

doctormanos00@gmail.com

RECORDANDO A RENÈ LERICHE (a propósito de un caso) 10-ene-2008

Aparecen de vez en cuando artículos que hacen crítica muy ácida de algunos procedimientos médicos, “no contrastados”. Sucede también con la Terapia Neural.

No me refiero a aquellos que han hecho de la medicina basada en la evidencia su credo a pesar de que la realidad es que ésta solo puede relacionarse con un porcentaje muy bajo de los actos médicos actuales.

El “grueso” de la medicina, hoy por hoy, sigue apoyada en el concepto de medicina basada en la experiencia. Quizás en un futuro, evolucionen tanto la estadística como la medicina y se logre un consenso global que sirva para todos y cada uno de los actos médicos, pero se me antoja aún lejano.

Cierto es que no hay nada más peligroso que un médico entusiasta de una técnica, pero ello sirve para todos los tipos de puntos de vista y consideraciones. También es cierto que si a un tonto le dan un martillo, al final todo acaban siendo clavos. Por último y para no redundar más en este aspecto, nada más obvio que discutir empecinadamente los procedimientos en busca de motivos en contra y/o a favor de éstos, para encontrar los argumentos que justifiquen su aceptación y/o rechazo; en este caso la actitud tomada dependerá más bien de la moda o de la razón intuida como “científicamente” aceptable.

Ni una ni otra actitud parece adecuada en medicina manual. Las innumerables variantes en las que se ve inmersa su práctica (sistema termodinámico abierto), hacen difícil conjugar adecuadamente ambas maneras de pensar. Los procedimientos basados en una lógica estructural y de pensamiento que parece son “evidentes” en cuanto a los resultados clínicos, no deberían ser despreciados per se. Aunque tampoco es correcta la premisa de “a mi me funciona y el paciente se alivia” para defender ciertas actitudes.

Sucede que quienes defienden actualmente la terapia neural, han encontrado una serie de explicaciones en el terreno de la biofísica y la energía cósmica que rige nuestro entorno y simplifican el proceso y el aprendizaje. Es admisible que el maestro “simplifique” en aras a la comprensión, pero el alumno puede “interpretar” algo muy distinto a lo que se esta diciendo. Ello lleva a importantes errores de comunicación, y se acaba tachando la materia o disciplina de esotérica. Es lo que hacen aquellos que desconocen el tema y se atreven a pontificar sobre él.

Los terapeutas neurales que se apoyan en la creencia de que cada ser es distinto y reaccionará de manera distinta y ello convierte en inútil la búsqueda de un patrón de comportamiento, provocan sin proponérselo este tipo de reacciones.

La práctica, la experiencia y la observación, nos hacen intuir, que existen unos patrones (posiblemente sean mínimos) que han de poder ser estudiados, constatados y protocolizados; aunque en la actualidad no dispongamos de las herramientas más adecuadas para evidenciarlos.

Ocurre, ha ocurrido, y ocurrirá, que la idea, la hipótesis, o el procedimiento inicial va degenerando generación tras generación. El masaje profundo transversal de Cyriax, por poner un ejemplo, la mayoría de las veces en que lo vemos practicar no se parece en nada al que Cyriax proponía; no es de extrañar pues que algunos terapeutas digan que “no sirve para nada”. Sin ellos saberlo, están haciendo cualquier cosa menos “un Cyriax”.

La máxima en acupuntura: “si tu paciente no mejora a la 3ª o 4ª sesión; o tu no médico; o tu no acupuntura (o no has hallado el diagnóstico, o no practicas bien la técnica)”, es aplicable en la mayoría de los campos en los que se mueve la medicina manual como disciplina.

Con René Leriche sucede algo parecido, muchos son los que hablan de su propuesta en el tratamiento de las cicatrices, y muy pocos han leído con atención su obra. Especialmente en lo que respecta a tres elementos importantes de sus investigaciones: Una cicatriz es un traumatismo vasomotor del vegetativo, una cicatriz tiene “vida propia”, una cicatriz puede existir sin cicatriz (traumatismo sin solución de continuidad). Ya él observó que algunas zonas del cuerpo eran más propensas a crear cicatrices que la neuralterapia bautizaría como campos de interferencia, y describió el “síndrome de la piel demasiado corta”. Su propuesta terapéutica fue abandonada lentamente, seguramente mal comprendida y por ello mal utilizada e ineficaz; y quedó difuminada en el territorio de los anestesiólogos o centros del dolor que practicaban o practican exclusivamente los bloqueos de ganglios simpáticos (cuando ello solo es un aspecto de lo que Leriche proponía).

La moda del interés por la llamadas terapias alternativas y toda la cohorte acompañante de información que arriba de oriente, hacen que despierte de nuevo el interés de algunos, pero con una mezcla de conceptos muy dispares. Este es otro de los puntos que desdibuja el camino a seguir para profundizar en el estudio de los fenómenos que se observan con este tipo de técnicas.

En la práctica, haciendo una proyección de las premisas de Leriche, pensamos en utilizar su protocolo como guía para intentar el tratamiento de algunas patologías traumáticas concretas con tórpida evolución, en las que con alto grado de probabilidad está implicado el “vegetativo”.

Disponemos de un número limitado de casos, con lo que se hace imposible diseñar un estudio ad hoc. Por el momento debemos conformarnos con el simple relato de las experiencias clínicas, sin obtener conclusiones específicas o detalladas. Las impresiones personales de la bondad del procedimiento, la relativa inocuidad de éste, y el hecho de que no siempre se obtenga el resultado apetecido no permiten generalizar su recomendación. Pero ello no es óbice para establecer un protocolo empírico que pueda ser usado en circunstancias similares. El volumen de casos coleccionados con el tiempo, quizás ayudarán a establecer conclusiones científicas válidas.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Paciente, varón de 20 años de edad, que un año antes sufre accidente de tráfico (moto), con lesión en el pie derecho: fractura abierta de 2º-3º y 4º metatarsianos.



Atendido en centro hospitalario, dadas las características de las fracturas, se procede a estabilización de éstas con osteosíntesis a mínimos (fractura abierta tórpida), consiguiéndose una buena alineación.



A las tres semanas, la evolución tórpida por proceso infeccioso obliga a la retirada del material de osteosíntesis y a la escisión de tejidos blandos y piel necróticos.

Tras un mes de terapia antibiótica, se procede a ingreso hospitalario y reintervención, para limpieza y colocación de un sistema de irrigación continua local con antibioticoterapia específica por persistir la infección.

A las dos semanas es dado de alta con pauta de rehabilitación en espera de un tiempo prudencial para solución definitiva.

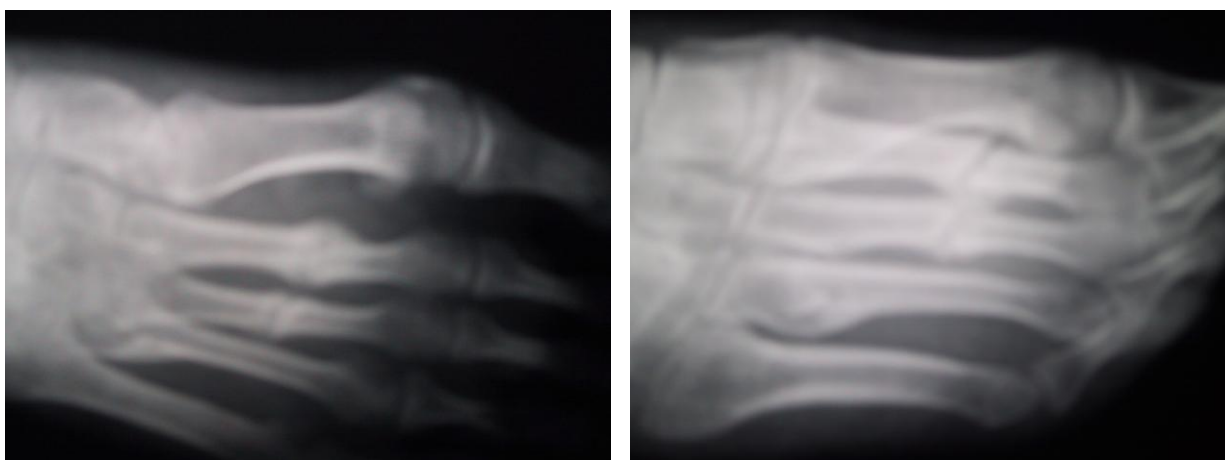


Clínicamente el pie desarrolla un Sudeck que hace muy penosa la pauta de rehabilitación y no permite replantear la actitud quirúrgica.

El paciente acude a nuestra consulta al año y medio de la lesión, recomendado por un conocido suyo, para “ver si se podía hacer algo más”, dado que a pesar de los tratamientos efectuados hasta el momento, persistía el dolor, la impotencia funcional, los cambios distróficos de la piel del pie y las cicatrices, y la imposibilidad al apoyo de este pie en el suelo, obligando a la marcha con bastones de codo con el miembro inferior derecho sin carga.

A la exploración el pie presenta un claro aspecto clínico con todas las características de distrofia simpático refleja evolucionada (Sudeck) en piel y tejidos blandos; alcanzando hasta 2 cm por encima de los maleolos. Las cicatrices de la lesión inicial y las quirúrgicas con queloides “vivos”.

Rigidez de todas las estructuras articulares del pie, extremadamente doloroso al intento de movilización.



La radiología mostraba imagen de pseudoartrosis de las diáfisis del 2º y 3º metatarsianos con características de Sudeck global atenuadas.

Atendiendo al razonamiento empírico en lógica propuesto por Leriche, se le ofrece al paciente intentar un tratamiento loco-regional de terapia neural (simpático). Se le explica que la falta de experiencia en el tratamiento por este método en lesiones como la suya no invalida un tratamiento que sí ha funcionado en otras situaciones asimilables, de las que algunas han respondido favorablemente.

Tras recabar su “consentimiento informado”, se aplica en una primera sesión un “collar” de habones intradérmicos de procaína clorhidrato al 1%, 4cm por encima de los maleolos (ocho en total), rodeando toda la pierna derecha.

- Un habón en el centro de la piel del hueco poplíteo derecho.
- Un habón a cuatro-cinco dedos de la ingle en la cara interna del muslo derecho en la zona del paso de la arteria femoral y el nervio crural.
- Un habón en la piel del “hoyuelo” de la sacroilíaca derecha.
- Un habón en la piel sobre la articulación lumbosacra derecha.
- Un habón en la piel sobre la espinosa de L5.
- Un habón en la piel sobre la articulación derecha de L4-L5.

Al evidenciar en la exploración de la CV dolor en las charnelas mediodorsal-funcional, dorsolumbar y lumbosacra, se procede a la manipulación de las tres en esta misma secuencia según técnicas y protocolos establecidos por R. Maigne y se cita al paciente a consulta en el plazo de una semana para valorar evolución.

A la semana, sorprendentemente, el paciente acude apoyando el pie en el suelo durante la marcha y cargando parcialmente el peso del cuerpo en este pie. Relata que a partir del tercer día tras el tratamiento casi no tiene dolor, y que puede mover bastante bien el pie. La piel presenta un aspecto espectacularmente distinto que permite en segunda sesión infiltrar intradérmicamente todas las cicatrices con procaína clorhidrato al 1%.

Se repite exactamente el protocolo loco-regional salvo el “collar” de habones en la pierna que por el estado de la piel puede situarse justo por encima de los maleolos.

La flexoextensión del pie y la movilidad global de las articulaciones es muy aceptable, poco dolorosa, aunque sí molesta, con mayor empastamiento en las articulaciones de Lisfranch y Chopart.

Se manipula el astrágalo para desimpactación según protocolo GBMOIM. Se movilizan todas las articulaciones del pie con técnicas osteopáticas consiguiendo una aceptable “plasticidad”. Todo ello con escaso dolor, incluso en las zonas de las pseudoartrosis y por último, hallando DDIM en la zona dorsal y lumbosacra, también se manipulan según protocolo.

Se cita al paciente en una semana, recomendándole que “fuerce” la actividad de este pie hasta donde le permita el dolor. Como test, se le indica andar sin bastones en la arena mojada de la playa inicialmente, para posteriormente andar en la arena seca durante el tiempo que lo tolere, estimulando el movimiento de todas las estructuras del pie.

A la tercera semana, el paciente acude con calzado habitual (hasta entonces debía utilizar calzado deportivo sin abrochar) sin usar bastones de codo, con marcha prácticamente normal. Refiere no sufrir de dolor incluso

habiendo empezado a correr al trote en la arena seca de la playa. Solicita poder acelerar los autoejercicios para empezar a reanudar sus hábitos deportivos.

Se le explica que su único límite es el dolor, que por lo que respecta a las pseudoartrosis, si no se solucionan espontáneamente, se podrá plantear la cirugía de éstas a medio plazo.

Ante la mejora clínica en esta tercera sesión solo se infiltran las cicatrices que presentan un aspecto muy distinto al inicial, pero que aún son dolorosas a su exploración y se procede a manipular la charnela lumbosacra que aún es sensible DDIM L4-L5 derecho y se cita en tres semanas con Rx para valorar evolución de estructuras óseas.

A la consulta de revisión de Rx (2 meses post tratamiento), acude el paciente refiriendo ausencia de todo dolor y manifestando que ha empezado a jugar a fútbol sin molestias a la carrera o al chut.

La exploración del pie es normal, con aspecto de la piel y de las cicatrices absolutamente normalizado. Cicatrices no presentan aspecto queloide, siendo indoloras y desplazables (no adheridas a planos profundos).

Dada la evolución, se le recomienda que siga haciendo todo aquello que no le cause molestias o dolor y que acuda a la consulta si aparecen complicaciones.

Se solicita una Rx de control a los seis meses del inicio del tratamiento para alta definitiva del proceso.



A los seis meses post tratamiento el aspecto clínico y radiológico es inmejorable, incluso presentando una perfecta retunelización de las diáfisis fracturadas por eliminación de los opérculos y con los ejes perfectamente conservados.

Ante la desaparición total de las molestias objetivas, se le permite la reincorporación sin reservas a la práctica deportiva (fútbol sala) de competición.

A los dos años del episodio, acude a consulta por lesión deportiva en rodilla izquierda sugestiva de patología meniscal. Aprovecha para ofrecermela las Rx iniciales del proceso del pie, lo que me permite poner imágenes a este artículo.