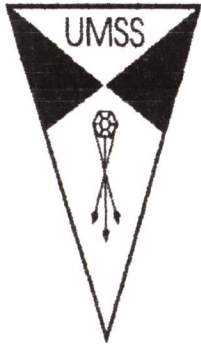


MEJ.
FESIS
M 6725
2000



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA

SEMIOLOGIA GENERAL
ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA
SEMIOLOGIA GENERAL DE FRACTURAS

DOCENTE : Dr. Ricardo Zabala Canedo
MATERIA : Traumatología
ALUMNOS : Miranda Aspiazu José Carlos
Molina Carvallo Ricardo A.
CURSO : 5to. Año.
FECHA : 16 de febrero del 2000

Cochabamba – Bolivia

SEMIOLOGIA GENERAL

ORTOPEDICA – TRAUMATOLOGICA

El término Semiología es una palabra compuesta proveniente del griego de semeion: signo y logos: discurso.

Bajo ésta denominación se agrupa una forma de estudio, que dentro de la Medicina corresponde a la interpretación de los signos y síntomas del paciente. Vale decir que por semiología debemos interpretar el estudio de todos los síntomas (elemento subjetivo, perceptivo, "lo que el paciente siente") y signos (elemento objetivo, "lo que el médico ve"), con fines de interpretar y diagnosticar la patología en estudio con fines terapéuticos y pronósticos.

La semiología ortopédica traumatológica es un variante de la Semiología General, de la que forma parte y a la cual completa. Los tiempos de examen no varían, salvo en la importancia prevalente de algunos de ellos más trascendentes sobre otros menos utilizados (ej. auscultación), por la índole de nuestra patología y el medio en el que se desarrolla (sistema osteo-articular). El examen ortopédico traumatológico por tanto debe desarrollarse luego de un examen semiológico clínico exhaustivo, que tiene que ser previo para descartar causas generales de repercusión sobre el esqueleto, por lo que en el examen de la especialidad, no haremos referencia al mismo, motivo de estudio en particular por la Clínica Médica.

HISTORIA CLINICA Y EXAMEN SEMIOLOGICO OSTEOARTICULAR.

I. INTERROGATORIO.

a) Motivo de consulta.

En este apartado se dejará constancia, brevemente, la razón de la consulta clínico-quirúrgica de la especialidad, ej: tumoración en muslo, (aclarando si es derecho o izquierdo), traumatismo de cadera (iguales consideraciones), dolor localizado en columna lumbar, con irradiación a la cara posterior de muslo y pierna (lumbociática) o no (lumbalgia), etcétera.

b) Antecedentes de la enfermedad actual:

Tiempo fundamental del interrogatorio. En este apartado se permitirá al paciente explicar sobre el motivo de consulta, solamente guiándolo cuidadosamente para no influir en sus dichos y permitir la equivocación de conclusiones. En este apartado se recogerá antigüedad de los síntomas (ej: dolor) o signos (ej: Tumoración), la progresión o no de ellos en el tiempo, tipo de dolor (urente, terebrante, etc.) como se calma (ej: aspirina en ciertos tumores benignos del esqueleto, ver referencia tumores óseos osteoma osteoide), cuándo y como aparece (en reposo o en movimiento, etc.). La extensión de las enfermedades ortopédico traumatológicas nos obligan a no ampliar este ítem, pero reiteramos la importancia del mismo y la necesidad de completarlo perfectamente dado que hay datos, que de no ser recogidos en este momento, pueden ser minusvaluados y llevar a conclusiones diagnósticas erróneas en tiempos posteriores del examen.

c) Antecedentes personales.

Este apartado en ocasiones subvaluado tiene especial trascendencia en muchas ocasiones como son los casos de prematurez, parto de nalgas, traumatismos previos, infecciones (TBC, sífilis, micosis profundas) y en las neoplasias de mama, riñón, tiroides, próstata y pulmón por la afinidad esqueletogénica de sus metástasis. Se deberá valorar la existencia previa de lesiones condicionantes de patología evolutiva como la enfermedad de Paget y su transformación maligna.

d) Antecedentes heredofamiliares:

Antecedentes del medio, en especial referencia a procesos de ortopedia infantil, en relación socioeconómico, tal es el caso de desnutrición y ciertas patologías correlacionadas con la misma (osteomielitis y osteoartritis, tuberculosis), el alcoholismo (síndrome del "niño maltratado", etcétera).

II. EXAMEN CLINICO.

a) Inspección:

Se realiza con el paciente desvestido. Este tiempo es fundamental en la primera evaluación de patología, ya que orienta al examinador hacia un segmento osteoarticular afectado.

En primer lugar se evaluará la movilidad en general espontánea y provocada, características somato-psíquicas y su relación con el factor cronológico (edad aparente y edad real), comportamiento, etcétera.

Ya en referencia específica a este apartado comenzaremos por:

- **Piel y Anexos:**

Allí observaremos:

- Color y modificación del mismo (ej. enrojecimiento) en forma difusa y amplia o circunscripta (placas de erisipela), amarillenta en algunas patologías generales (caquexia neoplásica), pigmentación difusa (hemocromatosis, enfermedad de Addison, ocronosis).

- Atrofias: ej. piel senil, o hipertrofias: ej. hiperqueratosis por traumatismo, roce externo, hiperpresión o por enfermedades congénitas: ictiosis.

- Neoformaciones: tumorales benignas como los xantomas, los tofos gotosos, nevus benignos, verrugas vulgares, etcétera. Malignos como los epitelomas baso y espino celulares, melanomas primarios y recidivados, etcétera. También la posibilidad de cicatrices hipertróficas de interés en la programación de intervenciones en las cuales el factor estético pueda ser importante.

- Cicatrices: Traumáticas y quirúrgicas; las primeras nos permitirán evaluar la posibilidad de fracturas expuestas previas u otras patologías en relación a los antecedentes referidos. En lo que respecta a las cicatrices quirúrgicas, las mismas nos permitirán la evaluación de táctica y técnica aplicada, a través de la interpretación de la vía de abordaje, lo que se complementará con el resto del examen. Asimismo dará

una primera evaluación para un re-abordaje del foco en relación con la viabilidad o no de una vía de ingreso similar a la utilizada (ej. de no viabilidad: cicatriz adherente a plano óseo subyacente).

Por otra parte es también de interés la interpretación de otras cicatrices, producto de curaciones de patologías; es el caso de cierre de lesiones por segunda (granulación o injerto sobre granulación previa), colgajos rotatorios homo o contralaterales, exéresis de lesiones tumorales previas de superficie (melanomas y fracturas patológicas, etcétera).

- Fístulas: Comunicaciones de procesos de profundidad con el exterior (ej. fístula osteomielítica). Podríamos clasificarlas en cerradas (secuela) o abiertas. Las cerradas pueden reabrirse constituyendo una recidiva o reagudización de patología (ej. osteomielitis crónica). De acuerdo a que las fístulas abiertas tengan o no secreción, de haberla ésta puede ser hemática, serosa, purulenta, serohemática, con o sin granulaciones riciformes (ej. micosis profundas), etcétera.

Es importante la evaluación de las características de la misma así como una primera interpretación de su origen (infeccioso específico o inespecífico, tumoral, traumático, etcétera), así como su localización (próxima a articulaciones o a elementos nobles como vasos y nervios que puedan comprometerse en una intervención quirúrgica) y su tamaño y número (fístula única o múltiples).