

Caso clínico: R.P.G. y Hernia discal

DR. AITOR LOROÑO

Paciente de 33 años, de profesión administrativa. Practica varios deportes.

Motivo de consulta:

Acude el 14.4.99 con un dolor agudo en la zona lumbo-sacra que irradia a glúteo dcho y pierna, es un dolor quemante como un cable que tira.

Una semana antes acudió a Urgencias por el dolor agudo que fue tratado con Voltaren y Nolotil.

Antecedentes:

En agosto 97, al salir del coche sufre una ciática izda., con irradiación a pierna y tarda un año en aliviarlo tratándose con reposo y medicamentos (Voltaren, Zantac, Adolanta, Nerbovión).

En Febrero 99, se levanta de la cama con dolor lumbar y cinco días después sufre una caída en la oficina sobre el sacro que le produce un gran dolor lumbar y parestesia en la pierna izda. Unos días después sufre del lado derecho.

Antecedentes personales:

Asma, alergia al gato, estreñimiento, su madre ha sido operada de hernia discal.

Exploración:

Presenta dolor agudo en posición de pie, a la extensión lumbar, a la flexión anterior y en decúbito supino. Muestra una escoliosis antálgica, con rectificación lumbar y flexión de rodilla. Lassegue positivo. Tiene alterada la marcha.

Pauta de tratamiento:

En la primera visita 14.4.99 se realiza la postura de rana en el suelo, que no puede acabarse por el dolor agudo que tiene.

Se le receta un tratamiento homeopático complementario (Arnica 9CH, Traumeel y pomada de Arnica).

Durante las 5 semanas siguientes se realizan dos medias sesiones por semana, ya que no es posible que aguante una sesión. Se trabaja fundamentalmente la rana en el suelo y por último la postura de pie contra la pared.

Síntomas que mejoran: Disminuye el dolor en la cama, duerme mejor, disminuye la parestesia del glúteo.

Síntomas que empeoran: El dolor del gemelo y pequeña recaída al día siguiente de realizar la resonancia magnética (22.5.99).

En las ocho semanas siguientes se realiza una sesión semanal. Las posturas más trabajadas son: Rana en el suelo 5 veces, postura sentada 1 vez, postura de bailarina 7 veces, terminando siempre con la postura de pie de integración estático-dinámica.

Mejoran todos los síntomas del dolor en este periodo.

Se paraliza el tratamiento por periodo de vacaciones.

La paciente confiesa a su vuelta que había estado haciendo buceo submarino. Después de este periodo vacacional se realizan 4 sesiones más y se repite la Resonancia Magnética. Había empezado a trabajar hace más de un mes ya que los síntomas dolorosos habían desaparecido todos. Durante los siguientes tres meses se realiza una sesión mensual de revisión y se da de alta a la paciente, que se va a esquiar en navidades.

Conclusiones:

Como hemos podido comprobar en este caso, una hernia se gesta en la mayoría de los casos por un fracaso en los tratamientos anteriores. La medicación alopática y el tiempo no solo consiguen retrasar la curación sino que además agravan el cuadro, en cada recidiva que sufre el paciente.

Un tratamiento causal y global requiere seguir una pauta de tratamiento que resumo en el siguiente esquema.

- Casos en período agudo: requiere 2-3 medias-sesiones a la semana.

- Casos sub-agudos: 1 sesión semanal.

- En periodo asintomático: 1 sesión cada 15 días.

El promedio medio de tratamiento de un paciente con hernia discal es de 3 meses para los periodos agudo y sub-agudo seguido de otro periodo de mantenimiento de 2-3 meses.

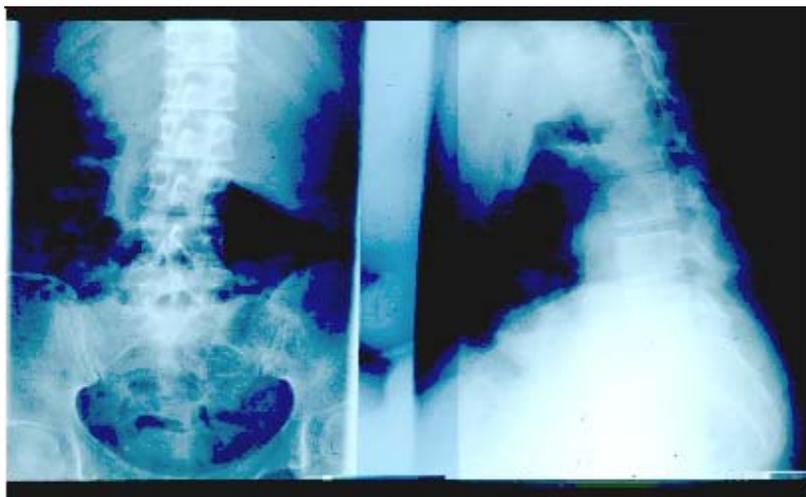
Tratamientos complementarios:

También se han mostrado eficaces algunos tratamientos complementarios como la hipertermia, el TOG (tratamiento osteopático general), y la graviterapia. Sobre este último la experiencia nos demuestra que ayuda a la descompresión durante los periodos sub-agudo y en casos crónicos pero agrava los síntomas en los agudos.

Otra de las herramientas eficaces para un tratamiento global son los remedios homeopáticos y la fitoterapia, que vienen a sustituir a la medicación alopática.

Finalmente es imprescindible educar al paciente a partir del periodo asintomático a que realice de forma cotidiana las autoposturas de la RPG y Stretching Global Activo, algunos ejercicios de flexibilización, reeducar su marcha y sus posturas cotidianas, indicando sin debe cambiar su ergonomía postural en su lugar de trabajo o actividad que realice.

Con este caso demostramos una vez más que la RPG no solo mejora los síntomas, o mejora la morfología, sino que hay un cambio en la estructura al reducir la protusión y compresión discal como lo aprecian las dos Resonancias Magnéticas, en un plazo inferior a los seis meses de tratamiento.





* * * * *

Barrio Labeaga, s/n
48960 GALDAKAO (Bizkaia)
Tels.: (94) 457 13 99 - 457 13 64
Fax: (94) 457 14 42

1º Apellido: G.
2º Apellido: D. C.
Nombre: M. V.
Expediente nº:
Dr/a.: CRUCHAGA

ESTUDIO RM: COLUMNA LUMBO SACRA

MOTIVO DE EXPLORACIÓN: *Lumbociatalgia derecha.*

TÉCNICA: TSE (T1 y T2) sagital y axial de L4 a S1. Coronal TSE (T1).

COMENTARIO: Alteración en la estática de la columna lumbar, con pérdida de la lordosis fisiológica y marcada rectificación.

Perdida de la intensidad de señal, en secuencia T2, del disco L4-L5 en relación con fenómenos degenerativos de desecación. De forma asociada este disco presenta moderada pérdida de altura y una gran hernia dorsocentral, que ocupa en gran medida el canal raquídeo, obliterando al saco tecal.

El resto de discos intervertebrales y cuerpos vertebrales no presentan alteraciones en cuanto a morfología o intensidad de señal.

Articulaciones interapofisarias sin hallazgos significativos para la edad de la paciente.

Cono medular normal.

CONCLUSIÓN: Discopatía degenerativa L4-L5 con desecación, pinzamiento y una gran hernia dorsocentral que oblitera en gran medida al saco tecal.

Marcada rectificación de la columna lumbar.

Galdakao, 22 de Mayo de 1.999

Fdo.: Dr. Ojeda





1º APELLIDO G.
2º APELLIDO D. C.
NOMBRE V.
EXPEDIENTE
SOLICITA Dr. LOYOLA
REF. NP

ESTUDIO: COLUMNA LUMBAR

TECNICA: Cortes sagitales en T1 y turbo T2.
Cortes axiales en T1.

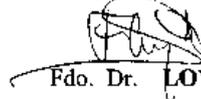
HALLAZGOS: Espacio L3-L4 y L5-S1 sin alteraciones.

En espacio L4-L5 se aprecian signos de discopatía crónica con deshidratación y pinzamiento discal, leve irregularidad en platillos vertebrales adyacentes y presencia de hernia discal posterolateral izquierda que comprime saco dural pudiendo estar afectada la emergencia de raíz L5 izquierda, que afectar al agujero de conjunción.

CONCLUSION: Discopatía crónica L4-L5 con hernia discal posterolateral izquierda que comprime saco dural y probablemente a la emergencia de raíz L5 izquierda.

En estudio comparativo con R.M. previa de Mayo del 99, la hernia discal se ha reducido ligeramente, siendo menor la compresión sobre el saco dural.

DONOSTIA-SAN SEBASTIAN 9 de Noviembre de 1999


Fdo. Dr. **LOYOLA**



