

# Tratamiento Individualizado de Edema en la Médula Osea de Rodilla con la Ayuda de Homeopatía Clásica



Dionysis Tsintzas, Seema Mahesh, George Vithoukias

## Información del Artículo

Volumen 13

Primera publicación en-linea del artículo: Febrero 12, 2020; Edición: Enero 1, 2020

Recibido: Diciembre 04, 2019; Aceptado: Diciembre 06, 2020

 Dionysis Tsintzas<sup>1</sup>,  Seema Mahesh<sup>2</sup>, George Vithoukias<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Amfilochia Rehabilitation Center, General Hospital of Aitolookarnania, Agrinion, Grecia

<sup>2</sup>Centre for Classical Homeopathy, Bangalore, India

<sup>3</sup>University of the Aegean, Lesbos, Grecia

<sup>4</sup>International Academy of Classical Homeopathy Alonissos, Sporadas del Norte, Grecia

## Resumen

### Antecedentes:

Lesiones de edema en la médula ósea en torno a la rodilla son un descubrimiento común en las imágenes de resonancia magnética. Estas constituyen un componente central de una amplia variedad de condiciones inflamatorias y no-inflamatorias que afectan a la rodilla. Dichas lesiones no son solamente una fuente importante de dolor, sino que también están relacionadas a muchas patologías músculo-esqueléticas.

### Reporte de Caso:

Describimos 2 casos de edema de la médula ósea en la articulación de la rodilla atendidas con la ayuda de la Homeopatía Clásica. En ambos casos, *Arnica montana* fue el remedio homeopático elegido.

### Conclusiones:

Los resultados del tratamiento son promisorios, alentando a más investigación en relación a este tema.

### Palabras Clave

*Arnica*, médula ósea, homeopatía, rodilla, edema

## Introducción

Wilson et al<sup>1</sup> introdujo el término "edema de la médula ósea" (EMO) para describir las poco definidas hiperintensidades de médula ósea en T2 (tiempo de relajación transversal) de las imágenes de resonancia magnética en pacientes padeciendo de dolores en la rodilla y cadera. El término específico fue utilizado debido a "a la falta de un mejor término y para enfatizar el carácter genérico de la condición".

La causa primaria de la edema ósea todavía permanece incierta. Posiblemente algún episodio local isquémico de variada etiología inicia la cadena de eventos derivando en esta específica patología ósea.

2

Un rumbo etiologico hipotético de la condición pudiera involucrar (1) lesión ósea (vascular, traumática, inflamación, metabólica), (2) afecciones óseas (renovación aumentada, presión intraósea elevada, microfractura por estrés), (3) EMO (aumento de la presión intraósea– síndrome compartimental) y (4) mecanismos reparadores (suficiente: lenta resolución–insuficiente: necrosis ósea).<sup>3,4</sup>

El dolor es el síntoma predominante de esta patología. El dolor es provocado por el aumento de la presión intraósea (presión normal es 20-30 mmHg), debido al alto contenido anormal de fluido en los espacios de la médula.<sup>5</sup> El dolor durante la carga mecánica es característico, combinado con pocas o muchas molestias graves durante la noche. También es típico el dolor de la parte afectada al ser golpeada.

Las imágenes de resonancia magnética (IRM) es el criterio de referencia para el diagnóstico de EMO. El resultado característico es la señal de alteración en la médula ósea, con una señal alta de T2 y secuencias STIR (recuperación de inversión T1 corta) con o sin señal baja de T1 (tiempo de relajación longitudinal). Aquellos resultados de resonancia magnética podrían indicar histológicamente un verdadero edema, pero también podrían corresponder a una necrosis ósea trabecular, formación de quistes, fibrosis y a la fragmentación del cartílago.<sup>6</sup>

El diagnóstico diferencial involucra a varias patologías: contusiones traumáticas, fracturas, quistes en el hueso, infiltración de la médula, desarrollo de lesiones condrales, fracturas por insuficiencia subcondral y por supuesto, una verdadera osteonecrosis.<sup>6</sup>

El tratamiento del EMO será determinado según la causa y el tamaño del área de la necrosis en el hueso. Las áreas osteo-necróticas excediendo el 40% al 50% del cóndilo (femoral o tibial) o lesión

mayor a los 5cm<sup>2</sup>, normalmente conducen a un colapso, requiriendo artroplastia de la rodilla.<sup>7</sup> Por otro lado, lesiones de tamaño medio (3.5-5 cm<sup>2</sup>) podrían o no retroceder, mientras que las lesiones más pequeñas (<3.5cm<sup>2</sup>) muy seguramente retrocederán con tratamiento conservador.<sup>8</sup>

Según los síntomas del paciente y los resultados de radiología el tratamiento conservador involucra medicación con analgésicos, fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs), protección de soporte del peso por un período de 3 a 8 meses junto con fisioterapia. Al parecer la terapia de campo electromagnético pulsátil tiene resultados prometedores después de 6 meses en la reducción del dolor y del área necrótica.<sup>9</sup> La prostaciclina y los bifosfonatos son 2 medicamentos que han sido utilizados para el tratamiento de EMO. Estos tienen diferentes vías de acción y por lo tanto pudieran ofrecer paralelamente efectos benéficos.<sup>9</sup>

El tratamiento quirúrgico, reservado para las últimas etapas, involucra la perforación sencilla, la estabilización del fragmento, curetaje junto con la perforación y finalmente el trasplante osteocondral o de condrocitos.<sup>5</sup>

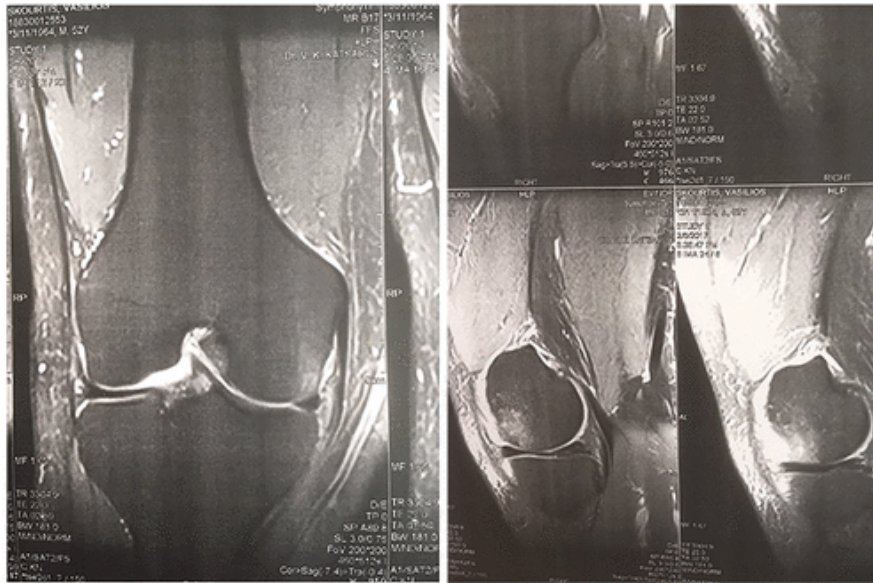
Homeopatía, la "medicina energética", es una rama de la ciencia médica basada en el principio que la enfermedad puede ser curada al fortalecer el mecanismo de defensa del cuerpo con sustancias elegidas por las propiedades energéticas que ofrecen. Fundada en el siglo 19 por el Dr. Samuel Hahnemann, la Homeopatía se deriva de las palabras Griegas "*homeo*" y "*pathos*", que significa "enfermedad similar".<sup>10</sup> Es de nuestro conocimiento, que esta es la primera serie de reportes de caso publicado describiendo el tratamiento de EMO de rodilla con la ayuda de la homeopatía clásica.

## **CASO No. 1**

El paciente era un hombre con 55 años de edad que presentaba al consultorio molestias por 3 meses de dolor e hinchazón de su rodilla derecha. El era muy activo, trabajando como maestro de danzas tradicionales Griegas y recordaba una lesión hace un tiempo atrás por torcedura en su rodilla derecha. La articulación de la rodilla se encontraba hinchada, dolorosa en flexión completa y sobretodo con el golpeteo al cóndilo femoral medio. El cojeaba un poco al caminar y difícilmente podía correr o bailar.

El escáner de la imagen de resonancia magnética mostró una ruptura de grado 2 a 3 del lado posterior del menisco medio, además de un extenso EMO en la cara anterior del cóndilo femoral medio, ocupando el 40% del cóndilo femoral (Figura 1). Al paciente se le propuso someterse a una artroscopia, principalmente para atender la lesión del menisco, pero el estaba renuente en proceder. El tratamiento

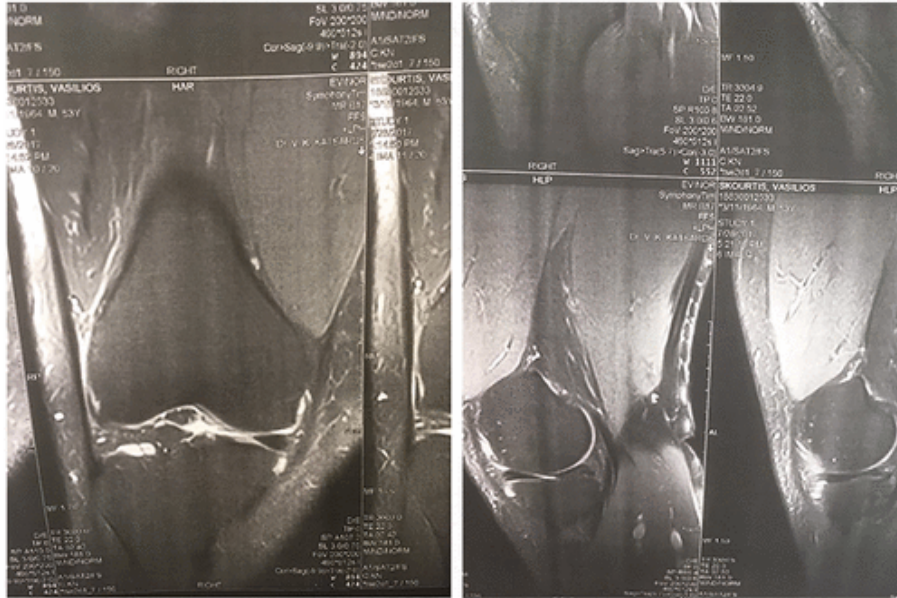
conservador propuesto al paciente incluía la protección parcial del soporte de peso por al menos 8 semanas, además de fisioterapia y anti-inflamatorios no esteroides (AINEs). El paciente sufría de hipertensión crónica, así es que los fármacos anti-inflamatorios fueron excluidos y no estaba dispuesto en dejar sus enseñanzas de baile, ni siquiera por algunas semanas.



**Figura 1.** Escáner de IRM del primer paciente en la primera consulta.

El régimen del tratamiento que acordamos seguir fue fisioterapia y homeopatía clásica. El paciente tuvo 2 sesiones de fisioterapia por semana con el objetivo de mantener el rango de movimiento de la articulación de la rodilla, además de la integridad del músculo del cuádriceps. La repertorización del caso fue realizada utilizando el VithoukasCompass 2.3 Software. *Arnica montana* fue el remedio elegido. El paciente se encontraba relativamente saludable, perteneciendo según los Niveles de Salud<sup>11</sup> de Vithoukas al Grupo B, por lo tanto, la potencia 200CH fue prescrita, 1 cápsula al inicio y las siguientes dosis conforme a los síntomas en el seguimiento del caso (el necesitó otras 4 dosis del remedio).

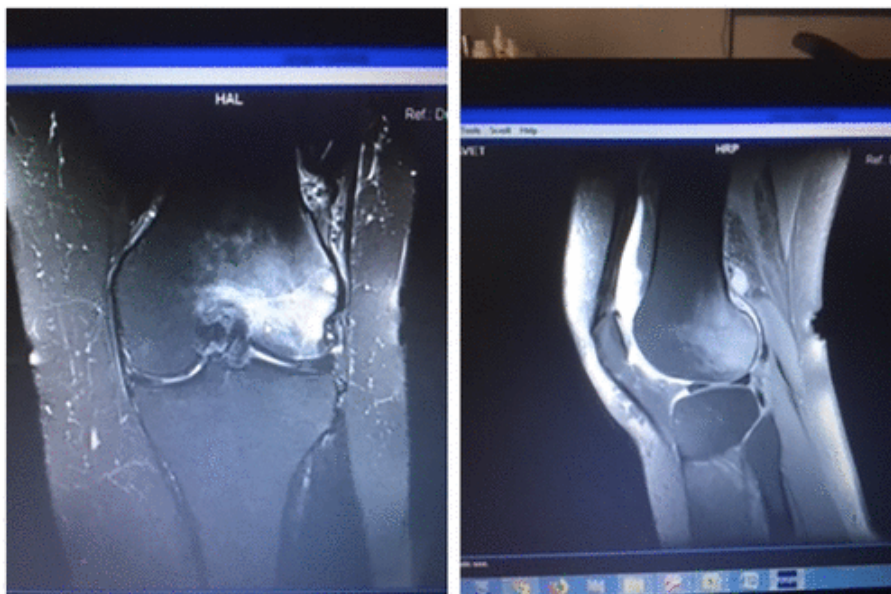
En los siguientes 2 meses hubo un lenta pero continua mejoría de la sintomatología del paciente, a pesar que su rodilla casi no obtuvo reposo. A los 3 meses, el estaba libre de dolor y de regreso a sus actividades anteriores sin limitaciones. Cinco meses después del primer escaneo IRM, el paciente se sometió a un segundo escaneo. Este nuevo escaneo mostró que el EMO del cóndilo femoral medio había sido completamente disminuido, mientras que la lesión del menisco todavía estaba presente e inalterable (Figura 2). Estamos muy contentos con el resultado de este caso, así es que dimos de alta al paciente de nuestros cuidados.



**Figura 2.** Cinco meses después del tratamiento.

## Caso No. 2

El segundo paciente era una mujer de 56 años y dueña de un supermercado, que padecía de un dolor severo en su rodilla izquierda desde al menos 3 meses. No existía algún historial de traumatismo y los síntomas empeoraban progresivamente. Al presentarse al consultorio, la paciente caminaba cojeando severamente. Existía una obvia hinchazón de la articulación de la rodilla izquierda y la flexión de la articulación estaba limitada a 60°. Existía un dolor severo al golpetear el cóndilo femoral lateral junto a dolores nocturnos severos.



**Figura 3.** IRM del segundo paciente en la primera consulta.

La imagen de resonancia magnética (IRM) mostró una extensa EMO del cóndilo femoral lateral, ocupando casi todo el cóndilo, con una área de osteo-necrosis de la cara lateral. En el cóndilo tibial lateral, la IRM también mostró los primeros indicios de EMO (Figura 3).

Basado en los resultados clínicos y de radiología ilustrados arriba, el tratamiento quirúrgico era el apropiado<sup>5,7</sup> y fue propuesto al paciente. El paciente se desistió a proceder, por lo que tuvimos que ofrecerle el tratamiento conservador consistiendo en no someterla a cargas de peso y fisioterapia. Debido a su historial de úlcera péptica con hemorragia, ella no era candidata para recibir tratamiento con anti-inflamatorios no esteroides (AINEs) ni bifosfonatos. Teniendo en cuenta el resultado exitoso del tratamiento en el primer paciente, le propusimos homeopatía clásica, por la cual ella estaba dispuesta a recibirla. *Arnica montana* fue el remedio elegido después de repertorizar el caso. La potencia inicial seleccionada fue la 200CH, seguida de dosis diarias a la 30CH.

La paciente no cumplió con las indicaciones propuestas de no someterla a cargas de peso – diciendo que no podía abstenerse de trabajar en el supermercado, pero en su lugar utilizó un ligero soporte para la rodilla, carga completa de peso. Por los siguientes 3 meses ella continuó con el tratamiento de fisioterapia junto con el tratamiento homeopático, mientras que ocasionalmente utilizaba analgésicos simples (paracetamol). Su condición clínica mejoraba lentamente.

Tres meses después de la primera resonancia magnética (IRM) procedimos a darle seguimiento a la exploración (Figura 4). El EMO del cóndilo femoral se deterioró, involucrando todo el cóndilo femoral lateral y también la parte lateral del cóndilo femoral medio, en donde el área de osteo-necrosis del cóndilo femoral lateral aumentó de tamaño. Por otro lado, el EMO del cóndilo tibial lateral había desaparecido completamente. La imagen clínica general del paciente, en términos de dolor y movilidad estaba mejor. Basado en estos resultados, le recomendamos enfáticamente el tratamiento quirúrgico.

La paciente se sometió a una artroscopia con perforación de los cóndilos femoral y tibial. Intraoperativo, en contraste a la sensación muy suave del cóndilo femoral, el cóndilo tibial tenía definitivamente una sensación dura durante el procedimiento de perforación. El tratamiento postoperatorio involucró el no someterla a carga de peso por 1 mes, seguido por carga de peso parcial por otro mes más. Una nueva imagen de resonancia magnética (IRM) esta programada 6 meses después de este procedimiento.

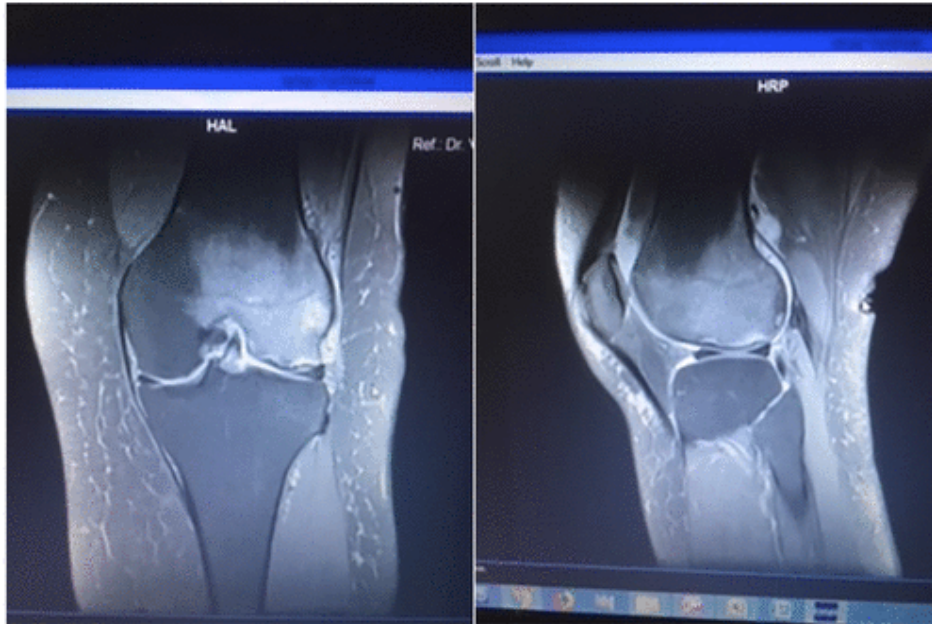


Figura 4. Tres meses después del tratamiento.

## Análisis

Después de la introducción de la IRM en la práctica clínica, las lesiones de la médula ósea han surgido como un componente central de muchas diferentes enfermedades inflamatorias y no-inflamatorias afectando al sistema músculo-esquelético. Eriksen<sup>12</sup> propuso un sistema completo que causan esas lesiones: (1) trauma: fractura, osteoporosis local transitoria, lesiones osteocondrales; (2) lesiones degenerativas: osteoartritis; (3) lesiones inflamatorias: artropatías inflamatorias y entesitis; (4) lesiones isquémicas: necrosis avascular, síndrome de dolor regional complejo crónico, anemia falciforme; (5) lesiones infecciosas: osteomielitis; (6) lesiones metabólicas/endocrinas: enfermedad por deposición de hidroxapatita, gota; (7) lesiones iatrogénicas: cirugía, radioterapia, inmunosupresores (glucocorticoides, ciclosporina), citostáticos. Aunque nuestro primer paciente pareciera pertenecer a la categoría de trauma, para el segundo caso más grave no pudimos encontrar una causa definitiva.

Al parecer el no someterse a carga de peso o carga parcial de peso son el tratamiento ideal para esta condición.<sup>5</sup> Fisioterapia junto con el tratamiento de onda de choque han sido reportados de proveer alivio importante al dolor y mejoría funcional. Las opciones farmacéuticas incluyen el uso de bifosfonatos, derivados de prostaglandina e inhibidores del factor de necrosis tumoral (FNT).<sup>12</sup>

Ambos pacientes no obedecieron a la recomendación de la protección de la carga de peso por al menos 8 semanas, diciendo que estaban obligados a continuar con sus actividades de trabajo diarias. Teniendo en mente los resultados favorables reportados de tratamientos en varias patologías músculo-esqueléticas con la ayuda de la homeopatía clásica, les ofrecimos esta opción de tratamiento.

Brinkhaus et al<sup>13</sup> reportaron que *Arnica montana* en pacientes con cirugía de rodilla mostraron una tendencia de menos edema postoperatorio al ser comparado con pacientes que recibieron sólo placebo. Tveiten y Brusset<sup>14</sup> reportaron que *Arnica montana* en la potencia 30D tuvo un efecto positivo del dolor muscular – pero no en el daño celular medido por enzimas. Más recientemente aun, Sarker et al<sup>15</sup> reportaron que el remedio homeopático *Guaiaicum officinalis* posee actividad antirreumática y antioxidante en modelos experimentales de animales y estas actividades podrían ser más significativas en potenciadas más altas. Por otra parte, Koley et al,<sup>16</sup> en un estudio doble-ciego aleatorio controlado con placebo, evaluando a la homeopatía individualizada tratando el dolor en osteoartritis de rodilla (utilizando varios remedios de Homeopatía –*Bryonia alba*, *Rhus toxicodendron*, *Calcarea carbonica*, *Arnica montana* y *Natrum muriaticum*), no encontraron diferencias estadísticas significativas para justificar la superioridad del tratamiento homeopático en comparación a placebo.

*Arnica montana* es una planta terapéutica ampliamente utilizada para tratar varias condiciones patológicas. Posee actividad importante antiinflamatoria, para combatir la osteoartritis, la osteoporosis y anti-hemorrágica, muestra efectos antioxidantes y protectores importantes, mejora la circulación y también tiene propiedades analgésicas.<sup>17</sup> El remedio homeopático *Arnica montana*, según Vithoulkas, es indicado cuando:

*"... una parte del cuerpo esta magullado, con una sensación de adolorido... Esto puede ser derivado por una lesión. Pero si esta misma sensación es el resultado de otras causas, tales como el sobre esfuerzo de algún órgano, torcedura o también alguna enfermedad aguda, Arnica podría ser prescrita con éxito."*<sup>18</sup>

El primer caso tuvo un resultado excelente, tanto clínico como también radiológico. Habiendo recibido solamente el tratamiento homeopático, con casi ninguna protección de soporte de peso, el paciente fue libre de dolor en un período de tiempo de 4 meses, mientras que la IRM 5 meses después de la primera resonancia magnética mostró que el EMO del cóndilo femoral había desaparecido casi por completo (Figura 2).

Por supuesto el segundo caso fue diferente. El tratamiento quirúrgico fue propuesto al paciente desde la primera visita al consultorio, ya que el EMO del cóndilo femoral era extensa y ya presentaba osteonecrosis del cóndilo. Sin embargo, el paciente decidió elegir el tratamiento homeopático con una mínima protección de soporte del peso. La segunda IRM 3 meses después de la primera mostró que las lesiones del cóndilo femoral se estaban deteriorando, pero, interesantemente las lesiones de cóndilo tibial, obvios en el primer escaneo habían desaparecido casi por completo (Figura 4). La osteonecrosis



del cóndilo femoral, siendo un órgano con daño permanente, representa un obstáculo físico muy difícil, casi imposible de ser atendido con la homeopatía clásica<sup>10</sup>. Así es que, en realidad no consideramos el caso como un fracaso homeopático ya que el cóndilo tibial fue salvado, y de hecho la articulación también fue salvada, además debido al involucramiento de necrosis en el cóndilo tibial lateral significa que el paciente muy seguramente necesitará de artroplastia completa de rodilla.

## **Conclusiones**

Nuestra experiencia de estos 2 casos muestra que el tratamiento individualizado con la ayuda de la homeopatía clásica definitivamente tiene un lugar en el tratamiento de la condición común pero difícil de tratar EMO de rodilla. Investigaciones con más número de casos son necesarios para demostrar la efectividad de esta modalidad terapéutica.

## **Financiamiento**

El autor(es) no recibieron apoyo financiero para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

## **Declaración de Conflicto de Intereses**

El autor(es) declara ningún conflicto de interés potencial con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

## **Nota del Autor**

El trabajo fue realizado en el International Academy of Classical Homeopathy, Alonissos, Grecia.

## **Contribuciones de Autor**

El Dr. Dionysis Tsintzas es el médico principal que contribuyó en la información del caso. La Dra. Seema Mahesh editó el artículo. Este artículo tomó forma bajo la dirección de George Vithoukias.

## **Consentimiento del Paciente**

Los pacientes han acordado la utilización de los detalles del caso e imágenes de resonancia magnética para su publicación.

## ORCID ID's

Dionysis Tsintzas  <https://orcid.org/0000-0002-0715-4438>

Seema Mahesh  <https://orcid.org/0000-0002-4765-5595>

## Referencias

- 1 Wilson, AJ, Murphy, DA, Hardy, DC, Totty, WG. Transient osteoporosis: transient bone marrow oedema? *Radiology*. 1989;171:135-140.  
[Google Scholar](#)
- 2 Patel, S. Primary bone marrow oedema syndromes. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53:785-792.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#) | [ISI](#)
- 3 Trevisan, C, Orolani, S, Monteleone, M, Marinoni, EC. Regional migratory osteoporosis: a pathogenic hypothesis based on three cases and a review of the literature. *Clin Rheumatol*. 2002;21:418-425.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#) | [ISI](#)
- 4 Elder, GJ. From marrow oedema to osteonecrosis: common paths in the development of post-transplant bone pain. *Nephrology (Carlton)*. 2006;11:560-567.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#)
- 5 Hofmann, S, Kramer, J, Vakil-Adli, A, Aigner, N, Breitenseher, M. Painful bone marrow edema of the knee: differential diagnosis and therapeutic concepts. *Orthop Clin North Am*. 2004;35:321-333, ix.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#) | [ISI](#)
- 6 Kon, E, Ronga, M, Filardo, G, et al. Bone marrow lesions and subchondral bone pathology of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2016;24:1797-1814.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#) | [ISI](#)
- 7 Mont, MA, Marker, DR, Zywiol, MG, Carrino, JA. Osteonecrosis of the knee and related conditions. *J Am Acad Orthop Surg*. 2011;19:482-494.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#) | [ISI](#)
- 8 Karim, AR, Cherian, JJ, Jauregui, JJ, Pierce, T, Mont, MA. Osteonecrosis of the knee: review. *Ann Transl Med*. 2015;3:6.  
[Google Scholar](#)
- 9 Marchegianni Muccioli, GM, Grassi, A, Setti, S, et al. Conservative treatment of spontaneous osteonecrosis of the knee in the early stages: pulsed electromagnetic fields therapy. *Eur J Radiol*. 2013;82:530-537.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#)
- 10 Vithoukias, G. *The Science of Homeopathy*. 6th ed. Alonnisos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2012.  
[Google Scholar](#)

- 11 Vithoulikas, G. Levels of Health. The Second Volume of the Science of Homeopathy. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2017.  
[Google Scholar](#)
- 12 Eriksen, EF. Treatment of bone marrow lesions (bone marrow edema). Bonekey Rep. 2015;4:755.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#)
- 13 Brinkhaus, B, Wilkens, JM, Ludtke, R, et al. Homeopathic arnica therapy in patients receiving knee surgery: results of three randomized double-blind trials. Complement Ther Med. 2006;14:237-246.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#) | [ISI](#)
- 14 Tveiten, D, Bruset, S. Effect of Arnica D30 in marathon runners. Pooled results from two double-blind placebo-controlled studies. Homeopathy. 2003;92:187-189.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#)
- 15 Sarkar, A, Datta, P, Das, AK, Gomes, A. Anti-rheumatoid and anti-oxidant activity of homeopathic Guaiacum officinale in an animal model. Homeopathy. 2014;103:133-138.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#)
- 16 Koley, M, Saha, S, Ghosh, S. A double-blind randomized placebo-controlled feasibility study evaluating individualized homeopathy in managing pain of knee osteoarthritis. J Evid Based Complementary Altern Med. 2015;20:186-191.  
[Google Scholar](#) | [SAGE Journals](#)
- 17 Kriplani, P, Guarve, K, Baghael, U. *Arnica Montana* L.—a plant of healing: review. J Pharm Pharmacol. 2017;69:925-945.  
[Google Scholar](#) | [Crossref](#)
- 18 Vithoulikas, G. *Materia Medica Viva*, vol. 3. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2006.  
[Google Scholar](#)