

El futuro de la hematopatología^(*)

*No hace falta renunciar al pasado al entrar en el porvenir.
Al cambiar las cosas, no es necesario perderlas. J.Cage.*

Cuando Jerónimo Forteza me invitó a clausurar esta reunión, argumentó que ya que estábamos aquí los cuatro que comenzamos el Club de Linfomas, sería bueno que echáramos una mirada al futuro. El título es concluyente: el futuro de la hematopatología. Pero lo único concluyente es el pasado y lo apasionante vivir el presente. Estamos, pues, de aniversario, es decir, en latín lo que vuelve cada año, o lo que es lo mismo, regreso en el tiempo.

Y si regresamos, fue en 1977 cuando solicité la creación del Club de Linfomas, el primero que se creó en la SEAP. Previamente, en España sólo existía en el seno de la Sociedad Española de Anatomía Patológica, el registro de tumores óseos, del cual yo formaba parte, lo que me permitió comprobar que no teníamos dinero, ni estructura para mantener vigente un registro, y sobre todo, no tenía razón de ser si no se contaba con los correspondientes cirujanos.

Cuando en aquél año solicité en una asamblea un Club de Linfomas hizo que algunos colegas dijieran ingenuamente si lo que queríamos era un local para que izas, rabizas y colipoterras pudieran enseñar su contorno linfocitario. Por ello, planteé el Club de Linfomas en base a la ausencia de directiva y normativas que evitasen rigideces, que no necesitase personal de secretariado, que consistiese en la consulta mutua de casos, como me había comentado del Club inglés Dennis Wright, en Southampton.

Allá fuimos Augusto Moragas, que aparte de otros papeles, había escrito una espléndida monografía sobre adenopatías benignas en medicina clínica, monografía no mejorada hasta la actualidad; Jerónimo Forteza, que ya nació y creció entre linfocitos, lo que se nota por la confianza que tiene con ellos y Carmen Rivas que demostró mi primer error y era que sí se necesitaba de un secretariado, que ella creó gracias a su insobornable voluntad.

Pero nosotros solos sentíamos escalofríos diagnósticos, y como diría nuestro añorado Emilio Gutiérrez hacíamos preinformes o parainformes,

mientras pedíamos arropamiento a Karl Lennert, el pontífice infalible, a Juan Rosai, el derviche supremo y a Dennis Wriigh, el hierofante, que nos enviaban sus diagnósticos casi siempre concordantes, con lo que ya nosotros podíamos elaborar el diagnóstico final o metainforme.

Han pasado, prácticamente, veinte años, se fueron incorporando nuevos idólatras del Linfocito Ubicuo y Todopoderoso, patólogos que progresivamente elevaron el nivel de nuestra Hematopatología a niveles que llegamos a soñar, pero que, pensábamos en nuestro fuero interno, nunca se alcanzarían. Pero entre todos, se consiguió.

Como acabo de relatar, me temo que volvamos a equivocarnos, que es el final natural de las profecías humanas. Para no alejarnos demasiado de esa futura realidad, debemos considerar conjuntamente a la ciencia - creación - y a la tecnología - aplicación - hematopatológicas, cuya constante evolución seduce a los más ingenuos, a los que las aceptan sin la menor crítica. En la actualidad, más que una bipolaridad entre ciencia y técnica se acepta que entre ellos hay un maridaje en el que actúan paralelamente, y hay muchos, demasiados, que creen que hacer técnicas es hacer ciencia, y se utiliza la técnica como señuelo de la ciencia, en realidad, como justificación a la ausencia de ideas científicas. La tecnología está arrollando la hematopatología, impulsada por la fuerza huracanada de la industria. Hugo Galera lo dice llanamente: "Las grandes industrias están detrás del consumo y favorecen el desarrollo y prestigio del consumidor".

"En el pasado se pensaba muchas veces que la tarea de adquirir nuevos conocimientos regía únicamente en la ciencia y en los científicos. La ciencia descubría nuevos aspectos del mundo y la tecnología aplicaba esos descubrimientos. La ciencia suponía la exploración creativa y la tecnología la aplicación mundana. La tecnología no descubría nada nuevo, sino que se limitaba a utilizar lo que ya se conocía. La tecnología era simplemente técnica aplicada. Pero esa concepción es totalmente errónea... el desarrollo tecnológico no depende de los avances de la ciencia". Esta afirmación de Barry Barnes (1) demuestra la evolución de la hematopatología donde el progreso técnico está arrastrando al progreso científico. La técnica está descubriendo nuevas facetas, pero también está "creando" conceptos. La patología molecular profundiza, a veces en el vacío, y pagará tributo por olvidar la correlación clínico-morfológica.

El concurso del patólogo, seguirá siendo imprescindible, porque seguirá con su arsenal actual y contará con los nuevos de patología molecular, que los

^{*}Conferencia de Clausura del Club de Linfomas. Santiago de Compostela. Octubre 1996.

puede y debe manejar él. Habrá que darle su justo valor a los doctos que son híbridos de las nuevas técnicas y la ignorancia anatomopatológica, pero "no se consolidará una especialidad, si está vampirizada por otra", recalca Jerónimo Forteza. No se puede hacer una hibridización "in situ" y no saber dónde está localizado lo que está buscando. Como dice el mismo Forteza, el patólogo es el especialista idóneo para rentabilizar los estudios de biología molecular en tejidos.

Vuelve a recordarnos Barnes el concepto de que el progreso es inevitable, sobre todo, cuando industriales y fabricantes afirman que "mantenerse al nivel de la competencia es una imperiosa necesidad. Así, los industriales de Europa, Japón y los Estados Unidos ofrecen protección a la población, a la manera en que las bandas rivales y desalmados ofrecen protección a los restaurantes, casinos y burdeles. En ambos casos se utilizan los mismos argumentos". Podríamos llegar a la aparente frustrante condición de "aprender a abstenernos de hacer cosas por el mero hecho de que sabemos hacerlas", como intenta contenernos Fox.

¿Cuál podría ser el futuro de la hematopatología?:

1.- Aumento espectacular de la PAAF, exigida por el propio enfermo, cada vez menos tolerante con la agresividad diagnóstica. Aunque con ella sean diagnósticos de presunción, pero cada vez tendrán menor presunción.

2.- La detección de signos funcionales celulares, lejos de letanías de epitopos detectados por anticuerpos de nombre sonoro - en el futuro, los nombres de los anticuerpos los pondrán las agencias de publicidad - y significado desconocido.

3.- La realización de técnicas de patología molecular estará bajo la responsabilidad de los propios patólogos a cargo de preparadoras histológicas. Se tratará de un simple fenómeno de desdramatización, semejante al que vivimos con la microscopía electrónica. Toda técnica nueva crea un cierto clima de histrionismo. Nosotros trajimos la técnica de microscopía electrónica y se la enseñamos a una corista de revista que se transformó en una de las mejores preparadoras que ha habido - Marilís Lagunar - como se puede demostrar de manera incuestionable. Ello no tiene que ver con la debida colaboración con distintos profesionales.

4.- Los Comités de Investigación y de Ética del Hospital y desde luego, la Administración, controlarán el uso de nuevos anticuerpos y la justificación de los anticuerpos empleados en cada caso. ¡Cuidado con los patólogos dilapidadores!. Cuanta más parafernalia traiga un nuevo concepto científico, más falso será. No hay que olvidar que en ciencia debe cuestionarse todo.

5.- Se delimitará exactamente quién paga los estudios inmunohistoquímicos y moleculares: el hospital, el enfermo, el médico (la beca) o el laboratorio.

6.- Sin embargo, la publicación en revistas

buenas y regulares, exigirá "estudios completos", que no serán más que una retahíla inacabable de anticuerpos. Será una de las justificaciones más frecuentes en la que se apoyará los imperialismos científicos de países, de instituciones, de grupos científicos, ante los que otros países más escasos, una sociedad más limitada, unos investigadores con recursos no comparables, parecen encontrarse impotentes...

7.- Se acentuará la tendencia de definir nuevas entidades por la reactividad celular, que generalmente consistirá en volver a bautizar entidades clásicas o pseudoentidades.

8.- Todo patólogo tendrá la obligación y el derecho a emitir un diagnóstico puramente morfológico. Con las técnicas habituales dirá si es un linfoma o no, si es un linfoma Hodgkin y cuál es su tipo o no-Hodgkin y si es nodular o difuso, si es debajo o alto grado. Sólo un protocolo terapéutico electivo exigirá las técnicas adecuadas. Ello no quiere decir que no se manejen los anticuerpos más comunes que siempre facilitarán los estudios retrospectivos. Quiere decir que no deben usarse anticuerpos superfluos, repetitivos, o no suficientemente testados y que, naturalmente, dicho diagnóstico podrá completarse a escala inmunohistoquímica o genética en las condiciones adecuadas.

Adelante, sigamos trabajando, distinguiendo lo que es útil para el enfermo de lo que es floritura. Pero pobre de aquél que no reflexione como lo hace el gran biólogo Rostand: "La única prospectiva que pudiera interesarme sería la de la afectividad. Poco me importa como será mañana el aspecto de las ciudades, la forma de las casas, la velocidad de los vehículos... Ahora bien, ¿cuál será el sabor de la vida?, ¿cuáles serán para el hombre las nuevas razones de querer y de actuar?, ¿de dónde sacará el valor de ser?" (2).

Muchas gracias.

Horacio Oliva-Aldamiz.
Catedrático de Anatomía Patológica.
Facultad de Medicina.
Universidad Autónoma de Madrid.

REFERENCIAS:

1. Barry Barnes. Sobre Ciencia. Labor. Barcelona 1987.
2. Jean Rostand. Inquietudes de un biólogo. Editorial Fontanella. Barcelona 1969; p. 107.