

Las manos en la práctica médica

J. Sillero F. de Cañete

Introducción

TRAS un eclipse de varios años (a mi me han parecido décadas) vuelve de nuevo a editarse Seminario Médico. Es una gran noticia para los que hemos colaborado largamente con esta publicación, que fue pionera en la historia del I.E.G. Seminario Médico ha tenido una larga época de brillantez, al convertirse en vehículo de expresión de muchos médicos jienenses, al tiempo que recogía el aporte conferencial de señalados científicos foráneos que nos han visitado.

Quiero estar presente en las páginas de su reentrada. Pretendo relatar algo de lo que ha sido la experiencia personal de un médico de antaño, de una época en la que el desarrollo tecnológico era muy inferior al actual y la clínica exhibida por los pacientes resultaba decisiva en punto al diagnóstico y manejo. Una aportación que evoca pretérito pero no preterición.

Viene a mi mente una frase que he oído muchas veces en referencia a la calidad del médico. En el breve encuentro de dos amigos, uno de ellos anuncia que se encuentra enfermo y el otro le pregunta quién le atiende. Al identificar al doctor en cuestión, su respuesta es: «¡Ah!, entonces tranquilo, estás en buenas manos». Algo tendrán las manos, para condicionar la aptitud del médico, me digo yo. Y, por consiguiente, me he preguntado: ¿Qué tal si hablo de las manos en la práctica médica? Las manos propias y también las del enfermo han sido decisivas en múltiples ocasiones.

Así, la temática de mi comunicación pivotará sobre tres extremos:

- La importancia de las manos en el desarrollo del hombre.
- La utilidad de las manos del médico.
- El valor de las manos del paciente.

Palabras clave: Las manos del médico. Exploración física. Medicina. Diagnóstico

Fecha de recepción: 2014

Seminario Médico

Año 2017. Volumen 62, n.º 1. Págs. 11 - 20

Con un colofón final gráfico sobre las manos en monumentos y figuras jienenses, que me ha proporcionado generosamente mi hija Inmaculada.

Importancia de las manos en el desarrollo humano

Cuando se reflexiona acerca de las características somáticas que sirven de identidad al humano, se echan a ver cuatro rasgos decisivos:

- mayor capacidad y desarrollo del cerebro, trasunto de su inteligencia
- bipedismo, mantenimiento de la postura vertical y marcha apoyado en las extremidades inferiores exclusivamente
- pulgar oponible en la mano, posibilitando las manipulaciones
- cavidad bucal y cuerdas vocales capaces de emitir sonidos articulados, que permiten un lenguaje complejo.

El progreso científico, con Darwin y más allá de él, nos ha inducido a la admisión de procesos evolutivos en las especies, con supervivencia de los más aptos. Ello no excluye un impulso creador del Ser Superior, la previsión de esa evolución y el mantenimiento finalista. El americano Michael Reese, publicó no ha mucho un libro de título sugestivo *¿Puede un evolucionista ser cristiano?*, en el que admite esta aparente antinomia, que desde luego choca con la dificultad que representa su cuasi-obligado poligenismo, que se opone al monogenismo creacionista.

En todo caso, la taxonomía nos enseña que, situados como mamíferos superiores, el orden de los primates incluye la familia de los homínidos, cuyo género homo tiene como expresión más acabada el denominado homo sapiens sapiens, objeto de nuestra atención. Esa clasificación, empero, no significa sin más procedencia. Hay acuerdo general en considerar que el hombre no deriva del mono, llámese orangután, gorila o chimpancé, por muy próximo que resulte su ADN al nuestro.

Sí que se ha producido una variedad cada vez más perfeccionada de los representantes de género homo, progresando a través de las etapas sucesivas de habilis, ergaster, erectus, neanderthalensis y, al final, sapiens sapiens.

Centremos nuestra atención un momento sobre el homo erectus, cuya denominación ya nos indica que tiene en la verticalidad plena su máximo rasgo, de manera que la columna vertebral, pelvis y fémures representan el eje de su estática. De paso, debo señalar que la verticalización pélvica promueve parto precoz y prematuridad en el

nuevo ser, que debe ser cuidado por los padres en su desarrollo, lo que a su vez induce a la organización de una familia.

Ese homo erectus, dotado de unas extremidades superiores de menor longitud, ha sufrido una completa metamorfosis de sus manos, no aptas para la vida arbórea, pero sí cuando el sujeto se desenvuelve en una sabana. Con el pulgar haciendo pinza, las posibilidades de utilización manual se diversifican. Es sabido que el homo erectus fabricó herramientas de piedra. Que aprendió a dominar el fuego, elemento esencial para mejorar su alimentación y protegerse de los depredadores. Que se provió de vestiduras hechas con la piel de otros mamíferos. Y que se guareció en refugios. Paralelamente a estas actividades, se produjo un notable desarrollo cerebral: la representación neuronal motora en la circunvolución frontal ascendente, y la sensitiva en la parietal adyacente, crecieron de modo exuberante, con especial relevancia el área correspondiente a la mano y en particular al pulgar. Así se perfila el homúnculo cerebral clásico que conocemos por anatomía.

En conclusión: la configuración definitiva de la mano resultó paralela al desarrollo encefálico, que en el sapiens sapiens alcanza los 1500 ml. Volumen muy sobresaliente, si se valora en relación al corporal en su conjunto (1:47). En comparación, el gorila ofrece una proporción casi 10 veces menor (1:420).

Podemos concluir este capítulo de recuerdo filogenético, afirmando que en la especie humana la mano ha jugado un rol crítico para definir su identidad y capacidades de toda índole, especialmente creativas.

La utilidad de las manos del médico

He anticipado que esta disquisición es fruto de mi experiencia, lo que me exime de comentar aquellas manos cuasi-divinas del cirujano, que son capaces de redimir con su exquisita habilidad a un paciente, eliminando de su cuerpo la enfermedad y reparando los estragos que ella produce. Manos que siempre resultarán críticas, porque en la telemedicina en la que un robot opera, aún son las manos del cirujano las que con su tacto y destreza inigualables hacen el milagro.

Dicho esto, me limitaré a describir lo que he hecho yo con las manos a lo largo de 55 años de práctica profesional en mi trato con el paciente. Y, en tal sentido, debo declarar que, desde el inicio, procuré habilitarlas para explorar al enfermo con eficiencia en la doble vertiente de percusión y palpación.

I

La percusión posee una historia interesante, que comentaré brevemente. El vienés Joseph Leopold Auenbrugger (1722-1802) fue iniciador de tal técnica médica exploratoria. Por su condición de médico y de músico (conoció Antonio Salieri, el rival de Mozart), estaba en la mejor situación para cualificar aquellos sonidos generados por su práctica, que clasificó en cuatro tonalidades: sonido normal del pecho (lo que ahora llamamos ruido claro pulmonar), que asimiló al golpe en un tambor; sonido timpánico agudo, producto del contenido aéreo prevalente; sonido oscuro o indistinto, en transición hacia la matidez, el cuarto sonido, que algunos clásicos describieron con la expresión «*tanquam percusi femoris*», trasunto de la presencia fluido pleural o pericárdico.

Auenbrugger se benefició decisivamente por ser de hijo de un toneletero, quien, a fin de conocer el nivel de llenado de las barricas, las golpeaba con un bastón hasta percibir el punto de cambio de tonalidad. Eso fue lo que Leopoldo trasladó al cuerpo humano, En 1761, después de una estancia prolongada en España como médico militar, publicó la obra titulada «*Un nuevo descubrimiento, que capacita al médico mediante la percusión del tórax humano, para detectar las enfermedades ocultas dentro del pecho*». Su difusión fue lenta: tardó medio siglo en ser reconocida por la generalidad.

El médico vienés practicó la percusión directa, por golpeo torácico digital sin intermediario alguno, imponiéndose luego la indirecta, primero a través de un plexímetro de marfil y más tarde usando el dedo medio de la mano opuesta a modo de plexímetro. De hecho, el clínico que practica una percusión correcta, haciendo sólo un movimiento de flexo-extensión de la muñeca en tanto que el antebrazo queda inmóvil, a la larga presenta una hiperqueratosis en la segunda falange del dedo medio que soporta el impacto. Hace 10 años, ese glorioso callo desapareció en quien esto cuenta.

Hay muy diversas modalidades de percutir mal, algunas de las cuales he presenciado. Una de las más llamó mi atención es la de percutir directamente con la mano cerrada. No tiene objeto en el tórax, pero debe admitirse a título de maniobra de Spellberg, en donde la pleximetría de la puño-percusión resulta dolorosa cuando se golpea el hígado a través de la parrilla costal si es asiento de absceso, hepatitis agravada o malignidad.

Pero la forma más curiosa de percutir la presencié durante el examen de Propedéutica Clínica de un alumno. Extendió su mano izquierda

con los dedos bien separados sobre el tórax de un paciente y muy cuidadosamente, golpeó en los espacios interdigitales. El profesor, con sorna y sin inmutarse, le advirtió: «*tenga Vd. cuidado de no lesionarse los dedos*», respondiendo el estudiante con convicción: «*no se preocupe, me he entrenado concienzudamente durante unos meses*». Concluyó el diálogo con la decisión final del catedrático, que dictaminó «*pues siga Vd. entrenándose hasta septiembre*».

La percusión y palpación coordinadas, aún rinden sus frutos.

II

Cuando evoco la praxis médica palpatoria, viene a mi mente el recuerdo de un sucedido del que fui testigo siendo estudiante. Cuando el profesor acudía al hospital para impartir su enseñanza («cátedra en clínica»), el interno de turno le abordó precipitadamente indicándole haber ingresado a un paciente con un probable abdomen agudo. Sin inmutarse, el catedrático ordenó que el enfermo fuera trasladado a la mesa de exploración. Enarboló el dedo índice de su mano derecha erecto a modo del asta de una bandera y lo hundió con energía hacia el punto de McBurney. El enfermo gritó y el gran maestro pontificó: *¡apendicitis aguda!* Ignoro si el paciente fue operado y si se confirmó el diagnóstico, pero a posteriori me parece un modelo de lo que no debe ser la palpación abdominal.

La palpación del abdomen debe estar presidida por la delicadeza. Las manos del clínico han de ser una a modo de segunda piel del paciente, so pena de provocar reacción defensiva de la musculatura parietal. La vertiente palmar y no la punta de los dedos tienen el protagonismo.

De tal guisa, me permito recordar algunos hallazgos palpatorios que aún persisten en mi memoria por su relevancia. Aquella hepatomegalia firme que coexistía con *flush* cutáneos de enrojecimiento absolutamente espectaculares y que me indujeron a pensar en carcinoma de maligno funcionando metastatizado a hígado con el síndrome de Björk-Thorson expresión de la alta serotonemia. El bazo más voluminoso que nunca he palpado, con borde en región inguinal, en el curso de una leucemia mielógena crónica. La palpación bimanual de riñones agrandados (poliquísticos). El Crohn que debutó como masa pseudotumoral en ciego. La cuerda colónica del intestino irritable, en contraste con el megacolon tóxico de una colitis ulcerosa grave. El útero miomatoso o gravídico (ignorado por la enferma). El globo vesical del prostatismo avanzado que se exterioriza a modo de iscuria paradójica. Y así, centenares o miríadas de ejemplos.

Dos casos merecen aquí mención. Mi exploración somática siempre ha concluido, sistemáticamente, con la palpación del pulso pedio. Lo que era acto banal, alguna vez se convirtió en maniobra reveladora: su ausencia bilateral en una hipertensa me indujo a considerar la coartación aórtica, que conllevó ictus hemorrágico y que fue remediada ulteriormente mediante reparación quirúrgica.

El otro suceso fue dramático desde su llegada a mi consulta. El enfermo dijo que me visitaba «*para saber de qué iba a morir*», confesando así su pesimismo ante visitas médicas previas inexitosas frente al dolor abdominal inexplicable. La palpación supraumbilical me permitió deslindar una masa ovoidea, no sólo pulsátil sino expansible: un aneurisma de aorta abdominal a punto de ruptura, a tenor de su tamaño y tormenta algica concomitante. La intervención, horas más tarde, resultó salvadora. La experiencia es aleccionadora, y el haber atendido a algún enfermo con aneurisma aórtico ya roto y su rápido deceso no se olvidan.

Lo que antecede, en su gran mayor parte pertenece a una época en la que el estudio de imagen era incomparablemente menos informativo que lo que los progresos actuales nos permiten. Mas se diagnosticaban muchos procesos. Hasta hematomas subdurales sin TAC ni resonancia.

III

Estas exploraciones que las manos del médico pueden y deben realizar, no sólo colaboran al diagnóstico, sino que también ayudan al tratamiento. En tal sentido, permítaseme hablar de la haptonomía. Conocí esta técnica a través de la lectura, a mediados de los 90, del libro de Marie de Hennezel titulado *La muerte íntima*. Marie era psicóloga y trabajaba en un centro piloto parisino para enfermos terminales. Su máxima era: «*Cuando la muerte está próxima, cuando reinan la tristeza y el sufrimiento, todavía es posible encontrar vida, alegría, sentimientos y profundos cambios espirituales*». Todo un alegato antieutanásico sin duda.

Aprendió la haptonomía de la mano de su introductor, el holandés Frans Veldman. Derivada de dos vocablos griegos (hapto-contacto y nomos-reglas), puede definirse como «*acercamiento táctil afectivo*», que inicialmente se utilizó en las madres para con sus hijos, desde plazos tan tempranos como el cuarto mes de gestación, hasta la plena época neonatal. Hennezel aplicó haptonomía a enfermos terminales con tan gran éxito que, el mismo presidente Mitterrand, al visitar la clínica quedó impresionado. Prologó el libro, preguntándose: «¿Cómo

hay que morir? Y contestando: «Si existe una respuesta, pocos testimonios con tanta fuerza pueden inspirarla como el presente».

El médico, al explorar a su enfermo con un contacto afectuoso, practica haptonomía y colabora a su curación.

La utilidad de las manos del paciente

Si las manos del clínico son válidas en la exploración física como arma diagnóstica e incluso terapéutica, las del paciente colaboran de igual modo, al ofrecer una riqueza semiológica muy notable. Obviamente, no es mi pretensión llevar a cabo una descripción sistemática a su respecto, sino comentar algunos recuerdos anecdóticos que puedan servir de paradigma.

I

Una orientación diagnóstica puede ser gestada en el inicial momento del apretón de manos. Así ocurrió en un paciente, cuando comprobé sus dedos en palillos de tambor, fruto de osteoartropatía hipertrofiante neumática. El enfermo había sido intervenido varios años antes por tumor cerebral, que resultó ser de naturaleza epitelial, muy posiblemente broncogénico. El estudio de imagen se mostró entonces negativo, pero cuando yo le atendí existía ya un Pancoast lóbulo superior derecho. El informe histopatológico del Dr. Arteta era correcto y el cuadro descrito por el gallo Pierre Marie su manifestación paraneoplásica.

Tiempo después, contemplé con inquietud un exagerado hipocratismo en las manos de un amigo. Pronto me tranquilicé cuando conocí que era un rasgo que portaba desde su infancia y que también lo exhibían otros familiares. Se trataba de una paquidermo-periostosis familiar, tal y como la describieron Touraine-Solante y Gole, con engrosamiento de pliegues cutáneos frontales y lengua geográfica.

El apretón de la mano puede ser llamativo si el enfermo no puede soltar con presteza. He aquí dos ejemplos. Una señora de Torredonjimeno, con facies evocadora de miopatía, tenía escasa fuerza en sus manos, pero mantenía su contracción tónicamente. Se trataba de una distrofia miotónica de Curschman-Steinert, que soportaban igualmente otros miembros de su familia, con carácter de herencia anticipativa.

El otro caso atañe a un paciente, que vino a la consulta alentado por su hermana (tenía mucha fe en mí), temiendo que mi visita, precedida por otras de poca fortuna, fuera la puntilla en su afección. Le habían

tratado por obesidad e hipertensión. Le recomendaban ejercicio asiduo, pero sus movimientos eran cada vez más torpes y pesados. Su facies mixedematosa permitió diagnosticar hipotiroidismo sin mucho esfuerzo. Lo más notable era el fenómeno miotónico, muy neto en las manos y que, generalizado, hacía penoso su desenvolvimiento motor. La dinamometría confirma la poca fuerza en la mano. Pero cuando se acompaña de amiotrofia, especialmente de la masa tenar, reproduce la mano simiesca a que hemos hecho referencia en la filogenia. Recuerdo una paciente cuyo diagnóstico ofrecía pocas dudas, pues a la mano típica se sumaban las mioclonias y una lengua «en saco de lombrices», además del piramidalismo de base. Se trataba de la temible esclerosis lateral amiotrófica, ELA por sus siglas, un motivo preferente para solicitar eutanasia. Fue la primera ocasión en que utilicé Riluzol, fármaco que reduce la neurotoxicidad glutamatérgica, y bien que me costó conseguirlo. No creo que influyera mucho en el curso del proceso de esta paciente, si bien debo confesar que bastantes años después se mantenía estable.

El temblor se expresa en la mano mejor que en cualquier otro segmento corporal. Y, en tal sentido, es clásico reconocer al menos tres variedades: en reposo, característico del parkinsonismo (fenómeno de «contar monedas»); en movimiento, formando parte del cortejo cerebeloso, junto a la adiadococinesia y dismetria, y postural, el antaño denominado temblor senil y ahora idiopático, de incidencia familiar frecuente. De todos ellos, el clínico tiene frecuentes ejemplos más o menos invalidantes.

II

Otro aspecto que puede llamar la atención en la mano son sus cambios de coloración. La palma de la mano es, v. g., un área en la que la ictericia se hace más evidente. Pero a veces un tono amarillento ocre induce a confusión: se trata de carotenodermia, fruto de la ingesta asidua de naranjas o zanahorias que, al no pigmentar las conjuntivas se diferencian con facilidad. La rubeosis de origen hepático o diabético son otros hallazgos nada raros.

Me interesa ahora referir dos ejemplos de pigmentaciones localizadas en manos. Una adolescente que el inolvidable dermatólogo Dr. Antonio Beltrán me remitió a Medicina Interna ofrecía pequeños depósitos de melanina en manos y región peribucal. Es curioso que la chica, para mejorar su estética, los extrajera de su facies con ayuda de una aguja. La distribución y tipo de pigmentaciones me sugirieron la

posibilidad de un Peutz-Jeghers, pero el estudio radiológico realizado por el Dr. Gabriel Arroyo no evidenció poliposis intestinal. Años más tarde, acudió de urgencia al hospital con un cuadro oclusivo provocado por la invaginación de un pólipo (de los varios que albergaba) confirmando a la postre nuestra sospecha.

La otra enferma era una mujer macrosómica y entrada en años, que a lo largo de su vida, por su exuberante constitución, había sido donante de sangre con mucha generosidad. Mas cuando vino a Medicina Interna tenía una anemia muy acusada que, por su carácter microcítico e hipocrómico, con hiposideremia flagrante, hacía pensar en sangrado a través del tracto gastroentérico, extremo que confirmó reiteradamente el estudio de hemorragias ocultas. Lo que orientó el diagnóstico causal fue la detección en los dedos de pequeños angiomas, que asimismo estaban presentes en sus fosas nasales y habían sido la causa de episodios epistáxicos repetidos. La colonoscopia confirmó las telangiectasias propias de un Rendu-Osler-Weber extensivo.

Yo creo que lo que antecede es fiel muestra de lo que desde el punto de vista médico significan las manos. No deseo entrar otros terrenos, tales como el artístico, deportivo... y hasta religioso. Las manos que bendicen y te ofrecen nada menos que al Dios vivo y verdadero.

Termino, mi modesta reflexión despidiéndome con la mano, alzada y abierta, en movimiento amistoso de saludo. No con el puño en alto, que se me antoja amenaza y crispación. En aquella postura amable os digo simplemente adiós, es decir, hacia Dios.