

Se practica maniobra de "recolocación" de la cabeza del peroné, desimpactación astragalina y tensesidad de membrana interósea. Sin resultado aparente.

La aplicación de tratamiento neural local-regional en piel de la zona de la cabeza del peroné hace desaparecer en unos pocos minutos la sensación de dolor-presión en la musculatura de los peroneos, no el dolor del 5º dedo.

En un segundo procedimiento, a los pocos minutos, se aplica terapia neural profunda de la zona presumiblemente sospechosa de compromiso del trayecto del CPE a la altura de la cabeza-cuello del peroné con procaína al 1%. El tacto en la punta de la aguja revela una zona de fibrosis, que se infiltra, y con el bisel de la punta de la aguja se intenta disolver esa tensión fibrosa. En ningún momento aparece sensación de irritación neurológica ni aumento de dolor. En total se infiltran en la zona 4cc de procaína al 1%.

Se solicita de la paciente deambule por la consulta, de puntillas y talones durante unos 5 minutos. Durante este periodo, manifiesta que sus dolores han desaparecido por completo.

Tras un periodo de unos 20 minutos, las molestias y el dolor permanecen totalmente silentes.

Ante la discusión y las preguntas del porqué ha sucedido esto, se le dice que lo único razonable es que hubiera sufrido un traumatismo o una compresión que ella no recuerda en la zona del nervio y que ello provocó una lesión subclínica fibrótica que podría explicar su dolor neurológico.

Inmediatamente recuerda que todo el proceso empezó dos días después de haber salido a correr por el monte como actividad deportiva habiéndose colocado una cincha rotuliana que le habían recomendado en la farmacia para sujetar su rótula, que hacía unos días parecía molestarle. Algo frecuente y habitual en los practicantes del running.

Se orienta pues la dolencia como una axonoestenosis.

La evolución clínica confirmará la presunción diagnóstica.

La reaparición de la sintomatología obligará la práctica de un EMG que determine, si existe, la presencia y el tipo de afectación neurológica.

A las 72 horas tras el primer tratamiento "neural" las sensaciones de la paciente permiten pensar en que se acertó en la orientación diagnóstica y el enfoque terapéutico. Persiste la sensación de "afectación" en la musculatura de la pierna; el dolor ha disminuido muy considerablemente, desaparecido en el 5º dedo del pie.

DISCUSIÓN

Nadie estamos libres de pecado. Todos fallamos alguna vez. Nadie está en poder del acierto y la verdad.

Pero como decía el Profesor Robert Maigne, lo esencial, además de escuchar al paciente, es la exploración física.

Palpar la piel, el músculo, la articulación, las vértebras. Palpar, tocar.

No se cansaba en repetir que los dolores de origen "menor" no son evidenciables con las pruebas complementarias.

Para localizar el origen del dolor hay que explorar detenidamente (con tozudez) el dermatoma, el miotoma y el esclerotoma. Nosotros añadimos el viscerotoma y el simpático.

No está de más pues que recordemos con frecuencia lo básico que nos han enseñado nuestros maestros.

Maigne insistía constantemente en que olvidar la exploración clínica detallada podía conducir a errores diagnóstico-terapéuticos lamentables.

Fiar exclusivamente de las exploraciones complementarias (que están, y deberían estar, como herramienta de confirmación de la sospecha diagnóstica clínica) resulta una perversidad con demasiada frecuencia. El diagnóstico del examen complementario puede en ocasiones resultar de efectos terribles para la persona-paciente.

CONCLUSIÓN

Bien está el intento de protocolizar e intentar conducir el quehacer médico vía evidencia.

No está tan bien cuando responde a intereses político-económicos o para evitar la responsabilidad personal del diagnóstico acertado.

Puede que estos patrones de comportamiento sean convenientes desde el punto de vista estadístico para justificar políticamente que se actúa conforme a ley en el cuidado de la salud de la población.

Lamentablemente el médico (como el maestro) han sido borrados "estrictu senso" de la consideración al uso actual.

La clínica, el diagnóstico clínico y la experiencia tienen hoy día escasa consideración y prevalencia. Es lo que nos parece a los que hemos sido educados de forma que hoy día se considera arcaica.

El profesional de la medicina (limitado como hombre) debe disponer de tiempo (el que sea necesario) para poder enjuiciar con sus conocimientos el caso que le plantea el paciente ante el que se halla.

Las presiones de tipo económico, social, político y legal deberían ser razonablemente lógicas y acotadas para evitar comportamientos inconscientes que conduzcan a errores que en casos puntuales (los hay, pero no lucen en las estadísticas) pueden afectar al bienestar del paciente como individuo.

Ya somos suficientemente peligrosos los médicos para que gentes que no han seguido nuestro proceso formativo pretendan regular-ejercer como tales, aunque con el bienintencionado propósito de dignificar su profesión y/o supuestamente proteger al usuario. Esta es una constante social en el quehacer actual.

Por suerte existen profesionales que saben estar en su lugar y no pagan prendas para consultar y colaborar dignamente en aras al bienestar de quién pone en ellos su confianza; ese ser humano al que se ha llamado enfermo, paciente, cliente y usuario.

Y lo digo por haberlo sufrido en propias carnes. Iniciado como ATS la ilusión de ir más lejos me hizo cursar la carrera de medicina y posteriormente una especialidad quirúrgica.

Tras 40 años de estudio y ejercicio, la única meta estriba en intentar ser médico. Tanto y tan poco.

Comentario al caso

Dr. J.M^º Gil (GBMOIM)

La sintomatología clínica con características propias o relacionables con una radiculalgia no deficitaria de origen lumbar (en este caso era de L₅), contemplada desde la perspectiva de la Medicina Ortopédica, se nos antoja muchas veces atípicamente caprichosa. Y sólo una minuciosa exploración clínica reglada, especialmente en su modalidad manual (como decía nuestro maestro R. Maigne), nos permite distinguir entre varias posibles etiologías para poder llegar aun diagnóstico de certeza, aunque muchas veces éste resulte sorprendente para la mayoría de los médicos.

El orden de los eslabones de la cadena del dolor radicular puede seguir trayectos de tipo metamérico, segmentario o extra-segmentario y mostrar dirección centrífuga o centrípeta en su recorrido. Incluso, en algunas ocasiones, las manifestaciones dolorosas pueden cursar "en salto", como si la sensación dolorosa se interrumpiera en algunas zonas del trayecto nervioso para reaparecer unos pocos o muchos centímetros más allá.

En otros casos, sin embargo, el dolor radicular es engañoso, pues su origen nada tiene que ver con una agresión al nervio, aunque sus manifestaciones se localicen en puntos típicos de su recorrido habitual o en sus zonas de influencia. Tales son los dolores de tipo reflejo (muchas veces de origen visceral) y los dolores de tipo referido (derivados frecuentemente de lesiones del aparato locomotor), unos y otros, como decía el Dr. Ciriax, casi siempre de origen extrasegmentario. Por ello es importante para el clínico aprender a discernir entre unas y otras manifestaciones sintomáticas, si no queremos vernos atrapados en situaciones comprometidas derivadas de diagnósticos no bien fundamentados. Y esto sólo se consigue mediante la exploración clínica más exigente y adecuada.

He aquí un caso reciente, sucedido en ámbito rural:

"Hace 4 días, he tenido ocasión de explorar un paciente de 63 años diagnosticado en un Servicio Hospitalario de radiculopatía L₄, con dolor lumbar irradiado a muslo y pérdida de extensión de la rodilla por contractura dolorosa de cuádriceps, a quien se le hizo un estudio completo de imagenología radiológica (Rx estándar y RMN) con resultado de artrosis cronofisiológica, pero totalmente negativo en otros aspectos, atribuyéndose la sintomatología dolorosa lumbar, suprarrotuliana y del seno del tarso del lado D, según la opinión diagnóstica, a un "pinzamiento degenerativo del espacio L₃-L₄ con posible compresión foraminal de la raíz L₄ en lado D" (sic).

El tratamiento indicado fue Paracetamol de 1gr cada 8 horas y la consabida paciencia (ya que estos casos suelen durar), sin que el paciente haya logrado mejoría alguna durante los días transcurridos.

Una detallada exploración manual del trayecto del dolor me hizo localizar el origen de éste en una zona inflamada y endurecida sobre el polo superior rotuliano de la rodilla D, cuya presión hacía aumentar el dolor no sólo allí, sino también en la región lumbar y en el propio pie.

Preguntado convenientemente sobre otros detalles, el paciente dice recordar que hace unos 10 días (3 días antes del inicio del cuadro doloroso) había sufrido un traumatismo banal sobre la rodilla D, que no produjo ningún hematoma y al que no dio ninguna importancia, al tropezar con la escuadra metálica de la parte superior de los pies de una cama.

Solicité una RX urgente con resultado de "ruptura o fisura de un osteofito" (éperon suprarrotuliano) en el seno del tendón conjunto cuadriceps (sector del recto anterior y crural), con posible hematoma a tensión y clínica dolorosa de aparición diferida pero típica de entesopatía postraumática, para cuyo tratamiento hasta entonces no se había indicado reposo ni medicación antiinflamatoria.

Una sesión de terapia neural (aplicada "in loco dolente", en trayecto neurovascular y en espacio interespinoso L₃-L₄), la toma de un AINE y 4 sesiones de hidroterapia salina por medio de compresas calientes de agua de tomillo sobre la región suprarrotuliana en los dos días siguientes, han sido suficientes para solucionar el cuadro doloroso y mejorar mucho la movilidad de la rodilla, hasta el punto de que esta mañana ya podía bajar y subir escaleras con escasa dificultad.

Creo que sobran otros comentarios.

Veneguera, 28-01-13