóxicos, deportista habitual.
- Consulta por episodios recortados de palpitaciones de inicio y cese brusco y de presentación aproximadamente bimensual; sin factor asociado aparente.
- No sigue tratamiento farmacológico.

Exploración

- Taquicardia regular. TA 120/80
- Aporta analítica general, incluyendo función tiroidea, normal

ECG



4.3.5. Caso 5

4.3.5.1. Presentación del caso

- Paciente de 73 años de edad que consulta por disnea rápidamente progresiva y dolor torácico sin características anginosas, insidioso, de tres semanas de evolución. En las últimas cuarenta y ocho horas ha sufrido ortopnea.

- Antecedentes de tabaquismo hasta los 70 años, criterios de EPOC.
- Neumonía basal izquierda hace dos meses, de lenta resolución, detectándose en TAC torácico nódulo pulmonar en estudio (pendiente de fibrobroncoscopia).

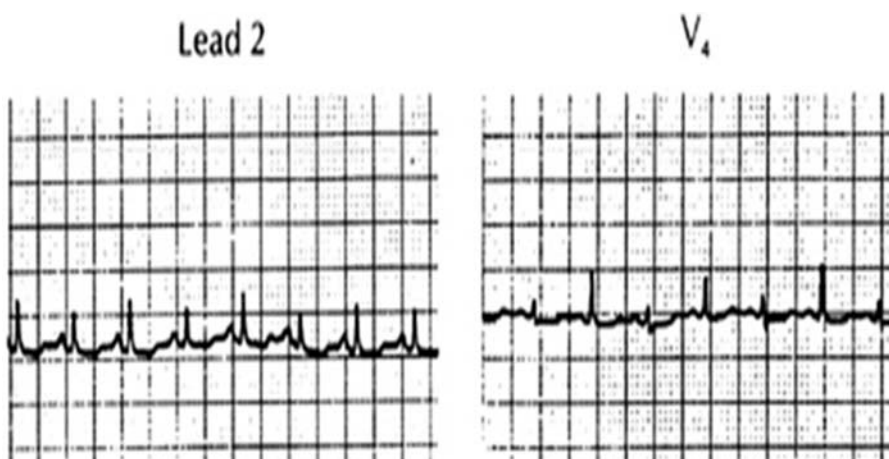
Exploración

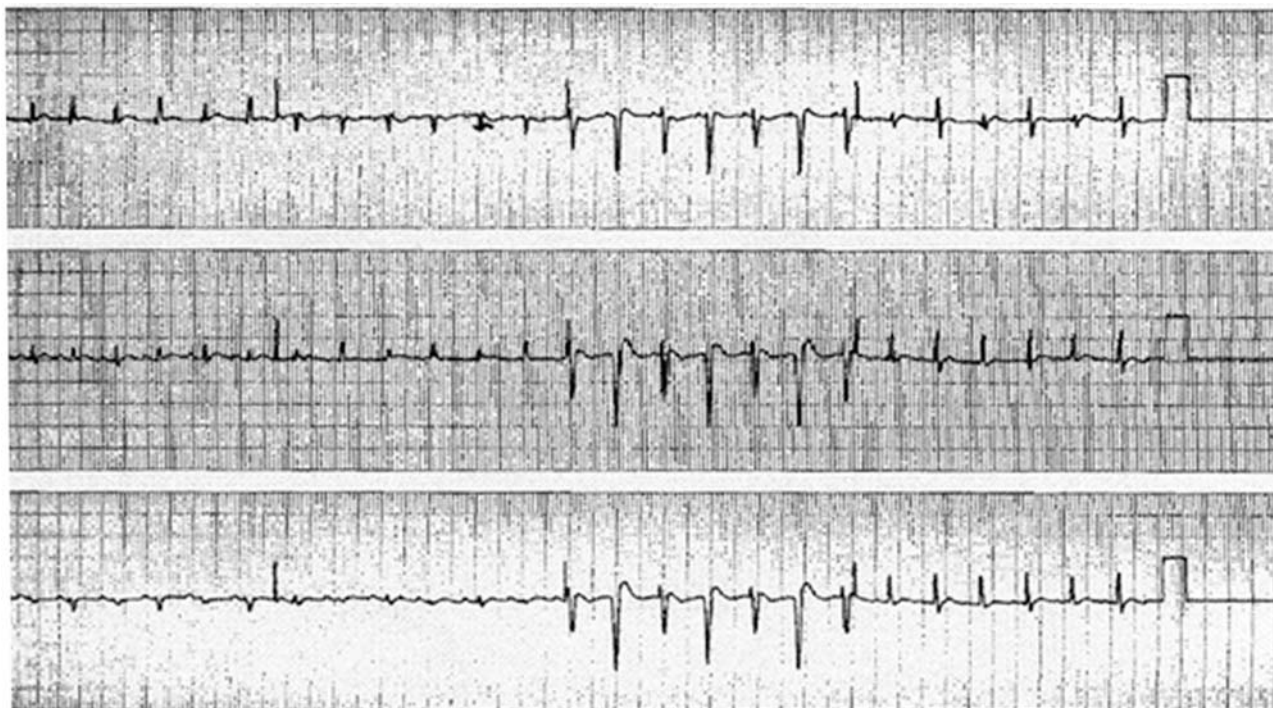
- Taquipneico. TA 90/50. Apirético. Acropaquia
- AR: hipofonesis y espiración discretamente alargada, sin estertores
- IY + sin colapso inspiratorio
- AC: tonos muy apagados. Pulsos periféricos débiles
- Abdomen. Hepatomegalia dolorosa con RHY +

RX tórax



ECG





Conceptos teóricos

Alternancia eléctrica + Voltajes bajos = Taponamiento pericárdico

4.3.6. Caso 6

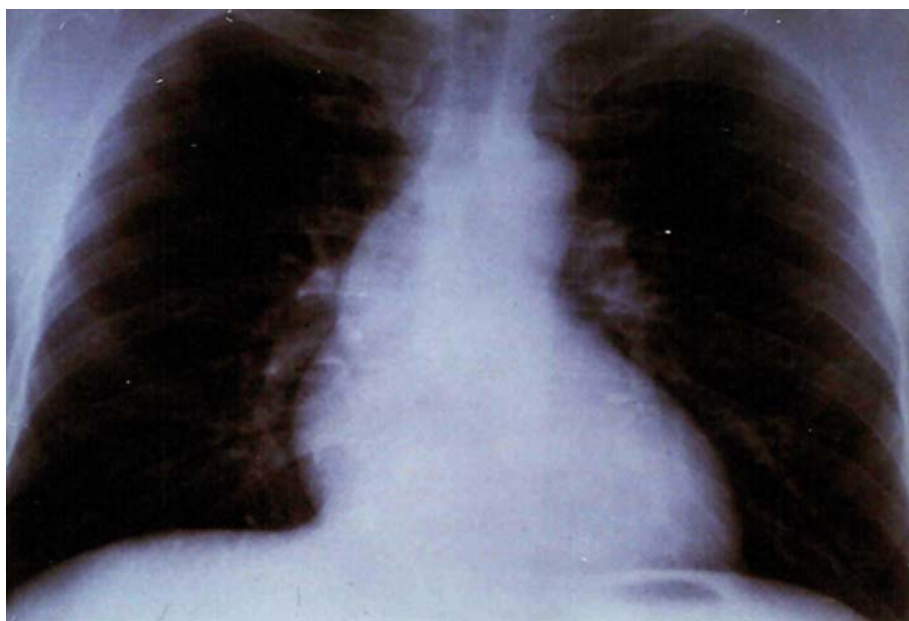
4.3.6.1. Presentación del caso

Paciente de 65 años, con antecedentes de HTA en los últimos 3 años, que consulta por cuadro de disnea con ortopnea de inicio súbito.

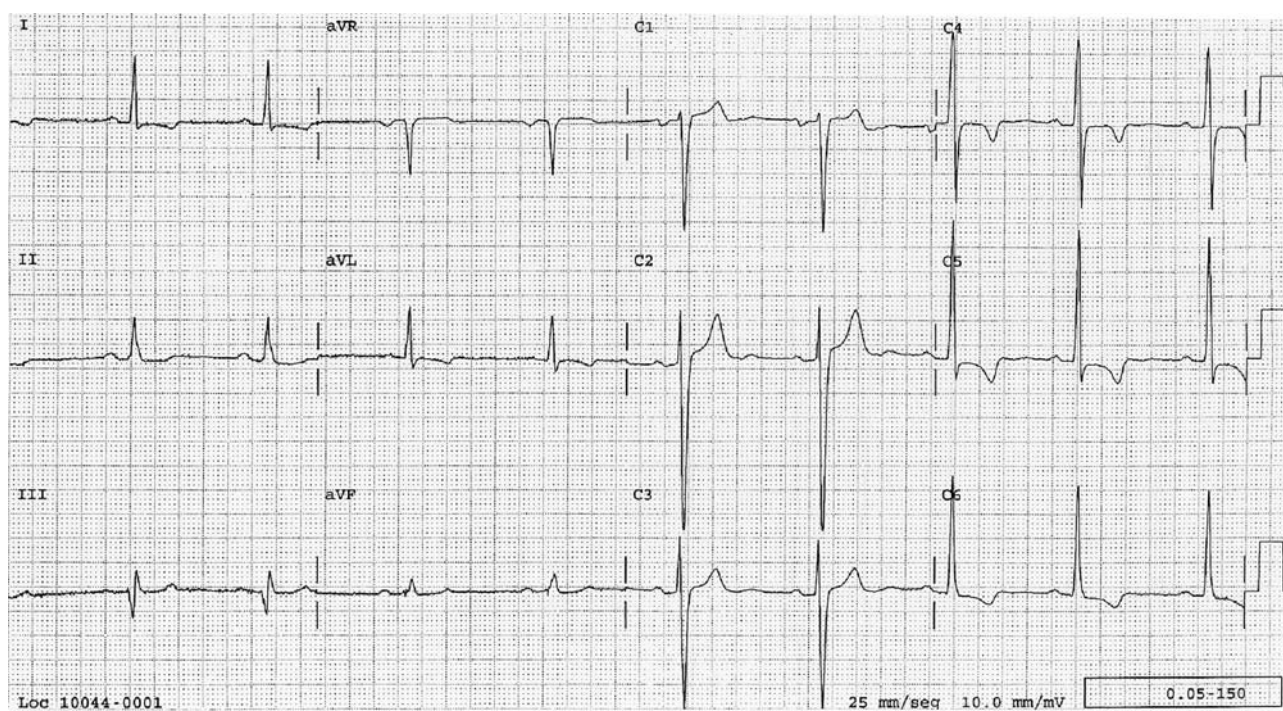
Exploración

- Taquipneico
- Pulso de mediana amplitud, regular, con una frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto y tensión arterial de 170/80 mmHg
- AR: estertores crepitantes bilaterales
- AC: rito de galope por cuarto ruido y soplo sistólico de carácter eyectivo tele-sistólico y de mayor intensidad en la base y borde paraesternal izquierdo, que se propaga al cuello, con desdoblamiento paradójico del segundo ruido.

RX tórax

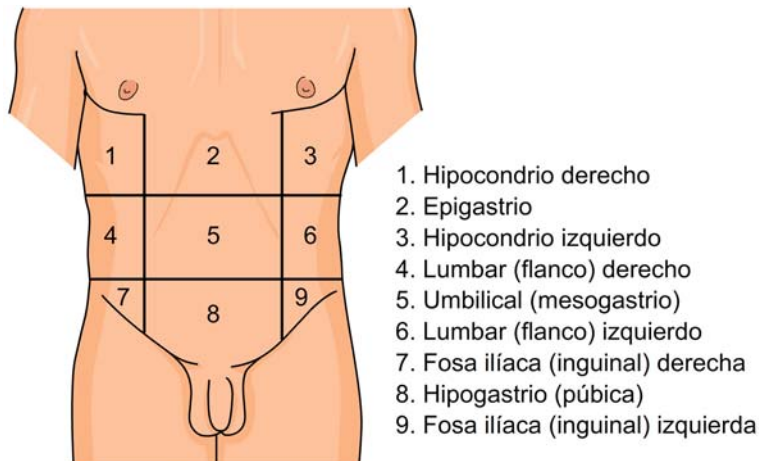


ECG



5. Semiología abdominal

5.1. División del abdomen en sectores



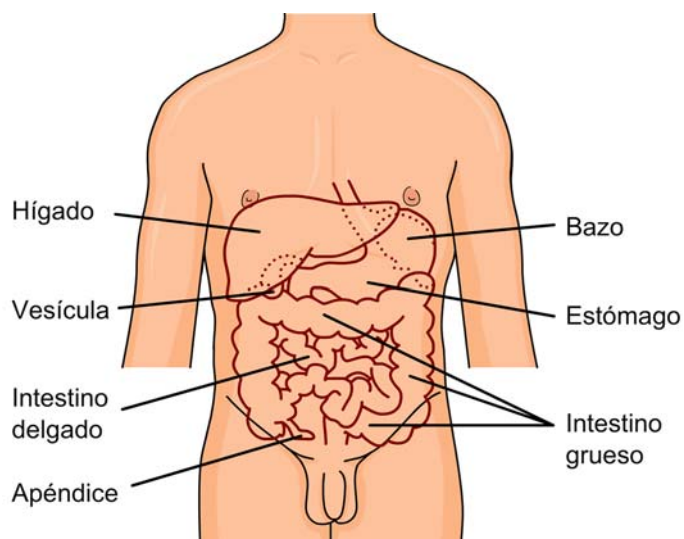
5.2. Localización semiológica de los órganos abdominales

Cuadrante superior derecho (CSD): hígado, vesícula, duodeno, páncreas, riñón derecho y ángulo hepático.

Cuadrante inferior derecho (CID): ciego, apéndice, ovario y trompa derechos.

Cuadrante superior izquierdo (CSI): estómago, bazo, riñón izquierdo, páncreas y ángulo esplénico.

Cuadrante inferior izquierdo (CII): colon sigmoideo, ovario y trompa izquierdos.



5.3. Exploración abdominal

Definid los siguientes signos:

- Signo de Cullen
- Signo de Murphy
- Signo de Curvoisier-Terrier
- Signo de Blumberg

5.4. Casos prácticos

A partir de diferentes imágenes, se deberá hacer una descripción semiológica y plantear una hipótesis diagnóstica.





5.4.1. Caso 7. Dolor abdominal

5.4.1.1. Presentación del caso

- Paciente de 68 años con dolor periumbilical de 24 horas de evolución, irradiado a fosa iliaca derecha. Se acompaña de náuseas sin vómitos.
- Apendicectomizado a los 19 años.
- Abdomen blando y depresible aunque con defensa voluntaria.
- Doloroso a la palpación y percusión iliaca derecha e infraumbilical. Signo de Blumberg +, no se evidencia signo de Murphy con ausencia de masas ni visceromegalias.

Rx abdominal

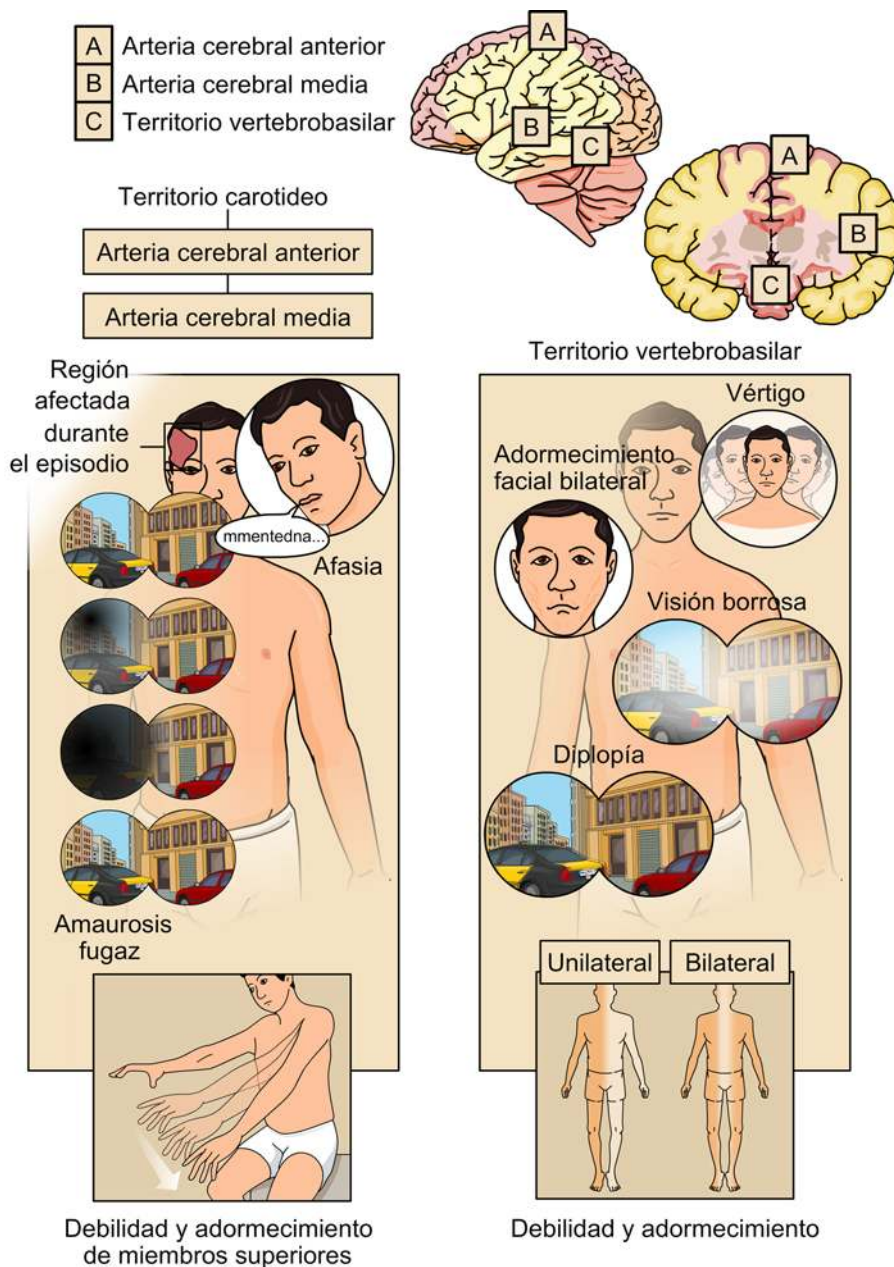


6. Semiología neurológica

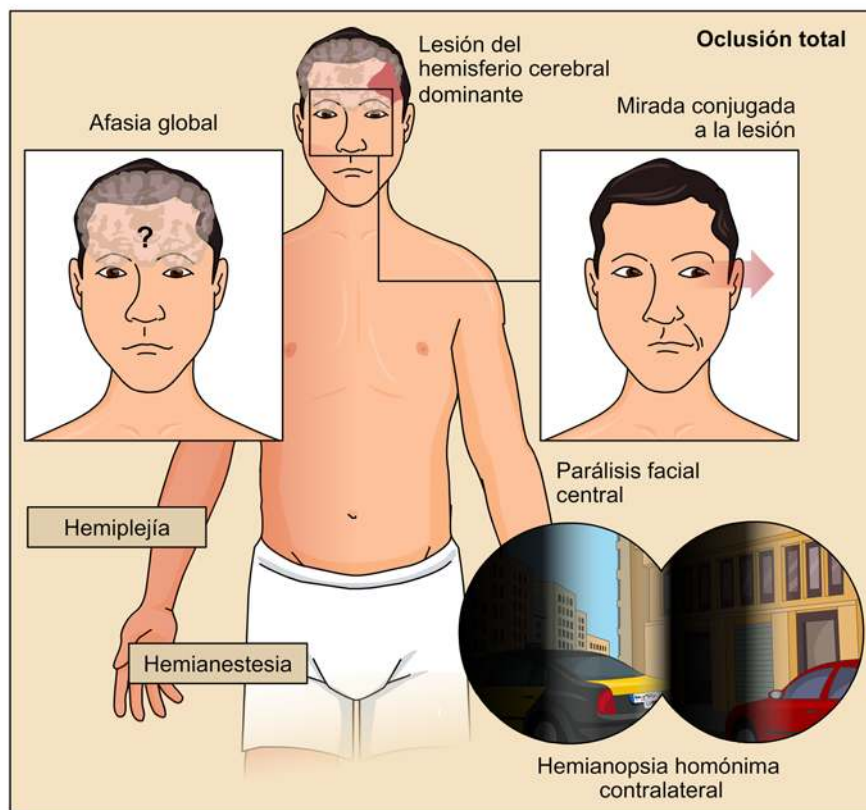
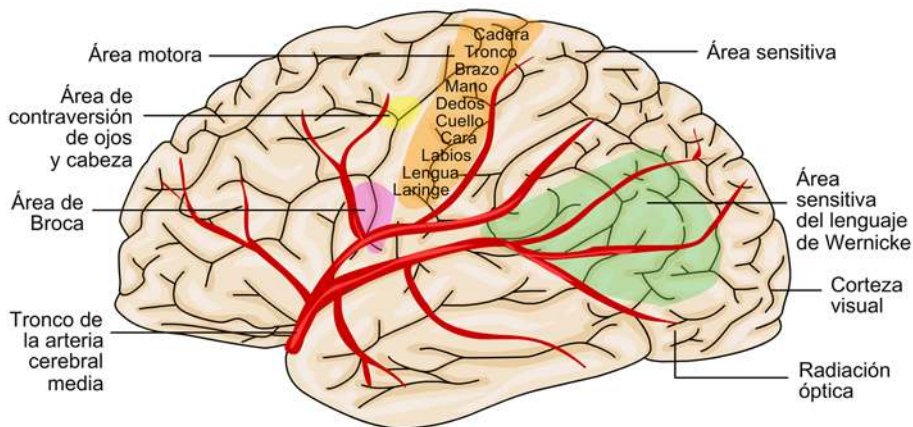
- 1) Realizar anamnesis y examen neurológico adecuado.
- 2) DX trastornos del sensorio: escala de glasgow (GCS).
- 3) DX trastornos cognitivos: memoria /praxias/gnosias.
- 4) DX trastornos de focalidad neurológica.
- 5) DX síndromes extrapiramidales.

6.1. Enfermedad cerebrovascular

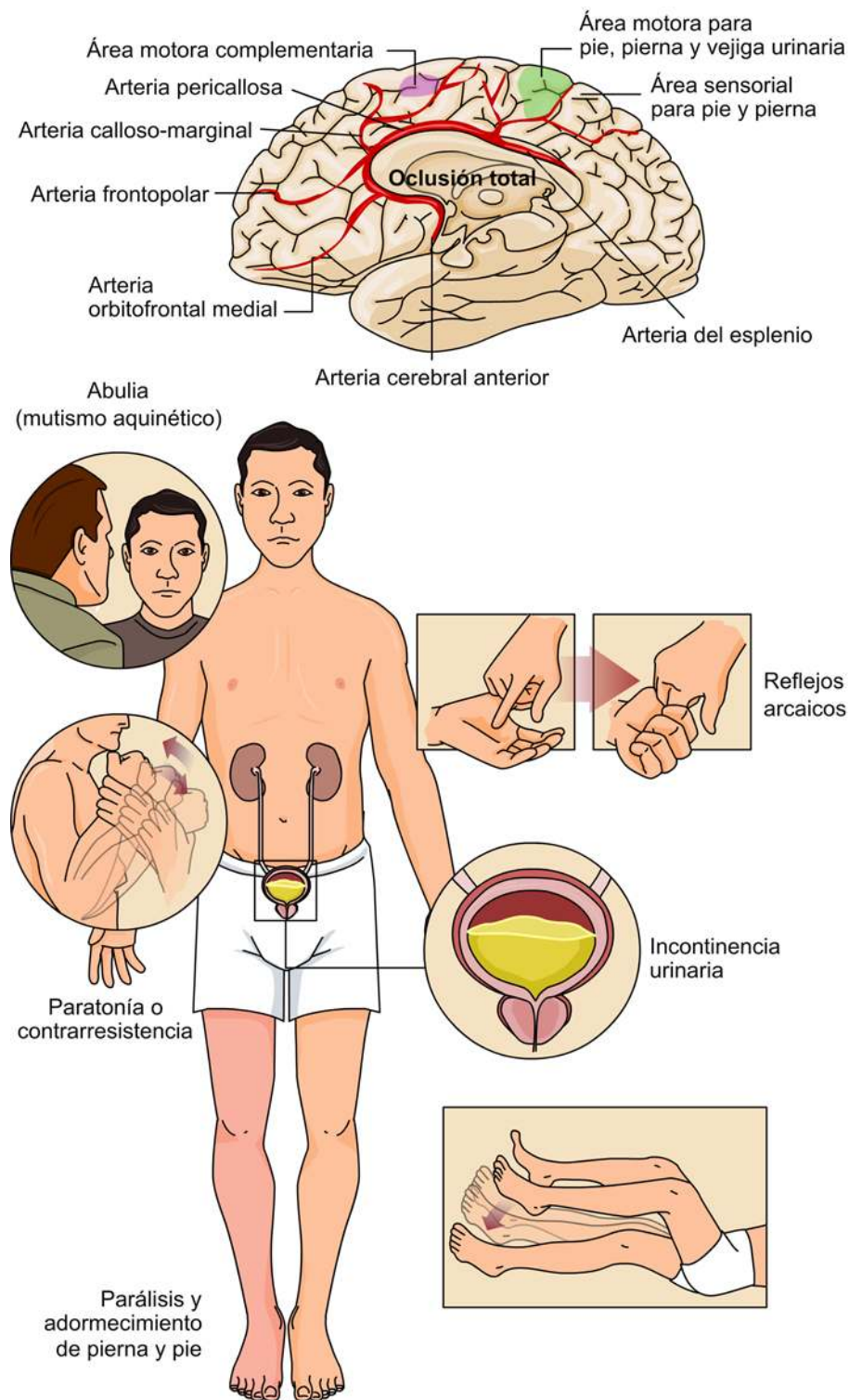
6.1.1. Accidente isquémico transitorio



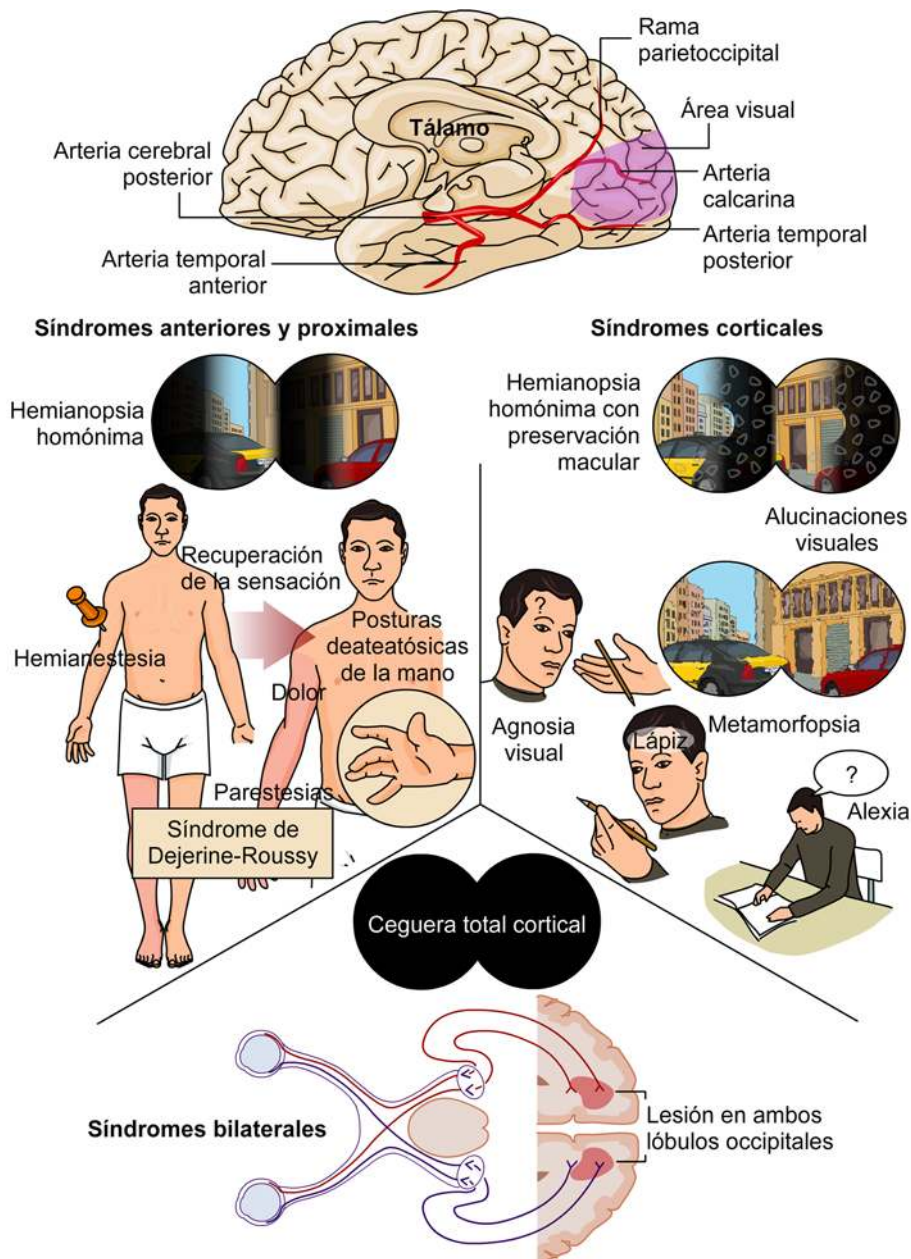
6.1.2. Síndrome de la carótida interna y arteria cerebral media



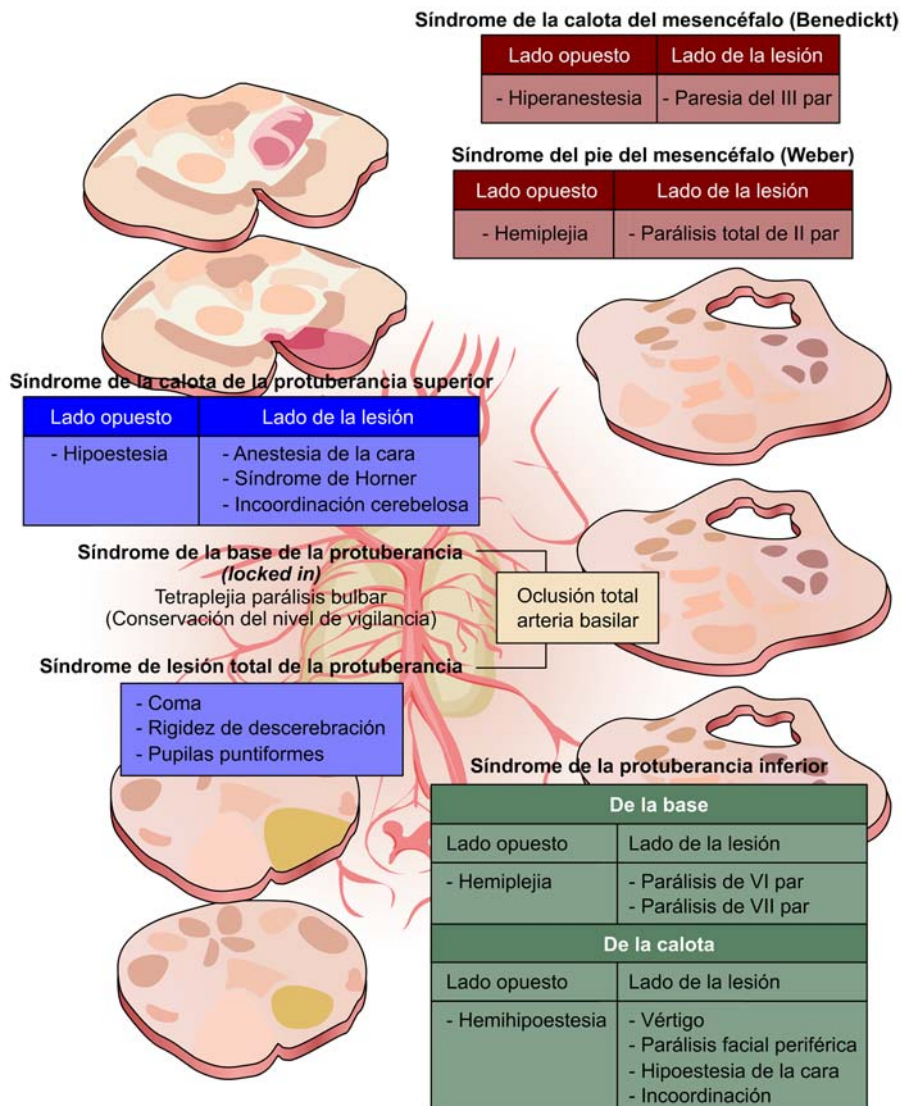
6.1.3. Síndrome de la arteria cerebral anterior



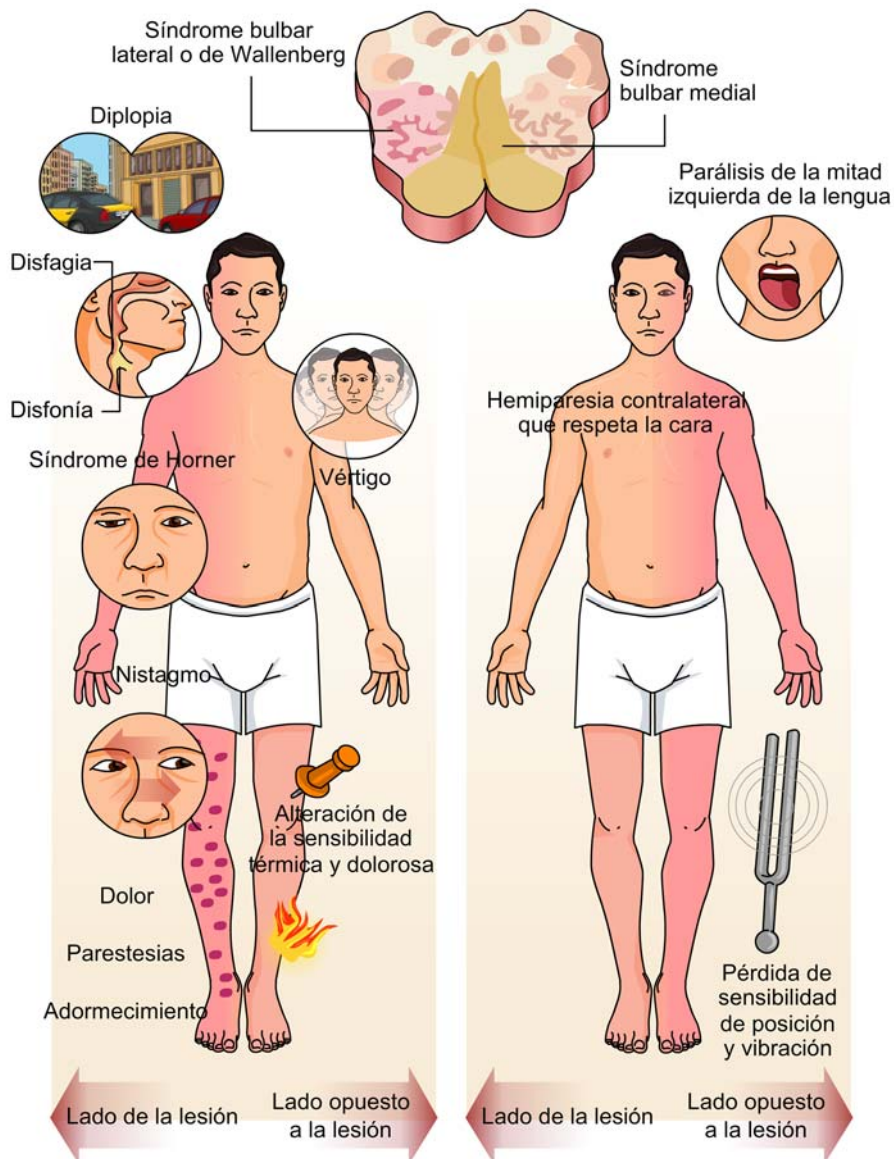
6.1.4. Síndrome de la arteria cerebral posterior



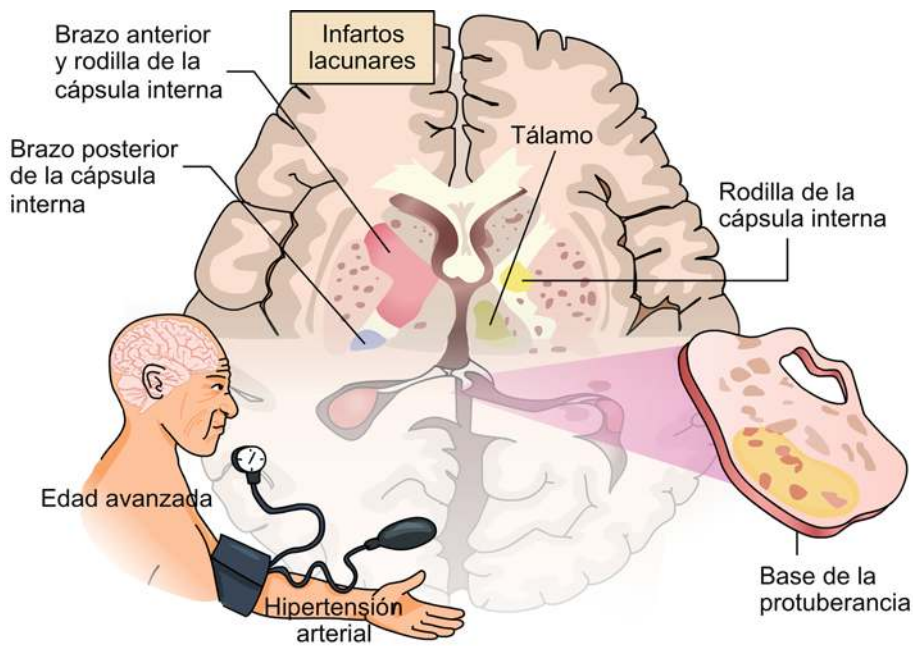
6.1.5. Síndrome de la arteria basilar



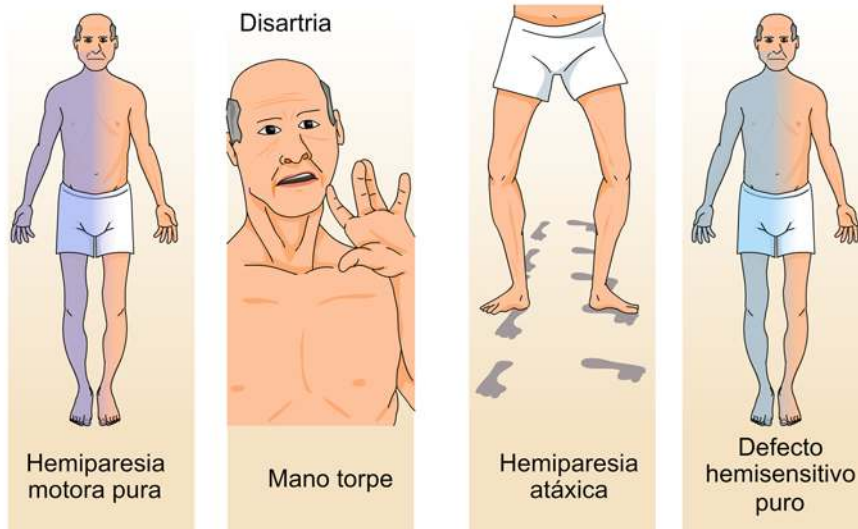
6.1.6. Síndrome de la arteria vertebral



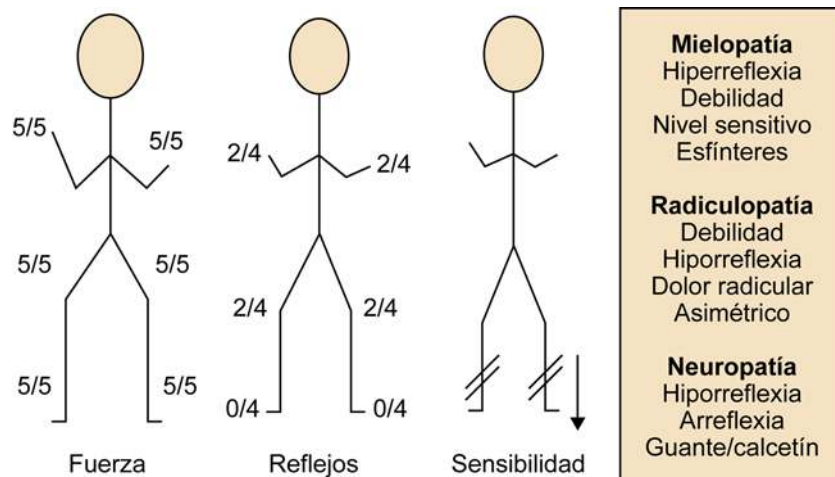
6.1.7. Accidente cerebrovascular lacunar



Manifestaciones más frecuentes



6.2. Neuropatías



6.3. Casos prácticos

6.3.1. Caso 8. Parestesias

6.3.1.1. Presentación del caso

- Paciente 72 años, ingesta enólica significativa (>60 gr/d).
- DM de más de 20 años de evolución, insulinizada pero con mal control crónico.
- Consulta por parestesias distales en ambas EE. II. que han empeorado de forma progresiva en los últimos 6 meses.

6.3.1.2. Cuestiones

1. El cuadro clínico es sugestivo de:
 - a) Mielopatía
 - b) Polirradiculoneuropatía
 - c) Neuropatía

Respuestas

Polineuropatía periférica

6.3.2. Caso 9. Obnubilación

6.3.2.1. Presentación del caso

- Paciente de 80 años llevada a urgencias por disminución del nivel de conciencia (Glasgow 12 → Glasgow 5) y vómitos.
- Antecedentes de TCE hace 4 días.
- Antecedentes de HTA, DM, ACxFA crónica en tratamiento anticoagulante con Sintrom. Cáncer de mama con tumorectomía hace dos años (78 años).

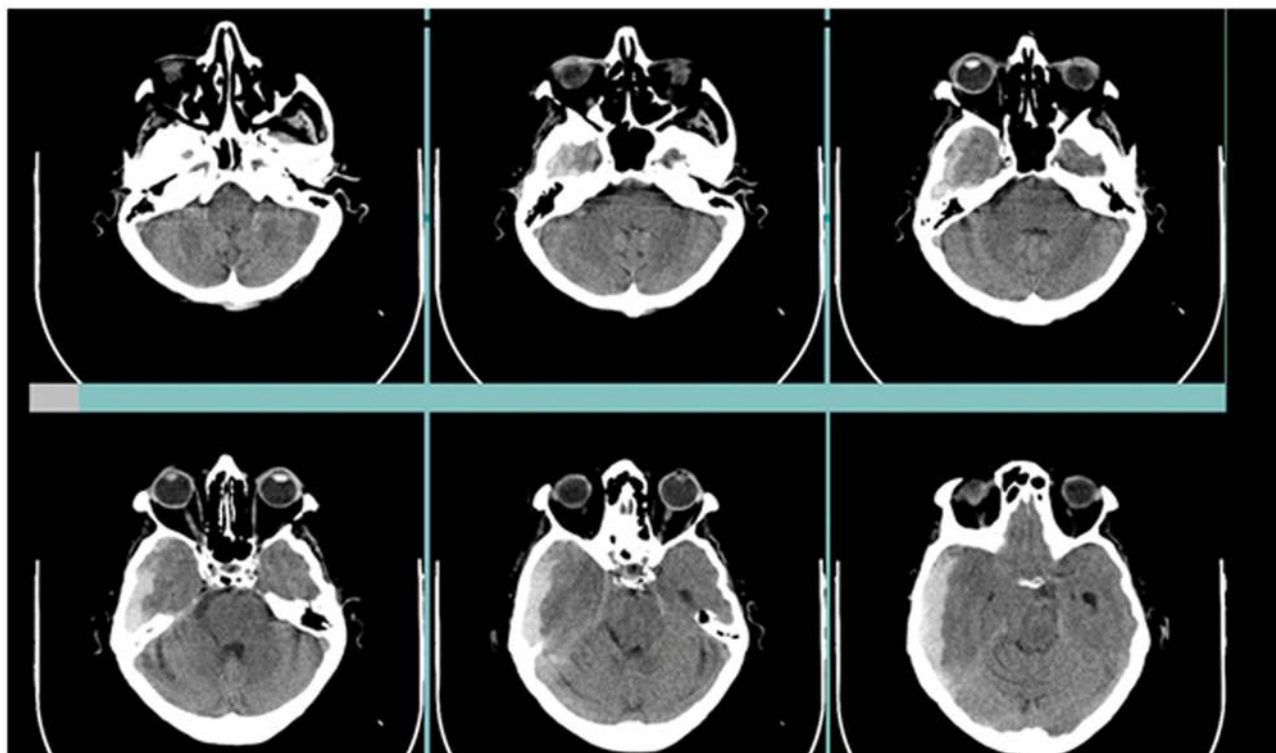
Exploración

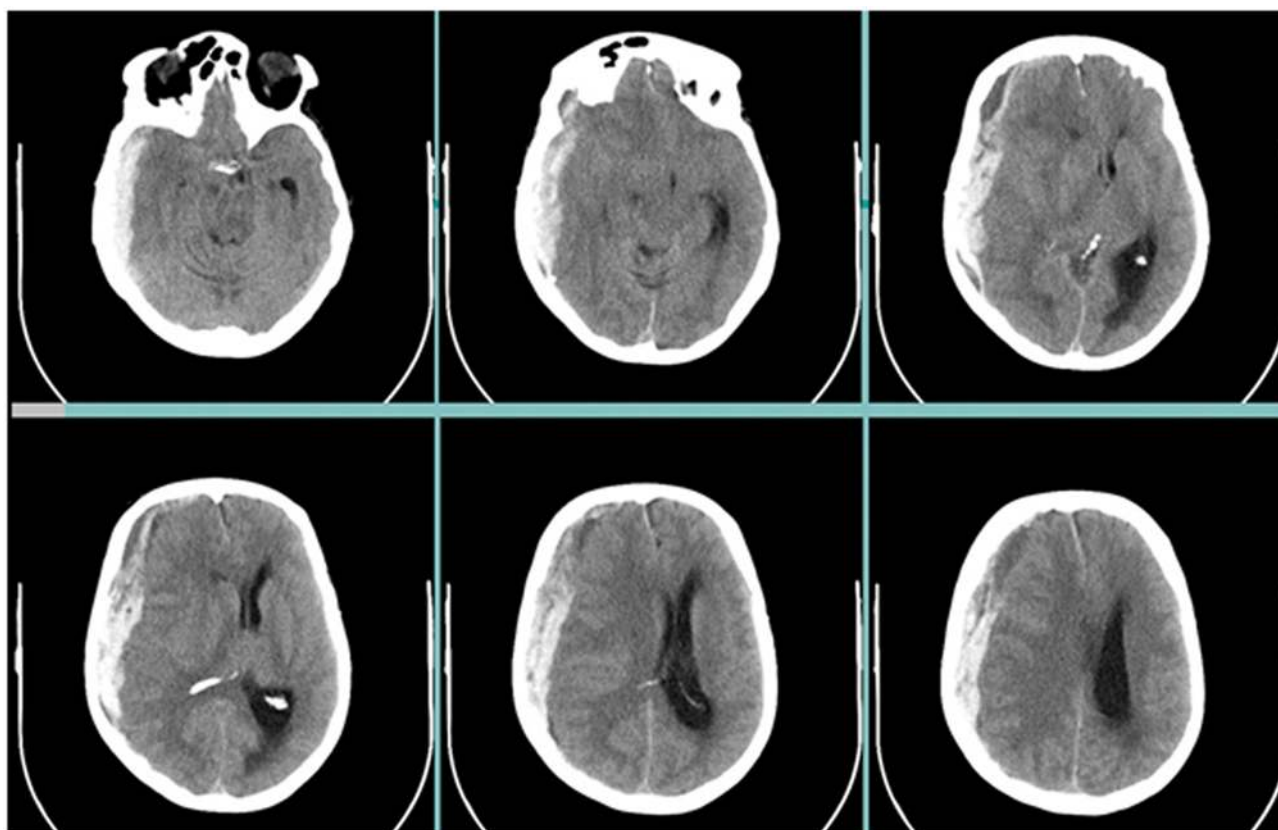
- GCS 5
- Midriasis derecha arreactiva
- Babinski bilateral

Analítica

- INR 4.5

TAC Craneal





6.3.2.2. Cuestiones

1. ¿Cual es el diagnóstico?
 - a) Hemorragia subaracnoidea
 - b) Hematoma subdural
 - c) AVC isquémico
 - d) Meningoencefalitis

Respuesta

- b) Hematoma subdural agudo con obliteración de cisternas perimesencefálicas y signos de herniación

6.3.3. Caso 10. Focalidad neurológica

6.3.3.1. Presentación del caso

- Paciente de 78 años de edad, exfumador
- Dislipemia en tratamiento con estatina
- HTA crónica en tratamiento con atenolol 50 mg/d
- Episodios de palpitaciones no documentadas desde hace 6 meses

- Consulta por cuadro de inicio repentino de alteración del lenguaje y pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho. Refiere palpitaciones horas previas al motivo de consulta.

Exploración

- TA 150/90
- No soplos a nivel carotideo
- AC: tonos arrítmicos. No signos de IC
- AR: no estertores
- Vigil. Afasia de expresión. Comprende órdenes sencillas. Hemianopsia derecha. Hemiparesia derecha de predominio braquial. Hipoestesia derecha.

Exploraciones complementarias

- ECG: AC XFA FVM 80 pm
- TAC craneal urgente: sin alteraciones

6.3.3.2. Cuestiones

1. ¿Cual es el origen más probable del AVC?
 - a) ICTUS ACM izquierdo aterotrombótico
 - b) ICTUS ACM izquierdo cardioembólico
 - c) ICTUS lacunar
2. ¿Qué pruebas complementarias solicitaríais?
 - a) ECO-DOPPLER TSAO
 - b) Ecocardiograma
 - c) Prueba de esfuerzo
 - d) *a y b*

Respuestas

1. Ictus ACM izquierdo cardioembólico
2. ECO-DOPPLER TSAO + ecocardiograma

6.3.4. Caso 11. Temblor

6.3.4.1. Presentación del caso

- Paciente mujer de 26 años
- Fumadora habitual de 7-8 cigarros/día
- Bebedora ocasional (fines de semana)

- Anemia crónica, en tratamiento con hierro
- IQ: fractura de cúbito y radio a los 5 años; safenectomía

Motivo de consulta

1) Temblor en ESD de 6 meses de evolución, limitado inicialmente a la mano, que aparece en reposo, sobre todo por la noche, pero que aumenta progresivamente en intensidad. Tres meses después se extiende a ESI, haciéndose constante (aparecía tanto en reposo como en actividad, en ambas manos, pero era más marcado en la derecha).

2) El temblor prosigue:

- Impide su actividad cotidiana (come con la mano izquierda porque no puede manejar la derecha).
- ↓ fuerza y se le caen los objetos de las manos.
- Se extiende a EE. II. → torpeza al caminar.
- Pérdida del tono postural: caídas frecuentes (últimas dos semanas).

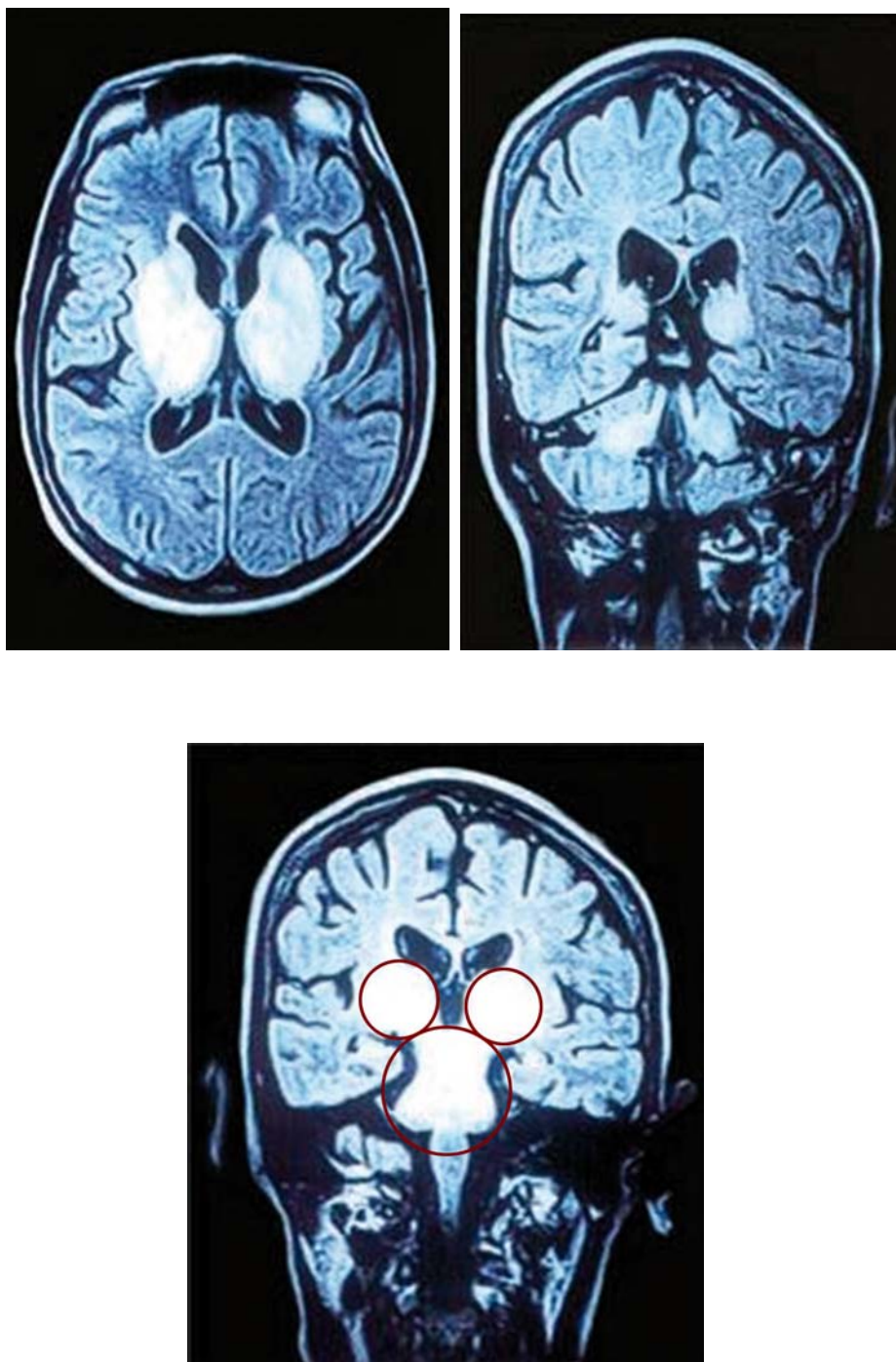
Exploración

- Facies inexpresiva. Ligera hiperpigmentación de la piel
- No adenopatías a ningún nivel
- AC y AR normales
- Abdomen: no masas ni megalias. Blando y depresible
- EE: cicatriz de safenectomía en EID
- NRL:
 - Facies hipomímica (bradipsiquia). Disminución del parpadeo
 - MiniMental Test: 30/30
 - Lenguaje monótono, fatigable
 - Pupilas IC y NR. Resto de PC normales
 - Fuerza 5/5 en cuatro extremidades. Sensibilidad normal
 - Coordinación cerebelosa no valorable (dismetría final por temblor)
 - ROT exaltados, sobre todo extremidades inferiores y derechas
 - Rigidez en rueda dentada manifiesta. Froment +
 - Marcha: inestable, pequeños pasos, sin braceo y ↑ base de sustentación
 - Alteración de los reflejos posturales, con Romberg +
 - Temblor: en reposo, amplio. No desaparece al manipular objetos y se intensifica en forma de sacudidas mioclónicas.

Exploraciones complementarias

- Hemograma normal
- Perfil bioquímico completo (incluido hepático) normal
- Rx de tórax normal
- TC craneal normal

- RMN cerebral



Lesión que afecta fundamentalmente a la región de los ganglios de la base (putamen y tálamo) bilateralmente, con extensión hacia la región mesencéfalo-protuberancial, con alta señal en estas estructuras en las secuencias T2 y FLAIR, compatible con la sospecha de enfermedad metabólica o por depósito.

6.3.4.2. Cuestiones

1. ¿Cual es el diagnóstico?

Respuestas

Temblor de reposo + Discinesia + Rigidez en rueda dentada = **síndrome rígido-acinético**

6.4. Trastornos del movimiento

Los trastornos del movimiento pueden clasificarse en:

1) Discinéticos

Cursan con movimientos involuntarios anormales, por ejemplo, la corea de Huntington.

2) Hipo/acinéticos

La actividad motora voluntaria está disminuida o ausente, por ejemplo, la enfermedad de Parkinson.

6.4.1. Discinesias

1) Regulares

- Temblor
- Asterixis

2) Irregulares

- Atetosis
- Distonia
- Tic
- Corea
- Mioclonia

6.4.2. Acinesias/rigidez

Primarios

- Enfermedad de Parkinson

- Atrofias multisistémicas
- Parálisis supranuclear progresiva
- Degeneración cortico-basal
- Enfermedad de Parkinson juvenil
- Enfermedad de Hallevorden-Spatz

Secundarios

- Postencefalitis
- Yatrogenia
- Tóxicos exógenos
- Estado lacunar
- Encefalopatía pugilística
- Hidrocefalia oculta (del adulto)

Metabólicos

- Hipoparatiroidismo
- Enfermedad portosistémica
- Enfermedad de Wilson

6.4.3. Síndromes discinéticos: movimientos regulares

1) Temblor:

- De reposo
- Postural
- Intencional

2) Asterixis

- Inhibición intermitente de la contracción muscular

6.4.4. Síndromes discinéticos: movimientos irregulares

- 1) Atetosis: movimiento lento y sinuoso de músculos distales
- 2) Dystonia: desviación de la postura que va variando lentamente
- 3) Tic: movimientos repetitivos que pueden controlarse voluntariamente
- 4) Corea: movimiento rápido, irregular, de sacudida
- 5) Mioclonia: movimiento rápido, breve