

Las Epicondilitis

BERNARD MICHEL

La mayoría de los que practican R.P.G.[®] están íntimamente convencidos de su gran eficacia. Una manera de entre otras para probarla, es poner nuestros resultados a la prueba de las cifras: las estadísticas. No tendríamos, a los ojos de algunos, ningún reconocimiento sin esta etapa a la que las demás disciplinas médicas se someten. Por otro lado, por qué perder el tiempo para tratar a una sola persona a la vez, durante 45 o 60 minutos, si no es por tener resultados más rápidos y más sólidos. A los que este razonamiento no podrá convencer serán sometidos a la solidez de este método por las cifras.

En el caso presente, somos capaces de tratar epicondilitis, y en caso afirmativo ¿mejor y más rápido de los otros?

A la primera parte de la pregunta, la respuesta es no. No, no tratamos las epicondilitis. ¡Este estudio está sin objeto! La globalidad que gobierna nuestros principios de trabajo nos lleva a no considerar el síntoma estrictamente, sino tener en cuenta la mecánica del paciente en un marco más amplio, la globalidad.

Me he situado en el juego de las etiquetas y de las estadísticas para hablar la lengua común de las otras corporaciones médicas, con el fin de reforzar aun más nuestra identidad particular de reeducadores.

INTRODUCCION

Nos encontramos en presencia de un problema esencialmente funcional, y los signos estructurales locales son muy raros. Hemos tenido numerosos ejemplos durante los cursos de R.P.G.[®] de Philippe y de su equipo, y en nuestro gabinete, que nos demuestra la eficacia del método sobre este tipo de patología. No queda más que efectuar el recuento:

- ¿Nuestra intuición será traicionada o confortada por las cifras?
- ¿La R.P.G.[®] es eficaz sobre las epicondilitis y de qué forma?
- ¿Esta patología debe ser abordada con el mismo espíritu de

globalidad que las demás patologías?

- ¿Habrá un componente ergonómico específico en las epicondilitis que podríamos examinar con la R.P.G.®?

MATERIAL Y METODO

El marco de este estudio es un gabinete de fisioterapia de la periferia de Lieja en Bélgica. El origen de los pacientes es diverso y totalmente aleatorio. Los grupos control han sido elegidos fuera de nuestro gabinete: en hospital, en otros gabinetes privados de la región y en la literatura. La duración del estudio es de 42 meses.

A. Población, la muestra está compuesta de:

- 28 pacientes, con 11 mujeres y 17 hombres: 40% de mujeres y 60% de hombres.

- La edad media es de 40 años y 6 meses.

- 25/28 (89%) son diestros, 3 zurdos.

- 23/28 (82%) presentan la patología del lado de lateralidad dominante.

Profesiones:

- 7 son trabajadores manuales de los que 2 son mecánicos,

- 2 realizan trabajos de oficina, escritura o diseño,

- 2 son estudiantes,

- 17 (60%) tienen una actividad profesional que los pone de manera relativamente intensa frente a un ordenador.

Deportes practicados:

- 10 son adeptos de deportes de raqueta: tenis, scuach, badminton, ping-pong,

- 3 juegan al voley-ball,

- 2 hacen gimnasia de mantenimiento,

- 13 son no deportistas.

B. Naturaleza de la afección:

- 100% tendinitis de inserción del segundo radial.

- 3/28 (11%) son recientes, de origen traumático o de aparición

de menos de 2 semanas.

- 25/28 (89%) entran en la categoría de tendinitis crónicas, con un mínimo de 3 meses hasta más de un año.

- 5/28 (18%) están en fase aguda hiperálgica, con dolores nocturnos impidiendo el sueño,

- 5/28 han tenido que suspender momentáneamente su práctica deportiva,

- 18/28 (64%) están en fase crónica más o menos invalidante en los gestos de la vida diaria: elevar una carpeta ancha, cerrar la mano, torcer un paño, coger una taza de café.

C. Contexto

- No hay ninguna otra queja descrita en el momento de la anamnesis.

- Los pacientes son tratados sólo mediante R.P.G.[®], a exclusión de los otros tratamientos durante el estudio.

- Por otro lado, hemos tratado otros 3 pacientes, pero los hemos tenido que excluir de las estadísticas porque habían sido operados, a pesar de un éxito de 3/3 (100%) pero con un número de sesiones netamente más consecuente que la media descrita en el párrafo resultados.

- 20/28 se han beneficiado de un tratamiento anterior, AINS, inmovilización, infiltración, mesoterapia, combinadas o únicas, sin ningún éxito, y esto después de más de 6 semanas antes del comienzo del tratamiento en R.P.G.[®]

D. El examen de R.P.G.[®]

Es importante señalar por de pronto que el examen ocupa un momento importante en duración durante la primera sesión, por lo que, en el marco de este estudio, el tiempo de cuidado durante la primera sesión es menor.

La evaluación del caso: anamnesis, lectura de exámenes realizados y examen R.P.G.[®], se hacen exactamente como para las otras patologías que tratamos. La realización del cuadro de R.P.G.[®] permite orientar la actitud terapéutica sobre la elección de una o varias posturas.

Las preguntas que se extraen de esta experiencia me han llevado a emitir una hipótesis: ¿No será que la situación biomecánica de las epicondilitis es singular?

Hemos aprendido durante los cursos de Philippe que las epicondilitis tomar parte de la cadena antero-interna del miembro superior y deber ser tratadas como tales.

La apertura del brazo es la posición incuestionable.

La pregunta es la siguiente: aunque la experiencia no nos hace dudar de los principios fundamentales que Philippe nos enseña, la cadena de los epicondíleos, ¿no es una cadena híbrida? En efecto, la utilización intensiva que hacen los pacientes en su vida laboral o en el deporte no entra dentro de la fisiología «natural» de este grupo muscular; de ahí puede ser que nazcan una parte de los problemas.

E. Biomecánica

Las situaciones relativamente poco naturales e intensivamente mantenidas de forma anormal originan inconvenientes mecánicos que pueden guiar nuestra actitud terapéutica:

- En la posición de sedestación prolongada, la puesta en cifosis «total» de la columna enrolla el hombro hacia delante y pone el conjunto del miembro superior en rotación interna. Esta posición entraña un agotamiento de los epicondíleos (segundo radial y extensor común de los dedos, primer radial y cubital posterior) en supinación.

- Un aumento importante de la «falsa-puerta» del miembro superior entero, que «obliga» a los epicondíleos a efectuar una parte del trabajo de flexión del codo, la supinación y extensión del pulgar de forma excesivamente prolongada o intensiva, en una situación de trabajo concéntrico en posición corta. Sin ir más lejos, pensemos ya en todas las correlaciones posibles con las otras cadenas rotatorias internas eventualmente causantes en una concepción global del sistema... Este «agotamiento» es probablemente en parte responsable de la focalización de las tensiones a nivel de codo y de los problemas que de él resultan.

Por otra parte, indirectamente, ciertas actividades que ponen en tensión los epitrocleares (pronador redondo, palmar mayor y menor, flexor común superficial y cubital anterior) son también causa de

problemas centrados en el epicóndilo:

- En los movimientos de fuerza, con grandes palancas (claves en mecánica) o en la práctica de deportes de raqueta o el mantenimiento rígido del pulgar sinérgico, sin reposo de los epicóndilos, presenta una situación de fatiga patógena intensa.

Estos ejemplos no representan todos los casos de las figuras, pero ilustran la necesidad incuestionable de considerar la patología en la globalidad y no en un cuadro dado. Se puede comprender que la causa, si vuelve a aparecer puede situarse localmente allá donde se describe la queja o incluso relativamente distante: únicamente el test puede revelarlo, o también en la postura por la puesta en tensión global. Esto debe influir en la elección de la postura.

F. Elección de la postura

Depende antes que nada del cuadro. Por mi estudio, una mayoría importante de los tests han demostrado una correlación entre la queja y la cadena superior del hombro y un cierre coxofemoral en lo que concierne a la columna «examen de las retracciones». En lo concerniente a la columna «interrogatorio», la frecuencia más elevada era la apertura de brazos y cierre o apertura coxofemoral sin preferencia cifrada.



Foto 1

Hay cuatro variaciones a los principios clásicos en R.P.G.[®]:

- Aceptar ser globalizador a falta de ser global al principio del tratamiento cuando el dolor es demasiado agudo, en los casos hiperálgicos donde el umbral de tensión está en el límite (foto 1)

- Hacer trampas, poniendo, como en los tratamientos deportivos, un máximo de tensión focalizada sobre la zona apuntada por el cierre de la cadena

como en el caso del campo cerrado en apertura «hiper corregida» en rana abierta (foto 2).

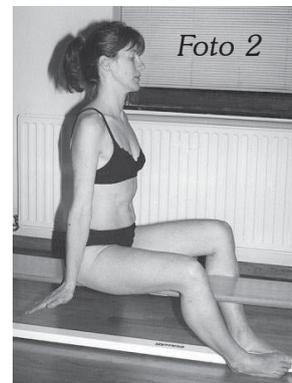


Foto 2



Foto 3

- Tomad la libertad de asociar un cierre del brazo con una porción distal del miembro en posición «híbrida», cerrando la mano en pronación para objetivar los epicondíleos. (fotos 3, 4).

- Elegir arbitrariamente el cambio de la secuencia de posturas, pasando, más frecuentemente de lo dictado en el cuadro, por un cierre de brazos después de una apertura.

Ignoro porqué, pero la cadena superior aparece con frecuencia como un obstáculo insuperable en la postura de apertura: estirar los superiores de los hombros me ha permitido ganar tiempo posteriormente.

Observaciones: no se trata de querer revolucionar el sistema, y puede ser que por falta de globalidad esta opción me ha parecido interesante: es sencillamente un error metodológico debido a una insuficiencia del terapeuta.

Se han practicado durante las posturas ajustes biomecánicos de lesiones articulares en un 70% de los casos, sobre las cabezas radiales en lesión articular. En otros, sobre las cervicales, las clavículas, el carpo se han hecho sin que pueda ser retirada de registro sistemático (fotos 5 y 6).



Foto 4



Foto 5



Foto 6

RESULTADOS

Nuestras cifras

- Exitos totales, con reanudación del trabajo y del deporte sin ninguna restricción, sin ningún dolor de tipo crónico u otro : 20/28 pacientes (71%).

- Exitos razonables, con restricciones en las actividades de trabajo y de deporte, pero con algunos dolores esporádicos soportables que

no impiden el correcto desarrollo funcional: 2/28 (7%).

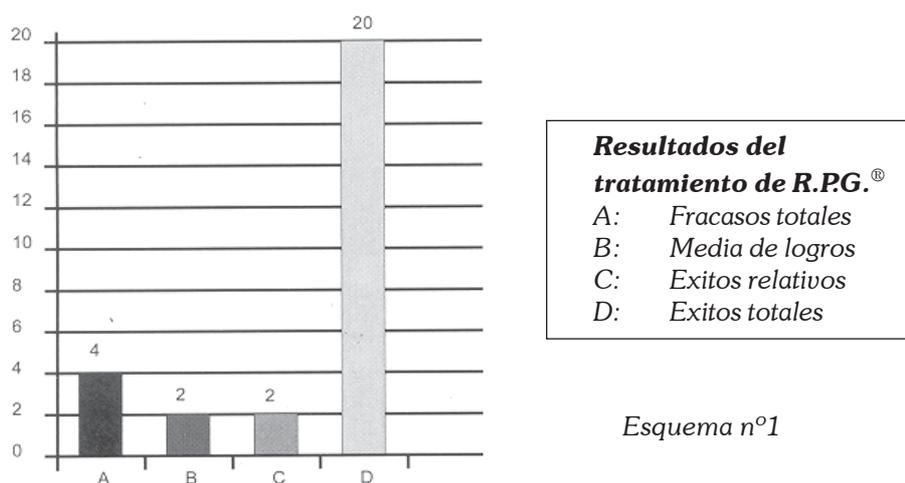
- Éxitos relativos, con presencia más o menos frecuente de dolores crónicos que pueden perjudicar la actividad sin forzar la parada o el abandono: 2/28 (7%).

Total de éxitos: 85% (esquema 1)

- Fracasos totales, sin ningún resultado probado, sin que aparezca una razón evidente : 2/28 (7%).

- Fracasos totales, con explicación : el tratamiento fue interrumpido por razones ajenas al método : 2/28 (7%),

Total de fracasos: entorno al 14-15%



- El promedio de sesiones es de 7,6 sesiones por paciente (2-19),
- La frecuencia es semanal o cada dos semanas,
- La primera sesión está dedicada en gran parte a la valoración, cuya influencia lo calcula,

- La duración media de la sesión es de 45 minutos,
- No ha habido ninguna interrupción de trabajo,
- La duración máxima de la interrupción de la práctica deportiva (5/28) a sido de 3 semanas,

- Se han dado consejos ergonómicos durante todos los tratamientos,

- El retroceso sobre estos resultados es de 12 meses,

- Tres pacientes han sufrido una recidiva del mismo problema en el intervalo de 12 a 17 meses y han visto los resultados confirmados en un intervalo de tiempo inferior en primer tratamiento, es decir 7,6 sesiones.

- El coste medio del tratamiento es de 20 Euros; 7,6 sesiones = 150 Euros.

Grupos testigo, resultados de tratamientos convencionales:

En Hospitales, en el seno de servicios de fisioterapia (ambulatoria): n = 50

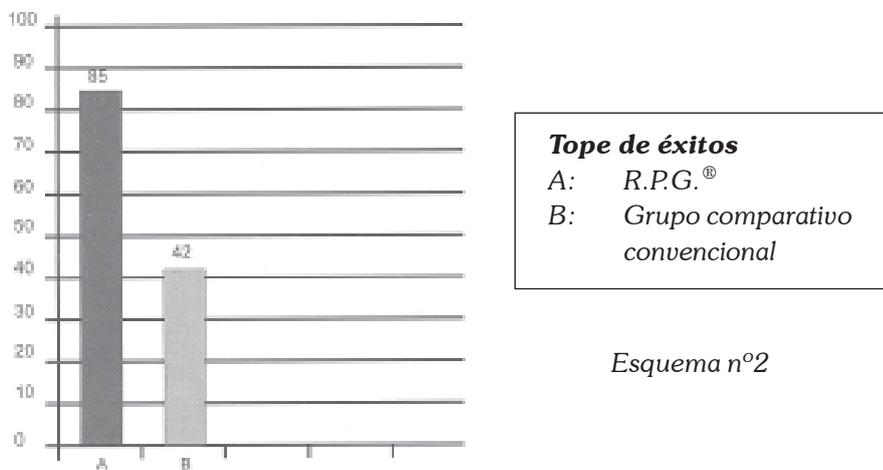
- 28 % de éxitos totales,

- 14 % de éxitos razonables y relativos,

Total de éxitos: 42 % (esquema comparativo nº 2)

- 58 % de fracasos acumulados,

Total de fracasos: 58 %



En otro:

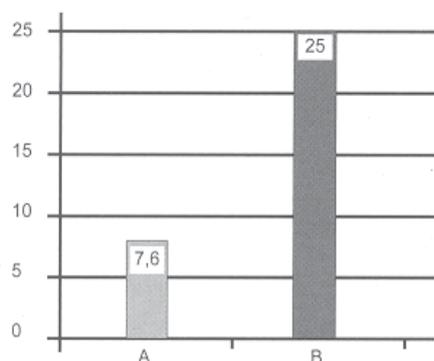
- El número medio de sesiones es de 25 (esquema nº 3)

- La sesión es diaria,

- La duración media de la sesión es de 30 minutos,

- La duración media del tratamiento es de 5 semanas,

- 40% de los pacientes abandonan temporalmente o definitivamente la práctica de su deporte.
- 26 % de los enfermos se orientan hacia otra terapia,
- La duración media de la interrupción de trabajo (seguridad social y aseguradoras) es de 14 días,
- El precio medio del tratamiento (a excepción del seguimiento eventual de otra forma de tratamiento): 14 Euros , 25 sesiones = 350 Euros.



Número de sesiones

A: R.P.G.[®]
 B: Grupo comparativo convencional

Esquema nº3

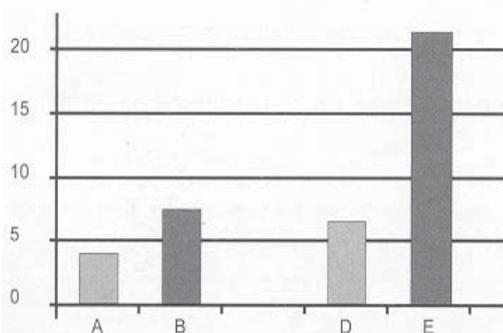
En Gabinete Privado convencional:

Las cifras no son significativamente diferentes que en el hospital, excepto que el número medio de sesiones varía entre 18 y 22 sesiones. Para el resto, no se observa ninguna diferencia significativa.

El método Cyriax (literatura):

las cifras aportadas son de :

- 6 a 8 sesiones en los casos más «recientes o agudos»,
 - 20 y más en las patologías crónicas
- (Ver esquema nº 4)



**Resultados comparados
 R.P.G. / Cyriax (MTP)**

A y D: R.P.G.[®]
 B y E: Grupo comparativo Cyriax (MTP)

Esquema nº4

DISCUSION

A la luz de las cifras, y aunque no se trate más que de un número poco elevado de pacientes, no hay ninguna duda de que nuestro método es eficaz en esta patología. En efecto, el estudio estadístico en medicina permite sacar conclusiones, en este género de condiciones, con la ley de pequeños números.

Habría que ampliar este estudio a un número más grande de casos, pero sobretodo aplicar a poblaciones más objetivables y más homogéneas. Los medios a nuestra disposición son bastante reducidos, teniendo cuenta el contexto.

Igualmente, es una lástima que este estudio no sea realizado más que por un solo terapeuta, pero por lo demás, he intentado limitar al máximo las diferentes variables.

Aunque la queja de comienzo esté exclusivamente localizada en el epicóndilo, todos los test, todas las posturas han dado pistas hacia otros grupos musculares, vencidos o vencedores. Los principios de la R.P.G.[®] se encuentran bien en este trabajo, ya que se trata de globalidad. Bien entendidos, los resultados de los tratamientos dependen del talento del RPGista. Los contrastes horarios, el teléfono, ... etc, son cosas que perturban el buen desarrollo de la sesión e hipotéticamente una parte de los resultados. Yo evalúo la calidad de mi trabajo en un 70% a 80% de lo que podría hacerse mejor en las mejores condiciones: aquellos a quien querría parecerme son sin duda más eficaces.

Hay que reconocer que la elección de aportar algunas variantes a las posturas tradicionales es de cualquier modo discutible.

En fin, hablando de forma científica, es un error elegir grupos testigo en otro contexto, pero yo no podía sacrificar la mitad de mis pacientes para hacer avanzar «la ciencia». !Por otro lado, tampoco contaba con los medios!

CONCLUSIONES

- En el presente, podemos afirmar rigurosamente que la R.P.G.[®] es eficaz en las epicondilitis en una proporción válida . La comparación

con otras técnicas hace aparecer que somos significativamente más eficaces que la media de los otros campos de la fisioterapia, incluso aquellos conocidos por su éxito particular en este tipo de problema.

- El número de recaídas es muy débil, incluso para los sujetos sometidos a esfuerzos mecánicos intensos,

- El cálculo es de 12 meses, duración recomendada.

- Como siempre en R.P.G.[®] los resultados no pueden ser obtenidos más que desde la globalidad,

- Ciertos consejos ergonómicos pueden contribuir al buen mantenimiento de los resultados obtenidos.

Los que, por la experiencia, me han precedido en este proceso, verán simplemente reforzada su convicción. Los que no se atrevan a abordar a este género de «patología-veneno» estarán posiblemente tranquilos. Los que necesiten cifras, las tienen.

Al parecer Philippe no nos ha mentado: funciona.

