

Anatomía de superficie

ALFREDO GUERRINI

Sanatorio La Plata, La Plata, Buenos Aires

Definición

La anatomía de superficie (AS) es un capítulo de la Ortopedia que estudia “los accidentes anatómicos del aparato locomotor visibles o palpables sobre la piel del paciente”.¹ Otros autores^{2,6} la llaman “anatomía bioscópica”, imagen viviente que dinamiza el conocimiento ortopédico.

Introducción

La AS permite evaluar sensorialmente a través de la inspección directa formas y coloraciones, que luego la palpación de las macroestructuras pertinentes, locales o vecinas a los relieves o depresiones cubiertas, suelen confirmar. Este método de diagnóstico semiológico es accesible, económico y orientador de las secuencias diagnósticas ulteriores.

Aplicabilidad

Se considera a la AS como la forma de encontrar normalidad o patología en el cuerpo humano, a través de las formas osteoarticulares referidas de los miembros y el tronco.² J. I. Barral Pons⁷ menciona que es de igual utilidad para la medicina como para el arte plástico.

Mc Rae⁵ señala categóricamente que “los pacientes exponen sus síntomas sobre una base anatómica” y, a pesar de no ser desconocida, muchas veces permanece perdida

u olvidada, cayendo en la remanida sentencia de curar imágenes y no enfermos. Sin duda, un interrogatorio clínico adecuado es siempre el comienzo de un buen acto médico.

Cabe aquí la reflexión de L. Fernández “no hace falta ser anatomista para ser cirujano, pero los grandes cirujanos han sido anatomistas”.

La AS es un aporte en el registro objetivo del dolor influido por la percepción dolorosa no mencionada en las imágenes, valores significativos que la evaluación morfológica transfiere del paciente brindando datos originales muy valiosos.

Mantenida como autoinformación es una referencia dolorimétrica significativa de la enfermedad y la “experiencia propia del enfermo que la padece”.³ Es así una información viviente que enriquece el concepto, brinda un conocimiento personal al ortopedista y crea un sentido de diagnóstico presuntivo en su evidencia inmediata, que podrá ser descartada o confirmada posteriormente.

Metodología

El mencionado capítulo (AS) es el inicio del diagnóstico y tratamiento del sistema osteoarticular-téndino-músculo-ligamentario con sus tejidos de protección, junto a los denominados elementos nobles vasculonerviosos existentes en profundidad o superficie, de distinta consistencia y movilidad, de hallazgo fijo o de percepción intermitente (pulsos). En los miembros el registro contralateral es de valor referencial.

La metodología por utilizar para la exploración (inspección y palpación) detecta los elementos anatómicos citados en su espacio o localización (p. ej., menisco en interlínea) o indirectamente el reparo de vecindad (p. ej., maléolo interno para localizar el pulso tibial posterior) o para la protección de los elementos profundos de importancia. (p. ej., punción de cadera).

Recibido el 14-9-2004.

Correspondencia:

Dr. ALFREDO GUERRINI

Calle 55 N°726

(1900) La Plata, Buenos Aires

E-mail: alfredo_guerrini@yahoo.com.ar

Un caso que muestra la importancia de la utilización de la AS es acerca de un enfermo con traumatismo costal, que consultó por dolor significativo y al que sin examen local previo, le fuera indicado un sofisticado estudio por imágenes, cuando en este caso el diagnóstico pudo haberse hecho con la sola inspección zonal, que mostraba las ordenadas vesículas del nervio intercostal ya que se trataba de un herpes zoster.

Conclusiones

La AS constituye, como dijéramos, parte del examen diagnóstico de observación directa, la que incluiría también hasta cierto punto, la facies del paciente.

Esta observación local sirve de referencia al abordaje de punciones, infiltraciones, bloqueos, drenajes, referencias pre e intraoperatorias, implantes de tutores externos o todo tipo de reparo semiológico.

La acción reflexiva directa que el análisis de la AS presupone favorecerá la síntesis diagnóstica y el control del resultado terapéutico, brindando además la precisión del lado afectado en la medida en que estas observaciones se vuelquen en un registro. Nos hemos encontrado en la práctica diaria con diagnósticos de imágenes inadecuadamente referenciados que llevaron a la práctica negligente del cirujano.

Asimismo, esta evaluación exploradora es sólo parte de un análisis integral que orienta hacia la solicitud de análisis e imágenes de tecnología sofisticada. Se evita así por economía o por menor exposición, a la vez con ventaja en

el costo-beneficio, requerir precipitadamente evaluaciones tecnológicas innecesarias, útiles sólo para un específico y precoz diagnóstico cuando la situación sea de urgencia.

Consideramos que este estudio favorece la relación médico-paciente alejado por el especialismo, señalándose además “el conocimiento, como el contacto con la cosa”.³

El sentido del progreso de los tiempos evidencia la adquisición de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento que pueden hacer de la información “una prisión atrapante por su avalancha, difícil de manejar”,⁸ por lo que la omisión de la AS genera una falencia significativa en la construcción del conocimiento actual. La información aportada por la AS reconoce y guarda el corazón del problema diagnóstico, por lo que debería tener un lugar prioritario, junto con las otras imágenes, en el orden natural de los diagnósticos.

La contraindicación observada reside en aplicar el método como evaluación única en casos graves o en que el proceso patológico es incipiente pero recidivado.

El título señalado (AS) tiene un espacio de evaluación prioritaria en el arsenal diagnóstico actual, asimismo no es un informe absoluto frente a la significativa tecnología disponible, pero es el comienzo jerarquizado de toda valoración en la especialidad, que no está en la actualidad adecuadamente priorizada por muchos jóvenes profesionales.

La AS es la hermana mayor de la clínica, punto de partida y de llegada. Aunque el conocimiento transcurra por otros auxiliares diagnósticos, constituye un principio duradero, siempre disponible.

Referencias bibliográficas

1. **Alcazar A.** *Atlas de anatomía de superficie*. Buenos Aires: La Clínica; 1951.pp.5.
2. **Henry A.** *Exposición extensible aplicada a la cirugía de los miembros*. Barcelona: Salvat; 1953.pp.8.
3. **Komar E.** *Citado por Velazco Suárez. Psicología del Self*. Buenos Aires: Educa; 2003.
4. **Lidner H.** *Anatomía clínica. Prefacio*. México DF: Manual Moderno; 1990.
5. **Mc Rae R.** *Clinical orthopaedics examination*. 4ª ed. Harcourt Brace; 1991.pp.5.
6. **Pérez Casas A.** *Anatomía funcional del aparato locomotor*. Madrid: Bailly-Bailliere; 1965.pp.126.
7. **Pons JIB.** *Atlas anatómico topográfico de las extremidades y fijación externa anular*. Barcelona: JMS; 1988.pp.7.
8. **Sábato E.** *La Resistencia*. Buenos Aires: Six Barral; 2000.pp.61.