



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

Visceral III: sistema hepatobiliar e intestino delgado

Juan A. Díaz Mancha PhD

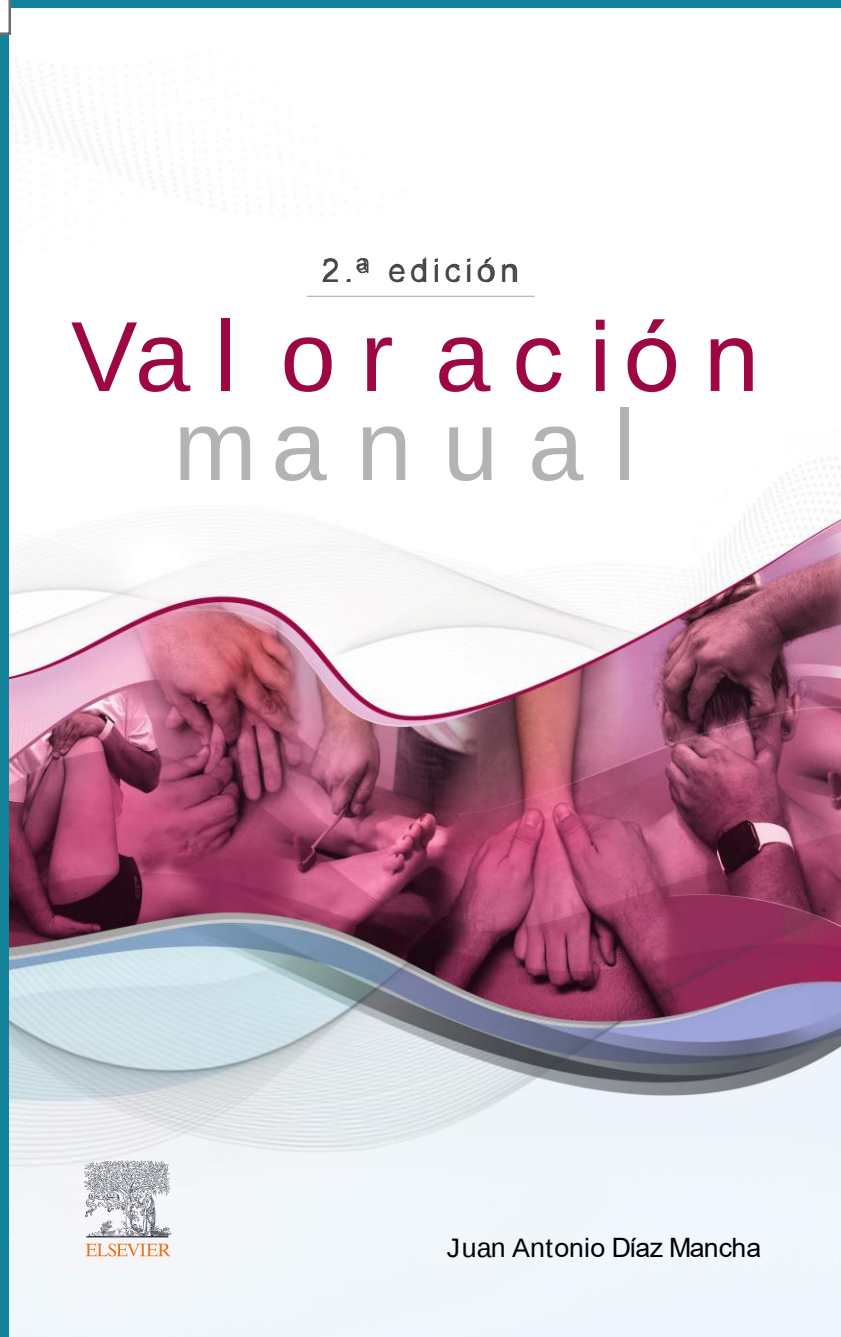
2.ª edición

ALORACIÓN MANUAL



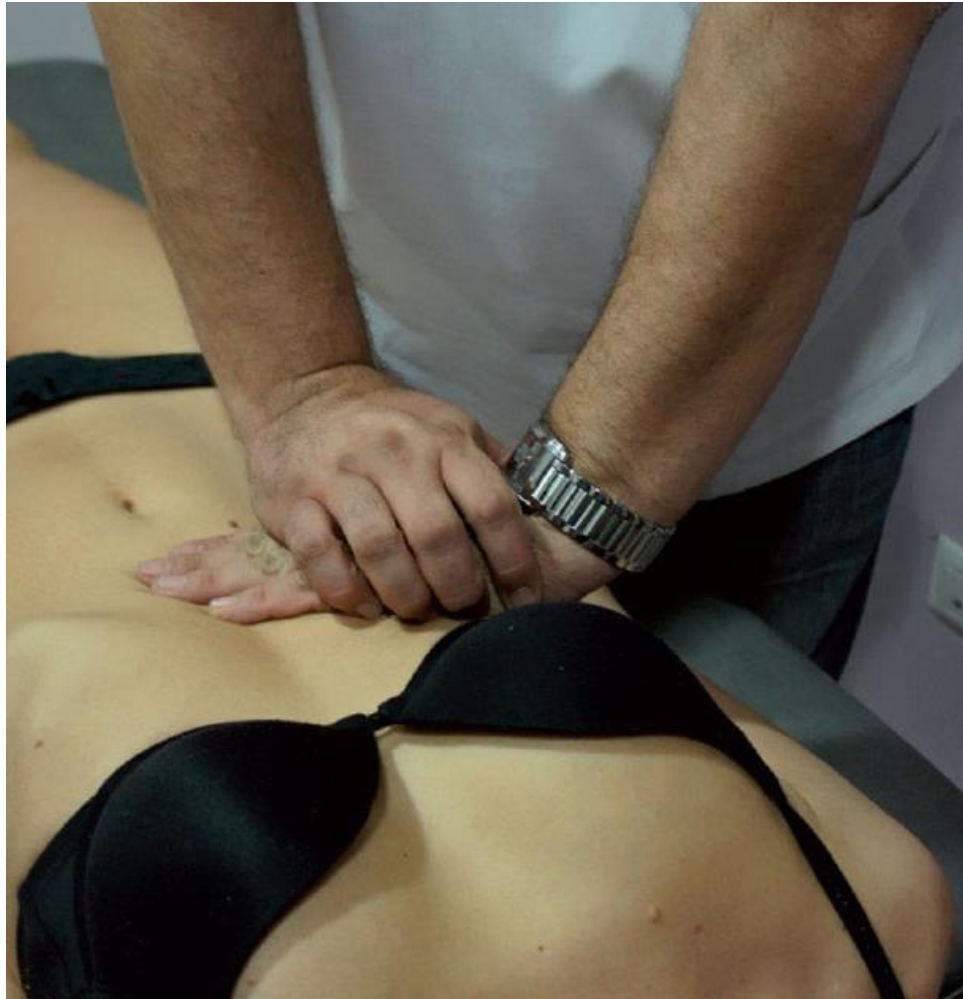
Esquema por patologías

- *Pruebas para valorar el sistema hepatobiliar*
- *Pruebas para valorar el intestino delgado*
- *Pruebas para valorar el intestino grueso*
- *Pruebas para valorar apendicitis*



Pruebas para valorar el sistema hepatobiliar

- [Signo de Murphy](#)
- [Prueba de Chauffard](#)
- [Prueba de Naunyn](#)



- Jain A, Mehta N, Secko M, Schechter J, Papanagnou D, Pandya S, Sinert R. History, physical examination, laboratory testing, and emergency department ultrasonography for the diagnosis of acute cholecystitis. *Acad Emerg Med*. 2017;24(3):281-297.
- Karabathina VS, Zafar AM, Suri R. Clinical presentation, imaging, and management of acute cholecystitis. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2015;18(4):256-265.
- Yokoe M, TaNavarro Fernández JA, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA, López Cara MA. Validity of tests performed to diagnose acute abdominal pain in patients admitted at an emergency department. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101(9):610-618.
- kada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Gomi H, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013;20(1):35-46

Signo de Murphy

Esta prueba se utiliza para valorar la existencia de una colecistitis.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta doble a la altura de su abdomen orientado hacia el paciente. Toma contacto con una mano sobre el cuadrante superior derecho del abdomen del paciente. La otra mano refuerza el contacto.

Ejecución del test

El terapeuta solicita al paciente que realice una inspiración profunda a la vez que comprime su abdomen en dirección a la camilla, justo donde se encuentra el contacto.

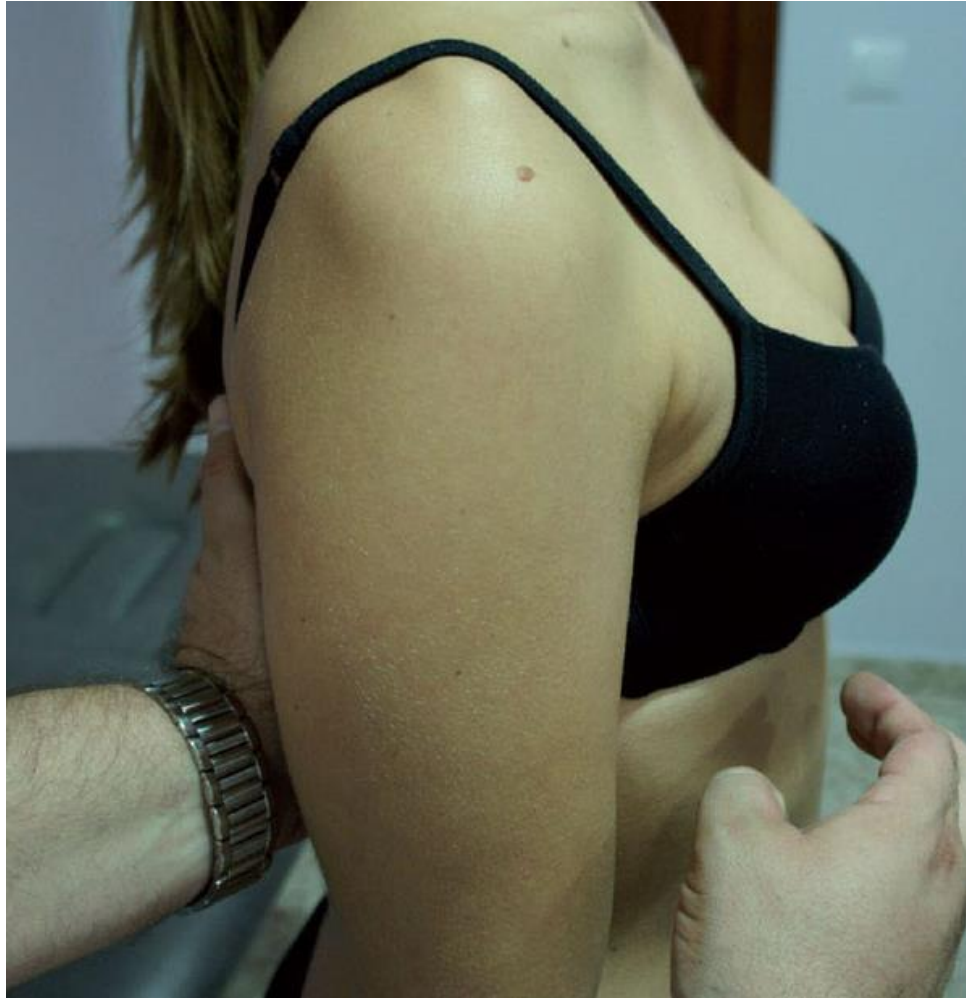
Interpretación del test

En caso positivo, cuando el terapeuta comprime dicha zona aparece un dolor agudo que el paciente expresa mediante el reflejo de retirarse, evitando el contacto del terapeuta que le provoca el daño o sufrimiento.

Esta región del abdomen de mayor sensibilidad coincide con la zona donde se encuentra la vesícula biliar inflamada.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre el 50-65% y el 87-97,7%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 2,8-21,5 y una razón de verosimilitud negativa de 0,40-0,51. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 50% y un valor predictivo negativo del 97,7%.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Chauffard

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación quística hepática.

Posición del paciente

En bipedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

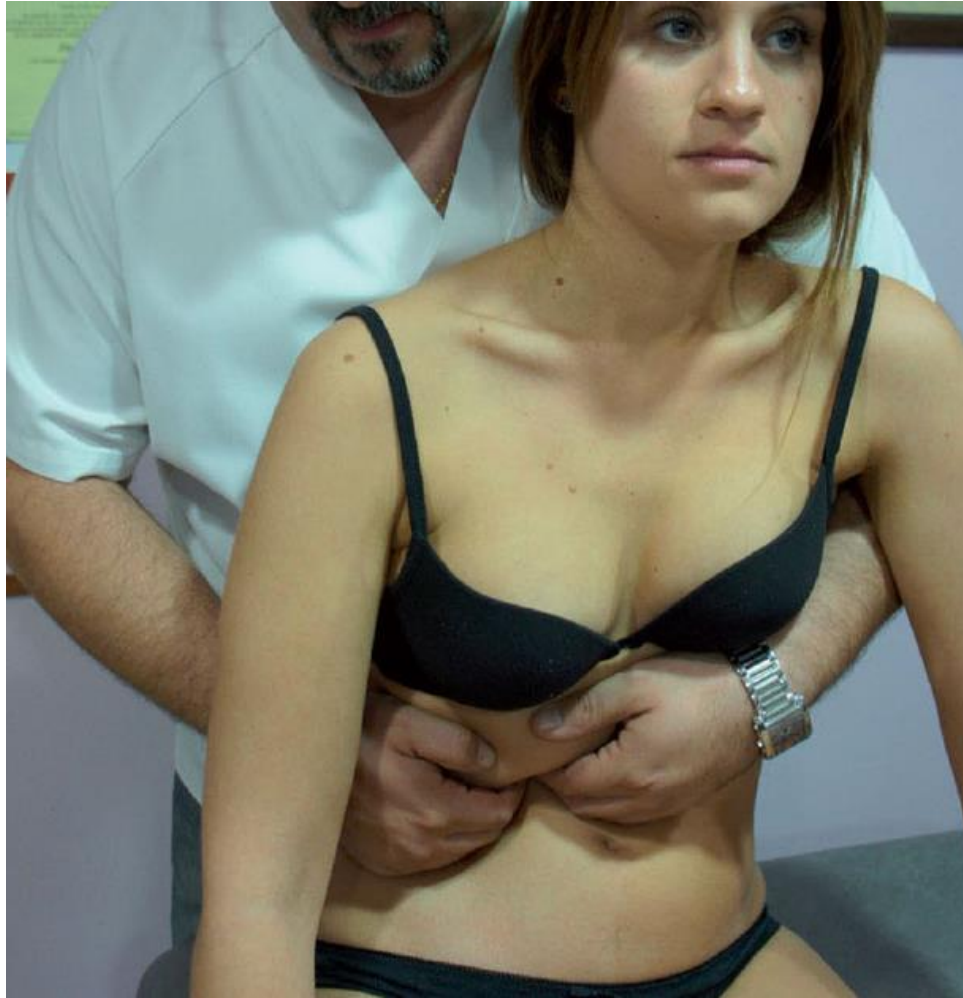
En bipedestación, en el lado derecho del paciente en finta doble orientado hacia este. Toma un contacto con la palma de la mano posterior sobre la parte dorsal del tórax del paciente justo por debajo del ángulo inferior de la escápula homolateral, de forma que los dedos queden orientados hacia la otra escápula.

Ejecución del test

Con las yemas de los dedos índice y corazón de la otra mano el terapeuta percute la parte anterior derecha del tórax del paciente a la altura de la quinta y sexta costillas.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción el terapeuta percibe en la mano posterior un movimiento vibratorio u ondulado regular en dirección dorsal, se puede pensar en la existencia de un quiste hidatídico hepático. En este caso la prueba se considera positiva.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Naunyn

Esta prueba se utiliza para evaluar la existencia de una posible colecistitis.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposadas sobre la camilla.

Posición del terapeuta

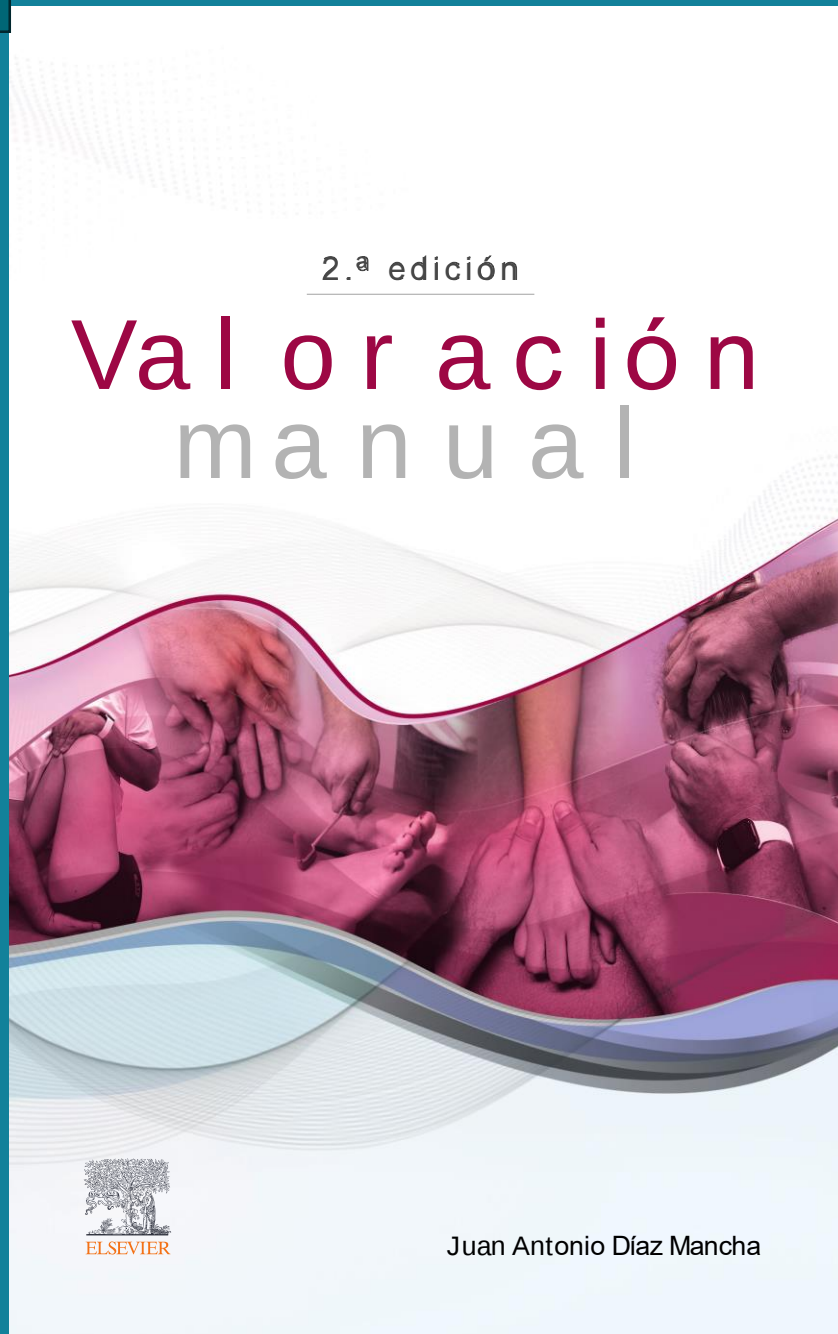
En bipedestación, detrás del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta introduce sus brazos por los huecos formados entre los brazos y el tórax del paciente de tal forma que lo abraza desde atrás y las manos se sitúan palpando la parte anterior del tórax del paciente. Acto seguido, con la yema de los dedos de ambas manos el terapeuta toma contacto con el reborde costal del lado derecho, introduciendo los dedos en esa región.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción se produce en el paciente un dolor intenso en la región abdominal debajo de los dedos del terapeuta, se puede pensar en la existencia de una posible colecistitis. En este caso se considera que la prueba es positiva.



Pruebas para valorar el intestino delgado

- [Prueba de Carnett](#)
- [Prueba de Mortola](#)
- [Prueba de Pitfield](#)
- [Prueba del tímpano](#)
- [Signo de Wilms](#)
- [Signo de Brown](#)



- Pérez Lara FJ, Ferrer Berges A, Quintero Quesada J, Moreno Ramiro JA, Bustamante Toledo R, Oliva Muñoz H. Thoracic disk herniation, a not infrequent cause of chronic abdominal pain. Int Surg. 2012;97(1):27-33.
- Yosef A, Allaire C, Williams C, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS, et al. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women. Am J Obstet Gynecol. 2016;215(6):760.e1-760.e14.
- Nazareno J, Ponich T, Gregor J. Long-term follow-up of trigger point injections for abdominal wall pain. Can J Gastroenterol. 2005;19(9):561-565.
- Otero W, Ruiz X, Otero E, Gómez M, Pineda LF, Arbeláez V. Dolor crónico de la pared abdominal: una entidad poco reconocida con gran impacto en la práctica médica. Rev Col Gastroenterol. 2007;22(4):261-271. 2009;101(9):610-618.

Prueba de Carnett

Esta prueba se utiliza para discernir entre una posible afectación de la musculatura abdominal y una disfunción visceral.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Ejecución del test

Con la yema de los cuatro últimos dedos de una mano el terapeuta palpa el abdomen del paciente en busca de un punto doloroso. Cuando lo localiza, lo presiona. Acto seguido indica al paciente que active la musculatura abdominal levantando la cabeza y el tronco de la camilla.

Interpretación del test

Si al activar el paciente la musculatura abdominal el dolor cesa del todo, el terapeuta podría pensar en una afectación visceral, ya que al ser activada la musculatura abdominal se protege a la víscera de la presión ejercida separando nuestro dedo del contacto en profundidad. En este caso se considera que la prueba es negativa.

Si al activar el paciente la musculatura abdominal el dolor permanece con la misma intensidad, el terapeuta debería pensar en una posible afectación de la musculatura abdominal, ya que al activarla lo único que puede palpar es la propia musculatura, sin llegar a una profundidad visceral. En este caso se considera que el signo es positivo.

Si al llevar a cabo la acción el paciente el terapeuta percibe una disminución de dolor sin que cese del todo, el terapeuta puede pensar en una afectación conjunta de ambas estructuras.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre el 77-85% y el 88-97%, respectivamente. La prueba cuenta con una fiabilidad interobservador del 76% y un índice de Kappa de 0,83.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Mortola

Esta prueba se utiliza para evaluar la existencia de una posible afectación visceral abdominal.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las piernas con las rodillas y caderas en flexión, apoyando las plantas de ambos pies sobre la camilla.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente a la altura de la pelvis en finta adelante orientado hacia su cabeza.

Ejecución del test

El terapeuta realiza un pinzado rodado a lo largo de la superficie abdominal del paciente.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo el pinzado rodado aparece en el paciente dolor agudo en algunas zonas, es indicativo de una posible afectación de las vísceras abdominales en relación con la porción de piel dolorosa. En este caso se considera que la prueba es positiva.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Pitfield

Esta prueba se utiliza para evaluar la existencia de ascitis.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposadas sobre los muslos.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta coloca la palma de su mano anterior sobre la región abdominal a valorar. Con la otra mano percute sobre la región paravertebral del paciente a la misma altura de su contacto anterior.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción el terapeuta percibe sobre su mano anterior movimientos vibratorios, se puede pensar en la existencia de ascitis. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Esta prueba también se podría utilizar para valorar la existencia de un derrame pleural; en ese caso ambas manos se encontrarán a la altura del tórax.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba del tímpano

Esta prueba se utiliza para evaluar la existencia de una posible ascitis.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente a la altura del abdomen en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta palpa con las yemas de los dedos de la mano inferior el abdomen del paciente a la altura del epigastrio. Acto seguido realiza una compresión en este punto.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción el terapeuta percibe una resistencia súbita en el abdomen del paciente que le impida introducir los dedos en el epigastrio, se puede pensar en la existencia de ascitis. Esta resistencia se produce por el cambio de posición del hígado que se genera en el proceso ascítico. En este caso se considera que la prueba es positiva.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Wilms

Esta prueba se utiliza para evaluar la existencia de una posible afectación intestinal.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposadas sobre la camilla.

Posición del terapeuta

En bipedestación, detrás del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

Con la ayuda de un estetoscopio, el terapeuta realiza una auscultación del abdomen del paciente en busca de algún estertor.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción, el terapeuta percibe un ruido aéreo en alguna parte del abdomen, se puede pensar en una obstrucción intestinal en el mismo punto en el que se percibe el ruido.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Brown

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de una posible afectación visceral abdominal.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

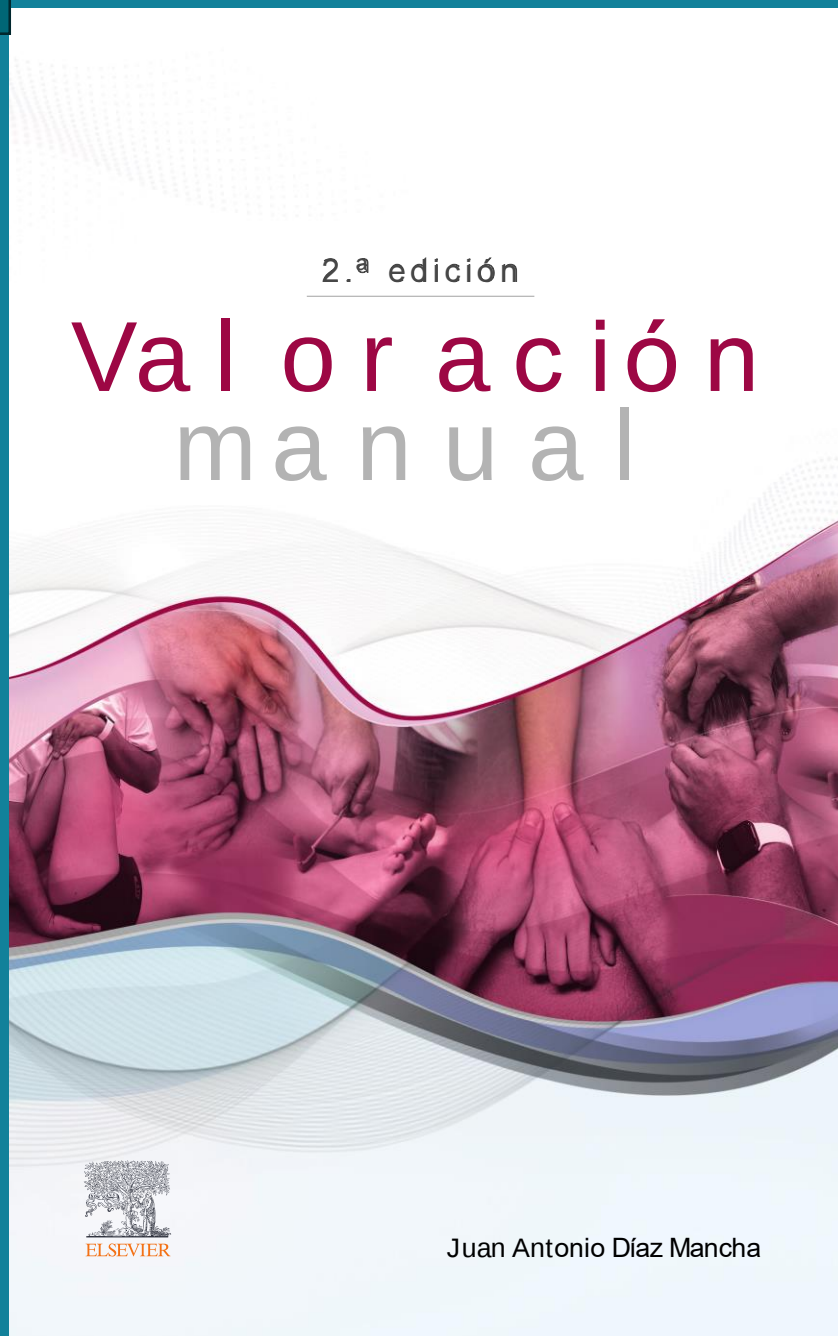
En bipedestación, a un lado del paciente a la altura del abdomen en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta palpa el abdomen del paciente en busca de la zona dolorosa y la delimita. Acto seguido le pide que se coloque en decúbito contralateral al área dolorosa. El paciente ha de mantener esta posición alrededor de 20 o 25 minutos. Tras este tiempo, vuelve a recuperar la posición inicial y el terapeuta le vuelve a palpar el abdomen.

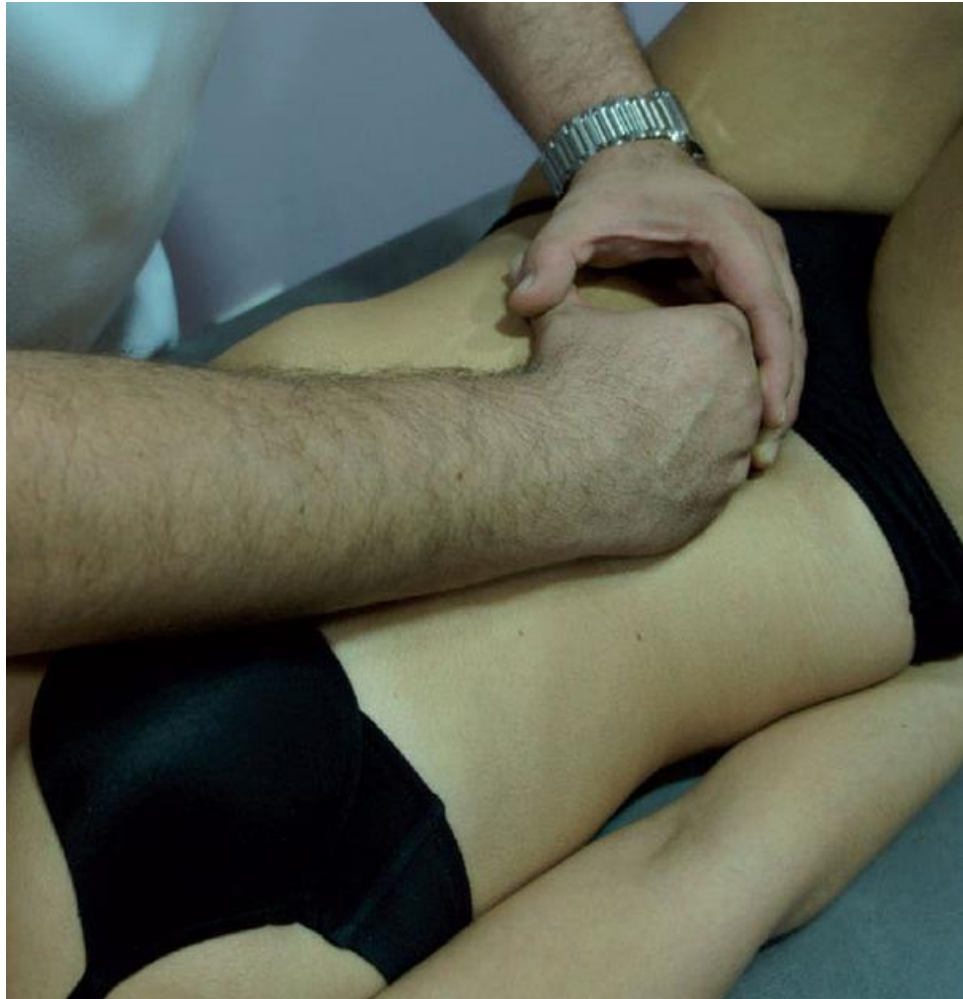
Interpretación del test

Si al llevar a cabo el cambio de postura se produce un empeoramiento de los síntomas o la zona dolorosa aumenta su extensión, el terapeuta puede pensar en una posible afectación inflamatoria abdominal. Cuando esto ocurre, se ha de pensar en la derivación para una cirugía de urgencia.



Pruebas para valorar el intestino grueso

- [Prueba del enfurtido](#)
- [Prueba de Sumner](#)
- [Signo de Federici](#)
- [Prueba de Markle](#)
- [Prueba de Thomayer](#)



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba del enfurtido

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de una posible afectación del colon a la altura del ciego.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas y caderas en flexión, contactando la planta de los pies con la camilla.

Posición del terapeuta

En bipedestación, al lado izquierdo del paciente a la altura de su abdomen en finta adelante en dirección caudal.

Ejecución del test

El terapeuta contacta con el abdomen del paciente a la altura del ciego con el borde cubital de la mano superior. Realiza un pliegue de piel y contacta a nivel profundo con la víscera. La otra mano refuerza el contacto. Realiza una movilización de tipo sacudida de dicha estructura.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo el gesto el terapeuta aparecen una serie de ruidos aéreos en el abdomen del paciente, se puede pensar en una afectación del colon a la altura del ciego que genera una acumulación de gases. En este caso se considera que la prueba es positiva.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Sumner

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de una posible afectación peritoneal.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente a la altura del abdomen en finta adelante orientado hacia sus pies.

Ejecución del test

El terapeuta palpa el abdomen del paciente con las yemas de los dedos de ambas manos. Desplaza los dedos a lo largo de ambas fosas ilíacas en busca de áreas de mayor tensión.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe a la palpación una respuesta de tensión de la musculatura abdominal, puede pensar en una afectación de la hoja parietal peritoneal. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Cuando la inflamación peritoneal tiene su origen en una afectación del apéndice vermiforme, la tensión muscular corresponde al flanco derecho del abdomen.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Federici

Esta prueba se utiliza para evaluar la existencia de una perforación intestinal.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposadas sobre las camilla.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta lleva a cabo una auscultación del abdomen del paciente con un estetoscopio. Recorre todo el abdomen en busca de algún sonido anormal.

Interpretación del test

Si el terapeuta percibe a la auscultación un sonido de tipo cardíaco en la zona abdominal, podría pensar en una posible perforación del peritoneo intestinal.



Prueba de Markle

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de afectación peritoneal.

Posición del paciente

En bipedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta pide al paciente que apoye todo su peso sobre la cabeza de los metatarsianos de tal forma que separe los huesos calcáneos del suelo. Acto seguido, le indica que de forma enérgica y rápida deje caer el peso de su cuerpo sobre los talones.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción el paciente se produce un cuadro algíco súbito y agudo en la región abdominal, el terapeuta puede pensar en una posible afectación peritoneal o del apéndice vermiforme. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre el 69-85,4% y el 30-65%, respectivamente. La prueba cuenta con una razón de verosimilitud positiva de 1,95 y una razón de verosimilitud negativa de 0,48. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 72-88,3% y un valor predictivo negativo del 25-62%.

- Samraj A, Dharun Kumar S. Assessment of the accuracy of using the combination of modified alvarado score and abdominal ultrasound in acute appendicitis. *Int Surg J.* 2017 Sep;4(9):2997-3001.
- Gandhi J, Tan J. Concurrent presentation of appendicitis and acute cholecystitis: Diagnosis of rare occurrence. *BMJ Case Rep.* 2015;2015:1-4.
- Ahn S, Lee H, Choi W, Ahn R, Hong JS, Sohn CH, Seo DW, Lee YS, Lim KS, Kim W. Clinical importance of the heel drop test and a new clinical score for adult appendicitis. *PLoS One.* 2016;11(10):1-10.
- Montes Ó, Eryilmaz M, Kagan Coşkun K, Harlak, Özer T, Kozak O. The Importance of Heel Drop Physical Examination Sign in Diagnosis of Acute Appendicitis. *Eur J Surg Sci.* 2010;1(3):77-82.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Thomayer

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de una posible afectación peritoneal.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

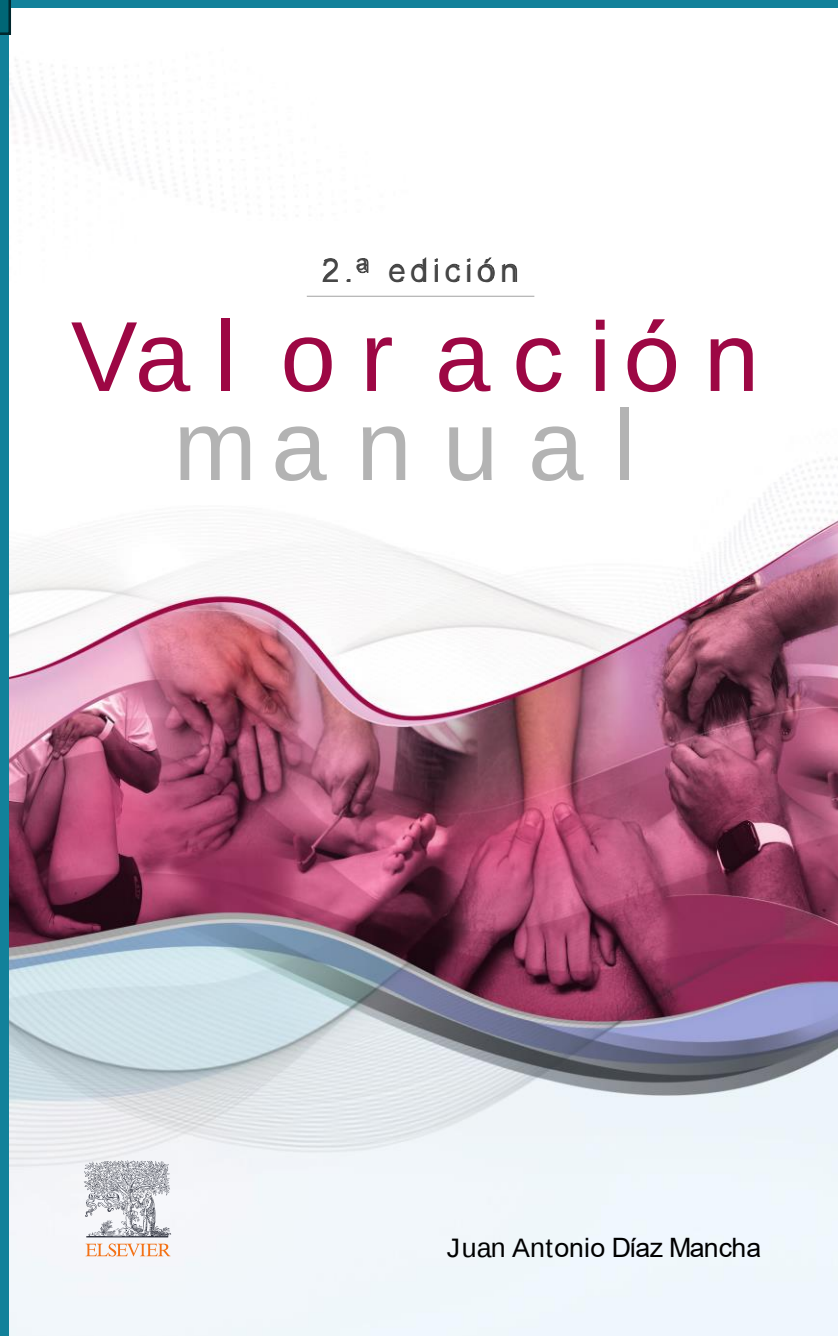
En bipedestación, en el lado derecho del paciente a la altura del abdomen en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta contacta con la palma de la mano superior a lo largo del flanco izquierdo del paciente. Con las yemas de los dedos índice y corazón de la otra mano realiza unas percusiones sobre esta. A continuación lleva a cabo la misma acción en el flanco derecho.

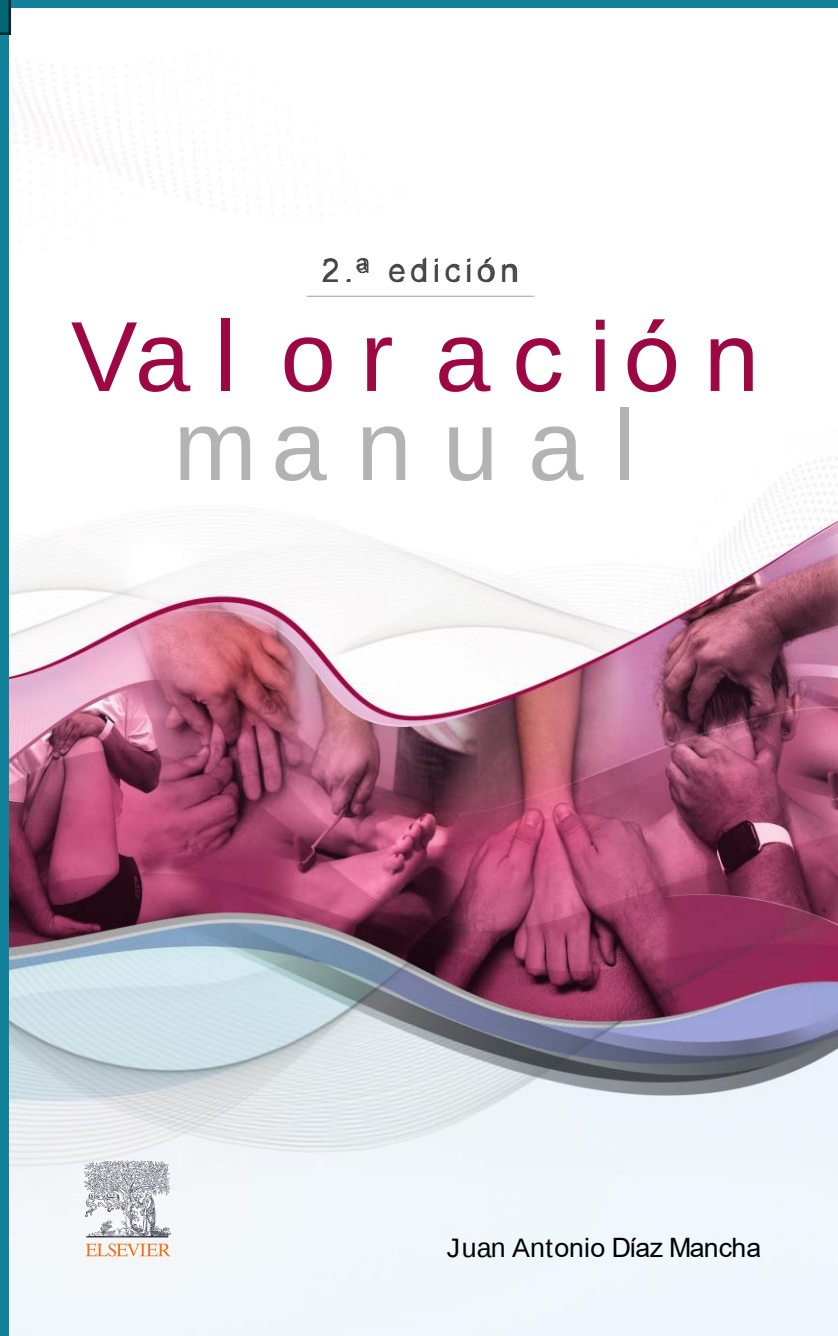
Interpretación del test

Si al realizar la acción el terapeuta percibe un sonido timpánico en el lado derecho y matidez en el izquierdo, puede pensar en una afectación por inflamación del peritoneo. Esto se produce debido a que cuando existe una afectación peritoneal, el mesenterio se retrae y desplaza la masa intestinal hacia el flanco derecho. En este caso se considera que la prueba es positiva.



Pruebas para valorar apendicitis

- Signo de McBurney
- Signo de Aaron
- Prueba de Cope
- Prueba de Bassler
- Prueba de Donelly
- Signo de Jacob
- Prueba de Meltzer



Pruebas para valorar apendicitis

- Prueba de Reder
- Prueba de Satter
- Prueba de Soesi
- Signo de Tressder
- Prueba de Brittain
- Prueba de Chase



- [Macias-Magadan M, Cordero-Olivares A, Fonseca I. Apendicitis : Incidencia y correlación clínico patológica Experiencia de 5 años. Rev Mex Cirugía Pediátrica. 2009;16\(4\):170-175.](#)
- [Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med. 1986;15\(5\):557-564.](#)
- [Samuel M. Pediatric appendicitis score. J Pediatr Surg. 2002;37\(6\):877-881.](#)

Signo de McBurney

Esta prueba se utiliza para valorar una posible afectación de apendicitis.

Posición del paciente

Tumbado en decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Ejecución del test

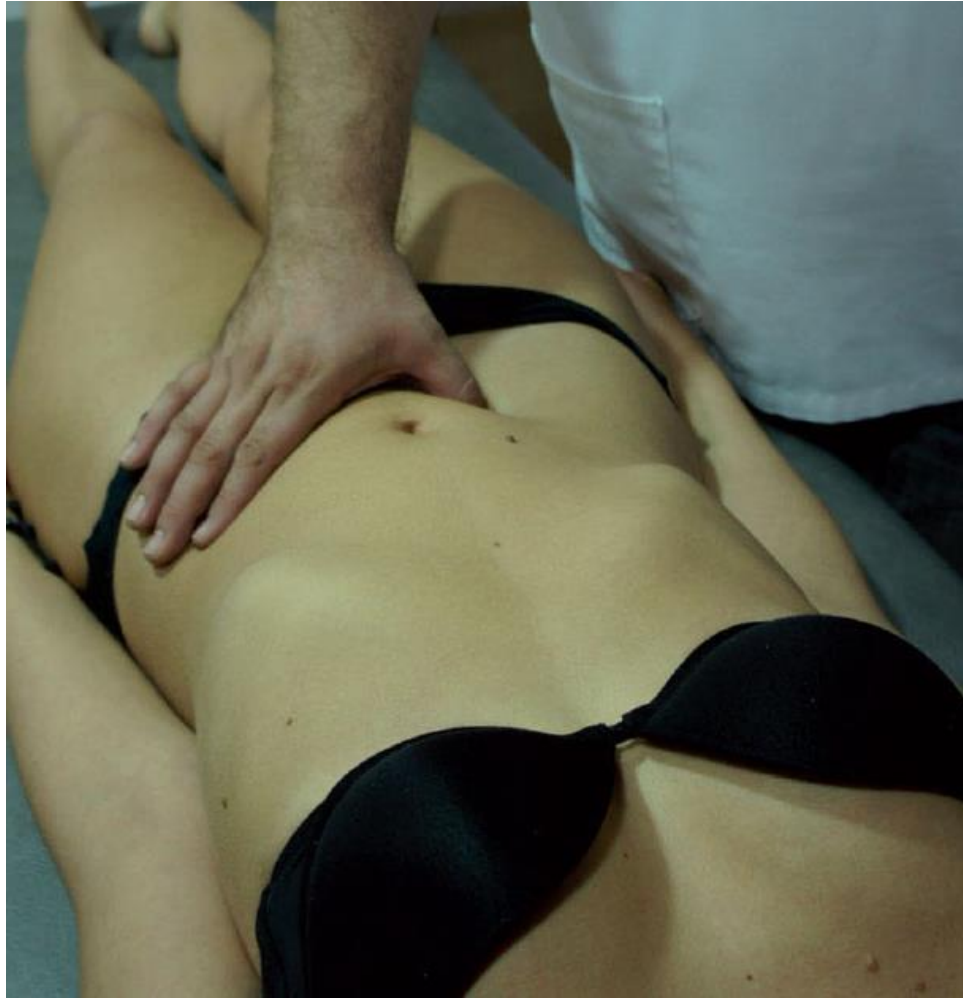
Un aspecto importante es localizar de forma correcta el punto de McBurney. Para ello hay que trazar una línea imaginaria que vaya desde la espina ilíaca anterosuperior derecha hasta el ombligo y colocar los dedos índices en la parte media de esa línea. Entonces hay que realizar una presión suave pero profunda, seguida de una descompresión de la misma zona. La maniobra se repite varias veces.

Interpretación del test

Si el paciente presenta un dolor agudo cuando el terapeuta realiza la maniobra de compresión/descompresión sobre la zona indicada o punto del apéndice propiamente dicho, el signo de McBurney es positivo; en caso contrario, se descarta la opción de apendicitis. También es importante observar si el dolor aparece solo a la descompresión de la zona; esto puede indicar la existencia de una peritonitis.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre el 88-100% y el 0%-100%, respectivamente. La prueba cuenta con un peso diagnóstico de entre 16 y 84. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 16-100% y un valor predictivo negativo del 0-100%.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Aaron

Esta prueba se utiliza para valorar la posible existencia de una apendicitis.

Posición del paciente

Sobre la camilla de tratamiento en decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

A la derecha del paciente a la altura de su abdomen en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta debe trabajar en el cuadrante hipogástrico del abdomen del paciente, localizando el punto de McBurney a mitad de camino de la línea imaginaria que une la espina ilíaca anterosuperior derecha con el ombligo, y debe hacerlo igual que en el caso del signo de McBurney: una compresión profunda y a la vez suave sobre dicha zona con el pulgar de la mano inferior.

Interpretación del test

En caso positivo, aparece dolor agudo en dicha zona al comprimir el punto anteriormente explicado, de forma que se diagnostica la posible presencia de apendicitis. Puede ser un signo que, junto con el de McBurney, clarifique el diagnóstico del cuadro clínico de apendicitis aguda.



- [Macias-Magadan M, Cordero-Olivares A, Fonseca I. Apendicitis : Incidencia y correlación clínico patológica Experiencia de 5 años. Rev Mex Cirugía Pediátrica. 2009;16\(4\):170-175.](#)
- [Macaluso CR, Mcnamara RM. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. Int J Gen Med. 2012;2012:789-797.](#)
- [Kharbanda AB, Taylor GA, Fishman SJ, Bachur RG. A clinical decision rule to identify children at low risk for appendicitis. Pediatrics. 2005;116\(3\):709-16.](#)

Prueba de Cope

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de una posible apendicitis.

Posición del paciente

Tumbado en la camilla boca arriba, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado derecho en finta doble a la altura de las tibias del paciente orientado hacia este. Toma contacto con la mano superior sobre la cara anterior de la rodilla homolateral. La otra mano abarca el calcáneo del mismo lado.

Ejecución del test

El terapeuta lleva a cabo una flexión de cadera y rodilla de 90° cada una de la pierna a evaluar. Una vez en esta posición, realiza una rotación interna de la articulación coxofemoral.

Interpretación del test

Si al realizar la prueba se activa una sintomatología álgica en el hipogastrio derecho del paciente, se puede pensar en la existencia de una apendicitis. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba oscilan entre el 15-51% y el 85-95%, respectivamente. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo negativo de 69,1 .



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Bassler

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de afectaciones en el apéndice vermiforme.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

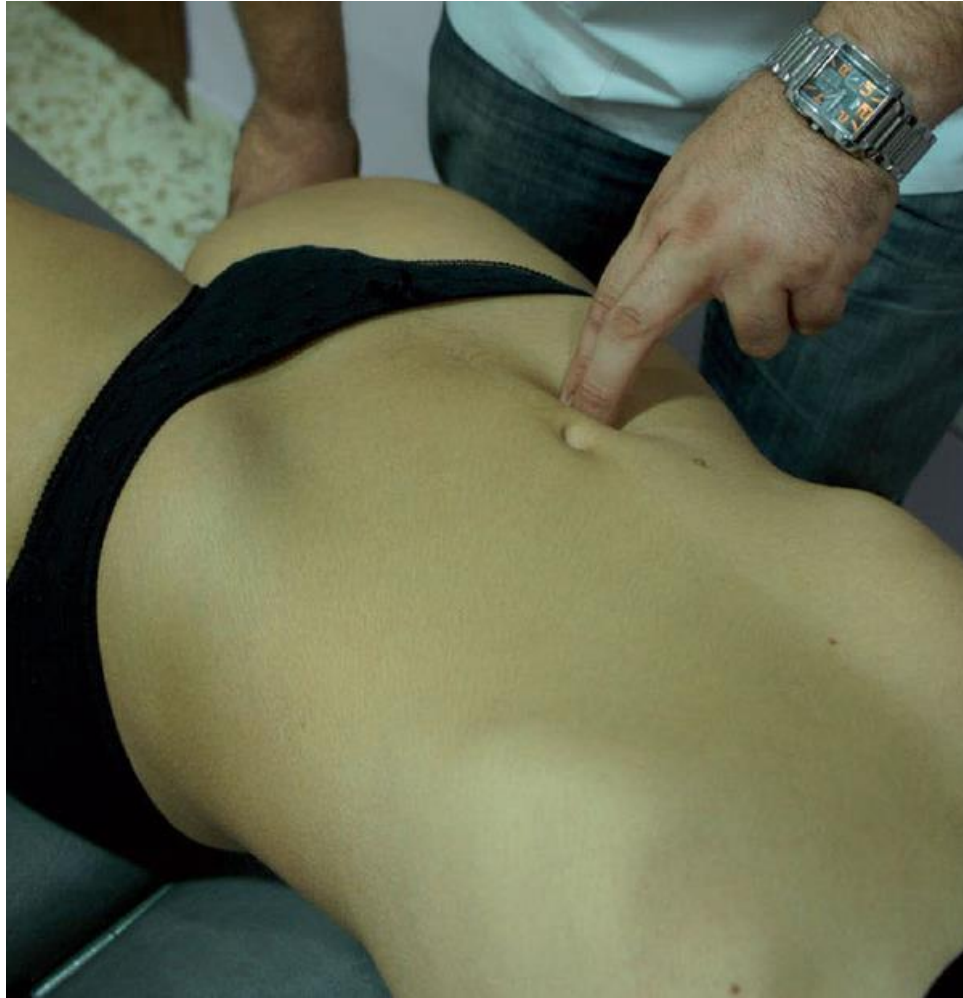
En bipedestación, en el lado izquierdo del paciente en finta doble a la altura de la pelvis orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta realiza una compresión con la yema del pulgar de ambas manos sobre la fosa ilíaca derecha en dirección a la camilla. Acto seguido y sin modificar el parámetro de presión, desplaza los dedos en dirección lateral, aproximándolos al ala ilíaca.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción, el paciente experimenta la aparición de un dolor agudo, se puede pensar en una posible afectación crónica del apéndice. En este caso se considera que la prueba es positiva.



Prueba de Donelly

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación del apéndice vermiforme.

Posición del paciente

En decúbito supino próximo al borde derecho de la camilla, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado derecho del paciente en finta doble a la altura del abdomen orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta toma la pierna homolateral y la conduce hacia separación y extensión de la articulación coxofemoral y la deja en esta posición, de forma que cuelgue de la camilla. A continuación, con las yemas de los dedos índice y corazón de la mano superior realiza una compresión desde el punto de McBurney o un través de un dedo por debajo.

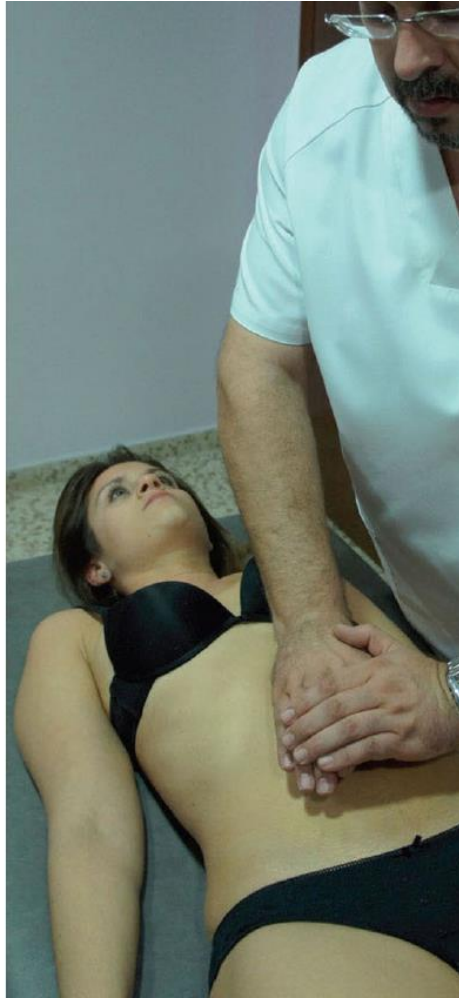
Interpretación del test

Si durante la compresión llevada a cabo por el terapeuta se produce un dolor intenso y agudo en el abdomen a la altura de sus dedos, se puede pensar en una afectación del apéndice vermiforme del paciente del tipo apendicitis retrocecal. En este caso se considera que la prueba es positiva.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba se establecen en un 95% y un 57%, respectivamente. La prueba cuenta con un peso diagnóstico de 91. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 95% y un valor predictivo negativo del 57%, con un porcentaje de concordancia positiva del 86% y un porcentaje de concordancia negativa del 6%.

[Trujillo Y, Contreras C. Score de Alvarado modificado en el diagnóstico de apendicitis aguda en adultos. Rev Médica Carrionica. 2015;2\(1\):4-12.](#)



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Signo de Jacob

Esta prueba se utiliza para evaluar la existencia de una afectación del apéndice vermiforme.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado izquierdo del paciente en finta doble a la altura del abdomen orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta palpa la fosa ilíaca derecha del paciente con la yema de los dedos de la mano superior reforzada por la otra y ejerce una presión hundiéndolos en ella. Acto seguido retrocede la mano soltando y alejándola del contacto de forma súbita.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción el paciente no presenta ningún tipo de dolor cuando le presionan la fosa ilíaca pero experimenta un fuerte cuadro álgico cuando el terapeuta suelta de forma súbita el contacto, se puede pensar en una afectación aguda del apéndice vermiforme con una posible infección peritoneal.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Meltzer

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de una posible afectación del apéndice vermiforme.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las piernas con las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, del lado derecho del paciente a la altura de la pelvis en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta contacta con las yemas de los dedos índice y corazón de la mano superior sobre el punto de McBurney y ejerce presión sobre él. Al mismo tiempo pide al paciente que de forma activa y con la rodilla en extensión realice una flexión de la articulación coxofemoral del lado derecho.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción se genera sintomatología dolorosa aguda y súbita en la porción del abdomen situada bajo los dedos del terapeuta, se puede pensar en una posible apendicitis de tipo crónico. En este caso se considera que la prueba es positiva.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Reder

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia una posible afectación del apéndice vermiforme.

Posición del paciente

En decúbito lateral derecho, con las rodillas y las articulaciones coxofemorales en flexión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, detrás del paciente en finta doble a la altura de la pelvis orientado hacia este.

Ejecución del test

Con el dedo índice de una mano, el terapeuta lleva a cabo un tacto rectal.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción el terapeuta se produce la aparición de sintomatología dolorosa aguda en el abdomen del paciente a una altura de un través de dedo por encima y a la derecha del punto de O'Beirne, se puede pensar en la existencia de una apendicitis aguda. En este caso se considera que la prueba es positiva.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Satter

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia una posible afectación del apéndice vermiforme.

Posición del paciente

En sedestación, con los brazos a lo largo del cuerpo y las manos reposadas sobre la camilla.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado derecho del paciente en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta presiona con las yemas de los dedos de la mano anterior sobre el abdomen del paciente a la altura del ciego. Simultáneamente pide al paciente que realice una flexión de la articulación coxofemoral derecha con la rodilla en extensión.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción aparece un cuadro álgico agudo en el abdomen del paciente, se puede pensar en la existencia de una posible apendicitis. En este caso se considera que la prueba es positiva.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Soesi

Esta prueba se utiliza para evaluar la existencia de una posible afectación del apéndice vermiforme.

Posición del paciente

En decúbito supino, con las rodillas y las caderas en flexión, de forma que las plantas de los pies se encuentren en contacto con la camilla y los brazos a lo largo del cuerpo.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado derecho del paciente a la altura del abdomen en finta doble orientado hacia este.

Ejecución del test

El terapeuta presiona con la yema del dedo pulgar de la mano inferior sobre el abdomen del paciente a la altura del ángulo hepático del colon. Simultáneamente a la compresión, pide al paciente que tosa.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción el terapeuta aparece un cuadro álgico agudo en el abdomen del paciente a la altura del punto de McBurney, se puede pensar en la existencia de una posible apendicitis. En este caso se considera que la prueba es positiva.



Signo de Tressder

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de una posible afectación del apéndice vermiforme.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente orientado hacia este, observándolo.

Ejecución del test

El terapeuta pregunta al paciente si experimenta dolor en posición supina. Acto seguido le pide que se coloque en decúbito prono. Le vuelve a preguntar si persiste el cuadro álgico con la misma intensidad.

Interpretación del test

Si al cambiar de posición el paciente de decúbito supino a decúbito prono se alivia el dolor por completo o disminuye en gran medida su intensidad, el terapeuta puede pensar en la existencia de apendicitis.

Evidencia científica

La sensibilidad y especificidad de esta prueba se establecen en un 89% y un 0%, respectivamente. La prueba cuenta con un peso diagnóstico de 80. Asimismo, se ha evidenciado un valor predictivo positivo del 89% y un valor predictivo negativo del 0%.

Trujillo Y, Contreras C. Score de Alvarado modificado en el diagnóstico de apendicitis aguda en adultos. Revista Médica Carrionica. 2015;2(1):4-12.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Brittain

Esta prueba se utiliza para evaluar la presencia de una posible afectación del apéndice vermiforme.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas en extensión.

Posición del terapeuta

En bipedestación, en el lado izquierdo del paciente a la altura del tórax en finta adelante orientado hacia sus pies.

Ejecución del test

Con las yemas de los dedos de ambas manos el terapeuta realiza una palpación profunda del abdomen a la altura del flanco y la fosa ilíaca derecha.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción el terapeuta percibe una elevación súbita del testículo derecho del paciente, se puede pensar en la existencia de una apendicitis de tipo gangrenosa. En este caso se considera que la prueba es positiva.



En la fecha de publicación de esta edición, no existen, en el conocimiento de los autores, estudios que hayan aportado datos sobre evidencia científica de esta prueba.

Prueba de Chase

Esta prueba se utiliza para evaluar una posible afectación del apéndice vermiforme.

Posición del paciente

En decúbito supino, con los brazos a lo largo del cuerpo y las rodillas extendidas.

Posición del terapeuta

En bipedestación, a un lado del paciente en finta doble a la altura del abdomen orientado hacia este.

Ejecución del test

Con el borde cubital de la mano caudal el terapeuta realiza una compresión en el abdomen del paciente a lo largo del colon descendente. Con la yema de los dedos de la mano craneal realiza una compresión a la altura del ángulo esplénico del colon. Una vez ha profundizado con los dedos de esta mano y sin disminuir la presión, lleva a cabo un movimiento a lo largo del colon transversal hasta el ángulo hepático del colon.

Interpretación del test

Si al llevar a cabo la acción el terapeuta aparece un cuadro álgico en el abdomen del paciente a la altura del apéndice vermiforme, puede pensar en la existencia de una posible apendicitis. En este caso se considera que la prueba es positiva.



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

¡Gracias!

Síguenos en redes



eominternacional.com | escuelaosteopatiamadrid.com