

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TRATAMIENTO DE LA GLOMERULOPATÍA MESANGIO-CAPILAR CON
TERAPIA ODONTOLÓGICA NEUROFOCAL. PRESENTACIÓN DE UN
PACIENTE.

Por:

Dra. Lázara Martín Martínez¹, Dr. José E. Carbó Ayala² y Dr. Álvaro Acevedo Vázquez³

1. Especialista de I Grado en Anatomía Humana. Master en Medicina Bioenergética y Natural. Estomatólogo. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Anatomía Humana. Master en Educación Avanzada. Estomatólogo. Profesor Titular. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en MGI. Master en Medicina Bioenergética y Natural. Policlínico "José R. León Acosta". Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS:

ANESTESIA LOCAL
GLOMERULONEFRITIS
MEMBRANOPROLIFERATIVA/terapia

Subject headings:

ANESTHESIA, LOCAL
GLOMERULONEPHRITIS,
MEMBRANOPROLIFERATIVE/therapy

La glomerulopatía mesangio-capilar (GPMC) es una entidad clínico-patológica bien definida que, aunque se ha descrito asociada a diversas enfermedades, es en general idiopática. Es una de las glomerulopatías que tiene peor pronóstico. Se caracteriza por la proliferación de las células mesangiales y el aumento de la matriz mesangial con engrosamiento difuso de la pared capilar glomerular. La mayoría de los estudios hísticos muestran estabilidad o progresión de la lesión. Afecta a todos los grupos de edades, principalmente a niños y adultos jóvenes. Su evolución sigue un curso progresivo a la insuficiencia renal, que se desarrolla en el 50 % de los pacientes. La hipertensión arterial (HTA) es frecuente. Su patogenia es desconocida y no tiene tratamiento específico. Se han empleado esteroides en dosis bajas, en pauta alterna durante períodos de tiempo prolongados, solos o asociados a un inmunosupresor^{1,2}.

La terapia neural es un tratamiento sobre el sistema neurovegetativo, que consiste en la aplicación de anestésicos locales (procaína o lidocaína) en el terreno de la enfermedad (terapia segmental) o desconectando el campo interferente causante de la enfermedad, a distancia³.

Se estima que la mitad de las enfermedades crónico-degenerativas del organismo pueden vincularse directa o indirectamente con problemas odontológicos⁴.

La Odontología Neurofocal estudia las alteraciones bucales, como principales entidades que generan efectos fisiopatológicos en cualquier parte del organismo⁴.

Presentación del paciente

Presentamos a una paciente de 36 años de edad, sexo femenino, raza blanca, No. 9 de un estudio preexperimental realizado en las tres consultas de Nefrología del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" de Santa Clara, a 13 pacientes que padecen un síndrome nefrótico causado por glomerulopatía primaria resistente a la inmunosupresión**. La misma sufre una glomerulopatía primaria mesangio-capilar resistente a la inmunosupresión; la enfermedad se inició con un síndrome nefrótico, y a los nueve meses de evolución fue tratada con métodos y técnicas de la Odontología Neurofocal. La presentación de esta paciente, el tratamiento aplicado y su evolución clínica, tienen el objetivo de introducir el mismo como una variante terapéutica alentadora en el tratamiento de la GPMC.

A la paciente se le realizó un examen clínico (examen bucal y control de la tensión arterial) y de laboratorio (proteinuria, proteínas séricas y creatinina) antes del tratamiento y después del mismo; este consistió en seis sesiones (a intervalos semanales) de infiltración de 0,5 ml de procaína al 1%. La infiltración se realizó previa asepsia y antisepsia, se utilizó aguja hipodérmica No. 27, a nivel del surco vestibular, que se introdujo hasta el nivel de los ápices radiculares, y se tocó el periostio. Antes de proceder a las infiltraciones, se ensayó la prueba de procaína para conocer si existía alergia al producto.

A las 48 horas de la última infiltración, se realizaron a la paciente los mismos exámenes clínicos y de laboratorio que al inicio del tratamiento.

En la tabla se muestran los resultados de los exámenes clínicos realizados.

Tabla Resultados de los exámenes clínicos

Indicador	Antes del tratamiento	Después del tratamiento			
		A los 45 días	A los tres meses	A los seis meses	Al año
Proteinuria	5,8	5,8	3,2	nc (*)	nc (*)
Proteínas séricas	46	51	60	80	80
Creatinina	190	178	178	157	148
Tensión arterial (TA)	150-100	120-70	110-80	120-70	110-70

Observaciones:

nc: no cuantificable (es lo normal)

La TA fue tomada siempre con los mismos instrumentos y por el mismo operador.

Aunque la paciente no mejoró los niveles de proteinuria a los 45 días (seis sesiones de infiltración con procaína), por referencia sobre el mejoramiento de su estado general, se le indicó el saneamiento dentario (la paciente presentaba higiene bucal deficiente con abscesos dentoalveolares). Para monitorear su evolución se indicaron controles a los tres meses, seis meses y al año.

Se produjo un aumento significativo ($p < 0,05$) de las proteínas séricas, comparado con las cifras normales (60-80 g/l).

Al analizar los valores de la creatinina antes del tratamiento y después del mismo, se obtuvo una significación de $p < 0,05$, que indica una disminución de la misma con relación a los valores iniciales. Al comienzo, la paciente tenía HTA. Después de las tres sesiones, la tensión arterial alcanzó valores normales.

** Martín Martínez, LM. La Odontología Neurofocal y su relación con las glomerulopatías primarias resistentes a la inmunosupresión. Tesis para optar por el grado de Master en Medicina Bioenergética y Natural. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara, 2003.

Comentario

El aumento de las proteínas séricas corrobora que existe diferencia entre los valores de las mismas antes del tratamiento y su valor normal en sangre. Todos estos valores relacionados con las proteínas totales tienen mucho que ver con la mejoría de la proteinuria. Si se pierde menor cantidad de proteínas por la orina (proteinuria), su valor debe aumentar en el plasma, ya que estos son inversamente proporcionales. La proteinuria se considera la “piedra angular” en el seguimiento y evaluación del paciente nefrótico^{2,5}.

La creatinina mide con mucha fidelidad el estado del funcionamiento renal, y su recuperación es más lenta que los parámetros anteriores. La explicación de la disminución en los valores de creatinina estaría dada por un aumento de la proteinemia, pues al mejorar la presión oncótica del plasma, puede aumentar la volemia y restablecer la perfusión renal, con lo que mejora el filtrado glomerular y, por tanto, se depura más creatinina. En nefrología, cuando los glucocorticoides se hacen inefectivos, existen muchos tratamientos dirigidos a retrasar el curso de la enfermedad, que actúan sobre los denominados factores de progresión, pero ninguno, por lo general, logra hacer irreversibles los daños renales. Estos, una vez establecidos, llevan inexorablemente al paciente, en determinado período de tiempo, a la insuficiencia renal crónica. Por tanto, es evidente que esta mejoría de las cifras de creatinina después del tratamiento aporta resultados alentadores, comparados con la terapéutica empleada hasta ahora, la que no ha demostrado ser realmente efectiva en la práctica. Este procedimiento pudiera retrasar el curso de la enfermedad, mucho más si tenemos en cuenta que se trata de pacientes resistentes a la terapia inmunosupresora y que no tienen otro tipo de tratamiento^{2,6}.

En la actualidad la hipertensión arterial se considera como una complicación muy frecuente en el síndrome nefrótico. Hay estudios que demuestran que 89 % de los adultos con nefropatía son hipertensos².

La tendencia a la normalización de las variables: proteinuria, proteínas séricas, creatinina y tensión arterial en una paciente con glomerulopatía primaria resistente a la inmunosupresión, tratada con métodos y técnicas de la Odontología Neurofocal, nos indica que en la cavidad bucal se generan impulsos neurovegetativos que actúan favorablemente sobre la barrera de filtración glomerular.

La Odontología Neurofocal, en consecuencia, puede convertirse en una variante terapéutica alentadora para el tratamiento de la GPMC.

Referencias bibliográficas

1. Léster SC. Nefrología. En: Cotran V. Patología estructural y funcional. 6a ed. Madrid: McGraw-Hill; 2000. p.1134-7.
2. Hernando AL. Síndrome nefrótico. En: Alcázar R, Egido J. Nefrología clínica. Madrid: Médica Panamericana; 1998. p. 228-87.
3. Dosch P. Libro de la enseñanza de la terapia neural según Huneke. México: Los Robles; 1999.
4. Goldberg Group.B. La Odontología biológica. En: Medicina alternativa: la guía definitiva. Tiburón: Future Medicine; 1999. p. 80-6.
5. James V D. Joseph P. Grande. N Engl Med. 2000;347(10):738-49.
6. Apple GB. Trastornos glomerulares. En: Bennett JC, Plum F. Cecil tratado de medicina interna vol.1. 20a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998. p. 652-62.