

Teoría de las Equivalencias Dolorosas de Pistorⁱ.

En 1952, antes del inicio de la Mesoterapia, el Dr. Pistor ejercía como médico laboral en una empresa de zinc, atendiendo frecuentemente quemaduras debidas a la manipulación del metal caliente.

Un día, según se recoge en el Boletín de la Sociedad Francesa de Mesoterapia de mayo de 1970, observó algo que le llamó mucho la atención: un obrero que se había quemado en una mano con el metal caliente, volvió a tocar deliberadamente el metal responsable de su primera quemadura involuntaria. Cuando le preguntó acerca de esa actitud tan extraña, el operario le contestó que lo hacía cada vez que se quemaba porque obtenía una mejoría inmediata del primer dolor.

Al cabo de unos días pudo comprobar cómo era una práctica habitual de los operarios y cuando lo comentó con el ingeniero responsable de la fundición, éste le aseguró que en los talleres de Artes y Oficios les enseñaban este extraño método. Pistor le comentó que en la Facultad de Medicina no se enseñaba ese método y mostró dudas de su eficacia.

Pero, sigue comentando Pistor, un tiempo después se quemó él accidentalmente con su pipa que creía apagada y pensó en poner en práctica lo que había observado hacer a sus trabajadores. Aunque lo dudó, puesto que la lógica le pedía enfriar la quemadura, repitió voluntariamente el accidente y se sorprendió al constatar que su dolor inicial desaparecía de forma inmediata y definitiva con la provocación de la segunda quemadura.

Su mente abierta se vio nuevamente convulsionada cuando posteriormente pudo constatar que muchos de los operarios que sufrían esguinces no le consultaban a él si no que iban a visitar a un curandero donde tenían resultados mucho mejores y más rápidos que los que él les podía proporcionar: en 2-3 días prácticamente se resolvía la cojera y desaparecía el dolor, permitiéndoles volver al trabajo, mientras que sus pacientes, tratados de la forma oficial, tardaban más de 3 semanas en experimentar mejoría.

Pistor tuvo una oportunidad de revancha, como él mismo apunta en esa comunicación a la SFM: el curandero acudió a él solicitando consulta pues estaba enfermo y Pistor se la dio a cambio de que le explicase el método que aplicaba para conseguir los excelentes resultados en el manejo de los esguinces. El curandero esgrimió al principio los “dones heredados” y la colocación de “nervios cruzados”, pero después le mostró cuál era la maniobra que realizaba habitualmente: era un alargamiento rápido de los ligamentos afectados, provocando así un dolor extremadamente vivo pero de corta duración, que se seguía de una sedación total del dolor inicial.

Pistor pudo verificar decenas de veces un método que a primera vista puede ser criticable: es posible obtener una mejoría considerable e incluso total del dolor de un esguince provocando en el mismo lugar un dolor vivo que se va a seguir de una importante sedación del dolor subagudo previo.

Después de estas observaciones, Pistor comparó los resultados: en ambas situaciones se producía una curación casi inmediata provocando un dolor intenso pero de muy corta

duración a nivel de la zona afectada. En ambos casos, el dolor es una parte importante del cuadro clínico y el que determina la impotencia funcional; y en ambos casos, aunque aparentemente distintos, se trata de la aplicación de lo que definió como Teoría de las Equivalencias Dolorosas: “un dolor de una cierta intensidad, incluso permanente, puede ser inhibido parcial o totalmente por un dolor o un estímulo diferente, más intenso pero más breve”.

Pistor, siempre mostrando la humildad científica que le caracterizaba, reconoce su imposibilidad de explicar la razón de la inhibición del dolor por el dolor, y escribe: “Todo ocurre como si un dolor inicial produjese la secreción de una sustancia, que llamaremos (a); después, la provocación de un dolor más intenso pero más breve que el inicial, entrañaría la secreción de mucha más cantidad de esa sustancia (a), que llamaremos (A) y que sería responsable de la liberación de otra sustancia (B) por el organismo, que actuase como inhibidora de la (A) y que eliminase la sustancia (a) inicial”.

Así se podría explicar el éxito de ciertas terapias analgésicas, como es la inyección intradérmica de histaminas, de agua destilada o las puntas de fuego.

Y afirma Pistor: “La estimulación rápida determinada por una movilización brusca de una zona contusionada, inhibe el dolor loco-regional preexistente en buen número de casos. El supuesto don hereditario y secreto de los curanderos no es más que la aplicación estricta de esta teoría que permite por fin explicar sus éxitos y nuestros fracasos en el tratamiento de los esguinces o de una zona dolorosa”.

En esa comunicación de mayo de 1970 a la SFM, Pistor presenta el modelo original de multiinyector diseñado para sacar el máximo partido de su Teoría de las Equivalencias Dolorosas:

“Cuando quiero tratar una afección en la que el dolor representa casi en exclusividad el cuadro clínico, si con el uso de las mezclas mesoterápicas habitualmente eficaces no obtengo resultado, recorro a estímulos breves que a menudo dan resultados inesperados incluso en los casos más difíciles. Para ello uso el multiinyector con mezclas a base de agua destilada que son dolorosas a la inyección. Así, el dolor que siempre fue considerado por la Medicina bien como un enemigo a combatir a cualquier precio o bien como una señal de alarma, puede convertirse en un agente terapéutico”.

Al final, una cita de Shakespeare le sirve como colofón: “un gran fuego apaga otro, como una pasión ahoga otra pasión”; es decir: “es posible afirmar que en muchos casos cierto dolor permite combatir otro”. El dolor latente es una lucecita vigilante que puede alumbrar durante mucho tiempo antes de que se consuman sus baterías. El dolor provocado es un gran destello que vacía los acumuladores de golpe. La misma energía nuclear que propulsa a un submarino atómico durante años, pues puede explotar si se libera en milésimas de segundo. Se trata de elegir entre la intensidad y la duración del impulso energético para dilapidar el capital, ya sea eléctrico, atómico o el influjo nervioso doloroso.

Hemos de señalar que la experiencia de Pistor en la fundición de zinc acontece en 1952, es decir, unos años antes de que Melzack y Wall publicasen la teoría del control de la puerta o Gate Control Theory, que se publicó en Science en 1965ⁱⁱ.

Dicha teoría se basa en los trabajos experimentales que sus autores realizaron utilizando ratas descerebradas y en ella se sugiere que pequeñas neuronas intercalares de la sustancia gelatinosa de Rolando del asta posterior de la médula, mantienen múltiples conexiones axonales, tanto con las fibras gruesas mielinizadas como con las fibras finas amielínicas que llegan al hasta posterior medular.

Las neuronas intercalares de la sustancia gelatinosa están relacionadas con la información termoalgésica y táctil y modulan y regulan los impulsos nerviosos que se transmiten a las células T de transición. Esta sería la “bisagra” de la puerta.

Los estímulos que son transmitidos por fibras mielinizadas gruesas, A-delta, son conducidos con una mayor rapidez que aquellos transmitidos por fibras amielínicas (fibras C) o por fibras mielinizadas delgadas (A-alfa, beta o gamma). Algunas fibras A-delta tienen respuestas polimodales y se excitan cuando se alcanza un umbral alto de excitación tras la producción de un daño tisular o un fuerte estímulo táctil. Las fibras finas son las que habitualmente transmiten el impulso nociceptivo. La estimulación de las fibras mielínicas gruesas provoca un potencial negativo en las neuronas de la sustancia gelatinosa y una inhibición de la transmisión sináptica de las neuronas eferentes hacia los centros superiores.

Quizás sea esta la forma de explicar la Teoría de las Equivalencias Dolorosas definida por Pistor.

ⁱ Las referencias bibliográficas empleadas fundamentalmente en este capítulo son las actas de la Sociedad Francesa de Mesoterapia de la reunión del mes de mayo de 1970 que corresponde al número 20 de los Boletines de la SFM (páginas 12 a 16) y al libro del M. Pistor “Un défi thérapeutique” editado por Maloine.

ⁱⁱ Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. Science 1965, 150: 971-979.