

## HOMEOPATIA E DOENÇA AUTO-IMUNE: CASO CLÍNICO DE SÍNDROME SJÖGREN

Gelse Mazzoni Campos \_ Médica Homeopata gelse@usp.br

Instituto Homeopático “François Lamasson” IHFL Ribeirão Preto, SP

Paciente, 61a, feminina, casada, procedente de Ribeirão Preto, SP. Encaminhada pela oftalmologista em 16/12/2003 com diagnóstico de Síndrome de Sjögren há 36 anos com déficit visual secundário ao tratamento com Cloroquina para avaliação da possibilidade de tratamento homeopático. A paciente relata que após mudança para a cidade de Ribeirão Preto, iniciou quadro de secura nos olhos (xerofthalmia), dores no corpo, edema de pequenas articulações e nos últimos três anos fez tratamento com Metotrexate, Meticorten e Cloroquina que resultou em cegueira parcial bilateral. O processo de mudança foi acompanhado de muita contrariedade e muita raiva, inicialmente não tolerava o clima quente e depois as brigas familiares por conta de dinheiro, foram até roubados pelo cunhado que era sócio do marido em empresa de construção civil e nunca pode dizer nada devido à convivência próxima. A família não suporta o sucesso profissional dos seus filhos. Refere sono perturbado, necessitando tomar chá de cidreira todas as noites. Secura nos olhos, com sensação de areia, e em mucosas de outras regiões do corpo. Foi diagnosticado esofagite de refluxo, hérnia hiatal, pangastrite e úlcera gástrica ativa devido às medicações. Pela fundoscopia, retinografia e angiografia fluoresceínica foi diagnosticado maculopatia de Bull's eye (olho de búfalo), conforme dados da tabela 02 e figuras de 1 a 4. Foram vários os episódios de internação hospitalar, em média 4 vezes ao mês, com crises de artrismo, nódulos na pele e que se acompanham de fenômeno de Raynaud (sic). É hipertensa, hipotiroidea, e está no climatério. Não sabe informar sobre doenças em familiares sanguíneas. Tem contato com tinta a óleo pelo exercício profissional. Exame Físico: Pulso:78 Pressão arterial:140X90, bom estado geral, nutrida, hidratada, eupneica, anictérica, afebril, consciente, orientada. Orofaringe: sem sinais de hiperemia e pontos purulentos. Coração: bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros ou arritmias. Pulmões: murmúrio vesicular presente em toda área, sem ruídos adventícios. Abdomen: plano, normotenso e sem visceromegalias. Membros: presença de edema em pequenas articulações e dor à mobilização de pequenas e grandes articulações. Sintomas repertorizados com Software Radar: irritabilidade por contrariedade, desejo de doces, mau humor ao despertar, distensão abdominal após as refeições, piora dos sintomas das 16 às 20 h. Medicada com Lycopodium 30CH 5 gotas uma vez ao dia.

Primeiro retorno em 4/02/2004: referindo duas crises fortes com dores no corpo como se tivesse feito exercícios, com edema em um dos dedos da mão. Consultada pela ginecologista que achou que estava na menopausa, receitaram hormônios, mas ela não aceitou. Manteve apenas o Syntroid. A geriatra achou-a confusa. Na ginecologista: Papanicolau classe II. Conduta: Thuya occidentalis C200 1 dose e manter Lycopodium 30 CH uma vez ao dia.

Segundo retorno em 15/03/2004: apresentou ceratite no olho direito por causa da secura nos olhos, tratada pela oftalmologista com Lacrima plus e pomada de cortisona. Fala novamente com indignação sobre os acontecimentos familiares e toda injustiça que vem sofrendo calada. Sintomas repertorizados com Software Radar: raiva reprimida com indignação, ofende-se facilmente, feridas cortantes pungentes. Conduta: Staphysagria C200 4 doses únicas. 1 por semana. Suspenso o Puran T4 e manteve-se o Syntroid

Terceiro retorno em 28/04/04: chega ao consultório toda sorridente, apresentou obstrução de trompa auditiva, foi ao otorrino que aspirou a secreção de conduto e apresentou melhora. Refere melhora geral principalmente das dores. Relata que enfrentou a cunhada em plena praça onde estava expondo seus trabalhos e “desabafou” tudo que estava “entalado“ há 36 anos. “Ela foi saindo e eu fui falando atrás dela”. Estou cheia de problemas em casa, mas comprei um nariz de palhaço e enfrento meu marido quando fala algo que não gosto. O filho continua bebendo, mas ela disse que o “caixão ela paga...”. Conduta: sem medicação.

Desde então, há quatro anos a paciente nunca mais foi internada com crises de artrismo, a lubrificação nos olhos e outras mucosas se processam normalmente. Trouxe os filhos para serem consultados e tem sido acompanhada em retornos trimestrais, faz todo o serviço de sua casa que é bem grande, pratica hidroginástica, e permanece com exames laboratoriais nos limites da normalidade, conforme dados na Tabela 01. Faz uso de Staphysagria C 200 de acordo com a necessidade.

Comentários finais: o diagnóstico clínico foi realizado de acordo com os critérios alopáticos convencionais: xerofthalmia, artrite, fator anti núcleo positivo e presença de fenômeno de Raynaud. Após o início do tratamento homeopático, utilizou apenas os hormônios tiroidianos conseqüentes provavelmente à tireoidite secundária à manifestação extraglandular da síndrome auto-imune. O primeiro medicamento homeopático Lycopodium considerado similar, pela sua atuação, não foi capaz de restaurar o equilíbrio do sistema

imunológico, mesmo em potencia mais alta. O segundo medicamento prescrito *Staphysagria* considerado o *simillimum* para o presente caso foi capaz de exercer a sinalização molecular necessária para o retorno ao equilíbrio do sistema imune que encerrou o processo de auto-agressão. Os critérios de cura foram os usualmente usados para a avaliação dos tratamentos alopáticos assim como os critérios clínicos de evolução e prognóstico: presença de xeroftalmia, artritismo e vasculares como o fenômeno de Raynaud, no presente caso. A importância do tratamento homeopático apesar da não obtenção, até o presente momento, da remissão do quadro oftalmológico, secundário à tratamento alopático, mas apresentou melhora da paciente em todos os sentidos e principalmente naqueles que favoreceriam a ocorrência dos quadros infecciosos.



Figura 01 Fundoscopia indireta nov 2000

Tabela 01: Exames Laboratoriais

Tabela 02 : Propedêutica armada

Tipo de Exame	Data	Resultado						
EXAMES LABOR	Fev/99	dez/00	mai/01	abr/02	fev/03	***abr/04	Set/05	dez/06
Urina Rotina	Normal	normal	normal	normal	<b>Início TT</b>			
HEMOGRAMA	<b>Homeop</b>							
HB	13,4	12,1	13,5	13,3	13,7	13,5	14,7	14,7
HT	40,5	37,5	40,2	40,4	41,6	41	42	42,4
GB	6050	5700	4700	8300	4400	6280	5200	5400
Bast	0	0	0	2	0	1	1	1
Seg	70	39	56	60	58	47	47	47
Eos	3	3	2	4	2	6	6	6
Linf	20	34	40	33	39	36	37	20
Mon	7	4	2	1	1	8	6	4
PLQ	264000	283000	261000	311000	307000	250000	243000	245000
BIOQUIMICA								
Glicose	83					95	90	90
Uréia	50	46,7						
Creatinina	0,8	0,85	0,86					
Cálcio	9,7							
TGO			31	31	46	198		
Fosfatase Alcalina	109							
Ac Úrico	4,3							
ENDÓCRINO								
Colesterol	181					210	228	202
Triglicérides	131					161	117	
HDL colesterol	40							
LDLcolesterol	114,8							
VLDL colesterol	26,2							
TSH						21,4		
T4 livre						5,13		
IMUNOLOGIA								
VHS 1a hora	85	80	54	66	44	24	22	22
VHS 2a hora	94	110	86	94	88	52	32	34
α glicoproteína acida	97	87	112,5				94	94
Fator antinucleo FAN	Reagente	reagente						
Reação do Latex RE	<20UI/ml	16,8	3,7	1	3,3	< 20	< 8	8
Prot C Reativa	< 6mg/L							
R. de Waler Rose	< 5	< 8	< 8	< 8			< 5	
ELETR.PROTEINAS								
Prot totais	7,1	7,24	6,84	7,08	6,14	7,2	7,4	7,4
Albumina	3,34	3,55	4	3,7	3,24	3,74	58,7	58,7
Globulinas		3,69	2,83	3,38	2,89			
alfa1	0,16	0,35	0,23	0,37	0,3	0,22	3,4	3,4
alfa2	0,87	0,74	0,57	0,73	0,56	0,79	7,3	7,3
Beta	1,23	1,13	0,9	1	0,94	0,99	11,5	10,5
Gama	1,5	1,47	1,13	1,28	1,09	1,46	19,1	17,2
A/G		0,96	1,41	1,09	1,12			
Raio X mãos	1995	Lesões radiotransparentes subcondrais Artrite reumatoide?						
Raio X mãos	1998	Lesões císticas subcondrais Artrite Reumatóide?						
Raio X mãos	1999	Pseudo cistos falanges médias						

		Artrite reumatoide
Raio X coluna lombo sacra	1999	Redução espaço discal L5-S1
Raio X cintura pélvica	1999	Alterações degenerativas
Fundoscopia Indireta	2000	Maculopatia medicamentosa por Cloroquina. Fig01
Densitometria coluna lombar	2001	0,14 Normal
Densitometria colo do femur	2001	0,912 Normal
Retinopatia	2003	Maculopatia secundaria uso Cloroquina. Fig 02
Angiografia Fluoresceínica	2003	Transmissão com aspecto em olho de Búfalo
Ecodoplercardiograma	2004	Normal
Endoscopia digestiva	2004	Esofagite de refluxo, hérnia hiatal, pangastrite e úlcera gástrica ativa
Retinografia	2007	Maculopatia de Bull's eye. Fig 03
Angiografia Fluoresceínica	2007	Atrofia difusa de EPR em media periferia. Fig 04



Figura 02 Retinografia set 2003



Figura 03 Retinografia julho 2007

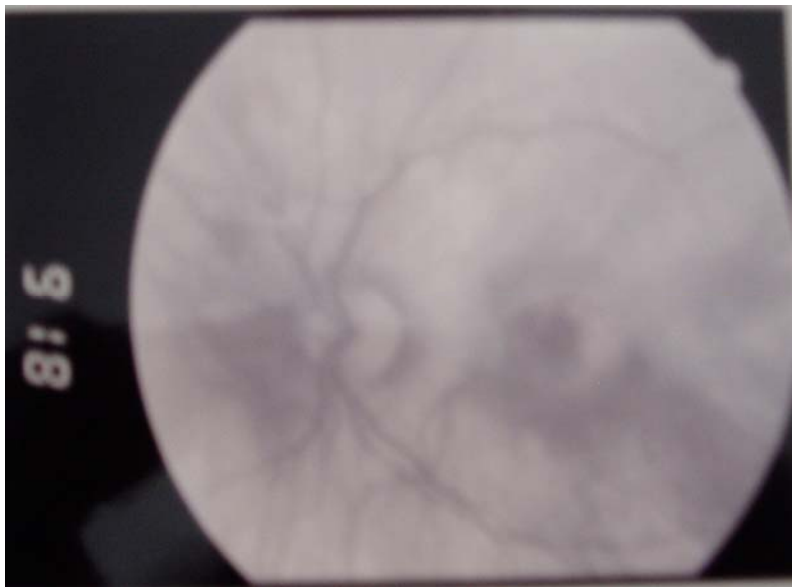


Figura 04 Angiografia fluoresceínica julho2007

## REPORTE DE CASO CLÍNICO DOCUMENTADO: RESOLUCIÓN HOMEOPÁTICA DE UN CASO DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO DE 5 AÑOS DE EVOLUCIÓN

Dr. Samuel M. Arrues

Fundación Médica Homeopática *Vitalis* Argentina.

### Introducción:

La Fiebre de Origen Desconocido (FOD) se define como temperatura mayor a 38° C en varias ocasiones por un período mayor a 3 semanas, con un diagnóstico que permanece incierto luego de una semana de investigación intrahospitalaria o ambulatoria (1). La FOD es frustrante para pacientes y médicos ya que el procedimiento diagnóstico incluye medidas invasivas y no invasivas que a veces no aportan un diagnóstico que explique la fiebre. Existen más de 200 diferentes causas reportadas de FOD (2-3) que incluyen causas infecciosas (24,5%), cáncer (14,5%), inflamatorias (23,5%), otras (7,5%) y sin diagnóstico (30%). Se presenta el caso de una paciente de 50 años, con antecedentes de Aborto séptico, TBC pulmonar y EPOC. Entre los años 2001 y 2006 fue estudiada por los servicios de Infectología, Neumonología y Clínica Médica de un Hospital Universitario de Buenos Aires con diagnóstico de Fiebre de Origen Desconocido. En dicho período, luego de 2 años de evolución con fiebre crónica, constatada por varios médicos del mencionado hospital se realizó un Ateneo Central para resolver el caso indicándose múltiples estudios complementarios. Estos estudios incluyen rutina de FOD completa, laboratorios seriados, Centellograma corporal total con Galio 67, Biopsia Pleural, tomografías de tórax y abdomen, cultivos de secreciones y tejidos. Nunca se llegó a un diagnóstico etiológico de la fiebre. A pesar de diversos tratamientos con antibióticos y AINES la fiebre no cedió por más de 5 años. La temperatura axilar basal (sin AINES) no descendía de 37 °C con picos diarios de 38-39 °C asociados a gran malestar general y pérdida de peso moderada.

El presente reporte incluye todos los estudios de imágenes y de laboratorio con su evolución previa y durante el tratamiento homeopático junto con videofilmaciones del caso y validación de terceros y del propio paciente. La documentación presentada muestra fehacientemente la evolución clínica y de estudios complementarios previa y durante el tratamiento homeopático con un solo medicamento.

Con el advenimiento de la Medicina basada en la Evidencia el reporte de caso clínico o serie de casos debe cumplir criterios de calidad estrictos especificados por medio de un protocolo diseñado a tal fin (4-5-6). También debe incluir la mayor cantidad de documentación clínica que avale la evolución del caso. A tal fin, el Dr. C. N. Cámpora ha desarrollado la Base de Casos Clínicos de Alta Calidad (BRECHA) (7) en la cual fue incluido el presente caso. El objetivo es optimizar la calidad y reproducibilidad del reporte de caso. Este es uno de los importantes desafíos de la Homeopatía Basada en la Evidencia (HBE).

**Primer consulta homeopática:** Agosto de 2006. Motivos de Consulta:

- 1- Fiebre de origen desconocido. 5 años de evolución.
- 2- Dolor severo en región renal. 5 años de evolución.
- 3- Migrañas. Más de 5 años de evolución.
- 4- Calambres nocturnos. 10 años de evolución.
- 5- Parestesias.
- 6- Episodios repetidos de diarrea.
- 7- Disnea CF III -IV por patología pulmonar obstructiva y restrictiva severa.

Paciente extremadamente delgada de aspecto crónicamente enferma con expresión sufrida en el rostro. A los 17 años de edad quedó embarazada pero su madre no lo aprobó y la sometió a un aborto clandestino practicado por una persona no calificada en circunstancias violentas y antihigiénicas. Por esta intervención desarrolló un cuadro séptico debiendo ser internada para histerectomía de urgencia. La paciente refiere: *“desperté en ese hospital rodeada de médicos que decían POBRE CHICA, QUE INJUSTICIA, NO VA A PODER TENER HIJOS,.... así me enteré que me habían sacado el útero y que no iba a poder cumplir mi mayor deseo en la vida: ser madre !!!.... Me encantan los chicos, siempre me gustaron”*. Mas adelante se le diagnosticó TBC pulmonar que recidivó cumpliendo tratamiento completo. Vive en un medio socio económico de extrema carencia. Su madre es alcohólica y su padre diabético, separados y bajo su cuidado. Al respecto dice *“son mis padres, por mas maldades que me hayan hecho yo debo ayudarlos, me hacen enojar mucho, pero los ayudo porque están muy mal”*... *“Siento bronca y nunca perdono. En general si me hicieron algo malo, no le deseo nada malo al otro pero siento bronca y no perdono”*.... *“Para perdonar soy bastante dura, por mas que el otro me pida por favor, yo no perdono, no vuelvo atrás, pero no le deseo el mal al otro”*. Respecto de las cosas que la enojan: *“Me ponen loca las injusticias, la gente mala... Si, mucha*

*bronca ! y con los chicos es peor, cuando veo injusticias con los chicos me da mucha bronca....” “Ahora lo mas frecuente cuando me enoja es gritar y discutir”* . La TV la pone triste, se sensibiliza y también le duele cuando ve a alguien sufriendo en la calle, en esos casos se angustia y se pone a llorar. Le gusta estar sola, puede estar acompañada un rato pero prefiere estar sola y en tranquilidad. La fastidia mucho que la vengana a consolar cuando esta mal. Le critican que todo lo hace muy rápido. Muy exigente con su trabajo. Muy friolenta. Se queja durmiendo como si doliera algo. Toma mucha agua -3 a 4 litros diarios- de a grandes tragos y a intervalos cortos. Agrega muchísima sal a las comidas. Tiene aversión a los mariscos e intolerancia a la leche que le genera diarrea. Refiere que come mucho: cuatro comidas diarias incluyendo guisos, fideos y colaciones y de noche come mucha fruta, a veces hasta un kilo de bananas o mandarinas y a pesar de eso su peso fue bajando paulatinamente de 50 a 46 kilos. La fiebre es constante, no baja de 37° con picos de 38,5° a 40° acompañados de malestar general, transpiración en nuca y cuello con olor ofensivo. Sensación de frío y con la cara pálida. Escalofríos cuando tiene mas de 40°. Asociado al cuadro sufre de un dolor tironeante en la región renal a predominio izquierdo que agrava con reposo y frío y mejora con calor. Calambres nocturnos en miembros inferiores de 10 años de evolución. Migraña pulsátil de predominio izquierdo de comienzo en región occipital acompañada de dolor y lagrimeo en ojo. Tabaquismo severo con enfisema y bronquitis crónica que se agregan a su pulmón secuelear por TBC (ver imágenes). Refiere también hormigueos y electricidad en brazo izquierdo agravados en reposo.

**Examen Físico** (datos positivos):

TA 110/70 FC 88 T° axilar 38,3 Peso 46kg (habitual 50kg)

Pulmonar: Tórax levemente asimétrico con moderada cifosis dorsal. Excursión de bases disminuida.

Expansión de bases limitada. Percusión timpánica asimétrica. Buena entrada de aire. Murmullo vesicular asimétrico y disminuido en regiones de ambos campos pulmonares. Percusión de columna normal e indolora.

Renal y dorsal: Peloteo renal derecho. PPL + leve bilateral.

[Tabla 1] Totalidad sintomática característica [TSC]

[+ síntomas repertoriales cruzados ; \* síntomas principales ]

- 1- **Mentales, quejidos durmiendo**
- 2- **Mentales, malicioso, rencoroso, vengativo**
- 3- **Mentales, Trastornos por cólera con indignación + Indignación**
- 4- **Mentales, cólera violenta**
- 5- **Mentales, compasivo**
- 6- **Mentales, critico**
- 7- **Mentales, Compañía aversión a \***
- 8- **Mentales, cólera consolado cuando es**
- 9- **Mentales, duro inexorable**
- 10- **Mentales, prisa**
- 11- **Generales, calor vital falta de \***
- 12- **Pecho, tuberculosis pulmonar**
- 13- **Estomago, apetito voraz con emaciación \***
- 14- **Estomago, sed, grandes cantidades, a menudo \***
- 15- **Estomago, deseo de sal \***
- 16- **Estomago, aversión a ostras-mariscos**
- 17- **Recto, diarrea por leche + Estomago leche agrava**

[Tabla 2] Totalidad patológica característica principal [TPCp]

- 18- **Fiebre, remitente \***
- 19- **Espalda, dolor tironeante lumbar**
- 20- **Riñones, dolor, tironeante región de los**
- 21- **Cara, decoloración, pálida, calor febril durante**
- 22- **Extremidades, calambres, en general**
- 23- **Extremidades, adormecimiento, miembros superiores, izquierdo**

**24-Extremidades, adormecimiento, miembros superiores, movimiento mejora**

**25-Extremidades, hormiguelo, miembros superiores**

**26-Cabeza dolor pulsátil + cabeza pulsaciones**

El único medicamento prescrito fue Natrum Muriaticum (NAT-M) en potencias centesimales crecientes de 200 a 16000 en glóbulos tomados de 2 a 6 veces por día 10 glóbulos por toma.

Estrategia de prescripción: Totalidad Sintomática Característica + Imagen del Medicamento. NAT-M cubre el 100% de la TSC. Cubre además el 100% de los síntomas principales (\*) del caso. El estereotipo de la imagen de NAT-M utilizada corresponde al del paciente que sufrió un agravio emocional intenso en un momento de su vida generalmente no reciente. Su vida posterior queda intensamente condicionada girando entorno a ese daño sufrido del que no se puede liberar generando como respuesta sentimientos profundos de resentimiento expresados como cólera reprimida, indignación, rencor, odio, o de tristeza generalmente no demostrativa, con deseo de soledad y rechazo ante el consuelo. Esto, sumado a la sed característica, el deseo de sal, la aversión a ostras y el apetito voraz con emaciación concomitante cierra un estereotipo típico del medicamento prescrito y curador del caso.

Los diagnósticos diferenciales fueron ARS que cubre 13 de 17 síntomas pero no cubre la compasividad, la aversión a ostras ni las modalidades de sed y apetito; LYC y CALC aunque cubren la aversión a ostras, no cubren la modalidad de la sed ni el síntoma duro inexorable como así tampoco la cólera por el consuelo; asimismo CALC no cubre el apetito con emaciación, la compasividad ni la indignación entre otros; además LYC no tiene deseo de sal. SULPH no cubre la indignación, la compasividad, la cólera por consuelo ni la aversión a ostras.

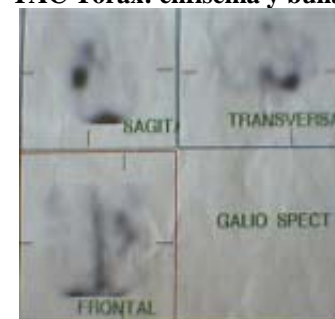
Entre los meses de Agosto de 2006 y Agosto de 2008 se realizaron primero controles mensuales y luego cada dos o tres meses (ver videofilmaciones). La paciente continúa en tratamiento actualmente. Durante el primer mes la T° axilar máxima fue de 37°5 y presentó registros de 36°8 sin AINES y al concluir el mes de tratamiento no requirió mas AINES. A partir del segundo mes la paciente permaneció AFEBRIL mejorando el estado general, el dolor lumbar, los calambres, las parestesias y las migrañas en conjunto entre un 85-95 %. Tanto la PCR como la ESD se normalizaron definitivamente con el tratamiento (VER Tabla 3). La paciente NO RECIBIÓ ningún tratamiento concomitante de ningún tipo que justifique la mejoría. Actualmente lleva más de 24 meses de tratamiento sin retorno de la fiebre crónica.

Tabla 3 Resumen Evolución Eritrosedimentación (ESD)

Fecha de extracción	ESD (mm/1ºh)	Evolución Clínica
22/05/02	65	FOD de 5 años de evolución estudiada en Hospital Universitario de Buenos Aires. Fiebre continua oscilando entre 37º5 y 39º C. Exámenes Complementarios: Hemocultivos, urocultivos, Directo y cultivo esputo BAAR y micológico. Hemogramas y químicas. Ecocardiograma. Tomografías torax y abdomen seriadas. Centellograma Corporal Total con Galio 67. Biopsia pleural: No diagnósticos.
12/07/02	39	
21/11/02	50	
11/04/03	47	
28/05/03	67	
25/07/03	44	
26/05/04	70	
14/09/04	70	
11/04/05	68	
09/02/06	74	
02/06/06	72	<b>TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO (AGO 06)</b> NORMALIZACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL. No requiere antiinflamatorios. Mejoría asociada de migrañas, dolor lumbar, parestesias y calambres. Aumento de peso y mejoría de estado general. No requirió mas internaciones.
07/08/06	76	
27/4/07	5	
26/10/07	26	
26/02/08	20 PCR: negativa	



TAC Tórax: enfisema y bullas



Centellograma Galio 67

No se recibió financiación alguna para la presentación de este caso.

No existen conflictos de intereses a declarar.

### Bibliografía.

- 1- Mourad O, Palda V, Detsky A. A Comprehensive Evidence-Based Approach to Fever of Unknown Origin. *Arch Intern Med.* 2003;163:545-551.
- 2- Arnow P, Flaherty J. Fever of unknown origin. *Lancet.* 1997;350:575-580.
- 3- Hirschmann JV. Fever of unknown origin in adults. *Clin Infect Dis.* 1997;24:291-300.
- 4- V Ramulu, R Levine, R Herbert, S Wright Development of a case report review instrument Division of General Internal Medicine, Johns Hopkins Medical Center, *Int J Clin Pract*, April 2005, 59, 4, 457-461
- 5- Jan P. Vandenbroucke, MD, PhD In Defense of Case Reports and Case Series *Ann Intern Med.* 2001;134:330-334.
- 6- Jan P. Vandenbroucke . The importance of case reports as compared to evidence-based medicine and molecular explanation. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2002 Sep 7;146(36):1699-703.
- 7- Carlos N. Cámpora. Director de la Fundación Medica Homeopática Vitalis Argentina. BRECHA Base de Datos de Casos Clínicos Homeopáticos de Alta Calidad. [www.casos-homeopaticos.org.ar](http://www.casos-homeopaticos.org.ar)

# SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS E DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTE IDOSA TRATADA COM HOMEOPATIA

Rubens Dolce Filho - UNIFESP - INSTITUTO DO SONO

Paciente do sexo feminino, natural e procedente de São Paulo, divorciada, costureira aposentada.

07/04/2006

Tenho a síndrome das pernas inquietas. Sempre tive isto, era só sentar que tinha isto. De um ano para cá piorou e dá nos braços ao dormir. Tomando Rivotril® 0,5 mg há 3 meses e comecei a ter dor muscular, inchaço nas pernas e dor de cabeça. Se eu paro de tomar o remédio não param as pernas.

Desde a primeira gravidez, há 45 anos que tenho o problema nas pernas, ocorria mais quando sentada ou deitada. Isto me incomoda tanto que fico nervosa. Piorou há 2 anos desde que parei de trabalhar.

Há 2 anos não tenho sono, se não tomar o remédio não tenho sono. Ficava até 1 hora da manhã fazendo coisas na casa. Aí deitava e ficava rolando na cama. Geralmente eu pegava no sono às 03:00 h e dormia 4 horas de sono. Às vezes, eu acordo para fazer xixi. Reviro muito na cama. Eu me cubro inteira. Não suporto meia no pé, parece que aumenta a inquietação.

Sonhos: muito com pessoas falecidas, com meus pais falecidos e com crianças.

Acordo bem pela manhã. Não durmo durante o dia.

AP: Varicela, Rubéola.

Amigdalectomizada aos 18 anos.

Úlcera duodenal há 20 anos.

Herpes Zoster nas pernas há 2 anos.

Hipertensa há 12 anos, tomando Diovan HCT® (1), Balcor® 30 mg (3), Vaslip® (1) e Cálcio.

IIG IIP (normais). Quando grávida percebi que quando sentava as pernas ficavam inquietas.

AF: mãe falecida de AVC.

Avó materna falecida de CA de útero.

Sede: sinto sede à noite, tomo mais água por necessidade do que por sede. Sede à noite após começar a tomar o Rivotril®.

Transpiração: não transpiro, somente no esforço maior.

Prefiro o calor, eu me agasalho muito no frio.

Não gosto de corrente de ar, me dá tosse, sempre tive isto, ar condicionado também.

Alimentação: como arroz e feijão, bife, salada e legumes. Tomo sopa à noite. Geralmente não janto, é mais café com leite, ou frutas. Não tenho desejos. Não gosto de frutos do mar, mas camarão como uma vez ou outra. Temperos normais. Não tomo refrigerantes. Café tomo só de manhã. Leite eu gosto. Eu comia muitos doces desde criança, mas fiz acupuntura há 2 anos e parou a vontade.

Sou muito calma, mas de repente viro o humor. Quando contrariada eu perco o sono. O meu filho é reclamão. Ele tem um certo controle sobre mim, para tudo ele vai junto comigo. Gosto de passear e sair, e não posso mais fazer isto. É trauma do passado porque meu marido me aprisionava.

Não quero ser injusta com meu filho, mas estou me prejudicando. Sou acostumada com gente, gosto de festas e reuniões, gosto de dar uma volta no shopping.

Eu não era uma pessoa de falar, sempre fui de engolir sapo. Sempre guardei mágoa. Chegou num ponto que nem chorei mais.

Depois que me separei do meu marido a coisa melhorou.

EF: BEG, corada, eupneica. PA= 155 X 80.

Coração: BRNF s/ sopros. Pulmões: MV+ s/ RA.

Extremidades sem alterações.

HD: Síndrome das pernas inquietas

CD: Polissonografia.

15/09/2006

Polissonografia:

EXAME DE POLISSONOGRAFIA

INDICAÇÃO Dr. Rubens Dolce Filho

PACIENTE: [REDACTED]

IDADE: 70 anos DATA: 02/09/2006 No. EXAME: 18918PLM

COMENTÁRIOS:

Exame tendo início às 22:40 horas e término às 05:57 horas, com latência para o sono de 50.5 minutos e latência para o sono REM de 241.0 minutos. O tempo total de sono foi de 258.0 minutos, com eficiência de sono de 59.1%. A distribuição do sono mostrou 3.49% de estágio 1, 52.5% de estágio 2, 28.1% de estágio 3 e 4 e 15.9% de sono REM. No período total de sono permaneceu 178.5 em estágio 0 e ocorreram 117 despertares breves.

O índice de apnéia/hipopnéia foi de 15 /hora, sendo 9 apnéia/hora e 7 hipopnéia/hora. O número total de eventos respiratórios foi de 66, sendo 66 obstrutivos, 0 centrais. A duração média dos eventos foi de 45.5 segundos e a máxima de 103.0 segundos. A saturação basal da oxihemoglobina foi de 98%, sendo a saturação média de 93% e a mínima de 79%.

CONCLUSÃO:

- 1- índice de apnéia e hipopnéia moderadamente aumentado;
- 2- dessaturação moderada da oxí-hemoglobina;
- 3- roncos leves a moderados;
- 4- índice de despertares breves levemente aumentado;
- 5- eficiência do sono bastante reduzida;
- 6- redução do sono REM;
- 7- aumento dos movimentos periódicos de membros inferiores.

Dra. Ma. Cecília Lopes da Conceição  
CRM.: 89686

Sou agitadíssima e ansiosa. Vou voltar para a minha casa e a metade dos problemas vão melhorar. Desde criança sou ansiosa, muita pressa, quero resolver as coisas para ontem, não posso ver gente mole que me irrita, eu tenho que fazer 2 ou 3 coisas de uma vez.

Tenho que fazer alguma, não tenho paciência de ficar parada. Na minha vida eu tive que trabalhar muito.

Quando criança sempre andava correndo, eu corria para comprar as coisas e ajudar minha mãe.

Sempre engoli muito, meu marido era muito nervoso e eu engolia até que fiquei doente e o médico disse para não fazer mais isto.

Aí vivi um pouco e comecei a falar. Isto foi há anos, mas o trauma ficou até hoje. Ele chegava e eu tinha medo do que podia acontecer. O que ele ganhava gastava com a mulherada. Eu chorava muito, me sentia desprezada e para baixo. Chorei muito.

Chorei tanto que não podia mais chorar, nem em velório. Quando separei fazia 4 anos que ele não falava comigo, ficava uma certa mágoa.

Sou muito agitada, fico procurando algo para fazer, faço arrumação. Gosto de ordem e faço arrumação.

A perna começou a mexer se eu ficar parada, sentada por 15 minutos e na cama também. É uma coisa que me incomoda tanto que me faz levantar da cama e derrubar todas as cobertas da cama. É do joelho para baixo.

Nos braços também tenho inquietação, não é sempre, só ocorre dormindo, há 3 anos.

REPERTORIZAÇÃO

1 MEN-PRESSA (URGÊNCIA) r110

2 GER-FRIO FRIORIENTO PREDOMINANTEMENTE (GIBSON MILLER) r241

3 COM-COMIDA DOCES DESEJO (BARTHEL) r73

4 EXT-INQUIETUDE PERNA r70

REMÉDIOS	SINTOMAS				PONTOS
	1	2	3	4	
ARS . . . . .	2	3	3	3	11
CALC . . . . .	1	3	2	2	08
KALI-C . . . . .	2	3	1	2	08
MERC . . . . .	3	2	2	1	08
NIT-AC . . . . .	1	3	2	2	08
PHOS . . . . .	1	3	2	2	08
RHUS-T . . . . .	1	3	1	3	08
SEP . . . . .	1	3	2	2	08
AM-C . . . . .	1	2	1	3	07
CARB-V . . . . .	1	2	2	2	07
NAT-C . . . . .	1	2	2	1	06
NAT-AR . . . . .	1	2	1	1	05
ARS-S-F . . . . .	1	1	1	1	04

HD: Síndrome das pernas inquietas  
Síndrome da apnéia obstrutiva do sono moderada.

Diagnóstico diferencial: Ars. e Rhus-t. Foi escolhido Nat-ars. porque a paciente apresenta a agitação de Ars e Rhus-t, ao mesmo tempo sintomas mentais encontrados em Natrum muriaticum.

CD: Natrum arsenicosum 12CH (líq.) 1X/dia à noite.  
Enc. ORL.

17/11/2006

Melhorei muito das pernas.

Há 1 mês venho tendo tosse seca que é só deitar à noite que a tenho.

A perna só mexe de vez em quando, melhora de 80%.

Quando deito sai uma secreção nasal branca. Quando tusso sai lágrima dos olhos que parece que estou chorando. Dá até náusea. Eu mudei, agora deixo as coisas rolar, não me preocupo com as coisas.

De vez em quando eu tenho esta tosse.

De um modo geral eu estou me sentindo bem. Dormindo bem, só a tosse que atrapalha.

EF: BEG, euneica. PA= 140 X 80.

Orof.: normal. Pulmões: MV+ s/ RA.

HD: Sinusite

CD: Natrum arsenicosum 30CH (líq.) 1 vez por semana.

04/02/2007

Fui ao ORL que achou que estou com rinite.

As pernas de vez em quando eu tenho a inquietação.

Agora às 22 horas já tenho sono. Tenho sonhado muito, sonhos bons, coisa que eu não fazia antes.

A tosse foi piorando, toda vez que eu tossia eu tinha ânsia. Agora melhorou. No momento estou só com resfriado.

A coriza diminuiu bastante.

Estou muito bem. Humor bom após parar de agitar as pernas.

Eu era muito ansiosa e agora menos.

Outras coisas que eu tinha na cabeça melhoraram, preocupava-me com o que os outros pensavam.

EF: normal

CD: mantida

17/08/2007

Há 1 mês não tenho mais nada na perna.

Eu tomava o medicamento aos domingos e até quinta-feira ficava sem o problema nas pernas.

Dor lombar após começar a caminhar. Dói mais à noite, mais na perna E.

Acordo 4 vezes por noite, depois demoro meia hora para pegar no sono de novo. Sonho toda noite, com pessoas e com coisas.

Acordo bem de manhã.

Sinto fraqueza durante o dia. Chega às 21 horas e não agüento mais, há 1 mês.

Estou tomando Metformina 500mg (2) porque deu alterada a curva glicêmica, há 3 meses.

Tomando Balcor® 30 mg (3) + Vaslip® 10 mg em dias alternados + Euthyrox 75 mcg/dia + Micards HCT® (1).

Humor está bom.

EF: BEG, corada PA= 160 X 85

Coração: BRNF s/ sopros Pulmões: MV+ s/ RA.

CD: Nat-ars 200CH dose única.

Suspendi momentaneamente a Metformina.

23/11/2007

Estou bem.

Neste intervalo tive 3 crises de agitação nas pernas somente e foram rápidas.

A fraqueza melhorou.

O sono está bom, dormindo uma 6 horas seguidas.

A dor lombar melhorou. Ainda dor no MIE que vai mudando de lugar.

EF: PA= 150 X 80

CD: Nat-ars 200CH dose única.

Conclusão: Esta síndrome pode ser tratada com sucesso com homeopatia. Além disto, houve melhora global da paciente, apresentando agravação homeopática inicial, quando teve o quadro respiratório, e posterior melhora gradual de todos os sintomas.

## UM CASO DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA) TRATADO COM HOMEOPATIA E ACOMPANHADO PELA FIOCRUZ

Vagner Doja Barnabé<sup>1</sup> Sylvio Antonio Mollo<sup>1</sup> Adriana de Q. S. Bufalo<sup>1</sup> Ana Amélia C. C. Olandim<sup>1</sup> Paulo S. J. Daruiche<sup>1</sup> – Médicos Homeopatas do Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo “Benoit Mure”

### Resumo:

Os autores, após uma breve introdução da LTA e suas características, relatam um caso de LTA em tratamento homeopático, e acompanhado pelo Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas - Fiocruz, há um ano.

O objetivo é demonstrar a eficácia do tratamento homeopático na LTA, opção terapêutica mais suave, rápida e duradoura.

### Introdução:

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), também conhecida como ferida brava ou úlcera de Bauru, é uma doença que atinge seres humanos e animais, envolvendo uma grande maioria de mamíferos silvestres, além de cães e cavalos, reservatórios do parasita. É uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitida pela picada de mosquitos fêmeas do gênero *Phlebotomus*, popularmente conhecidos como mosquito palha, birigui, cangalhinha. É uma doença endêmica que predomina nas regiões tropicais e subtropicais de 88 países. No Brasil, apesar da grande incidência nas regiões Norte e Nordeste, observa-se uma expansão geográfica, uma vez que casos já foram notificados em todos os estados.

Esta patologia constitui um problema de saúde pública devido à incidência, ampla distribuição geográfica e presença de seqüelas desfigurantes, destrutivas e incapacitantes.

A LTA caracteriza-se por lesões exclusivamente na pele, ou na pele e mucosa; após a picada do inseto, a lesão inicia-se como pápula eritematosa que evolui para nódulo, muitas vezes com aumento de volume do gânglio regional, o que constitui o complexo primário leishmaniótico. Com o desenvolvimento da doença, percebe-se o polimorfismo das lesões (lesões impetigóides, liquenóides, tuberculosas ou lupóides, nodulares, vegetantes e ectimóides). Ulcerações com bordas elevadas, endurecidas e fundo com tecido de granulação grosseira são apresentações frequentes de LTA, considerada a forma clássica da lesão aquela com borda em moldura. Em geral indolores, podem apresentar prurido, sensação de calor e dor. Predominam em áreas corporais expostas, e instalam-se em pacientes provenientes de áreas endêmicas.

Na apresentação cutânea as lesões podem caracterizar a forma localizada (única ou múltipla), a forma disseminada (numerosas em várias áreas do corpo), e a forma difusa (rara). Às vezes as lesões apresentam caráter tórpido crônico, outras tendem para a cura espontânea restando cicatriz deformante.

Após essa fase inicial, em um período de tempo variável, pode ocorrer a generalização, que se realiza nas mucosas do nariz, boca, faringe e laringe, onde se produzem ulcerações crônicas, vegetantes e até destrutivas, resultando perfuração do septo nasal com deformidade do nariz, destruição do palato ou das cartilagens laringeas.

Informações clínicas: mulher, 43 anos, residente em chácara, seguindo orientação homeopática exclusiva desde 04/1999, a partir de 04/05/07 apresentou lesão ulcerada em região perimaleolar medial Esq. e linfadenomegalia palpável em região inguinal Esq.

### Conduta Homeopática:

04/05/07 –A paciente retorna à consulta com os sintomas:

1. tristeza com desânimo,
2. choro desesperado e intenso,
3. medo de doença grave,
4. perde-se em locais conhecidos,

5. hipersensível ao frio,
6. úlcera perimaleolar Esq.

Dos sintomas da Síndrome Mínima de Valor Máximo (SMVM), o mais peculiar à paciente é o sintoma 4, por ser a primeira vez a apresentá-lo, e tão intenso. No Repertório de Kent, na sessão *Mind* encontramos a rubrica *Recognize, does not, well known streets*, que mostra Petroleum com três pontos, e em sua Matéria Médica, Kent ensina que depois de tomar Petroleum o experimentador “ficou tão confuso que se perdeu na rua”. CD: Petroleum C30, X/XX/15, tomar uma colher das de chá pela manhã em jejum durante três manhãs seguidas.

28/05/07 – Melhora total dos sintomas mentais. Refere dor intensa em ferroadas, com sensação de ardor, intenso prurido com agravação ao toque ao redor da úlcera, que apresentava intenso inchaço. Mantém adenomegalia inguinal Esq., pior antes da menstruação. Como o antipsóricico Petroleum continua agindo, escolhemos Hepar sulphuris C6, um *plus* de uma hora, a fim de diminuir a agravação local, e pela sua característica marcante em produzir sintomas de úlceras, com intenso processo inflamatório, dores em agulhadas e queimantes em suas bordas. Alguns dias após a medicação a paciente refere melhora importante dos sintomas locais, com diminuição quase que total da adenomegalia inguinal, e melhora mental mantida.

09/07/07 – A paciente procura o Serviço de Dermatologia da FIOCRUZ. À inspeção, relata ulceração em região peri-maleolar esq., com 2,5x2,0 cm de diâmetro, com crosta hemática central e bordas eritematosas moderadamente infiltradas. HD: LTA, Esporotricose. Realiza biópsia, com cultura, sorologia e intradermo-reação de Montenegro, com resultados positivos para LTA.

28/07/07- A paciente retorna referindo que na última semana apresentava intensa flatulência, com distensão abdominal após as 16 horas, constipação intestinal (que há muito tempo não apresentava mais), um desejo exagerado de doces, muito irritada, sem apresentar alteração na evolução da úlcera. Os sintomas modificados levaram-nos a prescrever Lycopodium clavatum C12, X/XX/15-solução, para ser tomada em três doses.

Segunda consulta na Fiocruz – 06/08/07.

- Dermatologia: Como a paciente é médica homeopata, e está em dúvida quanto ao tratamento alopático da LTA, foi proposto avaliar a opção terapêutica de glucantime intra-lesional. Retorno em aberto a depender da opção da paciente.
- Sorologia: 1:80.
- ORL: Sem alterações.

Terceira consulta na Fiocruz – 3/09/07.

- Dermatologia: A lesão encontra-se ainda ulcerada, de bordas eritematosas medindo 3,5 X 2,3 cm e centro recoberto por espessa crosta pio-hemática de 2,0 X 1,5 cm de diâmetro; relata dor apenas quando a crosta é eliminada.
- Obs.: Irá manter acompanhamento Dermato + ORL até entrar em “controle de cura”. Somente com tratamento homeopático, não usou glucantime.
- ORL: Sem lesões mucosas.

12/09/07- A paciente retorna referindo melhora geral dos sintomas mentais, e dos locais. Resolvemos repetir o medicamento Lycopodium clavatum, agora subindo a potência para C18, em dose única, 2 glóbulos pela manhã em jejum.

Quarta consulta na Fiocruz – 08/10/07.

- Dermatologia: A lesão encontra-se hoje epitelizada, com 2,8 X 1,5 cm de diâmetro, com descamação periférica. Entra hoje em controle de cura.
- Sorologia: 1:40.
- ORL: Sem lesões.

23/10/07 - Melhora geral e início da cicatrização da lesão. CD: Lycopodium clavatum C6 – DU.

Quinta consulta na Fiocruz – 19/12/07

- Dermatologia: Mantém lesão epitelizada, eritemato-violácea, em região perimaleolar medial esquerda. Não há queixas de dor.
- ORL: Sem lesão.

Sexta consulta na Fiocruz – 17/03/08.

- Dermatologia: Mantém lesão epitelizada, com centro atrófico, em região perimaleolar medial esquerda. Não há queixas de dor.
- ORL: Sem lesão.

19/03/08 - Fisgadas em escápulas, dor na região lombar ao movimento ou pressão e formação de nódulos. Melancolia e irritabilidade. Terçol na pálpebra superior D com prurido. Úlcera cicatrizada. CD: *Spigelia* C30 – DU.

24/05/08 – Transtorno às contrariedades, triste e irritada, choro intenso, friorenta, com agravação intensa antes da menstruação, aumento do terçol da pálpebra superior D, com ardor e prurido e aumento da pápula da reação de Montenegro no antebraço D com prurido e evolução para pústula. Para os sintomas locais (pálpebra e antebraço), mais estes mentais tão intensos, não há outro medicamento descrito na Matéria Médica de Doenças Crônicas de Hahnemann como *Hepar sulphuris*, que foi administrado na potência C30, em solução X/XX/15. Houve evolução com melhora dos sintomas mentais, da disposição geral, do terçol e melhora gradual da pústula no antebraço.

Conclusão: A homeopatia, aplicada conforme os precisos preceitos hahnemannianos, mostrou ser eficiente não só no tratamento da lesão causada pela leishmaniose, com evolução da úlcera para a cura, mas também o paciente todo evoluiu no seu processo de vir-a-ser (ou perecer) nesse período analisado de sua história. W. E. Maffei nos ensinou que a lesão em si não tem importância, mas sim o seu modo. O acompanhamento na FIOCRUZ tem objetivado comparar a evolução da LTA tratada com o método alopático e o homeopático. Mesmo com os parâmetros clássicos, a terapêutica homeopática evidenciou-se bem sucedida, com evolução para a cura do paciente, sem expô-lo ao risco da toxicidade dos remédios alopáticos, no caso glucantime com possível ação tóxica sobre coração, rins e fígado, e conseqüente aprofundamento da psora.

## RESUMO:

### SÍNDROME NEFRÓTICO INICIADO AOS 6 MESES E MEIO DE VIDA TRATADO COM HOMEOPATIA

Maria Bernardino Corrêa

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de síndrome nefrótica iniciado aos 6 meses e meio de idade tratado com homeopatia. Material e Método: coletado dados do prontuário durante a internação hospitalar e da ficha clínica de acompanhamento ambulatorial. Resultados: O paciente deu entrada no hospital com anasarca e diarreia, peso: 10400g, PA: 140/80, Uréia: 28mg/dl, Creatinina: 0,36mg/dl, colesterol: 487 g/dl, triglicérides: 660 mg/dl, albumina: 1 g/dl, plaquetas: 286.000, C3: 248 mg/dl, proteinúria: +++, hematúria: +. Recebeu como tratamento inicial furosemide e gentamicina endovenosos devido gastroenterite, e com 2 meses e meio de evolução iniciado *Chamomilla* 12 CH, seguido no mês seguinte por *Belladonna* até os 2 anos de idade, quando iniciou *Stramonium*. Apresentou melhora da anasarca após 3 meses e meio de evolução, com os exames: albumina de 2,61 g/dl; colesterol de 397 mg/dl, embora plaquetas de 660.000. Seguiu com várias intercorrências infecciosas: gastroenterite, bronquiolite, infecção de vias aéreas superiores, laringite e finalmente com 3 anos e 7 meses apresentou pneumonia em base pulmão direito, porém manteve-se evoluindo com melhora laboratorial e sem recidiva do edema. Apresentou completa normalização dos exames laboratoriais 9 meses após o início do quadro, com albumina: 3,58 g/dl, colesterol: 176 mg/dl, triglicérides: 62 mg/dl e plaquetas: 262.000. A hipertensão arterial e a hematúria, além da idade de início, sugerem a gravidade do caso, e as plaquetas inicialmente normais que tornaram-se elevadas demonstram uma tendência evolutiva da doença. Conclusão: houve resposta à terapia, e não houve recidiva do síndrome, com conseqüente anasarca, durante os vários episódios infecciosos. Observa-se uma elevação dos níveis de complemento no início do quadro.

Key words: síndrome nefrótica infantil, tratamento homeopático.

### SÍNDROME NEFRÓTICO INICIADO AOS 6 MESES E MEIO DE VIDA TRATADO COM HOMEOPATIA

#### INTRODUÇÃO

A síndrome nefrótica (SN) caracteriza-se por proteinúria maciça, hipoalbuminemia, hipercolesterolemia e edema. Na infância a maioria dos casos iniciam entre 2 e 7 anos, com causa idiopática e aspecto histológico de lesão mínima, e evoluem com boa resposta à corticoterapia. Mas as síndromes nefróticas iniciadas no primeiro ano de vida são de pior prognóstico, pois grande parte dos casos tem etiologia genética e não tem resposta à terapia com corticóides ou citostáticos.<sup>1,13,16</sup>

A síndrome nefrótica do primeiro ano de vida é classificada quanto à etiologia em primária e secundária. As primárias podem assumir aspecto histológico de lesão histológica mínima, glomerulosclerose segmentar e focal, síndrome nefrótica congênita do tipo finlandês e esclerose mesangial difusa. As causas secundárias podem ser de etiologia infecciosa (toxoplasmose, lues congênita, hepatite B e C, imunodeficiência adquirida, etc), imunológica (lúpus eritematoso sistêmico), ou podem fazer parte de quadros sindrômicos (síndrome de Denys-Drash, Síndrome de Frasier), ou ainda por síndrome hemolítico urêmico ou por toxicidade à fármacos e drogas.<sup>1</sup>

Outro modo de classificar a síndrome nefrótica no primeiro ano de vida é em congênita, quando inicia entre 1 e 3 meses de vida, e infantil, quando inicia entre 4 e 12 meses de vida.<sup>1</sup>

A Síndrome Nefrótica Congênita tipo Finlandês (SNCF) é uma doença genética com herança autossômica recessiva. Os principais dados clínicos para o diagnóstico são presença de prematuridade ou recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, uma placenta pesando mais que 25% do peso fetal (o normal é 18%, e na SNCF é 48%), e proteinúria, habitualmente presente na primeira urina eliminada ao nascer. O principal objetivo no manuseio desses pacientes é reduzir o número de complicações infecciosas, os episódios de tromboembolismo e a proteinúria, propiciando condições para o crescimento, pois o objetivo final do tratamento é o transplante renal.<sup>1</sup>

A Esclerose Mesangial Difusa (EMD) pode manifestar-se como nefropatia isolada, ou fazer parte da Síndrome de Denys-Drash. A EMD pode manifestar-se como síndrome nefrótica congênita ou infantil. A gestação e o parto são normais. O edema tende a ser importante, evoluindo invariavelmente para anasarca. O curso da doença é agravado por freqüentes processos infecciosos. A perda de proteínas transportadoras na urina pode levar à hipotireoidismo associado, como na SNCF. O manuseio desses pacientes, embora não tão difícil quanto na SNCF, também é complicado: a glomerulopatia é resistente aos medicamentos usados em SN, manifesta-se com proteinúria importante, hipoalbuminemia grave, hipertensão e grande propensão à infecções.<sup>1</sup>

A Lesão Histológica Mínima (LHM) quando inicia no primeiro ano de vida geralmente evolui de maneira tumultuosa, ao contrário do que sucede com as crianças entre 2 e 7 anos. Habitualmente há muitas recidivas conseqüentes aos processos infecciosos, e alguns casos não respondem à corticoterapia.<sup>1</sup>

A Glomerulosclerose Segmentar e Focal (GESF) não é habitual nessa faixa etária, mas biópsias seriadas mostram que pacientes com LHM com má evolução passam a apresentar GESF.<sup>1</sup>

Quando a síndrome nefrótica relaciona-se à infecção perinatal, pode iniciar-se aos 3-4 meses de idade, e geralmente ocorre remissão apenas com o tratamento da doença de base.<sup>1</sup>

A Síndrome de Denys-Drash (SDD) compreende a associação de esclerose mesangial difusa, pseudo-hermafroditismo masculino e/ou tumor de Wilms. Inicia-se precocemente com uma síndrome nefrótica congênita ou no primeiro ano de vida, e progride para IRC geralmente antes dos 5 anos de idade.<sup>1</sup>

A Síndrome de Frasier (SF) caracteriza-se por pseudo-hermafroditismo masculino, glomerulopatia progressiva e frequentemente, gonadoblastoma. Geralmente inicia-se mais tarde que a SDD, e a evolução para IR também é mais lenta.<sup>1</sup>

Hematúria precoce, hipertensão, redução da função renal e idade de início da doença são descritos como fatores que indicam severidade da doença e risco de progressão para insuficiência renal crônica. Cerca de 50% dos pacientes que tem hipertensão ou hematúria no início da doença serão cortico-resistentes.<sup>16</sup>

Segundo Robinson<sup>16</sup>, a síndrome nefrótica não tratada tem como complicações hipovolemia, hipertensão, hiperlipidemia, hipercoagulabilidade, baixo ganho pondero-estatural e anemia. Ascite crônica pode levar à hérnia umbilical. E o mais importante, os pacientes tem um risco aumentado para infecções severas, como peritonite primária, bacteremia, septicemia ou celulite por *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus β-hemolítico*, *Echerichia coli* e *Klebsiella sp*. E em adição, a função imune diminuída pode predispor à infecções virais, como sarampo ou varicela. Pacientes cortico-resistentes e com formas progressivas da doença (20% das síndromes nefróticas na criança), e apresentando na biópsia GESF ou doença membrano-proliferativa, podem ter hipertensão arterial persistente e incontrolável. Hipercoagulabilidade pode ocorrer por trombocitose, por concentração elevada no plasma de fatores de coagulação V, VII, VIII e X, por aumento da agregação plaquetária, e aumento da tromboplastina. Aumento da coagulação pode causar trombose de veia renal e veias profundas e consequente necrose renal. Finalmente, pacientes não tratados tem risco aumentado para anemia secundária à perda de ferro, redução da biossíntese de eritropoetina ou pela terapia com inibidor da enzima de conversão da angiotensina.<sup>16</sup>

Eventos adversos da terapia corticosteróide são bem conhecidos, indo da desmineralização óssea à imunossupressão, acrescentando-se hipertensão, náusea, mascarar hipoglicemia em diabéticos, desordens psicológicas, estrias e catarata sublenticular posterior.<sup>16</sup> A albumina tem seus efeitos mantidos por um período relativamente curto (24hs), sendo uma terapia cara e com muitos riscos associados, como contaminação por patógenos. Por isso deve ser administrada somente à pacientes com edema severo que são resistentes aos diuréticos. Os inibidores da enzima de conversão também tem sido usados para reduzir a proteinúria, tendo seu efeito anti-proteinúrico máximo após um mês de uso.<sup>13, 16</sup>

## MATERIAL E MÉTODO

Coletado dados do prontuário durante a internação hospitalar e da ficha clínica de acompanhamento ambulatorial.

## RESULTADOS - CASO CLÍNICO

15/09/2003. Paciente de 8m, Masculino. Foi internado 26/08/03 com anasarca iniciada há um mês e meio – percebeu primeiro ascite, depois edema de pernas e face. Durante a internação apresentou diarreia. Peso de entrada de 10400g. *Temperamento*: é bastante agitado, tem de estar sempre com ele, sempre brincando, não fica sozinho, gosta que cante; quer mexer em tudo, não é chorão, a não ser que o deixe só; se contrariado fica sério, franze a testa e faz uma cara feia, mas não chora. *Sono*: durante o dia dorme pouco - no colo dorme, se por na cama acorda; de dia é só no colo ou no carrinho balançando, parou de balançar acorda (balanço devagar, precisa sentir que tem alguém junto); sono tranquilo, dorme e acorda de lado. *Antecedentes Patológicos*: crise bronquiolite há 30 dias; quando menor muita cólica, mas mais de dia, à noite sempre dormiu bem; aos 4 meses sai um grosseirão no corpo, parecia brotoeja, ficou bastante irritado, ficou todo vermelho, mais forte no pescoço e virilha, melhorou com maisena. *Antecedentes Familiares*: avó paterna hipercolesterolemia, avó materna e tia tem asma; tia paterna “problema renal”. *Gestacionais*: Nasceu à termo, Peso Nascimento de 3500, Altura Nascimento 51, vigoroso.

EXAME FÍSICO: Peso: 8800g Altura: 70cm Perímetro cefálico: 46 cm

PA: 110/70 mmHg (durante internação hospitalar PA~140/80)

BEG, edema de face e membros ++/4+, hidratado, eupneico. ACP: sp. AB: globoso, ascite moderada, sem visceromegalias.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Hematócrito = 33,9 Hemoglobina=10,4 Microglobulia=+ Hipocromia=+ Leucócitos=12300 Bastões=2% Linfócitos=44% Monócitos=6% Plaquetas=286.000 Uréia=28 mg/dl Creatinina=0,36 mg/dl Colesterol=487 mg/dl Triglicerídeos=660 mg/dl Albumina=1g/dl C3=248 mg/dl Na=132 mmol/L K=4,2 mmol/L CaIon=1,23 PU: densidade=1010 pH=6,5 Proteína=+++ Hemoglobina=+ Hemácias=20-30/campo Leucócitos=3-5/campo R-x de tórax na entrada ao hospital: Hipotransparência em base pulmão direito, junto à silhueta cardíaca, que está borrada.

Pré-natal: VDRL=negativo aos 3 e 8 meses; e Sorologia Toxoplasmose=negativa. VDRL=NR FtAbs=Negativo Toxoplasmose: IgG > 300 UI/ml IgM = NR Rubéola: IgG = 121 UI/ml IgM=NR Citomegalovirose=NR Antígeno Austrália=NR Anti-Hbc=neg Pesquisa Céls LE=Negativa FAN=Negativo

## TRATAMENTO INICIADO

1. No Hospital recebeu Gentamicina 5 mg/kg/dia por 7 dias devido diarreia, Furosemide 10mg EV 6/6hs e Hidroclortiazida ¼ comprimido VO 12/12hs; Reposição com NaCl 3% 1x devido hiponatremia (Na=111) e hidratação endovenosa de manutenção no dia seguinte. Alta com Furosemide.
2. No acompanhamento ambulatorial mantido Furosemide 13mg 4 vezes ao dia. E iniciado *Chamomilla* CH12 - 3% - 3 gts 3x.

Tabela 3: Sintomas Homeopáticos.

Anamnese	Sintoma Repertorial
----------	---------------------

Diarréia com erupção de dentes Bastante Agitado Chora se Sozinho De dia é só no colo, Ou no carrinho balançando Muita cólica quando menor – só de dia	<i>Diarréia_Dentição</i> <i>Inquietação</i>  <i>Desejo_carregado</i> <i>Desejo_balançado</i> <i>Dor_abdome_crianças</i> <i>Dia_agr</i>
--	--

Tabela 4: Repertorização:

Repertorização	
<i>Chamomilla</i>	6/21
<i>Aconitum napelus</i>	6/12
<i>Cina</i>	6/10
<i>Calcárea carbônica</i>	5/10 (não cobre: desejo balançado)
<i>Belladonna</i>	5/8 (não cobre desejo balançado)
<i>Rhus-toxicodendron</i>	4/11 (não: diarréia_dentição e dor_abdome_crianças)
<i>Pulsatilla nigricans</i>	4/10 (não: diarréia_dentição e dor_abdome_crianças)
<i>Sulphur</i>	4/10 (não: desejo_balançado e dor_abdome_crianças)
<i>Rheum</i>	4/9 (não: desejo_balançado e Dia_agr)
<i>Mercurius solubilis</i>	4/8 (não: dor_abdome_crianças e Dia_agr)

**EVOLUÇÃO:** Paciente recebeu Furosemide 13 mg 4x e *Chamomilla* 12 CH – 5 gtas 4x de 15/09/03 à 13/10/03, quando veio à consulta com febre e diarréia, sendo então reduzido Furosemide para 10 mg 2x, iniciado reidratante oral e mantido *Chamomilla*. Dia 20/10/03, apesar da melhora da febre e diarréia, mantinha-se edemaciado, e iniciou tosse, sendo acrescentado o sintoma repertorial *Tosse Irritação\_aumenta ao tossir*, por isso mudado *Chamomilla* para *Belladonna* 3 LM – 2 gotas 3x. Voltou 10/11/03 com bronquiolite – tosse e sibilos difusos, e febre há 7 dias que cedia com plus de *Belladonna*; exames: Ht=31 Hb=10,3 L=10600 linfo=62% Colesterol=322mg/dl albumina=2,39 g/dl; passado *Belladonna* 4 LM e xpe guaco e nebulização com *Belladonna*; e iniciado suplementação de ferro. Em 14/11/03 retorna com melhora do quadro, e mãe refere que está passando bem sem Furosemide. Em 15/12/03 refere resfriado que logo melhorou, mantendo sem edemas – mantido *Belladonna* 5 LM. Em 12/01/04 quadro gripal, com febre de 38.C que cedia com plus de *Belladonna*, ausculta pulmonar normal – passado *Belladonna* 6 LM – evoluindo com melhora. Em 25/02/04 vem com febre há 7 dias, diarréia semi-líquida 3-5x e conjuntivite – passado BELL 7 LM, colírio de *Euphrasia* e dieta para diarréia. Em 08/03/04 vem com resfriado, e exames: Ht=34,9 hb=11,4 Linfócitos=55% Colesterol=176 mg/dl, Triglicerídeos=62 mg/dl, Albumina=3,58 g/dl, Cr=0,5 mg/dl, Fe=93 µg/dL; mantido *Belladonna* 7 e 8 LM – 3 gotas 3x. Em maio/04 vem com febre alta há 1 dia, não cedeu com plus, deu Paracetamol; tosse produtiva, rouco; teste na urina com ácido sulfossalicílico à 10% (ASS) para avaliar proteinúria positivo 4+, mas sem edema; hipótese diagnóstica: laringite; prescrito *Belladonna* 9 LM, retornou 4 dias depois com melhora da rouquidão e sem febre. Em julho novo resfriado, que resolveu com *Belladonna* 10 LM. Em agosto/04 vem com gripe e febre 37,7 que cede com *Belladonna*, teste com ASS na urina positivo +/4+, sem edemas, exames: Cr=0,41 mg/dl; Colesterol=178 mg/dl; Albumina=4,2 g/dl; passado *Belladonna* 11 LM. Em outubro/04 tosse encatarrada há 7 dias, sem febre, com ASS +/4 – passado *Belladonna* 13 LM e xpe guaco. Em fevereiro/04 queixa de constipação, ASS +/4+, Exames: Hematócrito=33,7 Hemoglobina=11,4 Leucocitos=7400 seg=42% linfo=41%, Cr=0,4 mg/dl, Albumina=4,7 g/dl, Colesterol=200 mg/dl; esteve resfriado em dezembro - não durou nem 2d, foi fraquinho; tem vomitado quando anda de ônibus; sono: bom, fala dormindo; medos: barulhos (caminhão, avião, liquidificador); com outras crianças bate, morde, brinca e de repente dá a louca e bate, morde - principalmente bebês; e não chora quando se machuca, só se for muito grave; às vezes acorda chorando e chamando a mãe, e em casa se não vê a mãe começa a chorar desesperado; sintomas repertoriais retirados da história: *Falando\_sono\_durante*, *Medo\_barulho*, *Golpeia*, *Morde*, *Dor\_ausência*, *Chorando\_sono*, *Chorando\_acordar\_ao*, *Desejo\_companhia*, e/ou, *Mente\_sozinho\_agr*. Assim, mudo *Belladonna* para *Stramonium* 3 LM. Em março/05 vem com história de gripe, febre de 39.C por 3 dias que cedia com plus. Ao exame PA=80/50, sem edemas, primeira vez que não chora durante o exame. Passado *Stramonium* 4 LM. Em abril/05 apresentou febre por 2 dias seguido por diarréia durante 7 dias, tosse encatarrada, coriza serosa; há 30 dias descamando pés e mãos. Verruga em segundo dedo mão direita há 2 meses; passado *Stramonium* 5 LM. Em mai/05 diarréia há 5 dias e tosse encatarrada há 2 dias. Ausculta Pulmonar=Estertores Subcrepitantes; Cr=0,66 g/dl, Albumina=4,6 g/dl, C3=167 mg/dl, Colesterol=193 mg/dl; r-x tórax normal; passo *Stramonium* 6 LM; em setembro/05 sem queixas; exames: Ht=36,8 hb=12,1 plaquetas=458.000, Colesterol=168 mg/dl, Triglicerídeos=83 mg/dl Albumina=4,4 g/dl; passado *Stramonium* 10-11-12 LM. Em dezembro/05 sem queixas. PA=90/50. Em uso *Stramonium* 12 LM – passado *Stramonium* 1 M – FC – DU. Em fevereiro/06 sem queixas, PA=90/60, teve impetigo em janeiro, ainda verruga em mão direita; passado *Stramonium* 200 CH – DU. Em setembro/06 febre 39.C há 3 dias, com tosse produtiva e gemência durante a febre, e diarréia; ausculta pulmonar com estertores subcrepitantes; raio-x de tórax = consolidação base direita; passado *Stramonium* 12 LM e nebulização com sálvia. No retorno após 7 dias mãe refere melhora – na noite da consulta teve febre 37,5, mas passou em meia hora de plus. Melhorando tosse, apetite sempre manteve normal; mantido *Stramonium*.

Figura 1: R-X Tórax na entrada ao Hospital, em agosto/2003..



Figura 2: R-X de Tórax em setembro/2006.

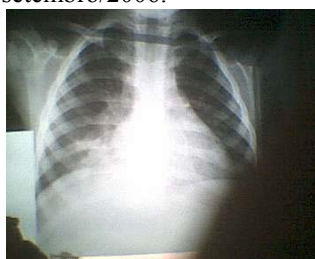


Figura 3: Verruga vulgar – abril/2005



Figura 4 e 5: Gráfico com pesos, apresentando em azul quando ainda havia anasarca e edema, e depois seqüência dos pesos que mantiveram-se normais, mesmo durante os quadros infecciosos.

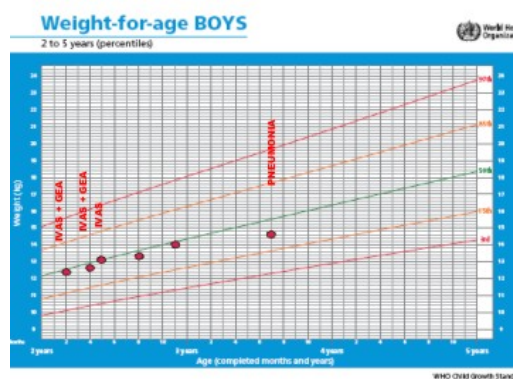
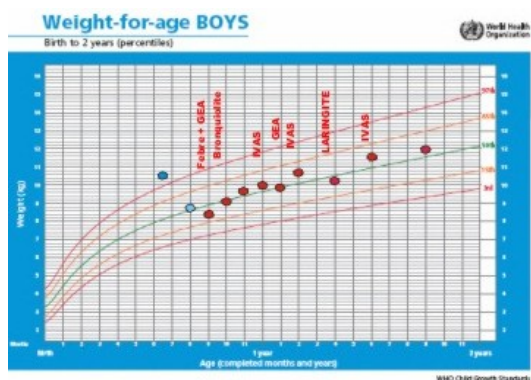


Figura 6: Gráfico de pressão arterial sistólica e diastólica de 0 à 12 meses, com ponto em vermelho referindo PA do paciente durante internação hospitalar, em rosa e verde PA nas consultas ambulatoriais.

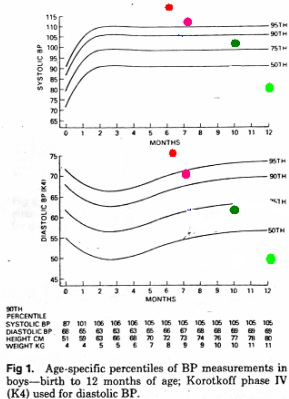


Figura 7: Dosagens de albumina sérica ao longo da evolução, com a relação das medicações homeopáticas utilizadas.

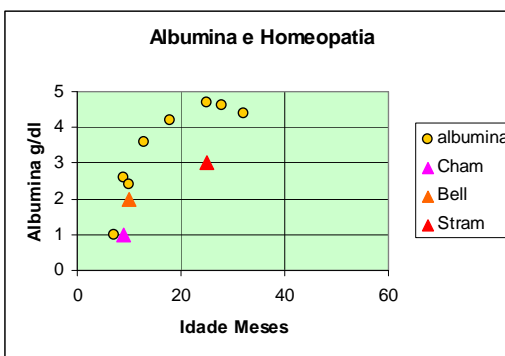


Figura 8: Dosagens de colesterol e triglicerídeos e sua relação com as medicações homeopáticas utilizadas.

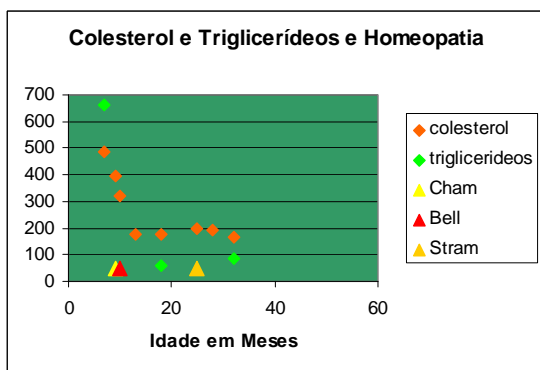


Figura 9: Dosagem de Plaquetas e sua relação com as medicações homeopáticas utilizadas.

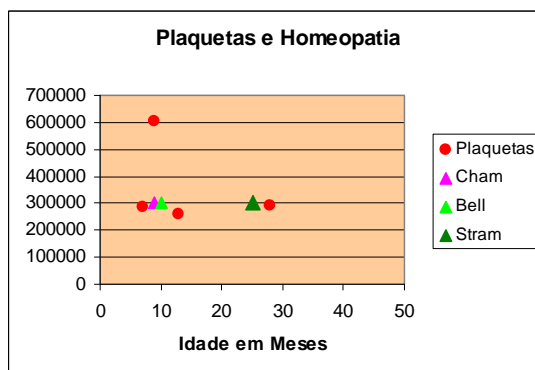


Figura 10: Hematúria e sua relação com os medicamentos homeopáticos utilizados.

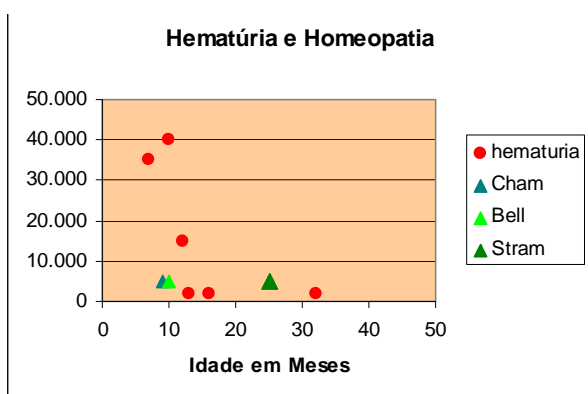
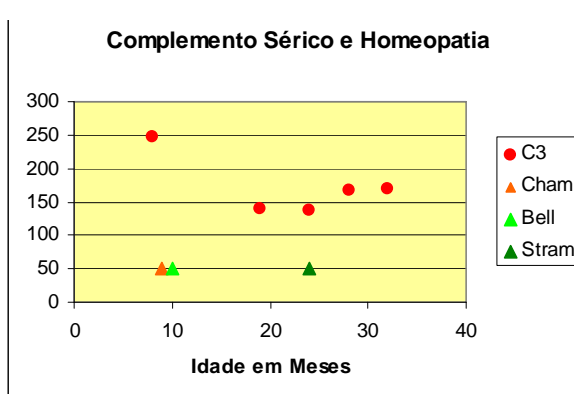


Figura 11: Dosagem de complemento sérico e sua relação com os medicamentos homeopáticos utilizados.



D  
ISSU  
ÃO  
No caso

apresentado, a presença de hipertensão e hematuria, além da idade de início, são sinais de gravidade e severidade da doença. Além disso os triglicerídeos estão aumentados no início do quadro, e Morales<sup>14</sup> refere que a dislipidemia da síndrome nefrótica é caracterizada por aumento do colesterol total, do VLDL e LDL, e que os triglicerídeos aumentam mais tardiamente no curso da doença. Robinson<sup>16</sup> descreve o aumento do número de plaquetas como consequência da dislipidemia, e no caso apresentado observamos que as plaquetas eram normais no exame de entrada, e aumentaram para 600.000 um mês depois (setembro/03), o que mostra uma tendência inicial para progressão da doença. Porém em novembro/03 começa a haver um aumento da albumina (de 1 inicial para 2,39) e uma redução do colesterol (de 487 para 322). Além da regressão do quadro, chama a atenção no caso que apesar dos quadros infecciosos ao longo da evolução, não houve recidiva da síndrome nefrótica e consequente anasarca, como ocorre na evolução habitual na nefrose tratada com corticoterapia.

Norero e colaboradores<sup>14</sup> realizaram um estudo multicêntrico no Chile, onde ao longo do ano de 1996 juntaram 8 casos de síndrome nefrótica no primeiro ano de vida; nenhum paciente foi positivo para sífilis, toxoplasmose ou imunodeficiência; 4 casos iniciaram antes dos 4 meses de idade, dos quais 2 faleceram antes de iniciar o tratamento, e 2 eram corticoresistentes e também obituaram ao longo da evolução; os outros 4 casos iniciaram aos 11 meses de idade, sendo um corticoresistente, 2 corticodependentes e somente um corticosensível. As complicações observadas foram infecções bacterianas graves em 7 pacientes e trombose em 2. Os casos são apresentados na tabela 5.

Tabela 5. Estudo Multicêntrico Chileno em 1996, por Norero e cols.<sup>14</sup>

Sexo	Idade Início	Tempo Evolução	Histologia Renal	Tratamento	Resposta
F	2d	12d	Finlandês	Não	Óbito
M	5d	14d	EMD (Drash)	Não	Óbito
F	10d	31m	Finlandês	Prednisona	Resistente/Óbito
M	4m	8m	EMD	Prednisona	Resistente/Óbito
M	11m	36m	LM	Prednisna Ciclosporina	Resistente/Vivo
F	11m	17m	-	Prednisona	Dependente/Vivo
F	11m	39m	GESF	Prednisna Ciclosporina	Dependente/Vivo
F	11m	37m	-	Prednisona	Sensível/Vivo

Na literatura existem 2 artigos referindo síndrome nefrótica tratada com medicamento homeopático. No primeiro, de Buenrostro e colaboradores<sup>5</sup>, é apresentado um caso de um paciente de 75 anos, masculino, com síndrome nefrótica após aplicação das vacinas anti-pneumocócica, hepatite B e toxóide tetânico. Na biópsia constatado glomerulonefrite membranosa; após 30 dias do início da doença iniciado Opium 30CH a cada 2 horas, havendo melhora imediata da diurese e edema, seguindo o tratamento com *Pusatilla nigricans* 200CH, depois *Arsenicum album* 6 CH, e então *Staphisagria* 30CH. Após 30 dias de tratamento homeopático iniciou Prednisona 120mg por um mês, seguindo com retirada no mês seguinte, com introdução de *Ranisen* e *Clematis erecta*, com excelente resposta segundo os autores. No outro artigo, Asher<sup>2</sup> refere um caso de síndrome nefrótica que respondeu de forma dramática à exclusão de comida bovina.

Quanto à remissão espontânea, existe relato de Fernández e colaboradores<sup>8</sup> de um caso de remissão na ausência de tratamento medicamentoso em um lactente de 10 meses. Porém o paciente tinha ao internar proteinúria maciça e uréia e creatinina elevadas, e antecedente de bronquite catarral e rinite serosa nos dias que antecederam a internação, com uma evolução favorável no curso de 10 dias, havendo desaparecimento do edema e proteinúria. Tal evolução faz pensar numa nefrite intersticial por drogas com síndrome nefrótica associado que rapidamente regrediu com a retirada das mesmas. No caso apresentado neste trabalho, além dos sinais de nefrite que falam da gravidade e pior prognóstico, o paciente tem um mês e meio de evolução, com piora ou progressão do quadro inicial apresentado pelo aparecimento da trombocitose que não tinha inicialmente.

Chisti<sup>7</sup> relata um caso de remissão espontânea de síndrome nefrótica em um lactente de 6 meses previamente saudável, sendo o tempo entre o início da doença e a remissão sem corticoterapia de uma semana.

Islek e colaboradores<sup>10</sup> apresentam um caso de síndrome nefrótica após a terceira dose de vacina para Hepatite B num menino de 4 anos, com remissão completa após 28 dias de corticoterapia, tendo negativado a proteinúria após 18 dias de tratamento, seguindo com corticóide em dias alternados por mais 8 semanas. Jaquot<sup>12</sup> comenta o risco de vacinar pacientes nefropatas por possível agravamento de glomerulopatias, porém conclui que o efeito desfavorável das vacinas foi exagerado na França e que as complicações renais são excepcionais e nem sempre podem ser comprovadas.

Blowey<sup>4</sup> relata um caso de síndrome nefrótica associada à infecção por vírus Epstein-Barr em um lactente de 19 meses, referindo resolução espontânea da nefrose com a resolução da infecção.

Berbel e colaboradores<sup>3</sup> relatam um caso de síndrome nefrótica em lactente de 5 meses por citomegalovirose, sendo tratado com prednisona por 4 semanas, quando então confirmado citomegalovirose pela sorologia e iniciado Aciclovir oral por 2 semanas; houve normalização da albumina em 4 semanas.

Kanahara e colaboradores<sup>9</sup> referem que tem sido relatada remissão espontânea em síndrome nefrótica por lesão mínima após infecção por varicela ou rubéola, ou quando é devida ao uso de antiinflamatórios não hormonais. Islek<sup>11</sup> também refere remissão espontânea num caso de síndrome nefrótica por uso de cefixime, tendo recebido apenas furosemide, e apresentado melhora da proteinúria após 8 dias do início do quadro e normalização da proteína sérica no décimo quinto dia; e refere que na literatura existem relatos de síndrome nefrótica após uso de amoxicilina, rifampicina, ampicilina e por norfloxacin, sendo que em todos os casos houve remissão total ou parcial com a retirada da droga.

Castellano e colaboradores<sup>6</sup> relatam um caso de síndrome nefrótica por amiloidose renal durante tuberculose pulmonar em uma mulher de 16 anos de idade, em que o tratamento da tuberculose levou à remissão da síndrome nefrótica.

## CONCLUSÃO

O caso apresentado mostra uma síndrome nefrótica iniciada aos 6 meses e meio de vida, que evoluiu com melhora da anasarca a partir dos 9 meses de idade, um mês após ter iniciado o tratamento homeopático, tendo sido suspenso uso de diuréticos entre 10-11 meses de idade. Apresentou completa remissão laboratorial com 1 ano e 2 meses de vida, 8 meses após o início do quadro. Durante a evolução apresentou várias intercorrências infecciosas, mas não teve recidiva do quadro com a conseqüente anasarca, mantendo uma evolução laboratorial favorável, com aumento da albumina, redução progressiva do nível de colesterol e número de plaquetas, desaparecimento da hematúria e normalização da pressão arterial.

O aumento inicial do número de plaquetas, a presença de hematúria e hipertensão arterial inicial, além da idade do paciente, sugerem um quadro grave, com tendência evolutiva inicial. Nos casos descritos na literatura quando a causa da nefrose foi drogas, houve remissão espontânea num curto intervalo de tempo, ou seja, 7-15 dias, o que reduz essa possibilidade no caso apresentado, já que a remissão completa ocorreu somente após 8 meses de evolução. A investigação para causas infecciosas foi negativa. Portanto, a síndrome nefrótica de causa idiopática é uma etiologia provável no caso apresentado. Também chama a atenção uma elevação dos níveis de complemento no início do quadro.

## BIBLIOGRAFIA

1. Andrade, O V B; Mello, V R; Martini Filho, D. Glomerulopatias – Síndrome Nefrótica no Primeiro Ano de Vida. In: Toporovski, J et alli: *Nefrologia Pediátria*. 2a. ed, Rio de Janeiro, 2006. pp. 144-162
2. Asher, E. Traps for young players: when the well selected remedy fails to act. *Homeopathy (Londres)*. 91 (3): 174-175, 2002.
3. Berbel, O; Vera-Sempere, F; Córdoba, J; Zamora, I; Simón, J. Síndrome nefrótica infantil por citomegalovírus. *Nefrologia*. XXIII (5): 451-453, 2003.
4. Blowey, D L. Nephrotic syndrome associated with an Epstein-Barr virus infection. *Pediatr Nephrol*, 10: 507-508, 1996.
5. Buenrostro, O; Alicia, B; Gonzalez, HE. Síndrome nefrótica y su tratamiento homeopático. *Homeopatía Méx*. 73 (630): 101-104, 2004.
6. Castellano, I; Gómez-Martino, J R; Hernández, M T; Novillo, R; Covarsi, A. Remisión de síndrome nefrótico por amiloidosis renal secundaria a tuberculosis pulmonar tras tratamiento tuberculostático. *Nefrologia*. Vol XXI (1), 200.
7. Chishti, A S. Spontaneous resolution of infantile nephrotic syndrome. *Saudi Med J*. 24 (1): 91-93, 2003.
8. Fernández, A; García, I; Gazzara, G; Galazka, J; Beriao, JC. Síndrome nefrótico infantil - evolución favorable. *Arch. Pediatr. Uruguay*. 62 (1-2-3-4): 41-46, 1991.
9. Kanahara, K; et al. A case of nephrotic syndrome with rapid spontaneous remission in an elderly patient. *HIJM*. 46 (3): 93-97, set, 1997.
10. Islek, I; Cengiz, K; Çakir, M; Küçüködük, S. Nephrotic syndrome following hepatitis B vaccination. *Pediatr Nephrol*. 14: 89-90, 2000.
11. Islek L; Gökl, F; Albayrak, D; Küçüködük, S. Nephrotic syndrome following cefixime therapy in a 10-month-old girl: spontaneous resolution without corticosteroid treatment. *Nephrol Dial Transplant*. 14: 2527, 1999.
12. Jacquot, C; Benzaken, S; Druet, P. Le risque rénal des vaccinations. *La Nouvelle Presse Médicale*. 11 (44): 3237-38, 1982.
13. Morales, JV, Veronese FJ, Weber, R. Fisiopatología e tratamento da síndrome nefrótica: conceitos atuais. *Revista HCPA*. 20(3): 290-301. 2000.
14. Norero, C et alli. Síndrome nefrótica em el primer año de vida. *Rev. Chil. Pediatr*. 67 (3): 112-115, 1996.
15. Ostalska-Nowicka, D; Zachwieja, J; Maciejewski, J; Wozniak, A; Salwa-Zurawska, W. The prognostic value of glomerular immaturity in the nephrotic syndrome in children. *Pediatr Nephrol*. 19: 633-637, 2004.
16. Robinson, RF; Nahata, MC; Mahan, JD; Batisky, DL. Management of Nephrotic Syndrome in Children. *Pharmacotherapy*. 23 (8): 1021-1036. 2003.

## CASO CLÍNICO-ADENOMA DE HIPÓFISE

Paciente de 39 anos, sexo feminino, casada, duas filhas.

**Queixa e duração:** paciente nos procura em 29/07/2002 com diagnóstico de microadenoma do lado direito e esquerdo com prolactinemia de 48 e em uso de Parlodel, que não faz baixar esta taxa adequadamente. Após constatar que saia um pouco de secreção de seus seios, foi pedido ressonância de sela túrcica em 24/7/2001 e 01/09/2001 onde tudo foi confirmado. Foi-lhe recomendado então que não usasse mais Parlodel, já que não estava fazendo efeito clínico.

**Antecedentes pessoais:** mãe foi portadora de miomatose uterina e cistos ovarianos; asma e blenorragia no pai; uma irmã com eczema atópico.

**Hábitos, vícios e medicamentos:** não bebe nem fuma e usa “calmantes” descontinuadamente.

**Desejos alimentares:** come o trivial e prefere comida salgada e temperada, alimentos e bebidas frias, sorvetes.

**Aversões alimentares:** comidas e bebidas quentes, chá e café.

**Sensibilidade à temperatura:** piora pelas mudanças de temperatura, pelo frio e umidade.

**Função emuncional:** prisão de ventre sem vontade e evacuações com grande esforço.

**Interrogatório sobre diversos aparelhos** (só dados positivos): vazio no estômago que não melhora comendo e gastrite eventual quando mais ansiosa; não se sente bem ao ingerir alimentos ou bebidas frias, chegando as vezes a vomitar; “gripes” que as vezes levam a infecção pulmonar; mastalgia; ondas de calor; calor nas palmas das mãos; menorragia.

**Sonhos:** com o mar às vezes.

**Psiquismo:** Ansiosa, estressada, agitada, muito emotiva, sensível, sentimental, gosta de ajudar os outros, tem muita pena dos que sofrem, adora a companhia das filhas e das pessoas, e se sente péssima quando está só; culpa-se quando fica mais explosiva, irritável, não expressa adequadamente a raiva que sente e costuma guardá-la, em especial do marido, que tem um gênio oposto ao seu, reclamando muito que por isso tudo, não fica satisfeita com sua vida sexual, já que não é ativa como gostaria, tendendo por isso a depressão; pavor de trovão, relâmpago, raio, temporal, escuro, de ficar só; adora tocar violão.

**Exames complementares:** Ressonâncias de sela túrcica em 24/07/2001; 01/09/2001; 17/10/2003; 19/01/2003; 15/01/2005 concomitante a dosagem de prolactina e outros gerais.

**Exame físico do paciente:** nada que fosse relevante; bom estado geral.

*Paciente tem cópia laser  
3 páginas*



CLÍNICA RADIOLÓGICA MENEZES DA COSTA

EXAME: 2407081

DRA. ELIZABETH VASSERMAN OLIVEIRA  
UNIMED

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA SELA TURCA

LAUDO

**INDICAÇÃO CLÍNICA:**

- \* Adenoma hipofisário?
- \* Hiperprolactinemia.

**TECNICA:**

Realizados cortes coronais com técnica de aquisição helicoidal de 1,0mm de espessura após a administração intravenosa do contraste iodado.

**COMENTARIO:**

Hipófise de volume normal apresentando área hipoatenuante à direita medindo cerca de 7,0mm.

Haste infundibular mediana, com espessura e densidade anatómicas.

Assoalho selar íntegro.

Seios cavernosos com opacificação homogênea.

Seio esfenoidal de aeração normal.

**IMPRESSAO DIAGNOSTICA:**

- TOMODENSITOMETRIA SELAR COM IMAGEM SUGESTIVA DE MICROADENOMA A DIREITA. À CRITÉRIO CLÍNICO, CORRELACIONAR COM EXAME DE RESSONANCIA MAGNÉTICA.

Exame realizado por:  
Dra. Angela M.C. Araujo  
CRM. 5240899

Laudo revisado por:

Rio de Janeiro, 24/07/01

INFORMAMOS O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE MAMOGRAFIA DIGITAL  
SENOGRAPHE GE 2000D EM NOSSA UNIDADE DA BARRA DA TIJUCA.

*Paulo Roberto Valle Bahia*  
Médico  
CRM 52.40407-B

luz felippe de queirós mattoso  
c.r.m.-rj. 52 07539-2  
josé raimundo de lima pimentel  
c.r.m.-rj. 52 06437-1  
francisco josé lima perdigão  
c.r.m.-rj. 52 17229-6  
paulo celso de almeida  
c.r.m.-rj. 52 27507-7  
liane marcondes braga  
c.r.m.-rj. 52 29961-7  
mª paula de queirós mattos  
c.r.m.-rj. 52 46688-6

andrea santos dumont costacurta  
c.r.m.-rj. 52 46248-6  
ana luiza de queirós mattoso  
c.r.m.-rj. 52 53498-7  
pilar leite ribeiro  
c.r.m.-rj. 52 49944-3  
marco antonio f. da silva  
c.r.m.-rj. 52 52812-0  
rodrigo paulino  
c.r.m.-rj. 52 57352-7  
fernando carlos s. de almeida  
c.r.m.-rj. 52 51229-9

fabíola procaci kesteiman  
c.r.m.-rj. 52 56719-4  
erika esteves araujo torres  
c.r.m.-rj. 52 60534-8  
ida arzolla  
c.r.m.-rj. 52 45570-1  
marcia costa jazbik  
c.r.m.-rj. 52 56372-4  
gabriela pinto-paiva  
c.r.m.-rj. 52 47625-7  
adriana carvalho galvão  
c.r.m.-rj. 52 64348-3

clínica radiológica luz felippe mattoso ltda. cgc 33.070.228/0001-07

raios x - mamografia - ultrassonografia - doppler - densitometria óssea - rua bambina, 56/1º - tel.: 2539-1282  
tomografia computadorizada - ressonância magnética - rua bambina, 98 (anexo Hosp. Samaritano) tel.: 2539-0134  
botafogo - cep 22251-050 - rio de janeiro - rj - fax (21) 2537-2623 e (21) 2537-3167 - e-mail: fmattoso@ism.com.br

Reg.: 4688155-5/1

Médico Assistente: Dr. Elizabeth Vasserman de Oliveira

Exame realizado em 01.11.2001

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA SELA TURSCICA: P. 30238

Foram obtidas sequências antes e após injeção venosa de contraste.

Sela turca de forma e dimensões normais.

Hipófise de aspecto globoso e parênquima não homogêneo pela presença de pequenino nódulo hipocaptante medindo cerca de 3mm em situação para-mediana esquerda.

Haste hipofisária ligeiramente desviada para a esquerda.  
Quiasma óptico e seios cavernosos de aspecto normal.

IMPRESSÃO: Microadenoma hipofisário.

(5 filmes)

Rio de Janeiro, 1 de Novembro de 2001

MFS/zos

**Conduta:**

Phosphorus 200CH durante dois meses, uma vez por semana.

Thuya occidentalis 200CH durante dois meses, uma vez por semana.

Conium maculatum 3CH, dois tabletes duas vezes ao dia, durante dois meses

**1º retorno** (09/09/2002): Estado geral emocional muito melhor, menos ansiosa, "mais leve", diminuiu mastalgia, fogaços e calor nas palmas das mãos; constipação um pouco melhor.

**2º retorno** (09/12/2002) passou muito bem.

**Conduta:** Repeti a medicação.

**3º retorno** (04/04/2003): Sente-se cada vez melhor emocionalmente, lidando melhor com o marido, não sente mais mastalgia; pararam ondas de calor e calor nas palmas das mãos; menorragia bem melhor.

**Conduta:** Continuar a mesma medicação.

luiz felippe de queirós mattoso c.r.m.-rj. 52 07539-2	andrea santos dumont costacurta c.r.m.-rj. 52 46248-6	fabíola procaci kestelman c.r.m.-rj. 52 56719-4	cecília maria de souza c.r.m.-rj. 52 45293-8
josé raimundo de lima pimentel c.r.m.-rj. 52 06437-1	ana luíza de queirós mattoso c.r.m.-rj. 52 53498-7	erika esteves araujo torres c.r.m.-rj. 52 60534-8	antonio a. o. siciliano c.r.m.-rj. 52 59253-6
francisco josé lins perdígão c.r.m.-rj. 52 17229-6	pilar leite ribeiro c.r.m.-rj. 52 49944-3	ida arzolla c.r.m.-rj. 52 45570-1	márcio queirós miguez c.r.m.-rj. 52 49314-0
paulo celso de almeida c.r.m.-rj. 52 27507-7	marco antônio f. da silva c.r.m.-rj. 52 52812-0	marcia costa jazbik c.r.m.-rj. 52 56372-4	rodrigo azambuja c.r.m.-rj. 52 67552-0
ilane marcondes braga c.r.m.-rj. 52 29961-7	rodrigo paulino c.r.m.-rj. 52 57352-7	adriana carvalho galvão c.r.m.-rj. 52 64348-3	alice coelho brandão c.r.m.-rj. 52 55306-8
mª paula de queirós mattoso c.r.m.-rj. 52 46688-6	fernando carlos s. de almeida c.r.m.-rj. 52 51229-9	karla dias de paiva c.r.m.-rj. 52 66062-0	iara alexandre brandão c.r.m.-rj. 52 56623-7

**clínica radiológica luiz felippe mattoso ltda.** cnpj 33.070.228/0001-07

raios x - mamografia - ultrassonografia - doppler - densitometria óssea - rua bambina, 56/1º - tel/fax: 2539-1282  
tomografia computadorizada - ressonância magnética - rua bambina, 98 (anexo Hosp. Samaritano) tel/fax: 2539-0194  
botafogo - cep 22251-050 - rio de janeiro - rj - e-mail: fmattoso@ism.com.br

Reg.: 4688155-5/2

Médico Assistente: Dr. Makiko Kubota

Exame realizado em 17.10.2003

8:30hs  
sesete,

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA SELA TURCICA: P. 45130**

Foram realizadas sequências antes, durante e após a administração de contraste venoso (gadolinéio).

Último exame em 01.11.2001.

Glândula hipofisária de aspecto globoso.

O nódulo hipocaptante de contraste situado no seu interior à esquerda não é mais individualizado.

Haste hipofisária lateralizada à esquerda.

Quiasma óptico e seios cavernosos íntegros.

( 3 filmes )

*João*

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2003

RP/AC/zos

**4º retorno** (28/10/2003): **adenoma de hipófise sumiu**; prolactina-13.9. Parei com Conium 3 CH;

**Conduta:** Phosphorus 200CH e Thuya occidentalis 200CH.

**5º retorno** (08/12/2003) Estado geral emocional e físico, ótimo; sintomas físicos cada vez menos intensos.

**Conduta:** Phosphorus 200CH, uma vez por semana.

**6º retorno** (26/7/2004) Está bem, mas teve episódios de gastrite, e sente que está um pouco mais ansiosa e agitada, não lidando tão bem com seu marido e problemas do dia a dia. **Conduta:** Phosphorus 500CH, uma vez por semana.

**7º retorno** (18/10/2004) Estado geral emocional muito melhor; gastrite não teve mais, queixas físicas, não tem sentido mais. **Conduta:** Phosphorus 500CH, de 15 em 15 dias.

**Houve muitos outros retornos( 10)** até hoje e a paciente se encontra muito bem com Phosphorus 1000CH uma vez , de três em três meses e está ótima; prolactina-normal.

luiz felippe de queirós mattoso

CRM: 9.52.47398-2

osé raimundo de lima pimentel

CRM: 9.52.06437-7

francisco joão lins perdigão

CRM: 9.52.17029-8

paulo celso de almeida

CRM: 9.52.27607-7

iliane marcondes braga

CRM: 9.52.20961-7

mª paula de queirós mattoso

CRM: 9.52.29689-4

andrea santos dumont costacurta

CRM: 9.52.46264-9

ana luiza de queirós mattoso

CRM: 9.52.51459-7

piilar leite ribeiro

CRM: 9.52.49944-2

marco antonio f. da silva

CRM: 9.52.80812-0

rodrigo paulino

CRM: 9.52.27382-7

fernando carlos s. de almeida

CRM: 9.52.21029-9

fabíola procacci kestelman

CRM: 9.52.96119-4

erika esteves araujo torres

CRM: 9.52.69734-4

ida erzniln

CRM: 9.52.45570-7

marcia costa jazbik

CRM: 9.52.96372-4

adriana carvalho galvão

CRM: 9.52.64328-3

karla dias de paiva

CRM: 9.52.99432-0

cecilia maria de souza

CRM: 9.52.30259-8

antonio a. o. siciliano

CRM: 9.52.29013-4

márcio queirós miguel

CRM: 9.52.19074-0

rodrigo azambuja

CRM: 9.52.67533-4

alice coelho brandão

CRM: 9.52.65392-9

lara alexandre brandão

CRM: 9.52.26623-7

gustavo lopes teixeira

CRM: 9.52.5269987-0

gisele esteves d'annuniação

CRM: 9.52.8253107-9

### clínica radiológica luiz felippe mattoso

raios x • mamografia • ultra-sonografia • doppler • densitometria óssea • tomografia computadorizada • ressonância magnética

rua barreira 56-7 botafogo, rio de janeiro - RJ 22251-000 telefone: 2532-1282 email:fmattoso@rio.com.br

rua fazendeiro 191 centro hospital americano, botafogo, rio de janeiro - RJ 22251-450 telefone: 2539-0194 email:fmattoso@hsm.com.br

av. das americas 700 - 2º andar - 53031 anápolis - RJ 22298-010 telefone: 2132-8859 email:fmattoso@amr.com.br

Reg.: 4688155-5/3

Médico Assistente: Dr. Ronaldo Rocha Sinay Neves

Exame realizado em 15.01.2005

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA SELA TURCA: P. 3034

Foram obtidas sequências antes e após a injeção venosa de contraste paramagnético.

Exames anteriores trazidos para comparação de 01.11.2001 e 17.10.2003.

Sela turca de dimensões normais.

Glândula hipofisária de aspecto globoso, apresentando impregnação homogênea pelo meio de contraste.

Não há evidência de microadenoma.

Haste hipofisária de espessura normal, discretamente lateralizada à esquerda.

Quiasma óptico e seios cavernosos de aspecto anatômico.

**IMPRESSÃO:** Não houve alteração significativa em relação ao último exame de 17.10.2003.

MPM/gs

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2005

luiz felippe de queirós mattoso  
c.r.m. 52.07539-2  
josé raimundo de lima pimentel  
c.r.m. 52.06437-1  
francisco josé lins perdigão  
c.r.m. 52.17229-4  
paulo celso de almeida  
c.r.m. 52.27507-7  
liane marcondes braga  
c.r.m. 52.29961-7  
sandra magalhães jucá  
c.r.m. 52.32711-8  
m<sup>te</sup> paula de queirós mattoso  
c.r.m. 52.46688-6

andrea s. dumont costacurta  
c.r.m. 52.46248-6  
ana luiza de queirós mattoso  
c.r.m. 52.53498-7  
pillar leite ribeiro  
c.r.m. 52.49944-3  
marco antonio f. da silva  
c.r.m. 52.52812-0  
rodrigo paulino  
c.r.m. 52.57352-7  
fernando almeida  
c.r.m. 52.51229-9  
fabíola kastelman  
c.r.m. 52.56719-4

erika torres  
c.r.m. 52.60534-8  
ida arzolin  
c.r.m. 52.45570-1  
marcia costa jazbik  
c.r.m. 52.56372-4  
adriana galvão  
c.r.m. 52.64348-3  
karla dias de paiva  
c.r.m. 52.66062-0  
cecilia maria de souza  
c.r.m. 52.45293-8  
antonio a. o. siciliano  
c.r.m. 52.59253-5

márcio queirós miguel  
c.r.m. 52.49314-0  
rodrigo azambuja  
c.r.m. 52.67552-0  
alice coelho brandão  
c.r.m. 52.55306-8  
lara alexandre brandão  
c.r.m. 52.56623-7  
thyago alem dall'acqua  
c.r.m. 52.70628-6  
bernardo c. de a. rodrigues  
c.r.m. 52.66795-0  
ana paula n. v. siciliano  
c.r.m. 52.68601-8

marcela leite balara  
c.r.m. 52.71138-5  
marcio bustamante  
c.r.m. 52.59491-4  
roberto mogami  
c.r.m. 52.56147-0  
daniela p. considera  
c.r.m. 52.72980-4  
renata carneiro leão  
c.r.m. 52.71537-9  
vivianne aguilera  
c.r.m. 52.64261-4  
janaina de freitas seixas  
c.r.m. 52.66857-5

## clínica radiológica luiz felippe mattoso

raios x • mamografia • ultrassonografia • doppler • densitometria óssea • tomografia computadorizada • ressonância magnética • PET CT  
central de marcação tel: 2266-8989 email: fmattoso@ism.com.br www.fmattoso.com.br

Paciente: [REDACTED]

Pront.: 382717

Médico: DR. RONALDO ROCHA SINAY NEVES

Exame realizado em 05/10/2007

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA SELA TURCA

Sela turca de configuração anatômica.

Glândula hipofisária de aspecto globoso, com sinal heterogêneo na sequência pesada em T2 porém não se delimitando nódulo após a administração do meio de contraste.

Haste hipofisária de espessura normal, discretamente lateralizada à esquerda.

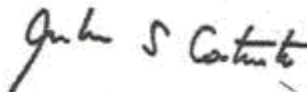
Quiasma óptico e seios cavernosos de aspecto normal.

### IMPRESSÃO:

Não houve alterações evolutivas em relação ao exame de 15/01/2005.

(4 folhas/CD)

(Laudo) Dr MARCO ANTONIO F. DA SILVA  
CRM - 5252812-0



(Revisão) Dra ANDREA SANTOS DUMONT COSTACURTA  
CRM: 52 46248-6