

Examen físico general

El examen físico general comprende:

1. Marcha
2. Biotipo
3. Actitud
4. Facies.
5. Talla
6. Peso
7. Temperatura.
8. Piel
9. Mucosas
10. Faneras (pelo y uñas).
11. Tejido celular subcutáneo
12. Panículo adiposo.

Marcha

Pedir a la persona que camine para detallar la función motora de movimientos groseros (marcha, postura, estancia) y amplitud de las articulaciones usadas al caminar. La normal es suave, general y acompañada de balanceo simétrico de los brazos; el talón toca gentilmente el suelo con rodilla extendida, el paso se transfiere armónicamente a lo largo del pie hacia el metatarso. Con la rodilla ligeramente flexionada, el pie debe levantarse del suelo (al caminar movimientos coordinados).

Marchas patológicas

- **Marcha atáxica (taloneante)** el enfermo proyecta bruscamente el pie hacia delante y asienta a continuación de forma brusca el talón en el suelo. Se observa esta marcha en la tabes dorsal.
- **Marcha polineurítica o estepaje**, observada en las polineuritis o polineurorradiculitis de los miembros inferiores de distintas etiologías (diabética, alcohólica, arsenical). En ella se ve que el enfermo levanta la pierna en forma amplia, quedando el pie como colgando.
- **Marcha guadañante o hemipléjica** de la hemiplejía espasmódica, es aquella en que el enfermo mueve la pierna afecta trazando un arco de convexidad exterior que recuerda el movimiento de la guadaña.
- **Marcha titubeante, asinérgica o cerebelosa**. Aquí el enfermo camina en zigzag (marcha de ebrio), tiene, además, desviación hacia uno u otro lado del punto de destino (lateropulsión), también tiene titubeo. Se ve en el síndrome cerebeloso.

Registro normal: Paciente cuya marcha no recuerda ningún proceso patológico.

Biotipo

Realizar el ángulo costoepigástrico:

- Normolíneo, ángulo recto
- Brevilíneo, ángulo obtuso
- Longuilíneo, ángulo agudo.

Registro: Normolíneo, brevilíneo o longuilíneo.

Actitud

Se refiere a la posición que asume el individuo cuando está de pie o sentado y también, acostado.

Actitud en el lecho

Decúbito pasivo: aquel en que las fuerzas exteriores, especialmente la gravedad, lo coloquen, por encontrarse inerte, falto de fuerzas o inconsciente. Se observa en diversos estados morbosos, casi todos graves, sobre todo aquellas que conducen al estado de coma o semicoma.

Decúbito activo: es el decúbito que adopta el paciente por su propia voluntad y fuerzas; puede ser:

- **Indiferente:** Se modifica a voluntad
- **Forzado u obligado:** No se modifica a voluntad, se encuentran principalmente en aquellas enfermedades que se acompañan de disnea, dolor, parálisis, contracturas musculares o retracciones tendinosas, trastornos articulares, etcétera.

Decúbitos activos forzados u obligados

- **Posición de ortopnea:** Posición obligada de pie o sentada que adopta el paciente afecto de disnea intensa u ortopnea, se encuentra sentado o semisentado, descansando sobre varias almohadas, para mantener el tronco erecto, única posición en que se alivia y puede respirar con más facilidad. En casos extremos, el enfermo se inclina hacia delante apoyando en un plano resistente sus manos o codos; abandona en ocasiones la cama para recostarse en una ventana, en una mesa o en una silla con el cuerpo reclinado hacia delante.
- **Signo del almohadón:** Algunos enfermos colocan sobre sus muslos una almohada, y permaneciendo sentados, se recuestan en ella adoptando una actitud muy peculiar. (Derrames pericárdicos y corazón hipertrófico)
- **Plegaria mahometana o genupectoral:** el enfermo se encuentra de rodillas en el lecho inclinando su tronco fuertemente hacia el plano de la cama, apoyándose en él con sus manos o sus codos. Estas actitudes asumidas instintivamente por los enfermos, al proyectar el corazón con su envoltura pericárdica hacia delante, contribuyen a la descompresión del pulmón (rechazado hacia atrás por el corazón hipertrófico o por el derrame pericárdico), con lo cual facilitan de este modo la respiración.
- **Decúbito lateral forzado:**
 - En neumonía o por pleuritis los pacientes se acuestan por lo general sobre el lado sano, para no aumentar el dolor.
 - En el derrame pleural (neumotórax, pnoneumotórax, hidroneumotórax), el enfermo tiende a acostarse del lado afecto, ya que así consigue que el pulmón sano respire con más libertad y compense el déficit respiratorio consecutivo a la atelectasia, determinada por la colección líquida en el lado enfermo.
 - En los casos en que existen cavidades supurantes en el pulmón (cavernas pulmonares, bronquiectasias), el enfermo suele acostarse del mismo lado en que asienta la cavidad supurante. Así evita ser despertado constantemente por la tos ocasionada por el paso a los bronquios de la secreción purulenta de la cavidad. Durante la noche y por la acción de la gravedad, facilitada por el decúbito lateral adoptado, el pus se va acumulando en la caverna o bronquio dilatado, para ser expulsado, abocanadas al levantarse.
- **Decúbito dorsal:** Es adoptado por enfermos afectados de procesos abdominales agudos (apendicitis, peritonitis, colecistitis), y se acompaña con frecuencia de flexión de los miembros inferiores, o de uno de ellos, el derecho, por ejemplo, como se ve en las inflamaciones apendiculares.
- **Decúbito prono:** Se adopta a menudo por los que sufren cólicos abdominales, como los cólicos saturninos, que se observan en la intoxicación por el plomo, y que se alivian apreciablemente en esta posición. Igualmente se presentan en decúbito prono algunos casos de epigastralgias por úlcera de la pared posterior del estómago, y los casos que sufren de ciertas lesiones de la columna vertebral, por ejemplo, tuberculosis (mal de Pott).



- **Opistótonos** (Del griego opisthen, hacia atrás; tones: tensión.) Es una actitud poco frecuente, en que el cuerpo descansa sobre la cabeza y los talones, arqueándose el tronco hacia arriba; el dorso se presenta cóncavo, hacia el plano de la cama, en tal forma que entre ambos puede pasarse la mano. Se observa en el envenenamiento por estricnina, en el tétanos, en las convulsiones de la rabia, en la histeria, en la epilepsia y, en un grado menor, en la meningitis.



- **Emprostótonos:** En el emprostótonos (del griego émprōsthe: adelante; tones: tensión), la posición adoptada por el enfermo es el reverso del opistótonos. El cuerpo doblado hacia delante descansa sobre la frente y los pies, con la cara hacia abajo. Es mucho más raro que el opistótonos y se observa en el envenenamiento por estricnina y en el tétanos; en este último da lugar a lo que se llama el tétanos en bola.
- **Pleurotótonos:** En esta actitud la corvadura del cuerpo es lateral, arqueándose sobre un costado, por contractura unilateral. Se observa, muy raramente, en el tétanos o en algunas afecciones de la columna vertebral o de la pleura. Etimológicamente, el término procede del griego pleurotheu: de lado; tonos: tensión.
- **Posición en gatillo de escopeta** En la meningitis tuberculosa, como consecuencia de la contractura muscular que determina la irritación de la corteza cerebral, se observa algunas veces, la posición denominada "en gatillo de escopeta". El enfermo se encuentra en decúbito lateral, con ligera extensión de la nuca y marcada adducción y flexión de los muslos sobre el abdomen y de las piernas sobre el muslo, simulando su silueta un gatillo de escopeta.



Actitud durante la posición de pie

- Debe observarse al individuo en sus diversos ángulos: frontalis, lateralis y posteriori
- analizar y considerar la relación estática que guardan entre sí la cabeza, el tronco, los miembros superiores y los inferiores
- observar su línea de verticalidad, sus ángulos y curvas
- apreciar la sensación de rigidez o flacidez que presenten los diversos segmentos, según sea la resistencia que opongan a la gravedad, es decir, la sinergia estática que guardan entre sí los diversos segmentos del cuerpo.
- Es también conveniente observar en el individuo la forma de sentarse y la de ponerse de pie, así como la energía, el ritmo y el modo de sus gestos y movimientos.

Las actitudes o maneras de estar de pie se dividen en:

1. **Actitudes somatoconstitucionales, o normales, o fisiológicas:**
 - **Tipo esténico:** Que es aquel que presenta un buen tono del sistema ligamentoso-muscular, que se manifiesta a la inspección por una actitud que da impresión de aplomo, ductilidad y energía a un mismo tiempo; por ejemplo: la actitud del hombre de armas y la del deportista.
 - **Tipo asténico:** Que es aquel en que el tono ligamentoso-muscular sufre un déficit constitucional de regulación, por lo cual este tipo de actitud da una impresión de abandono y flacidez en sus diversos segmentos corporales. Así, la cabeza no se sostiene con aplomo, los brazos caen péndulos a los lados del tronco, los hombros aparecen un poco cargados hacia delante, y las piernas presentan (lo mismo que el tronco) una ligera flexión; por ejemplo: la actitud del hombre sedentario.
2. **Actitudes patológicas.** Son aquellas que están determinadas por las consecuencias funcionales que pueden llegar a producir algunas enfermedades, casi siempre están condicionadas por la existencia de: dolor, afecciones óseas y/o articulares, musculares o del sistema nervioso. Por ejemplo:

- En enfermos que sufren de enfermedades gástricas o intestinales dolorosas, se observa, cuando pueden mantenerse en pie, una actitud característica, consistente en la flexión del tronco hacia delante, sosteniéndose el vientre con las manos. Si el dolor se experimenta en la región lumbar, o en la cadera, el cuerpo se inclina hacia ese lado, flexionándose el miembro inferior correspondiente y descendiendo el hombro del mismo lado, lo cual hace al sujeto asumir una posición inclinada característica.
- En los dolores torácicos (neumonía, pleuresía, neuralgia intercostal), el enfermo se presenta con el tronco flexionado sobre el lado afecto, donde con frecuencia coloca las manos sobre el mismo para tratar de aliviar el dolor al disminuir, por ese medio, la expansión torácica respiratoria.
- Actitud de la hemiplejía: con el hombro caído y el miembro superior en flexión (dedos flexionados sobre la mano, mano sobre el antebrazo y antebrazo sobre el brazo) y en adducción (pegado al tronco), y el miembro inferior en extensión, lo que permite la marcha característica de estos pacientes.
- En la enfermedad de Parkinson, o parálisis agitante, es típica la actitud del enfermo, el que se presenta fijo, como soldado, ligeramente flexionado el tronco hacia delante, como en actitud de saludar, con una facies característica, estuporosa y casi inmóvil.
- Actitud de tenor, que se observa en ciertas miopatías primitivas, en las que el enfermo presenta una marcada depresión lumbar, en forma de silla de montar, extensión del de que fuera un cantante que va a emitir una nota alta.

Actitud en la hemiplejía



Actitud en el Parkinson



Actitud de tenor



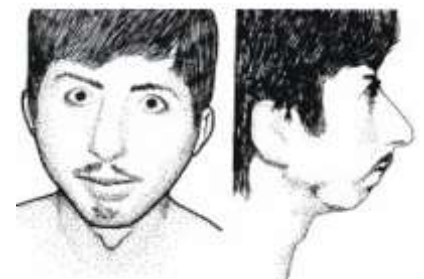
Registro normal: Actitud de pie y sentada correcta, erecta. Acostada o en el lecho decúbito activo no obligado.

Facies

Se refiere al aspecto y la configuración de la cara, la expresión facial o fisonómica de la persona.

Evaluar la simetría facial, tanto estática como en movimiento, comparando el lado derecho de la cara con el izquierdo, evaluando las arrugas de la frente, las cejas, los párpados, los ojos nasogenianos y las comisuras labiales.

- **Facies adenoidea.** Se presenta por lo general en los niños que sufren de vegetaciones adenoideas (de donde toma su nombre) o de otras causas de obstrucción de la nasofaringe. Como consecuencia de la dificultad en la respiración nasal que estos procesos determinan, los sujetos que la padecen presentan, por lo general, la boca constantemente abierta, con la mandíbula inferior caída y saliente, la nariz fina, con sus aberturas poco desarrolladas, y una expresión poco inteligente de la cara (aun cuando se conserva una inteligencia bien desarrollada).



- **Facies neumónica:** En ella observamos la mirada brillante, algo ansiosa por la disnea y un enrojecimiento muy visible en una de las mejillas. El aleteo de la nariz producido por la disnea y la aparición de vesículas de herpes alrededor de la comisura labial completa esta facies.
- **Facies aórtica:** Se observa en los sujetos portadores de una insuficiencia de las válvulas sigmoideas aórticas. Hay palidez de la cara, aunque a veces puede percibirse un ligero tinte cianótico; amplios latidos arteriales en las arterias temporales y especialmente en las del cuello; en ocasiones se observa un movimiento especial de la cabeza como si hicieran con ella constantes gestos afirmativos (signo de Musset).
- **Facies ansiosa de la asistolia:** Se destaca la expresión de ansiedad que le da nombre, el color cianótico pronunciado de la cara, que está edematosa en muchos casos, y el aleteo constante de la nariz, expresivo de la intensa disnea que caracteriza a esos enfermos.

- **Facies renal o edematosa:** Se caracteriza por edema de la cara, especialmente de los párpados, y la palidez de la piel, consecutiva al propio edema. La infiltración edematosa redondea la cara, lo que, con el estrechamiento de la abertura palpebral que determina el edema de los párpados, le confiere al conjunto un aspecto muy parecido al de los muñecos que se encuentran en muchos dibujos chinos, por lo cual a esta facies también se le llama facies de muñeco chino. Se observa en las nefritis que dan lugar a edema y en las nefrosis.



- **Facies peritoneal o peritonítica o facies hipocrática:** Se observa en graves procesos abdominales (peritonitis séptica, perforaciones de úlcera gástrica o duodenales, perforaciones intestinales, hernias estranguladas, etc.) y en el estadio agónico de otras enfermedades. Se caracteriza por la expresión ansiosa y la palidez terrosa de la cara con los ojos y las mejillas hundidos, especialmente los primeros, que parecen perderse en el fondo de las órbitas, orlados por ojeras violáceas. El hundimiento de las partes blandas destaca la nariz y las formaciones óseas de la cara, apareciendo la primera como alargada, adelgazada y afilada, lo que, con el marcado saliente de los pómulos, le confiere un aspecto peculiar e impresionante a la fisonomía. Esta, junto a la mirada vaga, tórpida de estos enfermos, refleja fielmente la gravedad del proceso y la inminencia de su desenlace fatal. Completa el conjunto de las características de facies de tan grave pronóstico el desplazamiento hacia fuera del lóbulo de la oreja por contracción local.
- **Facies hepática:** Se observa en los que padecen de enfermedades del hígado, especialmente de marcha crónica, y en la insuficiencia hepática. Se caracteriza esencialmente por un tinte amarillo o pajizo de la piel, en la que pueden observarse pequeños vasos en forma de araña que se denominan arañas vasculares o telangiectasias aracnoideas. Algunas veces se observan, en las mejillas y en la frente sobre todo, manchas oscuras pigmentarias.

- **Facies acromegálica:** Se caracteriza por el desarrollo considerable que alcanza el esqueleto del cráneo y de la cara, y el espesamiento de la bóveda craneal; notable aumento de tamaño de la protuberancia occipital externa y de las protuberancias frontales; gran desarrollo de los pómulos y de las arcadas cigomáticas y, especialmente, del maxilar inferior que se hace prognático. La nariz aumenta de tamaño de modo muy característico, desarrollándose, especialmente en anchura. También se observa una hipertrofia de la lengua con mayor prominencia de sus papilas y un espaciamento o separación de los dientes que es debido al crecimiento anormal del maxilar inferior. Estos trastornos del crecimiento de los huesos no se limitan al esqueleto de la cara y del cráneo, sino que afectan también los demás huesos, salvo los largos, que son muy poco alterados. En estos casos se observa marcado crecimiento de las manos y de los pies, que despierta la atención del enfermo al verse obligado a aumentar progresivamente el número del calzado o de los guantes que utiliza. Este proceso está en relación con la existencia de una hipersecreción de la hormona de crecimiento.



- **Facies cretinoidea:** Se presenta en el cretinismo endémico y en los raros casos de cretinismo esporádico. Se caracteriza por una cara ancha, con labios gruesos y la boca, generalmente abierta, deja asomarse la lengua, aumentada de tamaño. La nariz es ancha y aplastada, el pelo es escaso y frágil, y la piel seca y engrosada, con un tinte pardusco. Estos enfermos presentan una expresión estúpida y muy limitada inteligencia, con frecuencia se observa entre ellos la sordomudez o la mudez.
- **Facies mixedematosa:** la expresión general es de apatía y estupor; la piel es rugosa, seca y espesa; las mejillas a menudo cianóticas y los párpados abotagados. Los labios grandes y ligeramente vueltos hacia fuera, dejan ver la mucosa de la boca; la nariz es ancha, las orejas gruesas, el pelo poco abundante y con tendencia a la caída, como las cejas, a las que, por lo general, les falta la cola (signo de la cola de las cejas). Se observa, sobre todo, en el mixedema originado por déficit de la secreción tiroidea (hipotiroidismo).
- **Facies basedowiana o hipertiroidea:** Es una facies muy característica y de gran valor diagnóstico. Se observa en los casos de bocio exoftálmico, donde existe tirotoxicosis o hipertiroidismo, con aumento de volumen de la glándula tiroidea (bocio). En estos casos, la facies del enfermo parece corresponder con la de una persona que hubiese sufrido un fuerte susto. A la expresión fisonómica asustada, como de terror, se unen los ojos salientes, saltones (exoftalmía), muy abiertos, con gran abertura de la hendidura palpebral, y la ausencia casi completa de pestañeo. A la gran abertura palpebral se le conoce como el signo de Dalrymple. Puede observarse aquí, también, el signo de Von Graefe, que consiste en que al dirigir la mirada hacia abajo, el párpado superior queda retrasado, de tal modo que se hace visible la esclerótica por encima del iris.
- **Facies de la parálisis facial:** Se caracteriza por la desviación que experimenta la boca hacia el lado sano en los estadios iniciales, con descenso de la comisura labial y ausencia de los pliegues faciales en la mitad paralizada de la cara. En la parálisis facial periférica se observa, además, la imposibilidad de cerrar el ojo del lado enfermo, por falta de descenso del párpado superior, lo que determina un aspecto especial del ojo que recuerda el de las estatuas. Esto se conoce con el nombre de signo de Bell, que es útil como elemento diagnóstico diferencial con la parálisis facial de origen central, en la que ese signo no se observa.
- **Facies parkinsoniana:** Es muy característica. La inmovilidad de la cara, y la falta de toda expresión mímica, le da un aspecto de máscara; la expresión fisonómica del sujeto es como de admiración o de susto. Los ojos aparecen a menudo inteligentemente expresivos, como si quisieran compensar la inexpressión del resto de la facies.
- **Facies mediastinal:** Se destaca la coloración violácea de la cara que aparece abotagada –francamente edematosa–, la disnea y la ingurgitación de las venas consecutiva a la compresión de la vena cava superior en el mediastino. En estos casos la cianosis y el edema suelen extenderse a la cabeza, el cuello, las extremidades superiores y la porción superior del tórax, lo que se describe como cianosis o edema en esclavina.
- **Facies dolorosa:** La expresión de sufrimiento del enfermo y el aumento de los pliegues transversales de la frente y contracción de los músculos de la cara, son bien característicos en esta facies.
- **Facies febril:** En los procesos generales acompañados de fiebre, puede apreciarse la existencia de esta facies, con su mirada brillante, enrojecimiento de los pómulos y palidez del resto de la piel, posiblemente determinados por la existencia de cierto grado de excitación simpática.
- **Facies tetánica:** Se destaca la existencia de una expresión de risa permanente en la boca (risa sardónica), con contractura de los músculos de la cara, y, con frecuencia, de los maseteros, lo que impide la apertura de la boca



(trismo). El cuadro se completa con las convulsiones, tónicas fundamentalmente, que conducen con frecuencia a la adopción de actitudes especiales, opistótonos por ejemplo.

- **Facies tifóidica o estuporosa:** Propia de la fiebre tifoidea y otros procesos graves toxiinfecciosos, se destaca, sobre todo, la expresión de somnolencia o de sopor y de gran agotamiento del enfermo, el que permanece postrado, con los ojos cerrados o entreabiertos y los labios secos y cubiertos de pequeñas concreciones oscuras que se designan con el nombre de fuliginosidades.

Registro normal: Paciente cuya fascies no recuerda ningún proceso patológico.

Talla

Alteraciones de la talla:

- El gigantismo, altura superior a 2 m, se debe, por lo general, a trastornos de las glándulas de secreción interna, especialmente del lóbulo anterior de la hipófisis
- El enanismo, altura inferior a 1,20 m, puede ser debido a trastornos endocrinos (tiroideos o hipofisarios principalmente), o a la falta de crecimiento de las extremidades por una lesión de los cartílagos epifisarios. Este es el caso de la acondroplasia (del griego a: privativo; chondros: cartilago; plasia: formación). Los enanos acondroplásicos presentan la cabeza y el tronco muy grandes en relación con la cortedad de sus extremidades.

Peso

Alteraciones del peso

Cuando el peso del sujeto se encuentra por encima de los límites señalados como normales, se habla de obesidad; si se encuentra por debajo, de delgadez.

Piel y mucosas

- Inspeccione la piel y el pelo meticulosamente, a fondo, de la cabeza a los pies.
- Medir con una cinta o regla métrica las lesiones de la piel
- Si detecta anormalidades, compare siempre el lado derecho e izquierdo del cuerpo.
- Haga una evaluación posterior de las anormalidades detectadas entrevistándose con la persona y preguntando cuánto tiempo hace que aquellas están presentes; si hay molestia o dolor asociado; qué exacerba o mejora los hallazgos; y qué otra lesión o enfermedad puede estar involucrada.
- Desnudar al enfermo, respetando, sin embargo, los mandatos del pudor, especialmente si se trata de una mujer.
- Describa las características de todo examen de la piel (color y pigmentación, higiene y lesiones, humedad, temperatura, textura y grosor, turgencia y movilidad). Si existen lesiones de la piel, aunque no pueda delimitarse si tienen significado patológico, debe describirse: número, localización, forma, tamaño, color, consistencia, movilidad y sensibilidad.

Los aspectos que deben explorarse son:

- Color y pigmentación.
- Higiene y lesiones
- Humedad.
- Temperatura.
- Textura y grosor.
- Turgencia y movilidad.

ALTERACIONES DEL COLOR DE LA PIEL

- Palidez
- Rubicundez
- Cianosis

- Coloración amarilla (ictericia)
- Melanodermia
- Acromías
- Vitiligo

PALIDEZ

En la palidez está ausente el tinte sonrosado de la piel; esta se presenta de color blanco, a veces con un ligero matiz amarillento. También se observan decoloradas, más o menos exangües, las mucosas; lo que se aprecia en la de los labios, la boca y en la conjuntiva.

Semiografía

1. La palidez puede ser generalizada en todo el cuerpo o localizada en una parte de él o en un miembro, por ejemplo, en una porción del mismo.
2. De acuerdo con la intensidad de la coloración, se describe una palidez ligera, mediana o intensa.
3. Según el tinte especial que presentan se distinguen
 - palidez alabastrina y la palidez cérea que parecen corresponderse con la coloración especial del alabastro y de la cera, observadas, sobre todo, en ciertos estados anémicos
 - palidez pajiza, que presenta un color amarillo especial, semejante a la paja, observado sobre todo en los cancerosos (tinte pajizo de los cancerosos). Cuando la palidez presenta un tinte amarillento, se hace necesario distinguirla de las formas de ictericia, es decir, de lo que conocemos con el nombre de subictericia. Para ello atenderemos al color de la esclerótica, que se presentará más o menos francamente amarillenta en la ictericia ligera, en tanto que conservará, o acentuará, su blancura normal en la palidez.
 - la palidez verdosa, observada sobre todo en la clorosis (tipo especial de anemia, que de ahí toma su nombre, de cloros: verde) en que la palidez presenta un tinte verdoso muy característico
 - palidez térrea o terrosa, que se caracteriza por una pigmentación oscura, de la cara sobre todo, y que se observa en el paludismo y en algunas enfermedades del hígado.

RUBICUNDEZ

La coloración de la piel es anormalmente roja o rojiza, todo lo contrario de la palidez, a cuyo mecanismo patogénico corresponden todos los factores del mecanismo de la palidez, si bien actuando, como se comprende, en un sentido opuesto.

ICTERICIA

Coloración amarilla de la piel, las mucosas y los líquidos orgánicos, la cual se debe a su impregnación de bilirrubina, anormalmente aumentada en el plasma sanguíneo (hiperbilirrubinemia).

Se cree que el color amarillo icterico empieza a hacerse visible cuando el tenor de bilirrubina en la sangre es de 1,5 mg/100 mL y es francamente apreciable cuando existe más de 2 mg de pigmento en la misma cantidad de sangre.

Semiografía

- **Intensidad:** es muy variable, oscila desde el color amarillo apenas visible de la subictericia, hasta el claramente perceptible del llamado íctero franco. Algunas veces, el color amarillo no puede apreciarse ni en la piel ni en las mucosas, a pesar de que se encuentra aumentada la bilirrubina en el plasma sanguíneo. Decimos entonces que estamos frente a un íctero latente.
- **Localización:** el color amarillo de la ictericia alcanza mayor intensidad y se presenta más precozmente en determinadas regiones, que, por tanto, deberán ser inspeccionadas siempre con todo cuidado: esclerótica; cara inferior de la lengua; bóveda palatina, en especial el velo del paladar; piel de la frente, del pecho, del abdomen y de la cara interna de los miembros superiores e inferiores.
- **Tonalidad o tinte del color amarillo:**

- **Ictericia flavínica**, la coloración es amarillo claro o amarillo limón, y se observa con gran frecuencia en los ícteros hematógenos o hemolíticos
- **Ictericia rubínica** presenta un color amarillo más intenso, con un tinte rojizo (al que debe su nombre) o rojo pardusco. Manifiesta, generalmente, la existencia de una ictericia hepatógena, por alteración de la célula hepática, es decir, del tipo hepatocelular, algunas ocasiones este tinte rubínico adquiere un color anaranjado rojizo, muy característico, como en la leptospirosis icterohemorrágica.
- **Ictericia verdínica**, coloración verdosa, más o menos franca o amarillo verdoso, debido a la presencia de biliverdina, en proporción más o menos grande en la sangre circulante y los tejidos. Se presenta, casi exclusivamente, en las ictericias obstructivas.
- **Ictericia melánica**, de tono oscuro, casi negruzco en ocasiones, se presenta en las ictericias obstructivas de larga duración y gran intensidad, como el cáncer de la cabeza del páncreas. Es posible que la tonalidad oscura se deba a que la irritación prolongada de la piel por los pigmentos biliares dé lugar a un aumento del pigmento melánico epidérmico.

LESIONES VASCULARES DE LA PIEL

CIRCULACIÓN COLATERAL: Dilatación vascular vicariante, visible en los vasos superficiales a merced de la cual se reestablece en parte la circulación sanguínea interrumpida debido a obstrucción, compresión, y estrechamiento, de los vasos arteriales o venosos.

Semiotecnia: Vaciamos el segmento de un vaso sanguíneo dilatado entre dos dedos, y levantamos uno y otro alternativamente, para determinar en qué momento se llena la sección vaciada con más velocidad.

- Circulación colateral tipo cava superior:
 - Obstáculo en la circulación de la VCS, generalmente por compresión mediastínica.
 - Junto al edema y a la cianosis en esclavina forman una tríada
 - Marcada dilatación de las redes venosas de la parte superior del tórax.
 - La dirección es de arriba hacia abajo.
- Circulación colateral tipo cava inferior:
 - Obstrucción de la cava inferior (tumor abdominal, ascitis)
 - Dilatación venosa en la parte inferior del abdomen
 - Dirección de abajo hacia arriba.

LESIONES DE LA PIEL

1. **Mácula (mancha) y parche.** Cambios de color de la piel no palpables, lesiones planas (el color puede ser blanco, carmelita, negro, rojo o púrpura). Se diferencian solo en el tamaño y sus bordes.
 - a. Mácula: <1cm, bordes circunscritos. Ejemplo: pecas o efélides.
 - b. Parche: > 1 cm, los bordes pueden ser irregulares. Ejemplo: vitíligo.
2. **Pápula y placa.** Lesiones sólidas, elevadas, palpables, con bordes circunscritos.
 - a. Pápula: < 0,5 cm. Ejemplo: primeras lesiones del acné.
 - b. Placa: > 0,5 cm. Ejemplo: xantelasma de los párpados. Las placas pueden ser pápulas coalescentes con superficie plana.
3. **Nódulo y tumor.** Lesiones sólidas, elevadas, palpables, que se extienden más profundamente dentro de la dermis que la pápula y la placa.
 - a. Los nódulos son circunscritos, 0,5-2 cm. Ejemplo: quiste sebáceo.
 - b. Los tumores no siempre tienen un borde definido, > 2 cm. Ejemplo: neurofibroma.
4. **Roncha o habón.** Lesión elevada con bordes transitorios. A menudo de forma irregular. Varía de tamaño y color. Es causada por el movimiento de líquido seroso dentro de la dermis. No es más que edema localizado, superficial de un área de la piel, un tanto transitorio. Ejemplos: urticarias y picadas de insectos.

5. **Ampollas:** vesícula, flictena y bula o ampolla. Las ampollas son todas las lesiones elevadas, palpables y circunscritas, que contienen líquido seroso en una cavidad, situada entre las capas cutáneas. Aunque la vesícula, la flictena y la bula, todas son ampollas, es a la bula a la que habitualmente muchos le reservan el término de ampolla

- a. Vesícula y flictena: < 0,5 cm.
- b. Bula o ampolla: > 0,5 cm.

La vesícula y la flictena se diferencian en que la cavidad de la primera es multiloculada, razón por la cual, cuando usted la pincha no se vacía totalmente, solo sale el líquido contenido en el lóculo pinchado; mientras que la cavidad de la flictena, por lo general es uniloculada, y al igual que la bula, al romperse, o pinchar cualquier parte de su superficie, se vacían totalmente.

6. **Pústula.** Es una vesícula o una ampolla llena de pus
7. **Quiste.** Lesión semisólida o llena de líquido, pero encapsulada, caracteres que lo diferencian del nódulo y el tumor, de la vesícula, la flictena y la bula o ampolla. Está situado en la dermis o en el tejido celular subcutáneo.
8. **Erosión.** Pérdida de la epidermis superficial. No se extiende a la dermis. Área húmeda, depresible, que no sangra.
9. **Úlcera.** Pérdida de la piel más profunda que se extiende pasada la epidermis. Pérdida de tejido necrótico que puede sangrar y dejar cicatriz.
10. **Fisura.** Grieta o rajadura lineal de la piel. Puede extenderse a la dermis.
11. **Escamas:** Copos secundarios de tejido muerto, blanquecino, decamativo. Los copos pueden adherirse a la piel. El color varía (blanco o plateado). La textura varía (fina, gruesa).
12. **Atrofia.** Apariencia transparente, seca y fina de la epidermis. Pérdida de las marcas de la superficie secundaria a pérdida del colágeno o de elastina. Pueden verse los vasos sanguíneos subyacentes.
13. **Costras.** Residuo seco de suero, sangre o pus, sobre la superficie de la piel (fig. Una costra muy adherente es una postilla).
14. **Cicatriz.** Marca dejada después de curar una herida o una lesión. Representa el reemplazo del tejido lesionado, por tejido conectivo.
 - a. Cicatrices jóvenes: púrpuras o rojas.
 - b. Cicatrices maduras o viejas: blancas o nacaradas brillantes.
15. **Queloides.** Tejido cicatrizal hipertrofiado, secundario a excesiva formación de tejido colágeno. Elevado, irregular, rojo. Gran incidencia en personas de la raza negra.
16. **Liquenificación.** Engrosamiento y arrugamiento de la piel. Marcas de la piel acentuadas. Puede ser secundaria a repetidas irritaciones, traumas, contactos.

Registro normal de la piel: características de la piel normal de acuerdo a su edad, sexo y raza.

Registro normal de las mucosas: normocoloreadas y normohídricas.

FANERAS (PELO Y UÑAS)

Pelo: Describir las características en cuanto a su cantidad, distribución, implantación: aspecto, color, largo, espesor, resistencia y estado trófico.

Uñas:

- **Uña normal:** crece alrededor de 0.5 mm por semana, de color rosado, se superficie lisa y consistencia elástica. La lúnula de color blanquecino, ocupa la quinta parte de su superficie.
- En la cianosis están de color azulada, en las anemias, pálidas y en la poliglobulia están de un color rojo oscuro
- **Uñas de Terry:** Las uñas están blancas hasta 1-2 mm del borde distal, donde hay una zona de color rosado normal. La lúnula puede estar oscurecida. (cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca congestiva, tuberculosis, diabetes, artritis reumatoide).

- **Uñas de Lindsay:** La porción proximal es blanquizca, mientras que la porción distal es roja, rosada o parda (insuficiencia renal crónica)
- **Líneas de Mees:** bandas blancas transversales paralelas a la lúnula. (intoxicación con arsénico o por talio, insuficiencia renal...)
- **Líneas de Muehrcke:** bandas blancas transversales paralelas a la lúnula, observadas en pacientes con niveles de albúmina inferior a 2.2 g/100 ml.
- **Líneas de Beau:** muescas transversales paralelas a la lúnula.
- **Uñas en vidrio de reloj:** son convexas.
- **Uñas excavadas (coliniquias) o en cuchara:** Son cóncavas
- **Platoniquia:** uñas planas
- **Paquioniquia:** hipertrofia o engrosamiento ungueal.
- **Onicogrifosis:** las uñas están incurvadas en forma de gancho
- **Onicorrexis:** uñas frágiles
- **Onicofagia:** uñas roídas.

Realizar la técnica de llenado capilar

TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

- Observar el trofismo y relieves óseos
- Palpar la piel con el dorso de la mano para valorar la temperatura del TCS
- Comprimir contra superficies óseas para observar si se realiza godet

Alteraciones del TCS:

- **Edema:** describir localización, consistencia, sensibilidad, color de la piel, temperatura, modo de aparición.
- **Mixedema:** El TCS se encuentra infiltrado por una sustancia dura y elástica de naturaleza mucoide. No produce godet; y se acompaña de sequedad y descamación de la piel, fragilidad y escasez de pelo (signo de la cola de las cejas), fascies característica. Se produce por déficit de hormonas tiroideas.
- **Enfisema:** Existe gas en el TCS, existe crepitación que se percibe al parparlo.

TEMPERATURA

Alteraciones de la temperatura:

- **Fiebre**
- **Hipotermia:** cifra termométrica menor a la normal

PANÍCULO ADIPOSO

- Conservado
- Aumentado
- Disminuido