

SEMIOLOGÍA GENERAL

INSPECCION GENERAL Y PARTICULAR



Exploración física del aparato cardiovascular: introducción

La exploración física meticulosa es un método económico y a menudo poco utilizado para valorar el aparato cardiovascular, que suele aportar información esencial para la elección de las pruebas complementarias idóneas.

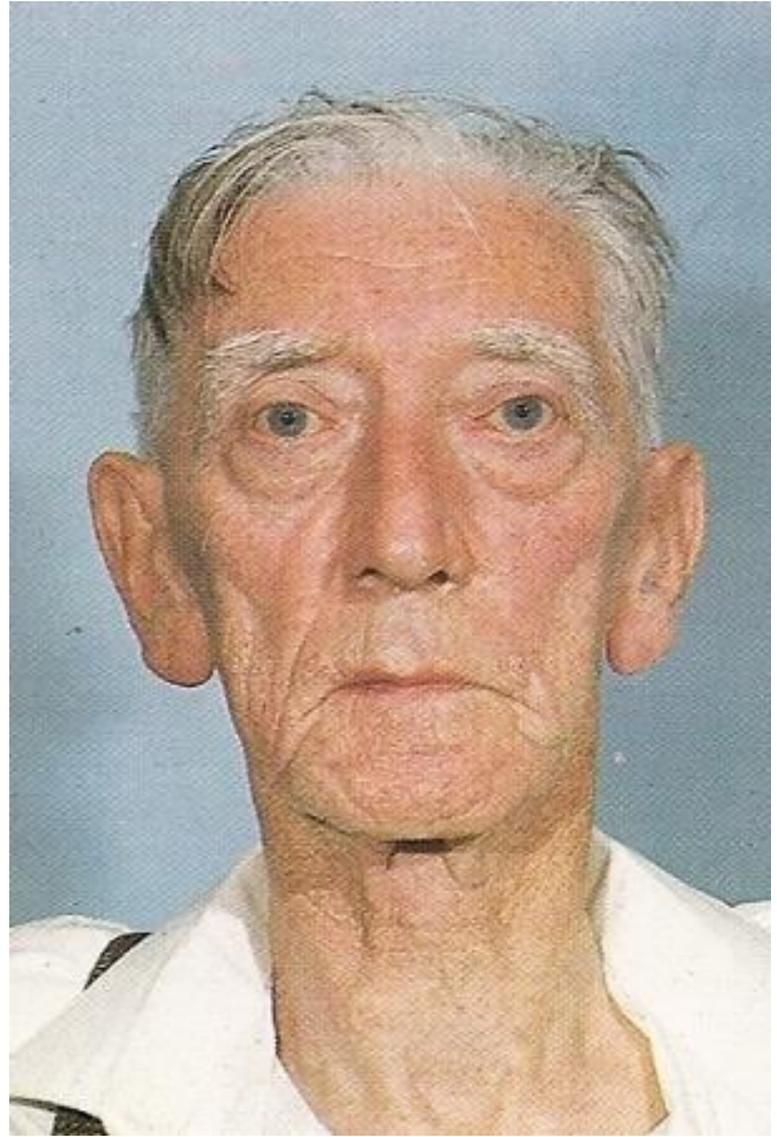
FACIES

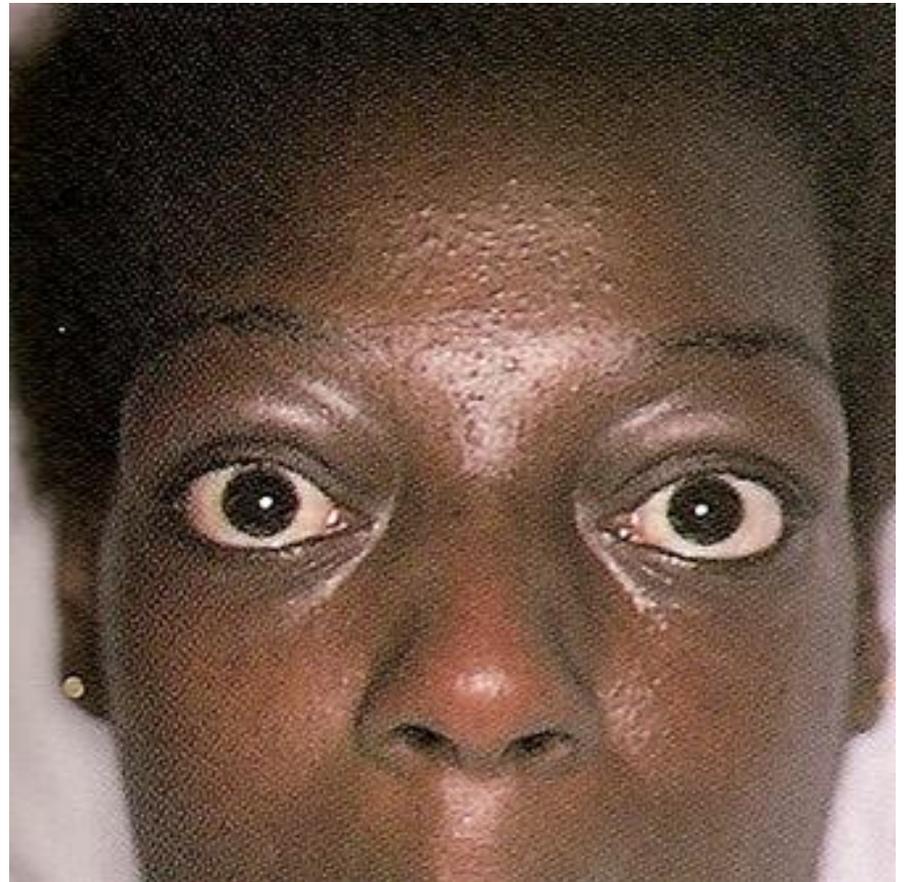






Facie demacrada o hipocrática







Facie Hipotiroidea - antes y después del tratamiento

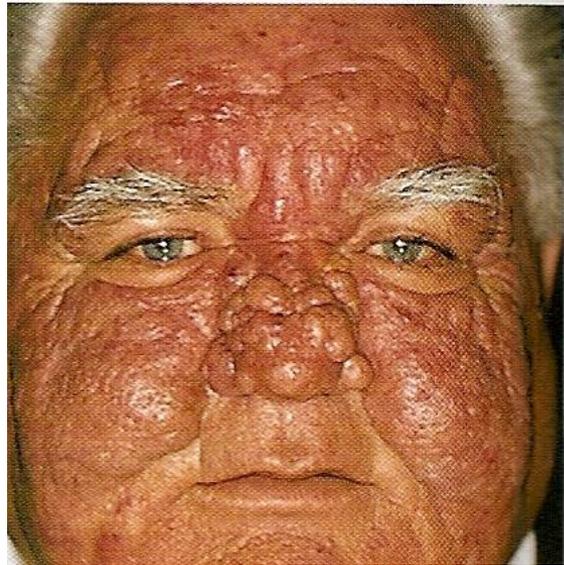
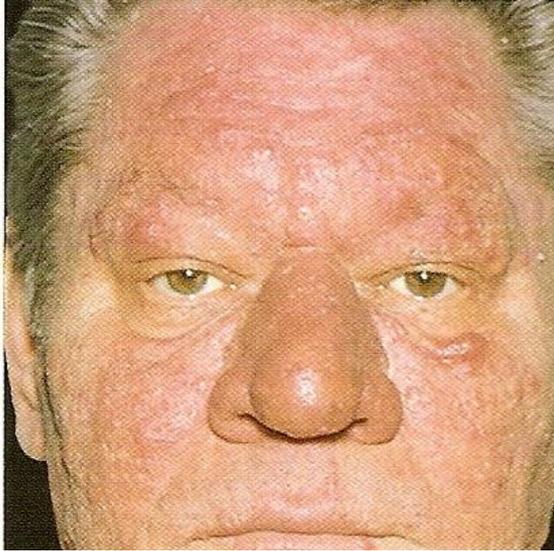
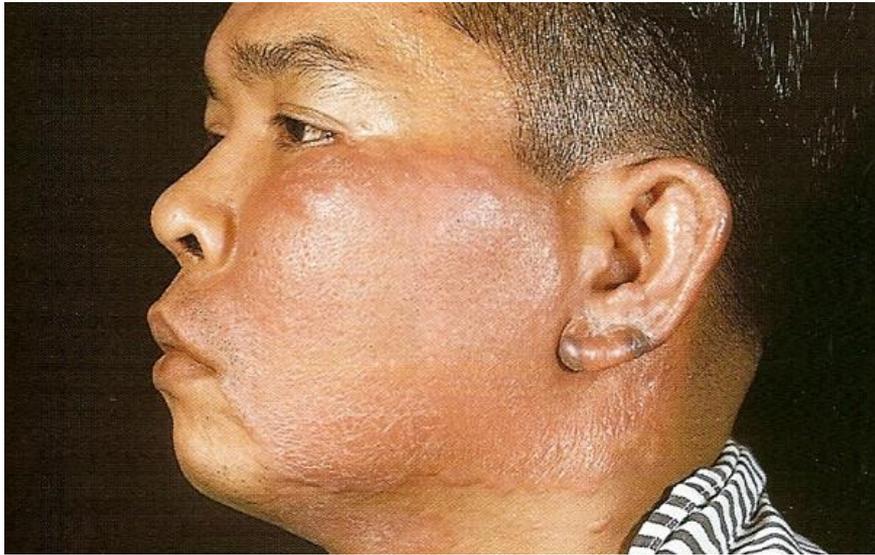


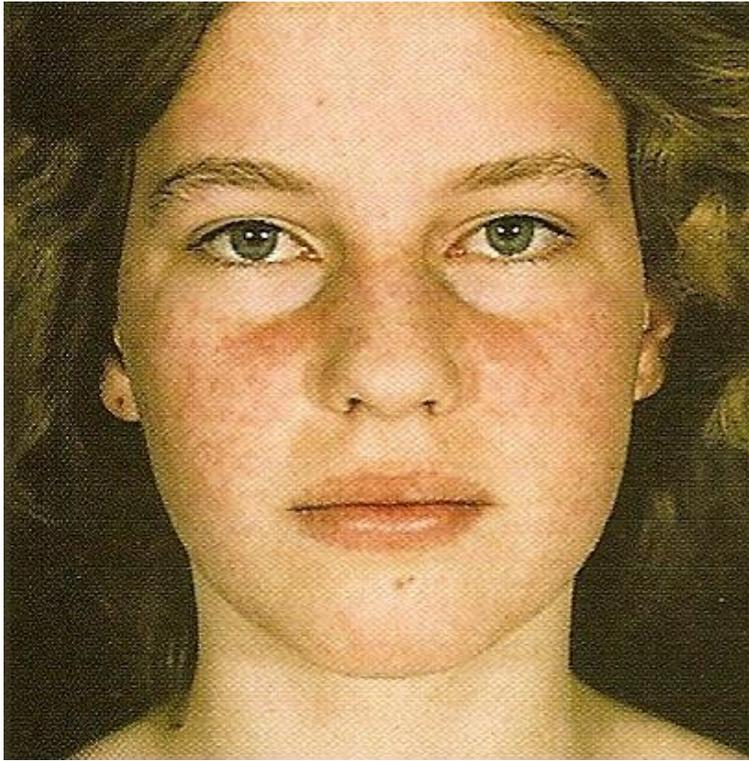


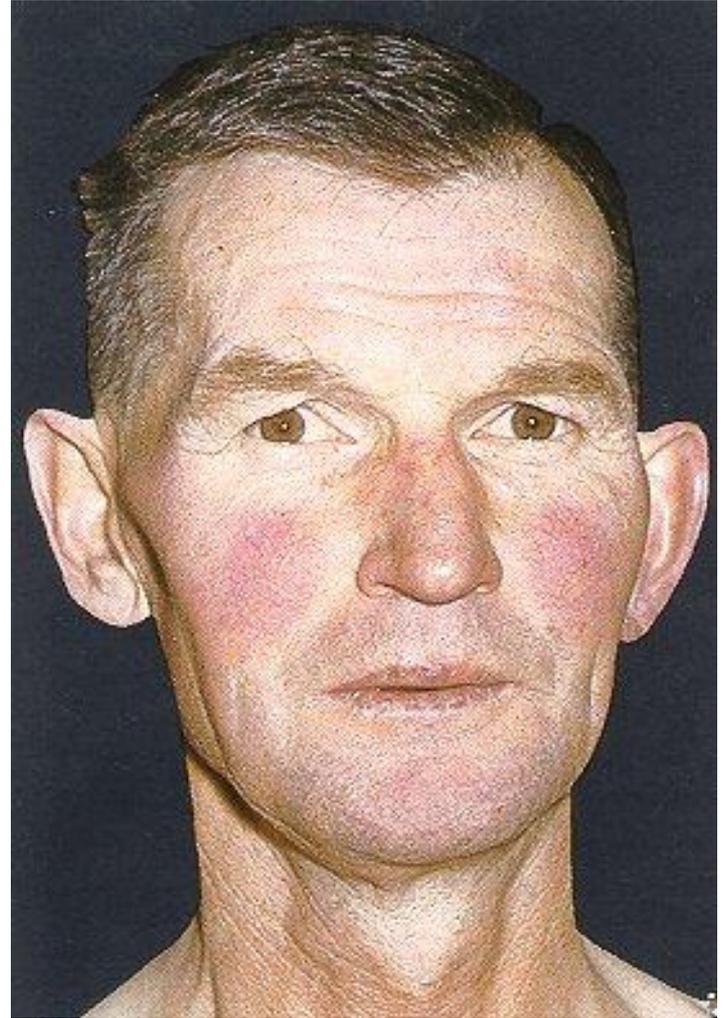












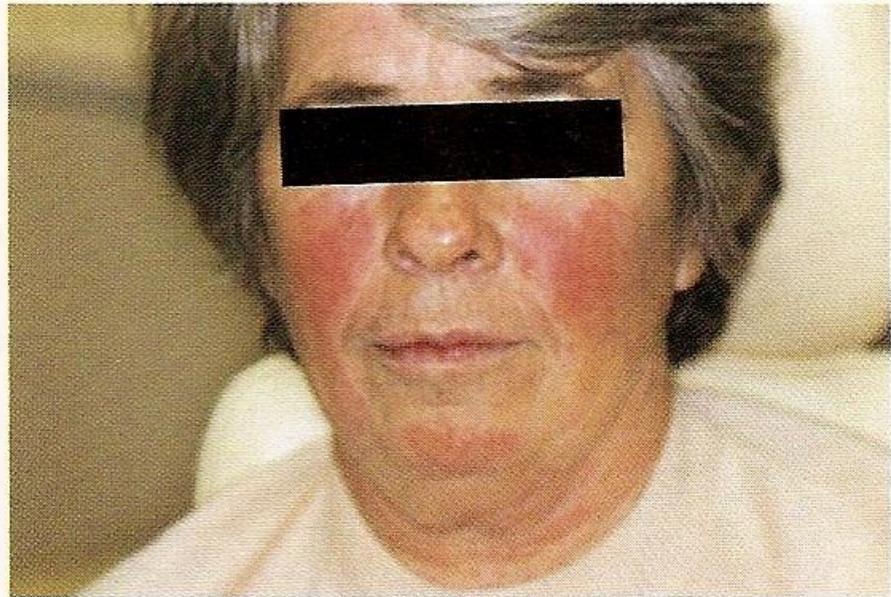
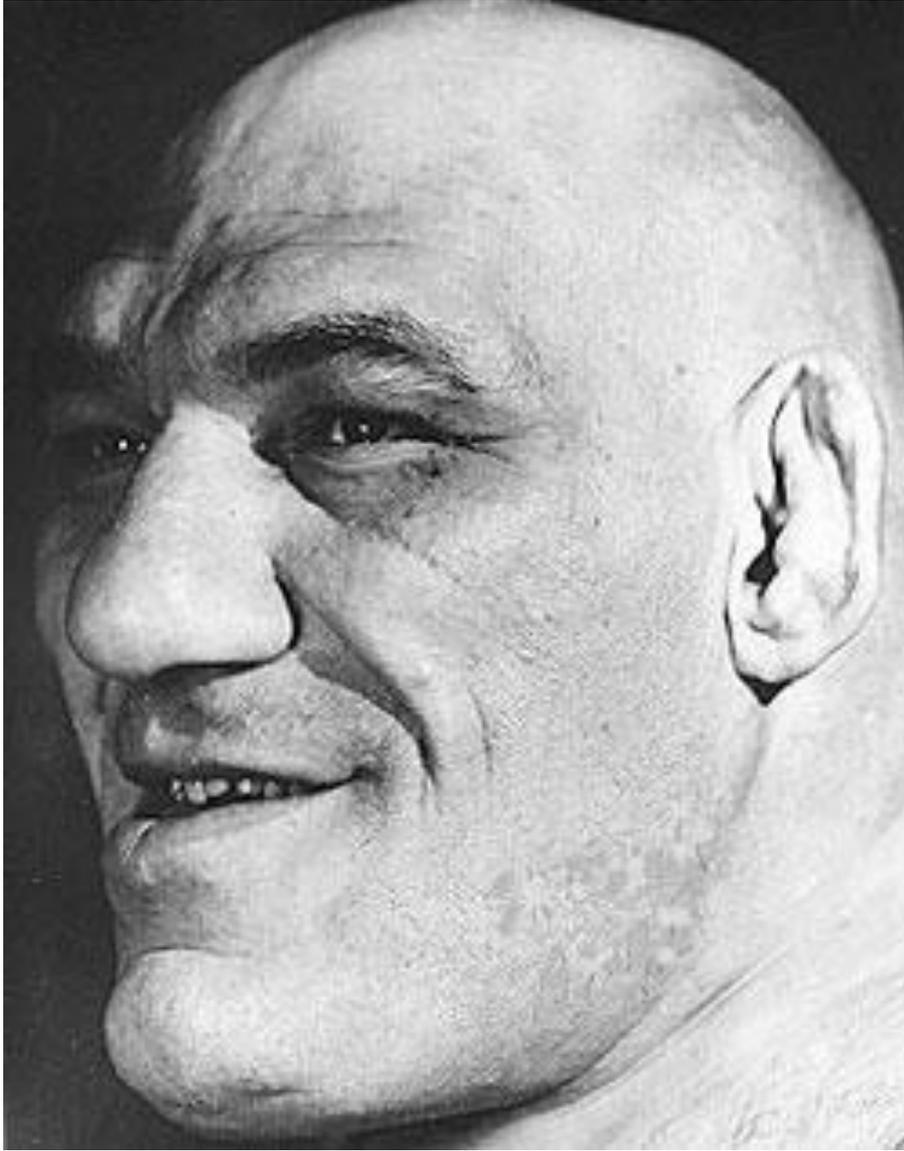


Fig. 43. Chapetes malaras en la estenosis mitral secundaria a fiebre reumática crónica.

Facies Mitral

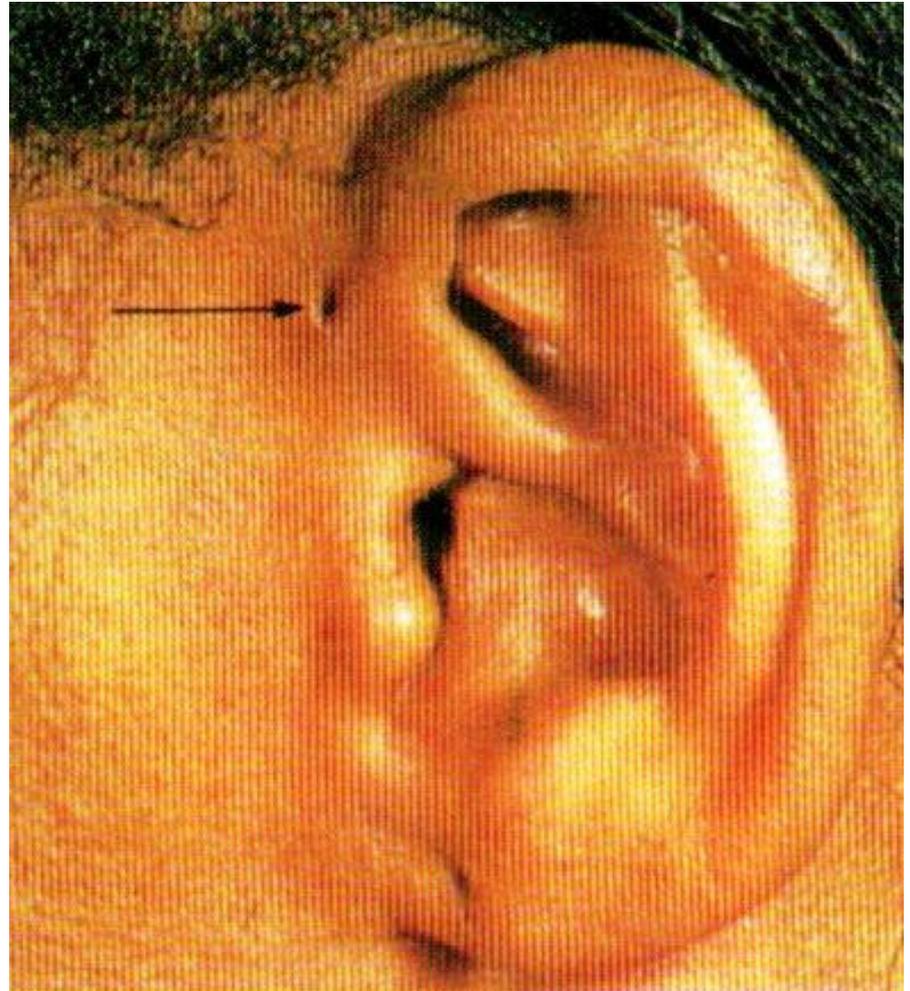
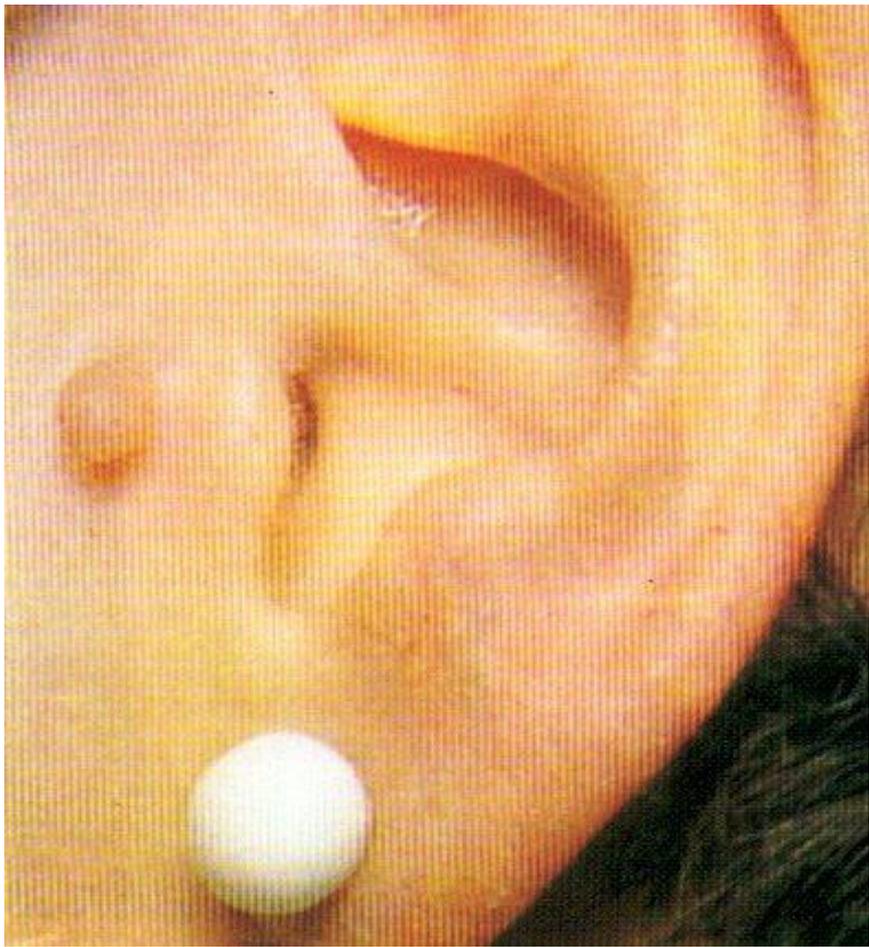


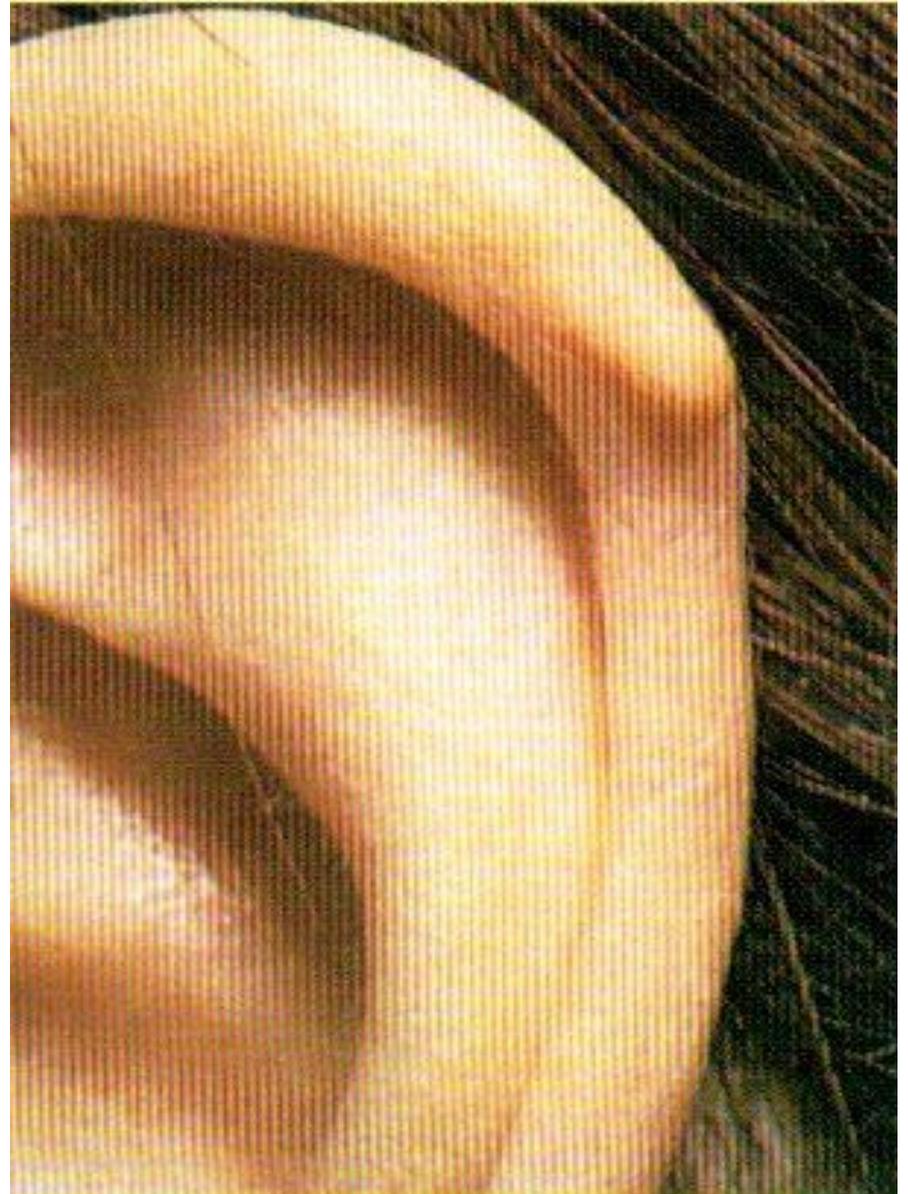


<http://clinicascatedrauno.com.ar/imagenes/cara-facies>



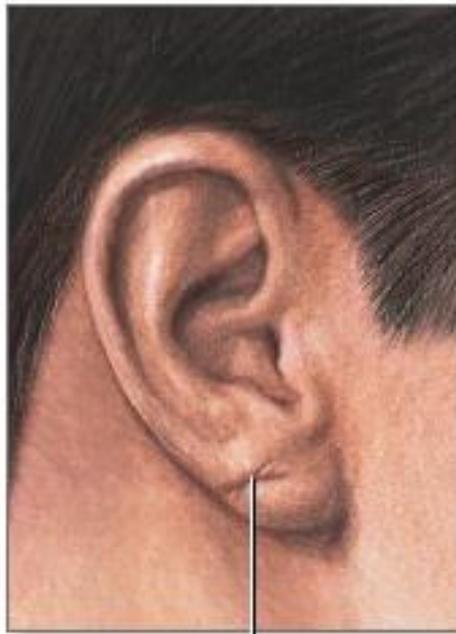
PIEL Y FANERAS







Lóbulo de la oreja normal



Pliegue del lóbulo de la oreja

 ADAM.



Surco diagonal en el lóbulo de la oreja, ¿signo de enfermedad arterial coronaria?

Sebastián B. Lamot¹, Gustavo G. Lonergo¹, Marcos Hernández¹,
Juan M. Lamot¹, Susana Lapresa², Edgardo Sobrino³

¹ Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires,

² Servicio de Medicina Nuclear Instituto María Curie,

³ Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Dirección Postal: Dr. Edgardo Sobrino, Arévalo 2077 PB B, 1426 Buenos Aires, Argentina e-mail: dredgardosobrino@gmail.com

Resumen

El surco diagonal es un signo encontrado en el lóbulo de la oreja, que estaría relacionado con la enfermedad arterial coronaria. Nuestro objetivo fue estudiar la utilidad del signo. Se examinaron 104 pacientes (entre 30 y 80 años) clasificados por sexo y edad. Cuarenta y nueve tenían enfermedad arterial coronaria diagnosticada por coronariografía (obstrucción > del 70% en una de las grandes arterias) y/o gamagrafía de perfusión miocárdica con Talio 201 (defecto fijo). El grupo control estuvo compuesto por 55 pacientes (asintomáticos, con electrocardiograma normal). Los datos obtenidos fueron sensibilidad (61.2%), especificidad (78.2%), valor predictivo positivo de (71.4%) y valor predictivo negativo (69.3%).

Observamos una relación significativa entre la presencia de surco diagonal y enfermedad arterial coronaria. Consideramos que este signo podría resultar de utilidad en la práctica clínica, fundamentalmente para los pacientes entre 30 y 60 años.

 Referencias del artículo

 Como citar este artículo

 Traducción automática

 Enviar artículo por email

Indicadores

Citado por SciELO

Links relacionados

Citado por Google

 Similares en SciELO

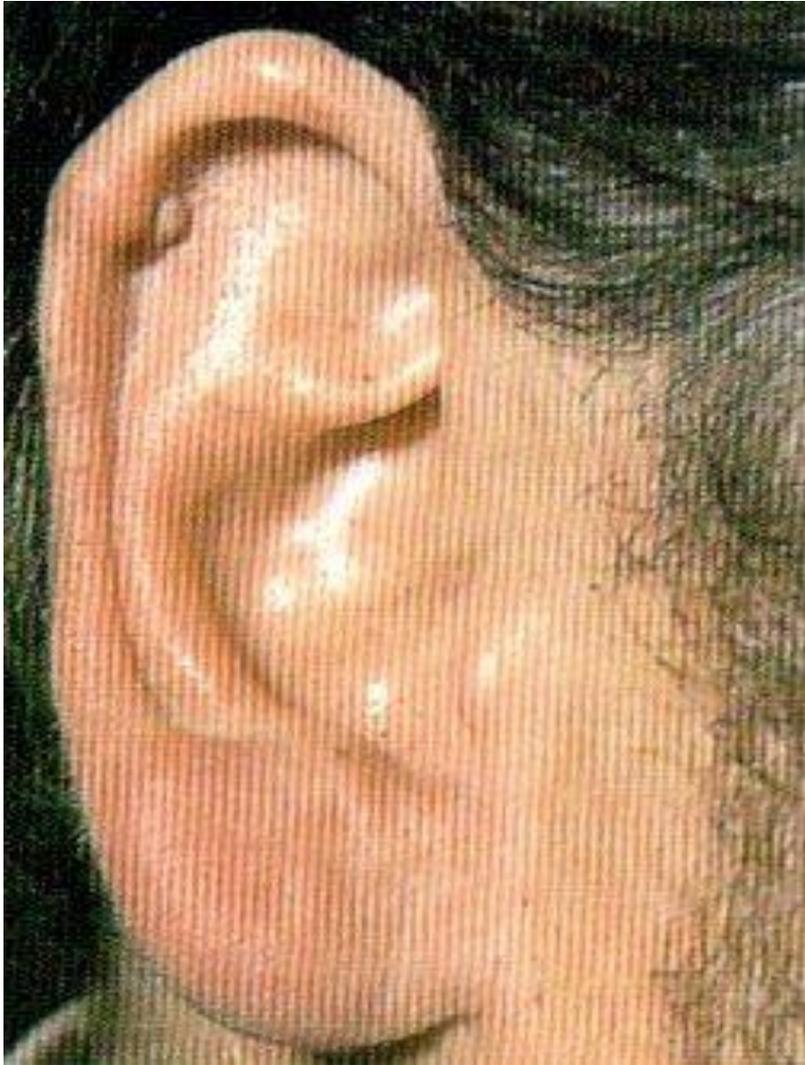
 Similares en Google

Bookmark

| Otros

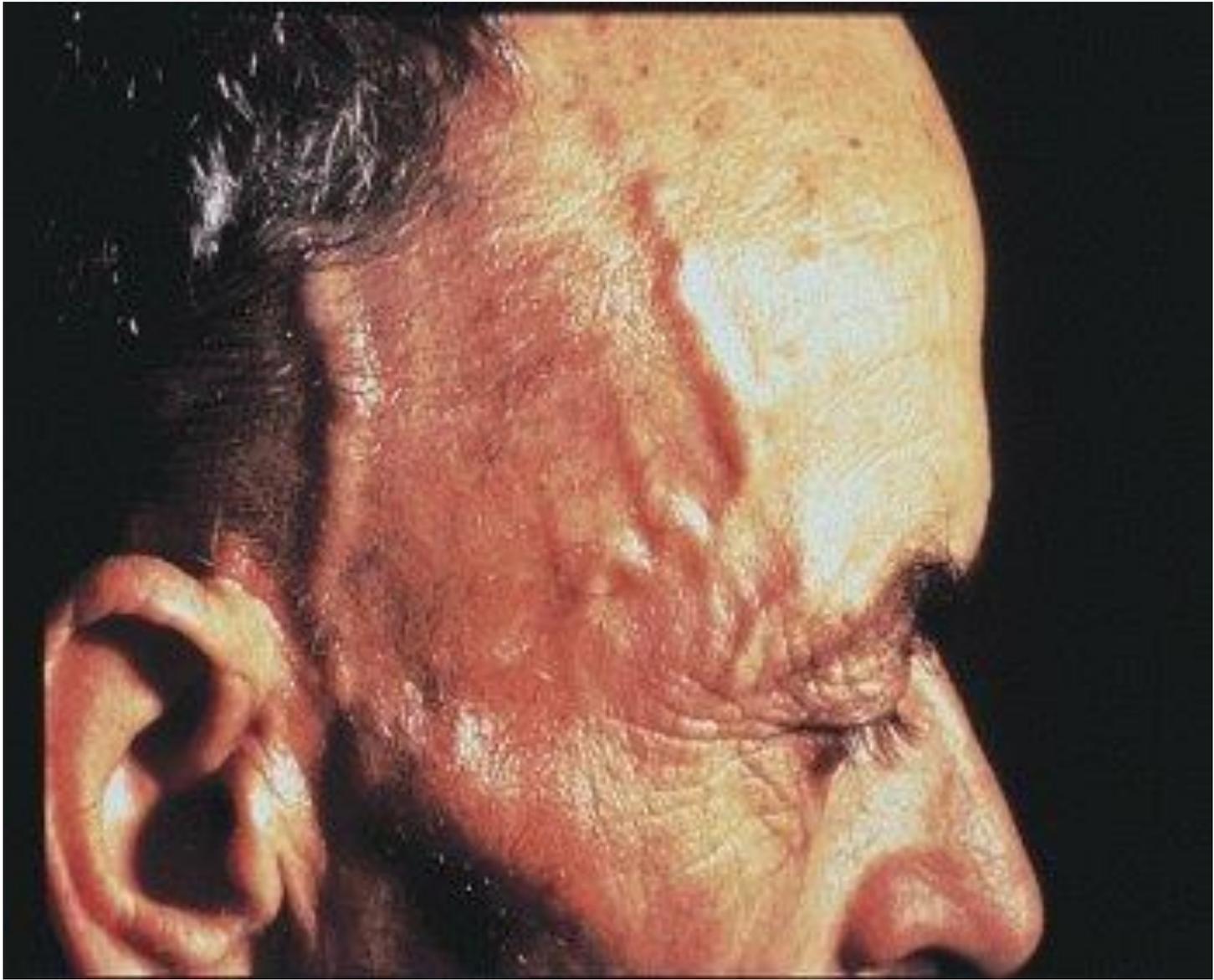
Permalink







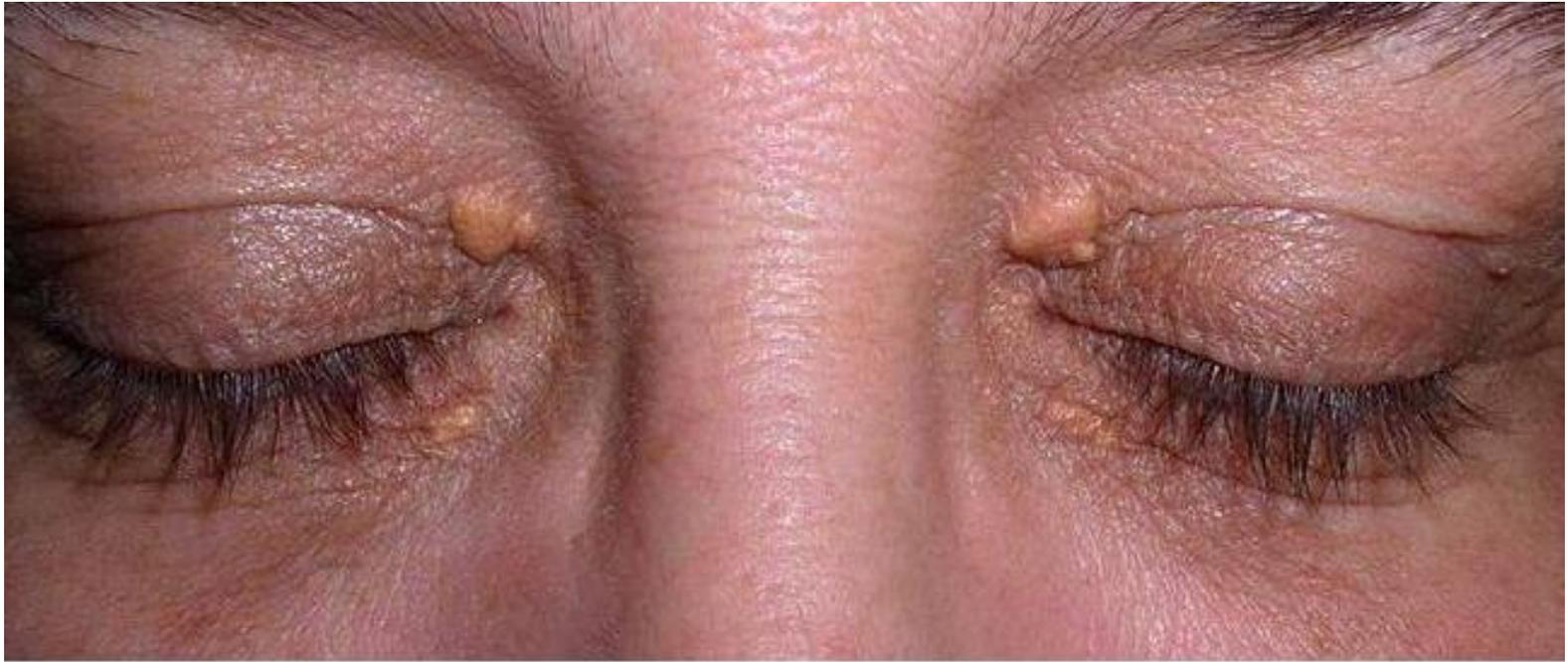






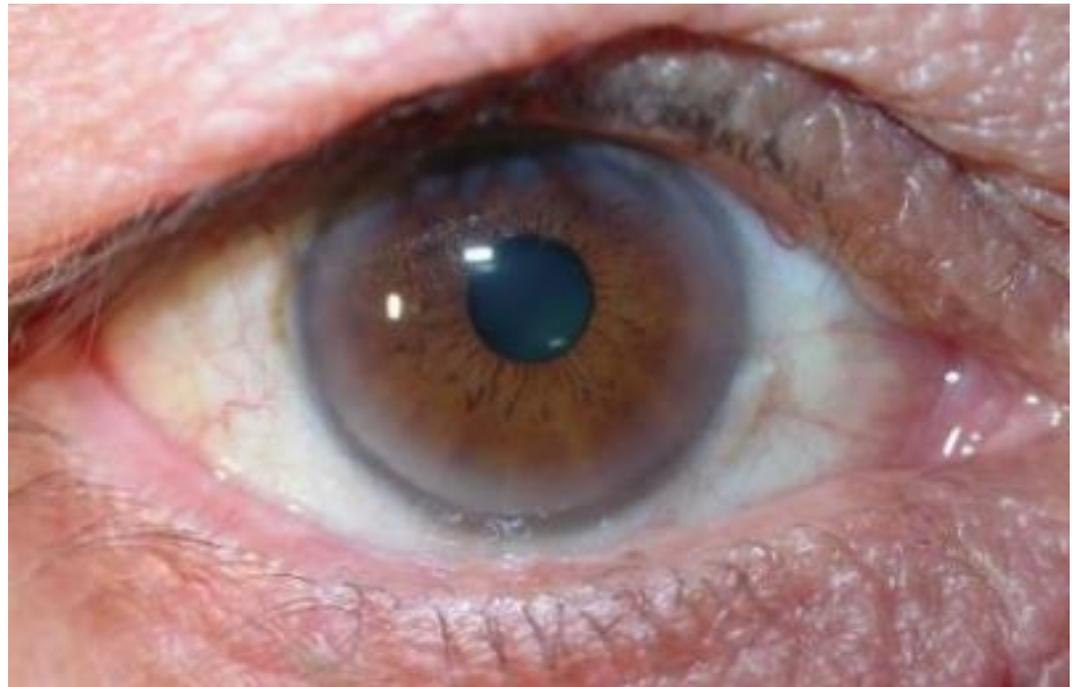
Xantelasmas en parpados







Gerontoxon
ó
Haló Senil
ó
Arco Corneo







Xantomias

Clasificación y Características de las Dislipidemias

Características	Tipo de Dislipidemias					
	I	IIa	IIb	III	IV	V
Cambios usuales en los lípidos plasmáticos						
Triglicéridos	↑↑↑	N	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑↑
Colesterol	↑	↑↑	↑↑	↑	N/↑	↑
Relación Colesterol: Triglicéridos	<0.2	>0.5	Variable	Cercano 1.0	Variable	0.15-0.60
Anormalidades en las lipoproteínas						
Quilomicrones	↑↑	↓	N	N/↑	N	↑
VLDL	N/↑	N	↑	↑	↑↑	↑↑
LDL	↓↓	↑↑	↑	↑	N/↓	↓
HDL	↓↓	N	N	N	N/↓	↓
Posibles manifestaciones Clínicas						
Hiperuricemia					✓	
Pancreatitis	✓					✓
Hepatoesplenomegalia	✓					✓
Enf. Coronaria prematura		✓	✓	✓	✓	
Xantomas	✓	✓	✓	✓		✓
Dolor abdominal	✓					✓
Arco corneo		✓	✓			✓
Datos recopilados de Beaumont y col. (1970); Frederickson (1978); Murchison (1985); Shaefer y Levy (1985). Abreviación N = Normal.						



Ingurgitación Yugular





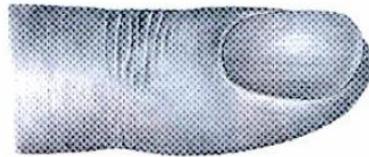
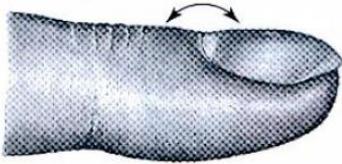
Acropaquía

hipocratismo digital

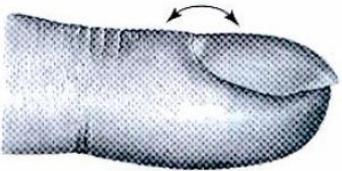
Dedos en palillo de tambor



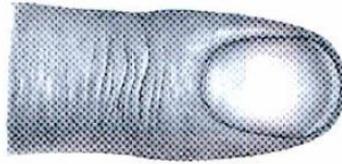
Dedo en palillo de tambor (fase temprana) Casi 180° Oscurecimiento de la uña



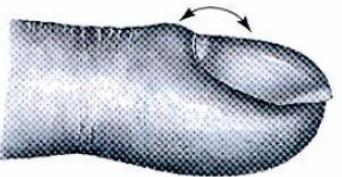
Dedo en palillo de tambor (fase intermedia) 180°



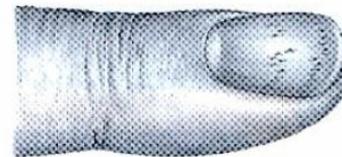
Uña de Terry



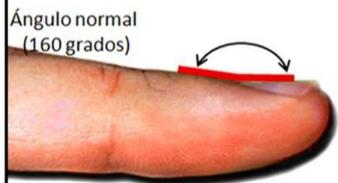
Dedo en palillo de tambor (fase avanzada) > 180°



Hemorragias en astilla



Ángulo mayor a 180 grados

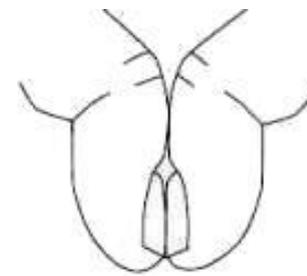


Ángulo normal (160 grados)

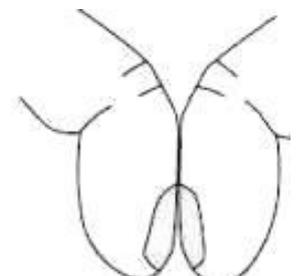


Uñas curvadas y alargadas (en vidrio de reloj)

tutomedic



Negative for Schamroth sign.



Schamroth sign.



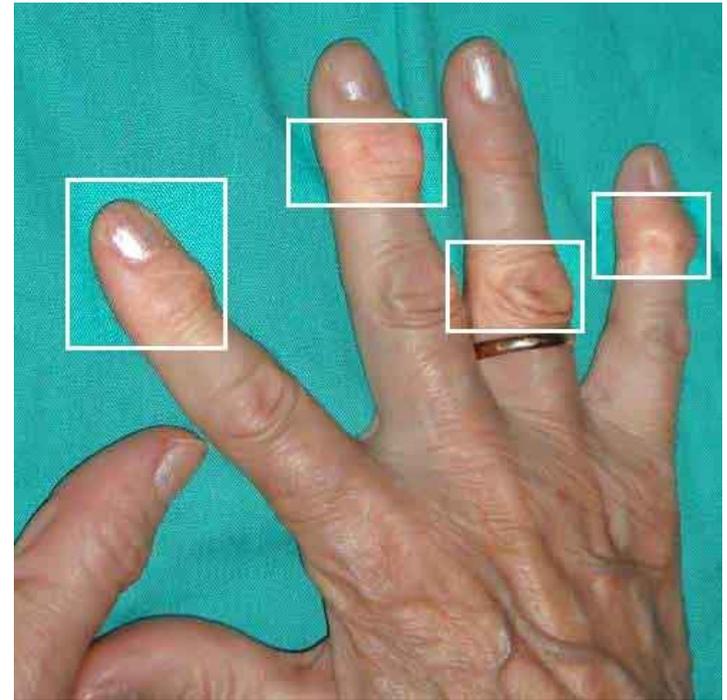




Cianosis Periférica







Nodulo de Heberden y Bouchard













Varices





Insuficiencia
Venosa

Insuficiencia
Arterial







ULCERAS VENOSAS



ULCERAS CUTANEA



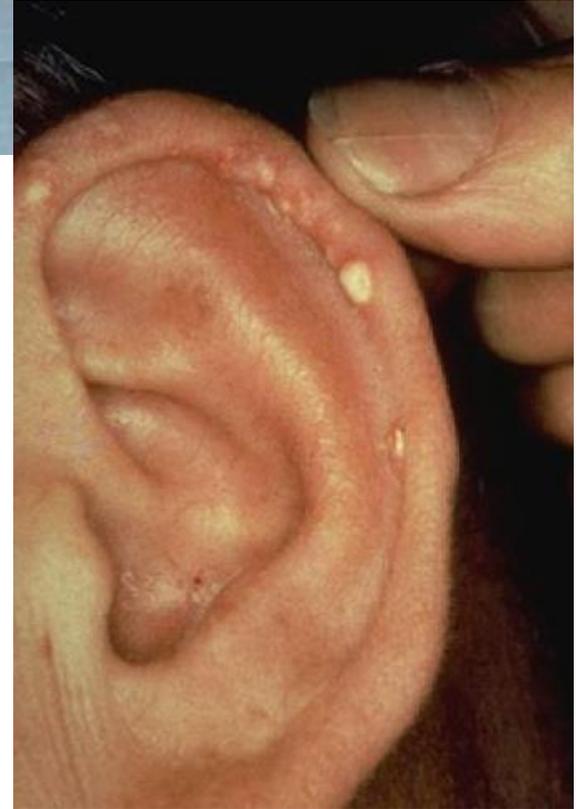
ULCERAS ARTERIALES



Onychogryphosis







Vasculitis Reumatoidea



nódulos reumatoideos











Fisuras piel del Calcaneo

Hiperqueratosis del pie



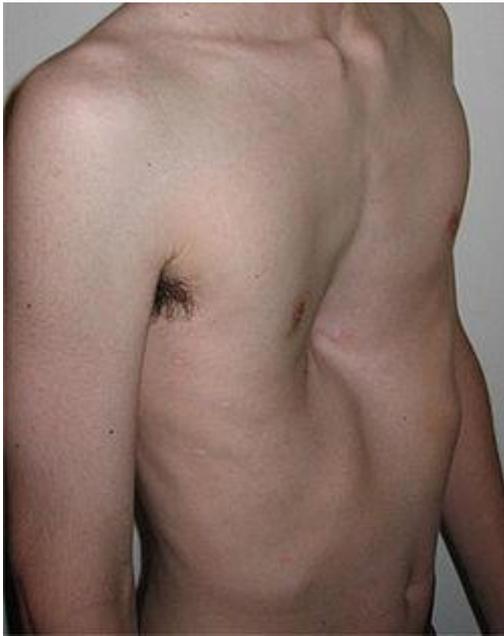
TORAX



Tórax en tonel

Cifosis Torácica





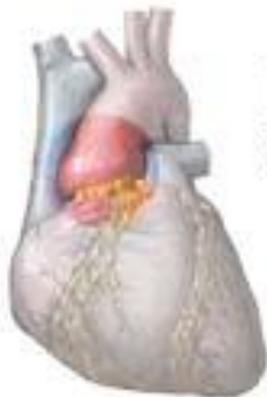
Pectus excavatum (o infundibuliforme) y pectus carinatum (o pecho de paloma):constituyen la deformidad por hundimiento o protrusión, respectivamente, del esternón, respecto de la parrilla costal



Pectus excavatum



arachnodactyly

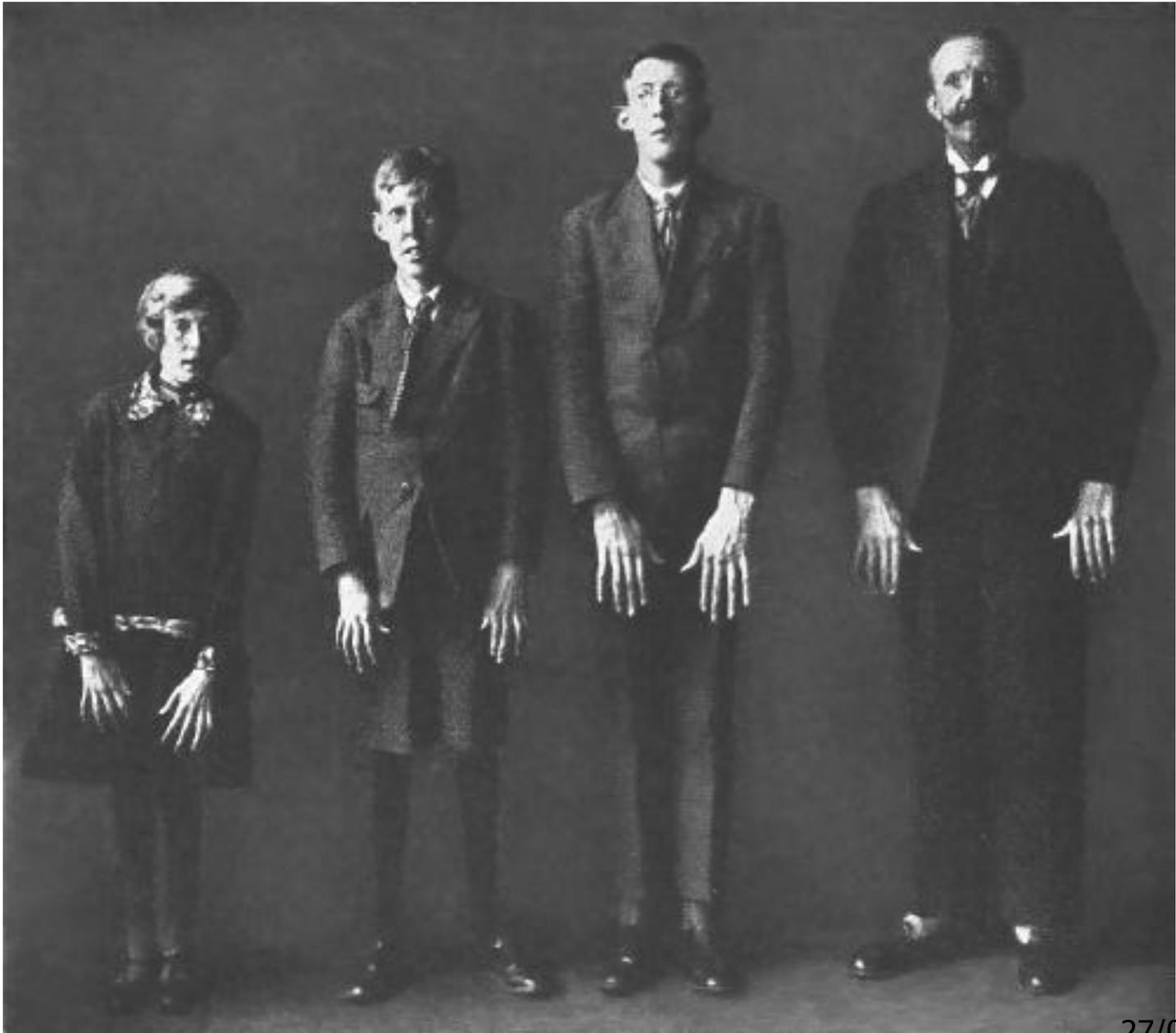


Dilation of aorta



ADAM.







CARACTERIZACION DE LA GRAVEDAD DEL EDEMA



Equimosis en los dedos

Edema del pie

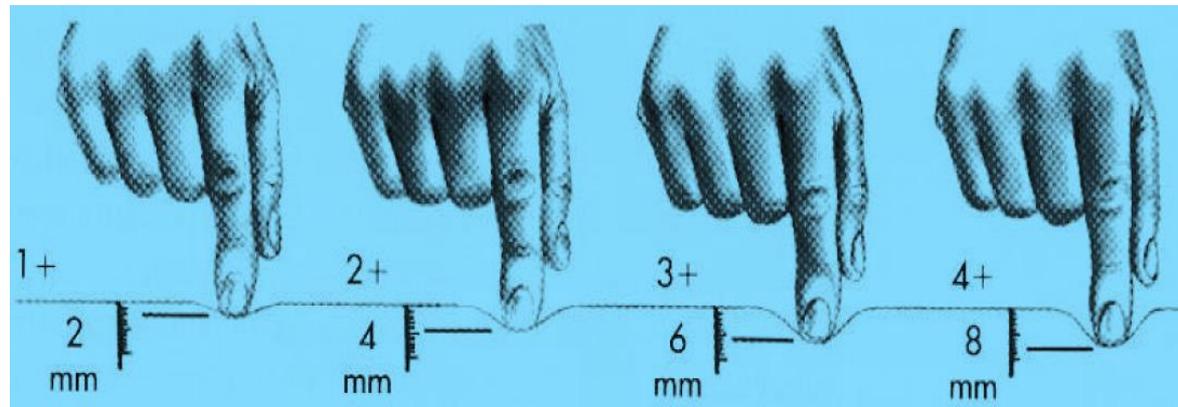
La Gravedad del edema puede caracterizarse en una escala de **1+ a 4+**. Cualquier fóvea concomitante puede ser moderada ó grave, poniéndose de manifiesto de la siguiente forma:

1+: Fóvea ligera sin distorsión visible, desaparece con rapidez

2+: Fóvea más profunda que en 1+, pero continua sin haber una distorsión visible y desaparece al cabo de 10-15 segundos.

3+: La fóvea es llamativamente profunda y puede durar mas de 1 minuto; la extremidad en declive aparece embotada y tumefacta.

4+: La fóvea es muy profunda, incluso se mantiene 2-5 minutos, y la extremidad en declive esta distorsionada groseramente





EDEMA de acuerdo con la extensión:

- Grado I tobillos.
- Grado II hasta rodillas.
- Grado III hasta la ingle.
- **Anasarca** = edema generalizado.

El profesional de la salud que utiliza regularmente un diálogo adecuado enriquece el capital de sus ideas, madura emocionalmente y profundiza su sabiduría.

- En nuestro diálogo con el paciente es más importante **saber preguntar que saber afirmar**. La pregunta se debe hacer con intención de que el paciente se dé cuenta de lo que desconoce y que debería conocer.





Referencias Bibliográficas:

1. Semiología médica y Técnica exploratoria, Antonio Suros Batllo, 8Ed.
2. Mosby's Guide to Physical Examination, **Seidel Henry** 6E.
3. BATES' Guides to Physical examination and History Taking, **Lynn S. Bickley**, 9E





El médico debe ser suficientemente flexible, amplio, sereno, permeable, perspicaz y comprensivo para adaptarse a cada circunstancia. Un médico rígido, obtuso e impaciente no puede acomodarse a las diferentes situaciones que se le van a ir atravesando y tendrá serias dificultades en relacionarse y tratar con éxito a una persona enferma.

Si bien es cierto que esta
sabiduría, actitudes y
competencias las va
adquiriendo con la experiencia...



no es menos cierto
que debe estudiarlas
para que se le haga
más expedito y
cierto el camino en
adquirirlas: “no hay
nada más práctico
que una buena
teoría” (Kurt Lewin).