

La oncología complementaria



Santos Martín
Dr en Medicina
(España y Alemania)
Especializado en
oncología de concepción
antroposófica.

INTRODUCCIÓN

Desgraciadamente, los casos de cáncer de mama se han convertido en algo tan habitual que rara es la familia que no lo sufre en sus propias carnes. Afortunadamente, una neoplasia de mama ya no es tan dramática como hace algunos años; desde el punto de vista mutilante de las operaciones disponemos de técnicas quirúrgicas menos agresivas y las terapias, mucho más específicas, limitan mejor el daño.

Pero en lo que a las cifras de mortalidad se refiere (si bien hay algunos países como EE.UU, Inglaterra, Suiza y también España que han logrado en los últimos años disminuir¹ los valores de mortalidad en algo así como un 2-5%), se mantienen aún en valores estables o incluso ascendentes en muchos países que para nada son tercermundistas.

La mortalidad a los cinco años es también muy diferente puesto que mientras en el sur de Europa es de 15 por cada 100.000, en el norte llega al 29 por cada 100.000².

España, que tenía cifras muy bajas de cáncer de mama en los años 70, ha incrementado sus cifras: se diagnostican actualmente unos 16.000 nuevos casos/año, falleciendo unas 6.000 mujeres/año y, aproximadamente, el 70 % de las mujeres diagnosticadas sobrevive más de 5 años³

PREVENCIÓN

Prevención primaria (evitar que se produzca un tumor).

Teniendo en cuenta factores de riesgo de los cánceres de mama como la edad de la primera gestación, tipo de alimentación, ejercicios, etc. la prevención resulta complicada ya que depende de la respuesta de cada una de las interesadas en función de su personalidad, expectativas de vida profesional, maternidad, feminidad etc. Hay evidencias de que ciertas formas de alimentación: gran consumo de vegetales, hortalizas y ensaladas, disminución del consumo grasoso y de alcohol así como hacer deporte (4 horas semanales) disminuyen la incidencia sobre todo en mujeres menores de 45 años y evitan el sobrepeso.

La industria farmacéutica, que sabe perfectamente lo mucho que cuesta "renunciar" a ciertos hábitos en nuestra sociedad, también aporta su granito de arena en esta lucha y así parece ser que el uso de antiestrógenos en mujeres con riesgo de cáncer de mama puede ayudar a limitar los tumores en sus formas tanto invasivas como no invasivas. Además presentan el beneficio de estabilizar los minerales de los huesos y evitar con ello la osteoporosis. Sin embargo, estos tratamientos incrementan el riesgo de accidentes vasculares y el cáncer de endometrio (fácilmente controlable) ¿Cuanto tiempo es eficaz esta terapia? ¿Qué sucede a largo plazo? Son preguntas con respuestas aún inciertas. Por supuesto se han desarrollado ya nuevos productos que en teoría son tan eficaces como los primeros pero con menos efectos secundarios. Solo el juez implacable del tiempo lo dirá.

Algunos estudios con retinoides, vitamina D3 y E parece que muestran una cierta, pero pequeña eficacia, a la hora de disminuir los tumores de mama.

Prevención secundaria (es decir, las técnicas que podemos usar para descubrir lo antes posible los tumores con la idea de que cuanto más pequeño sea el tumor más fácilmente lo controlaremos)

La más común es la (auto)palpación, fundamentalmente en la primera parte del ciclo, independientemente de las realizadas por el ginecólogo o médico de familia -cuya efectividad está en discusión - puede ser un primer punto de control. Sobre todo gana en valor y significado en aquellas mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama. Pero puede dar lugar a una cierta neurosis obsesiva o hipocondríaca, que no hay que olvidar.

La mamografía se considera como el pilar fundamental para el diagnóstico precoz. Es importante señalar que con la mamografía no prevenimos absolutamente nada, sólo intentamos descubrir antes los tumores y con ello actuar cuando, en teoría, las posibilidades terapéuticas son más eficaces. En principio la idea de la mamografía parece excelente pero si miramos las cifras ... no es tan convincente en valores globales⁴. En el colectivo de 40-49 años no hay acuerdo sobre su beneficio⁵. Sólo en el colectivo de mujeres mayores de 50 años parece que semejante estilo de prevención tiene algún sentido⁶. Si estudiamos los resultados de dicho colectivo en 1000 mujeres durante 10 años, a las cuales se les realiza una mamografía, 6 de ellas fallecerán de cáncer de mama mientras que en el grupo de las no controladas la cifra será de 8. Sin embargo, el número de mujeres que fallecen globalmente por un cáncer de cualquier tipo, será idéntico en los dos grupos: un 7%⁷. ¿No debería ser menor el colectivo de las mamografiadas?⁸. El resultado final de dichas intervenciones no disminuye el número de fallecidas.

Por lo tanto, no estamos hablando de resultados tan significativos⁹ con dichas actuaciones que, además, generan interrogantes:

> En primer lugar, en mujeres a las cuales les realicemos mamografías de manera regular, vamos a descubrir más cánceres, entre un 20 – 30% pero, de la misma forma, serán entre un 10 y un 20% de tumores los que se nos escapen. Los que con más frecuencia descubrimos son los de crecimiento lento o, lo que es lo mismo, los menos peligrosos.

La mayoría de esos tumores pasarán a ser tratados con cirugía, quimioterapia y/o radio terapia. La eficacia de este cribado estará en función de las posibilidades terapéuticas que tengamos. Si tenemos tumor pero no tratamiento efectivo para él, nos ha servido de poco todo lo anterior.

> En segundo lugar, las técnicas gráficas son cada vez más sensibles y la consecuencia obligada de esto es que la especificidad es menor y con ello incrementaremos de manera importante los falsos resultados y por lo tanto esto nos conduce a tratamientos y pruebas diagnósticas innecesarias. También debemos mencionar un tema de más importancia de la que parece: la calidad de las valoraciones de las mamografías, asunto que desgraciadamente deja mucho que desear y que exigiría un buen control de las mismas.

Sobre las terapias

En el momento en que se diagnostica un carcinoma de mama, la gran mayoría (80 –90%) , son operables y sólo los restantes están ya con una diseminación metastásica. Desgraciadamente, hoy por hoy, de todos los tumores que se diagnostican, un 50-60% se extenderán por el cuerpo, hagamos lo que hagamos. En valores absolutos, el 60 – 70% de las mujeres sobrevive a los 5 años y un 30% los 10 años. Como es lógico, no podemos aun valorar la eficacia de los nuevos protocolos de tratamientos basados en conceptos diferentes como los factores de crecimiento epidermal, anticuerpos monoclonales o antiestrógenos de nueva generación, para lo que necesitamos que pasen unos años. Hablar de curaciones en estos tumores significa dejar pasar unos 20 – 40 años. La idea de los 5 años es sólo una referencia estadística de uso médico.

Es bastante difícil de predecir la manera en que evolucionará un tumor ya que son muchos los factores que juegan un papel en esto, desde la biología del tumor al estado anímico e inmunitario del huésped, pero lo que hoy conocemos sin lugar a dudas es que el tamaño del tumor, así como la afectación de los ganglios linfáticos y la existencia o no de metástasis, son decisivos para el pronóstico.

Hacer unas terapias u otras dependerá de diferentes criterios determinados por la enfermedad y la enferma. Así, si se desea

hacer un tratamiento quirúrgico más conservador (menor amputación) puede ser necesario realizar una quimioterapia previa. Pero en una visión general, no hay diferencias nada significativas entre las distintas técnicas que hoy se emplean en lo que a la supervivencia se refiere. Puede ser que los periodos libres de enfermedad sean algo distintos (meses o semanas) o que se haya logrado evitar una mastectomía radical. Las estadísticas antes mencionadas son válidas para las diferentes técnicas. El hecho de que países con capacidad económica similar tengan resultados algo diferentes, empleando actualmente actuaciones muy similares, puede deberse a los factores alimentarios y / o sociales que antes comentaba. Lo mismo podemos decir de la radioterapia. La realización de la misma no limita nada más que la aparición de recidivas locales. No influye prácticamente para nada en la supervivencia.

Quimioterapia y radioterapia han demostrado una eficacia aproximada del 8% en cifras globales en estos tumores, aumentando por consiguiente algo, las posibilidades de supervivencia¹⁰. En el momento que se presentan metástasis, lo que marcará la evolución de la enfermedad es el tumor, su capacidad infiltrativa, su biología, lo que a su vez está en relación directa con el estado del huésped. La acción de la quimioterapia y la radioterapia tienen una relevancia mucho menor. Es bien cierto que podemos hacer disminuir tumores con quimioterapia y radioterapia y que con ello en ocasiones mejoramos la calidad de vida de manera muy significativa pero apenas influirá dicha disminución en lo que a la supervivencia se refiere. Cualquier actuación en una paciente con metástasis debe de considerarse como un tratamiento paliativo – nunca curativo – y por ello ser muy conscientes de esto, a la hora de tomar decisiones, en lo que a los tratamientos se refiere. Saber esperar es para mí una regla de oro puesto que agresividad y eficacia raramente tienen una correlación. Baste como ejemplo el que hace uno años se hicieran gran cantidad de trasplantes de médula en los cánceres de mama, con resultados deprimentes. Cualquier terapia es un futuro que en muchos casos nos quitará una realidad: una buena calidad de vida.

LA ONCOLOGÍA COMPLEMENTARIA

La oncología complementaria (detesto el concepto “alternativa” puesto que no se trata de esto o aquello como una exclusividad, sino de complementar todo lo que podamos para combatir esta enfermedad), puede actuar desde muy diferentes lugares y siempre con un concepto amplio que no se limita a lo físico. El no trabajar con un único paradigma la hace muy incomprensible en ocasiones para quien sólo hace uso de uno. Yo empleo el que me confiere la visión de la Antroposofía. Uno más entre otros y tampoco deseo señalar ningún camino concreto como el adecuado, puesto que soy consciente de los muchos caminos que hay y no quiero entrar en la trampa de los modelos verdaderos. Pero esto no significa no poder evaluar lo que se hace.

Hay que tener claro lo que buscamos en cada una de las terapias y valorar si actúan o no. Una alimentación concreta no va destinada a disminuir una masa tumoral sino a mejorar la funcionalidad del organismo y no sobrecargarlo innecesariamente. Pretende incrementar la vitalidad, disminuir dolores, evitar vómitos / náuseas, mejorar las digestiones etc, pero no quitar el tumor.

La relación de los tumores de mama con la alimentación, con las formas de vida así como con los medicamentos, sobre todo los hormonales, es conocida y evidente. Que las mujeres Mormonas, con una alimentación vegetariana y sin alcohol ni tabaco, tengan una tasa de tumores de mama tan mínima, no se debe a factores genéticos. Sin pretender convertir a ninguna mujer a dicha religión, si que hay que decir bien alto que los únicos que han estado hablando en contra del tabaco, el alcohol o ciertas formas de alimentación hemos sido los médicos naturistas, mirados muy por encima del hombro por los alópatas. Que hayan sido los políticos los que traigan leyes antitabaco, como la que ahora se está aplicando en España, es muy significativo, sobre todo, si se tiene en cuenta que el colectivo médico español es de los más fumadores de Europa.¹¹ Carezco de información sobre cómo se alimenta el colectivo médico, pero si sé lo que “aceptan” que se ofrezca a los pacientes en los hospitales., que bajo ningún concepto cumple el Código Europeo contra el cáncer del año 2000.

Como Ser que va más allá de lo meramente material, la enfermedad puede tener también su causa en aspectos anímicos y éstos, más o menos claros a la hora de realizar la historia clínica, no pueden ser olvidados al plantear el tratamiento de esta enfermedad como la de un cuerpo sin alma. A diferencia de los apoyos psicológicos que se ofrecen desde la oncología clásica, pensados fundamentalmente para lograr la aceptación de la enfermedad (lo que de una manera implícita ya sugiere el mal pronóstico de la misma) están mucho más cercanos a la oncología complementaria el pensamiento de un Simonton, Le Shan o cualquier otro que intente modificar nuestra actitud, no para la mera aceptación de la enfermedad sino que, a través de métodos que puedan ayudar a recuperar el equilibrio, detenerla o...porqué no, superarla. En este sentido, una gran ayuda puede estar en el uso de la homeopatía, asociado o no a estas otras técnicas, ayudando a equilibrar un conflicto y encontrar una respuesta, permitiendo que el ser responda desde la estabilización. No conozco ningún caso de tumor que sólo con homeopatía se haya curado, pero sí de muchos que, con ella, han mejorado su calidad de vida física y anímica.

Metidos ya en los tratamientos convencionales, tanto la quimio, radio como la misma hormonoterapia están unidas a efectos secundarios importantes. Los fármacos que empleamos para luchar contra estas secuelas provocan a su vez nuevos efectos secundarios, de manera que los problemas se hacen cada vez más grandes. El uso de fitoterapias, homeopatía, medicina ortomolecular, cambios en la alimentación etc. pueden suponer una mejora sustancial a la hora de combatir estos problemas en el estado del paciente, al no incrementar los efectos secundarios y poder mejorar los problemas.

No sólo la quimioterapia y radioterapia actúan de manera inmunosupresiva, de la misma forma actúan una operación o una transfusión de sangre. La cuestión sin resolver es: ¿En qué condiciones queda nuestro sistema inmune después de estas terapias? Si sabemos que cuando una quimioterapia y/o radioterapia no es efectiva del todo se favorecen las recidivas y metástasis —espada de doble filo—, ¿tiene sentido aplicar terapias que pueden restaurar el Sistema Inmunitario?

El uso de productos como el *Viscum álbum* se ha demostrado eficaz en la reparación de ADN de los tumores de mama¹² y, sin esa reparación, difícilmente podremos combatir las células tumorales, ni siquiera con quimioterapia. Conocemos y está bien documentado el beneficio del *Viscum* en pacientes bajo quimioterapias agresivas en lo que a la calidad de vida se refiere y a la no necesidad de interrumpir los tratamientos por neutropenias.¹³ El efecto MDR (Multidrug Resistens), cuyo gen da lugar a una resistencia hacia la quimioterapia por parte de las células tumorales, supone una de las barreras más importantes a la hora de obtener una eficacia en el tratamiento con citostáticos. En estos casos, terapias como el *Viscum*¹⁴ y, mejor aún, cuando se combina con otros tratamientos sencillos, como la actuación sobre los antiportadores Na⁺/H⁺ por medio de tratamientos de fácil ejecución y carentes casi de efectos secundarios¹⁵ pueden proporcionar un gran beneficio a las pacientes, tanto en lo que a la eficacia de los tratamientos convencionales se refiere como sobre el mismo tumor.

Con mucha más frecuencia de la deseada nos encontramos en la situación de tener pacientes con una buena calidad de vida pero con un tumor intratable con los métodos convencionales. Son muchos más casos de lo que parece en los que la calidad de vida no se pierde, al menos de entrada, por la enfermedad y sí por los tratamientos. Poder realizar tratamientos no agresivos, carentes de efectos secundarios significativos, es una bendición para las pacientes ya que, al menos, no se sienten abandonadas y mantienen una cierta calidad de vida.

Con frecuencia, se habla del efecto placebo de estos tratamientos. Bien, no seré yo quien entre a debatir sobre este hecho pero, no nos equivoquemos; placebo o no, lo que el paciente desea es estar mejor. Sentir apetito, disfrutar de un paseo o de hacer el amor, dormir. Si esto se lo ofrece el placebo ¡que me pongan dos dosis!.

Uso de tratamientos no hormonales.

Los tratamientos no hormonales de los trastornos ginecológicos, como disfunciones ováricas, molestias menopáusicas, o la anticoncepción no hormonal, inciden de

manera directa en dos de los elementos cancerogénicos más importantes de nuestro entorno social y por lo tanto pueden disminuir la incidencia de los elementos de riesgo antes mencionados. Los posibles problemas de la menopausia son, en general, perfectamente asequibles a tratamientos sin hormonas. Hay medicamentos, como el *Viscum álbum*, sólo por mencionar alguno, con muchos años de aplicación y muchos estudios clínicos detrás de ellos, con más de 80 años de historia, que se vienen aplicando en muchos países y cuyo coste (infinitamente menor a la mayoría de las terapias convencionales) es asumido por la Sanidad Pública.

Este tipo de tratamientos no sólo ayuda en aspectos importantes, como los mencionados anteriormente sino que además puede acompañar a las mujeres afectadas de cáncer de mama en una fase delicada: el periodo que sigue a la conclusión de los tratamientos. En muchas mujeres se presenta un periodo de desconcierto; por un lado todo ha finalizado pero, por otro, los controles nos recuerdan permanentemente que estamos frente a una enfermedad que no da síntomas, que cuando la descubrimos ya lleva mucho tiempo trabajando en nosotros de una manera silenciosa. Tener la posibilidad de hacer algo por uno mismo, con la alimentación, el cambio en los ritmos de vida y de valores (la enfermedad suele enseñar lo que es esencial y lo que es secundario) y llevar un tratamiento complementario que nos ayude a superar todo lo pasado puede ser una opción interesante.



viscum album
© 2004 pictured by antonie van den bos
for ayacronto.com

Comentario final

La oncología complementaria no debe ser vista como una intrusión en un terreno privativo de la medicina "oficial"; es más, teniendo en cuenta que no estamos frente a una enfermedad que nadie pueda atribuirse el logro de curar, todo lo que sea sumar debe de ser bienvenido y ningún criterio "científico" (que sabemos cambiará en los próximos años, si no meses) puede convertirse en el único juez sobre las terapias a realizar. Pero lo que NUNCA debería de producirse es una batalla entre los diferentes criterios y que la que reciba los empujones de uno y otro lado sea la mujer afectada. Debería exigirse a los médicos la suficiente profesionalidad como para que el diálogo entre ellos, incluso cuando las posiciones sean muy distantes, sea posible. Claro, diálogo significa que ninguno posee la verdad y que se está dispuesto a escuchar. Las soberbias y los fundamentalismos no

deben tener espacio en este asunto tan delicado.

- 1 Levi F, La Vecchia, Lucchini F et al. (1995) Cancer mortality in Europe. *Eur J Cancer Prev* 4:389-417.
- 2 1. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. The Canadian National Breast Screening Study-1: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up. A randomized screening trial of mammography in women age 40 to 49 years. *Ann Intern Med* 2002;137:305-12.
- 3 Ferrini R, Mannino E, Ramsdell E, Hill L. Screening mammography for breast cancer: American College of Preventive Medicine practice policy statement. *Am J Prev Med* 1996;12:340-1
- 4 Berg AO, Allan DJ, Frame PS, et al. Clinical Guidelines. Screening for Breast Cancer: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med* 2002;137:344-6.
- 5 Kritische Anmerkung zum bundesweiten Mammographie-Screening. Prof. Mühlhäuser. *Erfahrungshelkunde* 2/2005 Band 54 Pag: 120/122.
- 6 Miettinen OS, Henschke CI, Pasmantier MW, Smith JP, Libby DM, Yankelevitz DF. Mammographic screening: no reliable supporting evidence?. *Lancet* 2002; 359:404-5.
- 7 Baxter N. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *CMAJ* 2001;164:1837-46.
- 8 Eifel P, Axelson JA, Costa J, Crowley J, Curran WJ Jr, Deshler A. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: adjuvant therapy for breast cancer, November 1-3, 2000. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:979-89.
- 9 Revista de prevención del Tabaquismo. Vol 3 Nº 4 Dic 01. Estudio comparativo sobre el consumo de tabaco entre médicos y estudiantes de medicina. A. Montero, C.J. Gómez, J.A. López., E. Linares, M.D. Pinel, J.A. Maldonado.
- 10 E. Kovacs, T. Hajto, K. Hostanska, "Improvement of DNA repair in lymphocytes of breast cancer patients treated with *Viscum album* extract. *Eur. J. Cancer* 27, 1672-1676 (1991).
- 11 B.M. Heiny, "Additive Therapie mit standardisierten Mistlextrakt reduziert die Leukopenie u. Verbessert die Lebensqualität von Patientinnen mit fortgeschrittenem Mammakarzinom unter palliativer Chemotherapie" *Krebsmedizin* 12 1-14 (1991).
- 12 U. Valentiner, U. Pfüller, C. Baum, U. Schumacher "The cytotoxic effect of mistletoe lectins I,II,III and multidrug resistant human colon cancer cell lines". *Toxicology* 171, 187-199 (2002)
- 13 Salvador Harguindey, Gorka Orive, José Luis Pedraz, Angelo Paradiso, Stephan J. Reshkin "The role of pH dynamics and the Na⁺/H⁺ antiporter in the etiopathogenesis and treatment of cancer. Two faces of the same coin—one single nature". *Biochimica et Biophysica Acta* 1756 (2005) 1 – 24

en estudio

uso terapéutico de La marihuana

El estudio piloto sobre el uso terapéutico del cannabis en Cataluña se prolongará hasta finales de 2006. El estudio empezó a principios de año en el hospital Vall d'Hebron y en los siguientes meses se han incorporado cinco hospitales más: Clínico, Sant Pau, Hospital del Mar, Bellvitge, y la residencia de Can Ruti en Badalona. Todos los pacientes que participan lo hacen de forma voluntaria, a petición propia o a propuesta de su médico. Además de padecer una de las enfermedades incluidas en el estudio, los participantes deben haber fracasado en los tratamientos analgésicos convencionales.

El extracto de cannabis esogido es un nebulizador sublingual que contiene todos los principios activos de la planta, comercializado bajo la marca Sativex, fabricado por Bayer Health Care y aprobado el 20 de junio en Canadá bajo prescripción facultativa para el dolor neurológico en adultos con esclerosis múltiple. La multinacional catalana Almirall ha comprado recientemente la licencia para comercializarlo en España.

Los pacientes obtienen el aerosol en el servicio de farmacología de su hospital, pero el seguimiento de los efectos del fármaco y el ajuste de las dosis lo pueden realizar en una de las 60 oficinas de farmacia que se han acreditado para efectuar esta tarea. El Colegio de Farmacéuticos de Barcelona elaboró un folleto publicado en su página web y formó a más de un centenar de profesionales en el manejo del Sativex y en las propiedades y riesgos del consumo de cannabis.

En el análisis de los resultados se tendrán en cuenta tanto las anotaciones subjetivas de cada paciente en su diario como las

consideraciones de los facultativos y los farmacéuticos. Un total de 90 investigadores se han implicado en el proyecto, el primero de estas características que se lleva a cabo en España.

Actualmente, sólo Holanda y Canadá han autorizado la utilización de esta planta o su extracto para uso terapéutico.

La Generalitat catalana también está llevando a cabo un ensayo clínico con una docena de pacientes que se someten a tratamientos de quimioterapia y que, a consecuencia de ello, sufren náuseas y vómitos. Esta parte del estudio, (en la que participarán 300 de los 600 pacientes estudiados) se encuentra en fase de ensayo previo. Según explicó el director de Recursos Sanitarios del Departamento de Salud de la Generalitat Rafael Manzanera en rueda de prensa, "Antes de empezar debemos extraer conclusiones de un ensayo ya en marcha con 20 voluntarios, que nos permitirá calcular las dosis del extracto de cannabis necesarias para que sean efectivas sin resultar tóxicas". Este ensayo previo no ha sido necesario en el caso de los pacientes con neuropatías, espasticidad o anorexias, puesto que ya existen estudios en otros países que han servido de modelo. Montserrat Domenech, Presidenta del Grupo Ágata de Barcelona fue una de las pioneras en la reivindicación de las propiedades terapéuticas del cannabis en España. Maite Zaradona, vicepresidenta de la asociación de pacientes ACAMBI de Bilbao, ha solicitado al Parlamento Vasco que siga al de Cataluña y apoye la legalización del cannabis con fines terapéuticos.

Fuentes: EL PAÍS - 13-06-06. , EL PERIÓDICO. 19-06-06. (EUROPA PRESS)