

La terapia neural: una alternativa en el tratamiento de la litiasis renal

The neural therapy: an alternative in the treatment of renal litiasis

Dra. Marlen María de la Torres Rosés; Lic. Rafael Luis Mendoza

Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la terapia neural constituye un método alternativo de probada eficacia, inocuidad y fácil aplicación

Objetivo: demostrar la utilidad de la terapia neural como proceder alternativo en el tratamiento de la litiasis renal.

Método: se realizó un ensayo clínico prospectivo en la Clínica de Medicina Natural y Tradicional del Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay de Camagüey desde el mes de enero de 2006 hasta enero de 2007. El universo estuvo constituido por todos los pacientes portadores de litiasis renal que acudieron a nuestra clínica. La muestra quedó conformada por 60 pacientes divididos en dos grupos de 30 cada (grupo control y experimental). La selección de los pacientes en cada grupo se realizó de forma aleatoria previo control de las variables que se estudiaron para garantizar la homogeneidad entre ambos grupos. Al grupo experimental se le aplicó el esquema silueta renal.

Resultados: los pacientes lograron expulsar la litiasis a partir de la quinta sesión de tratamiento, independientemente de la localización y hasta un diámetro de 12mm.

Conclusiones: los resultados obtenidos evidenciaron la eficacia de la terapia neural en el tratamiento de esta enfermedad.

DeCS: Transmisión sináptica; cálculos urinarios; terapia; medicina tradicional; ensayos clínicos; conducción neural

ABSTRACT

A case of a patient of the Nephrology service is presented that is integrated to the hemodialysis program since five years ago by presenting an irreversible chronic renal failure, not able for transplant, with multiple conventional vascular accesses carried out (direct and prosthetic) that have failed by progressive and generalized decay of the vascular system (arterial and venous), due to the effect of the associated pain to the renal disease and the triggering ones by the therapeutic intervention. Because of that was surgically intervened and a vascular access at the level of the right inguinal region was performed with the objective to connect the venous system with the arterial one by means of an artificial prosthesis of polytetrafluoroethylene that was implanted in the form of a loop and in superficial planes to facilitate the access to the same one. The use of prosthetic implants of polytetrafluoroethylene in the surgery of vascular access for hemodialysis is a first election alternative when the conventional methods fail.

DeCS: Synaptic transmission; Urinary calculi/therapy; Medicine traditional; Clinical trials; Neural conduction

INTRODUCCIÓN

La litiasis renal constituye la enfermedad urológica más frecuente. Se considera que el 1 % de la población ha tenido, tiene o tendrá alguna manifestación litiásica. Se caracteriza por formación y depósito de concreciones macroscópicas de composición química variada en el interior de cálices, pelvis renal, uréteres o vejiga.¹⁻⁴

La urolitiasis es frecuente en adultos jóvenes de 25 a 45 años y tres veces más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, es infrecuente en niños.³

Los cálculos tienen gran importancia clínica y epimediológica, por su frecuencia y por la repercusión renal. Las litiasis modifican el aparato excretor (el cáliz o la pelvis que los contienen) provocan edema, la pared piélica se torna friable, lo que repercute sobre el riñón de forma lenta y progresiva provocando destrucción por

nefritis intersticial ascendente producida por la acción conjunta de la obstrucción y la infección.¹

Se considera que diversos factores influyen en la formación de los cálculos: alimentación, ingreso de minerales y nutrientes, condiciones socioeconómicas, bebidas, clima, inmovilizaciones prolongadas, trastornos metabólicos, entre otros.^{2,4}

Los síntomas son variables, si el cálculo está libre y obstruye un cáliz o la unión uretero-pélvica habrá dolor (puede ser agudo, de mediana intensidad o sordo) que se produce por distensión del sistema colector o de la cápsula renal, suele llamársele cólico nefrítico, se localiza en flanco y a menudo se irradia al hipogastrio, ingle, labios mayores y escrotos. Hematuria determinada por la acción traumática del cálculo en su descenso.²⁻⁴

El tratamiento médico va encaminado a mantener una diuresis alta, eliminar factores de éxtasis, tratar los trastornos metabólicos y mantener una dieta normal.¹⁻⁴

En los momentos actuales para su extracción se emplean métodos de destrucción de cálculos por ondas de choque: la litotricia extracorpórea, la litotricia ultrasónica percutánea, la litotricia con láser a través del ureteroscopio.⁵⁻⁸

El arsenal terapéutico se incrementa con otros métodos alternativos de probada eficacia inocuidad y fácil aplicación como la terapia neural considerada como una terapia reguladora.⁵⁻⁸

Los hermanos Ferdinand y Walter Huneke descubrieron la terapia neural, en Alemania durante la segunda década del siglo XX (1925), la cual en sus 75 años de existencia se ha convertido en una herramienta eficaz, económica y rápida para médicos generales y especialistas.⁹⁻¹²

Al ser una terapia integral, las indicaciones de la misma abarcan numerosas enfermedades: trastornos dolorosos de causa reumática, neurológica, ginecológica, migraña, amigdalitis, sinusitis, otitis, alopecia, asma, afecciones dermatológicas y trastornos de la vejez por citar algunos.¹³⁻¹⁶

Estas premisas nos condujeron a vincular la terapia neural con afecciones urológicas en especial a partir de un paciente con un cólico nefrítico que acudió a la clínica en busca del alivio de su dolor. Al no existir en la literatura esquemas de tratamiento para la litiasis renal, partimos de la localización anatómica de los riñones a ambos lados de la columna vertebral y su esqueletotopía (aproximadamente a nivel de la última vértebra torácica hasta las dos primeras vértebras lumbares, considerando que el derecho se encuentra algo más descendido que el izquierdo (1-1,5 cm.) o tomando como referencias anatómicas que su extremidad superior llega hasta el nivel de la XI costilla y su extremo

inferior se sitúa aproximadamente a 3-5cm de la cresta ilíaca, establecimos el esquema de tratamiento para la litiasis renal al cual denominamos silueta renal.¹⁷⁻

20

MÉTODO

Se realizó un ensayo clínico prospectivo en la Clínica de Medicina Natural y Tradicional ubicada en el ISCM Carlos J. Finlay de Camagüey, desde el mes de enero de 2006 hasta enero de 2007. El universo estuvo constituido por todos los pacientes portadores de litiasis renal que acudieron a la clínica, la muestra quedó constituida por 60 pacientes divididos en dos grupos de 30 cada uno para de esta forma conformar un grupo control y otro experimental. La selección de los pacientes en cada grupo se hizo de forma aleatoria pareada previo control de las variables que se estudiaron para garantizar la homogeneidad entre ambos grupos. Al grupo experimental se le aplicó el esquema silueta renal y al de control el tratamiento convencional, a todos los pacientes objeto de estudio se les solicitó su consentimiento informado.

A los pacientes de ambos grupos se les realizó un ultrasonido inicial con el objetivo de determinar la presencia litiasis (tamaño, localización y cantidad) y al finalizar el tratamiento (10 sesiones) se indicó otro ultrasonido evolutivo con el propósito de constatar posibles modificaciones resultantes del tratamiento aplicado.

Grupo control (I): el tratamiento tradicional de la litiasis contempló medidas médicas.

Los cálculos menores de 5mm de diámetro no requieren intervención, el 90 % se elimina espontáneamente, si tiene entre 5 y 7mm sólo se elimina el 50 % y los mayores de 7mm generalmente no se expulsan solos, por lo que el tratamiento médico va dirigido a garantizar una diuresis abundante con la finalidad de eliminar el éxtasis, mantener un aporte nutricional adecuado y tratar de corregir los trastornos metabólicos.

Grupo experimental (II):

Se le aplicó la silueta renal utilizando procaína al 1 %, se realizaron pápulas subcutáneas a una distancia de 12cm entre sí hasta formar la silueta renal en la pared posterior, después se "picoteó" en el interior del relieve trazado (se dejó procaína desde la profundidad a la superficie según se extrajo la aguja) simulando los sistemas caliciales superior medio e inferior.

Posteriormente a lo largo de la cresta ilíaca se colocaron pápulas subcutáneas con una separación de 3cm entre sí hasta la espina ilíaca anterosuperior, descendiendo hasta la parte superior del escroto o labios mayores en dependencia del sexo.

La dosis total de procaína al 1 % no excedió a 1.5cc, a razón de una sesión semanal hasta completar 10 sesiones.

Para el procesamiento de la información obtenida se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas: media aritmética, desviación Standard, intervalo de confianza para la proporción con un nivel de significación del 95 %.

RESULTADOS

Con respecto a la distribución de la población estudiada según edad y sexo, en ambos grupos (control y estudio) la mayor cantidad de pacientes tenían entre los 31-45 años (16 y 13 casos) y en menor proporción aquellos de 46-60 años (8 en cada grupo). Respecto al sexo se observó un incremento del sexo masculino (18) sobre el femenino (12), este comportamiento fue semejante en ambos grupos. Tabla 1.

Tabla 1. Relación edad / sexo según grupo control (I) y grupo estudio (II)

Edad/sexo	Grupo Control (I)		Grupo Estudio (II)	
	F	M	F	M
15 - 30	1	4	4	3
31 - 45	3	13	4	9
46 - 60	7	1	4	4
61 - 75	1	-	-	1
+ 76	-	-	-	1
Total	12	18	12	18

Fuente: Historia Clínica

Una gran parte de los pacientes incluidos en el grupo control (17 para un 56, 6 %) y en el grupo estudio (21 para el 70 %) plantearon consumir agua de pozo como agua común. Tabla 2.

Tabla 2. Antecedente de ingestión de agua de pozo

Agua de pozo	Grupo control (I)				Grupo estudio (II)			
	Si		No		Si		No	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	17	56,6	13	43,3	21	70	9	1

Fuente: Historia Clínica

En cuanto a las modificaciones en la orina referidas por los sujetos incluidos en el Grupo II (estudio) en las diferentes sesiones de tratamiento predominó la orina turbia en todos los pacientes incidiendo el mayor número entre la tercera y cuarta sesión. En orden de frecuencia le siguieron la expulsión de epitelios en 23 (77 %) y el sedimento blanquecino en 13 (74 %). Otras manifestaciones menos frecuentes lo constituyeron el dolor y la presencia de «arenilla» manifestados por 7 pacientes (23 %). Solamente seis pacientes (20 %) comunicaron un sedimento en forma de «azúcar mojada». A partir de la tercera sesión terapéutica dos pacientes acudieron a consulta refiriendo expulsión de la litiasis, esta cifra de pacientes se incrementó entre la cuarta y séptima sesiones de tratamiento, al finalizar el estudio 23 enfermos (77 %) expulsaron los cálculos. Tabla 3.

Tabla 3. Modificaciones de la orina en los pacientes del Grupo Estudio (II) según sesiones de tratamiento

Modificación de la orina	Sesiones										Total	%
	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Orina Turbia	6	8	9	2	-	3	2	-	-	30	100	
Expulsión epitelios	5	5	7	6	-	-	-	-	-	23	77	
Sedimento blanquecino	4	4	5	-	-	-	-	-	-	13	74	
Dolor	3	-	4	-	-	-	-	-	-	7	23	
Arenilla	-	3	1	3	-	-	-	-	-	7	23	
Azúcar mojada	-	3	3	-	-	-	-	-	-	6	20	
Expulsión litiasis	-	2	3	7	8	3	-	-	-	23	77	

Fuente: Historia Clínica

Al aplicar el intervalo de confianza se pudo contactar que entre el 71 y el 83 % del 100 % de pacientes que acudan a la consulta de terapia neural con litiasis renal expulsarán las mismas entre la tercera y séptima sesión.

En el grupo control dos pacientes plantearon dolor moderado en región lumbar de corta duración en este período analizado.

Al comparar en cada grupo, cual resultó el riñón más afectado y en particular el lugar donde incidió la localización de los cálculos no hubo diferencias, en el grupo control 17 pacientes (53 %) en el riñón izquierdo y en el estudio 16 (52 %). La localización que predominó en el grupo I fue en el grupo calicial inferior del riñón izquierdo presente en 13 enfermos (76 %) se comportó de forma semejante en el grupo II donde se reportaron 10 pacientes (63 %), donde además en menor cantidad aparecieron seis pacientes (40 %) con cálculos en el grupo calicial medio del riñón derecho. Tabla 4.

Tabla 4. Localización de las litiasis en cada riñón

	Grupo control (I)								Grupo estudio (II)							
	Pelvis		GCS		GCM		GCI		Pelvis		GCS		GCM		GCI	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
RI	1	7	2	13	6	40	6	40	1	7	3	20	6	40	5	33
RD	-	-	-	-	4	24	13	76	-	-	2	12	4	25	10	63

Fuente: Historia Clínica

Leyenda:

GCS: Grupo calicial superior.

GCM: Grupo calicial medio.

GCI: Grupo calicial inferior.

RD: Riñón derecho.

RI: Riñón izquierdo.

Respecto al tamaño y localización de las litiasis según ultrasonido se observó que fue precisamente en el grupo calicial inferior de ambos riñones donde se encontraron las de mayor tamaño, así en el grupo control: riñón derecho x 5, DS 1.26, riñón izquierdo x 6.05, DS 2.21 y en el grupo estudio: riñón derecho x 6.83, DS 1.83, riñón izquierdo x 7.7, DS 2.9. Se exceptúa en el grupo I (control) donde se aprecia en el grupo calicial superior litiasis con un valor promedio de 8.5 y una DS de 0.7. Tabla 5.

Tabla 5. Tamaño y localización de las litiasis según US

	Grupo control (I)							
	Riñón derecho				Riñón izquierdo			
	X	s	Max	Min	X	s	Max	Min
GC S	8,5	0,7	9	8	3	1	4	2
GC M	4,2	0,9	6	3	4,72	1,8	8	3
GCI	5	1,26	6	3	6,05	2,21	10	2
	Grupo estudio (II)							
	Riñón derecho				Riñón izquierdo			
	X	s	Max	Min	X	s	Max	Min
	5	0,4	54	46	7	4,2	10	4
	5.7	2	8	2	6	1,92	9	4
6.83	1,83	10	5	77	2,9	15	4	

Fuente: Historia Clínica

DISCUSIÓN

Los datos respecto a la edad y sexo del presente estudio coinciden con lo expuesto por Bedós et al ² al establecer la máxima frecuencia detectada entre los 40 y 60 años. Por su parte Diana Savitsky ²⁰ reporta un comienzo más temprano a partir de los 20 años, de una u otra forma la mayoría de los investigadores afirman que es en la edad media de la vida donde se observa su incidencia. ^{2, 20}

De forma semejante existe criterio casi unánime ²¹ que el sexo masculino es el más afectado como se observó en nuestro estudio, incluso Bedós ² refiere una relación de siete hombres por cada 1.5 mujeres, señala un comportamiento diferenciado en Bélgica y Dinamarca donde predominan las mujeres. Sin embargo, Spivacow ⁴ afirma no existir diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Diversos autores plantean la existencia de factores que contribuyen a la formación de las urolitiasis invocando entre otros los ingresos alimentarios de minerales y nutrientes. ¹⁻⁴ Se corrobora esta afirmación al comprobar que en ambos grupos existió un predominio de pacientes que en sus antecedentes refirieron la ingestión de agua de pozo.

Al analizar las modificaciones que experimentaron los pacientes del grupo estudio (II) en la orina a través de las sesiones de tratamiento y compararlos con estudios precedentes solo se refleja el dolor como síntoma acompañante importante ^{1-3, 5} sin embargo, en la presente investigación solamente siete pacientes (23 %) refirieron dolor, no obstante, a partir de la tercera sesión las urolitiasis fueron expulsadas, entre la cuarta y sexta sesión se incrementaron los pacientes que las expulsaron, en total 23 (77 %). Otros siete pacientes (23 %) dentro de las modificaciones plantearon la presencia de «arenilla» entre la tercera y quinta sesiones terapéuticas. Datos semejantes no se reflejan en la literatura consultada.

Estos resultados pueden ser explicados por los efectos que se le atribuyen a la procaína como analgésico, vasodilatador, espasmo lítico, estimulante de la diuresis, participa en el metabolismo mineral, mejora el estado general del paciente, entre otros. ^{15, 16}

Resultó significativo que en igual período de tiempo en el grupo control (I) ningún paciente expulsó espontáneamente las litiasis a pesar de las medidas orientadas. Este comportamiento difiere ostensiblemente con el descrito en el artículo litiasis renal²¹ donde se afirma que en la mitad de los pacientes los cálculos se expulsaron antes de 15 días y en la mayoría antes de los dos meses.

Respecto al tamaño y localización de las urolitiasis se recoge en la literatura ^{1, 4} que entre 5 y 7 mm solo se eliminan espontáneamente el 50 % y las mayores de 7mm generalmente no se expulsan solas. Esto llama a la reflexión al corroborar que a pesar de predominar en los pacientes del grupo II (estudio) cálculos en un sitio declive como lo es el grupo calicial inferior del riñón izquierdo, de difícil movilización por la posición, con un tamaño promedio de 7.7mm los mismos fueron expulsados entre la tercera y séptima sesión de tratamiento fraccionados, en forma de arenilla o enteros, lo que nos habla a favor de la aplicación de la terapia neural como un proceder inocuo, económico y de gran eficacia.

CONCLUSIONES

Estos resultados demuestran la utilidad de la terapia neural como proceder alternativo en el tratamiento de la litiasis renal por su inocuidad, fácil aplicación, factibilidad económica y como vía de elevar la calidad de vida de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portilla Sánchez R. Urología. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990.p. 81-7.
2. Bedós F, Cibert J. Urología. La terapéutica y sus bases. Publicaciones médicas, , Barcelona: ESPAXS; 1989.p. 595-99.
3. Smith D. Urología general. La Habana: Editorial Revolucionaria; 2000.p. 201.
4. Spivacow FR, del Valle EE, Zanchetta JR. Litiasis renal: manejo del paciente. Rev Nefrol Diál Transp.2004; 24(1): 205-6.
5. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol. II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
6. Álvarez Salazar Eduardo. Enorme eficacia curativa de la terapia neural. Disponible en: http://dsalud.com/numero45_5.htm. Citado el 25 de agosto del 2005.
7. Pérez León Domingo Terapia neural. Disponible en <http://www.institutobiologico.com/terapias/tearpianeural.htm>. Citado el 15 de agosto del 2005.
8. Daniel Buffolo Eduardo. Terapia neural. Disponible en http://www.rehabilitacionvet.com.ar/medicina_bioreguladora/terapia_neural_1.htm . Citado el 25 de agosto del 2005.
9. Fischer Lorenz. Terapia Neural según Huneke. Ciudad México; 2002.
10. Burton Golberg Group. Medicina alternativa: La guía definitiva. California: Future Medicine Publishing; 1999. p. 734-6.
11. Payan de la Roche J.C. Terapia Neural y sistema nervioso. Revisión de algunos conceptos. Disponible en: funco@colnodo.apc.org. Citado el 16 de septiembre 2006
12. Solórzano del Río H.E. La efectividad de la terapia neural de Huneke. Disponible en: <http://www.hector.solorzano.com/articulos/Huneke.html>, Citado: 25 de septiembre 2005
13. Frattini NO. La terapia neural: terapia del dolor. Disponible en: <http://www.biotecnoquímica.com>
14. Viryes D. Reacciones frente al estímulo neural terapéutico. Disponible en: <http://www.dolor-pain.com/foro/reacciones.html> Citado el 15 de agosto 2005
15. Koval P, García Riverón H. Procaína-Lidocaína. Agentes neural terapéuticos. Disponible en: <http://www.dolor-pain.com/foro/lido08.htm>. Citado el 15 de agosto 2005
16. Vinyes D. La procaína. Una versión teórica. Disponible en <http://www.dolor.pain.com/foro/reacciones.html>. Citado el 3 de agosto 2006
17. Grant ´s: Atlas de anatomy. 10ed. Canadá: Editorial Agur; 1999.p.145-59.

18. Snell S Richard. Clinical Anatomy for Medical Students. 5ed EUA: Editorial Little Brown; 1995.p. 224-228.
19. Prives M. Anatomía Humana. TII. 5ed. Moscú: Editorial Mir; 1984.p. 153-65.
20. Savitsky D. Cálculos renales. Brigham: EBSCO Publishing Health Library; 2007.
21. Dosch P. Libro de la enseñanza de la Terapia Neural según Huneke.4ed. Colombia: Ediciones Los Robles; 1998.p. 7-29.

Recibido: 21 de junio de 2007

Aceptado: 13 de febrero de 2008

Dra. Marlen María de la Torres Rosés. Especialista de II Grado en Anatomía Humana. Profesora Auxiliar. Master en Medicina Natural y Tradicional. Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay Camagüey. Cuba.
mlatorre@finlay.cmw.sld.cu