

# ***Tratamiento de las hernias discales en R.P.G.<sup>®</sup>***

**BERNARD MICHEL**

## ***INTRODUCCIÓN***

Ya conocemos la eficacia de la R.P.G.<sup>®</sup> en las patologías funcionales. Los resultados de los tratamientos en la revista, nuestra experiencia en consulta y las demostraciones prácticas en los cursos y en varias exposiciones de esta reunión lo demuestran sin duda. No es necesario hacer la demostración de los resultados conseguidos en términos de corrección morfológica, ya que las pruebas abundan en las referencias de tratamientos de la revista: radiología antes y después del tratamiento, fotografías comparativas, medidas biométricas, etc.

Desde hace mucho tiempo tenía ganas de saber cuál era el impacto de nuestra actuación sobre los fenómenos en principio «estructurales». ¿Tenemos claramente una acción interesante sobre la estructura mecánica o somos únicamente terapeutas funcionales capaces de beneficiar a nuestros pacientes?. ¿Tenemos los medios para cambiar las cosas con profundidad, o simplemente de engrasar la maquinaria?. ¿Cambiamos las cosas tal y como están hechas o más bien el funcionamiento de ellas?.

Los grandes progresos en el dominio del desarrollo médico y el contexto económico favorable del mismo en Bélgica, para mí representaba la circunstancia favorable para realizar este estudio.

El sueño era comparar las imágenes de antes y después del tratamiento para poder afirmar sin contestación nuestro ambicioso proyecto: establecer una diferencia estructural evidente sobre el estado del disco incriminado.

La patología elegida es la hernia discal.

Teniendo en cuenta los numerosos lumbagos clasificados como «hernia discal» que venían a consulta me parecía algo demasiado

sospechoso. Desde el momento en que alguien sufre de su columna lumbar o cervical y presenta una imagen de scanner o RMN sospechosa, el mundo médico lo incluye en la categoría de hernia discal. Una de dos: o curamos una cantidad impresionante de hernias discales o hay menos de las que creemos.

A decir verdad no sabía con que reto me estaba enfrentando: era a la vez más complicado de lo que parecía y al final, por suerte, más sencillo.

## **MATERIAL Y METODO**

### **A. Material**

El marco de este estudio es un gabinete de fisioterapia de ejercicio libre en el barrio de Liège en Bélgica, una ciudad de alrededor de trescientos mil habitantes. La duración global de estudio fue de cinco años. El origen de los pacientes ha sido aleatorio. Todos los pacientes habían pasado por consulta médica, prescribiéndoseles tratamiento de R.P.G.<sup>®</sup> con conocimiento de causa. Todos estaban afiliados a la Seguridad Social y cubiertos a razón del 40% de los honorarios, siendo el 60% a su cargo.

La selección de los pacientes se ha hecho a partir de un grupo de ciento veinticuatro pacientes cuya prescripción médica decía «hernia discal». Sólo cincuenta dos tenían una semiología coherente con la imagen.

De este grupo 23 fueron elegidos para este estudio, por tener la localización del problema en L5-S1

El grupo se compone de veintitrés pacientes, 6 mujeres (26%) y 17 hombres (74%) que sufren de hernia de disco L5-S1. La edad media es de 38 años y 7 meses (19-56).

El primer examen efectuado por el médico hablaba de:

### **Anamnesis**

1) Topografía de los dolores y síntomas. Todos los pacientes

elegidos sufrían de radiculalgia L5-S1 y 14 (60%) de ellos tenían una lumbalgia asociada. 9 (40%) presentaban sólo radiculalgia.

2) La repartición lateral es de 9 izquierdas (40%), 7 derechas (30%) y 7 bilaterales (30%).

3) 12 (52%) tienen una profesión manual, 8 (35%) tienen una profesión intelectual o administrativa y 3 (13%) no trabajan.

4) 12 (52%) son deportistas regulares a razón de 1 ó 2 veces por semana, excepto para 3 (13%) que practican un deporte de competición a un nivel medio como amateurs, pero de 3 a 5 entrenamientos por semana. Todos han suspendido la práctica deportiva durante una parte del tratamiento.

5) 8 (35%) han tenido una lumbalgia reconocida en los últimos 5 años, pero ninguno ha sido tratado con R.P.G.<sup>®</sup> anteriormente.

6) Todos sufrían dolores permanentes incluso nocturnos. 15 (65%) de ellos han encontrado cierto alivio en la postura tumbada sin ningún movimiento, en cifosis lumbar relativa, mientras que los 8 restantes (35%) han tenido dolores permanentes.

7) Para 6 pacientes (26%) los tratamientos anteriores (fisioterapia, manipulaciones vertebrales, etc) no han dado ningún resultado. Los otros no han recibido ningún tratamiento.

8) 15 pacientes (65%) han tomado AINES durante las 3 primeras semanas de tratamiento, 3 han estado sometidos a corticoides durante un tiempo más o menos largo pero ninguno ha sido infiltrado antes o después del tratamiento de R.P.G.<sup>®</sup>

9) 5 personas (22%) han estado en reposo absoluto en cama por un tiempo de 7 a 20 días, con la única excepción de dejarles ir al baño. Para empezar el tratamiento a dos pacientes (8,5%) tuve que ir al domicilio.

10) El periodo entre la llegada a la consulta y el principio de la crisis dolorosa varía entre 8 días a 10 meses.

11) 4 (17%) se acordaban de la causa puntual de la aparición de la crisis dolorosa. Los otros no conocían la razón precisa de sus dolores.

12) Todos tenían dolores de carácter impulsivo, acentuados con la tos y con la prueba de Valsalva.

13) 5 (22%) se dieron de baja laboral con una duración que oscilaba entre 8 días y 3 semanas. Los otros no han tenido que dejar su trabajo, pero en ocasiones hemos tenido que adaptar el puesto de trabajo durante un tiempo limitado en 3 casos (13%).

### ***Examen Clínico***

1- La prueba de Lasègue fue positiva en todos. Entre 15° y 30° del lado afecto.

2- La prueba de Lasègue contralateral también, pero con un ángulo más abierto.

3- Todos los pacientes han clasificado su estadio doloroso como hiperálgico.

### ***Examen Neurológico***

1- Sensitivo: todos los pacientes presentaban parestesias o disestesias en el territorio L5-S1, con hormigueos o anestias unilaterales.

2- Motor: 8 personas presentaban paresias unilaterales más o menos marcadas.

3- Reflejo: El reflejo aquileo estaba alterado e incluso inexistente en 4 pacientes.

### ***Pruebas de imagen***

1- La radiología estándar. Aunque no nos da ningún signo concreto y directo de imagen de hernia discal, sí nos permite aportar elementos indispensables en nuestro trabajo de R.P.G<sup>®</sup>. Nos confirma en este caso preciso la presencia de 87% de sacros horizontales. Ello

permite excluir anomalías numéricas, anomalías transitorias, ante o retrolistesis, lisis ístmicas, osteofitos compresivos, etc. En los sujetos más corpulentos la curva lordótica lumbar era más fácil de cuadrar en la placa.

2- La tomodensitometría puso en evidencia 4 canales lumbares estrechos, 9 hernias discales posteromediales, 4 foraminales, 10 posterolaterales todas calificadas de importantes o suficientes para ser responsables de los síntomas descritos.

3- La imagen por resonancia magnética no nos ha parecido un examen interesante en el marco de nuestro estudio.

4- La mielografía. Ningún paciente ha sido sometido a ella durante el tiempo de tratamiento.

### ***Examen Físico***

1- La exploración en R.P.G.<sup>®</sup> se realiza con una evaluación clásica y tiene la duración de una sesión entera de entre 45 y 60 minutos: me permite rellenar el cuadro, analizar las pruebas presentadas por el paciente y aprovechar el espejo para, durante la exploración hacer entender a la persona lo que veo y lo voy a esperar de ella. Teniendo en cuenta el estado hiperálgico de la mayoría de los pacientes al principio del tratamiento, la movilidad se encontraba muy reducida por todas partes. En el caso de mis pacientes, todos presentaban un dolor neurálgico monoradicular, durante la búsqueda de la lordosis en posición de pie y en decúbito supino. Con lo cual me ha hecho falta en la mayoría de los casos confiar en la posición antiálgica para empezar el tratamiento. En todos los pacientes el denominador común era una delordosis antiálgica lumbar, acompañada en 4 casos (17%) de una escoliosis antiálgica mayor.

Sin volver a repasar por toda la anamnesis, hemos hecho una evaluación en cada sesión sobre los puntos esenciales como la movilidad, etc.

2- Evaluación del dolor.

- Al principio por la exploración y la anamnesis

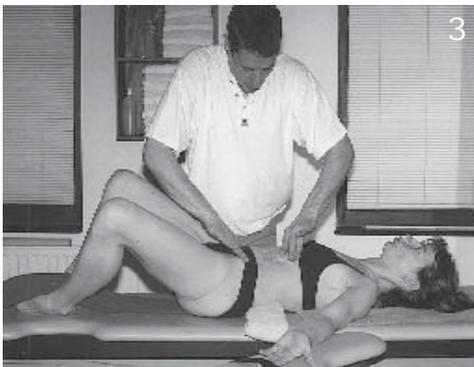
- Por las autoevaluaciones verbales globales (preguntas con respuestas múltiples y evaluaciones por porcentajes) [8] y varias autoevaluaciones visuales globales [2,3].

Eso me ha permitido seguir paso a paso la evolución mecánica y dolorosa de los sujetos estudiados.

## B. Método

El método elegido ha sido la Reeducación Postural Global® [1]. Según los casos, la duración del tratamiento ha variado bastante, teniendo en cuenta la pesadez de los lamentos y la importancia de las compensaciones. La primera sesión del tratamiento llegó a durar casi dos horas, pero la media era de aproximadamente una hora.

Todos los pacientes han empezado su tratamiento con una rana abierta o cerrada sobre la mesa. No ha sido posible trabajar incorporado al principio del tratamiento. Un juego de toallas y correas (foto 1) me ha permitido efectuar siempre un buen bombeo del sacro sin necesidad de mover al paciente. Un segundo juego colocado transversalmente (foto 2) me ha permitido al final de la rana realizar la lordosis por apoyo, el grosor era adaptable (foto 3), o por la tracción



en la posición más excéntrica contra una ligera resistencia estática, o incluso excéntrica cuando esto sea posible (foto 4). No ha sido posible obtener ninguna evolución favorable cuando no se podía ejercer la tracción axial, ya fuese a nivel sacro o a nivel occipital.

Todos los tratamientos han empezado por posturas en decúbito para luego progresar hacia posturas de pie y por fin acabar sentados. Todos los tratamientos con éxito han terminado por una sesión dedicada a consejos ergonómicos tales como han sido descritos en los «infos» de R.P.G.<sup>®</sup> [13].

## **RESULTADOS**

**A. Cifras de nuestro trabajo:** sobre un total de 23 pacientes tratados.

- 2 pacientes (8,5%) han tenido que recurrir a la cirugía. No tenían resultados convincentes.

- 3 pacientes (23%) han tenido una mejoría considerable de su estado, hasta tal punto que han podido retomar la totalidad de sus actividades anteriores, pero accidentalmente han desgarrado su disco provocando una crisis, operándose en urgencias.

- 2 pacientes (8,5%) han considerado su estado funcional soportable amén de algunas molestias en determinados esfuerzos, sin retomar sus actividades físicas completas ni el deporte anterior. Un mantenimiento regular en R.P.G.<sup>®</sup> se ha considerado necesario a razón de 8 sesiones anuales repartidas durante el año.

- 5 (21,5%) han estimado su estado funcional y doloroso en un porcentaje que oscila desde el 75% al 85% de mejoría, volviendo a realizar todas sus actividades habituales, deporte incluido. No viven ninguna restricción debida a su pasada lumbociática. Según las actividades físicas más o menos intensas de los sujetos se ha mantenido un tratamiento de fondo.

- 11 (48,5%) han vuelto a una vida normal, deporte incluido. Algunos habían abandonado su vida deportiva durante algún tiempo

antes de su llegada a consulta por motivo de sus lumbociáticas antiguas. Han podido retomar sus prácticas tras el tratamiento de R.P.G.<sup>®</sup>

- 2 personas de 8 han mantenido un déficit motor L5-S1 que no altera su función pero visiblemente compensado por el extensor común de los dedos.

- 2 han conservado parestesias que se manifiestan bajo forma de hormigueos o anestias permanentes, localizadas en la planta de los pies, sin alterar la función.

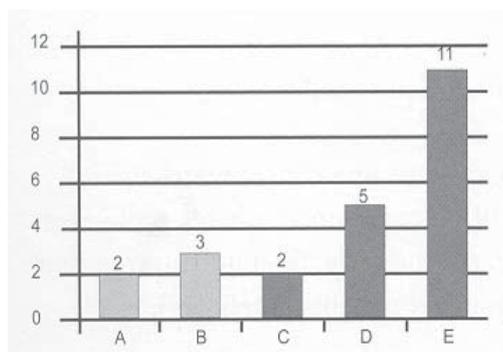
- 3 tenían todavía una alteración del reflejo aquileo.

- Los controles CTScan no han demostrado ninguna diferencia significativa entre las imágenes de antes y después (intervalo de 3 meses) sobre el tratamiento considerado como exitoso y con referencia a la literatura (proporción de evolución favorables y de la imagen para los pacientes que han tenido una mejoría).

- Se estima que el estado funcional se ha mejorado de forma aceptable, para poder conducir un coche y vivir de manera sedentaria después de una media de 4 sesiones de tratamiento.

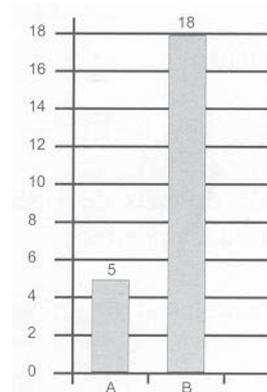
La media de sesiones es de 15,4 por paciente (7-28).

El tiempo medio de tratamiento es de 13 semanas.



**Resultados del tratamiento de R.P.G.<sup>®</sup>**

- A: *Fracasos inmediatos*
- B: *Fracasos diferidos*
- C: *Exitos relativos*
- D: *Exitos*
- E: *Exitos*



**Resultados del tratamiento de R.P.G.<sup>®</sup>**

- A: *Fracasos totales*
- B: *Exitos acumulados*

## **B. Cifras compartivas**

Estas cifras proceden de la literatura, de consulta de fisioterapeutas privados que no aplican la R.P.G.<sup>®</sup> y de cuatro escuelas de espalda de la provincia.

Según las fuentes el porcentaje de personas «salvadas» de la cirugía se aproxima al 80%.

Únicamente el 15% de los pacientes tratados de esta manera se consideran curados. Un 85% de ellos han tenido que cambiar de manera drástica su forma de vida, su deporte, su ocio.

La duración media de las bajas laborales supera el mes. El tiempo medio de reposo estricto en la cama es de 7 a 30 días.

Para las lumbalgias simples sin complicaciones neurológicas la media se eleva a 28 sesiones, a razón de 5 sesiones por semana.

Para los pacientes que tenían el mismo perfil que el que se buscaba en nuestro estudio, el número medio de sesiones variaba según las fuentes entre 30 y 50 sesiones, a razón de 5 a la semana, e incluso pudiendo ser más alto aún. Es necesario añadir 10 visitas a la escuela de espalda. La duración del tratamiento sobrepasaba las 6-8 semanas.

## ***DISCUSION***

La finalidad de este trabajo era verificar si existe una correlación entre la mejoría clínica y la imagen en el contexto de la hernia discal.

La primera dificultad reside en el hecho de encontrar un grupo de pacientes homogéneo. No por el hecho de que haya un diagnóstico de hernia discal automáticamente haya que relacionar la imagen y el síntoma. ¿Qué crédito podemos darle a estas imágenes?.

A la luz de las informaciones actualmente conocidas, parece evidente que la correlación ciática-imagen de hernia sea imposible de hacer de una forma rigurosa, salvo en los casos extremos de ciáticas masivas paralizantes.

«Allá donde no hay una semiología clínica convincente el valor de las imágenes tiende hacia cero», enunció acertadamente A. Fournie del Servicio de la Clínica Reumatológica del Hospital Purpan de Toulouse.

Según S. De Sèze «la ciática común traduce un conflicto disco-radicular de gravedad variable, manifestando por una parte la salida discal y por la otra el sufrimiento de una raíz [...]». ¡Esto está expresado de una manera muy atinada: de un lado y de otro!. De todas formas la correlación es difícil de establecer formalmente, y no será primordial en la evaluación de un problema.

Por otra parte, las estadísticas han demostrado [4, 5, 6, 7] que sólo la imagen se debe tomar con prudencia.

El grupo se formó a partir de sujetos que acumulaban los signos clínicos, neurológicos e imágenes coherentes.

La mayor dificultad estuvo en encontrar los grupos testigo, teniendo en cuenta la gran reticencia de los colegas a compartir su experiencia. Soy perfectamente consciente que los grupos testigos seleccionados no cumplen exactamente los mismos criterios que nuestro grupo: esto no tiene incidencia negativa sobre mis observaciones ya que nuestras cifras son de todas maneras significativamente mejores que el grupo testigo que sufría de un mal menor.

No me ha sido posible determinar si las mejorías obtenidas a nivel de imagen son debidas al tratamiento de R.P.G.<sup>®</sup> en particular. En efecto, encontramos una significativa mejoría de imagen de hernia en los paciente curados de sus ciáticas que no es diferente de la observada en los pacientes curados por otras vías [9, 10, 11, 12]. Entonces los que tenían pruebas radiológicas significativamente mejoradas tras el tratamiento de R.P.G.<sup>®</sup> no lo estaban ni más ni menos que los grupos testigos mejorados por otros tratamientos conservadores.

En los sujetos que no han obtenido ninguna diferencia en sus imágenes tras el tratamiento, y a pesar de una curación total desde el punto de vista clínico, no hay ninguna cuestión que plantearse. Como algunos sujetos sanos pueden tener hernias asintomáticas, podemos fácilmente pensar que nuestros pacientes pueden funcionar

correctamente con la misma imagen tras el tratamiento.

Desde el punto de vista clínico, neurológico y funcional, nuestros resultados son del todo satisfactorios y significativamente mejores que aquellos con que nos comparamos. El índice de éxito es del 70% de los casos totalmente aliviados y remitidos al trabajo o al deporte como anteriormente y sin restricción, pero con los consejos de los eRPGonomistas. El total de satisfacción crece más del 8,5% si se añaden los éxitos relativos. En los cuestionarios que son la base de la encuesta de los grupos testigos, la mayor satisfacción de los sujetos mejorados equivale en nuestros pacientes a «relativamente mejorados».

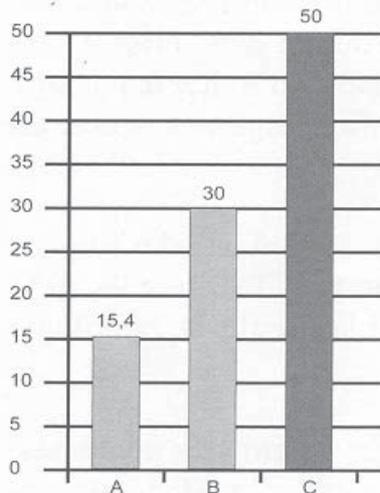
Con poco más de 15 sesiones (esquema 3) es indiscutible, evaluación incluida, que no es necesario demostrar nuestra rentabilidad, comparándola con las 30-50 sesiones y unas 10 sesiones suplementarias de la escuela de espalda. Nuestro ratio es de 1 a 3 e incluso 4 según los casos. Cuando nuestra terapia es un fracaso no necesitamos mucho tiempo para suspender nuestros tratamientos.

Aparte de los tratamientos quirúrgicos consecuencias de la urgencia, sólo uno de nuestros pacientes cuyos resultados estaban incluidos en los éxitos relativos, ha tenido que hacer otra terapia (infiltración) mientras que según las fuentes entre el 20% y 45% de pacientes tratados han seguido luego otras terapias.

La naturaleza de los sufrimientos que persisten, la incomodidad y la inseguridad descritas son signos evidentes de que se mantiene un desorden entre los pacientes que han seguido la vía clásica.

Por mi parte considero que un tratamiento ha tenido éxito cuando la persona funciona igual que antes o mejor, si antes vivía con una cronicidad de dolor.

Esquema nº3



**Número de sesiones**

- A: R.P.G.®
- B: Consulta fisioterapia privada
- C: Servicio ambulatorio en hospital

La baja laboral es mucho más limitada y no hemos tenido «readaptación» en la categoría de actividad profesional.

La diferencia esencial referente a los resultados que he traído es saber lo que calificamos de éxito o de curación, es lo que dificulta las cosas. No quiero ser demasiado afirmativo concluyendo que tenemos alrededor del 70% de los sujetos disfrutando de una vida normal, cuando la bibliografía nos enseña que otras vías de tratamiento consideran que el éxito es evitar la cirugía en 80% de los casos. Podemos pretender un porcentaje de éxito funcional total del 70%, lo cual va más allá de un poco menos del 80% si incluimos los éxitos relativos.

## **CONCLUSIONES**

La hipótesis de partida no ha sido mantenida: en el marco de este estudio ninguna correlación rigurosa, específica y significativa ha podido ser puesta en evidencia a nivel de controles de imágenes después de los los tratamientos.

Todos los casos de hernia discal del estudio presentaban el mismo punto positivo a la evaluación de R.P.G.<sup>®</sup>: imposibilidad de lordosar la zona afectada. Todas las mejorías significativas han aparecido a nivel funcional en el momento en que la reeducación ha sido capaz de devolver la lordosis posible. Esto es verdad en el marco de este experimento y de manera más extendida para otros casos y otros estadios no seleccionados en este experimento.

Contrariamente a otros reeducadores somos capaces de intervenir desde la aparición de la crisis aguda y durante la misma. Es por sí mismo un argumento de éxito. Somos capaces de evitar el paso a la cronicidad, en muchas ocasiones descritas en las lumbalgias tras un tratamiento conservador.

Entre los exámenes corrientes efectuados en el contexto de las lumbociáticas, la clínica seguramente prevalece. Los scanner y las RMN no nos aportan ninguna información utilizable. Sólo la radiología estándar puede ayudarnos en nuestra labor.

Por el contrario, considerando todos los otros parámetros, el tratamiento de R.P.G.<sup>®</sup> es significativamente más eficaz. Da un efecto más duradero en el tiempo y a menos coste.

En consecuencia el RPGista debe enfrentarse a este tipo de patologías con ambición e incluso si el cuadro clínico y las imágenes son abrumadoras al principio. La experiencia demuestra que la situación es comprometida si no hay ninguna evolución favorable después de 4 ó 5 sesiones. Si no llegamos podremos decirlo enseguida.

Una vez más todos los datos descritos en los cursos de Philippe Souchart e intuitivamente verificados en nuestra práctica diaria se han revelado totalmente exactos. Tenía razón. Estas medidas no tenían como finalidad poner a nadie en evidencia, sino dar argumentos de peso para futuros debates. Y esto es lo que hemos conseguido.

#### **REFERENCIAS**

1. SOUCHARD, Ph. E. - La méthode RPG, les cours et les écrits
2. SCHWARZ, D., STRIAN, F. - Psychométrische Untersuchungen zur Befindlichkeit psychiatrischer und intern-medizinischer Patienten. Arch. Psychiat. Nervenk. 216, 70-80 (1972)
3. BOBON, D.P., BOBON-SCHROD, H. - Les listes d'adjectifs BS/BS' de Zerssen et la ligne de Scott: deux auto-évaluations de l'humeur. Tiré à part de: Les feuillets psychiatriques de Liège 7/4, 492-508 (1974)
4. BODEN, S.D., DAVUS, D.O., DINA, T.H., PATROMAS, N.J. et Coll - Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. J. Bone Joint Surg. 1991, 72-A, 403-408
5. JENSEN, M.C., BRANT-ZAWADZKI, M.N., BROWN, C.E., et Coll. - Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. N. Engl. J Med., 1994, 331, 69-73
6. WEINREB, J.C., WOLBARSH, L.B., COHEN, J.M. BROWN, C.E., et Coll. - Prevalence of lumbosacral intervertebral disc abnormalities on MR images in pregnant and asymptomatic non pregnant women. Radiology, 1989, 170, 125-128
7. WIESEL, S.N., TSOURMAS, N., FEFFER, H.L., CITRIN, C.M., et al. - A study of computer assisted tomography. I - The incidence of positive COT scans in an asymptomatic group of patients. Spine, 1984, 9, 549-551
8. SCOTT, W.D. - Do you want to know what others think about you? Amer. Mag. 44-47 (Nov. 1920)
9. BOZZAO, A., GALLUCCI, M., MASCIOCCHI, C., APRILE I., et Coll; - Lumbar disc herniation: MR imaging assessment of natural history in patients treated without surgery. Radiology, 1992, 185, 135-141
10. DELAUCHE-CAVALIER, M.C., BUDET, C., LERDO, J.D., DEBIE, B. et Coll. - Lumbar disc herniation: CT scan changes after conservative treatment of nerve root compression. Spine, 1992, 17, 927-933
11. DIDRY, C., LOPEZ, P., BAIXAS, P., SIMON, L., - Hernies discales non opérées. Evolution clinique et tomodensitométrique. Presse Méd., 1991, 20, 299-302
12. SAAL, J.A., SAAL, J.S., HERZOG, R.J., - The natural history of lumbar intervertebral disc extrusions treated non operatively. Spine, 1990, 15, 683-686
13. MICHEL, B., Vers une autre conception de l'eRPGonomie. RPH info n°61 Mars 1998