

Dorso:

Corresponde a la región posterior del tronco y se extiende desde la nuca al ápex del cóccix. En él se encuentra la columna vertebral y los órganos relacionados a ella. En la región vertebral o mediana se ubica el surco mediano posterior, donde se puede tocar con gran facilidad, y más aún en posición flexionada, los procesos espinosos de las vértebras torácicas que se cuentan a partir del séptimo proceso espinoso cervical o prominente. La dirección de los procesos espinosos muestra la alineación normal de la columna o una desviación, como por ejemplo, la escoliosis.

En las vértebras lumbares y cresta sacra media, los procesos espinosos no se aprecian con claridad, en cambio, el hiato sacro, se palpa fácilmente entre los cuernos sacros y coccígeos.

En la región torácica, lateralmente a las vértebras se localiza el ángulo de las costillas. Las líneas mediana posterior (ubicada en el surco mediano posterior) y paravertebral (que corresponde a los procesos transversos de las vértebras) son utilizadas como referencia en la radiología.

El borde medial de la escápula se extiende de la segunda a la séptima costilla, a las cuales cruza. La espina de la escápula es subcutánea y separa las fosas supra e infraespinosas.

La palpación de la escápula permite el estudio de la movilidad del hombro y sus posibles lesiones.

En individuos musculosos se logra ver el borde inferior del músculo trapecio, desde el doceavo proceso torácico al tubérculo de la espina de la escápula. También se puede apreciar el borde superior del músculo latísimo del dorso que se dirige a su inserción en el fondo del surco intertubercular del húmero. Además en el dorso se puede distinguir el triángulo lumbar, situado entre el músculo oblicuo externo del abdomen, el músculo latísimo del dorso y la cresta ilíaca del hueso coxal. En este triángulo se puede detectar una hernia lumbar poco frecuente.

Para el estudio de los órganos internos del dorso se debe realizar proyecciones de los mismos para conocer su ubicación exacta en el exterior. Así tenemos que el límite superior del diafragma es semejante al del hígado, ya que se encuentran en la línea mediana a nivel del séptimo proceso espinoso torácico por debajo del ángulo inferior del hígado llega hasta la onceava costilla derecha.

Al trazar dos líneas horizontales, al nivel de la doceava torácica y tercera lumbar, y dos líneas verticales se forma un cuadrado que limita a cada riñón para saber su ubicación.

El hilio del riñón se encuentra frente a la primera lumbar, aunque este órgano normalmente escapa a estos puntos de referencia.

El uréter se proyecta en el dorso a través de una línea que cruza la tercera lumbar.

La médula espinal está dividida en segmentos o mielómeros: cervicales, torácicos, lumbares y sacros. Los dos primeros se proyectan hacia el cuerpo vertebral que precede a su número.

A nivel de la segunda lumbar se encuentra el cono medular, que luego se continúa con filum terminal.

En las cuatro últimas lumbares se ubica la cauda equina, además de los nervios sacros y coccígeos que descienden por el canal sacro.

Las meninges duramadre y aracnoídea terminan en la parte inferior de la segunda vértebra sacra, en el adulto.

Sin embargo, en el niño, se ubican a la altura de la cuarta o quinta vértebra sacra.

En la cavidad subaracnoidea, entre los procesos espinosos de la cuarta y quinta lumbar se realiza la punción lumbar, de la cual se hablará más tarde, con mayor detalle.

Tórax:

Se ubica entre el cuello y el abdomen, anteriormente al dorso. Se extiende entre un plano superior oblicuo hacia abajo y adelante, desde el ápex del proceso espinoso de la séptima vértebra cervical y la incisura yugular del esternón, y un plano inferior oblicuo hacia abajo y atrás, representado por el diafragma.

En la línea mediana anterior se palpa la incisura yugular al nivel de la segunda vértebra torácica.

El ángulo esternal es a veces visible y siempre palpable, a unos cinco centímetros de la incisura yugular, al mismo nivel de la quinta vértebra torácica.

La sincondrosis xifoesternal forma un relieve a la altura de la novena vértebra torácica. Por debajo de esta articulación se encuentra el proceso xifoideo.

En el límite superior del tórax, a ambos lados, se aprecia la clavícula, que oculta la primera costilla, por lo que el punto de partida para la identificación de cartílagos y costillas es el segundo cartílago costal, más o menos frente al ángulo esternal.

La palpación de las costillas se hace generalmente cerca del esternón, aunque debido a la fusión los cartílagos intercostales inferiores, la palpación se continúa lateralmente.

La mama, en la mujer, se extiende de la segunda a la sexta costilla. Su consistencia es blanda por su gran contenido de grasa, pero a su vez, el tejido glandular, le da rigidez.

La papila mamaria tiene una relación distinta en el hombre y en la mujer, pero se ubica aproximadamente en el cuarto espacio intercostal. La línea mamaria es la vertical que pasa por la papila del mismo nombre y sirve como referencia para la ubicación de órganos internos.

Para el estudio de las patologías de la mama, ésta se puede dividir en cuatro cuadrantes, los cuales son llamados: inferomedial, inferolateral, superomedial y superolateral.

El perímetro torácico, medido por debajo de las papilas mamarias, en la inspiración y expiración, da cuenta de la capacidad pulmonar de cada individuo en estudio.

El flanco izquierdo del diafragma se proyecta en el quinto espacio intercostal, aproximadamente dos a tres centímetros por debajo de la papila mamaria, por sobre el fondo gástrico.

En su costado derecho se posa sobre el hígado y se encuentra inmediatamente debajo de la papila mamaria. La parte media se ubica frente de la articulación xifoesternal. Durante la respiración normal, el diafragma, se mueve alrededor de un centímetro.

La tráquea se ubica frente a la sexta vértebra cervical hasta su bifurcación en la séptima vértebra torácica.

El pulmón y la pleura tienen una proyección similar en su ápex, el cual sale por sobre la clavícula, y su borde anterior derecho.

El borde inferior del pulmón sigue una línea curva, hasta por detrás a la décima costilla, quedando por encima

del receso costodiafragmático, lugar donde el diafragma baja durante una inspiración profunda.

La fisura oblicua del pulmón derecho sigue el borde medial de la escápula, al colocar la mano en la cabeza, iniciándose frente al proceso espinoso de la cuarta vértebra torácica. En cambio, la fisura oblicua izquierda se inicia un poco más arriba.

La fisura horizontal, del pulmón derecho, comienza junto con la fisura oblicua y corta el borde anterior del pulmón en el cuarto cartílago costal.

En el área cardiaca, fácilmente perceptible, se encuentra el corazón, aproximadamente entre el segundo cartílago costal y el quinto, donde se ve y se palpa el ápex del corazón. Pero estas referencias no son del todo confiables, debido a la gran variación de contextura física y tamaño de la caja torácica de cada individuo.

Las valvas del corazón se sitúan a lo largo de una línea oblicua trazada del tercer cartílago costal izquierdo hasta la articulación xifoesternal. Sin embargo, se puede escuchar claramente su sonido, en posición sentada, es en tercer espacio intercostal izquierdo, espacio intercostal derecho, en la región del ápex cardiaco y en la base del proceso xifoideo para las valvas: pulmonar, aórtica, mitral y tricúspide respectivamente.

El arco aórtico se proyecta sobre la parte inferior del manubrio esternal, para dar luego a la arteria aorta descendente que sigue al esternón en su camino.

El tronco pulmonar se extiende del tercer al segundo cartílago costal izquierdo. Las venas cavas superior e inferior siguen el borde derecho del esternón.

Los vasos y nervios intercostales se ubican justo debajo de las costillas correspondientes.

El mediastino se extiende desde la incisura yugular y el diafragma. Se divide en mediastino superior ubicado entre la abertura superior del tórax y el ángulo esternal, y mediastino inferior situado entre el ángulo esternal y el diafragma. Este último se divide a su vez en mediastino anterior, que va desde el esternón al pericardio, mediastino medio, limitado por delante y por detrás por el pericardio fibroso y con el corazón en su interior, y mediastino posterior, entre el pericardio y la columna vertebral.

A ambos lados del mediastino se encuentra la cavidad torácica que protege a las vísceras.

Abdomen:

Se ubica entre el tórax y la pelvis. Consta de la cavidad peritoneal, donde las porciones del canal alimentario se dilatan y contrae. En el espacio retroperitoneal se encuentra la parte superior del sistema urinario apegado a la pared posterior.

La cavidad abdominal se separa virtualmente de la cavidad pélvica a través de la línea terminal.

Para las proyecciones abdominales se puede tomar como referencia el proceso Xifoideo y reborde costal, en su parte superior. Inferiormente se encuentra la cresta ilíaca que termina en la espina ilíaca anterosuperior, por donde cruza el plano interespinal, más o menos a la altura de la primera vértebra sacra.

Entre los tubérculos ilíacos, ubicados a cinco centímetros detrás de la espina ilíaca anterosuperior, pasa el plano intertubercular al nivel de la quinta vértebra lumbar. Por el punto más alto de la cresta ilíaca pasa el plano supracrestal, que se haya frente a la cuarta vértebra lumbar y que se toma como referencia para la punción lumbar o anestesia espinal.

La sínfisis púbica está en la línea mediana anterior entre los cuerpos de ambos pubis. Sobre ella se sitúa el

tubérculo púbico, lugar de inserción del ligamento inguinal.

En individuos con buena musculatura aparece entre los músculos rectos del abdomen la línea alba. El ombligo se ubica a la altura de la cuarta vértebra lumbar.

La línea semilunar marca el límite lateral del músculo recto. En cambio, la línea pararectal sigue el borde lateral del mismo.

Por encima del tubérculo púbico se encuentra el anillo inguinal superficial, el cual puede ser palpado en los hombres al invaginar el escroto hacia el tubérculo púbico. En la mujer es más difícil esta palpación que se hace por la parte lateral del labio mayor. El anillo inguinal profundo no puede ser palpado.

El abdomen es dividido en nueve regiones por cuatro planos. Estos planos pueden ser horizontales, como el plano subcostal, que pasa bajo los décimos cartílagos costales, y el plano interespinal que va entre las espinas ilíacas anterosuperiores. También, se encuentran los planos verticales que son los planos medioinguinales derecho e izquierdo que pasan por la parte media de los ligamentos inguinales dirigiéndose hacia arriba.

Gracias a estos planos se puede localizar en la parte superior del abdomen las regiones hipocondriacas derecha e izquierda y el epigastrio que es medial. En la parte media del abdomen, se sitúan las regiones laterales derecha e izquierda y medialmente la región umbilical. Y por último, en la parte inferior del abdomen las regiones ilíaca derecha e izquierda y en la región central el hipogastrio.

Otro plano utilizado, es el plano transpilórico, línea transversal que equidista de los bordes superiores del manubrio esternal y la sínfisis púbica, y que se ubica aproximadamente, entre las sincondrosis xifoesternal.

El plano transumbilical, pasa por la cuarta vertebral lumbar perpendicularmente a la línea mediana anterior dividiendo al abdomen en cuatro regiones utilizadas en el estudio de la patología abdominal.

A nivel de la décima vértebra torácica, el esófago, atraviesa el diafragma, un poco inclinado hacia la izquierda.

El límite superior del estómago alcanza al quinto espacio intercostal izquierdo. El píloro se sitúa a la derecha de la línea mediana en el plano transpilórico.

La parte superior del duodeno se ubica enfrente de la primera vértebra lumbar, su parte descendente entre la primera y la cuarta vértebra lumbar, la parte horizontal a nivel de la cuarta vértebra lumbar y la parte ascendente entre la cuarta y la segunda vértebras lumbares.

El apéndice vermiforme se ubica en una línea trazada entre el plano interespinal y el ombligo, línea necesaria para saber su ubicación en caso de su posible extracción.

El hígado se encuentra dentro de la caja torácica, a un centímetro de la papila mamaria en su borde superior y sobre el reborde costal inferiormente. La vesícula biliar se sitúa en la unión del reborde costal derecho y el borde lateral del músculo recto del abdomen.

El eje mayor del bazo es paralelo a la décima costilla, prolongándose por debajo de las novena, décima y onceava costillas. No es palpable a excepción de una hipertrofia, donde crece dos a tres veces su tamaño. La punción transparietal del bazo permite el estudio de la circulación portal.

El páncreas cruza el plano transpilórico en el lado izquierdo y es prácticamente inaccesible para el examen clínico.

Los riñones se proyectan entre dos líneas intercostales: una a la altura de la doceava vértebra torácica y la otra frente a la tercera vértebra lumbar. Si el riñón es normal, no debería palpase en la región lumbar, por lo que las glándulas suprarrenales que se sitúan frente a la doceava vértebra torácica y la primera lumbar, tampoco.

El uréter sigue la línea semilunar, es decir, el borde lateral derecho del músculo recto del abdomen. La vejiga urinaria sólo es palpable, sobre la sínfisis púbica, cuando está llena o en caso de retención urinaria, ocasión en la cual se le podría confundir con un tumor.

La aorta abdominal penetra al abdomen a nivel de la doceava torácica con un diámetro de dos centímetros. Frente a la cuarta vértebra lumbar se bifurca en las arterias ilíacas comunes derechas e izquierdas. A la altura de la doceava torácica, la aorta abdominal, da origen al tronco celiaco, así como en la primera lumbar da origen a la arteria mesentérica superior, en la segunda lumbar a las arterias renales y testiculares y en la tercera lumbar a la arteria mesentérica inferior. Sin embargo hay una gran variación de un individuo a otro.

Las arterias ilíacas derecha e izquierda se bifurcan en interna y externa, en el punto medio inguinal. Esta última se palpa con facilidad cuando pasa por el ligamento inguinal.

A la derecha de la arteria aorta abdominal se extiende la vena cava inferior, desde aproximadamente la quinta lumbar hasta la sincondrosis xifoesternal, recibiendo a las venas renales frente a la segunda vértebra lumbar.

Pelvis:

Corresponde a la parte inferior y estrecha del tronco situándose por debajo y detrás del abdomen. En su parte baja se halla el perineo, conjunto de estructuras musculofasciales.

La cavidad pélvica contiene la parte inferior de los sistemas digestivo y urinario, así como también los órganos genitales que se fijan al perineo pasando a formar parte de la región perineal.

Como principal punto de referencia se toma la sínfisis púbica y el túbulo isquiático, en su parte anterior. En la zona lateral se encuentra la cresta ilíaca y hacia posterior se puede palpar la cresta sacra media y lateral.

La región perineal es una hendidura entre el extremo superior de los fémures y que se extiende desde el pubis al ano. El perineo está limitado por hueso cóccix. Si se traza una línea entre las tuberosidades isquiáticas, del hueso coxal, se divide la región perineal en espacios triangulares: uno anterior o urogenital y uno posterior o anal.

Miembros:

Los miembros superior e inferior, pertenecientes a la parte apendicular del cuerpo, se unen al sistema axil a través de un cingulo o cintura especializada. Los miembros superiores son órganos de presión, tacto y precisión, en cambio los miembros inferiores son órganos netamente locomotores.

Miembro Superior:

La región del cingulo y la articulación humeral se encuentra en el hombro que incluye a la región axilar, la región deltoidea y la región escapular que pertenece al dorso.

En la base del cuello se ve la clavícula que es palpable desde su articulación con el esternón hasta la articulación acromioclavicular, en la escápula.

El pliegue axilar anterior está formado por el músculo pectoral mayor, en tanto que el pliegue axilar posterior está constituido por los músculos: latísimo del dorso y redondo mayor. Por estos pliegues pasan las líneas

axilares anterior y posterior. La palpación de la axila se hace cuando el brazo está en abducción, ya que sólo entonces queda al descubierto esta zona corporal. Desde la axila desciende la línea axilar media, donde se pueden palpar nodos linfáticos hipertrofiados y la parte inferior de la cabeza del húmero.

En la región deltoidea se encuentra el tubérculo menor del húmero que se puede tocar cuando el brazo rota.

En el punto más lateral del hombro se halla el tubérculo mayor del húmero, que junto al músculo deltoídes, le da la redondez a esta zona. Entre los dos tubérculos está el surco intertubercular por donde pasa el tendón de la cabeza larga del músculo bíceps braquial.

El acromión se sitúa sobre el tubérculo mayor del húmero. Desde allí hasta el epicóndilo lateral del húmero se mide la longitud del brazo, en caso de fractura.

El triángulo deltopectoral es una depresión triangular formada por los bordes de los músculos deltoides y pectoral mayor.

La arteria axilar se extiende desde el punto medio de la clavícula al pliegue axilar posterior, donde se puede tomar sus pulsaciones.

El plexo braquial se extiende del punto medio de la clavícula al ápex del proceso coracoideo de la escápula, siguiendo el trayecto de la arteria axilar.

Además, por la región deltoidea, pasa el nervio axilar, cinco centímetros bajo el ápex del acromión, siendo usado como referencia para el abordaje lateral de la articulación humeral.

Brazo:

Se extiende desde los pliegues axilares hasta dos centímetros sobre el codo.

Anteriormente se aprecia la prominencia del músculo bíceps braquial. A ambos lados de éste se hallan los surcos bicipitales lateral y medial.

En la región posterior se localizan las tres cabezas del músculo tríceps braquial, cuando el brazo está aducido.

La arteria braquial sigue un trayecto casi rectilíneo a lo largo del brazo, por lo que sus pulsaciones pueden ser tomadas en su cara medial en casi toda su extensión.

La vena cefálica sube por el borde lateral del músculo bíceps braquial, dirigiéndose al triángulo deltopectoral.

El nervio mediano sigue el mismo trayecto que la arteria braquial, en cambio el nervio ulnar se desvía hacia la cara posterior del epicóndilo medial, a partir de la mitad del brazo. El nervio radial desciende verticalmente en el surco radial, ubicado en la cara posterior del húmero.

Codo:

En su cara anterior pasa la arteria braquial, cuyas pulsaciones se pueden tomar sobre el músculo braquial. Además allí se encuentran las venas superficiales que forman parte de la M venosa, donde se practica la venopunción.

Antebrazo:

Se extiende desde dos centímetros por debajo del codo hasta la cabeza de la ulna. Su cara anterior está

rodeada de músculos flexores. La mayor parte de ellos tienen su origen en la parte proximal de los huesos radio y ulna, para luego disminuir su calibre en la zona distal, donde terminan en tendones que sirven como importantes puntos de referencia. Por ejemplo entre los tendones de los músculos braquiorradial y flexor radial del carpo se ubica el canal del pulso.

En la región posterior del antebrazo se puede palpar en toda su extensión el borde posterior de la ulna. La cabeza de este hueso se aprecia durante la pronación, en cambio su proceso estilóideo lo hace en la supinación.

El proceso estilóideo del radio se aprecia al extender la mano y en la supinación. La línea biestiloídea, que va entre los procesos del mismo nombre, es una referencia esencial para el diagnóstico de una fractura distal de radio y ulna y luxación de la articulación radiocarpiana.

La arteria radial se extiende lateralmente como una línea convexa, desde el codo hasta el tubérculo del hueso escafoídeo y su palpación se realiza en el canal de pulso. Por el contrario, la arteria ulnar, sólo se palpa en su parte distal, lateralmente al músculo flexor ulnar del carpo.

La vena cefálica asciende medialmente. A su vez, la vena basilíca asciende lateral y posteriormente, haciéndose anterior a la altura del codo. Ambas venas se hacen más prominentes al dejar colgar el brazo o al aplicar un torniquete en el mismo.

El ramo superficial del nervio radial se puede bloquear unos ocho centímetros por sobre el proceso estilóideo del radio. El ramo profundo del nervio radial se extiende desde el epicóndilo lateral hasta el tubérculo posterior en la parte distal del radio. El nervio mediano se proyecta desde el codo al punto medio de la línea biestiloídea. El nervio ulnar se dirige del epicóndilo medial del húmero al borde lateral del hueso pisiforme. Éstos tres últimos nervios se bloquea a nivel del carpo.

Carpo:

Se extiende entre el límite inferior del antebrazo y plano horizontal que pasa bajo el hueso escafoídeo. Su región anterior tiene tres pliegues cutáneos transversales. El pliegue superior corresponde a la cabeza de la ulna, el pliegue medio a la interlínea radiocarpiana y el pliegue inferior por sobre el denominado talón de la mano formado por las partes superiores de los músculos tenar e hipotenar. En la base de este último, es decir, medialmente, se palpa el hueso pisiforme. A nivel del pliegue inferior está el tubérculo del escafoídeo y distal a él se ubica el hámulo del hamato. Estas cuatro referencias óseas representan los límites del retináculo flexor.

En la región posterior del carpo y lateralmente se encuentra depresión triangular llamada tabaquera anatómica, limitada por los tendones de los músculos: abductor largo y corto del pulgar, lateralmente y por el extensor largo del pulgar, medialmente. Allí se puede palpar las pulsaciones de la arteria radial. La arteria ulnar se palpa lateralmente al músculo flexor ulnar del carpo y medial a ella se localiza el nervio ulnar. El arco venoso dorsal asciende lateral y medialmente hacia las venas cefálica y basilíca.

El nervio mediano pasa por detrás de la parte media del retináculo flexor, donde puede ser bloqueado. El nervio radial se bloquea en el borde lateral del carpo.

Mano:

Va desde el carpo a la extremidad distal de los dedos. Consta de tres partes: palma, dorso y dedos.

La palma presenta una depresión denominada hueco de la mano, situada entre las prominencias de los músculos tenar e hipotenar. Presenta tres surcos palmares: superior medio e inferior.

La cara ventral de los cuatro dedos mediales posee tres surcos digitales, determinados por la flexión de las falanges.

Los surcos transversos y otros que se encuentran en la mano son la base de la práctica de la quiromancia. Los más importantes son los llamados dermatoglifos o imágenes dérmicas que aparecen a la duodécima semana de gestación y que se mantienen durante toda la vida.

En el dorso de la mano se palpan los cuerpos de los metacarpianos, cuyas cabezas forman los nudillos de los dedos.

La parte inferior del arco palmar superficial se proyecta en la zona central de la palma. La parte distal del arco palmar profundo queda aproximadamente a un centímetro y medio por encima de la del arco palmar superficial. En el dorso de la mano se ve la red venosa dorsal que se utiliza en la venoclisis.

El bloqueo de nervios digitales se practica a cada lado de la base del dedo alcanzando los nervios digitales palmar y dorsal.

Miembro inferior:

Presenta varias áreas que son: La región glútea, fémur, rodilla, pierna y pie.

Región glútea:

Es redondeada que varía según la musculatura y adiposidad de cada individuo. En su límite superior se aprecia la cresta ilíaca. El túber isquiático se palpa en la línea que desciende verticalmente de la espina ilíaca posterosuperior y se encuentra cubierto por el músculo glúteo máximo cuando el fémur está extendido, pero se hace aparente al sentarse. El trocánter mayor se aprecia en la parte inferolateral. El surco glúteo se ve en límite inferior y medial a éste se palpa el trocánter menor del fémur.

La región glútea se divide en cuatro cuadrantes, de los cuales el superolateral es el elegido para la práctica de las inyecciones intramusculares.

Su límite lateral corresponde al músculo tensor de la fascia lata que forma una prominencia. El músculo glúteo máximo es el que ocupa la mayor parte de la región glútea.

A través del músculo piriforme emergen las arterias glútea inferior y pudenda externa y por sobre este músculo la arteria y nervio glúteos superiores. El nervio isquiático emerge por debajo del músculo piriforme.

Fémur:

En su límite superior se reconocen la espina ilíaca anterosuperior y el tubérculo púbico, entre los cuales se extiende el ligamento inguinal. Dos centímetros y medio debajo de este ligamento se encuentra la cabeza del fémur.

Los músculos de la región femoral anterior forman relieves, como por ejemplo la parte redondeada de la zona lateral del fémur se debe a los músculos vasto lateral e intermedio y en la zona medial los aductores y vasto medial del músculo cuádriceps femoral.

La región femoral posterior es convexa y presenta relieves longitudinales que corresponde a los músculos semitendinoso, semimembranoso y bíceps femoral.

La arteria femoral se proyecta desde una línea extendida del punto medio inguinal y junto a ella cursa la vena

femoral. La arteria profunda del fémur nace cuatro centímetros bajo el ligamento inguinal. La vena safena magna se anastomosa con la vena femoral a la altura del trocánter menor del fémur.

El nervio femoral se bloquea inmediatamente bajo el ligamento inguinal, lateral a la arteria femoral cuyo pulso se palpa. El bloqueo del nervio obturador se realiza en el canal del obturador en cambio el del nervio cutáneo femoral lateral se practica perforando al músculo tensor de la fascia lata. El nervio isquiático se bloquea debajo del trocánter menor.

Rodilla:

Se extiende de dos centímetros sobre la patela hasta después de la tuberosidad de la tibia. Presenta las regiones geniculares posterior y anterior.

Desde el ápex de la patela se puede seguir el ligamento patelar que se inserta en la tuberosidad de la tibia. A ambos lados de éste se aprecia el cuerpo adiposo infrapatelar.

Durante la flexión, la región genicular posterior, presenta una depresión correspondiente a la fosa poplítea.

La arteria poplítea, que se acompaña medialmente por la vena del mismo nombre, es una línea trazada entre la parte medial del ápex de la fosa poplítea hasta una línea trazada entre los cóndilos tibiales. Allí se puede tomar sus pulsaciones. La vena safena parva perfora el centro de la fosa poplítea para desembocar en la vena poplítea.

El nervio tibial es lateral a los vasos poplíteos. El nervio safeno se bloquea bajo la articulación.

Pierna:

Se extiende desde la tuberosidad de la tibia hasta un centímetro bajo de los maléolos. La cara medial y el bordes anterior y medial del cuerpo de la tibia son palpados en toda su extensión.

A cada lado de la región talocrural se reconocen los maléolos, de los cuales el lateral es más saliente.

La región crural posterior presenta la prominencia de la sura o pantorrilla que se estrecha para terminar con el tendón calcáneo.

La arteria tibial anterior se palpa en el punto medio entre los dos maléolos. La vena safena magna asciende por delante del maléolo medial. La vena safena parva asciende detrás del maléolo lateral para luego alcanzar la zona poplítea.

El nervio fibular superficial se bloquea sobre la articulación crurotalar entre el borde anterior de la tibia y el maléolo lateral. El nervio fibular profundo se bloquea en el tobillo. El nervio tibial se bloquea a la altura de la parte superior del maléolo medial entre el tendón calcáneo y la arteria tibial posterior, en cambio, el nervio sural se bloquea entre el tendón calcáneo y el maléolo lateral. El bloqueo del nervio safeno se hace junto a la vena safena magna por encima del maléolo medial.

Pie:

Es el segmento terminal del miembro inferior y se extiende desde el límite inferior de la región crurotalar hasta la extremidad de los dedos. Se divide en región calcánea, dorso y planta del pie, separado por los huesos y sus articulaciones y dedos.

En el borde medial del pie, se palpa el hueso talo, que se encuentra a un centímetro por debajo del ápex del

maléolo medial. En el borde lateral del pie se identifica la tuberosidad del quinto metatarsiano. La planta representa una media bóveda arqueada longitudinal y dorsalmente.

La arteria dorsal del pie corresponde a una línea trazada desde el punto medio de la línea intermaleolar a la extremidad posterior del primer espacio interóseo. La red venosa dorsal del pie puede verse por detrás de los dedos y drena lateralmente hacia la vena safena parva y medialmente a la vena safena magna.