

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS

UN SIGNO CLINICO A PROPONER: "LA BARRA ASCITICA"

* Dr. José de Js. Jiménez O.

Una parte importante del examen físico del paciente es la inspección de la pared abdominal. Se observa el abdomen en cuanto a su simetría general, masas visibles, etc. La piel debe ser igual a la que se observa en otras partes del cuerpo. A la inspección, el abombamiento de los costados suele indicar ascitis (presencia de líquido en la cavidad peritoneal). La ascitis puede aparecer en la insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis hepática, nefritis y nefrosis y en otras enfermedades.

Nos vamos a limitar mencionando los procedimientos clásicos descritos hasta ahora en la literatura mundial que nos indican la presencia de ascitis. Las modificaciones de forma y volumen del abdomen son directamente proporcionadas a la cantidad de líquido existente en la cavidad peritoneal. Como regla general se admite que son necesarios 1,500 cc para que la percusión lo denuncie, mientras que es menester una cantidad tres veces mayor para que constituya un síndrome ascítico completo. Frente a esta última situación, y observando al paciente en decúbito dorsal, el abdomen se presentará ensanchado y el líquido ocupará preferentemente los flancos. Es el llamado "vientre de batráceo".

El revestimiento cutáneo del abdomen sufre modificaciones. Unas veces la piel es lisa, luciente y blanca. Otras veces hay pigmentaciones o infiltración edematosa. La ruptura de las fibras elásticas de la dermis provoca cicatrices y algunas ascitis determinan circulación colateral. Los métodos clínicos usuales para determinar la onda líquida son los siguientes:

1. Con el paciente en decúbito dorsal, el examinador coloca su mano izquierda contra el flanco derecho del paciente mientras un ayudante coloca el borde cubital de una mano sobre la línea media del abdomen. El examinador, con su mano derecha, da golpes firmes en el blanco izquierdo del paciente. Si existe un volumen importante de líquido ascítico, se transmitirá una onda a través del líquido, la cual será palpada por la mano izquierda del examinador.

2. Zona de matidez cambiante. Clásicamente conocida. Se le pide a la paciente que descansa sobre su flanco derecho. En caso de líquido libre, habrá matidez en la zona baja derecha y timpanismo en el flanco izquierdo superior. Lo contrario ocurre cuando se le pide a la paciente que descansa

se sobre su flanco izquierdo.

3. Posición genupectoral. La presencia de líquido puede advertirse si se coloca al paciente en posición genupectoral. Si hay líquido libre, se desplazará a la zona más baja, es decir, a la región periumbilical, donde se advertirá matidez a la percusión.

Estos son los procedimientos clásicos descritos para detectar la presencia de ascitis. Hemos revisado para tal fin una amplia bibliografía al respecto como se ve al final del trabajo.

Sin embargo, cuando hay poca cantidad de líquido, es difícil constatarlo, aun en manos expertas.

Hemos notado que, aun con pequeñas cantidades de líquido ascítico, se puede diagnosticar éste fácilmente pidiéndole al paciente que, estando en decúbito supino, trate de incorporarse en la cama. Inmediatamente, los músculos rectos mayores del abdomen van a protruir, a tornarse abombados. (Figura No. 1)

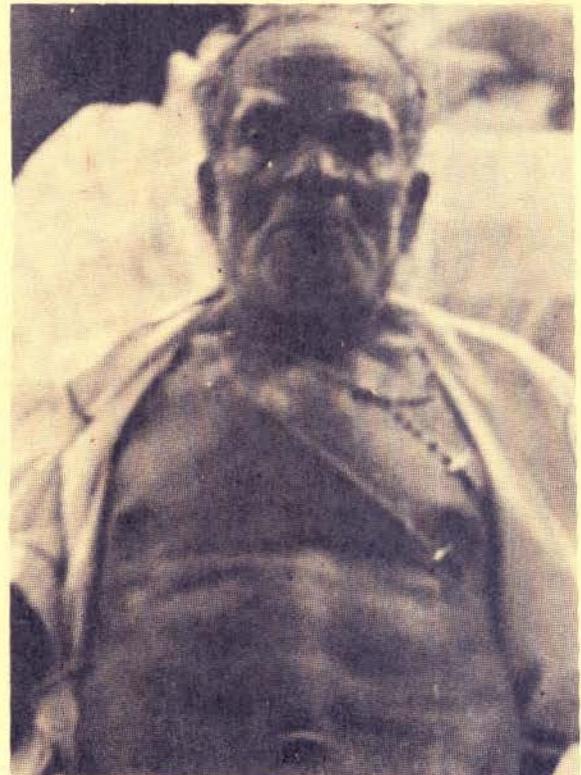


Figura No. 1

(*) Médico en el ejercicio de la profesión. Santiago, R.D.

Muchas veces hemos presenciado pacientes que llegan con una marcada ascitis y con este signo clínico muy presente. Luego de realizarse una lenta paracentesis, si es que aún queda algo de líquido en la cavidad peritoneal, presentarán dicho signo, aunque menos marcado.

Desde hace varios años he difundido este signo entre médicos pasantes y residentes en el Hospital Universitario José María Cabral de Santiago y le he bautizado con el nombre de "barra ascítica". Algunos, por cortesía, le han añadido mi apellido al mismo.

Quiero proponer este signo útil entre la clase médica dominicana, algo posiblemente visto y notado por todos, pero que en una forma u otra no aparece descrito en la literatura semiológica mundial.

BIBLIOGRAFIA

Biblioteca de Semiología. Directores: Cossio y Padilla. Tomo de Aparato Digestivo. 4ta. edición. Librería y Editorial El Ateneo, Florida 340, Córdoba 2099, Buenos Aires 1946. Pág. 236.

Propedéutica Médica. Drs. John Prior y Jack Silberstein. Primera edición en español 1973. Nueva Editorial Americana. Cedro 512, México 4, D.F. Traducido al español de la obra Physical Diagnosis de Prior por el Dr. José Blengio. Pág. 265. The C.V. Mosby Company.

Propedéutica Médica de Major. Por los Dres. Delp y Manning. Tercera edición en español. Nueva Editorial Interamericana. Cedro 512, México 4, D.F. México. Traducida al español por el Dr. Homero Vela. 1968. W.B. Saunders Co., Philadelphia. Impreso en México. Pág. 210.

Semiología Clínica por Bariety y Bonniot. Versión española de la Dra. Bozzi de Peláez. Editores Masson et Cie, Paris VIe 1965. Edición española impresa en España. Pág. 256.

Métodos Clínicos por Hutchison y Hunter. Undécima edición. Versión castellana por Dr. Felipe Jiménez. Editorial Médico-Quirúrgica. Diagonal Norte 615, Buenos Aires 1948. Pág. 79.

Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Dr. Juan Suros Forns. 6ta. edición. Salvat Editores, S.A. Mallorca 43, Barcelona, España. Pág. 462.

Nota: Las páginas señalan dónde esos libros de Propedéutica tratan el síndrome ascítico.