

## ESTUDIO SEMIOLOGICO DEL ESPACIO SEMILUNAR DE TRAUBE

PROFESOR AGREGADO EUDORO MARTINEZ G.

BOGOTA

### DEFINICION:

Se conoce con el nombre de Espacio Semilunar de Traube, una región situada en la parte antero-inferior del tórax izquierdo, caracterizada en el individuo normal por la sonoridad timpánica que se obtiene en la percusión.

### LIMITES:

Los límites de esta región varían, según los autores:

*Traube*, a quien se debe la primera descripción, lo limita así: abajo el reborde costal y arriba una media luna que parte del quinto o sexto cartílago costal y termina en la novena o décima costilla. Su anchura máxima es de siete a ocho centímetros.

*Jaccoud* le señala como límite: abajo el reborde costal, arriba la sexta costilla o el sexto espacio intercostal.

*Téstut*, en su obra de Anatomía Topográfica, le describe los siguientes límites: abajo, el reborde costal, y arriba una línea que parte de la base del apéndice xifoide y termina en la novena o décima costilla. Su mayor altura es de nueve a once centímetros y su parte más ancha de ocho a diez centímetros.

*Hebert y Paillard*, le fijan como límite inferior el reborde costal y como límite superior una línea que parte de la unión del quinto cartílago costal con el esternón y se termina en la novena o décima costilla, tres centímetros hacia fuera de la línea mamaria.

*Sergent*, lo considera como un espacio convencional, cerrado en su parte inferior por el reborde costal y en su parte superior por una línea quebrada que parte de la unión de la sexta costilla al esternón, sigue hacia fuera horizontalmente por el límite inferior del corazón, desciende oblicuamente en los límites de la sonoridad pulmonar y luego desciende verticalmente hasta encontrar la línea axilar en el reborde costal, tocando la parte anterior del bazo.

**ANATOMIA:**

La superficie del espacio semilunar de Traube es convexa en su parte anterior y cóncava en su parte posterior. En la parte anterior encontramos la piel, el tejido celular subcutáneo, músculos, nervios y vasos de la región, la extremidad de la quinta, sexta, séptima, octava, novena y décima costillas con sus correspondientes cartílagos, músculos intercostales, vasos y nervios intercostales.

En la parte posterior se hallan algunos órganos de las cavidades torácica y abdominal: las inserciones del diafragma, la pleura, el pulmón izquierdo, la punta del corazón, la gran tuberosidad del estómago, el ángulo izquierdo del colon, el lóbulo izquierdo del hígado y una parte del bazo.

*Las inserciones del diafragma* que interesan al espacio semilunar de Traube se dividen en inserciones condrales, condro-costales, intercostales y costales.

Las inserciones condrales se hacen sobre el tercio medio del séptimo cartílago en una extensión de cinco centímetros.

Las inserciones condro-costales se hacen por medio de lengüetas en la extremidad anterior de la séptima, octava y novena costillas y en la parte correspondiente de sus cartílagos.

En las inserciones intercostales algunos haces además de la inserción en la extremidad anterior de las costillas ya enumeradas, se fijan en las arcadas fibrosas que se extienden del vértice de una costilla al vértice de la costilla vecina, llenando así los espacios intercostales.

Las inserciones costales se hacen en la décima costilla.

*La pleura:* el fondo de saco anterior de la pleura que baja por la cara posterior del esternón, al llegar al cuarto espacio intercostal, se refleja bruscamente hacia la izquierda pasando por la parte superior del espacio de Traube.

*La punta del corazón y el borde pulmonar,* forman el límite superior de dicho espacio, como vimos en los límites descritos por Sergent.

*La gran tuberosidad del estómago,* ocupa todo el espacio semilunar. Las relaciones del *ángulo izquierdo del colon* se deben a su colocación detrás del estómago.

*El lóbulo izquierdo del hígado* recubre la gran tuberosidad del estómago precisamente en la parte inferior e interna del espacio de Traube.

*El bazo,* por su polo antero-inferior, limita la sonoridad de dicho espacio en su parte posterior e inferior.

**FISIOLOGIA:**

La percusión del espacio semilunar de Traube produce un sonido timpánico. Dicho sonido no puede ser de origen pulmonar, porque el pulmón izquierdo apenas con su borde antero-inferior le forma parte de su límite superior.

Los únicos órganos que pueden producirlo son el estómago y el colon. El diafragma también interviene, pues según lo alto o bajo que se encuentre, aumenta o disminuye la zona de sonoridad.

Según Sergent, para que dicho timpanismo exista, son necesarias las siguientes condiciones:

1ª Integridad de las partes constituyentes y límites del espacio semilunar de Traube: pared costal, pleura, pulmón, corazón, hígado, estómago, colon, bazo.

2ª Estómago y colon vacíos.

3ª Tonicidad normal del diafragma.

#### PATOLOGIA:

Cuando se modifican las condiciones enumeradas, el espacio semilunar de Traube puede ser aumentado, disminuido o suprimido.

Dos causas pueden aumentarlo:

1ª La distensión gaseosa del estómago por fermentaciones o aerofagia, y

2ª La parálisis del diafragma izquierdo, consecutiva a los tumores del mediastino.

En la disminución o desaparición del espacio semilunar de Traube intervienen las siguientes causas:

Lesiones de la pared.

Afecciones del hígado.

Afecciones del estómago y del colon.

Afecciones del bazo.

Afecciones del corazón y del pericardio.

Afecciones del pulmón izquierdo.

Afecciones de las pleuras.

*Lesiones de la pared:* los tumores y las lesiones inflamatorias, cambian el timpanismo por un sonido mate.

*Afecciones del hígado:* cuando el hígado está aumentado de volumen, el lóbulo izquierdo se coloca en el espacio semilunar; por consiguiente dicho espacio se disminuye o se suprime.

*Afecciones del estómago y del colon:* La repleción, los tumores y las afecciones abdominales que repercuten sobre estos órganos, pueden disminuirlo o desaparecerlo.

*Afecciones del bazo:* En las hipertrofias esplénicas se disminuye el espacio, en su parte postero-inferior.

*Afecciones del corazón y del pericardio:* Las hipertrofias del corazón y las pericarditis con derrame lo disminuyen en la parte superior e interna.

*Afecciones del pulmón izquierdo:* en la neumonía, en la esplenoneumonía y las demás afecciones en que se aumenta el volumen del pulmón, lo disminuyen en la parte superior. Lo mismo sucede en las afecciones crónicas, especialmente en la tuberculosis, cuando evolucio-

na en la región pulmonar que corresponde al espacio o en aquellos casos en que por distensión supletoria se modifican las funciones del diafragma.

*Afecciones de las pleuras. Pleura derecha:* los derrames líquidos lo disminuyen en la parte inferior e interna. Esto se debe a que el hígado, por la presión del líquido, es rechazado hacia abajo y hacia adentro, y el lóbulo izquierdo llega a ocupar el espacio semilunar. Extrañando el líquido, el hígado vuelve a su posición normal y reaparece el espacio semilunar. Igual sucede en los derrames gaseosos (neumotórax).

*Pleura izquierda:* las pleuresías con derrame lo disminuyen o lo desaparecen. Según Sergent, la cantidad de líquido no es la causa, sino la atonía del diafragma consecutiva al proceso inflamatorio de la pleura. Esto explica por qué en muchos derrames mayores de dos litros persiste la sonoridad del espacio semilunar de Traube y explica también por qué pasado cierto tiempo, los enfermos presentan un descenso del límite superior del derrame, aparentando una disminución del líquido, cuando en realidad es debido al descenso del diafragma, consecutivo a la desaparición del proceso inflamatorio.

*Hidrotórax:* el hidrotórax lo disminuye; excepcionalmente lo desaparece, precisamente porque no hay proceso inflamatorio de la pleura diafragmática y el diafragma se conserva normal.

Estos datos son de grande importancia para el diagnóstico diferencial entre la pleuresía con derrame y el hidrotórax.

*Neumotórax:* el neumotórax y los pequeños derrames pueden disminuirlo o desaparecerlo, cuando se examina al individuo sentado o de pie. Reaparece cuando se observa al enfermo acostado, debido a la nivelación de los gases y los líquidos.

*Derrames enquistados:* los derrames enquistados de la pleura pueden alterarlo cuando se hallan en la zona correspondiente.

*Sínfisis:* Las sínfisis, cuando son delgadas y fragmentadas, en nada lo modifican, pero cuando son gruesas y continuas lo disminuyen o lo desaparecen.

En los casos de sínfisis, no reaparece el espacio semilunar cuando se examina al enfermo acostado; signo de gran valor en el diagnóstico diferencial con los pequeños derrames.

Las sínfisis gruesas son producidas en su mayor parte por la tuberculosis localizada en las serosas del diafragma, pleura y peritoneo (perifrenitis).

Por último, podemos agregar como causa de macidez del espacio semilunar, la inversión de las vísceras. En este caso, el espacio se encuentra en el lado derecho y el hígado en el lado izquierdo.

#### SISTEMAS DE EXPLORACION:

Con los datos anteriores se comprende que el aumento, disminu-

ción o desaparición del espacio semilunar de Traube, desarrolla preciosos signos para el diagnóstico de las afecciones de los órganos que lo forman y lo limitan; por lo tanto es indispensable, en muchos casos, un examen cuidadoso de la región.

En su estudio clínico se emplean la inspección, la palpación, la percusión, la auscultación, la función exploradora y la radiología.

Por la inspección nos damos cuenta de su estado de abombamiento o de depresión; si existen lesiones de la pared, tumores; el ritmo de los movimientos respiratorios, y en algunos casos la situación de los movimientos de la punta del corazón.

Por la palpación, complementamos los datos anteriores y nos aseguramos de que en dicha zona no deben percibirse vibraciones.

La percusión es el medio clínico más importante: debe obtenerse un sonido timpánico.

Para realizarla es indispensable que el individuo se halle en ayunas. Practicarla en el sentido longitudinal y en el sentido transversal, primero en decúbito dorsal y luego estando el enfermo sentado y de pie.

La auscultación nos dá un signo negativo: no se debe oír murmullo vesicular, salvo en el límite superior que pertenece a la región pulmonar.

La punción exploradora, empleada en algunos casos, debe evitarse hasta donde sea posible, por el peligro de lesionar órganos importantes y por la facilidad de reemplazarla por las radioscopias.

Por la radiología se obtienen datos sobre el estado de todos los órganos de la región.

## BIBLIOGRAFIA

*Testut y Jaccoud*.—Anatomía Topográfica.

*Barlaro*.—Lecciones de Patología Médica.

*Sergent*.—Lecciones Clínicas.

