

Paredes de abdomen - Peritoneo

@preparandoanato

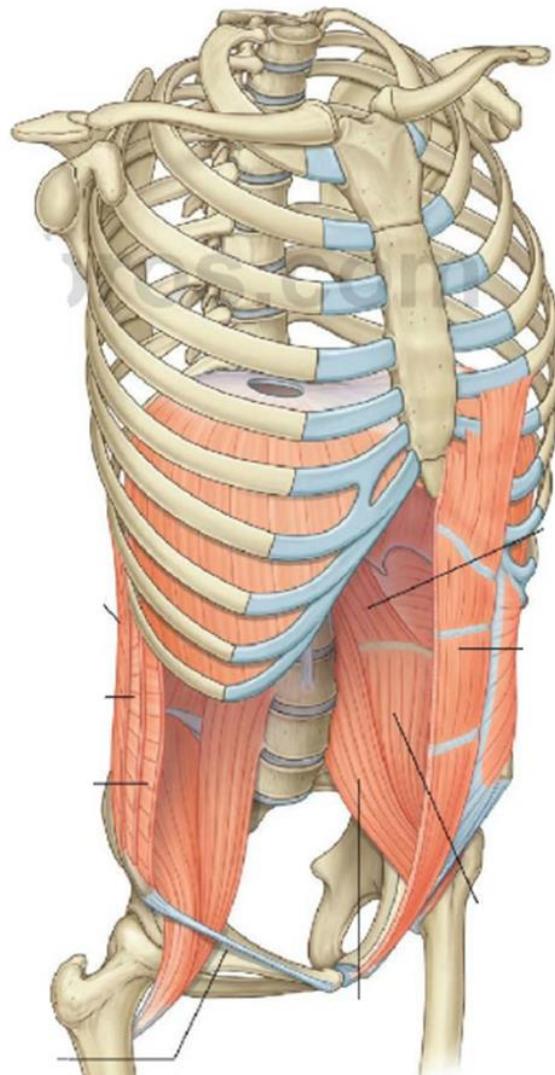


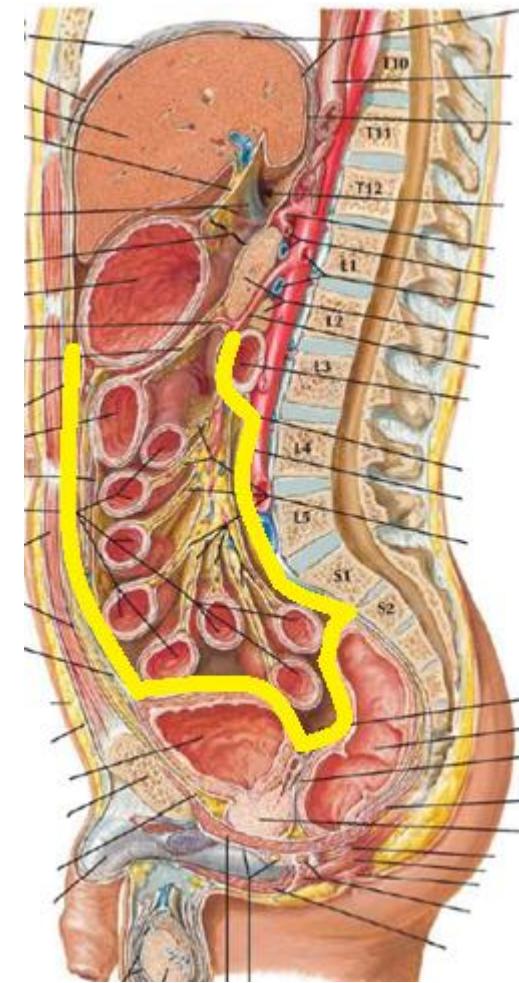
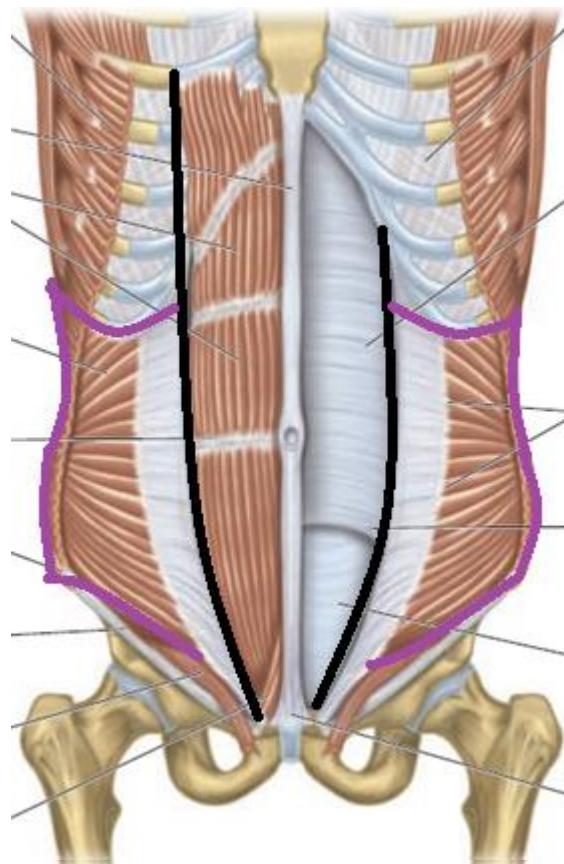
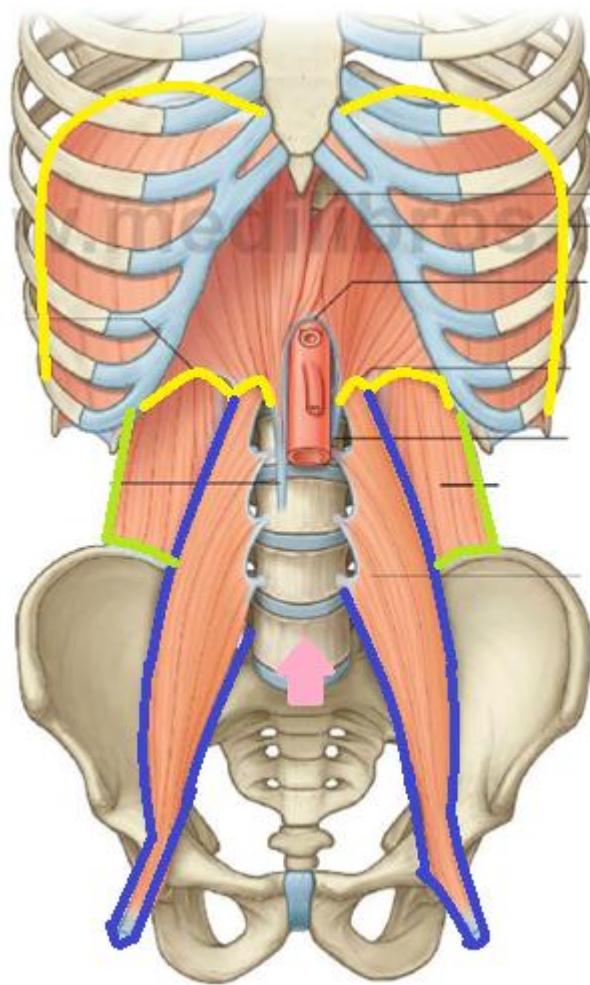
Objetivos

- **Músculos:** Oblicuo externo del abdomen, oblicuo interno del abdomen, transverso del abdomen, recto del abdomen y piramidal. Inserciones, inervación, irrigación, relaciones.
- **Fascia transversalis:** Disposición, formaciones que dependen de ella.
- **Vaina de los músculos rectos del abdomen.**
- **Regiones:** Esternocostopública, umbilical, inguinal, lumboilíaca y lateral (flanco). Ubicación y límites. Elementos superficiales y profundos.
- **Conducto inguinal:** Paredes, anillos inguinales, contenido en sexo masculino y en sexo femenino. Zonas herniogénas.

¿Qué es el abdomen?

- Es la cavidad visceral subdiafragmática del cuerpo.
- Dado a la presencia del peritoneo la dividimos en cavidad peritoneal y extraperitoneal.
- **Límites:**
 - Superior → Diafragma.
 - Anterolateral → Músculos anchos del abdomen.
 - Inferior → Peritoneo visceral – estrecho superior de la pelvis.
 - Posterior → Parte posterior del diafragma + columna lumbar + psoas mayores + cuadrados lumbares.





Paredes del abdomen

Superior



Posterior



Inferior



Anterolaterales



Paredes anterolaterales

MÚSCULOS RECTOS DEL ABDOMEN

Insertiones

Superior: 3 lenguetas, medial, media y lateral.

Inferior: Cuerpo, espina y síntesis del pubis.

Relaciones:

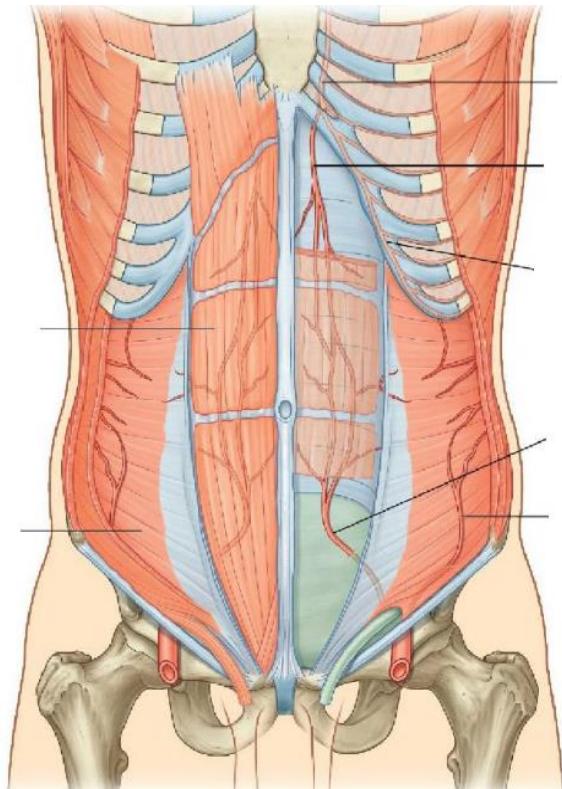
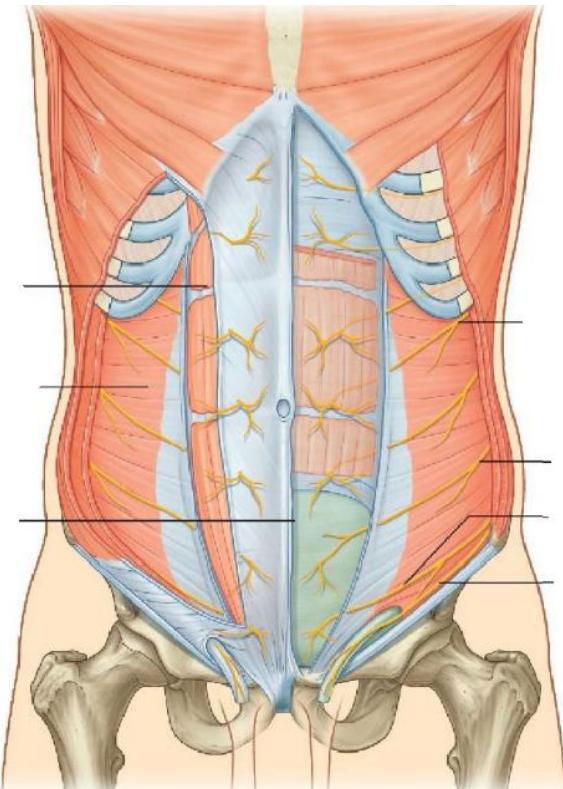
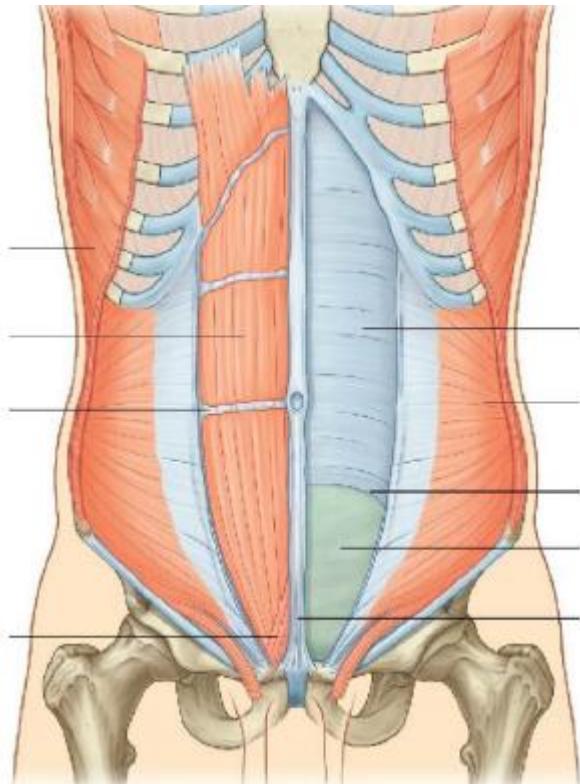
Ambos están envueltos por la **vaina de los músculos rectos del abdomen.**

Posterior a ellos se da la **anastomosis entre la arteria epigástrica superior y epigástrica inferior.**

Por su borde lateral les llega su inervación.

Inervación:

6 últimos nervios intercostales + nervio iliohipogástrico.

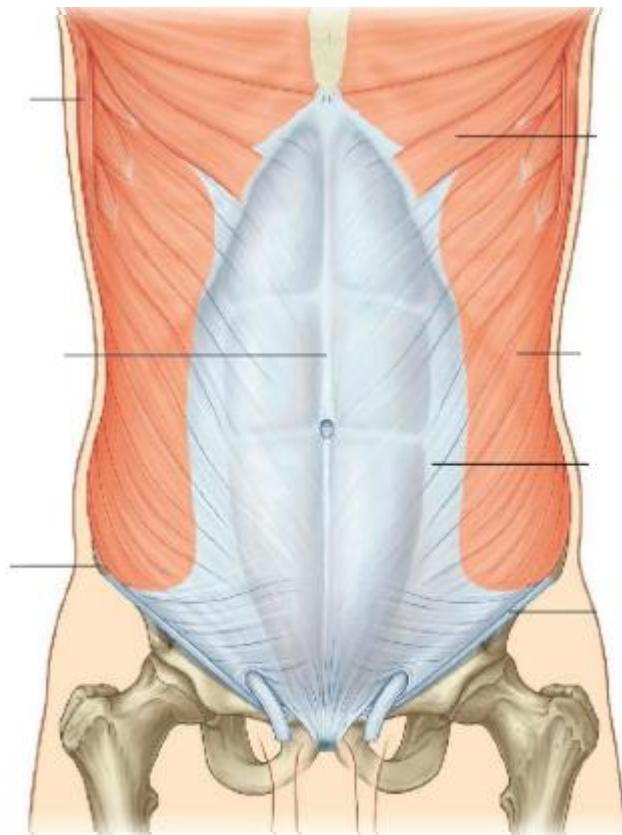


MÚSCULOS ANCHOS DEL ABDOMEN

De superficial a profundo:

- Oblicuo externo
- Oblicuo interno
- Transverso

**TODOS LOS MÚSCULOS ANCHOS
ESTÁN INERVADOS POR LOS 6
ULTIMOS NVS INTERCOSTALES, EL
ILIOHIPOGÁSTRICO E ILIOINGUINAL**



Oblicuo externo

Inserciones:

Superiores → cara lateral de las ultimas 7 costillas.

Anteriores → borde lateral de la vaina de los rectos del abdomen.

Inferiores → se distinguen mediales y laterales:

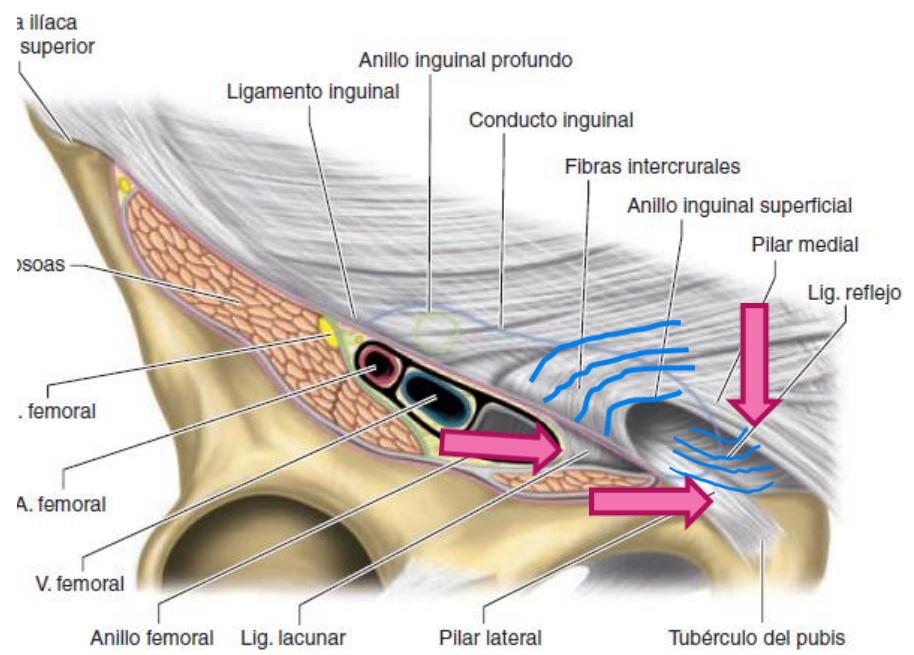
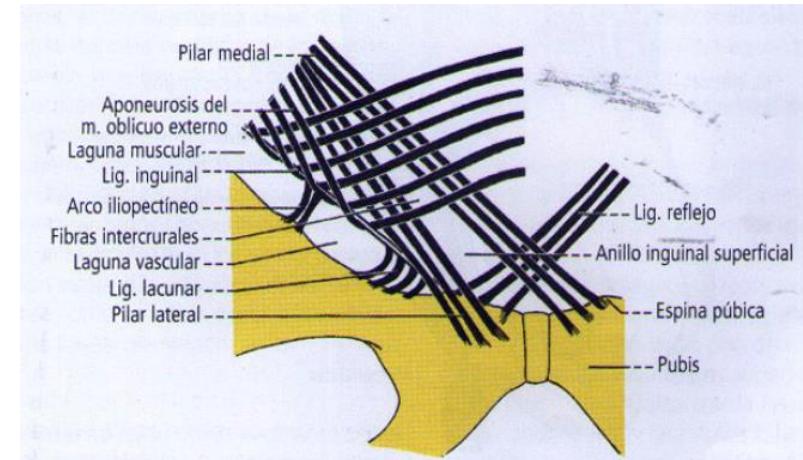
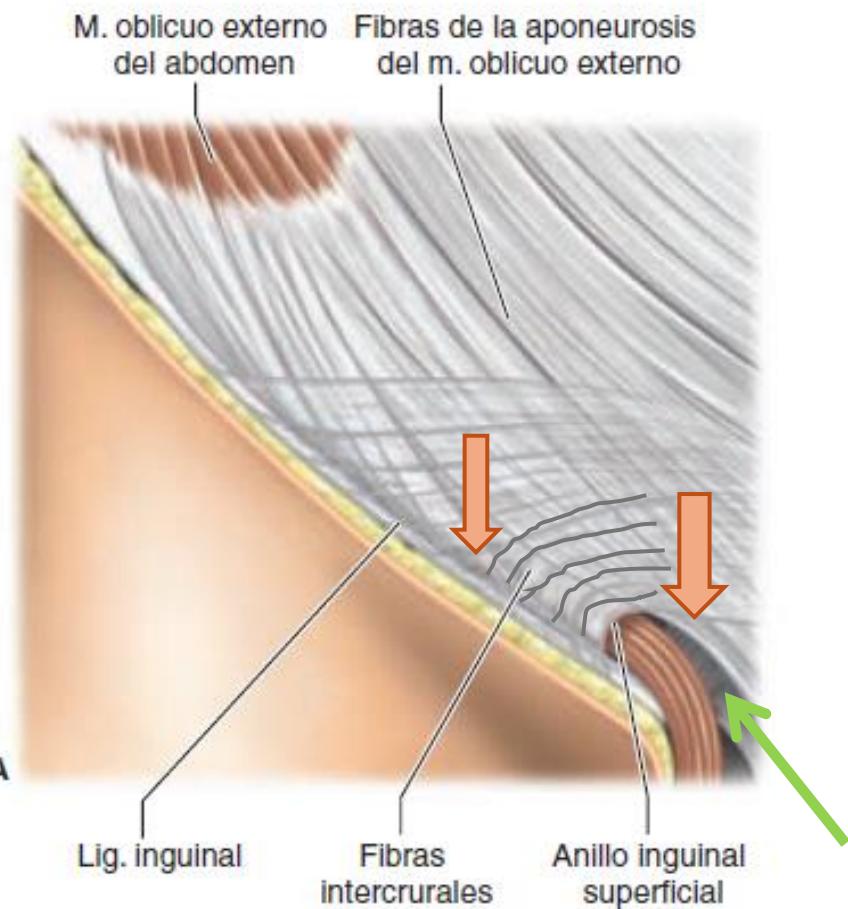
Mediales: la aponeurosis se divide en **2 pilares fibrosos** que se insertan en el cuerpo del pubis.

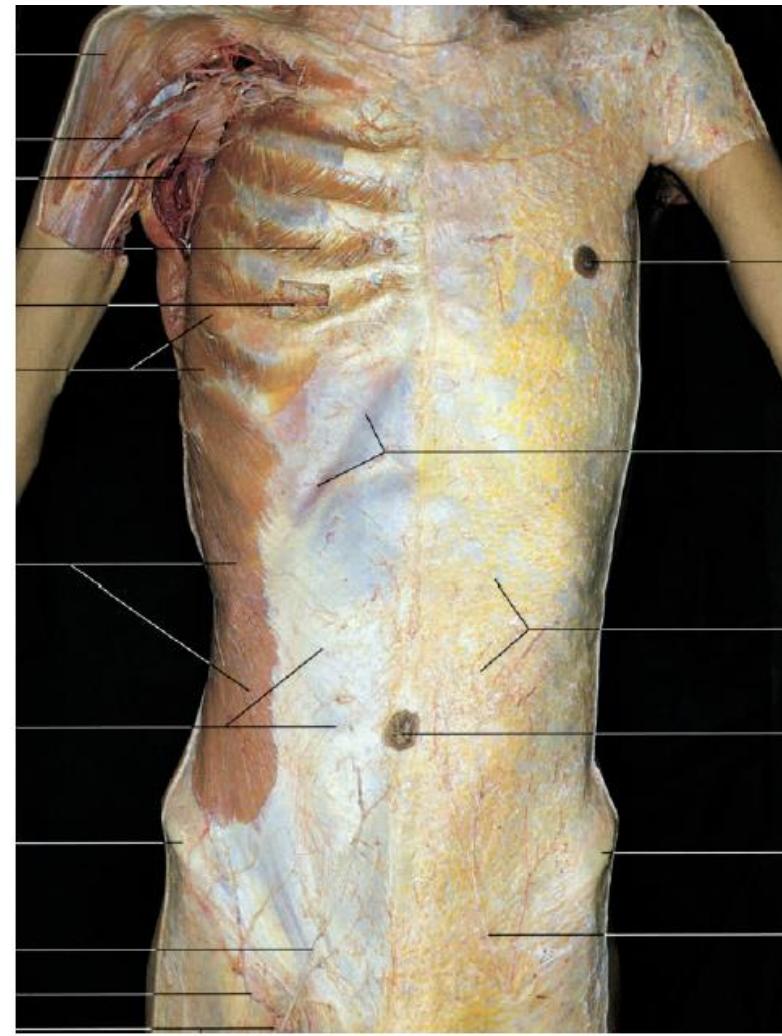
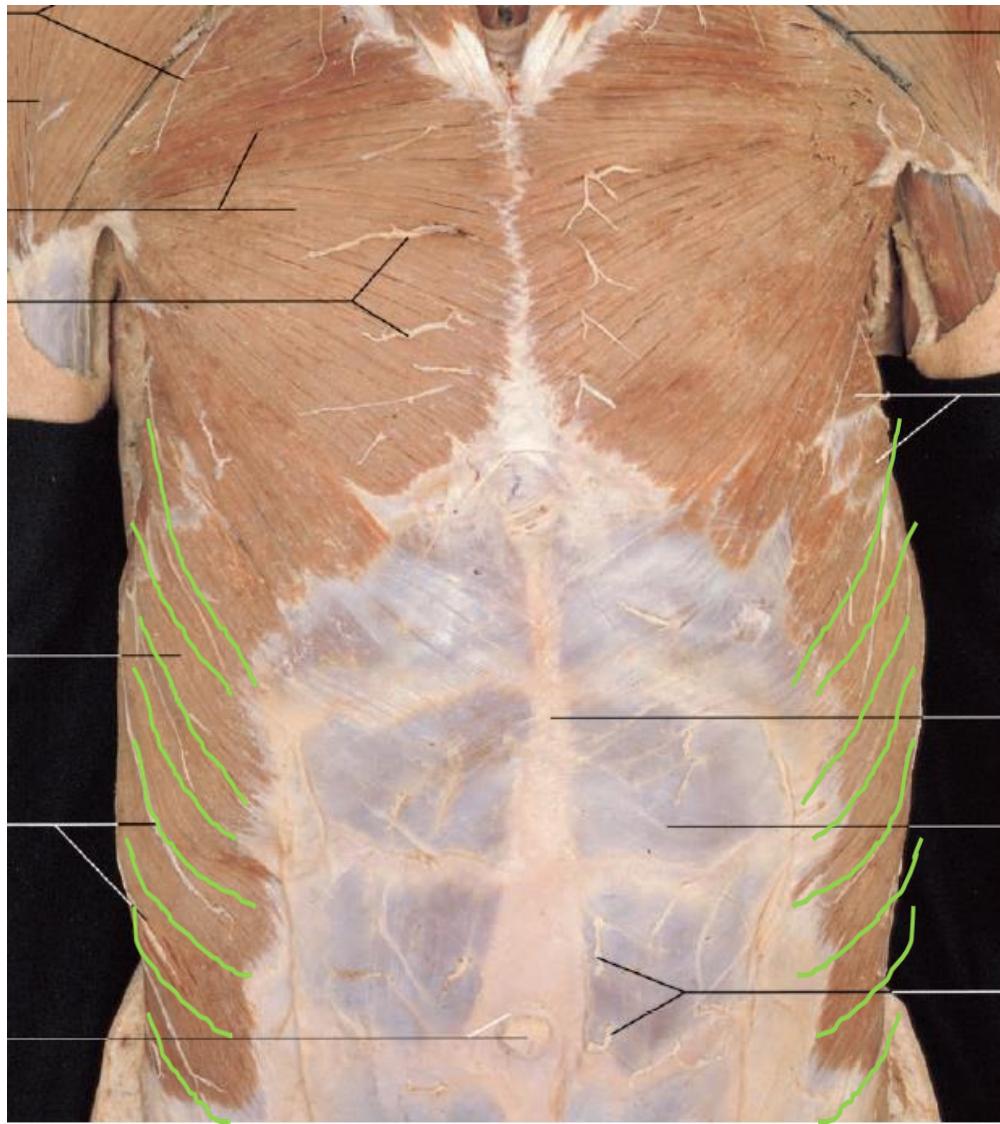
Estos son uno medial y otro lateral, y delimitan el anillo inguinal superficial. Desde uno al otro, se extiende un sistema de fibras horizontales: **fibras intercrurales**.

Laterales:

La aponeurosis forma el ligamento inguinal → desde la espina ilíaca anterosuperior hasta la espina pública.

Posee 3 porciones: lateral – delante de la laguna muscular. Intermedia – delante de la laguna vascular. Medial – corresponde al **ligamento lacunar y el ligamento reflejo**.

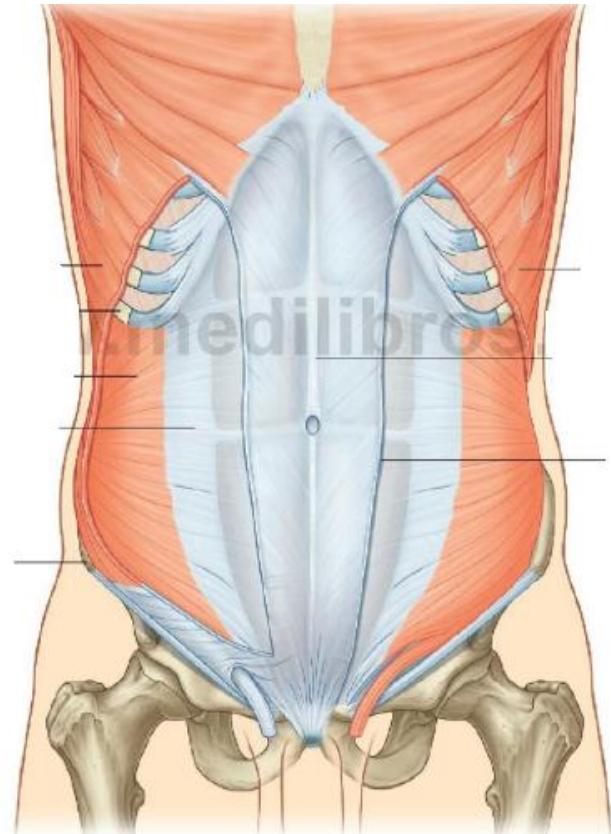




MÚSCULOS ANCHOS DEL ABDOMEN

De superficial a profundo:

- Oblicuo externo
- Oblicuo interno 
- Transverso



Oblicuo interno

Inserciones:

De origen → apófisis espinosas de las últimas vértebras lumbares.
3/4 anteriores de la cresta ilíaca.

Espina ilíaca anterosuperior.

Terminales → Fascículos superiores: 3 últimas costillas.

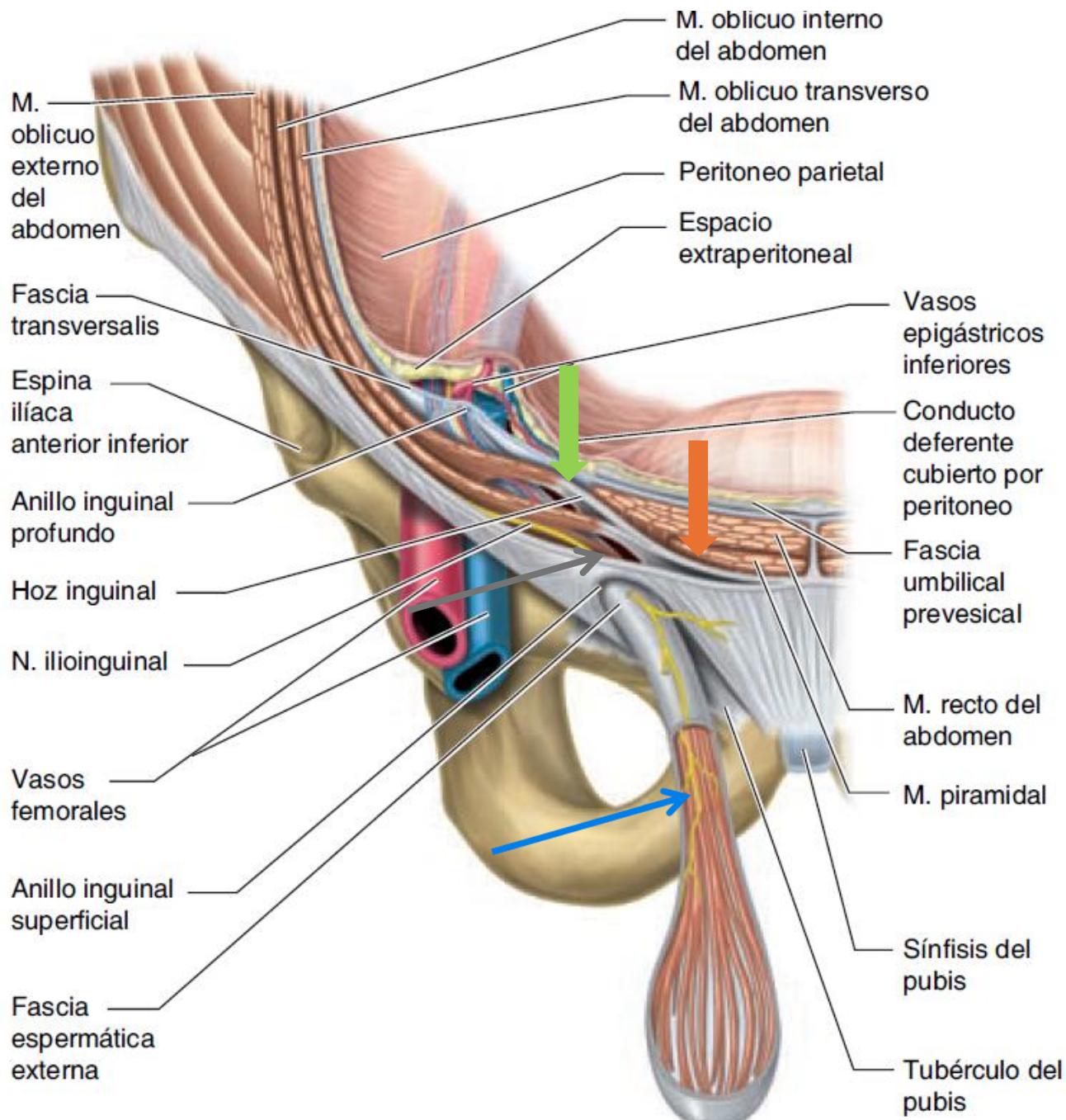
Fascículos medios: borde lateral de la vaina de los rectos.

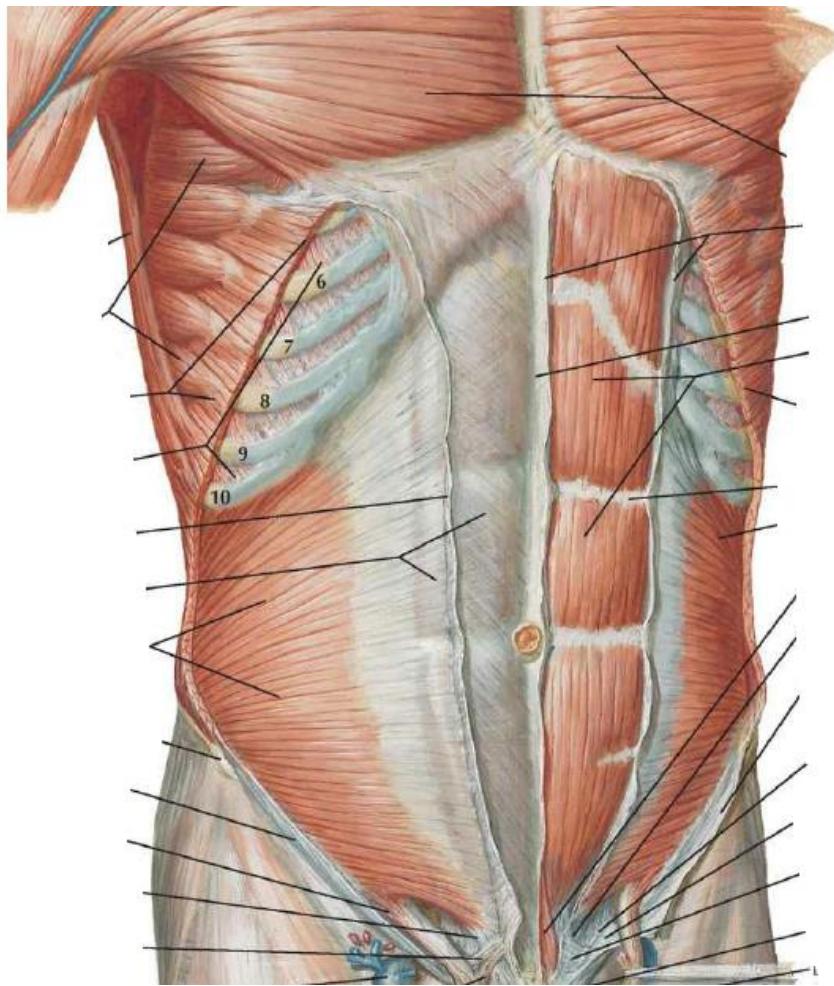
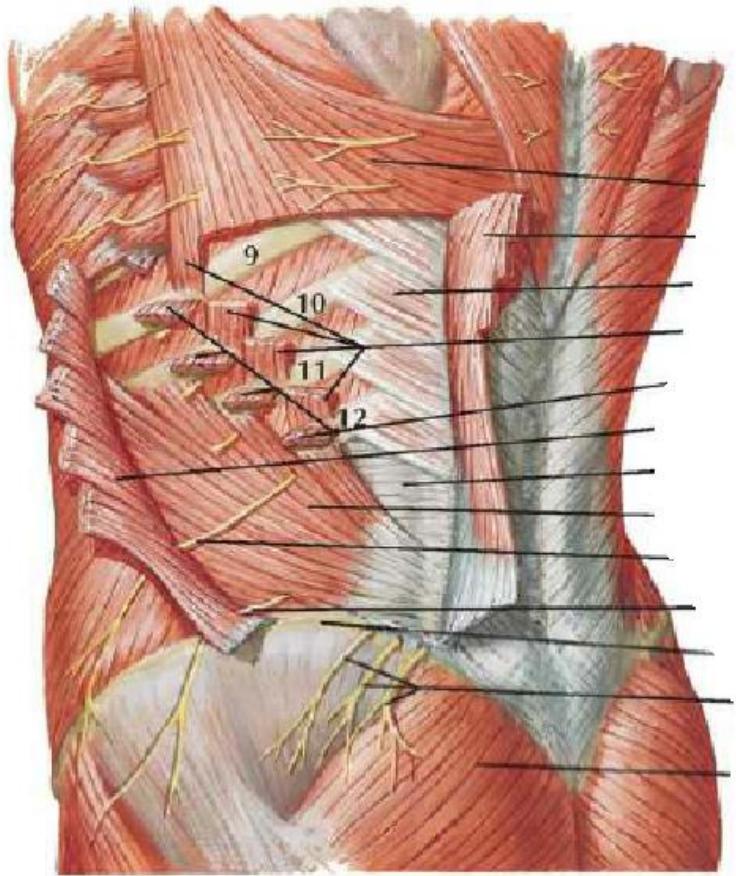
Fascículos inferiores: igual a la precedente.

Aclaración importante, la parte más inferior de su aponeurosis, se fusiona con la misma parte de la aponeurosis del músculo transverso → **Hoz inguinal**.

La fusión de la hoz inguinal con la aponeurosis del oblicuo interno → **tendón conjunto** → se inserta en la cresta pectínea.

Hay fibras musculares que se desprenden de este músculo desde la espina ilíaca anterosuperior, para ingresar al conducto inguinal y rodear el cordón espermático, hasta la bolsa escrotal → **músculo cremaster**.

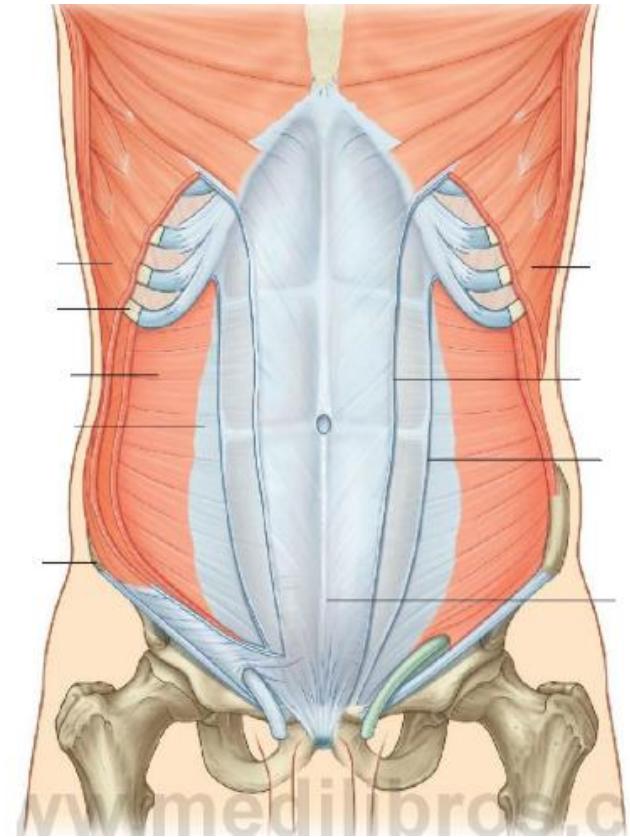




MÚSCULOS ANCHOS DEL ABDOMEN

De superficial a profundo:

- Oblicuo externo
- Oblicuo interno
- Transverso 

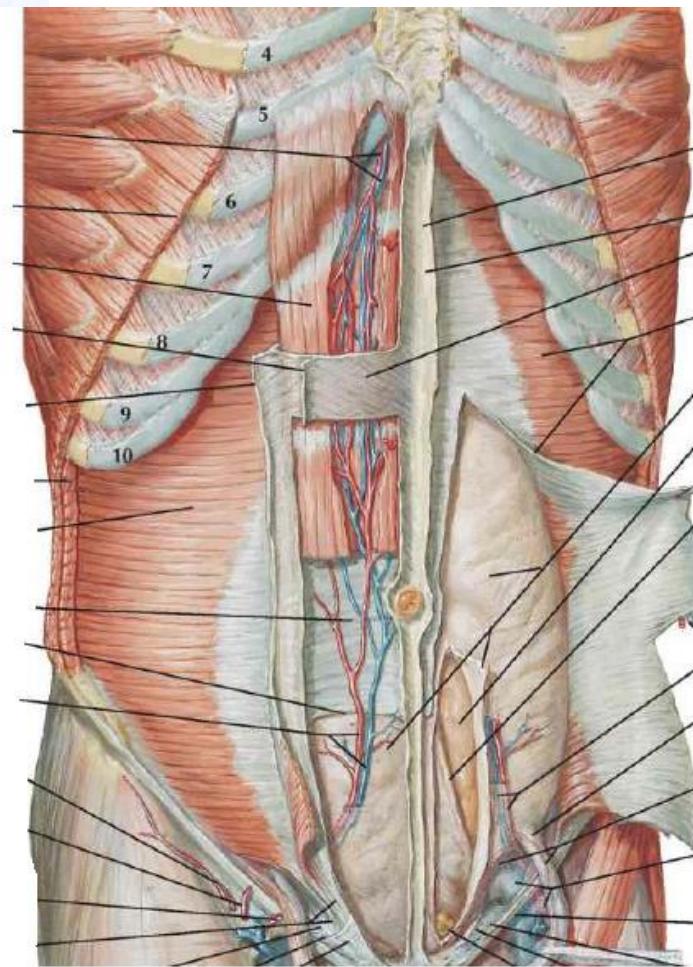
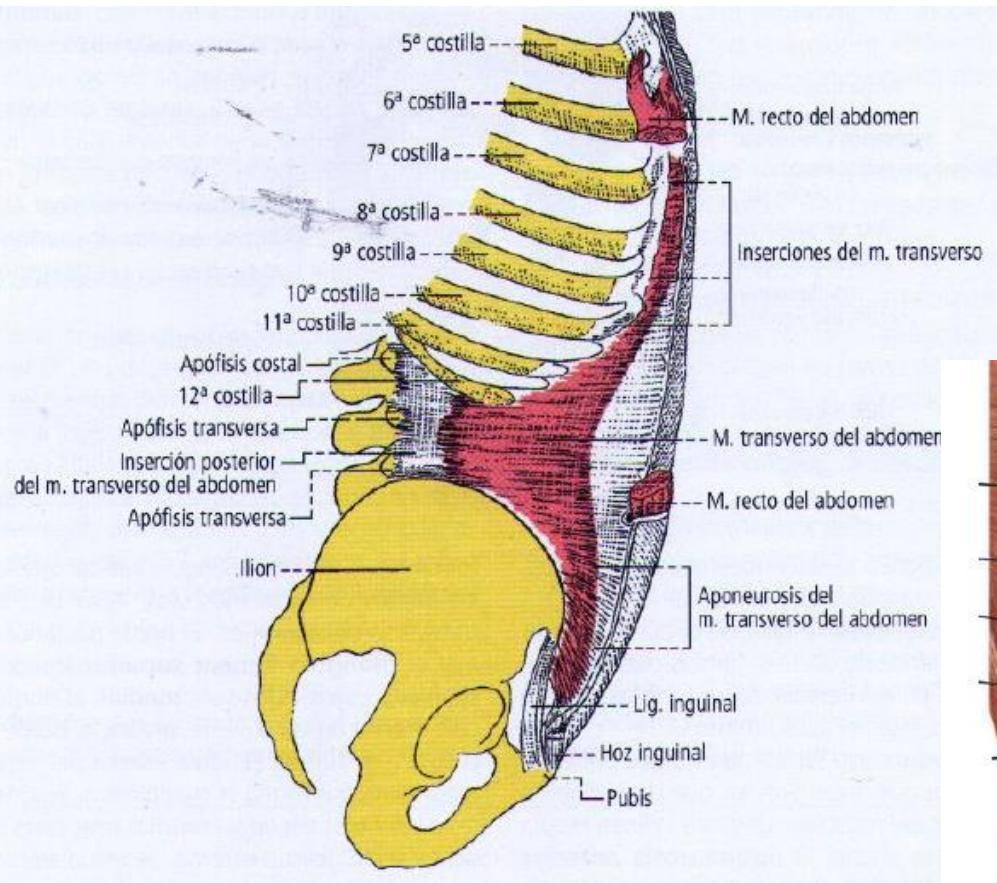


Transverso del abdomen

Inserciones:

De origen → Apófisis costales de T12 a L5. Cara medial de las 6 ultimas costillas. 3/4 anteriores del labio medial de la cresta ilíaca.

Terminales → Se dan por la aponeurosis anterior del transverso, la cual hacia inferior forma **la hoz inguinal**, y esta, al fusionarse con la aponeurosis oblicua interna, forma el **tendón conjunto**.



Fascia transversalis

La aponeurosis del transverso, en la mitad superior del abdomen, pasa posterior a los rectos.

En la mitad inferior, se desdobra, la hoja anterior pasa por delante de los rectos, y la posterior es la fascia transversalis, siendo la única hoja fibrosa que queda posterior a los rectos en esta mitad.

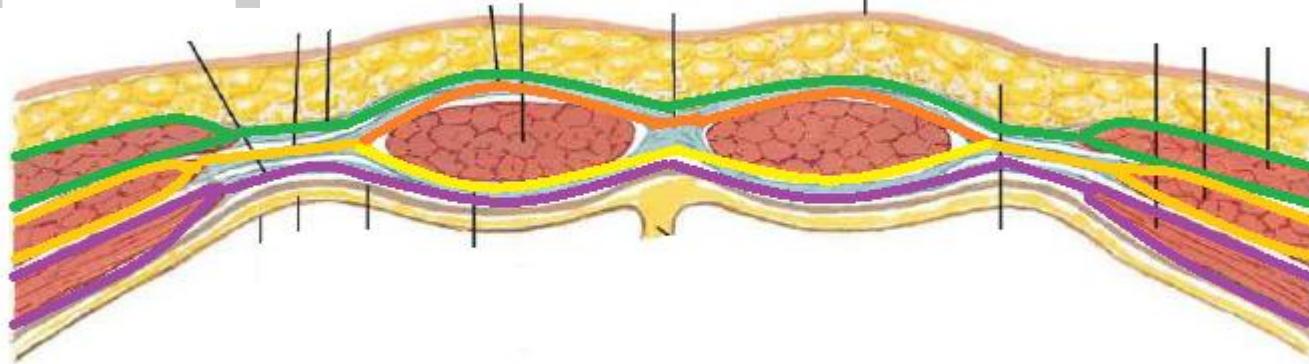
Aclaración: la hoja anterior de esta aponeurosis, cubre la cara superficial del transverso, mientras que la fascia transversalis la cara profunda, lo que cambia es si ambas pasan juntas por delante de los rectos, o una hacia anterior y otra hacia posterior de los mismos.

Vaina de los rectos del abdomen

Para su explicación, la dividimos en una porción supraumbilical e infraumbilical.

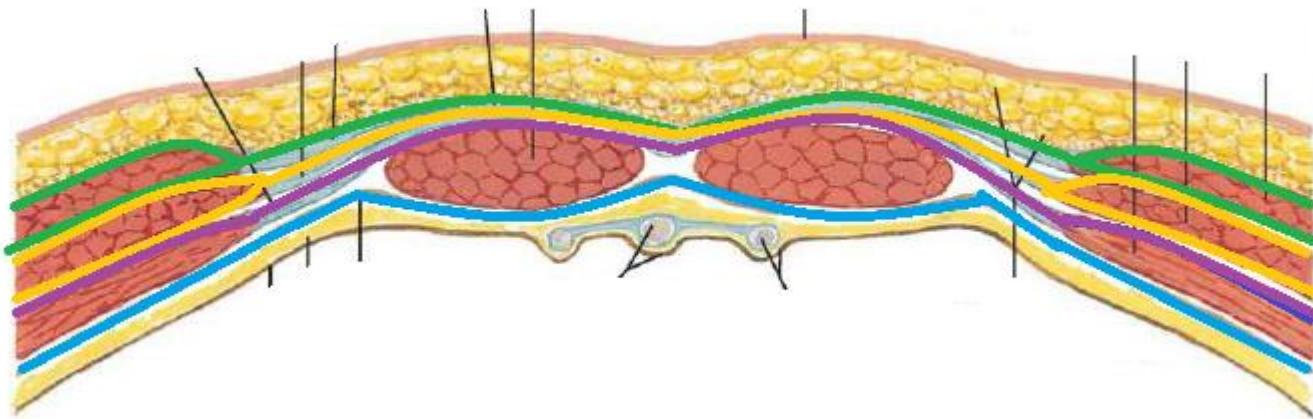
SUPRAUMBILICAL

preparandoanato



INFRAUMBILICAL

preparando anato



Refuerzos y dependencias de la fascia transversalis

Refuerzos → **hoz inguinal**: engrosamiento de la hoja anterior + fusión con la aponeurosis del oblicuo interno.

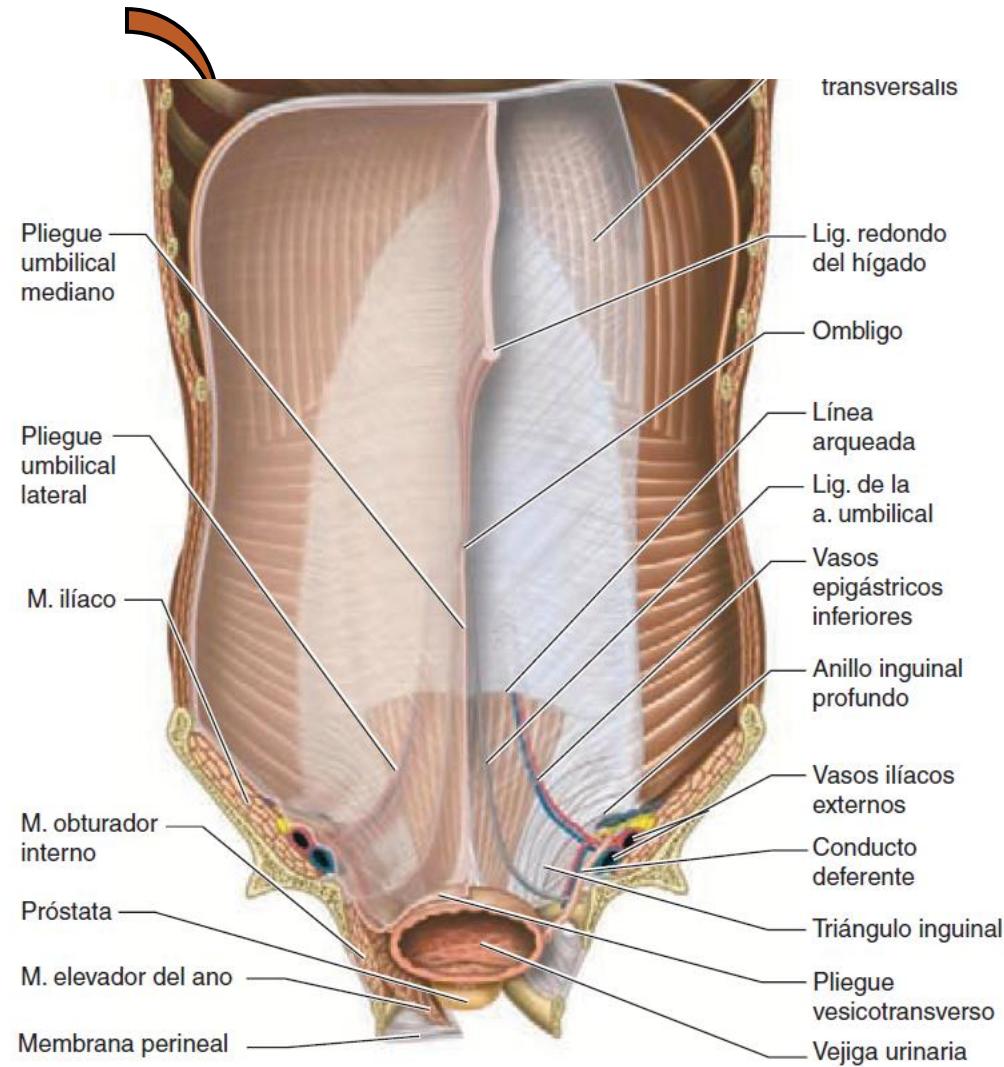
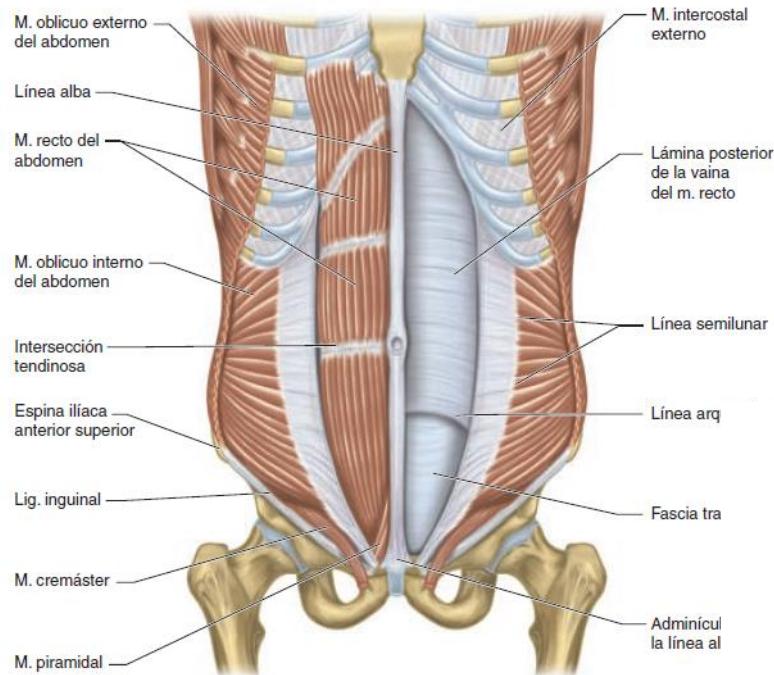
Ligamento de Henle: es una prolongación de la vaina de los rectos, que queda posterior a la hoz.

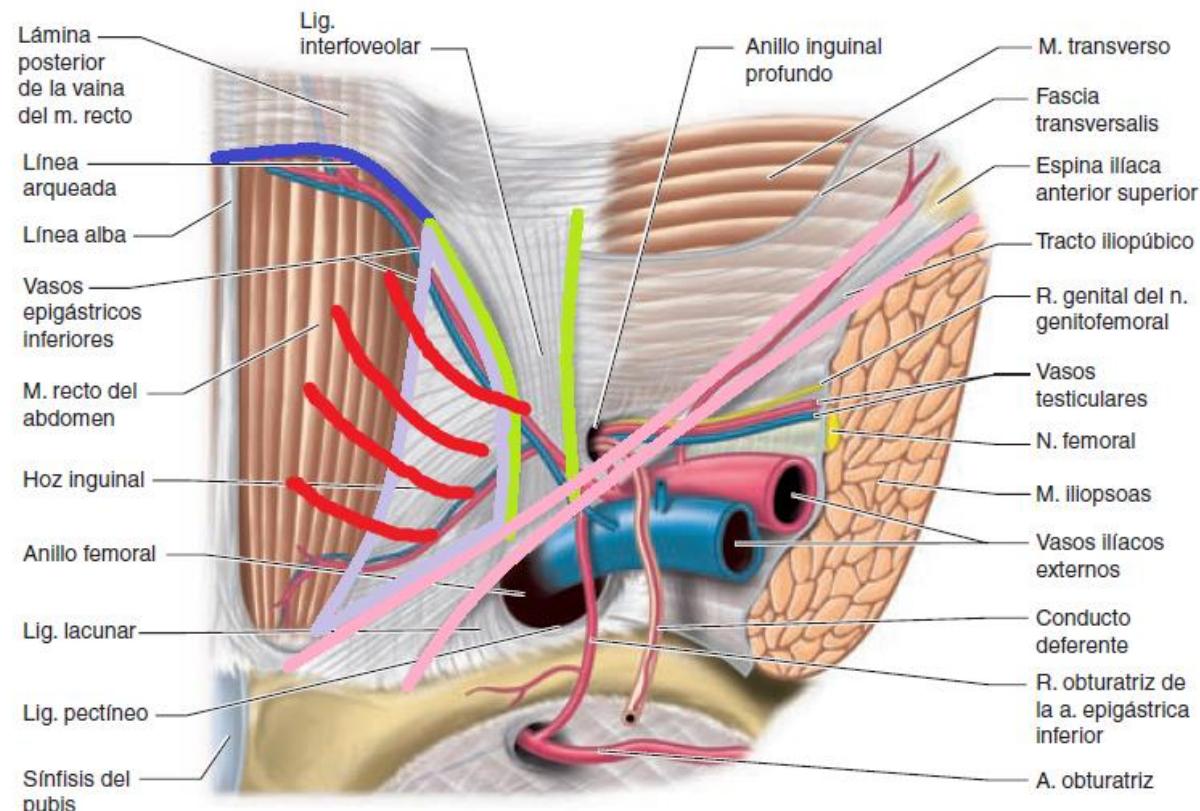
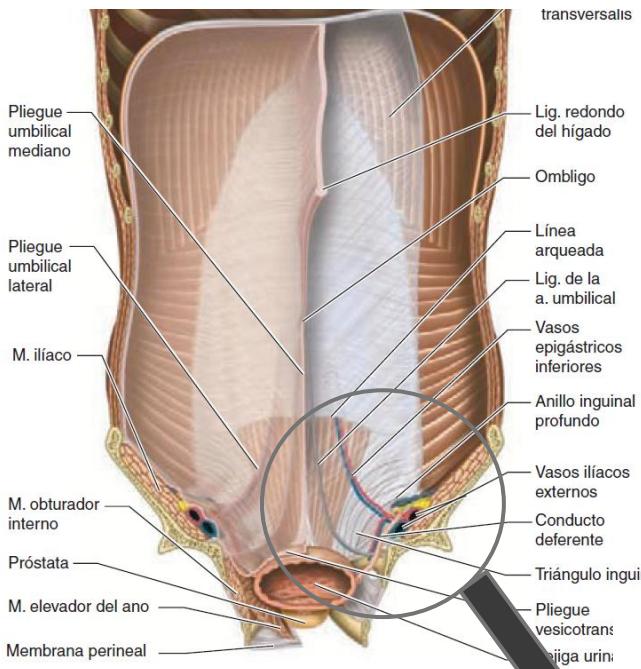
Dependencias → **Ligamento interfoveolar**: desde el borde lateral de la línea arcuata hasta el anillo inguinal profundo.

Tracto iliopúbico: Fibras paralelas al ligamento inguinal, profundas al mismo.

Ligamento de Lytle: Engrosamiento que rodea el anillo inguinal profundo.

A nivel del anillo inguinal profundo, la fascia transversalis rodea al cordón espermático y se introduce en el conducto.



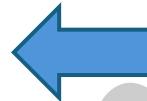


Repaso de conceptos

- **Pilar medial, lateral y fibras intercrurales:** origen → ap. Ob. Ext. Función → delimitan el anillo inguinal superficial.
- **Ligamento inguinal:** origen → ap. Ob. Ext. Función → forma el límite inferior del conducto inguinal.
- **Ligamento lacunar:** Origen → ap. Ob. Ext. Función → delimita la laguna vascular.
- **Ligamento reflejo:** Origen → ap. Ob. Ext. Función → límite posterior del anillo inguinal superficial.
- **Hoz inguinal:** engrosamiento inferior de la hoja anterior de la ap. Del transverso.
- **Tendón conjunto:** Fusión de la hoz inguinal con la parte inferior de la ap. Ob. Int.
- **Músculo cremaster:** dependencia del m. ob. Int. Envuelve el cordón espermático.
- **Refuerzos de la fascia transversalis:** ligamento de henle + hoz inguinal.
- **Dependencias de la fascia transversalis:** ligamento interfoveolar y ligamento de Lytle. Tracto iliopúbico.

Regiones de la pared abdominal

Anteriores: Esternocostopubiana y umbilical.



Laterales: Costoiliaca e inguinoabdominal.

preparandoanato

Región esternocostopubiana

Límites:

Hacia lateral → 2 líneas verticales que siguen los bordes laterales de los rectos.

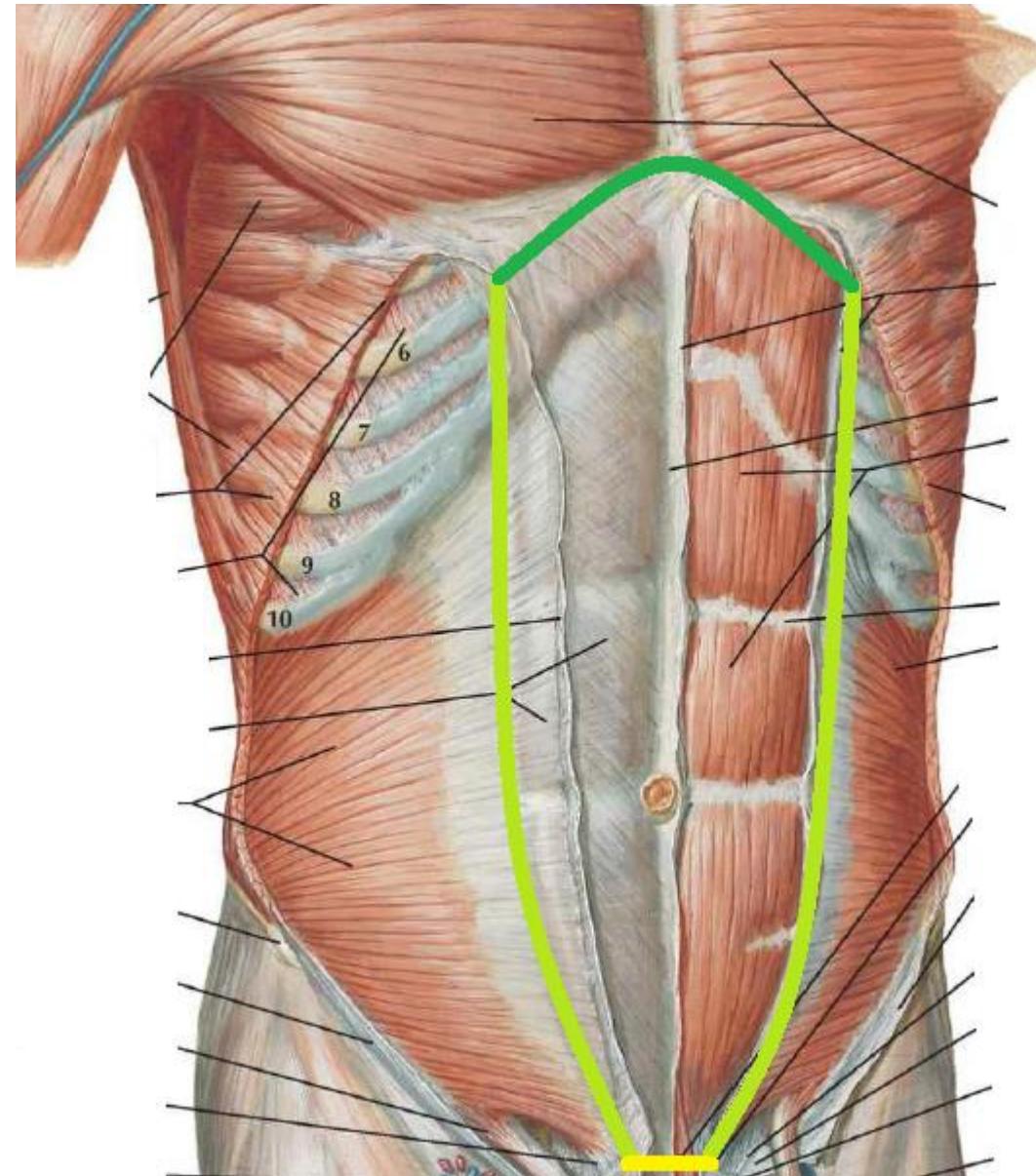
Hacia superior → En la línea media el esternón + a los lados los rebordes condrocostales.

Hacia inferior → sinfisis pubiana.

Contenido:

Piel + TCSC

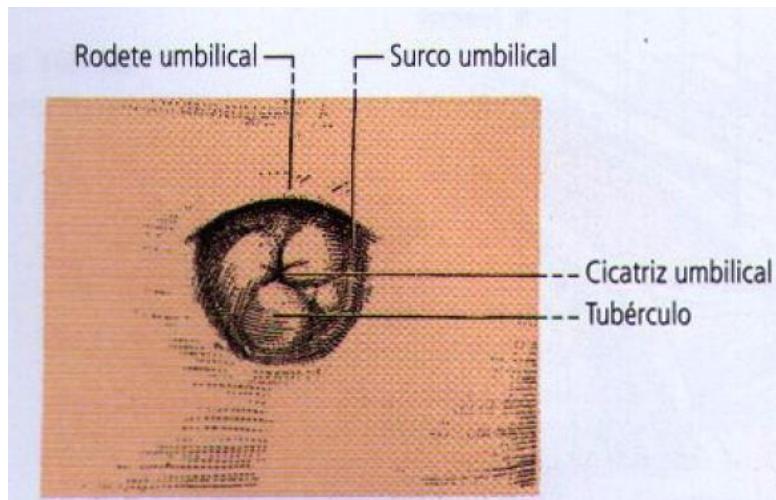
Rectos y su vaina + piramidales



Región umbilical

Representada por el ombligo: cicatriz que traduce la evolución de los elementos que establecían la comunicación fetoplacentaria.

Partes: De afuera hacia adentro → Rodete circular cutáneo, surco umbilical, tubérculo umbilical y cicatriz.



Regiones de la pared abdominal

Anteriores: Esternocostopubiana y umbilical.

Laterales: Costoiliaca e inguinoabdominal.

Región costoilíaca

Límites:

Superior: Tórax

Inferior: línea horizontal que va desde una cresta ilíaca la otra.

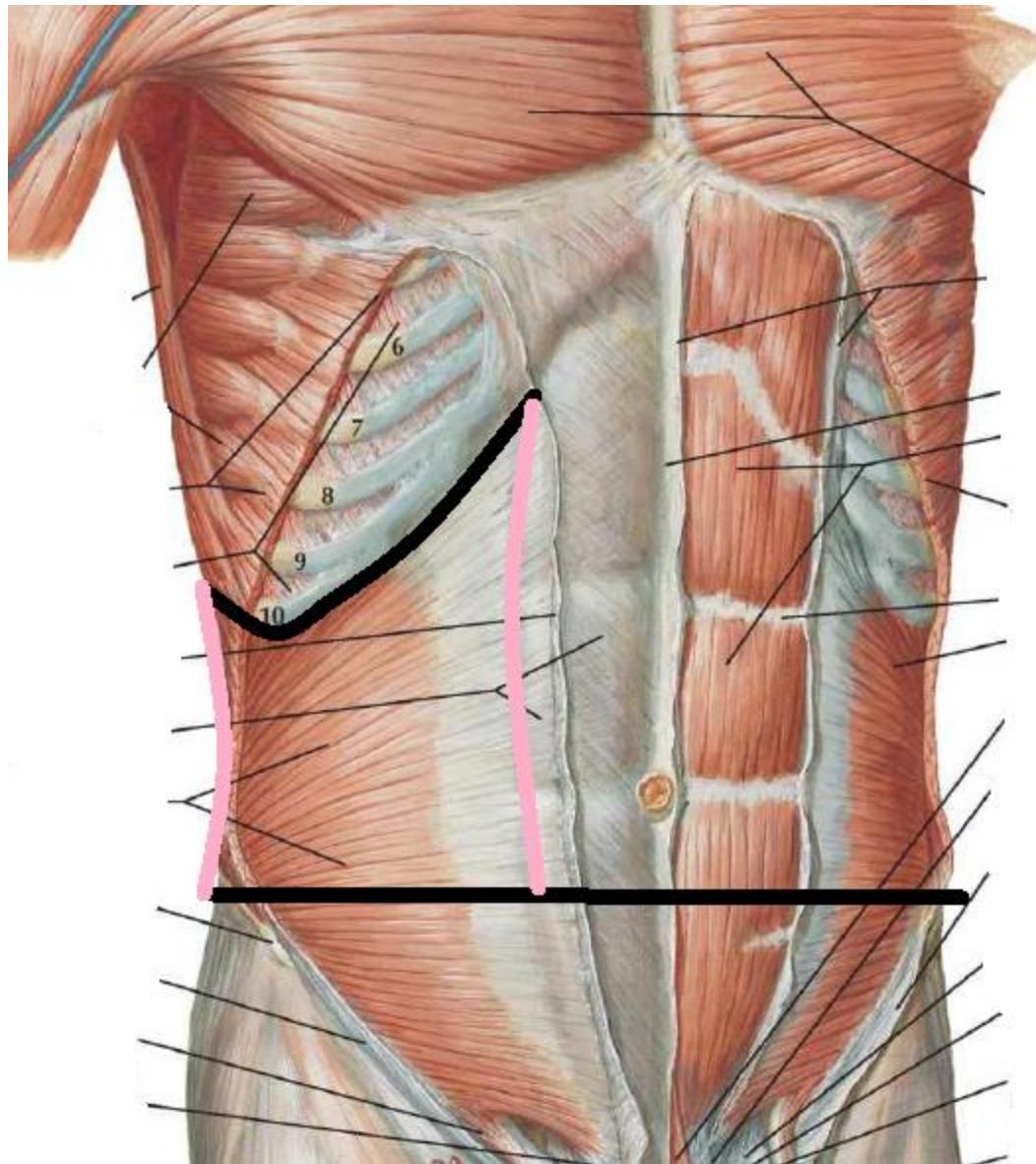
Anterior: borde lateral del recto.

Posterior: región lumbar.

Contenido:

Piel + TCSC

Músculos anchos con sus respectivas aponeurosis



Región inguinoabdominal

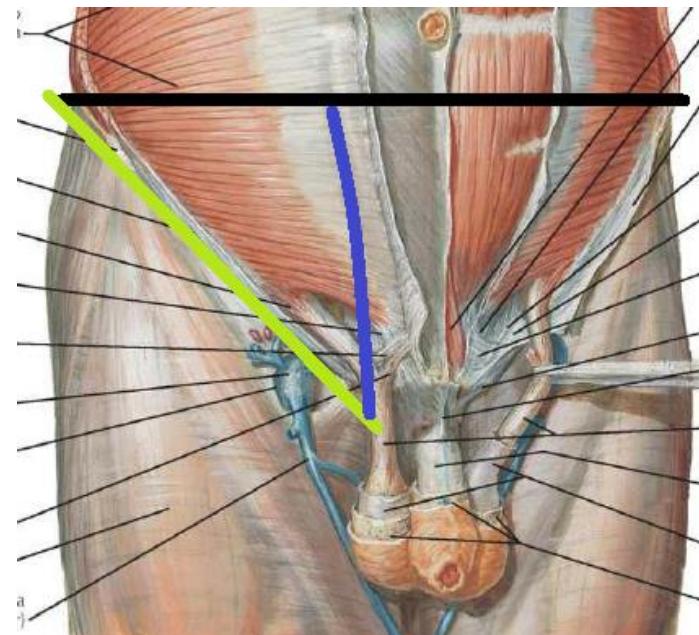
Límites:

Superior: línea horizontal que va desde una EIAS, a la otra.

Inferior: línea oblicua que sigue el pliegue inguinal.

Medial: Borde lateral del recto del abdomen.

Contenido: conducto inguinal.



Conducto inguinal



- ¿QUÉ ES?
- EXTENSIÓN.
- DIRECCIÓN.
- ¿QUÉ FUNCIÓN TIENE?
- ¿CUÁLES SON SUS PAREDES?
- ¿CUÁL ES SU CONTENIDO?

Conducto inguinal: ¿Qué es?

Es un trayecto situado entre las inserciones inferiores de los músculos anchos del abdomen.

Va desde el 1/3 medio del ligamento inguinal hasta la espina pubica.

Es oblicuo de lateral a medial y de posterior a anterior.

Comunica el interior de la cavidad abdominal con los planos superficiales de la región urogenital: escroto en varón y labios mayores en mujer.

Su anillo profundo es lateral y posterior, su anillo superficial es medial y anterior.

Conducto inguinal: paredes

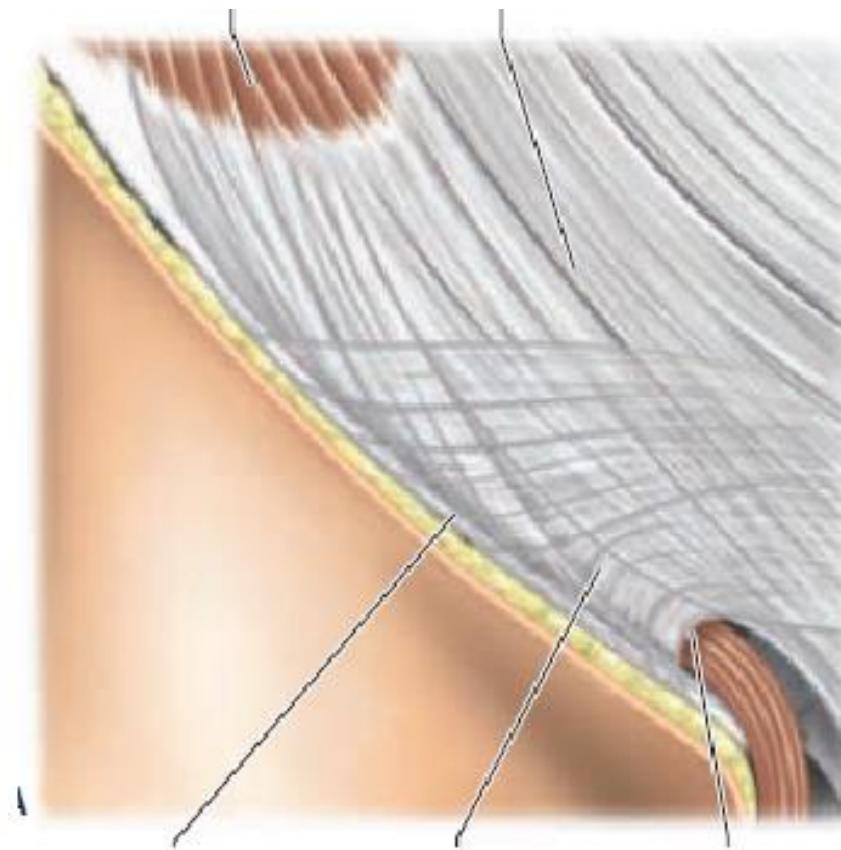
Recordemos que el conducto inguinal NO posee paredes propias, sino que está labrado entre elementos de la región inguinoabdominal.

Son 4 paredes: superior, inferior, anterior y posterior + 2 anillos.

Pared anterior → 2 porciones

Lateral: aponeurosis del ob. Ext + fibras musculares del ob. Int y transverso.

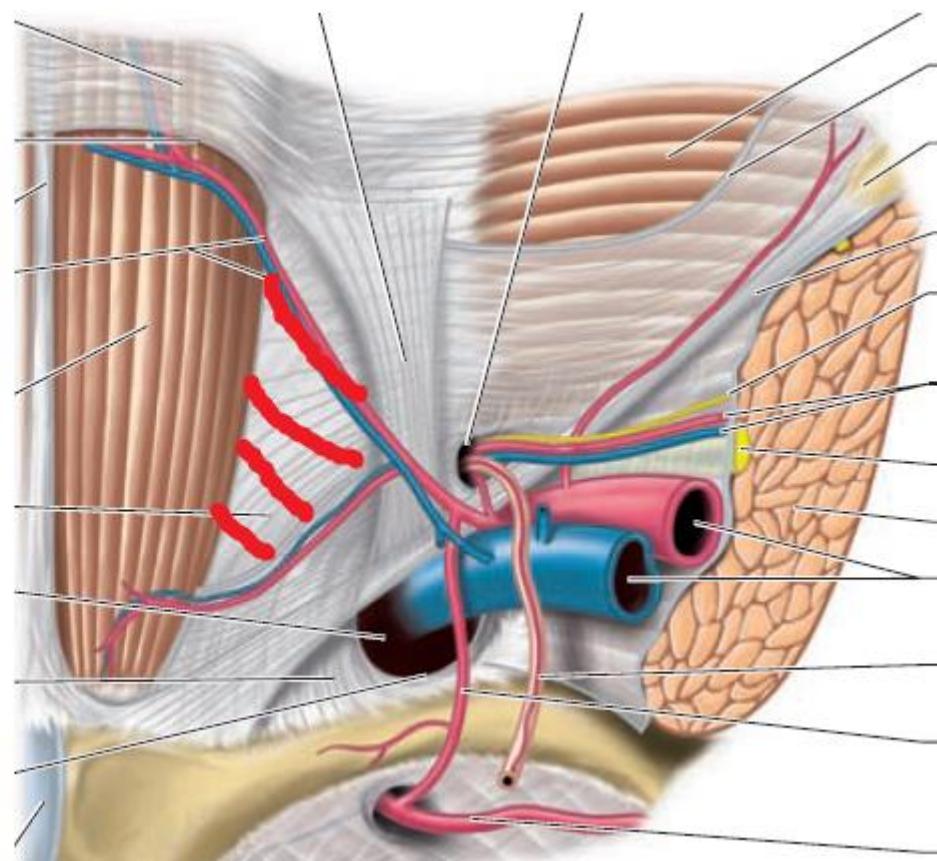
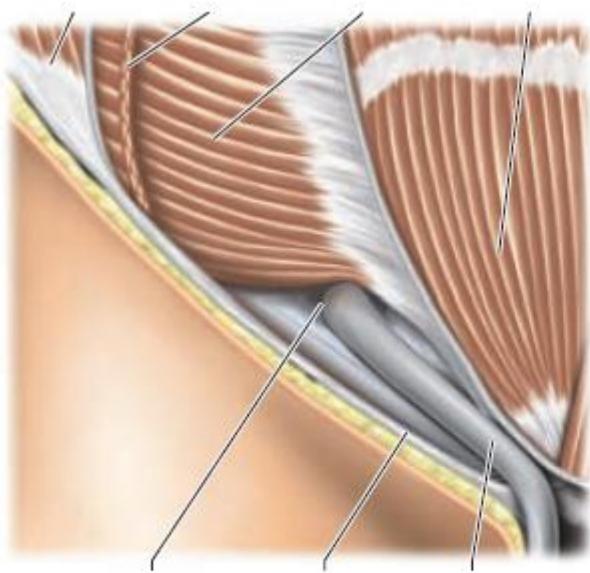
Media: Solo aponeurosis del oblicuo externo.



Pared posterior:

superposición de 4 planos, de anterior a posterior

1. Ligamento reflejo: cerrando por detrás el anillo inguinal superficial.
2. Tendón conjunto.
3. Ligamento de henle.
4. Fascia transversalis con sus refuerzos y engrosamientos.



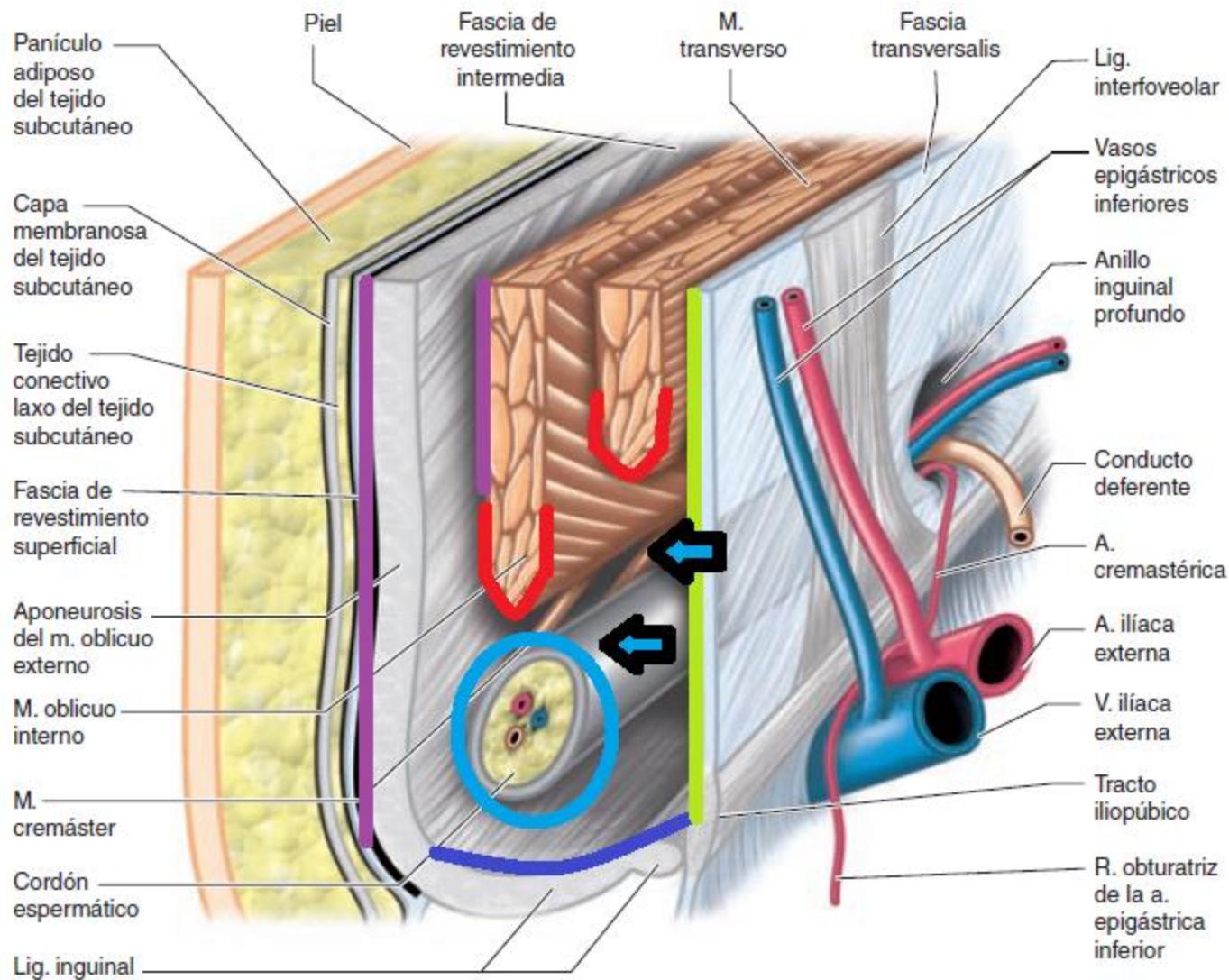
Pared inferior:

Ligamento inguinal, en sus tercios medio y medial.

Pared superior:

Hacia lateral → borde inferior de los músculos oblicuo interno y transverso.

Hacia medial → tendón conjunto.



Conducto inguinal: contenido

Cuadro 6-3. Contenido del conducto inguinal en el hombre

Estructura	Origen
R. cutáneo anterior del n. iliohipogástrico	R. del plexo lumbar (LI)
Cordón espermático: (sus constituyentes están agrupados por planos, de superficial a profundo)	
Fascia espermática externa	Dependencia de la fascia de revestimiento superficial del abdomen
N. ilioinguinal	R. del plexo lumbar (LI)
A y v. cremastérica	R. y tributaria de la a. y v. epigástrica inferior
R. genital del n. genitofemoral	R. del plexo lumbar (LI y LII)
M. cremáster	Dependencia del m. oblicuo interno
Fascia cremastérica	
Fascia espermática interna	Dependencia de la fascia transversalis
Conducto deferente	Proveniente del epidídimo
A. del conducto deferente	R. de la a. umbilical [a. vesicodeferencial]
V. del conducto deferente	Tributaria de la v. ilíaca interna
A. testicular	R. de la aorta abdominal
Plexo pampiniforme	Tributario de la v. testicular
N. simpáticos y parasimpáticos	Plexo testicular y plexo hipogástrico inferior
Vasos linfáticos	Desde el testículo hacia nodos linfáticos lumbares
Vestigio del proceso vaginal	(Inconstante, dependencia del peritoneo)

Cuadro 6-4. Contenido del conducto inguinal en la mujer

Estructura	Origen
Ligamento inguinal	Ramo genital del nervio genitofemoral
R. genital	Vasos cremastéricos
A. y v.	Conducto deferente
R. genital	Arteria del conducto deferente
	Vasos epigástricos inferiores
	Tendón conjunto
	Aponeurosis del oblicuo externo
	Anillo inguinal profundo
	Anillo inguinal superficial
	Fascia cremastérica
	Fascia espermática interna
	Capa parietal de la túnica vaginal
	Cavidad de la túnica vaginal
	Capa visceral de la túnica vaginal
	Ramo genital del nervio genitofemoral
	Vasos cremastéricos
	Conducto deferente
	Arteria del conducto deferente
	Vasos epigástricos inferiores
	Tendón conjunto
	Aponeurosis del oblicuo externo
	Anillo inguinal profundo
	Anillo inguinal superficial
	Fascia cremastérica
	Fascia espermática interna
	Capa parietal de la túnica vaginal
	Cavidad de la túnica vaginal
	Capa visceral de la túnica vaginal
	Arteria testicular y plexo venoso pampiniforme
	Peritoneo parietal
	Fascia extraperitoneal
	Fascia transversalis
	Músculo oblicuo interno
	Músculo transverso del abdomen

Anatomía topográfica y proyectiva del abdomen

Objetivos

- Dividir al abdomen en cuadrantes.
- Identificar órganos en cada uno de ellos.
- Aprender las principales relaciones de los mismos.

Anatomía topográfica y proyectiva del abdomen

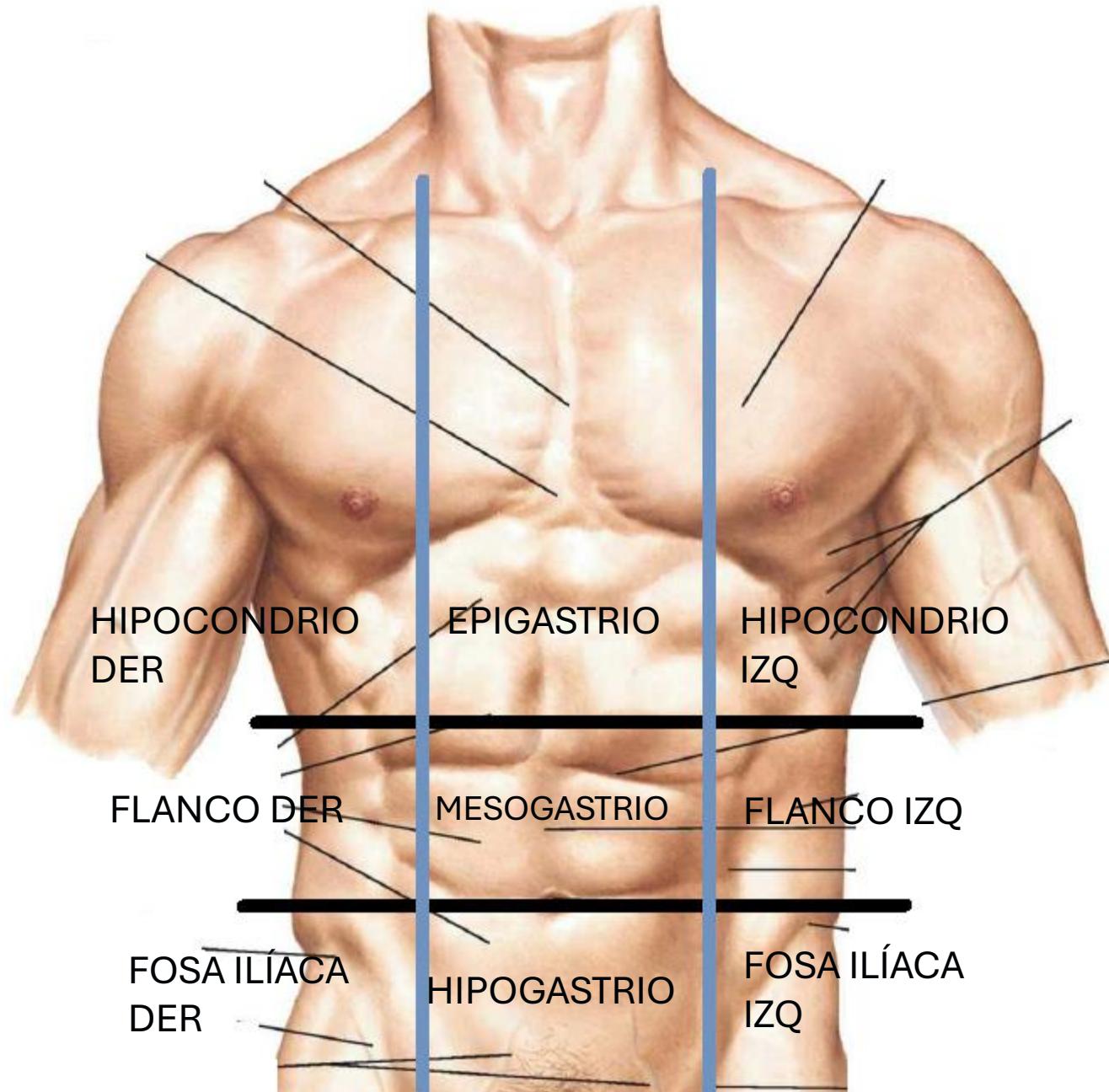
Para dividir topográficamente al abdomen, y así proyectar la ubicación de sus vísceras, debemos trazar:

2 líneas horizontales: superior → rosando el borde inferior de la parrilla costal.

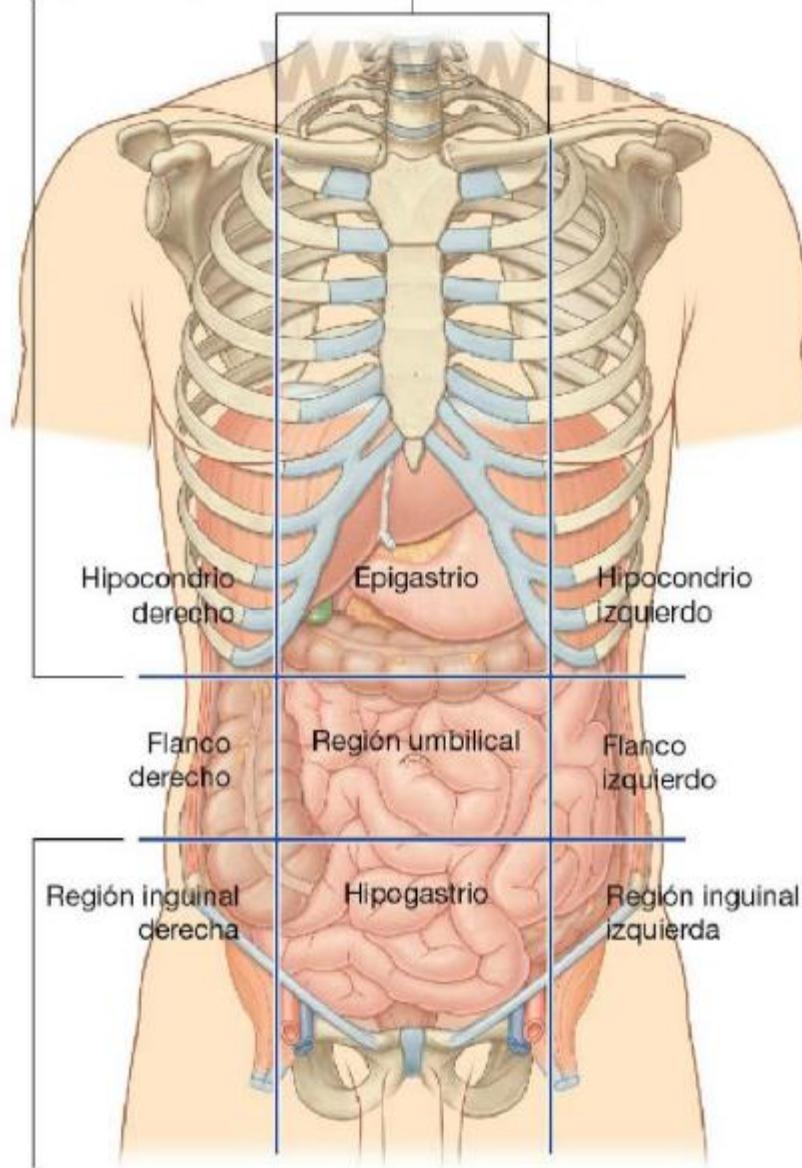
Inferior → rosando el punto más alto de las crestas ilíacas.

2 líneas verticales, hemiclaviculares.

Se obtienen 9 cuadrantes.



Plano subcostal Planos medioclaviculares



CONTENIDO

preparandoanato

HIPOCONDRIOS	EPIGASTRO	HIPOCONDRIOS
<ul style="list-style-type: none">-HÍGADO-VESÍCULA BILIAR-ÁNGULO HEPÁTICO DEL COLON-GLANDULA SUPRARRENAL + POLO SUPERIOR DEL RIÑÓN DERECHO	<ul style="list-style-type: none">-ESTÓMAGO-DUODENO-PÁNCREAS-LÓBULO HEPÁTICO DERECHO	<ul style="list-style-type: none">-CUERPO GÁSTRICO-ÁNGULO ESPLÉNICO DEL COLON-COLA DEL PÁNCREAS-BAZO-GLANDULA SUPRARRENAL Y POLO SUPERIOR DEL RIÑON IZQUIERDO
FLANCO	MESOGASTRO	FLANCO
<ul style="list-style-type: none">-COLON ASCENDENTE-ASAS DELGADAS	<ul style="list-style-type: none">-COLON TRANSVERSO-ASAS DELGADAS	<ul style="list-style-type: none">-COLON DESCENDENTE-ASAS DELGADAS
FOSA ILÍACA	HIPOGASTRO	FOSA ILÍACA
<ul style="list-style-type: none">-CIEGO-APÉNDICE-ASAS DELGADAS	<ul style="list-style-type: none">-ASAS DELGADAS-RECTO	<ul style="list-style-type: none">-COLON SIGMOIDE-ASAS DELGADAS

Peritoneo

Objetivos

- ¿Qué es?
- ¿Qué funciones posee?
- ¿Cómo se clasifican los órganos abdominales según su cubierta peritoneal?
- ¿Qué formaciones peritoneales hay?

Peritoneo: ¿Qué es?

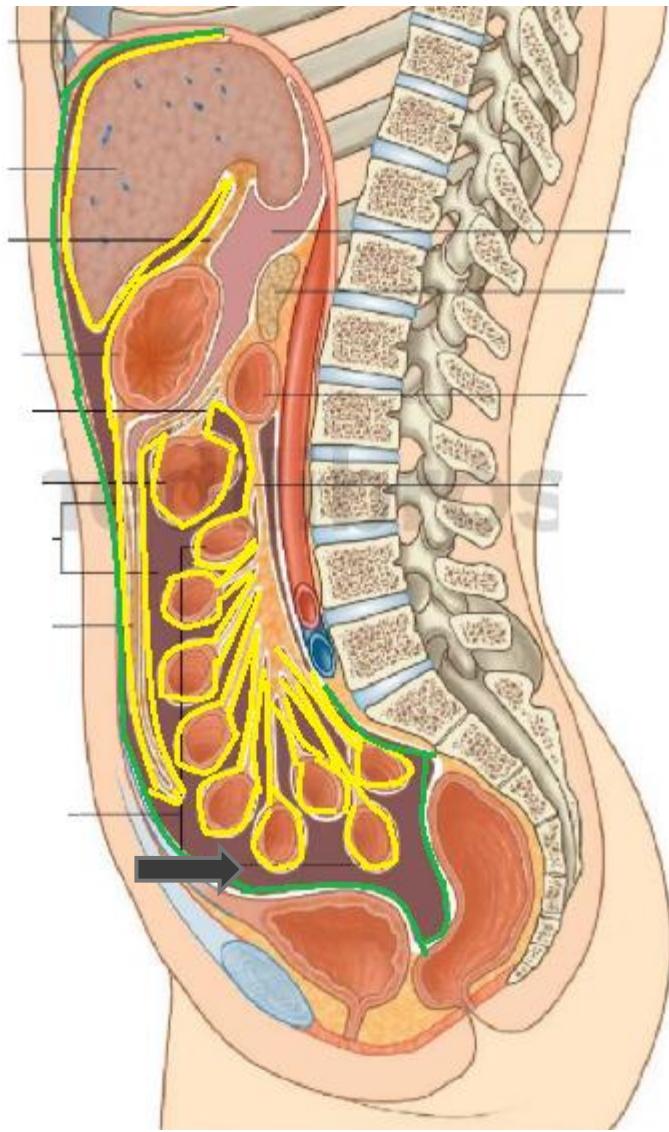
Es una membrana serosa que tapiza tanto las paredes como los órganos de la cavidad abdominal.

Como todo mesotelio posee dos hojas: visceral y parietal. Entre ellas hay un espacio potencial, con líquido peritoneal.

Recordar → las serosas no tienen solución de continuidad, es un mismo mesotelio que va recubriendo paredes y órganos.

Peritoneo: funciones

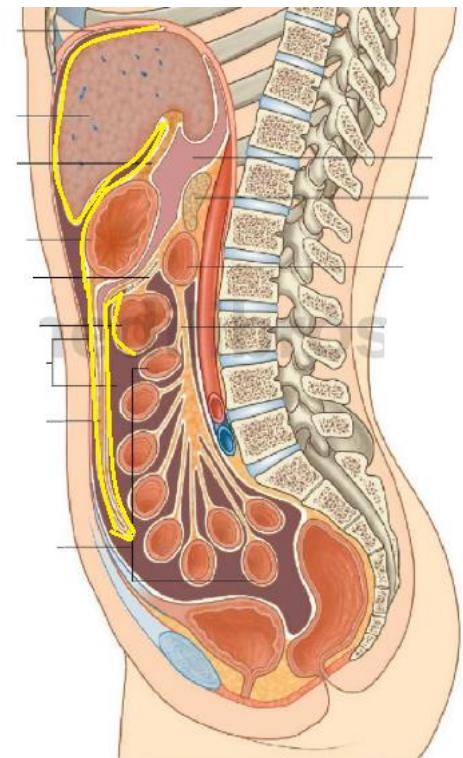
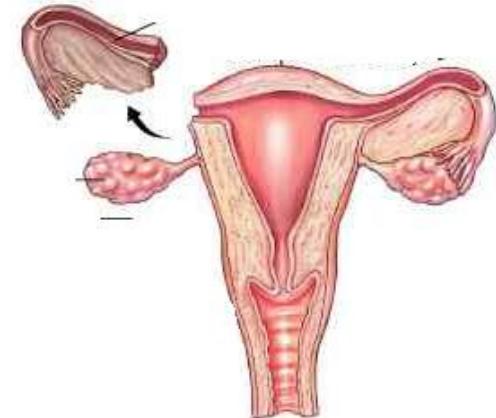
- Sostén y fijación de vísceras.
- Refuerzo de vísceras que están en regiones de tracción.
- Evita fricción entre órganos, y entre órganos y las paredes.
- Secreta líquido que favorece el deslizamiento de las vísceras.
- Reacciona ante infecciones creando adherencias que aíslan los focos de microorganismos, evitando la diseminación por el resto de la cavidad abdominal.
- Absorbe líquidos y gases de la cavidad abdominal.



Clasificación de los órganos según su cubierta peritoneal

Aclaración importante: Todos los órganos intraabdominales cubiertos por peritoneo, no son intraperitoneales, ya que esta cubierta serosa los separa de la cavidad que queda entre la hoja visceral y la parietal.

Los únicos órganos que se hayan en la cavidad peritoneal propiamente dicha son: ovario + infundíbulo de la trompa uterina, ya que carecen de un revestimiento de peritoneo visceral completo



Intraperitoneales:

Intraperitoneales estrictos → aquellos deprovistos de peritoneo visceral.

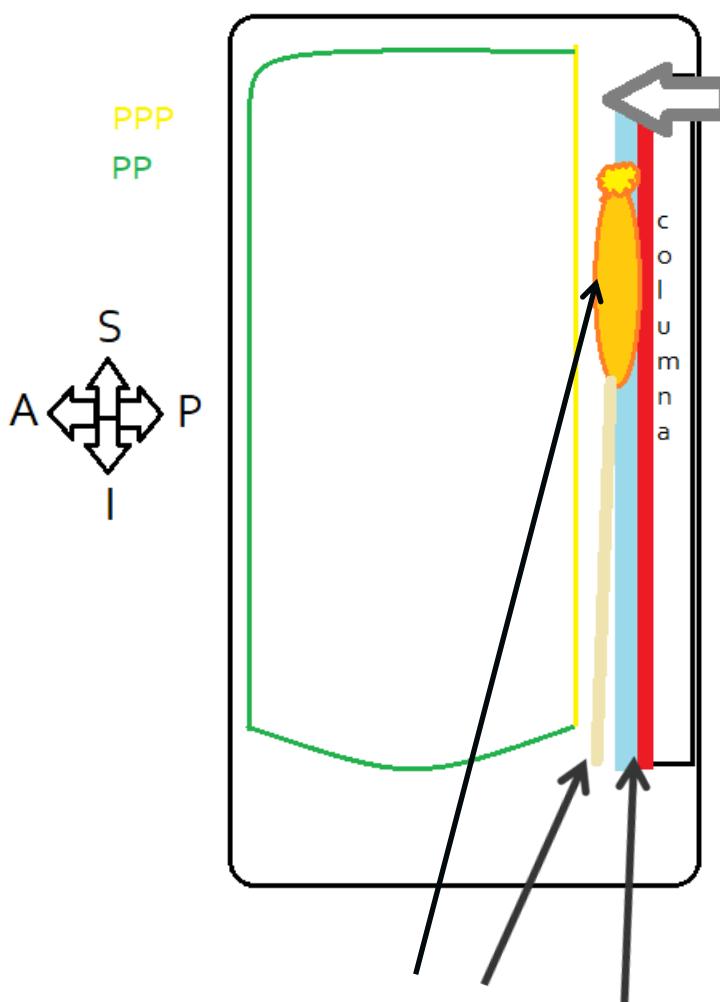
Intraperitoneales en sentido amplio → Poseen peritoneo visceral, y se hallan fijados a alguna de las paredes.

Extraperitoneales:

Retroperitoneales 1º: aquellos órganos que desde un inicio del desarrollo embrionario quedaron por detrás del peritoneo parietal posterior.

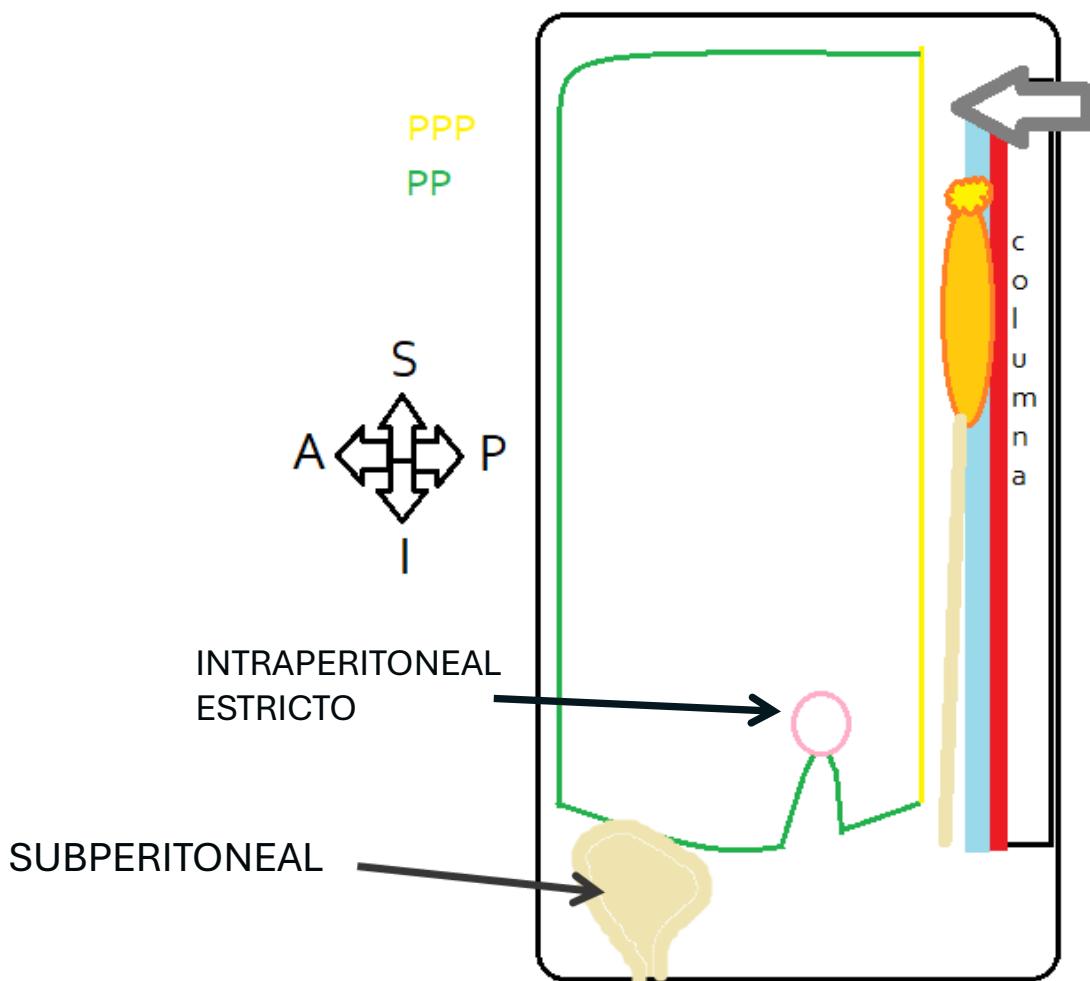
Retroperitoneales 2º: aquellos órganos que poseen cubierta visceral, pero durante el desarrollo embrionario, el peritoneo que los unía a la pared posterior, se fusiono con el peritoneo parietal posterior, dando la sensación de que quedan por detrás de este, pero en realidad están entre él y el visceral (poseen fascia de coalescencia).

Subperitoneales: aquellos órganos que quedan por debajo del peritoneo que cae sobre la cavidad pélvica.



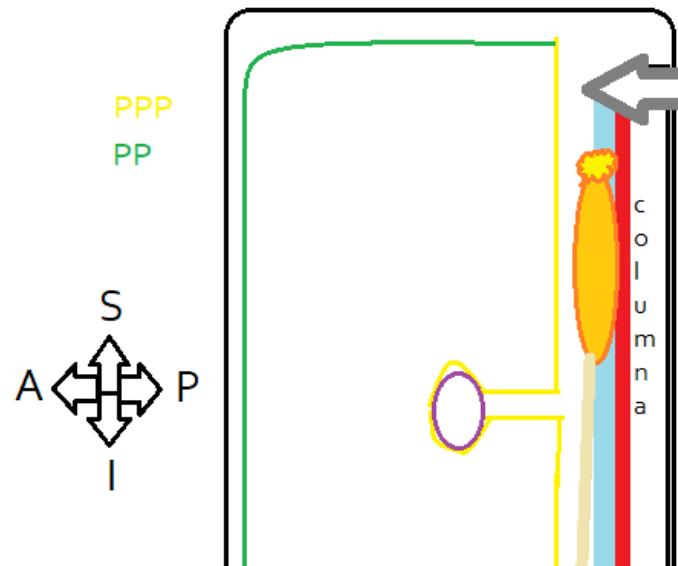
RETROPERITONEO

preparando anato



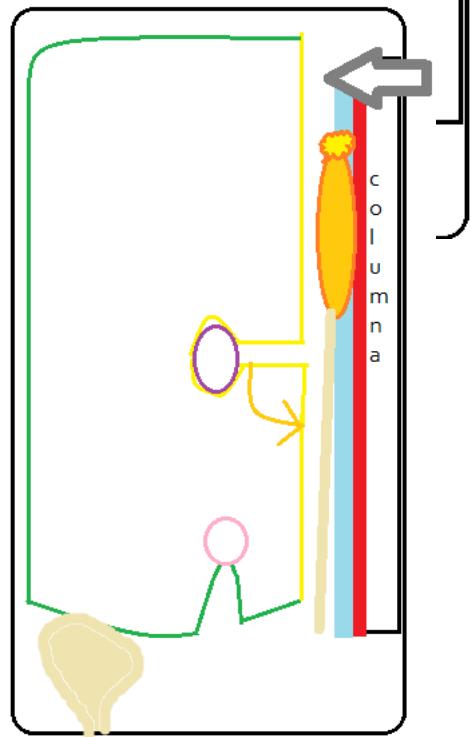
INTRAPERITONEAL
ESTRICTO

SUBPERITONEAL

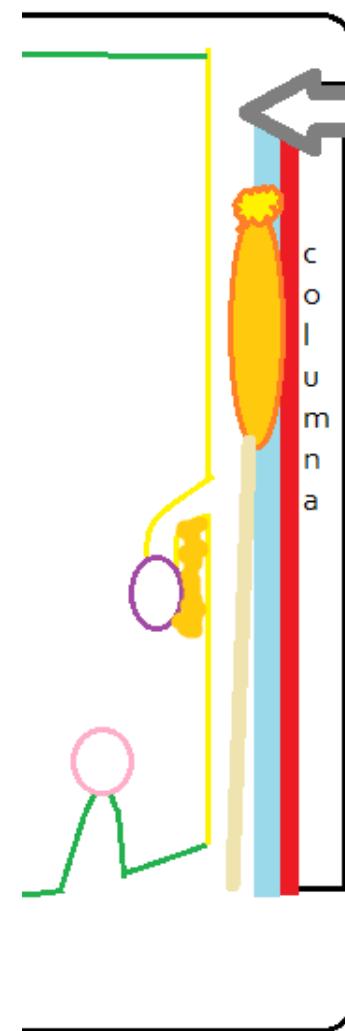


RETROPERITONEO

preparando anato



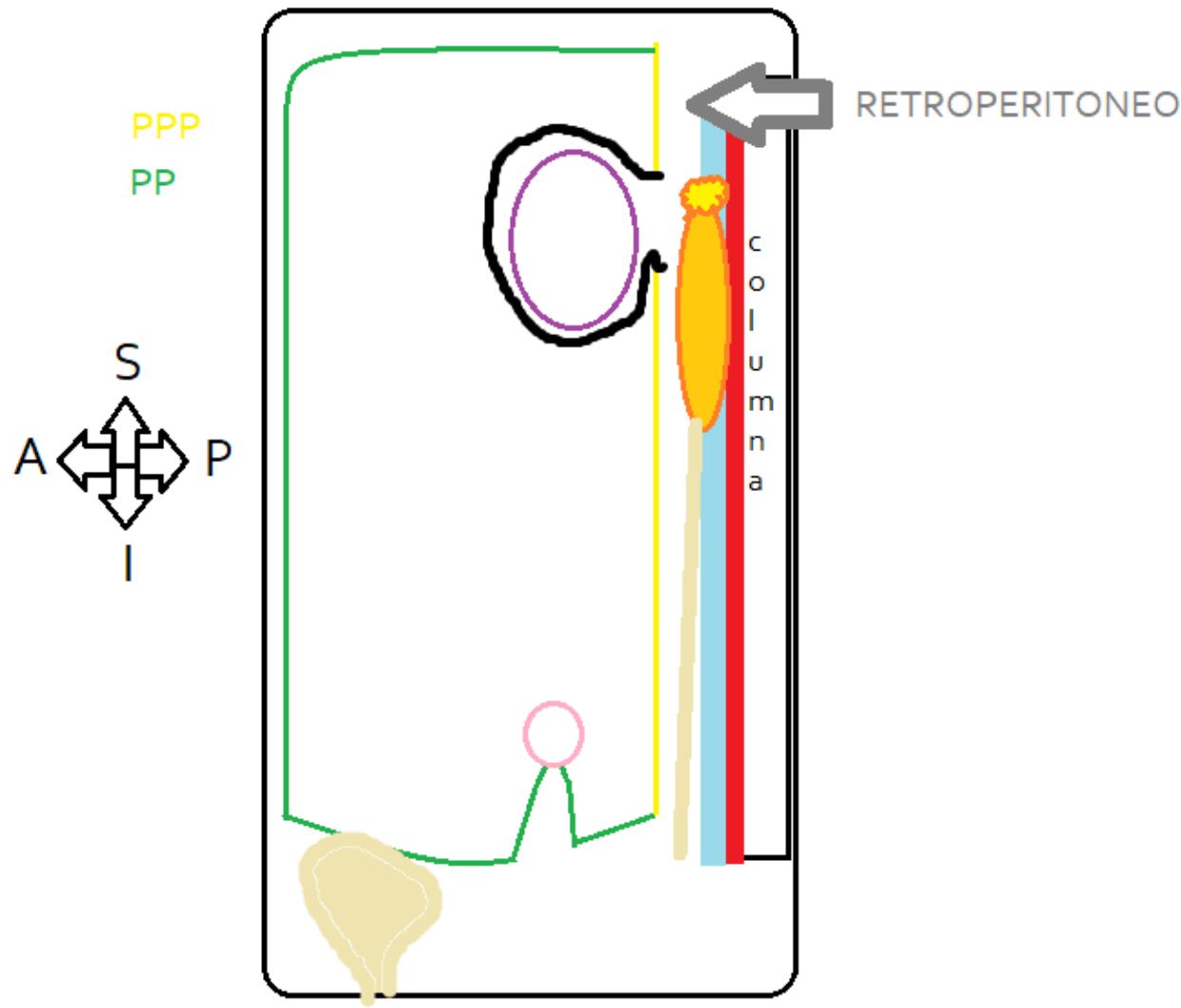
RETROPERITONEO



RETROPERITONEAL
2°

preparando oonato

INTRAPERITONEAL EN SENTIDO AMPLIO



INTRAPERITONEALES		
EN SENTIDO ESTRICTO	EN SENTIDO AMPLIO	
Ovario + infundíbulo de la trompa uterina.	<ul style="list-style-type: none"> - Estómago. - Hígado. - Vesícula biliar. - Porción superior del duodeno. - Bazo. - ID. - Ciego y apéndice. - Colon transverso y sigmoide. - Fondo y cuerpo uterino. - Trompas uterinas. 	
EXTRAPERITONEALES		
RETROPERITONEALES 1°	RETROPERITONEALES 2°	SUBPERITONEALES
<ul style="list-style-type: none"> - GSR. - Riñones. - Uréteres. - Grandes vasos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Porciones descendente, horizontal y ascendente de duodeno. - Páncreas. - Colon ascendente y descendente. - Tercio superior y medio de recto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vejiga. - Porción distal de uréteres. - 1/3 inferior del recto. - Próstata y vesículas seminales. - Cuello uterino y vagina.

Formaciones peritoneales

MESO: Repliegue peritoneal que fija una víscera a la pared abdominal posterior, y que posee, entre sus dos hojas el eje vasculonervioso de la misma (su raíz o pedículo). Ejemplo: mesenterio.

Fusión de peritoneo parietal – visceral.

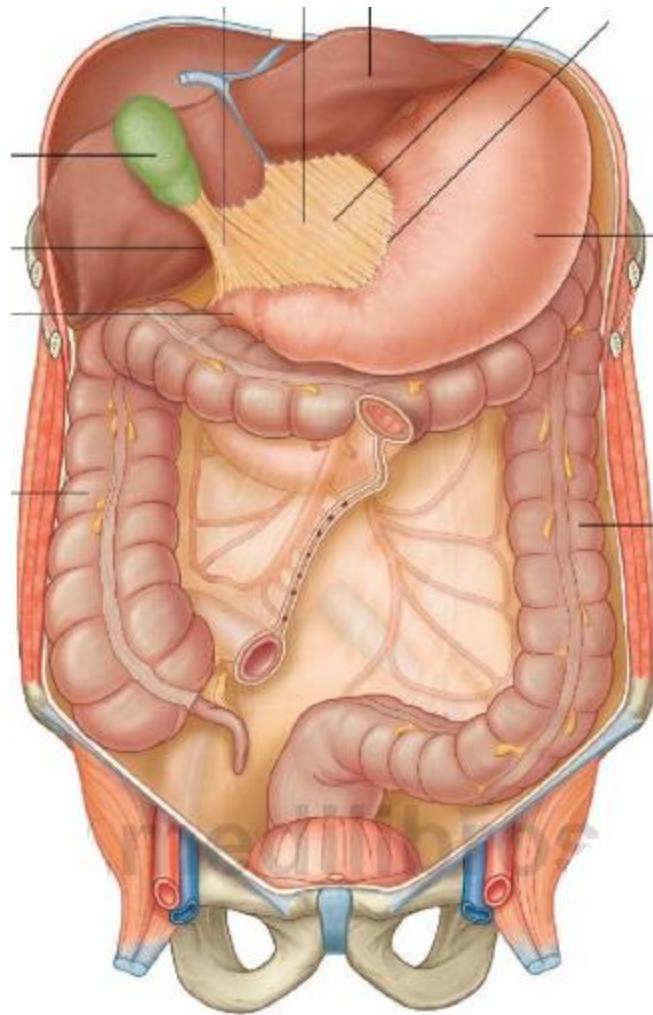
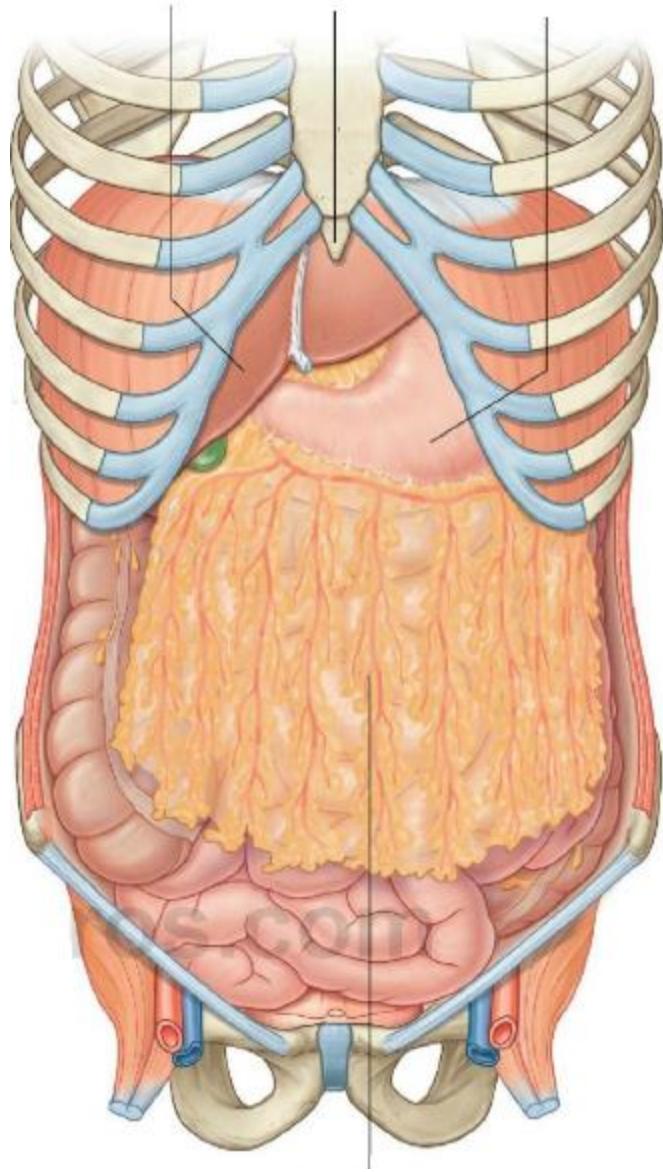
LIGAMENTOS: Repliegues peritoneales similares a los mesos, pero no llevan la raíz de las vísceras. Su función es de sostén, fijando víscera – víscera, víscera – pared. Ejemplo: ligamento hepatofrénico.

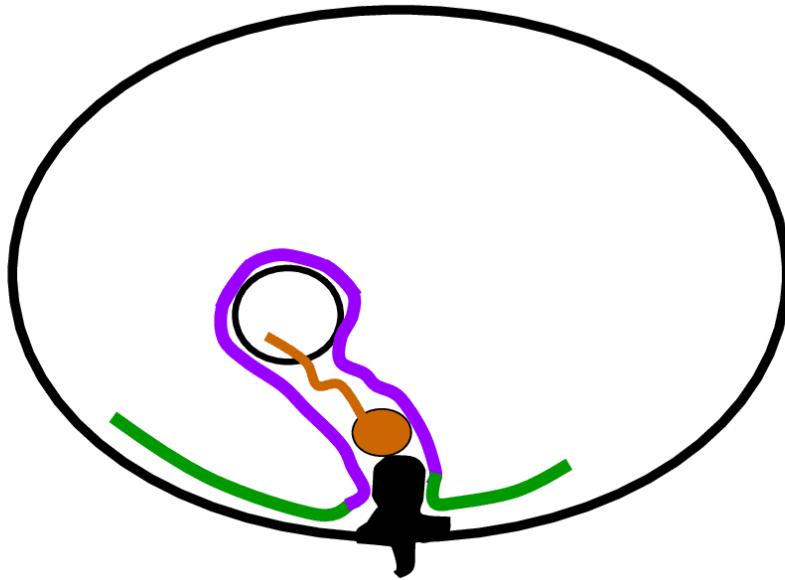
OMENTO: Repliegue peritoneal, formando por dos hojas, que resulta de la continuación del peritoneo visceral de órganos adyacentes. Ejemplos: omento mayor y menor.

Fusión de peritoneo visceral – visceral.

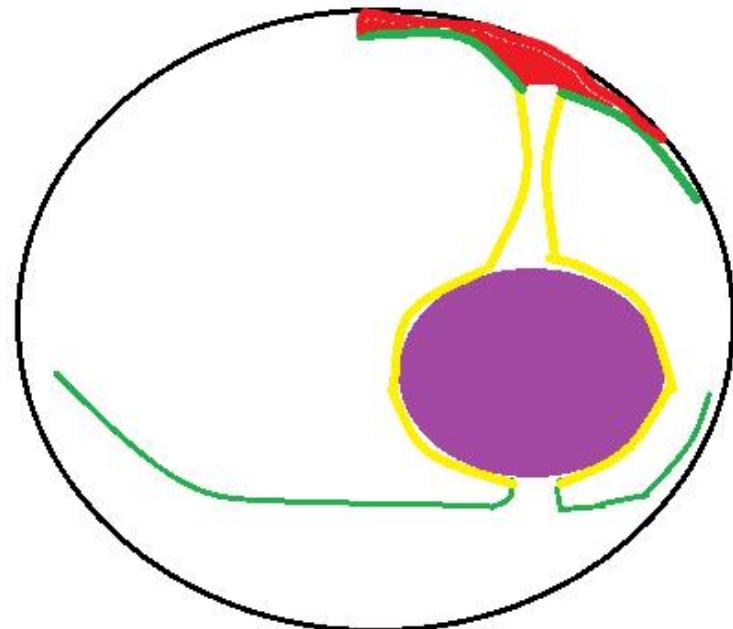
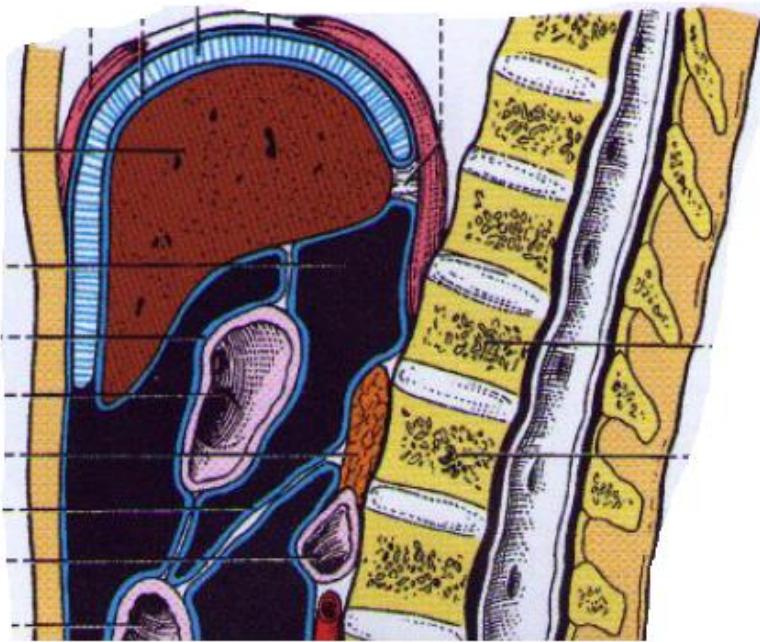
FASCIA DE COALESCENCIA: Repliegue peritoneal que fusiona el peritoneo visceral con el parietal posterior. Los órganos que la poseen son retroperitoneales 2º. Ejemplo: Fascia retrocólica derecha.

Fusión de peritoneo visceral – parietal.





MESO



Aplicación clínica

¿Qué es la línea alba?

Es una formación anatómica que se haya entre ambos rectos del abdomen, y que resulta del entrecruzamiento de fibras de las aponeurosis de los músculos anchos del abdomen, al formar la vaina.

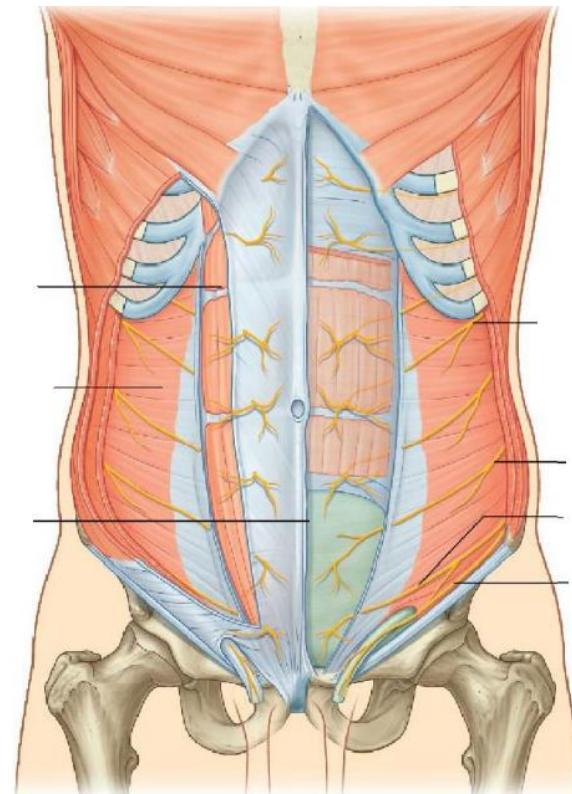
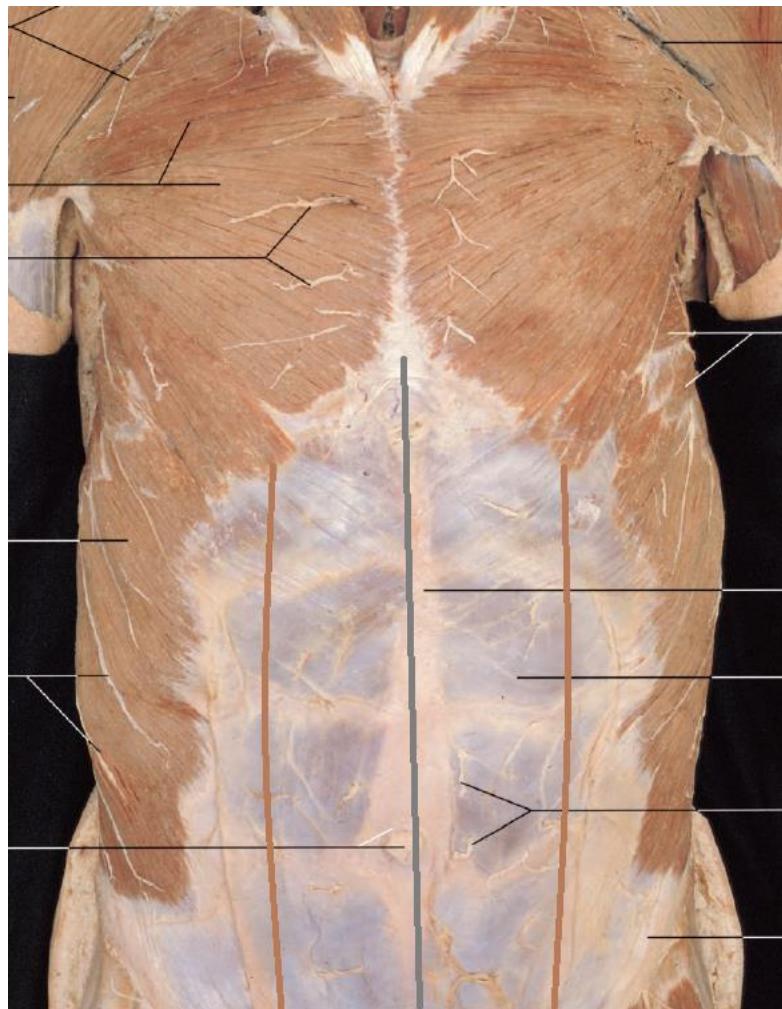
¿Qué utilidad posee?

Esta línea se caracteriza por poseer escasa irrigación, además de carecer de relaciones con elementos nobles, por lo que es una de las vías de acceso quirúrgicas más utilizadas en las cirugías de abdomen.

¿Se pueden utilizar también las líneas parorrectales?

No, porque a diferencia de la línea alba, por ella llegan los nervios destinados a los rectos del abdomen, al realizar una incisión allí → parálisis de los rectos.

<https://www.youtube.com/watch?v=cp5sEPc0Ghg>



HERNIAS

Una hernia inguinal es la salida o paso de un saco de peritoneo, con o sin contenido abdominal, a través de una porción débil de la pared abdominal en la ingle.

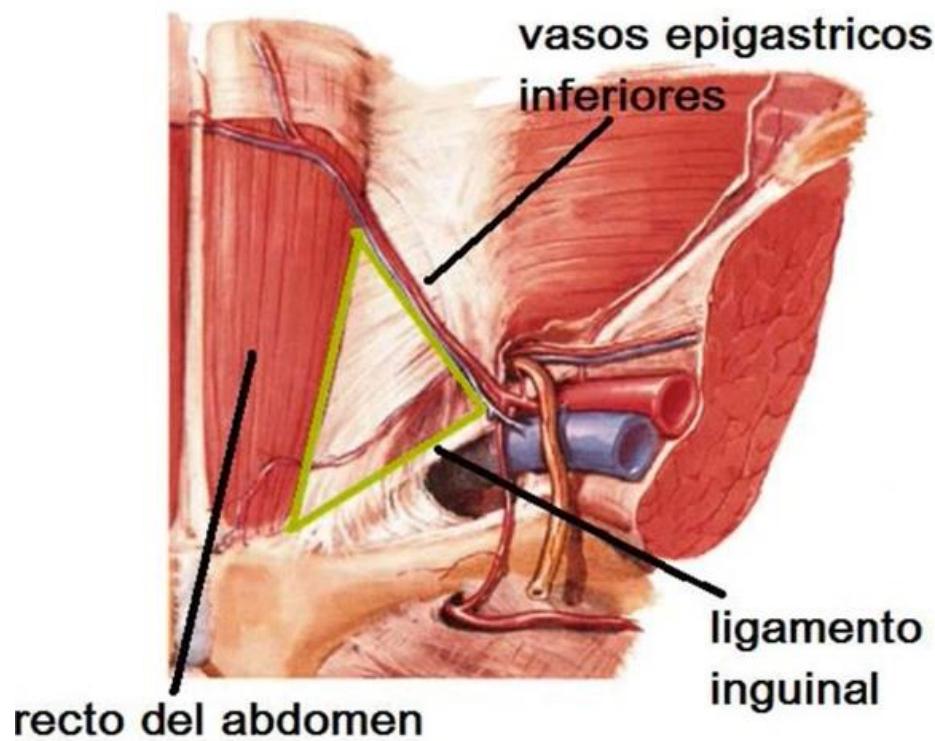
Se produce porque el saco peritoneal se introduce en el conducto inguinal de dos formas:

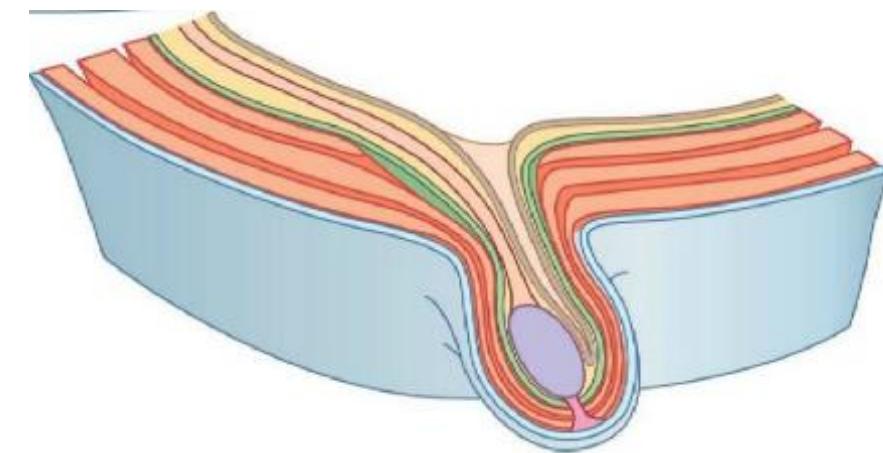
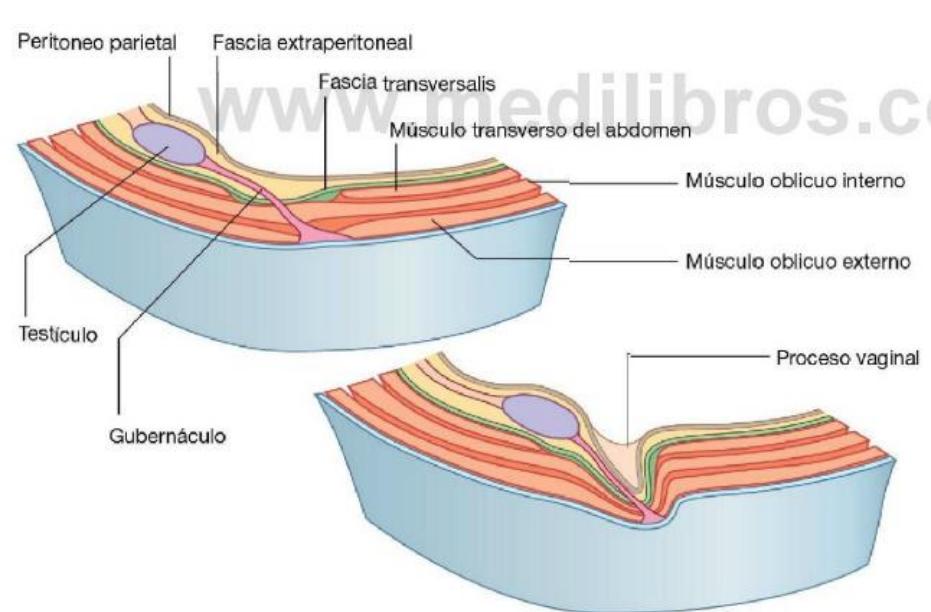
- Indirecta, por el anillo inguinal profundo.
- Directa, por la pared posterior del conducto inguinal.

Hernia directa

El abultamiento aparece por dentro de los vasos epigástricos inferiores en el triángulo inguinal (triángulo de Hesselbach), que está limitado por:

- La arteria epigástrica inferior lateralmente.
- El músculo recto del abdomen medialmente.
- El ligamento inguinal inferiormente.



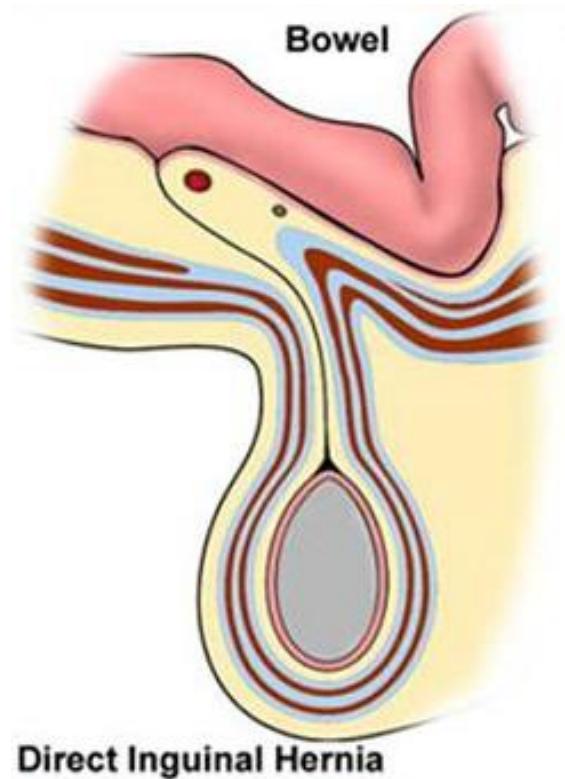
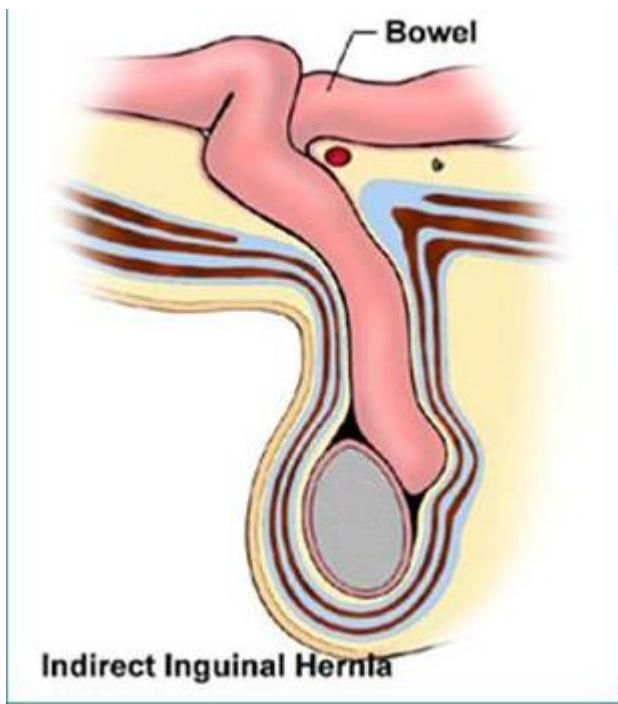
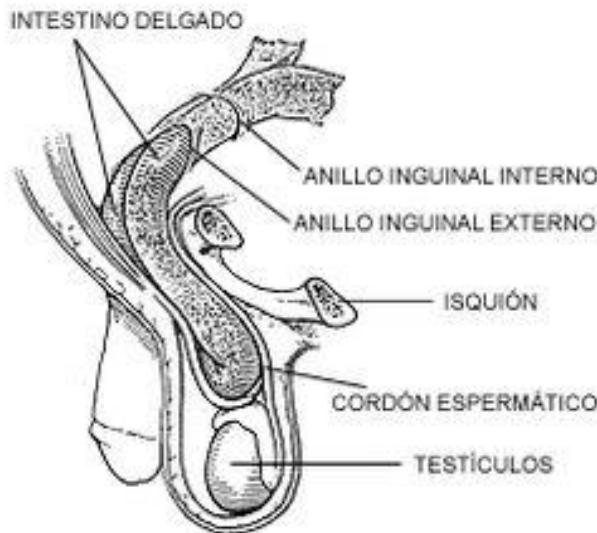


- **La hernia inguinal indirecta** es la más frecuente entre las hernias Inguiñales.
- Mayor prevalencia en varones.
- Se produce porque una porción o todo el proceso vaginal embrionario se mantiene abierto o permeable.
- El saco peritoneal herniado entra en el conducto inguinal por el anillo inguinal profundo, al lado de los vasos epigástricos inferiores.
- La distancia a la que llega depende de la cantidad de proceso vaginal que queda permeable. Si es permeable en su totalidad, el saco peritoneal puede atravesar toda la longitud del conducto, salir por el anillo superficial y seguir hasta el escroto en hombres o los labios mayores en mujeres.

Cuadro 6-5. Hernias inguinales

Característica	Directa (adquirida)	Indirecta (congénita)
Factores predisponentes	Debilidad de la pared anterior del abdomen en el triángulo inguinal por: anillo inguinal distendido, hoz inguinal estrecha, debilidad de la aponeurosis, varones mayores de 40 años	Permeabilidad del proceso vaginal (completa o en su porción superior) en hombres jóvenes
Frecuencia	Poco frecuente	Más frecuente
Salida desde la cavidad abdominal	Peritoneo con fascia transversalis, situados por fuera de una o dos capas fasciales internas del cordón espermático	Peritoneo del proceso vaginal persistente con las tres capas fasciales del cordón espermático o del ligamento redondo
Recorrido	Pasa a través o alrededor del conducto inguinal, atravesando su tercio medial, externa y paralela al vestigio del proceso vaginal	Atraviesa el conducto inguinal (completo si tiene suficiente tamaño) dentro del proceso vaginal
Salida de la pared anterior del abdomen	A través del anillo inguinal superficial, lateral al cordón espermático. Rara vez, ingresa en el escroto	A través del anillo inguinal superficial, por dentro del cordón. Ingresa en el escroto o el labio mayor

HERNIA INGUINAL



Dolor abdominal

Dolor visceral:

- Aumento de presión en víscera hueca → distensión (intestino, uréter, vesícula, trompa de Falopio)
- Inflamación de una víscera.
- Distensión de cápsula de órgano macizo (ejemplo hígado).
- Isquemia aguda (occlusión mesentérica).

DOLOR INICIALMENTE LOCALIZADO, PERO CON EL TIEMPO SE HACE DIFUSO.

Dolor Somático:

peritoneo parietal, diafrágmatico, raíz de mesenterio, retroperitoneo, pared abdominal.

DOLOR MÁS LOCALIZADO.

Dolor Referido:

se percibe en región distante a la que se origina.

Ejemplos:

Dolor de la vesícula biliar, se proyecta a la región escapular derecha.

Dolor por pancreatitis se proyecta en hemicinturon izquierdo.

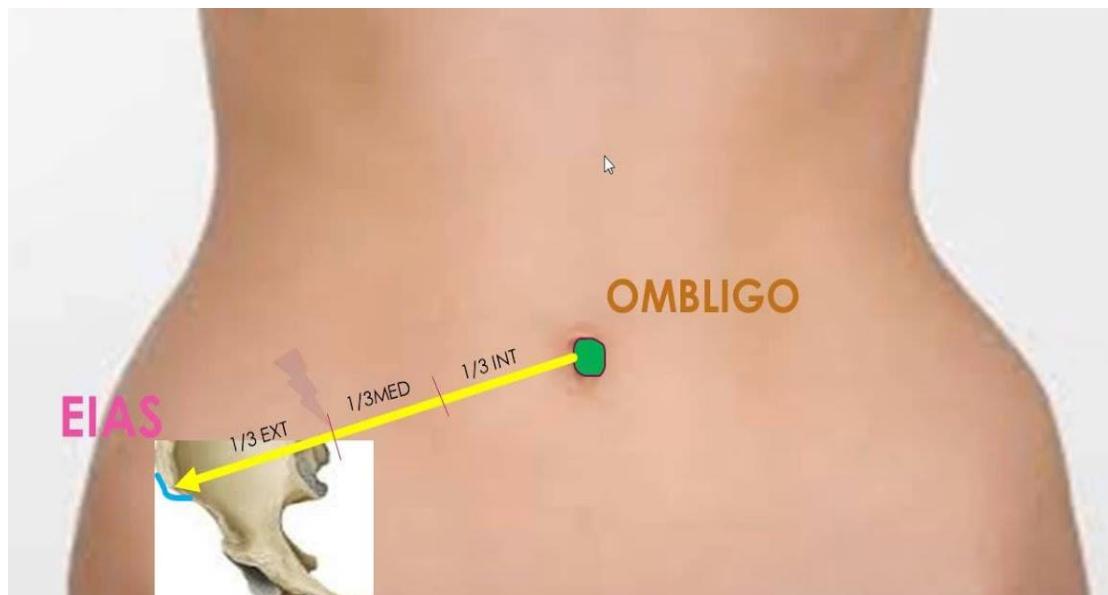
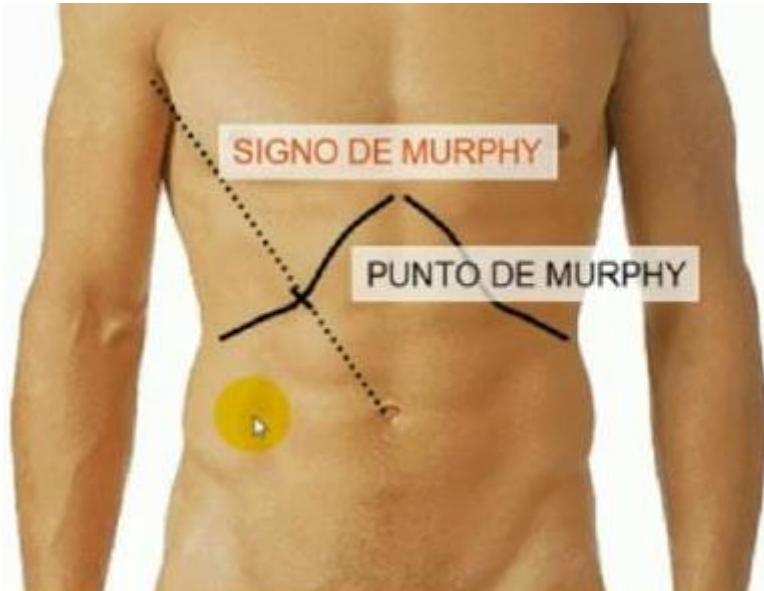
Dolor gástrico se proyecta en epigastrio.

PUNTOS DOLOROSOS

Punto de Murphy: Se traza una línea desde el ombligo hasta la línea axilar anterior. En el punto en que cruza la parrilla costal, comprimimos con los dedos.
Si es positivo → dolor de la vesícula biliar.

Punto de MacBurney: Se traza una línea desde el ombligo hasta la EIAS. En la unión de los dos tercios internos con el tercio externo, comprimimos con los dedos.
Si es positivo a la derecha → posible apendicitis.
Si hay Mac Burney invertido positivo (a la izquierda) → Posible diverticulitis de colon sigmoide.

Signo de Blumberg: Realizamos lo mismo que en el MacBurney, pero el paciente manifiesta dolor al descomprimir → signo de irritación peritoneal.



BIBLIOGRAFÍA

- Anatomía Humana – Henri Rouviere, André Delmas – 11º edición.
- Anatomía Humana – Latarjet, Ruiz Liard – 4º edición.
- Anatomía del cuerpo humano – Casiraghi.
- Atlas de Anatomía Humana – Rohen Yocochi – 8º edición.
- Atlas de Anatomía Humana – Frank H. Netter – 7º edición.

Agradecemos la no difusión de este material ya que, para realizarlo, ha llevado mucho tiempo de formación y dedicación.

Candela Casado.

@preparandoanato.