



CLÍNICA

Experiencia catalana en PBHRF[☆] (protocolo Banerji) un nuevo abordaje homeopático para tratar de curar el cáncer

Natalia Eras^{a,*} y Montse Asens

^aMédica homeópata y oncóloga

^bMédica homeópata

Recibido el 15 de julio de 2008; aceptado el 9 de agosto de 2008

PALABRA CLAVE

Tratamiento homeopático del cáncer;
Protocolo Banerji;
Remedios específicos de dolencia;
Tumores cerebrales

Resumen

Partiendo de la realidad del tratamiento actual del cáncer y de las posibilidades de la homeopatía para tratarlo, se relata la experiencia en la clínica de los Dres. Banerji, cuyo protocolo para el tratamiento de los tumores cerebrales con una combinación específica de remedios homeopáticos está obteniendo muy buenos resultados. La fiabilidad de dichos resultados mereció su publicación en el *International Journal of Oncology*. Se realiza una revisión crítica de dicho protocolo, considerando la realidad de la atención médica en la clínica de Calcuta, los casos presentados en el III Congreso Nacional de Valladolid y la realidad del tratamiento homeopático del cáncer en Occidente

© 2008 Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEY WORDS

Homeopathic cancer treatment;
Banerji protocol;
Specific remedies;
Cerebral tumors

Experience of the Prasanta Banerji Homeopathic Research Foundation in Catalonia (Spain): A new homeopathic approach to the curative treatment of cancer

Abstract

Based on the reality of current cancer treatment and the possibilities of homeopathy for treating this disease, we report the experience in the clinic of Drs Banerji, whose protocol for the treatment of cerebral tumors with a specific combination of homeopathic remedies is currently achieving favorable results. These results were deemed sufficiently reliable to be published in the *International Journal of Oncology*. A critical review of this protocol is provided, including the reality of the medical attention in the Calcutta clinic, the cases presented at the III National Congress of Valladolid, and the reality of homeopathic treatment of cancer in the West.

© 2008 Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

[☆]Prasanta Banerji Homeopathic Research Foundation. Calcuta, abril 2008.

*Correo electrónico: bondianat@gmail.com (N. Eras).

Una carta de navegación ecléctica para navegar en el mar del Cáncer

Los oncólogos idealistas y los que trabajamos en el mundo de la oncología en general, en nuestra relación cotidiana con las personas que tienen cáncer, pasamos a menudo por las mismas fases descritas en psicooncología de cómo estos pacientes afrontan la enfermedad: negación, rabia, depresión, negociación, aceptación¹. No necesariamente en este orden, y pudiéndose repetir algunas de ellas en secuencias diversas, saltando —uno podría decir de manera un tanto “malárica” de una a otras, con intervalos de relativa “normalidad”.

Si además somos homeópatas, nos sentimos responsables de trabajar en nosotros mismos como personas, para que nuestra patología (pathos: camino) “delusional” como terapeutas, no progrese en este arduo viaje inexorablemente hacia una extinción psicológica, como acaece en muchos pacientes afectados de cáncer, en su caso, extinción psicobiológica. Al menos, eso es lo que nos gusta creer.

Exploramos continuamente nuevas maneras de aproximarnos al lenguaje y las sensaciones vitales de quien pide nuestra ayuda: a su dolor, en definitiva. Investigamos nuevos remedios homeopáticos, redefinimos otros, aportamos nuevas clasificaciones, diferentes teorías; todo ello para ampliar nuestra carta de navegación hacia un destino final: ayudar a curar el cáncer. ¿Tiene algún sentido tanta diversidad de aproximaciones?

Del griego *eklektikos* (ecléctico): ideas, estilos o preferencias tomadas de una amplia y diversa gama de fuentes. Filosofía antigua que no reconocía ni pertenecía a ninguna determinada escuela de pensamiento reconocida, sino que seleccionaba las doctrinas que les definían y que a ellos les parecían adecuadas, tomándolas de diversas escuelas². Bebamos, pues, de la sabiduría de una escuela más.

Puerto de embarque: nuestra realidad

Nuestro grupo de cáncer y homeopatía empezó a funcionar hace aproximadamente 1 año, con la esperanza de compartir un espacio de estudio, práctica integrada y, sobre todo, investigación de todo lo relacionado con el cáncer y la homeopatía: lo ya existente, lo olvidado y aquello por descubrir o inventar.

En este espacio, realizamos diversas actividades: visitas grabadas de pacientes complejos y posterior discusión del caso, revisiones bibliográficas de temas relacionados con el cáncer —sean o no homeopatía— para que puedan inspirar la creatividad del médico homeópata, materia médica que pueda ayudar a la paliación de síntomas o iatrogenia, extracciones repertoriales de remedios potencialmente útiles en esta enfermedad, etc.

Nos gusta —necesitamos— soñar, reinventar continuamente, sin perder el mundo de vista, nuevos paradigmas con relación al hombre: su modo de enfermar y de sanar, sus

modos de desplegarse en el mundo y en su propia biología; nos gusta ensayar y comparar diferentes estrategias terapéuticas para afrontar con energías renovadas el día a día de esta patología tan devastadora. Patología tan compleja en sí misma, y tan abigarradamente compleja por la terapéutica oncológica clásica que la convierte en muchas ocasiones en una doble enfermedad: “la dolencia cancerosa y su tratamiento de alta iatrogenia y supresión”.

Sabemos que debemos estar atentos a cada pequeña transformación que se pueda producir en un paciente. Su pequeño cambio, aunque este paciente muera, se sumará al cambio del siguiente, que quizás vivirá más, hasta que uno —llamado hasta entonces incurable— sanará. Así que, la paciencia y la constancia, han de acompañar a nuestra impulsiva ilusión cada vez que descubrimos algo nuevo en homeopatía y cáncer. Es lo que sentimos en nuestro interior cada vez que un paciente va mal: recoger lo que hemos aprendido de la experiencia, descansar un rato y continuar con espíritu renovado.

Porque, ¿no es la misma ilusión y entusiasmo que sentimos, cuando descubrimos las tan bellas y cada vez más acertadas teorías que van apareciendo en el mundo homeopático actual?: la sensación vital de Sankaran, los temas periódicos de Scholten, las familias homeopáticas de Mangialavori... ¡Sí que lo es! Pero, tras decir adiós a muchas personas con cáncer que se nos van, aún habiendo hecho una impecable selección del remedio de fondo a tres bandas: por sensación vital, por tema, por repertorio... nos planteamos: ¿puede la homeopatía aportar algo para curar el cáncer? Es evidente que sí hace para paliarlo. ¿Y si no es la homeopatía, sino nuestra representación mental de lo que es la enfermedad y, por ende, nuestra aproximación estratégica en el tratamiento lo que falla?

Una breve mirada a nuestros colegas del pasado

A pesar de que nuestros maestros contemporáneos reportan esporádicamente algún caso de pacientes con cáncer curados, muchas veces no nos quedan claros algunos detalles: si recibieron algún otro tipo de tratamiento convencional, si éste afectó a la elección del remedio, etc. Es cuando afrontamos el cáncer en la práctica clínica, cuando nos topamos con estos obstáculos: una iatrogenización superlativa, la escasa modalización de los síntomas en su caótica y abigarrada expresión, una continua variabilidad de éstos en función de las fases mórbidas por las que la persona va pasando y según el tipo de química que va recibiendo.

A todo ello se suma el hecho que algunos efectos del tratamiento oncológico son secuenciales y cíclicos: a las 24 h insomnio corticoideo, a las 48 h náuseas o vómitos, a las 72 h cansancio y/o polimialgias, a la semana fiebre y/o neutropenia, entre otros muchos. Y a las 2, 3 o 4 semanas —según el esquema administrado— vuelta a empezar. Así es para algunos la experiencia del temido y tan venerado “veneno que cura”.



Manejar tantas variables... A veces éstas, más que pertenecer al paciente nos da la impresión que se interponen entre él y nuestra capacidad para ayudarlo.

Volvamos por un momento la vista atrás, a los homeópatas en general: Burnett, Cooper, Clarke, Kent, Boericke, etc., los más específicamente relacionados con el cáncer: Foubister³, Grimmer⁴, y los ya más contemporáneos: Schmitdt⁵, Wurster⁶, Ramakrishnan⁷ y Timmermann⁸. Todos ellos han reportado en sus escritos curaciones de procesos cancerosos no atribuibles —en principio— a ningún otro tratamiento, utilizando remedios bastante comunes, en forma de tinturas, bajas o medias diluciones, remedios únicos, secuenciados, alternados o incluso mezclados. Algunos casos muy bien documentados, otros sólo relatados. ¿Eran otros tiempos para el cáncer? Nosotros nos consolamos pensando que nuestros compañeros de antaño no tenían que lidiar con una fuerza vital tan pervertida por la sopa tóxica en la que vivimos y con la que nos tratamos. Atribuimos nuestros fracasos al poder supresor del tratamiento oncológico y a una biología del cáncer mucho más agresiva. Y es que todo ello, bien puede ser cierto.

Hahnemann ya expresaba en el *Órganon* su dificultad en el abordaje de las enfermedades crónicas, cómo el cáncer, a las que al igual que nosotros, evitaba el llamarlas mortales. Él y todos los que vinieron después, coincidían en algo crucial para entender porqué nuestros ojos dejaron de mirar tan insistentemente a los homeópatas más “modernos” y volvieron la vista hacia atrás: “frecuentemente en el paciente únicamente expresa la patología, y muestra síntomas comunes de

un crecimiento maligno: dureza, dolores punzantes, ulceraciones, ganglios endurecidos y estructuras atrapadas por el tumor; no queda rastro de la individualidad del paciente”⁹. A veces es importante regresar para progresar de nuevo, una estrategia común que observamos en la biología evolutiva para mejorar la adaptación de las especies.

Verificando nuestra la hoja de ruta

Inmersos en este contrapunto que la cruda realidad de algunos casos de cáncer impone al sutil multiuniverso de posibilidades que nos ofrece la homeopatía, nos propusimos —al menos durante un tiempo— ser más empíricos que teóricos, volver a la ciencia observacional, al trabajo de campo. Buscar más el ¿“funciona”?”, someterlo a mirada crítica y dejar para más adelante el ¿“cómo funciona”? Iniciamos así una recogida de datos acerca de las experiencias registradas en cáncer y homeopatía, para contrastarlas con las nuestras. Y como diría Sheldrake¹⁰, por la ley de resonancia de campos mórficos, cayó en nuestras manos una revista de salud divulgativa¹¹ que contenía un artículo acerca de una fundación médico-homeopática ubicada en Calcuta que, según la revista, trataba “exitosamente” el cáncer con sencillos remedios homeopáticos: la Fundación para la Investigación Homeopática Prasanta-Banerji (PBHRF, Prasanta Banerji Homeopathic Research Foundation).

El artículo describía su experiencia clínica, adjuntaba algunas reseñas acerca de proyectos de investigación en

colaboración con hospitales y centros de investigación oncológicos americanos¹², y mencionaba ponencias y artículos publicados por los Dres. Banerji —padre e hijo— en congresos y revistas médico-científicas ortodoxas, hecho bastante inusual en homeopatía¹³.

Nos llamó especialmente la atención el trabajo publicado en la revista *International Journal of Oncology*¹⁴, 2003, en el que, a parte de reportar el resultado clínico observado en 9 pacientes con gliomas cerebrales (benignos y malignos) tratados con la combinación estandarizada ruta 6CH y calcarea fosfórica 3X, 88% de respuestas completas, y en 1 craneofaringioma, 1 tumor hipofisario y 3 meningiomas —largas estabilizaciones— describía cómo mediante experimentos in vitro realizados en el Anderson Cancer Center de Houston, dilucidaban el mecanismo por el cual este mineral y esta planta podían cambiar la historia natural de un tumor cerebral. Ruta 6 inducía apoptosis selectiva en las células tumorales del cultivo y estimulaba la proliferación del sistema linfocitario responsable de la inmunogenicidad tisular local.

Apresuradamente, decidimos volar a Calcuta a conocer y corroborar el alcance real de lo que habíamos leído, conscientes en todo momento de que este abordaje homeopático nos acercaba más a una formulación pluralista que al concepto “constitucional” del unicismo, el que a nuestros entender más podía conseguir una curación profunda y sostenida, a golpe de un solo tiro que debiera apuntar certeramente en el corazón de la fuerza vital del paciente.

El otro motivo que nos impulsó a viajar a Calcuta fue la increíble posibilidad que se nos presentaba de poder ver con nuestros propios ojos la evolución natural del cáncer: personas que no recibían ningún tratamiento oncológico convencional, sobre las que caería el impacto terapéutico —cuasi neto— de una intervención homeopática aislada. Conocer una población así en el siglo XXI es casi del todo imposible, y nosotros teníamos esta oportunidad: volver a reflexionar “in vivo” acerca de la biología natural del cáncer, y sobre cómo impactos terapéuticos sutiles pueden llegar a modificarla hasta el punto de llevar a un organismo vivo enfermo de cáncer a la curación.

Nuestra experiencia como personas humanas

Sólo estuvimos 10 días en Calcuta. Compartimos el trabajo diario en la clínica de los Dres. Prasanta y Pratip Banerji, considerados allí prestigiosos médicos homeópatas. Prasanta es un anciano muy afable y vital. Debía serlo, porque nos explicó que entre unos pocos médicos (y muchos ayudantes) visitaban cerca de 1.500 pacientes diarios afectados de cáncer y otras enfermedades crónicas. De ellos, la gran mayoría sólo recibiría homeopatía.

Comprendimos entonces porque su tratamiento se basaba en remedios homeopáticos específicos de enfermedad y no específicos de paciente, fórmulas y potencias también específicas: ante tal multitud de enfermos no había tiempo que perder.

Esta aproximación homeopática es lo que ellos denominan protocolo Banerji. Estas formulaciones a base de remedios homeopáticos y tinturas madre específicas, son producto de un trabajo continuado de empirismo clínico, observación minuciosa e innumerable casuística, de muchos años de experiencia acumulada a lo largo de varias generaciones de homeópatas dentro de la misma familia, que acabó confluendo en una estrategia terapéutica de estas características.

La mitad de su jornada clínica la dedican a asistir gratuitamente a través de la fundación a los pacientes pobres. Cuando los vemos, acumulados a cientos, reflexionamos acerca de cómo la vida de esas gentes se centra en la supervivencia más básica, donde el individuo, sí tiene suerte, existe como miembro de una familia como si de una parte de un cuerpo se tratase, donde el individualismo de la sociedad capitalista con su idea de progreso hacia el bienestar materialista e individual ni se imagina. Nos planteamos que, quizás el hombre, en el nivel más bajo de la pirámide de Maslow, requiera también una homeopatía rasa, que resuene con lo más físico, lo menos modalizado, lo menos “delusional”; y nos atrevemos a especular: ¿será el cáncer un retorno a esta parte más baja, más física, más elemental —celular— más simple, de la supervivencia del ser vivo?

Si por un momento volvemos a situarnos en nuestra sociedad, al estilo occidental actual, podemos constatar cómo los sueños, las ilusiones, las neurosis y las sensaciones, emergen con fuerza renovada una vez que el estómago está lleno, una vez que el individuo ha recuperado y sobrepasado su dignidad más básica cómo ser humano —dignidad real y no “delusional” — y se permite desplegar otras dimensiones del ser. Es en éste —nuestro biotopo— donde la sensación vital al estilo sankariano, el tema al estilo Scholten, cobra su sentido total.

Una práctica para una teoría

Pratrip nos explicó —y también lo comentó en el Congreso de Valladolid de este año— que su estrategia de combinación de remedios específicos de dolencia no fue invención de su abuelo, el primero de su saga de médicos homeópatas. Mucho tiempo antes, el Dr. Julius Aegidi^{15,16}, antiguo alumno de Hahneman, ya informó a éste de numerosos casos de curaciones obtenidas en enfermedades crónicas con el uso de dobles y triples remedios. Argumentaba que, administrando una mezcla de 2 remedios potenciados que cubrieran cada uno diferentes partes de una misma enfermedad, cada uno actuaría separadamente en su propia esfera de acción, y el hecho de que las sustancias estuvieran potenciadas, aseguraría la imposibilidad de cualquier interacción química entre ellas. Se cita que, Hahnemann al final de su vida, influenciado por la experiencia de Julius, en su sexta edición del *Organón*¹⁶, añadió un nuevo párrafo en que aconsejaba esta práctica en las enfermedades crónicas. En la nueva edición posterior, por presiones del colectivo homeopático

que lo tachaba de convertirse a la polifarmacología alopática, lo excluyó.

Esta afirmación respecto a los remedios simples y compuestos nos sacudió, no sólo en cuanto a concepto sino a la memoria histórica que tenemos de Hahneman: recordemos cuan contundente es en los parágrafos 273 y 274 del *Organon* cuando escribe: “En ningún caso no es tolerable administrar a un enfermo más de un medicamento solo y simple, en una sola vez”.

Toda práctica tiene su historia en la que se sustenta. Nosotros profundizaremos en los aspectos más relevantes de la praxis. En la fundación no hubo mucho tiempo para comentar en qué basaban sus prescripciones para cada caso, pero, basándonos en lo que fuimos observando en clínica, podríamos decir que, en términos generales, el protocolo Banerji consiste en:

- *Administrar remedios específicos de dolencia.* Por ejemplo, para la enfermedad de Alzheimer, helleborus 30 CH; para derrames o edemas, lycopodium 30 CH; para hemorragias cerebrales, árnica 3 C mezclada con hammamelis 200 C.

A simple vista, esta prescripción puede parecerse un mero abordaje pluralista, pero —de manera similar a la que plantea Boericke en las generalidades de cada remedio escrito en su libro de materia medica—, la elección de éstos se basa en su mecanismo de acción fisiopatológica. Así, helleborus estimula la regeneración neuronal, lycopodium favorece la reabsorción de edemas, árnica estimula la revascularización en un ictus, hypericum potencia la regeneración axonal, etc. Esta observación nos lleva a entender que:

- *La base fisiopatológica condiciona la elección de los remedios, sobre todo para patologías estructurales.* De hecho, los Dres. Banerji argumentan que, en la época hahnemaniana, la medicina no disponía de los avances tecnológicos en cuanto a diagnósticos clínicos o patológicos: en ese tiempo no podían dilucidar si en el cerebro de un paciente con Alzheimer existía hipocaptación metabólica, o si una parálisis de un brazo se debía a un derrame cerebral o a un edema compresor. Actualmente, hace más fácil entender que la información fisiopatológica disponible gracias a las pruebas de imagen puede utilizarse también para la elección del remedio homeopático, y cabe asumir que Hahneman —como buen médico que era— probablemente hubiera incorporado esta información a su práctica clínica.

- *Utilizar potencias específicas de enfermedad.* Tras años de una práctica basada, en parte, en el ensayo-error, y condicionados por la limitación que suponía antaño solo disponer de unas determinadas potencias. Actualmente, la actividad específica de estas potencias se está confirmando en ensayos in vitro. Por ejemplo, arsenicum album 200 CH es eficaz en patología cutánea como la psoriasis; arsenicum album 30CH es eficaz en la resolución de la gastritis.

- *Una aproximación pluralista condiciona la elección de los remedios sintomáticos que se añaden a la fórmula de base.* Sobre todo en dolencias funcionales, sin información fisiopatológica disponible. Por ejemplo, sepia o belladonna según sea la expresión del dolor de cabeza.

- *Los protocolos contemplan unas líneas de tratamiento.* En los casos de cáncer, se cuestiona un cambio de estrategia terapéutica a los 2-3 meses y no antes, para dar tiempo a la inercia biológica primero a estabilizarse y luego a regresar. Si durante este tiempo el paciente presenta sintomatología, se van modificando los remedios sintomáticos.

Algunas peculiaridades del protocolo

- A veces utilizan potencias poco usuales para nosotros: 3X, 6X. En España es problemático conseguirlas, pues la legislación sólo permite fabricar a partir de la 4X. Está la opción de solicitarlas a otros países que las fabriquen.

- Utilizan muchas tinturas madre (TM) en combinación con los remedios homeopáticos; algunas potencialmente tóxicas, como la de acónitum. Según la legislación vigente las TM se pueden solicitar con receta médica bajo la responsabilidad del médico prescriptor.

- Se administra usualmente una combinación empírica de remedios, de manera alternante o simultánea. El concepto de prescripción simultánea no sólo se indica para ampliar la esfera de acción sino también para tamponar la posible agravación causada por el remedio específico de dolencia. Se comprende muy bien con este ejemplo: en la bronquitis hemoptóica administran una combinación de bryonia 200 CH y acónito 200 CH. La materia médica nos enseña que bryonia es un remedio con indicación para la hemoptisis. Su experiencia les demostró que, al administrarla de manera continuada, a largo plazo provocaba hemoptisis, que se atribuía al fenómeno de agravación. Solventaron este inconveniente administrándola conjuntamente con aconitum para parar la hemorragia de agravación.

- Remedio desbloqueante: al iniciar cualquier tratamiento administran camphora 200 C. Según su experiencia, para aumentar la capacidad de respuesta del organismo. Sobre todo en pacientes con poca reactividad vital o pacientes —los menos— politratados farmacológicamente, ya que es un antídoto de los efectos de muchos medicamentos alopáticos.

- Concepto organotrópico del remedio: observamos que los remedios específicos de enfermedad son, en realidad, muchas veces remedios estudiados en la materia médica clásica como trópicos de órgano o tejido. Por ejemplo, ruta, organotrópico del tejido cerebral, se utiliza para tumores cerebrales; condurango, organotrópico del órgano esófago, se administra en cánceres de esta localización; kali carbónico tiene tropismo hacia el tejido pulmonar y se da en tumores o metástasis pulmonares; igualmente chelidonio para tejido hepático, symphitum para hueso, hydrastis para zona abdominal, nítricum ácidum para la mucosa, phytolaca para la mama; todos ellos coinciden con su administración en cáncer o metástasis en hígado, hueso, peritoneo, mucosa oral, mama, respectivamente.

- Asociación con remedio específico de cáncer: muy a menudo, y sobre todo en tumores localizados, asocian al

remedio organotrópico un remedio específico de cáncer, que puede ser: thuya 30 CH, conium 3C, hydrastis 200 CH, carnosinum 30 CH.

Una pizca de sentido crítico

En 10 días, en un sistema de atención clínica tan masivo y heterogéneo como el que acontecía en la fundación Banerji, no podíamos plantearnos objetivos muy ambiciosos, aparte de tener los ojos muy abiertos, estar atentos al lenguaje corporal —el idioma más usado era el hindi y el bengalí— la mente clara y objetiva, y una actitud abierta al mismo tiempo que crítica, en un intento de sistematizar al máximo aquella caótica realidad.

Nuestras observaciones clínicas —a grosso modo— fueron las siguientes:

- La casuística de pacientes con cáncer que veíamos, se hallaba diluida al azar entre otros muchos casos de enfermedades crónicas no cancerosas. Aunque entre todos los doctores visitaban aproximadamente 150 pacientes con cáncer cada día, nosotros coincidíamos con éstos de manera arbitraria entre la masa total de 1.500.

- Los pacientes con cáncer tratados gratuitamente no solían recibir tratamiento alopático.

- La estirpe tumoral prevalente era el escamoso, un tumor con una tasa de crecimiento local lenta y capacidad de metástasis comparativamente baja.

- Había una alta incidencia de tumor cerebral. El resto de tipo de tumores era más o menos similar.

Algunos de los casos que observamos, y lo que ellos nos contaron acerca de sus resultados —nos mostraron su base de datos— eran realmente impresionantes. Tumores que con quimioterapia se lograba una pobre respuesta, como el tumor cerebral y el pulmonar, con su simple tratamiento homeopático tenían la posibilidad de estabilizarse durante mucho tiempo o incluso resolverse. Como médicos occidentales incrédulos que somos, no podíamos sino plantearnos la posibilidad de la existencia de posibles sesgos:

- ¿Podría, el alto número de tumores con histología escamosa para un mismo tipo de tumor (p. ej., broncogénico pulmonar, esofágico), favorecer su pronóstico global en comparación con las series occidentales donde también abunda el adenocarcinoma, de crecimiento y poder metastatizante mayor?

- ¿Podría la conservación del tumor primario (la mayoría no se extirpaban) enlentecer la evolución biológica del cáncer en cuanto a cinética celular y/o aparición de metástasis? Hay documentación científica al respecto¹⁷.

- ¿Podría la caquexia, frecuentemente asociada a tumores voluminosos, vincularse a una biología tumoral más lenta? No está claro si se debería al efecto catabólico global, a la hiperproducción de cuerpos cetósicos o a modificaciones en el metabolismo insulínico, pero hay experimentos realizados en animales que lo sugieren¹⁸⁻²⁰.

Una biología tumoral lenta, no sólo da tiempo biológico al cuerpo para permitir que un remedio actúe, sino que puede falsear la interpretación de los resultados si los comparamos con un porcentaje de la población oncológica occidental que también se trata con homeopatía y que, por diversos motivos que no analizaremos aquí, presenta una biología tumoral más rápida.

- ¿Podrían haber otras intervenciones con efecto antitumoral no tenidas en cuenta en la población hindú?, como el alto consumo de cúrcuma²¹ en su dieta u otros hábitos en su dieta con efecto anticancerígeno conocido.

- ¿Podría el tratamiento radioquimioterápico, que se aplica en la oncología convencional, en algunos pacientes muy debilitados y con gran carga tumoral acelerar su progresión y deterioro? No hay datos científicos al respecto, pero si observaciones clínicas.

- ¿Podrían ser algunos de los casos exitosos vistos en la fundación, producto de lo que en oncología clásica se denomina “remisión espontánea”? De un 0,5 a un 4% de pacientes afectados de cáncer podría presentarla, dependiendo del tipo de tumor^{22,23}.

- ¿Puede la variabilidad interna, en cuanto a la prescripción, afectar a la reproducibilidad de resultados en Occidente? No todos los médicos prescriptores recetaban la misma combinación de remedios para un mismo caso. Pudimos comprobar que había ligeras variaciones, aunque se conservaba la intención organotrópica global.

- Del mismo modo, ¿puede la variabilidad interna en cuanto a preparación de medicamentos afectar a la reproducibilidad de resultados en Occidente? Sus diluciones son alcohólicas, no hidroalcohólicas, sus preparaciones no son estandarizadas sino manuales.

Además de los posibles sesgos —sólo posibles—, hemos de afrontar una serie de obstáculos antes de lanzarnos a aplicar el protocolo:

- El primero es que lo desconocemos. Aunque aparentemente simple y fácil de aplicar, el manejo de las contingencias que van surgiendo en la evolución del paciente requiere frecuentes improvisaciones, cambios de los remedios sintomáticos, introducir pequeñas modificaciones en el protocolo o pasar a las segundas líneas. Los médicos de la fundación conocen en profundidad las acciones fisiopatológicas, los tropismos de los remedios que aplican, mucho más de lo que la sencillez de su prescripción deja entrever.

- El segundo es que administran 2, 3 y hasta 4 remedios, repetidos más de 1 vez durante el día. Debemos pensar, que aquí, en Occidente, no sólo es cuestión de paliar los síntomas, aparte de recetar los remedios homeopáticos específicos de cáncer. Debemos paliar también todos los síntomas derivados de la iatrogenia, lo cual convierte el protocolo en una abigarrada receta difícil de cumplir.

- El tercero, como ya hemos dicho, es la dificultad de conseguir algunas potencias, y la peligrosidad potencial en cuanto a interacciones o toxicidad de las tinturas madres

en pacientes que, de por sí, son ya clínicamente muy inestables.

Exposición de casos documentados: III Congreso Nacional de Homeopatía. Valladolid 2008

En el III Congreso Nacional de Homeopatía celebrado en Valladolid, los Dres. Banerji fueron invitados a presentar, a modo de resumen, su experiencia clínica en cáncer y otras enfermedades crónicas, y a explicar sus bases teóricas²⁴.

Durante su ponencia presentaron 5 casos de cáncer que sólo recibieron su protocolo como único tratamiento, documentados con pruebas de imagen diagnósticas y evolutivas:

A. Dos gliomas.

- Astrocitoma pilocítico grado I talámico, diagnosticado en septiembre de 2003. Al año de tratamiento se evidenció reducción de la lesión. Un año y medio después, la tomografía computarizada (TC) con contraste mostraba una calcificación en la zona y muy poca captación. En una nueva TC en 2007 no se evidenciaba lesión, únicamente calcificación. La paciente lleva una vida normal.

- Glioblastoma multiforme multicéntrico en cuerpo calloso y área parietal diagnosticado en agosto de 2004. A los 9 meses el paciente se hallaba asintomático y la TC mostraba calcificaciones y práctica resolución de la lesión. Último control en 2007, sin cambios.

Ambos gliomas fueron tratados con ruta 6CH y calcaria fosfórica 3 DH alternados, 2 veces al día cada una.

B. Un cáncer de pulmón, diagnosticado en 1994, T2No clínico por TC. Se confirmó la malignidad por punción aspiración con aguja fina. Seis meses después, una radiografía mostraba la práctica desaparición de la masa. En la radiografía practicada a los 4 años del diagnóstico se observó la total desaparición. Fue tratado con kali carbónico 200 CH en gotas, 3 veces al día, y ferrum phosphoricum 3 DH, 2 veces al día.

C. Un carcinoma escamoso moderadamente diferenciado de esófago, T3-4No clínico. Diagnosticado en 1996 por esofagograma y punción. Mejoría clínica y práctica resolución radiológica a los 9 meses del diagnóstico. El último seguimiento al año sin recidiva clínica (desconocemos si practicaron biopsias de confirmación). Según los doctores el paciente en el último seguimiento clínico practicado en 1997 sigue libre de enfermedad. Fue tratado únicamente con condurango 30 CH, administrado en gotas.

D. Un osteosarcoma de alto grado de metáfisis de rodilla izquierda detectado en 2003 por radiología simple —lesión osteolítica— y biopsia. A los 6 meses, la lesión radiológica presentaba franca mejoría, y al año del diagnóstico la radiología prácticamente se había normalizado. Último control

clínico según los doctores, a inicios del 2008, asintomático. Recibió *symphytum* 200 CH, gránulos, 2 veces al día, *calcaria phosphorica* 3 DH, 2 veces al día y *carcininum* 30 CH, a días alternos.

Durante la ponencia presentaron también casos no oncológicos con excelentes resultados: una insuficiencia renal crónica con diálisis, que trataron con *lycopodium* 30 CH, *cantharis* 200 CH, acónito tintura madre y *medorrhinum* 200 CH. Dos casos de hipotiroidismo resueltos con la combinación de *bromium* 6 CH y *lycopodium* 30 CH.

La isla prometida: ayudar a curar el cáncer con homeopatía

De manera similar a lo comentado en nuestra experiencia clínica en la fundación, con respecto a los casos expuestos en el Congreso de Valladolid, podemos decir que:

- Uno de los gliomas era de muy bajo grado, lo que significa una tasa esperada de no progresión clínica, de años de evolución, aun sin recibir ningún tratamiento²⁵.

- El cáncer de pulmón y esófago que presentaron eran estadio aparentemente localizado y de estirpe escamosa.

- Si revisamos la experiencia reportada por otros compañeros homeópatas que han tratado cáncer con homeopatía y han conseguido remisiones o estabilizaciones prolongadas (Grimmer, Wurster, Ramakrisnan, Timmermann y otros) ésta coincide con nuestras observaciones: en sus series, la mayoría de tumores resueltos únicamente con homeopatía —a excepción de los osteosarcomas— son de estirpe celular de crecimiento insidioso, no han sido tratados con quimio o radioterapia y la mayoría están localizados.

- En cuanto al hecho de que un tumor sea o no localizado, es interesante tener en mente que, metabólicamente, las células cancerosas del tumor primario no se comportan igual que las metastásicas, las cuales han adquirido ya numerosas ventajas adaptativas, entre ellas la capacidad de manejar el oxígeno como una célula normal, su metabolismo ya no es anaerobio como en el tumor primario. Lo que afrontamos en un tumor diseminado es otra biología y no únicamente una mayor extensión tumoral.

- En el osteosarcoma y el glioblastoma, que presentaron, sin embargo, los resultados fueron sorprendentes. Dos tumores con alta tasa de recidiva y muerte, nada fáciles de resolver con el tratamiento oncológico convencional.

- Pero la oncología clásica sabe también, tras años de observación clínica, que —aunque excepcionalmente— algún paciente con sarcoma o glioma de alto grado ha experimentado “regresión espontánea”. Es interesante recordar que los gliomas, al igual que los melanomas, hipernefomas y algunos tipos de sarcomas, se caracterizan por una gran dependencia del sistema conectivo e inmunitario local^{26,27}

Este último comentario no pretende sacar mérito al efecto de la homeopatía, atribuyéndole el papel de un mero contingente en la resolución biológica espontánea. Todo lo contrario, nos planteamos que si la homeopatía es más eficiente en

este tipo de tumores, quizás debamos investigar si puede tener la capacidad de ayudar a regresar las células cancerosas a la normalidad en tumores biológicamente muy receptivos a su entorno tisular (tumores de crecimiento más insidioso y local, tumores de tejido conectivo: gliomas, sarcomas, melanomas).

- Quizás la homeopatía funcione a modo de modulador de señales, mediando su acción a través del sistema inmunológico, induciendo a la normalización de ese ecosistema biológico. Un mediador de conflictos entre la célula y su entorno.

Para finalizar

Al margen de todas las especulaciones, de los pros y los contras analizados aquí, lo que a nosotras nos ha permitido darles un voto de confianza a los Dres. Banerji y su trabajo, es conocer el esfuerzo que han realizado en un entorno poblacional nada fácil por conseguir ser rigurosos en la evaluación y seguimiento de sus casos, aportando pruebas de imagen y registros de pacientes. Su trabajo nos parece honesto y fiable, y no sólo a nosotras, también al departamento de Medicinas Complementarias aplicadas al Cáncer del Nacional Cancer Institute, como demuestra un artículo publicado en abril de este mismo año²⁸. Si la reproducibilidad de sus resultados en nuestra tan diferente población es posible, ya nos lo dirá el tiempo.

Bibliografía

- Guex P. An introduction to psychooncology. London-New York: Routledge; 1994.
- The New Oxford American Dictionary. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Foubister D. The carcinosin drug Picture. PB Ed; 2003.
- Murphy R. Homeopathic medicine and cancer: the philosophy and clinical experiences of Dr. AH Grimmer, M.D. Homeopathic Research Project. National College of Naturopathic Medicine; 1979.
- Schmidt P. Cancer et homéopathie. L'enseignement du Dr. Pierre Schmidt. Tome II. Ed. Similia ; 1991. p. 479
- Wurster J. La thérapeutique des tumeurs métastasées. Cahiers du Groupement Hahnemannien du Docteur P. Schmitdt.
- Ramakrishnan AU, Coulter C. A homeopathic approach to cancer, St Louis MO: Quality Med Publish. Inc.; 2001.
- Timmerman A. (Video Cancer Cases and discussion.) Cancer and Chronic Diseases. International Seminar. The Hague: Hahnemann Instituut, Netherland; 2008.
- Murphy R. Homeopathic medicine and cancer: the philosophy and clinical experiences of Dr. AH Grimmer: Prescribing for the cancer patient. Chapter 12. National College of Naturopathic Medicine; 1979.
- Sheldrake R. La presencia del pasado: resonancia mórfica. Barcelona: Kairós; 1990.
- Muro A. Éxito en el tratamiento de tumores cerebrales con un producto homeopático. Discovery Salud. 2007;95.
- Instituto Nacional del Cáncer de Maryland. Anderson Cancer Center de Houston (en referencia 11).
- Banerji P. Tumores malignos: recuperar la salud mediante remedios homeopáticos. Comprehensive Cancer Care Conference. 2000. NCI-CAMCC Arlinton, EE.UU.
- Phatak S, Multan AS, Banerji P. Ruta 6 selectively induces cell death in brain cancer cells but proliferation in normal peripheral blood lymphocytes: a novel treatment for human brain cancer. Int J Oncol. 2003;23:975-82.
- Lindsey Bradford T. Pioneers of homeopathy. Philadelphia: Boring Tafel; 1897.
- Banerji P. (Comentario de Diapositiva 10.) Documento de la ponencia: Protocolo Banerji: Simplificación de la Homeopatía para mejorar el sufrimiento humano. II Congreso Nacional de Homeopatía. Valladolid. 2008.
- Folkman J. Tumor angiogenesis: therapeutic implications. N Engl J Med. 1971;285:1182-6.
- Santisteban GA, Ely JT, Hamel EE, Read DH, Kozawa SM. Glycemic modulation of tumor tolerance in a mouse model of breast cancer. Biochem Biophys Res Commun. 1985;132:1174-9.
- Mukherjee P, Abate LE, Seyfried TN. Antiangiogenic and proapoptotic effects of dietary restriction on experimental mouse and human brain tumors. Clin. Cancer Res. 2004;10:5622-9.
- Mukherjee P, Sotnikov AV, Mangian HJ, et al. Energy intake and prostate tumor growth, angiogenesis, and vascular endothelial growth factor expression. JNCI, 1999;91:512-23.
- Aggarwal BB, Kumar A. Anticancer potential of curcumin: pre-clinical and clinical studies. Anticancer Res. 2003;23:363-98.
- Wescott R. Can miracles happen? BMJ. 2002;325:553.
- Papac RJ. Spontaneous regression of cancer: possible mechanisms. In Vivo. 1998;12:571-8.
- Banerji P, Banerji P. Documento de la ponencia: Protocolo Banerji: Simplificación de la Homeopatía para mejorar el sufrimiento humano. II Congreso Nacional de Homeopatía. Valladolid. 2008.
- Lote K, Egeland T, Hager B. Survival, prognostic factors, and therapeutic efficacy in low-grade glioma: a retrospective study in 379 patients. J Clin Oncol. 1997;15:3129-40.
- Smyth MJ, Godfrey DI. A fresh look at tumor immunosurveillance and immunotherapy. 1. Nat Immunol. 2001;2:293-9.
- Chiou S, Sheu B, Chang W, Huang S, Hong-Nerng H. Current concepts of tumor-infiltrating lymphocytes in human malignancies. J Reprod Immunol. 2005;67:35-50.
- Banerji P, Campbell D, Banerji P. Cancer patients treated with the B. Protocols using homeopathic medicines: A Best Cases Series Program of the National Cancer Institute USA. Oncology Reports. 2008;20:69-74.