

ESTUDIOS

II CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA ORAL

II congreso nacional de la sociedad española de medicina oral

I reunión internacional de la academia iberoamericana de patología y medicina bucal

Bilbao 3-6 octubre 2001

Título: Papilomatosis Florida Bucal (P.F.B), Método de Tratamiento Local

Autores: Frascino, N; Bertacchini, Cesar; Giacco, C.; Díaz, J.; Alcoba, E.; Galmarini, F.

Institución: Servicios de Estomatología; Clínica Oncológica; Anatomía Patológica. Hospital de Oncología Maria Curie, Avda. Patricias Argentinas 750- (1405) Cdad. Buenos Aires, Argentina

E-mail: hcuriess@intramed.net.ar

La P.F.B. en la bibliografía mundial es sinónimo de Carcinoma Verrugoso (CIEOE OPS-OMS M8051/3). Desde hace 22 años en nuestro hospital se trata de preferencia esta entidad inicialmente con quimioterapia y de ser necesario se complementa con resección quirúrgica de lesión residual y electro fulguración del lecho y márgenes. En los últimos 10 años ingresaron 60 nuevos casos de Estomatología.

Objetivo: Difundir:

1. Técnica de tratamiento con quimioterapia Intralesional y Tópica.
2. Metodología de trabajo de Clínica Estomatológica.

Material y Método: pacientes con lesiones bucales con diagnóstico histológico de P.F.B. de cualquier grado (I, II, III). Se solicitó: Estudios de laboratorio, Perfil nutricional, Radiografías extra e intra bucales y de tórax. Se realizó: Preparación bucal previo a biopsia, Biopsia, Control clínico de evolución de biopsia.

Evaluación Comité de Tumores de Boca con resultado histológico, Elección de droga: Mtx. y/o Bleo.

- Se realizó: Preparación bucal previo a tratamiento oncológico, se infiltró intralesionalmente con jeringa de 1 ml. 27 G x 13 mm., 5 mg/dosis de Mtx. Ó 3 mg/dosis de Bleo. y/o 0.5 gr/dosis crema de Bleo. (OilBleo) con frecuencia de dos veces/semana según evolución clínica.
- Se realizaron:
 - Controles clínicos, iconográficos e histológicos intra y post tratamiento.
 - Seguimiento: controles clínicos e iconográficos 1 vez/mes durante el primer año, cada 3-6 meses hasta el quinto año y 1 vez/año en adelante.

Resultados: Se logra: Prueba terapéutica (respuesta inmediata), Disminución del riesgo de complicaciones por reducción importante de dosis total de droga, con este método se

obtiene mayor concentración de droga en menor volumen de aplicación. Acción localizada que evita complicaciones sistémicas, reducción de costos de droga, hospitalización y recursos humanos, mejora calidad de vida (terapia ambulatoria, reducción de mutilaciones, preserva estética y función).

Conclusiones: Dado el excelente control de la P.F.B. con quimioterapia Intralesional y Tópica y el importante beneficio de la metodología de trabajo aplicada, centramos nuestra esperanza en que se pueda implementar esta técnica y aceptar dicha metodología en los grupos de trabajo de Clínica Estomatológica.

ANALISIS DE LOS MECANISMOS DE ACCION TERAPEUTICA DE BRYOMIXOL

Hace varios años el autor, el Doctor Cesar Bertacchini, y otros decidieron unirse para promover y mantener la búsqueda de los investigadores Argentinos de los aspectos que creímos necesarios para alcanzar el éxito global definitivo en la lucha contra el cáncer mundial. Uniendo fuerzas con el Centro de Investigación, los resultados se hicieron disponibles a la comunidad científica, médica y equipos de más de quince años de investigación en este estudio, cada planta y cada espécimen botánico dio respuestas específicas. Estas respuestas llevaron a la sabiduría y a la necesidad de regresar a la medicina mas “primitiva” o medicina natural, manteniendo al paciente en mente todo el tiempo.

Los médicos que fueron entrenados en el Centro, lograron un gran progreso durante más de 5 años, en los cuales la investigación y la aplicación de formulas homeopáticas magistrales, comparables con las de la farmacopea homeopática mundial las cuales sobre todo se encontrarían efectivas si las siguientes cosas hubieran sido simplemente observadas:

- a) Que personas de cualquier país tal como el nuestro que han ignorado los efectos dañinos del comité consejero de la salud mundial, el cual se reunió en Génova en Noviembre de 1962 para establecer un programa nacional permanente para luchar contra el cáncer en países en los cuales fumar es promovido por medios de comunicación masiva los cuales están manos del gobierno, no poseen incentivo para pelear contra el cáncer. Solo están acostumbrados a vivir y morir de cáncer.
- b) Que estamos completamente convencidos que los factores inmunológicos están involucrados en la lucha contra el cáncer y la destrucción de las células neoplásicas. El paciente debe tomar en cuenta esto y debe estar consciente de este principio ya que este es el personaje principal en esta lucha
- c) Que la OMS nos recuerda que en 1987 la” mitad de casos de cáncer y dos tercios de las muertes ocurrieron en los países desarrollados”. Dado esto, nosotros en los países en desarrollo no tenemos ni una oportunidad de desarrollarnos. El cáncer en los países en desarrollo es más prevalente y requiere herramientas más grandes. La lucha y el reto están en estos países y debemos comenzar ahora.

d) Que ningún proceso curativo puede comenzar si no existe esperanza. La esperanza puede ser encontrada si el paciente cree que algo o alguien puede ayudarlo a mejorar. El doctor Bernie S. Siegel nos recuerda que “La esperanza es buena medicina”

Por eso es que hoy en día es un placer mostrar esta humilde proposición hacia a la comunidad científica internacional, la cual propone un restablecimiento del problema y pide pensar sobre los dos personajes más importantes en el capítulo del éxito final contra el cáncer, sin los cuales la batalla no tendría ningún éxito y cada proposición que no los tome en cuenta, está destinada a fallar: EL PACIENTE y EL MEDICO. También propone una actitud más joven de rebelión, la cual es buena para la ciencia: en lugar de vivir con el mal, debemos destruirlo. Debemos inclusive poner esa rebeldía en la composición genética de cada ser humano. Es allí de donde finalmente vendrá nuestro éxito.

Buenos Aires, Argentina

Julio, 1991 Cesar Bertacchini, MD.

BRYOMIXOL: UN METODO TERAPEUTICO POCO CONVENCIONAL

Encarado con la necesidad de presentar a la comunidad científica para su juicio la efectividad y los posibles mecanismos de un método de terapia poco convencional, la primera cosa que debemos encarar es el escepticismo.

Por otro lado necesitamos dejar muy claro que desde el principio, nuestro método contiene lo que consideramos la regla principal en la práctica médica: "Primum non nocere*" la cual ha sido demostrada en nuestra experiencia con animales y miles de pacientes que han recibido el tratamiento en los últimos años.

“Homeopática”, un nombre otorgado a las sustancias que se usan en nuestros medicamentos porque no es posible medirlas o detectarlas por métodos de la ciencia moderna, trataremos de aplicar un acercamiento riguroso semántico y científico al tema. La Medicina Homeopática se define como la que es usada para producir una cura en el paciente, a través de la aplicación de sustancias, las cuales son capaces de producir los mismos síntomas que causa la enfermedad. Las drogas usadas se dan a la máxima disolución posible ya que una dosis significativa puede ser toxica. La teoría homeopática dice que mientras mayor sea la disolución mayor será el efecto, ya que las propiedades de las drogas son ultimadamente transmitidas por la memoria molecular de agua.

Dada esta afirmación sería lógico preguntarse, si los efectos de este medicamento son producidos por la presencia de moléculas la cuales están en cantidades tan microscópicas que son indetectables por la tecnología actual. Esta posibilidad está muy desacuerdo con la lógica científica, especialmente si tomamos en cuenta la alta sensibilidad de algunos de los receptores nerviosos en algunos organismos vivientes. Por ejemplo se sabe que las células olfatorias humanas detectan sustancias como el methylmercaptan en concentraciones de 1/25 billones de miligramo por mililitro de aire. ¿Porque no entonces podemos aceptar la hipótesis de la

posibilidad de la existencia de algún tipo de receptor similar en el sistema inmune capaz de capturar sustancias en dosis extremadamente bajas y reaccionar positivamente ante esa dosis? Por ejemplo se conoce que en numerosas sustancias vegetales produce mitosis en leucocitos "in Vitro".

Phytohaemagglutinina extraída de la planta *Phaseolus Vulgaris* (Frijol Rojo) es capaz de estimular la reproducción celular de los linfocitos "T" "in Vitro" idealmente en una dosis de 100 ugr/ml y no posee efecto a los 10 ugr/ml. Tampoco posee ningún efecto una vez la concentración pasa los 1200 ugr/ml.

A partir de esto podemos deducir que muchas sustancias pueden poseer acciones similares a ciertas concentraciones como la Concavalina A. La cual es extraída de la *Concavalina Esiformis* (Frijol Ancho) la cual estimula un grupo de linfocitos "T" diferentes de los que estimula PHA (phytohaemagglutinina A). El mitogeno de la *Phytolacca Americana* (PWM) estimula las células "B" y un subgrupo de células "T".

Casos. Áreas Tumorales

Los numerosos casos que se trataron mostraron una respuesta clínica positiva en mayor o en menor grado. Los casos más tempranos fueron estudiados intensamente y preparados para publicación.

Los tumores que respondieron a mayor grado a nuestro tratamiento, como se esperaba son los que poseían un grado mayor de indiferenciación; debido a sus características antigénicas y por el grado de disimilaridad entre sí, y los genotipos y características antigénicas de las células normales, poseen mayor probabilidad de una respuesta inmunológica eficiente

Los estudios histológicos que fueron hechos nos dan ciertos mecanismos posibles de acción que se correlacionan con la respuesta clínica obtenida.

Los estudios microscópicos mostraron casi la completa delimitación de las áreas tumorales por estructuras conectivo-vasculares que parecen poseer morfologías dispersas de acuerdo a su proximidad con el tumor y el nivel de desarrollo cronológico, poseyendo al principio una gruesa pared endotelial con infiltrados linfocíticos, con núcleos enrollados que en ocasiones pueden ser observados perforando la pared vascular en un estilo similar a las vénulas post capilares de origen "T" del ganglio linfático.

Estos vasos aparentemente evolucionan hacia la hialinización y el adelgazamiento, volviéndose rodeados de un tejido conectivo denso, en las siguientes etapas y resultando en una especie de red intravascular conectada la cual es repetida de una manera observable en los diferentes especímenes estudiados. En cada caso en las cercanías de los vasos peri y las áreas intratumorales, la presencia de numerosos mastocitos fue observada usando la técnica Giemsa (estos elementos celulares fueron considerados una buena prognosis en el trabajo del carcinoma mamario).

Otra característica notable es la barrera leucocítica la cual aparece en la zona de contacto con el tumor. En toda la probabilidad es allí donde se desarrollan toda clase de fenómenos inmunoactivos, ya que donde se encuentra la mayor concentración evidenciada de macrófagos y células "T".

Antes de continuar con las descripciones histológicas debemos tomarnos una breve pausa para citar el precedente morfológico de los cambios observados en estos casos.

En un estudio, Ray y sus asociados en 1982 investigaron la respuesta a la inmuoabsorción de plasma extra-corporal con *Staphylococcus aureus* no viables en un adenocarcinoma metastizado del colon.

En esta ocasión la serie de biopsias mensuales de una masa umbilical metastizada demostró la presencia de la neovascularización con polimorfonucleares, eosinofílico y plasmocelular que se infiltran en el primer mes; después de eso apareció la hyalinización progresiva del estroma con una formación de vasos epiteliales planos como los observados en nuestros casos y cambiados en el infiltrado con una cantidad mayor de elementos celulares mononucleares y áreas focales plasmocíticas.

La diferencia con nuestros estudios es la cantidad y extensión de la necrosis apreciable la cual es claramente mayor a la apreciada por Ray y sus asociados. Otra diferencia es la ausencia de eosinófilos y la constante presencia de mastocitos (o células cebadas) las cuales como mencionamos, algunos escritores asocian con una mejor prognosis en tumores mamarios.

Los estudios de inmunohistoquímica hechos en los especímenes, nos permitió demostrar la sobrecogedora presencia de macrófagos en las fronteras tumorales. Estos también fueron asociado a estructuras neovasculares y a sectores intratumorales.

El número de linfocitos "T" observados también fue mayor en los bordes tumorales y el área perivascular; los linfocitos "B" resultaron ser menos numerosos y predominantemente perivascular.

Estamos convencidos de la importancia del rol que estos elementos celulares juegan en los resultados obtenidos por Bryomixol. En muchas publicaciones son los que se creen capaces de interacción con células vasculares endoteliales (presentes también en grandes números en la producción de interleukines II, I1 6, GM-CSF, MIF, etc.) y el importante TNF (Factor de Necrosis de Tumor). A través del TNF, los macrófagos estimulan la producción de otros macrófagos TNFmARN (ARN es el mensajero de TNF), los cuales con la estimulación de otras leukocinas es transmitida nuevamente a la proteína TNF.

En su interacción con otras células endoteliales el TNF produce la expresión de estructuras por adhesión de membrana: ELAM 1 y ICAM 1 (célula endotelial leucocito molécula de adhesión 1 y molécula de adhesión intercelular 1) la cual favorece selectivamente el aislamiento de los linfocitos "T" a la pared vascular y su exterior de los tejidos.

En adición a sus funciones citotóxicas las células "T" favorecen la aparición y diferenciación de los mastocitos a través IL3 (interleukin 3); los mastocitos activados interactúan con los fibroblastos haciéndolos perder su inhibición por contacto (demostrado en cultivo de tejido), favoreciendo la colagenosis y fibrosis.

Se sabe que los linfocitos "T" son capaces de estimular a través por agregación de afluencia de células de sector "B", siendo ellas detectables por inmuno marcadores y expresados por los plasmocitos activados marcados positivamente para cadenas de Kappa y Lambda.

En resumen, de los estudios de los elementos celulares presentes, hay evidencia de un fenómeno inmune activo bien desarrollado y estructurado, del cual el sector “T” es principalmente asociado adecuadamente con elementos del sector “B” y su alto efecto necrotizante, demostrado por la intensa necrosis tumoral observada en los especímenes estudiados microscópicamente, la cual alcanza el 80% en el caso de la metástasis carcinomática de las células renales. Esto contrasta con lo que se observó cuando hay una reacción inflamatoria peritumoral, en casos no tratado con terapias homeopáticas ocurre lo opuesto: numerosos elementos linfoides los cuales son incapaces de destruir el tumor.

CÉLULAS TUMORALES. LA MANERA ACTUAR DE LA MEDICINA HOMEOPÁTICA

Otro elemento importante que se debe tomar en cuenta es la respuesta de las mismas células tumorales: una característica sorprendente observada en los casos tratados, es la presencia de abundantes anomalías celulares, nucleares y mitóticas aberrantes en las células malignas. Los cambios son tan evidentes que ellos sugieren los resultados encontrados por otros tratamientos (quimioterapia, radioterapia), aunque estos pueden que no hayan sido administrados a los pacientes estudiados. Esto probablemente lleva a la célula tumoral a una mayor labilidad por menor diferenciación y hacia una gran tendencia hacia mitosis abortiva. Este mecanismo en sí alimenta la cadena inmune otra vez cuando libera los productos de la fragmentación celular, los cuales seguramente formarán parte de los agentes que tienen la capacidad de montar la respuesta antigénica. Más aún, las toxinas celulares las cuales son producto de necrosis tumoral provocan un fenómeno intratumoral inflamatorio y trombotico, el cual incrementa la posibilidad de su destrucción debido al decremento de la irrigación tumoral. Este fenómeno es homólogo a lo observado en el rechazo de tejido trasplantado, en el cual los anticuerpos se adhieren a la endotelio vascular del órgano trasplantado, provocando la activación de fragmentos de complementos y sirviendo de sustrato para la adhesión de los leucocitos polimorfonucleares, los cuales al mismo tiempo destruyen las células endoteliales, permitiendo la parcial o total adhesión de plaquetas, coagulación y obstrucción vascular.

Es interesante notar, con respecto a este último mecanismo, que las arteriolas y las arterias pequeñas muestran fenómenos de vasculitis, pero no de trombosis. En cambio, los vasos, que en teoría remueven los productos de la destrucción del tumor muestran fenómenos tromboticos.

Las marcadas atipicidades anteriores mencionados, nos llevan a dos posibles análisis: por un lado podemos deducir que la activación del mecanismo de defensa producido por medio de anticuerpos y complejos citotóxicos está actuando en las células tumorales intra y extracelular o alteraciones metabólicas, las cuales incrementan la diferenciación de las células atípicas. Esto puede ser interpretado como un epifenómeno de una estimulación general del sistema inmune.

Por el otro lado podemos suponer que el tratamiento homeopático, actúa como un mitogénico general y estimulante a nivel de todos los componentes celulares del organismo, además de influenciar el sistema inmune, también influye las células atípicas favoreciendo su

reproducción mitótica y provocando mayor indiferenciación. En el caso de tumores malignos o levemente diferenciados, este fenómeno puede resultar en un efecto destructivo para el tumor en sí mismo.

Nosotros imaginamos que el microclima tumoral es un sistema inestable en crisis, muy cercano a la insuficiencia nutricional e hipoxia, por sus características y la evidencia histológica por la cual los tumores altamente malignos frecuentemente muestran numerosas áreas necróticas. Imaginemos un microambiente tumoral cercano a la hipoxia y acidosis metabólica por la falta de irrigación, estimulada a una reproducción celular masivamente activa.

En este modelo sin duda el resultado será necrosis tumoral. Esto, en conjunto con la acción general y la acción del sistema inmune por la medicación nos permitiría la destrucción de los tumores por medio de mecanismos metabólicos por un lado y por mitosis abortiva y células no viables resultantes por el otro, y finalmente por destrucción citotóxica resultante por la retrasada acción (celular) del sistema inmune. Al mismo tiempo este punto de vista presentaría la mejor respuesta a la radioterapia y quimioterapia, a la cual 95% de nuestros pacientes son referidos y que nosotros evaluamos por métodos de imágenes diagnosticas.

La radioterapia, al igual que la quimioterapia es altamente efectiva en células que están en estado de división celular o en la etapa de síntesis de ADN. Es evidente que si el tumor es grandemente estimulado, la posibilidad de labilidad es mayor.

Juntando estas especulaciones con la idea de que el método Bryomixol es un estimulante general adecuado, podemos explicar la respuesta subjetiva mejorada que todos nuestros pacientes han tenido a la quimioterapia. Ellos nos han hecho saber que siente grandes diferencias en la incidencia de vómitos, náusea, dolores de cabeza, etc., cuando están bajo el tratamiento en comparación a otras metodologías.

De igual manera la alta y rápida recuperación de los valores del hemograma en post-radioterapia al igual que después de la quimioterapia; y dentro de los valores del hemograma la estimulación de los monocitos es bastante evidente también.

En los pacientes tratados el conteo de monocitos varia, del usual 2% a 3% hasta 5% o 6% inclusive hasta 8%, este ultimo valor siendo en casos de mejor respuesta.

Esto ocurrió en una paciente tratada por metástasis múltiple de células renales de carcinoma quien demostró una elevación de monocitos al principio del Segundo mes de tratamiento, el cual continúo hasta llegar al 8% después de 14 meses, con desaparición de metástasis inclusive del área sin tratar, del riñón.

MACRÓFAGOS Y FRONTERAS TUMORALES

Como bien se sabe los monocitos son los percusores circulantes de los macrófagos histicos. Estos son componentes celulares capaces de ser estimulados experimentalmente para reproducirse y ser activados; por ejemplo en las cavidades pleuroperitoneas con la inyección de antígenos bacterianos. Estos han sido sujeto de estudio en animales y humanos de experimentación a través de la activación directa por *Corynebacterium parvum*, BCG, etc., y

estimulación indirecta a través de los linfocitos “T” por estos mismos organismos, como modelo para terapéuticas inmunes antitumorales.

Se ha sabido por un tiempo que los macrófagos cuando están activados, poseen diversos “loci” de recepción en la membrana celular pudiendo fijarse ellas mismas a componentes cubiertos de IgG, a una fracción del complemento C3G, a las paredes de microorganismos y lectina vegetal. Tal vez en futuras investigaciones podríamos encontrar compuestos que en dosis bajas produzcan la respuesta de activación macrofágica y talvez tenga relación con la lectina vegetal.

La alta concentración de macrófagos encontrados en las fronteras tumorales no ha sido descrita por otros investigadores de este campo. Por el contrario, en 1989 Norazmi et al., mientras hacía imágenes de video computarizadas descubrió que los tejidos normales poseen un numero significativamente mayor de células mononucleares (linfocitos, macrófagos) que los tejidos tumorales en pacientes con carcinoma de colon. Después de analizar los infiltrados cuantitativa y cualitativamente ellos descubrieron que los macrófagos estuvieron ausentes o presente en números bajos en la frontera tumoral. Estos datos coinciden con los de Csiba et al. hechos en 1983 con los que Row et al. condujeron en 1984 con respecto a los tejidos mamarios con carcinoma.

Con respecto a los macrófagos, Mantovani y Evans declararon que desde que estos están activos contra los tumores dentro y fuera de sí mismos, su usual reducción en las áreas peritumorales podría ser responsable por la reducida respuesta antitumoral de huésped. La acción clínica de los efectos de medicinas homeopáticas puede ser vista en muchos casos, como el de un paciente con metástasis de carcinoma renal quien mostró una evolución altamente favorable de su metástasis cerebral cuando en diciembre de 1989 había mostrado una cuadro terminal, acompañado de metástasis cutánea, pancreática y hepática. El fue tratado únicamente con 5000 Rads craneales además del tratamiento de homeopático. Lo encontramos 14 meses más tarde en un estado perfecto sin metástasis pancreática o hepática y una reducción de la metástasis cerebral mostrando un foco cicatrizado, el cual parece ya estar calcificado. Una metástasis cutánea la cual fue suprimida después de 4 meses bajo el uso de tratamientos, la cual se había encogido a la mitad de su tamaño original sin ningún tratamiento adicional local o general, nos permitió conducir una de las observaciones con marcas inmunes.

Otro caso muy interesante nos permitió observar la reducción de una metástasis hepática de una adenocarcinoma mamario hasta que desapareció.

Otro caso muy interesante es el de un paciente con un carcinoma Cavum indiferenciado que durante la radioterapia mostró incremento tumoral en lugar de reducción. Cuando empezó en tratamiento mostró una mejora rápida, tanto clínica como tomográfica, y ahora está en perfecto estado general sin recidiva de su enfermedad.

Reducción y eliminación de metástasis y tumores primarios.

UNA TERAPIA EN CONJUNTO.

Hay muchos casos como los citados en las terapéuticas homeopáticas, ya sea solo o en conjunto con radioterapia o quimioterapia han logrado reducir e inclusive remover la metástasis y los tumores primarios. Su acción varía en relación a los cuatro aspectos de la enfermedad, como sigue:

1) La etapa de la invasión de la malignidad y sobre todo el volumen de la masa tumoral.

Mientras mayor sea la masa tumoral, mayor es la dificultad de curarla, mientras que lo opuesto es cierto en masas más pequeñas (inclusive en casos de metástasis cerebral o hepática cuando estos son aislados o pequeños).

2) El tipo de tumor. Mientras más indiferenciado sea la malignidad, mejor será la evolución y la histología. Los casos con la respuesta antitumoral menos específica (inclusive mejorando el estado general del paciente) son encontrados en tumores bien diferenciados que poseen un bajo grado de agresividad.

Esto sugiere que cuando el tipo histológico es más similar al de las células normales del organismo humano normal, la posibilidad de exhibir antígenos capaces de poner una respuesta inmune adecuada es menor.

3) La edad y el estado de salud general del paciente son importantes. Mientras más joven sea el paciente, mejor es la respuesta; mientras más saludable es mejor la posibilidad de reacción. Podemos asumir que esto tiene que ver con la integridad del sistema inmune.

Se sabe que en cada especie el envejecimiento resulta en una reducción de los mecanismos de defensa. Es probable que exista una pérdida total de los clones de las células madres inmunológicamente excitables en la médula ósea, el bazo y los ganglios linfáticos (los órganos que se tienden a atrofiar y disminuir con el envejecimiento).

El tratamiento asociado con la terapia homeopática, son sin duda los responsables por la diversidad de resultados obtenidos. Por ejemplo, estamos en una posición de proponer, sin oponernos que para llegar a conclusiones más definitivas es necesaria más investigación, que el adjuntar la radioterapia localizada en sectores, los cuales no afectan al individuo, globalmente alteran su sistema inmune, sin embargo es altamente positivo. Los casos más espectaculares de remisión tumoral han sido obtenidos con este adjunto. Por el otro lado, la quimioterapia se vuelve rápidamente atenuada así como que su progreso subjetivo (vómitos, náusea, dolores de cabeza, apetito, estado general) y su progreso objetivo (hemograma, resistencia a las infecciones, capacidad para actividad física, etc.) no muestra reducción espectacular de las masas tumorales. Una excepción a esta tendencia ha sido en algunos casos de carcinoma de células pulmonares pequeñas (carcinoma de célula de avena) y otros tumores indiferenciados del neuroblastoma y tipos agudos de leucemia en niños que muestran mejoría marcada.

El balanceo de estas cuatro variables siendo estas: 1) tamaño tumoral, 2) tipo histológico, 3) edad y estado general, y 4) terapia adjunta, nos dan los elementos necesarios para una prognosis preliminar del tratamiento en cada caso.

Estamos muy conscientes de que este es un tema que debe ser bien estudiado en el futuro con la misma o mayor intensidad que la investigación básica (mecanismo de acción) para así poder encarar con certeza cada tipo de tumor o cada caso particular de tumor.

En el presente unos cortos 5 años en los cuales el método homeopático ha sido usado, nosotros no estamos en la posición de aconsejarle al paciente que abandone ninguno de los métodos clásicos de tratamiento disponible. Lo último en muchas instancias, son puramente paliativos sin detener la enfermedad mientras al mismo tiempo destruyen el sistema inmune del paciente logrando así que cuando la terapia se suspenda o ninguna terapia esté disponible, la progresión tumoral es inexorable, debido a los mecanismos de defensa y el estado general del paciente están completamente devastados sin haber completado la destrucción del neoplasma.

En conclusión a esta breve introducción a la terapia homeopática podemos establecer que nos encontramos frente a un método de tratamiento contra los neoplasmas el cual es inocuo y posee muchas ventajas debido a la facilidad de administración, su alto grado de tolerancia y sus efectos benéficos comprobados.

Entre estos efectos podemos citar:

- 1) Un incremento en la actividad inmune antitumoral la cual es demostrada histológicamente en el incremento de la destrucción y la necrosis de los tumores, la cual marca la diferencia en el infiltrado peritumoral inflamatorio mononuclear, el opuesto de lo observado en los casos no tratados, con un incremento de macrófagos y linfocitos "T".
- 2) Una mejor tolerancia en comparación con los tratamientos oncológicos usuales (radioterapia, quimioterapia) demostrado por las manifestaciones subjetivas de los pacientes y por exámenes de laboratorio, con una recuperación más rápida del hemograma y de su estado general.
- 3) Reducción objetiva del tamaño del tumor a través de estudios de imagen conducido en los pacientes tratados ya sea por si misma o en conjunción con otros métodos clásicos.
- 4) Extensión de la expectativa de vida de los pacientes diagnosticados como terminal. Esta extensión en todos los casos excede el pronóstico por varios meses e inclusive se ha llegado a alcanzar una cura.

Dados estos hechos, tendemos hacia la profundización de nuestros estudios de los mecanismos de acción, los cuales están casi seguramente relacionados a la estimulación y activación de los macrófagos y la célula "T" por una o más de las sustancias que utilizamos.

Estos mecanismos poseen homologo con, por ejemplo, la actividad de estimulación de linfocitos CD4T (ayudantes "T") en humanos, la cual se encuentra en la Jacalina, la cual es extraída de las semillas de *Astrocarpus Heterophyllus*. Mas aun la presencia de receptores para eritrocitos de oveja no opsonizados, ha sido efectivamente demostrado, lectin-similes en macrófago murino; un sistema que es capaz de efectuar hemopoyesis e inmunocompetencia de macrófagos a través de la interacción con glucoconjugados sialinizados.

Toda esta información nos llevo a planear estudios futuros en estimulación in Vitro de macrófagos y linfocitos "T", como medios para obtener certificación convincente del mecanismo de investigación a un nivel básico de investigación y también para determinar el subgrupo linfocítico en pacientes bajo tratamiento.

Buenos Aires

Argentina, Julio 1991. Dr. Cesar Bertacchini, M.D. et al.

Oncólogo

PUBLICACIONES EDITADAS EN DIVERSAS REVISTAS DE PSICONCOLOGÍA

CÁNCER HOY

El arsenal de técnicas y medicamentos que se encuentran en la actualidad a disposición de los médicos, solo permite curar la cuarta parte de las enfermedades que atacan a la humanidad, el resto es incurable o auto limitante, de alguna manera se cura solo.

El médico actual, corre el riesgo de ser apabullado por la gran cantidad de información, y avasallado por la tecnología, de manera que mientras progresa la ciencia para curar, el arte de curar, queda relegado a una imagen romántica en el mundo de la medicina.

Existe algún elemento en la conciencia de cada paciente, que marca una diferencia en la reacción del cuerpo a la enfermedad y a los diferentes tratamientos, algo tan efímero como una actitud, un gesto del médico, o sentimiento, pueden dejar su impronta en el organismo, relevando a la incertidumbre, cualquier pronóstico o respuesta terapéutica.

La realidad es que el cáncer existe, persiste y resiste todas las tentativas y experiencias realizadas hasta ahora para lograr su cura definitiva, solamente se obtuvieron los mayores éxitos en el área de la educación, prevención, y diagnóstico temprano, logrando disminuir sensiblemente en los EEUU, las tasas de mortalidad por cáncer.

Es por tal razón que los esfuerzos actuales se orientan hacia el mayor conocimiento de los factores de riesgo promotores del cáncer, y a su prevención.

La incorporación de terapias sistémicas coadyuvantes y complementarias inmunoestimulantes, como BRYOMIXOL aumentaron el periodo libre de enfermedad, produciendo en términos relativos una reducción de la mortalidad específica entre un 40% y un 50%.

A pesar de los avances en el tratamiento y conocimiento de la biología del cáncer, el resultado, en las metástasis a distancia, aún, con la incorporación de nuevos fármacos es desalentador, en los últimos 20 años, no se observaron cambios significativos en la mortalidad del grupo de pacientes con cáncer de mama que hicieron solamente tratamientos clásicos, como único recurso terapéutico.

Hoy aparecen estrategias biológicas que incluyen anticuerpos monoclonales, inmunoconjugados y terapias de tipo génico, pero su evaluación requiere años de estudio.

Existe en la actualidad una toma de conciencia de que en realidad, siguiendo a Sir William Osler “Es más importante conocer el tipo de paciente que padece una enfermedad, que la enfermedad que un paciente padece”. Si podemos cambiar el termino de enfermedad, por el de CÁNCER, tendremos una nueva visión, desde donde poder comprender mejor la evolución, y los diferentes enfoques terapéuticos posibles.

Cada paciente, es un individuo único, e interrelacionado con sus condiciones biológicas preexistentes, los acontecimientos psicosociales, y la enfermedad.

Freud, sostiene que “Las emociones que no se manifestaron en actos o palabras, encontraran expresión en alguna alteración física.”. Es posible que las emociones abran el camino para que se desencadene en un organismo predispuesto, una disminución de la potencia del sistema inmunológico, y así iniciar el proceso hacia el desarrollo del cáncer.

Como ya es derecho adquirido de la humanidad a su salud, es creciente la demanda por parte del paciente y su familia, a respuestas y soluciones ante la crisis de enfermedad, los médicos, tenemos la obligación de satisfacerla, de uno u otro modo, pero siempre, privilegiando las emociones y necesidades del paciente, antes que las del médico actuante.

No debemos descalificar métodos terapéuticos contra el cáncer, capaces de producir algún tipo de remisiones, por no conocer su intimo mecanismo de acción, cualquier tratamiento de un cáncer avanzado, que produzca alguna respuesta positiva, es de interés biológico, justificando estudios y nuestra atención, para evaluar su potencial clínico.

La valoración de la respuesta terapéutica, no solo se debe orientar hacia la remisión del tumor, y duración de la misma, sino también, a los índices de calidad de vida, como rendimiento físico, situación psíquica y bienestar de los enfermos.

Del mismo modo como algunos factores emocionales pueden contribuir al desarrollo del cáncer, otros tantos pueden contribuir a su regresión, es nuestro deber, involucrarnos con la problemática de cada enfermo, y ayudarlo a sostener, y reforzar su capacidad para hacer frente a la enfermedad, en todo nivel, aun el psicológico.

Cuando procedemos con inteligencia, sensibilidad y compromiso real ante la situación, los resultados son francamente positivos, tanto para el paciente, como para el oncólogo, como revelación para éste, que la especialidad también puede ofrecerle aristas de esperanza y gratificaciones, ante las vicisitudes del cáncer y su tratamiento.

Es esencial, como medico frente al paciente, tomar conciencia de que aunque no exista una terapia específica para ese caso, siempre habrá un recurso que pueda, y deba hacerse, para

ayudar al enfermo, y su familia a soportar la experiencia, la abstención, si bien resulta en ocasiones una conducta terapéutica válida, anula toda esperanza.

Dr. César Bertacchini
Oncólogo

RELACIÓN ENTRE EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y SU MÉDICO DE CABECERA

Resulta sorprendente para mí, observar en ocasiones, como, el vínculo entre el oncólogo de cabecera y el paciente que debiera ser fuerte y comprometido, se resquebraja, cuando el enfermo, con su Yo disminuido, su imagen corporal alterada, y sus temores, se enfrenta a la distancia impersonal y autoritaria de algunos colegas, entonces por temor a la crítica o al abandono, ocultan deliberadamente, su necesidad interna de recurrir a un nuevo plano de interacción médico paciente, en búsqueda de respuestas, para aliviar su crisis existencial frente al cáncer.

A la culpa que la enfermedad genera de por sí, se suma la culpa por el engaño, al ocultar por miedo al enojo de su médico oncólogo, que también, como complemento de la quimioterapia hacen también conmigo otro tratamiento no convencional.

Entonces, el paciente se siente confuso y en soledad, ante la imposibilidad de transmitir su angustia, en el ámbito íntimo de relación, con quien debiera ser su médico de cabecera responsable de su futuro.

Quien no entienda este fenómeno, perderá inevitablemente la esencia misma del acto médico, y a su paciente, quien depositará en mas la confianza y fidelidad en una renovada relación, oculta a los ojos del especialista oncólogo, quien a partir de ese momento se convertirá en instrumento necesario, por su Seguro Médico, como expresión máxima del tecnicismo frío, distante y hasta temido, en la fantasía del enfermo.

Cada médico sustenta, de acuerdo a su historia personal, formación científica, moral, cultural etc., sus decisiones y el criterio a seguir, con relación al tratamiento y al enfermo sujeto.

Lo que a mi modo de ver resulta imperdonable es el abandono, o la intolerancia hasta el fastidio que algunos de mis colegas transmiten al enfermo, cuando la familia o el paciente ante la crisis de la enfermedad, plantea, o insinúa la posibilidad de recurrir a otro tratamiento complementario no convencional que también pueda ayudarlo, si éste, no cumple con el rigor de las verdades científicas, que satisfagan el modelo que tienen incorporado, como sustento tranquilizador de sus decisiones.

Debemos tener en cuenta, que no siempre las leyes y las verdades de la ciencia, se relacionan con las leyes y las verdades de la realidad y de las necesidades humanas.

La experiencia del oncólogo como individuo, sus acontecimientos y vivencias personales de dicha o de infelicidad, resultan de importancia, a la hora de entender y comprender, las situaciones de crisis y angustia del paciente y la familia, ante el riesgo de vida que implica la enfermedad, y las diferentes circunstancias con sus entornos.

Aunque sea un producto del hombre, la ciencia desconoce el poder de las emociones, ya que sus postulados dejan de lado las subjetividades, como principio y fin de sí misma, pero existe en un momento, un punto, de contacto, entre la conciencia del paciente y la del médico, y es allí, donde nace, más allá de las leyes científicas, cualquier principio terapéutico.

Dr. César Bertacchini

Oncólogo