

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2a. CLASE EN LA ADMINISTRACION GENERAL
DE CORREOS CON FECHA 13 DE ABRIL DE 1938

TOMO LXVIII - OCTUBRE DE 1938 - NUMERO 5

TRABAJOS ACADEMICOS

Crítica y Análisis de la Percusión del Hígado. Algunas Ideas Nuevas Sobre el Particular*

Por el Dr. GONZALO CASTAÑEDA

La clínica anatómica del hígado se hace a través de su exploración somática; ésta es mediata, y el procedimiento físico que mejor instruye sobre su configuración, límites y tamaño, es la percusión; su palpación, cuando el órgano se hace asequible, suele ser difícil, requiere maña y habilidad, y para que rinda fruto pide aparejarle un juicio; en cambio, la percusión es una operación mecánica fácil y elemental, basta oír y apreciar un fenómeno acústico. Es verdad que sin palpar, el examen del vientre queda trunco, pero el hígado escapa en su mayor parte a la mano, propedéuticamente es viscera más torácica que abdominal, es órgano más percutable que palpable. Si pues en la exploración del hígado la percusión es sistemática y fecunda, cabe revisarla, corregirla y perfeccionarla para obtener de ella el máximo de fruto.

El hígado se acomoda en su hipocondrio; allí, sólo en su parte baja está en contacto inmediato con la pared costal, en su porción alta, arriba, la cubre la lengüeta de la base pulmonar, la cual lo aleja de la pared torácica. Al percutir la zona total prehepática que el

* Leído en la sesión del 23 de febrero de 1938.

órgano proyecta se obtienen dos sonidos; la región inferior, o sea la de su contacto parietal próximo, rinde un tono bajo, obscuro, llamado mate, porque el dedo percutor choca, aunque a distancia, con un cuerpo macizo, en el caso el hígado. En la zona alta del órgano, la retro-pulmonar dicha, la percusión suave, que sólo llega al pulmón, produce una nota sonora; con la percusión fuerte que ya alcanza al hígado se obtiene un sonido submate, producto y suma de claridad pulmonar y obscuridad hepática. Esta zona de submacicez, normalmente interpuesta entre la clara y franca pulmonar y la obscura y franca hepática, dice mucho al médico cuando desaparece y se trueca en maciza evidente. Ahora bien, para el encuentro de esta zona intermedia, la percusión ha de ser sabia, fina y sutil: hecha con torpeza o con desdén ofrece errores; resulta así falaz, porque con el mismo estado físico la resultante acústica puede ser variable según la maniobra y la técnica, según el oído, la habilidad y práctica del explorador, por igual, según que percute en inspiración o espiración, etc.; por el contrario, la zona de macicez baja, la que se obtiene allí donde sólo hay hígado, y que encuentra cualquiera, es más verídica y unívoca, es constante, más segura y evidente, pues se trata de un fenómeno que se produce con simpleza, con maniobra elemental, y más sensorial que de inteligencia; a esta zona que aludo se llama macicez verdadera, macicez absoluta, pequeña macicez del hígado, es la que mejor sirve y vale en clínica por fehaciente, y de la que paso a ocuparme.

La anatomía estudia el hígado en el cadáver; la cirugía en el vivo directamente, viéndolo y palpándolo; la propedéutica lo hace de modo indirecto, porque no lo mira ni lo toca, más bien lo adivina a través de paredes. La percusión es un medio especial, muy singular de exploración, que no se aplica directamente sobre el órgano y sólo produce un fenómeno audible que conduce a inferencias; la percusión aprovecha el sonido que su choque produce en una masa distante, ya que por comparación o porque se destaca en un ambiente de tono distinto se hace notorio; la percusión que recorre una zona, cuando ha lugar, uno imagina o pone marcas en los puntos donde la sonoridad cambia; uniendo estos puntos forma líneas que figuran límites o contornos de una superficie, la forma y dimensiones de esta superficie, que es una proyección, se toma como la representación del órgano o cuerpo subyacente.

Este recurso muy ingenioso que ideó tiempo ha Avenbruger como procedimiento general, aplicado al hígado en particular da enseñanzas de conjunto, aunque aproximadas; para precisar mejor los resultados, el arte junta ciertos puntos opuestos de las líneas periféricas antes señaladas, formando así otras nuevas en el sentido longitudinal del cuerpo y que dividen el órgano en segmentos. La primera línea periférica limitante dijo si la víscera estaba pequeña, grande o deformada; las segundas, que resultan paralelas, agregan cuanto hay de aumento o disminución, y dónde quedan exactamente esos cambios; esas nuevas líneas, las didácticas y oficiales; son: la para-esternal izquierda, la esternal media, la para-esternal derecha, la mamaria o del pezón, la axilar anterior, la axilar media y la posterior o escapular, en suma siete; son ya clásicas y convenidas.

Cada una de estas líneas, de su punto alto a su extremo inferior, tiene su longitud propia, diferente para cada una, cuyos centímetros de extensión no menciono porque el dato es innecesario para mi objeto; lo que sí hay que recalcar es que, para medir así el hígado, hay que aprender y retener siete cifras, siete números distintos sin liga nemotécnica para recordarlos; este recargo de memoria es un primer inconveniente; otro segundo, si se ocultan y cotejan los textos se advertirá que no concuerdan ni están contestes en las dimensiones que a cada una le asignan, discrepan hasta en dos centímetros, cosa que les cercena valor; si fueran para todas iguales, si fueran constantes, valdría la pena conservarlas en el conocimiento para aprovecharlas; a esa variabilidad de longitud que es un hecho, contribuye un factor personal representado por el observador que las fijó, y otro impersonal consistente en las circunstancias o estado del objeto, en el caso el enfermo. Este procedimiento de medición que se base en números tiene el inconveniente de su fácil y común olvido, tiene el defecto práctico de su inexactitud, inconstancia y variación. Tan cierta es esa dificultad, que la incredulidad ya cunde, y los clínicos han olvidado esas longitudes, o aún sabiéndolas no las miden, las calculan al tanteo.

Otros autores o personas para huír y apartarse de este proceder con centímetros, que aunque malo e incierto figura aún en Propedéutica, no emplean líneas de mensura para figurar el tamaño del área hepática, sino que usan puntos de referencia anatómicos; así, dicen por ejemplo, la línea esternal media comienza arriba al nivel del

borde superior del sexto cartílago costal, el límite alto de la mamaria queda en el sexto espacio intercostal, el de la escapular corresponde a la novena costilla, así sucesivamente y por el estilo siguen señalando diversas referencias para las demás. Si los dichos puntos limítrofes fueran de la misma clase, costillas v. gr., la carga de la memoria no sería tan pesada, pero como se vió, es lo contrario, pues el punto queda ya en costilla, ya en espacio, ya en cartílago, lo que sí es ya más difícil recordar; no sólo, para el caso, aun teniendo presente que el límite es un espacio, hay que saber qué número ordinal le corresponde; por otra parte, aquí vuelve a advertirse la discrepancia de los autores en la fijación de las referencias anatómicas, pues lo que para uno es costilla para otros es espacio, alguno habla de borde superior y otro para lo mismo dice borde inferior, etc.

Pero supongamos que se acepta por razones o adopta por rutina y como exacto el procedimiento anatómico de limitación, ya en la práctica se buscaría palpando el pecho, costilla, espacio o cartílago, cosa no siempre factible o fácil, ya por un desarrollo muscular en el hombre, ya por el seno o gordura en la mujer; aun vencida esta dificultad queda otra mayor, la de saber qué número corresponde a lo que se toca, si ello es quinto, sexto o séptimo; para resolver lo cual hay que emprender otra busca, o sea nueva exploración que complete el objeto de la primera y consistente en recorrer conforme a reglas la pared torácica, de arriba a abajo o de abajo a arriba, para decir con certeza el número de orden; de lo que resulta que el procedimiento de referencias anatómicas para figurar y medir el área hepática requiere dos exploraciones, una de substancias y otra de cualidad, y esto para cada línea, tarea larga, y a lo trabajosa, incierta y teórica. En resumen, el procedimiento de líneas y centímetros no se funda en cantidades fijas y verídicas, ofrece números variantes y descansa en pura memoria; el de referencias anatómicas igualmente, y requiere además delicada factura; ambos recursos en fin sólo ofrecen promedios de verdad; cabe entonces idear y buscar otro medio propedéuticamente más fácil y elemental, más sencillo y corto, y aunque aproximado como todos, que satisfaga a la práctica. Ese nuevo medio lo voy a explicar y proponer.

El interés de la clínica propedéutica del hígado está en su región ántero-lateral, la posterior e izquierda son de valor secundario; para medir aquélla oastarán tres líneas y no siete, y serían: la esternal

media, la mamaria y la axilar anterior; la más importante e instructiva por lo general es la segunda, a veces habla por todas. En el procedimiento que voy a exponer, para apreciar la forma y tamaño del área hepática por intermedio de esas líneas no figuran los números, para marcar sus extremos no se recurre a referencias anatómicas que haya que buscar con recursos especiales, sino que se aprovechan jalones naturales que se ofrecen por sí mismos o que se presentan sin profunda investigación y son: para la línea media esternal, la punta del apéndice xifoide, ya visible, ya fácilmente tocable; para la mamaria, el pezón, que está siempre a la vista, y para la axilar el borde muscular de la pared anterior del hueco que limita, muy ostensible; por abajo sirven para el objeto el ombligo, que se ofrece sin buscarlo, y el borde condro-costal del hipocondrio que sobresale y bien se dibuja.

Para estimar cómo anda el área que proyecta el lóbulo izquierdo del hígado, y que como eje mide la línea paraesternal media, gráfica o mentalmente se divide en tres tercios la distancia o espacio que hay entre el vértice xifoideo y la cicatriz umbilical; al percutir sobre la línea media, el primer tercio, el tercio alto, resulta obscuro en hígado normal, los dos tercios restantes dan sonido diferente, claro; en los sujetos longilíneos la división interxifoide-umbilical se divide en cuartos, y en el caso resulta mate el primer cuarto superior; esto es tan constante, que si esa obscuridad avanza hacia el segundo tercio o segundo cuarto, el área hepática, por ahí, se considerará aumentada; por arriba no se define porque se pierde en la penumbra precordial. Si la obscuridad de ese rincón se recoge o no existe, será por meteorismo gástrico o intestinal, o por atrofia del hígado, la clínica lo dirá.

La línea mamaria que como diámetro cruza y mide el cuerpo de la glándula en cuestión, se explora así: el enfermo en decúbito supino y colocado el médico por cualquier lado pondrá su mano de plano sobre el pecho, de modo que el dedo índice queda abajo y contiguo al pezón; percutiendo con suavidad y en sucesión sobre el índice, medio y anular, en el estado natural el golpe sobre los dos primeros resulta claro, la obscuridad comienza en el tercero, si ésta aparece desde antes, o sea en el dedo de enmedio, ello es anormal, el área está agrandada, y a mayor abundamiento si se notó desde el primer golpe que se dió al índice o primero; moviendo la mano hacia abajo, continuando la percusión en pos de la macieez encontrada y sin perder la

línea que guía, se llega a un punto en que el sonido se aclara, el cual punto queda todavía sobre la pared costal y no sobre el vientre, esto es lo normal; si el lugar de intersección entre la línea mamaria que se ha perseguido y el borde costal libre es todavía obscuro y no claro como debe ser, es porque el área o el hígado mismo han crecido y mucho, si la dicha obscuridad sigue para el vientre. El rumbo hepático lateral que corta la línea axilar anterior se percute de modo semejante, notándose que el límite alto de su zona obscura queda más bajo que el correspondiente al de la línea mamaria; hacia abajo su obscuridad se detiene antes de llegar al borde libre, de suerte que el golpe percutor allí resulta claro, tal como aconteció con la línea que venía del pezón.

De suerte que así las cosas, la percusión en la zona baja del hígado deja una faja de claridad como de la anchura de un dedo, que coincide exactamente con el borde condral y cuya faja o franja queda comprendida entre las líneas axilar y mamaria que por allí pasan. Este espacio claro acaba hacia afuera por la décima costilla, más atrás y abajo aparece de nuevo otra obscuridad que se continúa y pierde por el flanco.

Esta cinta de claridad es constante en los casos de normalidad física del órgano, es de fácil constatación y queda, vuelvo a decir, en pleno hipocondrio por el rumbo indicado; de suerte que la sonoridad del vientre comienza allí, no al nivel del borde del hipocondrio, sino más arriba; si esta zonita clara se torna obscura, es por hígado agrandado, la cual viene a ser como una especie de Traube hepático, aunque de flecha menor; este campo, aunque estrecho, de sonoridad prehepática aumenta en el meteorismo intestinal, a la manera de como aquél crece en el meteorismo gástrico.

Este espacio claro prehepático, marginal, inferior y medio que se ha obtenido por exclusión, puede buscarse directamente percutiendo, no sobre las líneas establecidas paralelas al eje del cuerpo, sino desde luego sobre el borde condral; partiendo de la base del xifoide, y siguiendo hacia abajo dicho borde se encontrará primero un sonido mate, prosiguiendo la operación llega un momento en que se aclara; continuándola se vuelve a obscurecer, allá por el rumbo de la décima costilla, para acabar en el flanco. Los puntos limítrofes extremos de la cinta clara coinciden, como ya dije, con la prolongación de la línea

mamaria y axilar anterior, como puede apreciarse a la vista o trazando rayos o puntos materialmente.

El procedimiento para ponderar el tamaño del hígado por la percusión, conforme a la técnica que he esbozado, puede simplificarse aún más, y reducirse a dos golpes: uno alto sobre el dedo mediano puesto según la regla, y otro bajo sobre la zona del borde y por el espacio dicho; si estos golpes dan sonido claro, las dimensiones del órgano son normales; si producen por el contrario macicez, la víscera está agrandada; como esta medida queda a la mitad del cuerpo del hígado traducirá su tamaño total, mientras no se demuestre lo contrario. Los anatomistas dicen que el hígado llega hasta el borde costal inclusive, esto será verdad en anatomía, en propedéutica no; queda por ahí una zona libre y clara; un punzón que ya perfore, quizá pique el borde, el ángulo diedro del órgano, pero el dedo percutor no lo encuentra, allí suena a hueco.

He tardado más tiempo en describir las maniobras de este modo de figurar y medir por la percusión el área hepática, que el que se necesita y emplea para practicarlo; se consume en un minuto. Ahora bien, todo lo que he dicho sobre el particular, no lo he soñado, no es literatura ni un supuesto imaginativo; los hechos los he tomado del natural, es cosa que practico y enseño porque la experiencia me ha dicho que es verdad, lo propongo a los médicos y lo someto a su comprobación.

Quiero referirme a otras consideraciones pertinentes y conexas, pero que por su extensión y por su brevedad, las tocaré someramente. La zona de macicez que se recoge percutiendo el hipocondrio derecho es llamada área hepática, porque se produce frente al hígado o sobre el hígado; pero como área hepática e hígado son cosas iguales o sinónimas sólo en estado normal: en clínica propedéutica o ante un enfermo no lo son **ipso facto**, su equivalencia hay que demostrarla; con otras palabras, área hepática grande, pequeña o deformada, no es igual a hígado grande, pequeño o deformado. La propedéutica sólo da un hecho, una constancia, un estado físico en forma de fenómeno acústico, pero para traducir lo que representa o significa espera un razonamiento, la semiótica y la clínica completan la obra; el examen ofrece materia prima, la inteligencia la aprovecha.

Si el área prehepática resulta en su totalidad grande, uniforme-

mente grande, de modo que por su sitio, contorno y figura es como el retrato en aumento del órgano, la conclusión de hígado aumentado de tamaño está apoyada y satisface, existe hepatomegalia; no hay hipótesis que rivalice con ésta, ningún otro estado anatomo-patológico contiguo o extraño es capaz de imitar con tanta fidelidad la sombra hepática. Con este dato ya fundado, hígado aumentado de tamaño en su totalidad, ya la semiótica comienza a pensar en su naturaleza cardíaca, en cirrosis hipertrófica, en la enfermedad de Hanot, en hepatitis o congestión, etc.; los demás síntomas coetáneos, darán su voto a uno u otro supuesto. Cuando el aumento de la macieze total se nota preferentemente hacia abajo, de modo que su límite inferior ha descendido rumbo al vientre y sin que por arriba se advierta un avance hacia la zona pulmonar, con ella se asoma la idea de un descenso del órgano, ptosis; aunque también cabe pensar en su crecimiento, porque si no sube, es porque se lo impide el diafragma que por ahí lo blindo, y mejor baja por donde vísceras blandas y huecas no se oponen. Si el área en cuestión, bien buscada, correctamente determinada, resulta pequeña, ha lugar a proseguir y completar el estudio para concluir si es por atrofia, o sólo es aparente, porque un neumotórax, un enfisema pulmonar o un meteorismo velan su contorno; abundan para ello fenómenos que dilueidan el punto.

Ha lugar a consideraciones más intrincadas y difíciles cuando la deformación de dicha área es sólo parcial, cuando a manera de levantamiento o bulto se agrega en algún punto de su periferia; si la sombra de la macieze se nota hacia arriba, como se mete y avanza a terreno pulmonar, el dato de localización se abona a un absceso hepático de la convexidad, a una supuración subfrénica, o algo extra-hepático de naturaleza pleuro-pulmonar, como derrame, hepatización, cáncer y demás; claro que el hecho exclusivo físico no resuelve del todo este problema, como ningún otro, pero orienta y bien encamina estudios ulteriores.

La clínica propedéutica es muy interesante cuando el crecimiento de la pretensa área hepática se presenta aislada y únicamente por el rumbo del lóbulo izquierdo. Se puede afirmar que esto pasa, si natural el resto del hipocindrio, en el rincón del epigastrio hay una obcuridad que sobrepasa de la línea que abajo la normalidad le asigna, y además, cuando la sonoridad del espacio semi-lunar de Traube se pierde hacia arriba, y como que queda eclipsado por una macieze el

cuerno superior de la media luna, aunque puede desaparecer, según el caso, completamente. Cabe decir que si por la región pregástrica en lugar de timpanismo hay macidez, ello revela que un cuerpo sólido se ha antepuesto al estómago que es hueco y contiene gases; ese cuerpo sólido puede ser el hígado, hay que averiguarlo, y en caso positivo, qué tiene por ese lado, pudiendo ser un absceso, un cáncer, una goma esclerosa, etc., la clínica lo dirá, pero partiendo del dato físico que proporcionó la percusión del área hepática. Eliminada la posibilidad de que esa zona oscura de dimensiones mayores y por el lado izquierdo pertenezca al hígado, habrá que admitir que es para-hepática o yuxta-hepática, proveniente de algún órgano contiguo, estómago, colon, bazo, corazón, pulmón; todos éstos en estados patológicos varios pueden engendrar ese mismo fenómeno físico, que es equívoco. La clínica de este punto ya la traté en particular en un trabajo académico que intitulé "Clínica del espacio de Traube".

Supongamos ahora que la sombra de obscuridad que la percusión recoge se proyecta por la región media sub-hepática, por el rumbo de la vesícula biliar, y que por ahí, como que cuelga y sobresale un bulto extraño. Partiendo de este dato, el problema clínico que sigue es saber si ello es dependiente del hígado, o de algo yuxta-puesto y contiguo; en el caso la palpación ya entra en juego como auxiliar importante; resuelto que ese agregado pertenece al órgano podrá ser foco de hepatitis supurada, cáncer, sífilis, tuberculosis, etc.; si la decisión es por la negativa el pensamiento vira hacia la vesícula cancerada, hidrópica, con pus o piedras, o en pos de una supuración sub-hepática, epiploítis, coprostasis cólica, tumor, etc. No hago más que enumerar las posibilidades, porque su clínica directa o diferencial pide un estudio aparte; mi idea en este momento es sólo recordar lo que puede y debe estar en la mente del clínico después del hallazgo de esa zona mate así localizada; de este modo se circunscribe y fija el estudio, se abrevia y facilita. Al buscar, hay que saber lo que se busca.

El caso en que la zona mate baja queda por el tercio externo del hígado, por su región látero-posterior, la clínica que sigue se enfoca en procesos muy diferentes a los antes mencionados; por ese rumbo se asoman además del hígado, los procesos renales que hipertrofian el órgano, los para-renales, los cólicos y pericólicos, etc. De tal manera se parecen físicamente padecimientos tan disímiles, que la tarea de

su distinción resulta escabrosa; pero en todos ellos es el dato de la percusión el que inicia en buen sentido el diagnóstico último.

Para concluir, resumiré en breves frases lo sobresaliente de este escrito. El área mate que la percusión recoge en el hipocondrio derecho, sólo dice que hay abajo un cuerpo sólido, da un dato físico, no anatomo-patológico, su traducción es ya una inferencia; la técnica basada en números, para medirla incierta, y a lo insegura, olvidadiza; el procedimiento que aprovecha referencias anatómicas, que a su vez hay que buscarlas en un examen separado, resulta complicado y por añadidura no parte de puntos fijos; hay que idear y adoptar en consecuencia otro camino para el objeto, más sencillito, corto y elemental, más práctico, como el que propongo; no olvidar que el área de macidez llamada hepática no es igual a hígado, la equivalencia necesita prueba; por último, la clínica del hipocondrio derecho y sus aledaños es de las más difíciles y abstrusas, la percusión que retrata en superficie el sitio y acomodo, los límites y contorno, la forma y tamaño de algo material insólito, es un punto de partida, una buena directriz, un apoyo firme que contribuye a sostener el diagnóstico íntegro.

Síndromes de Cólico Vesicular y Anaclohidria *

Por el Dr. JOSE TOMAS ROJAS

El antiguo cólico hepático por muchos años fué considerado como expresión única de la litiasis biliar; cuando el síndrome doloroso sub-hepático se manifestaba claramente no se dudaba de que era producido por la migración de un cálculo a través de los canales biliares; la existencia del cólico afirmaba categóricamente la presencia de los coleditos; además, casi no se conocían otras manifestaciones de la litiasis biliar, por lo que se admitía la existencia de muchas litiasis absolutamente latentes, sin manifestación alguna durante la vida del enfermo y que constituían verdaderos hallazgos de autopsia; casi no se conocían las colecistitis no litiásicas. Poco a poco, los avances de la Medicina vinieron a demostrar que la litiasis frecuentemente se exteriorizaba por síntomas vesiculares que no eran el cólico hepático y

* Leído en la sesión del 23 de febrero de 1938.