Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Exploración hematológica en Atención Primaria

Á. Rodríguez Corcos

Médico de Familia. Centro de Salud El Greco. Área 10. Getafe. Madrid.

INTRODUCCIÓN

En este segundo capítulo de la serie de exploración física en Atención Primaria, abordaremos una especialidad clínica con unas características particulares, la hematología. No vamos a tratar la interpretación y análisis de las pruebas de laboratorio como el hemograma y las pruebas de coagulación, sino que nos vamos a basar en las manifestaciones clínicas que podemos reconocer al realizar la exploración física.

El paciente afectado por una hemopatía debe valorarse de una forma global y similar a la que realizaríamos al hacer una exploración general; las particularidades por regiones anatómicas las describimos a continuación.

SISTEMÁTICA DEL EXAMEN

—Inspección general.
—Piel y mucosas.
—Áreas ganglionares.
—Cabeza y cuello.
—Tórax.
—Abdomen.
—Extremidades.
—Exploración neurológica.
—Exploración anorrectal y vulvovaginal.

INSPECCIÓN GENERAL

La exploración hematológica comienza con la anamnesis por aparatos que realizamos al comenzar la historia clínica, al mismo tiempo que realizamos las preguntas y el paciente relata sus síntomas, nosotros observamos el aspecto general, la coloración de la piel, la forma de la cabeza, las características del pelo, la presencia de hemorragias y cualquier sospecha de enfermedad grave.

Correspondencia: Dr. Á. Rodríguez Corcos.
C/ Arturo Soria, 9-1ºC.
28027 Madrid.
Correo electrónico: arguezc@papps.org

Las manifestaciones clínicas de la afectación hematológica sobre el estado general son muy variables, las hemopatías agudas malignas son las que más deterioran, por el contrario, las alteraciones crónicas son muy bien toleradas por el paciente, presentando un aspecto general aceptable y pueden confundirnos un cuadro clínico de astenia, somnolencia, disnea de un paciente que padece una anemia crónica importante con un cuadro depresivo.

PIEL Y MUCOSAS

La exploración de la piel se realiza mediante la inspección y la palpación. Los instrumentos más importantes para ello serán nuestros propios ojos y la capacidad de observación. En algunas ocasiones podremos precisar de una lupa. Es esencial disponer de una fuente de luz adecuada.

La exploración la podemos realizar a medida que observamos las diferentes partes del cuerpo, pero es importante hacer un examen visual global.

La descripción de las lesiones debe seguir una sistemática:

—Características (tamaño, forma, color, textura, elevación).
—Disposición (anular, agrupada, lineal, difusa).
—Localización y distribución (generalizada, regional, patrones de distribución).

Color

La coloración de la piel normal va desde un tono pardo ligero a un marrón oscuro, o de blanquecino rosado a colorado.

La presencia de una piel pálida es una de las manifestaciones más frecuentes en las alteraciones hematológicas; se debe a la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre que irriga la dermis. Esta manifestación se favorece por una vasoconstricción generalizada que se produce como mecanismo compensador de la anemia.

Por todo lo anteriormente expuesto la valoración de la palidez cutánea es difícil, ya que la tonalidad de la piel depende de numerosos factores; su textura normal, del grado de vasoconstricción o vasodilatación periférica y de la pigmentación.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Debemos tener presente que el color de la piel puede estar enmascarado por numerosos factores, como son los cosméticos y bronceadores, con lo que se hace difícil detectar la presencia de ictericia o una uremia, por lo que no sólo debemos observar el color de la facies, sino que debemos de fijarnos en la coloración de la palma de las manos, las uñas y la conjuntiva, por eversión del párpado inferior. Todas estas exploraciones nos aproximarán a calibrar el grado de intensidad de la anemia, aunque será el hemograma el que nos determine la intensidad.

La exploración del lecho ungueal es más fiable que el de la conjuntiva, ya que está sujeta a menudo a procesos irritativos (conjuntivitis). La comparación del color de la palma de la mano o del lecho ungueal del enfermo con los del médico es otro signo que debemos de estimar para valorar la intensidad de la anemia.

Otras manifestaciones cutáneas de procesos de hemopatías son la eritrosis, que es signo de poliglobulia, o la ictericia o pigmentación amarilla, que puede aparecer en la anemia hemolítica, o la presencia de una pigmentación grisaceometálica en caso de hemosiderosis.

Otras alteraciones de la coloración

Otros tipos de lesiones que pueden aparecer en los pacientes con hemopatías son:

—Púrpura: son alteraciones en la coloración de la piel y/o mucosas debida a extravasaciones sanguíneas subcutáneas.

—El vitíligo y la piel albina en casos de anemia perniciosa.

—La piel atrófica, delgada y transparente de los pacientes ancianos con púrpura senil de Bateman.

—Lesiones papulosas infiltrativas constituidas por blastos (leucémides), células plasmáticas (plasmocitomas), células de las tres series hematopoyéticas en diferentes estadios madurativos (metaplasia mieloide) y células neoplásicas (letálides).

—Infecciones cutáneas: ectima gangrenoso, un herpes zoster localizado o generalizado, una hidrosadenitis o una candidiasis, pueden aparecer en pacientes con una granulocitopenia.

—Petequias lesiones puntiformes de color rojizo, con un tamaño inferior a los 0,5 cm de diámetro, no son sobreelevadas y no desaparecen a la vitropresión; cuando se asocian con trombocitopenia o trombocitopatía aparecen distribuidas por todo el cuerpo.

—Hematomas: son colecciones de sangre extravasada, localizadas preferentemente en territorio subcutáneo o intramuscular; son dolorosas y su tamaño depende de la cantidad de sangre que lo forma. La presencia de hemartros en grandes articulaciones y de hematomas puede asociarse a la existencia de una alteración en la coagulación como la hemofilia.

—La púrpura vasculítica (enfermedad de Schöenlein-Henoch) es de tipo petequial con un predominio del componente inflamatorio sobre el purpúrico, se localiza en las extremidades inferiores.

—La telangiectasia hemorrágica hereditaria (enfermedad de Rendu-Osler), presenta pequeños angiomas localizados en la piel de las orejas, yema de los dedos, región sublingual, labios, nariz y lengua.

—Las hemorragias cutáneas extensas se asocian con la coagulación intravascular diseminada.

—La equimosis de color violáceo oscuro y de bordes irregulares que aparece en el dorso de las manos y antebrazos que aparece en las personas ancianas o en pacientes caquécticos son signos de la llamada púrpura senil de Bateman, producida por la hiperfragilidad capilar. También puede aparecer en pacientes tratados con corticoides o con pacientes con síndrome de Cushing.

ÁREAS GANGLIONARES

La inspección y palpación de las áreas ganglionares, región por región en busca de adenopatías patológicas, es una exploración necesaria a realizar en todos los pacientes que exploramos, y en especial en el enfermo con sospecha de alteraciones hematológicas.

La palpación se hace con las yemas de los dedos segundo, tercero y cuarto para palpar con suavidad los ganglios y efectuando ligeros movimientos de flexión de los dedos. Se deben explorar ambos lados y la palpación debe seguir una sistemática por regiones ganglionares: occipital, preauricular, submaxilar, laterocervical, supraclavicular, axilar, epitroclear e inguinal. A continuación se debe efectuar la palpación abdominal en búsqueda de adenopatías lumboaórticas y mesentéricas y de visceromegalias. Al seguir un orden podremos saber si el paciente presenta un cuadro localizado o generalizado y si cursa o no con esplenomegalia.

Si el paciente refiere la presencia de adenopatías en una región ganglionar, debemos explorar esta área en primer lugar y a continuación se exploran las restantes según el orden establecido anteriormente.

En la palpación de las adenopatías se deben valorar las siguientes características: tamaño, consistencia, sensibilidad, adherencia y localización.

Tamaño

Debe cuantificarse el tamaño de las adenopatías; no existe una medida a partir de la cual pueda afirmarse que una adenopatía es patológica, pero si tiene un diámetro mayor de 2 cm se puede considerar patológica, aunque no siempre; y por el contrario, no significa que las de pequeño tamaño carezcan de significado clínico.

Consistencia, sensibilidad y adherencia

Adenopatías dolorosas: se asocian a procesos infecciosos o inflamatorios, a veces son fluctuantes y la piel que las recubre puede estar enrojecida y caliente. Si se sospecha infección debemos buscar en el área de drenaje de la adenopatía una puerta de entrada de la infección; suelen ser asimétricas. Las adenopatías que fistulizan suelen ser tuberculosas. Las de consistencia elástica (gomosa), indoloras, se movilizan con facilidad, pueden ser múltiples y si-

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

métricas, se asocian a linfomas y a la leucemia linfática crónica.

Adenopatías muy duras e indoloras y de consistencia pétrea se asocian a neoplasias; se hallan adheridas a los planos profundos, y por ello son difíciles de movilizar. Muchas veces pueden ser el único signo de una neoplasia asintomática.

Localización

Las adenopatías localizadas en un único territorio indican con frecuencia una infección cuyo punto de partida está próximo a la adenopatía palpada, o bien una neoplasia en el territorio de drenaje linfático correspondiente. Ante una adenopatía submaxilar debemos descartar una infección en la boca, flemón dentario o amigdalitis; en adenopatías axilares, una herida en el brazo, y si es en la región inguinal, debemos buscar una infección en la pierna o los pies.

Las adenopatías localizadas en el cuello y en situación media pueden ser manifestación de una neoplasia de tiroides; son adenopatías duras y pequeñas.

Las adenopatías que aparecen en las fosas supraclaviculares deben considerarse siempre patológicas. Si aparece en la fosa supraclavicular izquierda se asocia a neoplasias abdominales (ganglio de Virchow-Troisier); suelen ser una adenopatía pétrea, adherida, no movilizable. Si aparece en la fosa supraclavicular derecha una adenopatía de las mismas características, puede deberse a una neoplasia pulmonar.

La existencia de adenopatías en cavum se demuestra por biopsia; a veces se acompañan de adenopatías cervicales pequeñas, duras y adheridas.

Las adenopatías generalizadas son producidas principalmente por enfermedades infecciosas como:

—Rubéola: adenopatías retroauriculares; son dolorosas.
—Mononucleosis infecciosa: adenopatías localizadas en región laterocervical posterior y occipital; son dolorosas.
—Citomegalovirus.

Las hemopatías malignas, la enfermedad de Hodgkin, los linfomas no hodgkinianos y la leucemia linfática crónica son las enfermedades que suelen cursar con adenopatías generalizadas:

—Enfermedad de Hodgkin: las adenopatías se localizan sólo en uno o dos territorios ganglionares, aunque en fases posteriores de la enfermedad se pueden palpar adenopatías en todos los territorios ganglionares. En los linfomas no hodgkinianos, por el contrario, el cuadro adenopático suele ser múltiple y simétrico ya desde el inicio de la enfermedad, mientras que la afectación mediastínica es menos frecuente que en la enfermedad de Hodgkin.
—Leucemia linfática crónica: presenta una afectación ganglionar múltiple y simétrica y las adenopatías pueden aparecer incluso en territorios poco habituales como las zonas poplíteas, epitrocleares, intercostales e infraclaviculares.
—En las leucemias agudas, sobre todo la linfoblástica, también pueden palparse adenopatías generalizadas.

Otras causas más raras de adenopatías generalizadas son la toxoplasmosis, ciertas micosis y la sífilis secundaria.

CABEZA Y CUELLO

Cabeza y cara

Debemos inspeccionar el cráneo en cuanto a su forma y simetría, ya que la presencia de turricefalia o cráneo en torre, con frente alta y bóveda cilíndrica hacia arriba, puede asociarse a esferocitosis hereditaria.

Exploraremos el cuero cabelludo, palpándolo, registrando su textura, color y aspecto del cabello (blanco en los sujetos afectados de anemia perniciosa, fino y frágil en la anemia ferropénica).

Examinaremos los distintos rasgos de la cara, y su coloración:

—Facies de color pálido sugiere anemia.
—Facies de color rojo intenso, sobre todo en mejillas, nariz, orejas y labios, y se acompaña de quemosis conjuntival (conjuntivas ingurgitadas) sugiere poliglobulia .
—Facies congestiva y con ingurgitación yugular intensa se asocia con un síndrome de cava superior por adenopatías mediastínicas.
—Facies de color pálido amarillento, inexpresiva, abotargada y con caída de las pestañas y depilación del tercio externo de las cejas, sugiere una anemia por hipotiroidismo.

En la boca debemos explorar los labios, valorando:

—Color pálido en la anemia, rojo en la poliglobulia.
—Existencia de rágades en las comisuras asociado a la anemia ferropénica.
—Angiomas (enfermedad de Rendu-Osler).
—Presencia o no de infecciones (herpes simple, que produce lesiones extensas por sobreinfección en los enfermos hematológicos con granulocitopenia).

La exploración de las encías, la mucosa bucal y la cara interna de los labios, puede poner de manifiesto:

—Gingivitis hemorrágica (leucemia aguda).
—Hipertrofia de las encías (leucemia aguda monocítica).
—Gingivitis o estomatitis infecciosa con o sin úlceras necróticas o un muguet (granulocitopenia).
—Aftas bucales (granulocitopenia crónica).
—Vesículas hemorrágicas o púrpura (trombocitopenia).
—Ribete de Hurton (coloración grisácea de las encías, saturnismo).

Al explorar la faringe y amígdalas, podemos hallar:

—Una angina necrótica (granulocitopenia por agranulocitosis, leucemia aguda o aplasia medular).
—Una púrpura petequial (trombocitopenia).
—Un enantema orofaríngeo (mononucleosis infecciosa).

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

En la exploración de la lengua se debe valorar:

—Color (pálido en la anemia y rojo en la poliglobulia).
—Aspecto (roja, atrófica y depapilada en la anemia ferropénica y en la anemia perniciosa; con úlceras necróticas o con muguet en la granulocitopenia y con angiomas en la enfermedad de Rendu-Osler).
—Tamaño (pequeño en la glositis atrófica de la anemia perniciosa y grande en la anemia hipotiroidea y en la amiloidosis).

El examen de los dientes finalizará la exploración de la cavidad oral; se busca la existencia de grandes flemones dentarios que desarrollan los pacientes con granulocitopenia.

El examen de los pabellones auriculares debe realizarse, ya que puede presentar alteraciones en el color, siendo pálido en las anemias y cianótico en las hipoxias centrales, o demostrar la existencia de angiomas característicos de la enfermedad de Rendu-Osler y de necrosis de partes acras a frigore (macroglobulinemia).

Exploración ocular

Valoraremos la coloración de la conjuntiva y esclerótica y el fondo de ojo:

—El color de la esclerótica puede ser amarillo en la anemia hemolítica y la conjuntiva presenta una palidez en la anemia, un color rojo intenso por ingurgitación en la poliglobulia y puede haber la presencia de hemorragias en las trombocitopenias.
—El examen del fondo de ojo debe practicarse siempre, en los pacientes con trombocitopenia, en busca de hemorragias retinianas y también en otros procesos, como la macroglobulinemia (corriente granulosa) y la policitemia vera (retina muy coloreada por ingurgitación de los vasos retinianos).

Exploración del cuello

En la exploración del cuello deben tenerse en cuenta:

—Los vasos sanguíneos: la estasis venosa producida por un síndrome de cava superior es debido a tumoraciones mediastínicas.
—El tiroides puede presentar bocio o nódulos tiroideos.
—Las cadenas ganglionares: examinemos las zonas submentoniana, submaxilar, yugular, pre y retroauricular, supraclavicular y la de la nuca.
—Las glándulas salivares: las parótidas submaxilares o sublinguales pueden palparse o incluso hacerse visibles por su prominencia en distintas afecciones, de forma crónica en la infiltración linfoidea del síndrome de Mikulitz.

Pueden aparecer adenopatías en las adenitis agudas de causa infecciosa regional, satélites de un flemón dentario o de una amigdalitis, o en las poliadenitis que acompañan a ciertas infecciones generales agudas.

De curso subagudo o crónico son las adenomegalias de la tuberculosis ganglionar cervical o escrófula o los satélites a una neoplasia, incluso distante como sucede con el ganglio supraclavicular.

TÓRAX

La existencia de una taquicardia o un soplo funcional pueden ser signos de una anemia; la presencia de una prótesis valvular puede ocasionar una hemólisis mecánica. La insuficiencia cardíaca puede aparecer en pacientes ancianos con anemia.

En el mieloma múltiple se manifiesta a veces por un dolor a la presión de la parrilla costal y del esternón con la existencia de tumoraciones costales.

Las infecciones pulmonares son un cuadro frecuente en los enfermos inmunodeprimidos y que presentan granulocitopenia.

ABDOMEN

La exploración del abdomen debe realizarse con el paciente en decúbito supino, con los brazos a los lados, y la musculatura abdominal debe estar lo más relajada posible para permitir el acceso a las estructuras subyacentes. Incluirá la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

En la inspección buscaremos la presencia de tumoraciones que varíen la forma del abdomen, pueden ser grandes mazacotes adenopáticos (leucemia linfática crónica, linfomas no hodgkinianos) o distensión abdominal por una esplenomegalia gigante de una mielofibrosis idiopática, o una leucemia mieloide crónica, o una policitemia vera.

La palpación buscará la existencia de visceromegalias, un aumento del bazo y del hígado, también buscaremos tumoraciones y áreas dolorosas. La palpación del hígado se realiza colocando la mano debajo del reborde costal derecho y haciendo respirar profundamente al paciente, si existe la hepatomegalia hay que precisar sus características: consistencia, si es dolorosa y el tamaño. La exploración de un bazo aumentado es similar pero en el hipocondrio izquierdo. El bazo no se palpa en personas sanas.

La auscultación de un roce en hipocondrio izquierdo, en pacientes con esplenomegalia de gran tamaño que refieren dolor intenso en dicha región, indica la existencia de periesplenitis por infarto esplénico.

EXTREMIDADES

Las extremidades superiores debemos explorarlas, observando principalmente los dedos y las palmas de las manos. En las uñas se debe valorar su color, que es pálido en la anemia y rojo en la poliglobulia; el aspecto de las uñas aplanadas, estriadas quebradizas y con concavidad hacia arriba (depresión escutiforme o en forma de cuchara) recibe la denominación de coiloniquia y es típico de la anemia ferropénica, mientras que las uñas en vidrio de reloj y cia-

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

nóticas sugieren una poliglobulia de causa neumógena. En las yemas de los dedos y debajo de las uñas se pueden encontrar los angiomas característicos de la enfermedad de Rendu-Osler. El color de la palma de las manos es pálido en la anemia y rojo en la poliglobulia.

En las extremidades inferiores puede observarse un linfedema por bloqueo linfático debido a una neoplasia epitelial o a un linfoma y que muestra la característica "piel de naranja", necrosis de partes acras a frigore en la macroglobulinemia, y úlceras en la región pretibial en la anemia hemolítica crónica.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Los siguientes son signos del sistema nervioso que debemos de recordar en la exploración y que se asocian con procesos hematológicos:

—Accidentes hemorrágicos cerebrales por trombocitopenia.

—Infiltraciones meníngeas de la leucemia aguda linfoblástica.

—Síndromes de compresión medular en la enfermedad de Hodgkin y el mieloma múltiple.

—La mielosis funicular de la anemia perniciosa.

—El síndrome del túnel carpiano y la polineuropatía periférica de la amiloidosis secundaria al mieloma múltiple.

—El coma paraproteinémico de la macroglobulinemia de Waldeström.

—Los trastornos neurológicos del síndrome de Mosschowitz.

EXPLORACIÓN ANORRECTAL Y VULVOVAGINAL

La exploración anorrectal y vulvovaginal puede evidenciar la existencia de ulceraciones necróticas en los pacientes con granulocitopenia y fracaso hematopoyético por invasión cancerosa.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Fariñas García M. Enfoque y valoración clínica del enfermo hematológico. Tratado de Medicina Interna. Madrid: Editorial Panamericana; 1994.

Feliu Fransnedo E, Aguilar Bascompte JL, Woessner Casas S, et al. Principios generales de la exploración del enfermo con una hemopatía. En: Farreras Valenti P, editor. Medicina Interna. Madrid: Harcout Brace; 2000.

Forbes C, Jackson W. Color atlas and text of Clinical Medicine. Barcelona: Mosby; 1997.

Noguer Molins L, Balcells A. Exploración Clínica Práctica. 21 ed. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1981.

Rozman C, Feliu E. Semiología y métodos de exploración en medicina. Barcelona: Salvat editores; 1986.

Seidel H, Ball J, Dains J, Benedict GW. Manual Mosby de Exploración Física. Madrid: Mosby; 1996.

Strobach RS, Anderson SK, Doll DC, Ringenberg QS. The value of the physical examination in the diagnosis of anemia. Correlation of the physical findings and the hemoglobin concentration. Arch Intern Med 1988;148(4):831-2.