

Entrevista al Prof. Dr. Ricardo Plancarte Sánchez Nuevas técnicas de cementación para el tratamiento del dolor crónico y prevención de fracturas

New cementation techniques for chronic pain treatment and fracture preventions



“..de la experiencia de aplicar cemento en otras áreas como la vértebra, me nace la idea de diseñar una técnica para aplicarlo en el cuello el fémur y reducir o impedir hasta un 95 o 97% la fractura..”

En un marco inmejorable de actividad académica, discusión y entrenamiento de profesionales latinoamericanos en técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor crónico, “Opinan los Expertos” tuvo el honor de entrevistar al Profesor Doctor Ricardo Plancarte Sánchez. Reconocido por sus pares de todo el mundo y con el entusiasmo que lo caracteriza a la hora de tratar los temas de su especialidad, nos cuenta su experiencia en el desarrollo de técnicas tales como la inhibición funcional del plexo hipogástrico superior, la inhibición del ganglio impar o ganglio de Walter y sus últimos desarrollos en una innovadora técnica de cementación para el tratamiento del dolor crónico y prevención de fracturas.

Dentro del amplio campo de terapias intervencionistas para el manejo del dolor crónico. ¿Cuáles han sido los temas que mayor interés han despertado en usted?

Fundé la unidad de dolor hace más de 30 años en el Instituto Nacional de Cancerología en la ciudad de México y hemos podido contribuir en la formación de recursos humanos y en la creación de técnicas innovadoras para tratar diferentes fenómenos dolorosos. Originalmente los que iniciaron mi inquietud en su momento fueron el dolor mediado por el sistema simpático que, como muchos sabemos, es un dolor sensiblemente caprichoso que responde difícilmente de una manera favorable al control a través de métodos tradicionales como son el uso de fármacos o las

mezclas de diferentes fármacos aun incluyendo las modalidades de la analgesia multimodal. El dolor mediado por el simpático pues es un fenómeno doloroso que motivó en mi persona y estimuló la posibilidad de buscar alternativas para tratar el dolor particularmente que no estaban descritas en la literatura internacional y esto me lleva a reconocer e identificar fenómenos dolorosos en la pelvis particularmente, las vísceras pélvicas y el piso de la pelvis y diseño de dos técnicas, una que se denominó la inhibición funcional del plexo hipogástrico superior y el complemento de esta técnica para tratar el dolor mediado por el simpático en la pelvis que es la inhibición del ganglio Impar o ganglio de Walter. Estas dos técnicas han tenido una aceptación internacional importante y se les ha acreditado mediante la utilidad que han sustentado en el manejo y alivio del dolor pélvico en los pacientes que lo sufren crónicamente, hombres o mujeres. Ha sustentado el que se le acredite un código internacional, esto es un CPT, que facilita el que sean parte del armamentario de las diferentes alternativas del manejo intervencionista del dolor crónico. Entonces estas técnicas están ahí ya posicionadas, cimentadas con un código que facilita también al que aprendió a hacerlas, a indicarlás, a ejecutarlas, que pueda tener una retribución en el marco del ejercicio de su profesión económica o que también tenga toda la facultad y el sustento de evidenciar el éxito de estos procedimientos para enseñarlos a otras personas, a otros clínicos que estén en el campo del dolor. Este es un área, entonces el dolor mediado por el simpático que ha ocupado en

parte mi interés profesional. Quiero también hacer hincapié que el desarrollo de estas técnicas para la pelvis me lleva a buscar también alguna alternativa que reduzca la morbilidad o la complejidad de otras técnicas ya descritas para el manejo del dolor mediado por el simpático pero de las vísceras del hemiabdomen superior, páncreas, hígado, riñones, etc. Ahí ya había técnicas descritas exitosamente aceptadas también por la comunidad internacional por haber evidenciado una serie de beneficios para el control de estos síndromes dolorosos y ahí me motivó la necesidad de buscar una alternativa que fuese sensiblemente más efectiva en los pacientes que sufrían dolor de las vísceras del hemiabdomen superior por cáncer de estas vísceras, y entonces veíamos que lo descrito anteriormente tenía ciertamente un beneficio bien sustentado, pero este beneficio se limitaba a veces en un par de meses o tres o cuatro meses y entonces buscamos la forma de interrumpir el camino del dolor en un nivel del sistema simpático más alto. Y diseñé una modificación a la denervación de los nervios espláncnicos utilizando una vía transdiscal abordando con una aguja especial el nivel de T9-T10 o T10-T11 para llegar al tercio inferior del retro mediastino inferior y hacer real un espacio virtual aplicando un nivel de contraste y aire y después aplicando una sustancia neurotóxica que destruye los nervios espláncnicos e inhibe el sistema nociceptivo de las vísceras abdominales superiores. Entonces esta técnica, es una técnica de reciente aparición a la crítica internacional publicada ya en el idioma español y en el idioma inglés, y que está siendo aceptada y está siendo criticada por diferentes grupos internacionales, particularmente en los centros oncológicos, la Universidad de McGill, el Instituto Roswell Park en Nueva York y muchos otros centros de orden internacional y también en Latinoamérica muchos otros países han adoptado esta alternativa como opción adicional a las otras y los resultados se están repitiendo favorablemente para los pacientes con los alcances que originalmente reportamos también.

En medicina, como todos sabemos, se cree o se usa un recurso una vez que se haya confirmado realmente que aquel recurso cumple todos los requisitos éticos, bioéticos en el estricto marco académico y de respeto y que se repiten los beneficios tal cual fueron publicados en alguna manera originalmente. Estas son algunas de las cosas que han motivado, han ocupado mi interés en el campo crónico, o sea dolor mediado por el sistema simpático.

¿Qué puede decirnos de su experiencia en otro tema de su interés: el dolor crónico de origen óseo?

En estas instituciones a las que me honra pertenecer, tanto a la Universidad Nacional Autónoma de México

como al Instituto Nacional de Cancerología, me lleva a identificar que había un problema que requería también atención en los pacientes con cáncer, y es el dolor óseo, el dolor de los huesos, producto en la mayoría de los casos, por sobre todo en esta institución, de una actividad de la enfermedad por metástasis al tejido óseo. El dolor en el hueso es un dolor complejo, difícil, menospreciado por muchos clínicos y ahora existen fundamentos muy importantes que validan neurobiológicamente y neuroquímicamente la existencia de un sistema mediador del dolor, no nada más en la parte del tejido que cubre el hueso que es el periostio sino también internamente. El hueso duele porque está muy inervado, está muy vascularizado, tiene una cantidad importante de nociceptores y es un dolor muy intenso.

Existen tratamientos farmacológicos múltiples que han sido utilizados exitosamente en un buen número de casos para tratar el dolor. Existen otro tipo de tratamientos mediados por fármacos a través de los bifosfonatos, la radioterapia es la piedra angular reconocida, identificada para tratar estos fenómenos dolorosos. De donde venga el cáncer si de mama, si de próstata, si de riñón, si de pulmón, si es un mieloma, etc. De donde venga el cáncer puede tener diferentes opciones de tratamientos.

Más allá del tratamiento sintomático del dolor óseo en pacientes portadores de invasión tumoral, ¿existe algún procedimiento orientado a reducir el riesgo de fractura patológica en estos pacientes?

Hay algunas consideraciones particulares que en mi experiencia, en mi opinión al estar tratando pacientes día a día en una institución como esta, había algunas condiciones que no estaban siendo tratadas adecuadamente. El dolor o la metástasis producto de una actividad tumoral para el hueso, incidentemente ataca en forma más importante a las vértebras. A las vértebras de cualquier nivel: cervical, dorsal, lumbar o sacra. Y por tanto entonces, las vértebras sufren no nada más el dolor sino sufren una descompensación biomecánica por la actividad del tumor y pueden fracturarse. Y la fractura puede ocasionar daños neurológicos si esta fractura invade el canal espinal, o invade alguna raíz nerviosa, y entonces las consecuencias pueden ser pues muy difíciles de controlar. O puede lesionar el cordón espinal y tener alguna limitación funcional por una actividad de este tipo. Entonces, existe una técnica bien validada, bien reconocida a nivel internacional que es la vertebroplastia y empezamos a tener experiencia hace ya muchos años, tres décadas por lo menos, con el uso de este recurso, o sea, la aplicación de un cemento acrílico para hueso polimetilmetacrilato a estas vértebras que tenían estas condiciones de riesgo o de

fractura o de actividad metastásica. De esa experiencia en el dolor óseo y de vivir una condición innegable de ver a pacientes en sillas de ruedas, fracturados de la cadera por una actividad metastásica a un sitio que incidentalmente tiene también el segundo lugar después de las vértebras, ocupa el segundo lugar en el territorio óseo del humano y es precisamente el que la metástasis se localiza o se ubica en el cuello del fémur, en la cabeza o en el trocánter mayor. Esto hace en cualquiera de estas tres ubicaciones que la metástasis se extienda hacia el cuello si es que no está en el cuello, debilite el cuello del fémur y provoque hasta en un acto de pararse o subir un escalón o girarse, provoque una fractura. Y la fractura de la cadera es no nada más una circunstancia muy desagradable y dolorosa sino muy costosa en todos los aspectos: para el paciente el sufrimiento, para institución, para el gobierno, porque la sustitución de la articulación de la cadera mediante una prótesis es un recurso económicamente costoso. Y el procedimiento quirúrgico por tanto también es un acto quirúrgico mayor que conlleva una serie de gastos y condiciones especiales que hacen de esto una circunstancia que llama la atención y que entonces fue lo que sucedió en mi caso y de la experiencia de aplicar cemento en otras áreas como la vértebra, me nace la idea de aplicarlo, de diseñar una técnica para aplicarlo en el cuello el fémur y reduzca o impida hasta un 95, 97% la fractura y por tanto las condiciones del paciente son diferentes.

Así fue que diseñé esta técnica originalmente la publicamos en una revista médica que se denomina, se llama "Cirugía y Cirujanos", indexada a nivel internacional con un factor de impacto razonablemente importante y por capricho la publiqué en español, pensé que la identificación con mi origen iba a ser pues también leída en español, y sucedió que los colegas internacionales del idioma inglés no la leyeron y fue motivo de generar algunas cartas al editor en otros momentos que se publicaron situaciones paralelas a esto.

Posteriormente en el año 2011 hago una publicación en inglés y en 2014 una segunda publicación en inglés y entonces ya está en el ámbito internacional y está siendo favorablemente criticada, utilizada en pacientes que tienen esta condición clínica y bueno pues en esta ocasión invitado por la Fundación CENIT para la Investigación en Neurociencias, por la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT), y por la Academia Latinoamericana de Médicos Intervencionistas en Dolor (ALMID) pues me solicitaron participara, en expresar mis experiencias y proponer las técnicas en este cuarto curso teórico práctico de manejo intervencionista del dolor en el cual se intercambia una ideas con amigos, con colegas, con profesores y crecemos todos porque expresamos los

detalles puntuales de las técnicas, los tips, lo que a veces no está en el libro, en el capítulo que podamos haber escrito o en la publicación oficial, por las mismas normas o reglamentos de los comités editoriales. Así que este es una gran oportunidad para mí haber tenido esta alternativa de interactuar, intercambiar y con mucho gusto venimos a confirmar, no nada más a expresar mediante una bonita charla, diapositivas bien manejadas, sino confirmarlo en el cadáver la técnica y enseñársela precisamente a los que se han inscrito a este curso que felicito al comité organizador porque pues es un curso muy concurrido, gente que tiene un real interés. Es un curso con gente que proviene de las diferentes disciplinas de la medicina que tiene que ver con el dolor crónico. Hay anestesiólogos, hay neurocirujanos, ortopedistas, fisiatras. Ha sido muy motivante también ver médicos internistas, vimos también médicos expertos en imagen en rayos X, intervencionistas interesados en aprender este tipo de técnicas y médicos internistas que ayer mismo preguntaba "¿usted va a desarrollar a esta técnica?", dice "no doctor, yo estoy aquí para aprender y canalizarla con quien lo sepa hacer", lo cual es muy importante. Esto habla de la difusión que han hecho a este artículo de enseñanza a través de la Fundación. Los felicito y me da mucho gusto que realmente tenga esta oportunidad poder tratar y ser parte de este grupo académico.

¿Cuál sería su reflexión sobre el estado actual y cómo ve el futuro de nuestra actividad en América Latina?

Como me han preguntado en algún momento. Yo creo que el futuro de Latinoamérica es promisorio, es motivante, es un reto, innegablemente, pero ahora con las diferentes modalidades de comunicación tenemos mucha más información, a la capacidad intelectual de un individuo. Anteriormente teníamos un índice de medición que era el LICU ahora nuestra capacidad se mide por la potencia que tengamos en la síntesis de la información que existe, o sea la capacidad de síntesis, y obviamente de la utilización de esa información de una manera racional, ética, práctica, efectiva. Entonces yo creo que Latinoamérica está, no digo despertando pero sí obteniendo cada vez una mayor capacitación que va a ir en beneficio de quien nos debemos, que es el paciente. A reducir el sufrimiento innecesario y a paliar cuando no se puede curar. Por lo tanto pues consideramos que Latinoamérica está cada vez más envuelta en un desarrollo muy promisorio de gran nivel en el campo alivio del dolor y de la medicina paliativa. Agradezco pues esta oportunidad de expresarme ante esta Fundación y espero seguir teniendo las opciones de seguir colaborando con ustedes. Muchas gracias.