



INVESTIGACIÓN

Regresión espontánea en cáncer: el regalo de un amigo invisible

Marino Rodrigo Bañuelos

Médico Homeópata, Especialista en Medicina Interna y Urgenciólogo, Pamplona, España

Recibido el 14 de abril 2011; aceptado el 16 de mayo

PALABRAS CLAVE

Cáncer;
Regresión espontánea;
Homeopatía

KEYWORDS

Cancer;
Spontaneous
regression;
Homeopathy

Resumen La regresión espontánea en cáncer se considera un fenómeno raro. Se ha asociado a determinadas situaciones cuyo posible papel en la regresión se está estudiando desde el enfoque convencional. La homeopatía aporta el estudio dinámico de la persona, algunos de cuyos aspectos se mencionan aquí. La integración de los datos más generalizables de la enfermedad con los más específicamente individuales podría generar hipótesis de trabajo sobre las que desarrollar líneas de investigación. El objetivo, determinar para cada paciente la mejor estrategia terapéutica.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Spontaneous regression of cancer: the gift of an invisible friend

Abstract Spontaneous regression of cancer is considered a rare phenomenon associated with specific situations whose possible role in producing regression is being studied using the approach of conventional medicine. Homeopathy focuses on dynamic study of the individual and some of the aspects of this discipline are mentioned in the present article. The integration of disease data that can be more widely generalized with those that are more specific to the individual could generate working hypotheses that could be developed into research lines. The aim is to select the most effective therapeutic strategy in each patient.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El tratamiento homeopático de pacientes con cáncer viene ocupando atención creciente. Se han publicado casos tratados con enfoques individualizados^{1,2}, así como las bondades de tratamientos estandarizados llamados *protocolos*³. Las regresiones se han atribuido al tratamiento. Salvo excepciones, la posibilidad de regresión espontánea no ha entrado en consideración. La atribución incondicional de una regresión a un tratamiento supone una reiteración del *post hoc ergo propter hoc*. Un posible error de interpretación.

Desde Everson, se entiende como regresión espontánea en cáncer (REC) la desaparición parcial o completa, permanente o temporal, de un tumor maligno en ausencia de tratamiento ordinariamente considerado capaz de producirla⁴. La regresión puede prolongarse durante un tiempo variable, desde pocos meses a más de 5 años⁵.

La REC es virtualmente posible en todos los tipos de cáncer y estadios. Se ha estimado su frecuencia en torno a menos de 1 caso por 60.000-100.000 personas con cáncer, anualmente⁶. Se ha informado más frecuentemente en casos de neuroblastoma, carcinoma renal, melanoma, linfomas y leucemias, pero también en carcinoma colónico avanzado y otros⁷. Aunque rara, en el ámbito convencional se ha llamado la atención hacia la existencia de REC a la hora de evaluar la respuesta individual a cualquier terapia⁸.

Ambientes en torno a la regresión

Situaciones tras el diagnóstico de cáncer, espontáneas o provocadas, que condicionan uno o varios de los siguientes mecanismos asociados a REC: mediación inmune, con el estímulo de inmunidad celular y humoral o la aparición de diversos tipos de autoanticuerpos⁹; mediación hormonal, con el inicio de un embarazo¹⁰ o la suspensión de contracepción oral¹¹; respuesta febril asociada a infección¹²; trauma quirúrgico, tras biopsia diagnóstica¹³ o tras resección del tumor primario, de metástasis¹⁴ o del tumor similar contralateral¹⁵; anemia postquirúrgica¹⁶; hemorragia intratumoral espontánea¹⁷; inhibición tumoral por factores de crecimiento o citoquinas; inducción a la diferenciación; eliminación de carcinógeno; necrosis tumoral¹⁸; inhibición de la angiogénesis; factores psicológicos¹⁹; apoptosis, y mecanismos epigenéticos²⁰.

Es decir, en algunos pacientes determinadas situaciones como embarazo, estrés, fiebre, infección o anemia, entre otras, podrían haber favorecido la REC. En tanto que en otros, situaciones similares suponen complicaciones o la enfermedad sigue su curso. La misma situación fisiológica, el mismo proceso patológico pueden ser propicios para una regresión en algunas personas y no en muchas otras. Ello sugiere la existencia de factores individuales pendientes de filiar.

El resultado final de las referidas situaciones es la diferenciación o la muerte celular. Se han estudiado los acontecimientos que precipitan la necrosis de la célula tumoral, que pueden ser tanto patológicos como fisiológicos. A diferencia de la más fisiológica muerte celular programada o apoptosis, la muerte celular por necrosis suscita una potente respuesta inflamatoria que podría participar en la REC. Sin embargo, la acrecentada respuesta inflamatoria debida a una necrosis tumoral excesiva, por ejemplo durante el de-

sarrollo tumoral, puede suponer un estímulo de su crecimiento y presencia de tumores más agresivos²¹.

Esta misma acción dual la tenemos en la hipótesis de la *inmunoedición*. El concepto de inmunovigilancia del cáncer, propuesto por Burnett²² y Thomas²³, en virtud del cual el organismo puede reconocer y destruir incipientes células transformadas, ha quedado integrado en un proceso más amplio llamado inmunoedición, responsable tanto de la eliminación de tumores como de facilitar el escape tumoral a la destrucción inmune²⁴.

Bastan como muestras de la complejidad de acontecimientos que tienen lugar en este grupo de enfermedades y de los esfuerzos para comprenderlas. Ambas, la inflamación asociada a necrosis tumoral y la inmunoedición, suponen procesos de presentación y consecuencias impredecibles en un paciente concreto. Con limitada capacidad de intervención, quizá en la medida en que enfocamos la atención sólo en los aspectos celulares y moleculares. ¿Podríamos avanzar integrándolos con las peculiares características de cada paciente, vinculando lo microscópico-molecular con lo clínico-personal?

El enfoque local y el global

Desde un enfoque localista del problema del cáncer, el grueso de las investigaciones convencionales se dirigen a intentar comprender mecanismos biológicos aislados para después intervenir sobre ellos, ya sea dirigiendo, estimulando o suprimiendo. Se trata de aislar una reacción, una sustancia o cualquier otro eslabón que se considera relevante dentro de la cadena de acontecimientos que constituyen la fisiopatología del cáncer y actuar allí. Con este planteamiento se han conseguido éxitos notables.

Pero si en algo parece que hay un consenso amplio es en la idea de que el cáncer no es sólo una enfermedad local, sino fundamentalmente sistémica. Del mismo modo que la inmunodesviación ha relativizado la función de la inmunovigilancia cuando se ha ampliado la perspectiva de observación; y que la inflamación asociada a necrosis tumoral puede ser tanto "deseada" (cuando lleva a REC) como temida (cuando lleva a expansión tumoral), el énfasis en mecanismos intermedios prefigura soluciones terapéuticas igualmente intermedias, parciales a un problema sistémico.

La idea de que el organismo, considerado en su totalidad, *hace y deshace* las enfermedades es antigua, y está en la base de terapias *favorecedoras*, como la homeopatía. Favorecedoras en el sentido de que se intenta cooperar, antes que meramente suprimir, con los recursos que el organismo moviliza ante la enfermedad. Recursos no siempre efectivos ni suficientes por sí mismos, pocas veces en cáncer. No es lo mismo una fiebre en un proceso infeccioso agudo, que, generalmente, se admite que favorece la defensa del huésped contra la enfermedad, que una fiebre en determinados linfomas, que empeora el pronóstico.

Síntoma como vector curativo

Los recursos movilizados los reconocemos a través de los síntomas. Síntomas en un sentido amplio del término, que incluye síntomas subjetivos propiamente, pero también sig-

nos clínicos, analíticos, de imagen y cualquier alteración detectable. Cada paciente hace y (cuando puede) deshace, intenta deshacer o al menos controlar la enfermedad a través de patrones únicos, abordables desde su enfermedad actual y antecedentes. El estudio del paciente desde un enfoque global (cáncer como enfermedad sistémica) e individual (conocer a la persona que tiene la enfermedad, además del diagnóstico de la enfermedad que tiene la persona) sigue aplicándose y desarrollándose en homeopatía.

El enfoque homeopático permite una aproximación clínica minuciosa, al objeto de configurar una imagen personal de cada paciente. Diversas estrategias sirven a este propósito²⁵. Clásicamente, se postula que cada uno de nosotros tenemos, en primer lugar, una peculiar *sensibilidad* o *susceptibilidad* a dejarnos impresionar por los diversos estímulos, ya sean de orden fisiológico o patológico. En segundo lugar, tenemos una *reactividad*, expresada en manifestaciones de todo tipo, que incluyen (pero no queda restringida a) síntomas y enfermedades. Finalmente, tenemos una *supresibilidad*, definida ésta como la mayor o menor facilidad de producir supresión de síntomas sin curación del proceso del que dependen, ya sea como consecuencia de intervención terapéutica o espontáneamente. Además, las consecuencias de esta supresión pueden ser variables en naturaleza y gravedad, según la persona que encaja la supresión.

En otro lugar he llamado *triada dinámica* a estos tres aspectos de sensibilidad, reactividad y supresibilidad²⁶, que modulan la forma en cada uno de nosotros hacemos y deshacemos síntomas y enfermedades. De su peculiar combinación en cada paciente surge una individualidad que quizá nos ayude a comprender, por ejemplo, que en un paciente pueda llegarse a una necrosis celular tumoral por estímulos fisiológicos y en otro por estímulos patológicos; que la atmósfera inflamatoria suscitada por la necrosis pueda suponer en un paciente estímulo para REC y en otro para la expansión tumoral; que en uno la situación favorecedora de REC sea una infección, en otro un proceso febril y en otro el estrés de una intervención quirúrgica; que el embarazo empeore o mejore a según qué pacientes con cáncer; y que similares situaciones emocionales puedan producir efectos bien distintos.

Podemos decirlo de otra forma: el mismo síndrome puede suponer en un paciente un progresivo deterioro clínico y en otro el comienzo de una recuperación. Pronósticos tan radicalmente diferentes son, hoy por hoy, difíciles de explicar desde una perspectiva fisiopatológica convencional, pero determinables hipotéticamente desde el estudio empírico de la individualidad del paciente, al modo en que se hace en homeopatía²⁷. Para ello se considera la constitución, el temperamento, las influencias hereditarias, las tendencias, las propensiones, las respuestas a diferentes factores ambientales y del medio interno, y otras múltiples variables. Una valoración semejante, capaz de contextualizar en cada paciente el significado *pro-enfermante* o *pro-curativo* (valgan los términos) de los síntomas, condicionando la evolución y el pronóstico, se torna esencial para una adecuada intervención terapéutica.

Avanzando

El primer paso sigue siendo aplicar el tratamiento homeopático con la máxima calidad. Después, la comunicación clíni-

ca. Hay que sacar los resultados del armario de las consultas, presentarlos a la consideración y crítica de la comunidad médica y científica. La amplia casuística histórica de pacientes con cáncer tratados con homeopatía bien merece una revisión sistemática, una continuidad y una actualización con el respaldo estadístico. El tercer paso es introducir rigor y método en la comunicación de casos clínicos: no todo vale. Regresiones de cáncer bajo tratamiento homeopático en porcentajes superiores a los atribuidos a REC cuestionarían la hipótesis de partida: que el efecto de aquel no es superior a ésta. El cuarto, el diseño de estudios que pongan a prueba la validez del enfoque homeopático. Es sólo el principio.

Con lo apuntado, una de las hipótesis de trabajo planteables podría ser que la aplicación prospectiva de la estrategia global e individual al estudio de cada paciente en tratamiento homeopático o de otro tipo, o incluso en ausencia de tratamiento, permitiría un mejor conocimiento de las dinámicas evolutivas personales que abocan a regresión, contención, recurrencia y expansión. Asimismo, su aplicación retrospectiva a pacientes que han presentado REC quizá permitiría detectar patrones dinámicos favorables al estudio y tratamiento de otros casos. Esto debería suscitar el interés de cualquier persona involucrada profesionalmente en el cáncer y honestamente interesada en avanzar, con independencia de sus filias y fobias terapéuticas.

¿Qué características tipológicas, psicósomáticas o biopatográficas influyen en el pronóstico de pacientes afectados de cáncer? ¿En qué perfil de pacientes un proceso febril sobreenvenido puede suponer un estímulo positivo, y por tanto quizá se deba evitar suprimirlo, y en quién un deterioro? ¿Cabría establecer, en según qué pacientes y sin riesgo añadido, un margen de tiempo para intentar terapias favorecedoras que permitan “aprovechar” terapéuticamente síntomas o procesos, en lugar de meramente tratarlos desde el punto de vista sintomático? Son algunas de las múltiples posibles cuestiones a investigar.

El estudio exhaustivo de los casos individuales sería el perfecto complemento clínico en el estudio del cáncer a los más generalizables abordajes genético, molecular, biológico, etiopatogénico y medicoquirúrgico convencionales, así como a los llamados protocolos homeopáticos. Utilizando todos los recursos, buscando las mejores condiciones para que la regresión en cáncer sea cada vez menos el raro e imprevisible regalo de un amigo invisible, en forma de regresión espontánea, y cada vez más uno inducible.

Bibliografía

1. Herrerías MT. Berilium muriaticum: “fuera del escenario”. Resolución de un caso de linfoma cerebral primario. *Rev Med Homeopat.* 2009;2:31-6.
2. López JE. Cadmium sulphuratum. Tratamiento homeopático de un caso de carcinoma esofágico primario con metástasis pancreática. *Rev Med Homeopat.* 2009;2:68-75.
3. Eras N, Asens M. Experiencia catalana en PBHRF (protocolo Banerji) un nuevo abordaje homeopático para tratar de curar el cáncer. *Rev Med Homeopat.* 2008;1:27-34.
4. Everson TC, Cole WH. Spontaneous regression of cancer. Philadelphia: WB Saunders; 1966. p. 1-10.
5. Kappauf H, Gallmeier WM, Wunsch PH, Mittelmeier HO, Birkmann J, Büschel G, et al. Complete spontaneous remission

- in a patient with metastatic non-small-cell lung cancer. Case report, review of the literature, and discussion of possible biological pathways involved. *Ann Oncol*. 1997;8:1031-9.
6. Lee HS, Cheung DY, Kim JI, Cho SH, Park SH, Han JY, et al. A case of spontaneous regression of advanced gastric cancer. *J Korean Med Sci*. 2010;25:1518-21. Epub 2010 Sep 20.
 7. Shimizu H, Kochi M, Kaiga T, Mihara Y, Fujii M, Takayama T. A case of spontaneous regression of advanced colon cancer. *Anticancer Res*. 2010;30:2351-3.
 8. Oquiñena S, Guillen-Grima F, Iñarrairaegui M, Zozaya JM, Sangro B. Spontaneous regression of hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2009;21:254-7.
 9. Wantz M, Antonicelli F, Derancourt C, Bernard P, Avril MF, Grange F. [Long-term survival and spontaneous tumor regression in stage IV melanoma: possible role of adrenalectomy and massive tumor antigen release]. *Ann Dermatol Venereol*. 2010;137:464-7. Epub 2010 Jun 4.
 10. Serati M, Uccella S, Laterza RM, Salvatore S, Beretta P, Riva C, et al. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87:1296-300.
 11. Svrcek M, Jeannot E, Arrivé L, Poupon R, Fromont G, Fléjou JF, et al. Regressive liver adenomatosis following androgenic progestin therapy withdrawal: a case report with a 10-year follow-up and a molecular analysis. *Eur J Endocrinol*. 2007;156:617-21.
 12. Mitterbauer M, Fritzer-Szekeres M, Mitterbauer G, Simonitsch I, Knöbl P, Rintelen C, et al. Spontaneous remission of acute myeloid leukemia after infection and blood transfusion associated with hypergammaglobulinaemia. *Ann Hematol*. 1996;73:189-93.
 13. Oya M, Hirahashi M, Ochi M, Hashimoto M, Ohshima K, Kikuchi M, et al. Spontaneous regression of primary breast lymphoma. *Pathol Int*. 2009;59:664-9.
 14. Thoroddsen A, Gudbjartsson T, Geirsson G, Agnarsson BA, Magnusson K. Spontaneous regression of pleural metastases after nephrectomy for renal cell carcinoma—a histologically verified case with nine-year follow-up. *Scand J Urol Nephrol*. 2002;36:396-8.
 15. Von Eckardstein KL, Beatty CW, Driscoll CL, Link MJ. Spontaneous regression of vestibular schwannomas after resection of contralateral tumor in neurofibromatosis Type 2. *J Neurosurg*. 2010;112:158-62.
 16. Kano T, Kobayashi M, Yoshida K, Kawase T. Central tumor necrosis of a large meningioma following acute anemia caused by hysterectomy. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2009;49:424-6.
 17. De Almeida JP, Petteys RJ, Sciubba DM, Gallia GL, Brem H. Regression of intracranial meningioma following intratumoral hemorrhage. *J Clin Neurosci*. 2009;16:1246-9. Epub 2009 Jun 26.
 18. Ohta H, Sakamoto Y, Ojima H, Yamada Y, Hibi T, Takahashi Y, et al. Spontaneous regression of hepatocellular carcinoma with complete necrosis: case report. *Abdom Imaging*. 2005;30:734-7. Epub 2005 Oct 26.
 19. Secheny S. Regression of cancer of the rectum after intensive meditation. *Med J Aust*. 1980;1:136-7.
 20. Papac RJ. Spontaneous regression of cancer: possible mechanisms. *In Vivo*. 1998;12:571-8.
 21. Proskuryakov SY, Gabai VL. Mechanisms of tumor cell necrosis. *Curr Pharm Des*. 2010;16:56-68.
 22. Burnett FM. The concept of immunological surveillance. *Prog Exp Tumor Res*. 1970;13:1-27.
 23. Thomas L. Discussion. En: Lawrence HS, editor. *Cellular and Humoral Aspects of the Hypersensitive States*. New York: Hoeber-Harper; 1959. p. 529-32.
 24. Dunn GP, Bruce AT, Ikeda H, Old LJ, Schreiber RD. Cancer immunoediting: from immunosurveillance to tumor escape. *Nat Immunol*. 2002;3:991-8.
 25. Klinkenberg CR. The homeopathic treatment of cancer. *Zeitschrift fuer Klassische Homoeopathie*. 1998;42:15-28.
 26. Rodrigo M. Material docente. Asignatura "Bases teóricas de la homeopatía. Master de homeopatía. Sevilla: Facultad de Medicina. Varias ediciones.
 27. Vithoulkas G, Van Woensel E. Levels of Health. International Academy of Classical Homeopathy; 2010.