

Siringomielia tratada com homeopatia clássica: Um relato de caso

Elena Rudakova¹, Seema Mahesh² e George Vithoulka

Annals of Neurosciences

28(3-4) 170–178, 2021

© The Author(s) 2021

Reprints and permissions:

in.sagepub.com/journals-permissions-india

DOI: 10.1177/09727531211046370

journals.sagepub.com/home/aon



Resumo

A siringomielia com malformação de Chiari é uma doença rara, de curso imprevisível. Cirurgia e outras intervenções ajudam a reduzir a gravidade dos sintomas, mas mais de 50% dos pacientes precisam ser reoperados. A resolução automática é rara neste tipo de siringomielia, e a maioria dos casos progridem com complicações que podem significar um grande fardo. A paciente com siringomielia com malformação de Arnold-Chiari tipo I é uma mulher russa, de 54 anos, tratada com homeopatia clássica individualizada por mais de oito anos, com melhora notável nos sinais e sintomas clínicos da doença e das comorbidades. Na ressonância magnética, a siringe se resolveu por completo, o que confirmou ainda mais o benefício dessa terapia. Este caso de siringomielia com malformação de Arnold-Chiari tipo I parece ter sido beneficiado pela homeopatia clássica individualizada. Investigação científica de uma abordagem homeopática clássica individualizada para siringomielia é necessária para estabelecer sua relevância nesta condição.

Palavras-chave: Siringomielia, malformação de Arnold-Chiari, homeopatia

Recebido em 29 de janeiro de 2021; **aceito em** 4 de agosto de 2021

Introdução

A siringomielia (SM) é uma doença rara e progressiva da medula espinhal, e apresenta-se com queixas neurológicas leves a graves, com o cisto intramedular característico¹, ocorrendo principalmente por causas subjacentes, como as malformações de Chiari (MC).¹ A incidência de MC é de aproximadamente 3–8/100.000, com 62% a 80% exibindo SM,² e mostra uma predileção por certas localizações geológicas, como a Rússia.^{3,4} Mais de 50% dos casos são devido à

malformação de Arnold-Chiari tipo I, caracterizada por herniação das amígdalas cerebelares através do forame magno, seguido por incidência relacionada a trauma (23% dos casos), sendo raros os demais casos.^{1,5} Muitas teorias foram propostas para explicar a dinâmica por detrás do desenvolvimento da SM, incluindo as três teorias populares de Gardner, Williams, e Oldfield.¹

1 Clinic of Nadezhda Kubasheva, Moscou, Rússia

2 School of Medicine, Taylor's University, Subang Jaya, Selangor, Malásia

3 Department of Homeopathy, University of the Aegean, Mitilene, Grécia

4 International Academy of Classical Homeopathy, Alonissos, Grécia

Autor correspondente:

Seema Mahesh, School of Medicine, Taylor's University, No 1 Jalan Taylors, Subang Jaya, Selangor 47500, Malásia.

E-mail: bhatseema@hotmail.com

O ponto em comum que perpassa essas teorias é um distúrbio na circulação do líquido cefalorraquidiano (LCR), resultante de uma reabsorção anormal, de um bloqueio mecânico à circulação, ou de um distúrbio na mobilidade da medula espinhal.¹ A SM é classificada como comunicante, não-comunicante, atrófica e neoplásica. Esta classificação ajuda a decidir se o shunt, a cirurgia ou o tratamento conservador é a melhor opção.⁶ A compreensão da fisiopatologia da SM permanece fragmentada, o que torna seu diagnóstico e tratamento um desafio.⁷ O diagnóstico da SM é feito pela avaliação da cavidade cheia de fluido na medula espinhal, relacionado ao distúrbio na circulação do LCR, amarração da medula ou um tumor intramedular.⁷ Os sintomas resultam da herniação das amígdalas cerebelares ou da compressão dos nervos. Os sintomas mais comuns na SM com MC são: dor de cabeça, tontura, insônia, fraqueza nas extremidades superiores, dor no pescoço, dormência e formigamento nas extremidades, e outros sintomas neurológicos.⁸ A gravidade depende do tamanho e da duração da síringe. Casos de progressão rápida mostram sintomas mais graves que os casos que progridem lentamente, ao longo dos anos.⁴ O tratamento é conservador quando os sintomas neurológicos estão ausentes ou são leves. No entanto, a maioria dos pacientes apresentam progressão da doença com o tratamento conservador.¹ Quando os sintomas são graves, cirurgia/shunt/cordectomia/neuroconstrução celular podem ser oferecidos ao paciente, dependendo da causa subjacente.¹ A estabilização dos sintomas neurológicos e melhora na condição geral são os objetivos do tratamento.² A cirurgia é efetiva na maioria dos casos, mas mais de 50% dos pacientes precisam ser reoperados em algum momento.¹ A auto resolução da SM é raramente relatada e, muitas vezes, a auto resolução não é associada a nenhuma mudança nos sintomas clínicos.⁹

Apresentamos um caso raro de SM com malformação de Arnold-Chiari tipo I, que avançava consideravelmente até a aplicação de tratamento homeopático clássico, e que, com o passar dos anos, regrediu com esta terapia. Também foi observado benefício quanto às comorbidades. A literatura não forneceu nenhum outro caso semelhante em que a SM foi auxiliada pela homeopatia.

Apresentação do caso

A paciente, uma mulher russa, médica (ultrassonografista), tinha 54 anos quando se apresentou para a consulta homeopática, em junho de 2012. O diagnóstico foi realizado em 2006, utilizando-se de ressonância magnética (RM), mas não foi dado a ela nenhuma medicação ou tratamento.

Queixas apresentadas

A paciente tinha graves queixas neurológicas à época da consulta homeopática, incluindo dor, queimação e formigamento no dorso das mãos; dores agudas nas primeiras articulações metacarpofalângicas; e mãos frias. Derrubava as coisas repentinamente e não era capaz de sentir como elas caíam de suas mãos. Havia dor abaixo da escápula direita, nas regiões lombar e sacral, e nos pés. Tinha incontinência urinária quando ria ou tossia, e relatava um barulho pulsante na cabeça.

Outras queixas

Outras queixas incluíam rachaduras profundas com sangramento nas pontas dos dedos todo inverno; ondas de calor perturbando o sono; ressecamento na vagina; dor nas regiões epigástrica e umbilical, com sensação de inchaço; e acne profunda no rosto.

Histórico das queixas apresentadas

Em 1995, a paciente desenvolveu vertigem e dor nas mãos. Desenvolveu também formigamento e queimação em áreas lineares

nos braços, antebraços e dorso das mãos. A dor nas primeiras articulações metacarpofalângicas aumentou tanto que, por vezes, ela não conseguia mover a sonda de ultrassom. Começou a derrubar as coisas de repente, com falta de sensibilidade. Uma RM, em 2006, levou ao diagnóstico de SM. O neurologista disse a ela para evitar atividades, como levantamento de pesos e abdominais, mas nenhum tratamento/medicação foi dado. Ela parou de ir ao quiroprata. Ressonâncias magnéticas de acompanhamento foram realizadas ocasionalmente.

Histórico médico

A paciente teve hepatite aos três anos de idade; na infância, tonsilites recorrentes e dores gástricas ocasionais e, mais tarde, desenvolveu traqueíte recorrente, com febres altas, que ainda ocorriam, de tempos em tempos, na época da consulta. Foi tratada majoritariamente com antibióticos para essas infecções. Aos 20 anos, uma gastroscopia não revelou nenhuma gastrite, mas um aumento da motilidade do estômago. Aos 46 anos, foi tratada com litotripsia para uma cólica renal do lado esquerdo. Aos 52, teve pneumonia e recebeu antibióticos. Ela ainda sofria de gripes ocasionais com febre alta. Tinha dores na região sacral desde os 34 anos e frequentava o quiroprata para essa questão. Apresentava acne desde a puberdade.

Histórico obstétrico e ginecológico

A paciente atingiu a menarca aos 13 anos. Teve dois filhos sem incidentes. Passou por uma eletrocoagulação para erosão do colo do útero aos 22 anos e tratamento à laser para leucoplasia cervical aos 45. Desde abril de 2011, tem sintomas de menopausa, e uma citologia da vagina mostrou atrofia da mucosa. Aplicou pomada de estrogênio, como recomendação do ginecologista, mas interrompeu o uso devido ao desenvolvimento de inchaço nos seios.

Histórico familiar

O pai da paciente tinha hipertensão e faleceu aos 82 anos, devido à ruptura de um aneurisma na aorta abdominal. A mãe teve um AVC aos 65 anos, tinha hipertensão e demência vascular. Faleceu aos 76 anos.

Diagnóstico

A paciente foi diagnosticada como tendo SM com malformação de Arnold-Chiari tipo I (CID10: G95.0).¹⁰

Ressonância magnética (RM): coluna cervical e torácica superior em 15 fevereiro de 2006 (Figura 1):

Há uma cavidade hidromiélica na medula espinhal, estendendo-se do nível da vértebra C3 até T1. O diâmetro máximo da cavidade é de 5mm. A medula espinhal abaixo desse nível tem diâmetro e estrutura normal. A altura do corpo vertebral está normal e não há focos de lesão.

Endireitamento da lordose cervical, com formação de cifose patológica. Intensidade diminuída do sinal dos discos intervertebrais da coluna cervical (evidência de desidratação). Há protusões dos discos dorsais centrais de até 3mm de tamanho, com estenose foraminal intervertebral leve a nível de C4-C5 e C5-C6. Hérnia de disco circunferencial (4mm dorsalmente) com sinais de estenose foraminal intervertebral em ambos os lados (especialmente o direito) a nível de C6-C7.

Descida das amígdalas cerebelares abaixo do forame magno (é recomendado uma RM do cérebro).

Hidromielia a nível de C3-T1. Osteocondrose da coluna cervical e torácica superior. Hérnia discal em C6-C7.

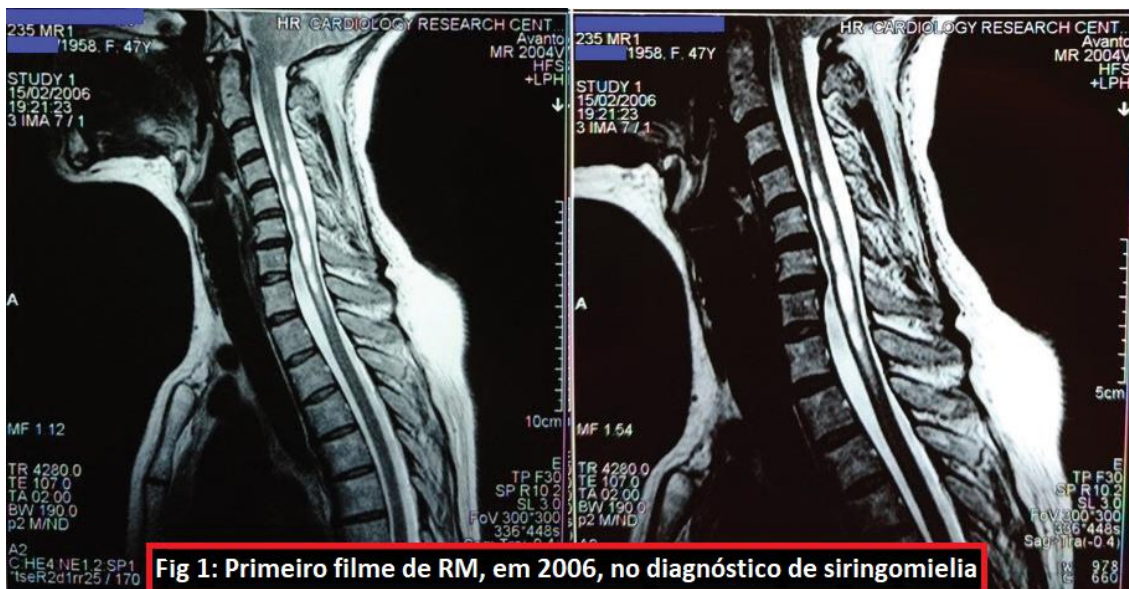


Figura 1: Primeiro filme de RM, em 2006, no diagnóstico de siringomielia.

RM: cérebro e artérias intracranianas, em 15 de março de 2006

As estruturas da linha média não estão deslocadas. O tamanho dos ventrículos está normal. Há uma leve assimetria dos ventrículos laterais (esquerdo > direito). Não há lesões focais no cérebro. Os espaços subaracnóides não estão alargados. O tamanho da hipófise está normal. As amígdalas cerebelares estendem-se 5mm abaixo da Linha Chamberlain. Os seios paranasais estão cheios de ar. A angiografia por RM das artérias intracranianas não mostrou nenhuma evidência de oclusão ou aneurisma de malformações arteriovenosas.

Não há lesões focais na matéria cerebral. Uma repetição da RM em julho de 2008 mostrou progressão da doença.

RM: cérebro e coluna cervical em 22 de julho de 2008

A RM do cérebro mostrou uma única e pequena (até 3mm) lesão hiperintensa na substância branca do lobo frontal esquerdo, próximo ao corno anterior do ventrículo lateral. Uma segunda lesão pequena no limite entre o córtex e a substância branca no hemisfério cerebelar esquerdo. Nenhuma outra lesão ocupando espaço ou locais de

sinal patológico de RM são identificados. Há alargamento dos espaços perivasculares de Virchow-Robin. As estruturas da linha média não estão deslocadas. Os ventrículos estão em posição, formato e tamanho normais. Os ventrículos laterais são assimétricos (esquerdo > direito). As cisternas basais estão normais. O espaço subaracnóideo externo está desigual em largura ao longo da superfície convexa do hemisfério cerebral; está levemente dilatado nas áreas frontal-parietal e normal nas demais áreas. Há ectopia das amígdalas cerebelares, não mais que 6mm para as partes posteriores do forame magno. Os seios paranasais estão cheios de ar.

A angiografia por RM dos vasos cerebrais não mostrou nenhuma tortuosidade, deformidade ou dilatação patológica das artérias, e a luz dos vasos está homogênea.

Malformação Arnold-Chiari tipo I

Sinais de encefalopatia vascular

A RM da coluna cervical mostrou que o cisto siringomiélico encontrado nas investigações anteriores está, agora, estendendo-se do nível de C3 para a parte superior do corpo vertebral de T3. A forma e estrutura do cisto (constituído de diversos cistos confluentes com septos) são as mesmas da investigação

anterior, em 5 de dezembro de 2006. O diâmetro máximo é de até 7mm a nível da vértebra C7. O contorno do cisto na margem com a parte normal da medula espinhal é “afiado” – uma variante de uma cavidade com baixa pressão. O hemangioma na parte posterior da vértebra C7 tem o mesmo tamanho e formato. Sinais de osteocondrose a nível das vértebras C4-C7 com alterações patológicas máximas (hernia de disco posterior) a nível das vértebras C6-C7. SM a nível das vértebras C3-T3. Osteocondrose da coluna cervical. Hemangioma na vértebra C7.

Diagnóstico diferencial

A SM pode ser confundida com desordens neuropáticas, como a neuropatia diabética e outras desordens neurológicas mais comuns, como a síndrome de Guillain-Barré, esclerose lateral amiotrófica e a esclerose múltipla.¹¹ O diagnóstico foi confirmado com uma RM do cérebro e da medula espinhal.

Consulta homeopática

A paciente buscou uma consulta homeopática em 24 de junho de 2012. Seus sintomas neurológicos tinham se intensificado para a lista mencionada anteriormente. Ela também tinha sintomas de menopausa e dermatite. As prescrições homeopáticas consideram a totalidade dos sintomas e não apenas aqueles relativos à SM. Isso se estende para o sofrimento mental e emocional do paciente. Um histórico detalhado revelou que ela vivenciou repetidos eventos causando sofrimento no passado. Ela experimentava um enorme medo de que algo ruim aconteceria com sua família e que eles morreriam. Temia telefonemas, antecipando notícias ruins. Tinha episódios repentinos de medo, pensando que perdeu alguma coisa, como as chaves do carro. Conferia repetidas vezes se tinha fechado as portas e as torneiras.

Esse tipo específico de ansiedade e perda de memória, juntamente com o histórico de

sofrimento com os problemas físicos no sistema nervoso, indicavam o remédio homeopático *Causticum hahnemanni* (Figura 2).¹²

Prescrição

Causticum 30CH, dose única.

A lógica por detrás da prescrição de *Causticum* é que a patologia principal em um paciente necessitando de *Causticum* é um sofrimento prolongado que rebaixa o sistema imunológico. Um paciente em tais condições exhibe esquecimento e nervosismo. *Causticum* também tem esse sintoma de extrema intolerância à injustiça, por ser empático. Além disso, as rachaduras na pele e o frio nas mãos são parte de sua experimentação. O sintoma de urina involuntária ao tossir é uma marca registrada da monografia de *Causticum*.

Acompanhamento

Após o remédio, a dor na mão da paciente, com a sensação de formigamento e queimação, aumentou por um tempo (a chamada “agravação terapêutica” na homeopatia); porém, as mãos ficaram mais quentes e, às vezes, sentia calor nas mãos. As ondas de calor aumentaram por um tempo. Seu nível de energia melhorou. O humor dela melhorou e a ansiedade diminuiu.

O caso teve um acompanhamento longo, de até oito anos, com constantes altos e baixos. Ela recebeu *Causticum* em diferentes potências, de tempos em tempos, sempre que os sintomas pioravam, com bons efeitos na maioria das vezes. Ela também recebeu *Causticum* para episódios agudos, como a neuralgia do trigêmeo.

Outros poucos remédios foram dados quando ela apresentou doenças inflamatórias agudas, como resfriado comum, otite média aguda, infecção respiratória e intestinal.

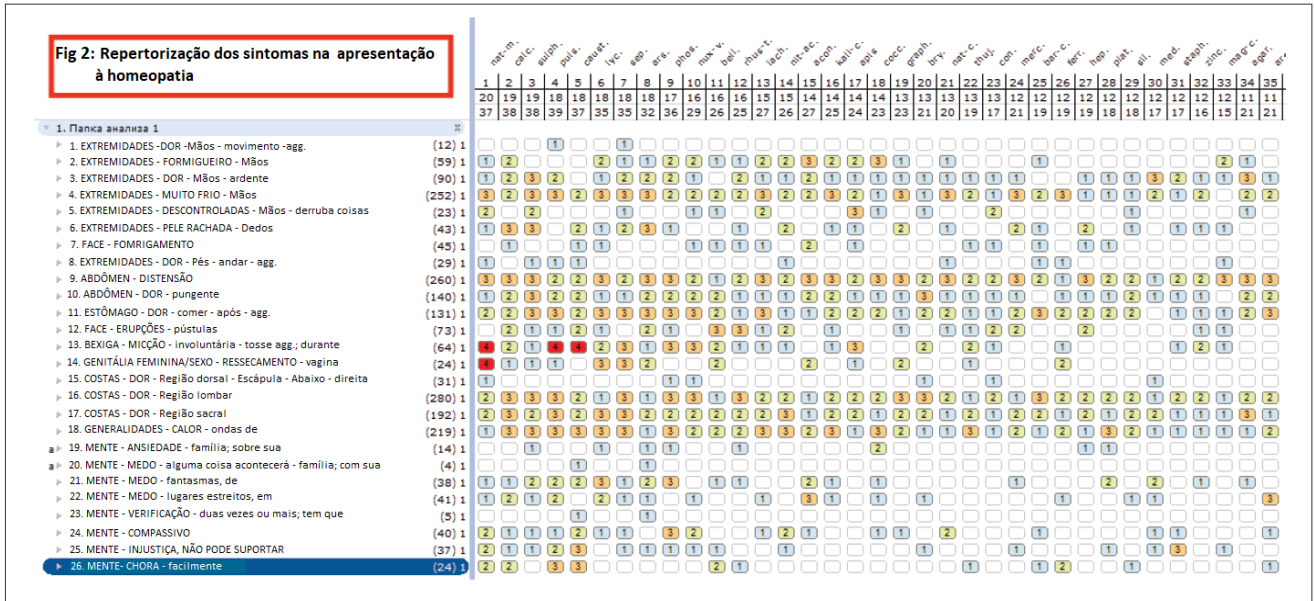


Figura 2: Repertorização dos sintomas na apresentação à homeopatia.

Ela recebeu Mercurius solubilis, Arsenicum album, Graphites, Eupatorium perfoliatum, e Gelsimium sempervirens para esses acometimentos. A otite não respondeu à Graphites e ela fez uso de antibiótico auricular em gotas e esteroides. Teve múltiplos traumas e fraturas durante esses oito anos, apesar de não haver déficit evidente em seu equilíbrio, e tomou Rhus toxicodendron, Ruta graveolens e Arnica montana, como requerido. Também recebeu medicamentos anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) para os traumas. Houve uma dor severa na região sacral, que se estendia para o quadril, coxas e joelhos. Então, foi dado meloxicam (AINE) e injeções de vitaminas B1, B6 e B12. Esses tratamentos, intercalados com as principais queixas, aliviaram os episódios incidentais. Contudo, o esteio do tratamento foi Causticum, e ele quase sempre aliviava os sintomas centrais. Isso é típico em um caso crônico em tratamento com homeopatia clássica, em que pode surgir a necessidade de diferentes remédios durante os agudos, mas eles podem precisar repetir o mesmo remédio para a condição crônica, após esses episódios, para que o caso prossiga na direção certa. As recaídas foram cada vez mais suaves, com o passar dos anos, até que melhoraram

significativamente no último acompanhamento, em 8 outubro de 2020. O relatório do paciente no último acompanhamento está detalhado mais adiante.

Ela parou de derrubar as coisas e a dor nas mãos diminuiu. Tinha mais liberdade para trabalhar. O formigamento, a queimação e o frio nas mãos sumiram, e as rachaduras profundas nos dedos desapareceram. A acne estava menos severa. A ansiedade em relação à família estava menos intensa. Ela não conferia as coisas com tanta frequência. A parestesia nas panturrilhas, que ela tinha desde maio de 2019, diminuiu por vários dias após o último remédio, mas teve recidiva após uma semana. O ressecamento nos olhos, que aparecia ocasionalmente, desde março de 2014, persistia. As ondas de calor continuavam. O sono continuava ruim, acordando três a quatro vezes durante a noite, mas adormecia com mais facilidade.

Suas doenças inflamatórias agudas, com o passar dos anos, tornaram-se mais leves do que eram antes de começar com a homeopatia.

Quando solicitada a repetir a RM do cérebro para análise final, a paciente se recusou, pois era fortemente afetada pelo procedimento e, em suas próprias palavras “estou saudável, jovem e linda, e nunca mais terei que fazer uma ressonância magnética outra vez.”

As mudanças na RM estão apresentadas na Figura 3 e na tabela 1. Notavelmente, a cavidade da siringe aumentou de tamanho, de 2006 para 2008; regrediu progressivamente após o início do tratamento homeopático, com obliteração completa da cavidade na última RM de março de 2020.

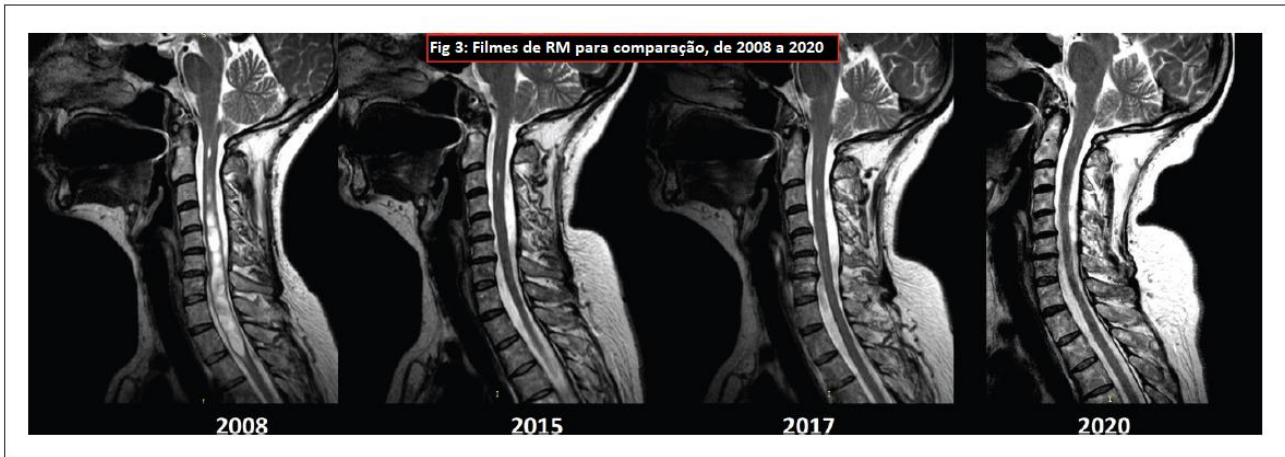


Figura 3: Filmes de RM para comparação, de 2008 a 2020.

Tabela 1. Mudanças na RM, de 2008 a 2020.

Data	RM do cérebro	RM da coluna vertebral
23 de abril de 2015	Pequenas áreas isoladas de sinal RM hiperintenso, localizadas nas partes subcorticais da substância branca, em áreas frontoparietais e paraventriculares, em ambos os lados. O diâmetro máximo da lesão é de 2,7mm. Na área subcortical do hemisfério cerebral direito contra os espaços perivasculares dilatados, há diversos agrupamentos de cistos de diferente calibre, com conteúdo homogêneo, de até 4mm de tamanho. Não há alterações perifocais ao redor dessas lesões, e elas não	Melhora notável em comparação à análise em 22 de julho de 2008 – ausência de cistos de siringomielia . Há uma dilatação local do canal central a nível das vértebras C2 e C3 (de até 1,6mm em dimensão anteroposterior, 6,7mm e 14mm de comprimento, respectivamente). A altura do corpo vertebral está normal. O sinal RM da estrutura está alterado por causa das mudanças degenerativo-distróficas com osteófitos marginais posteriores. Presença de sinal de RM hipertenso na parte posterior da

<p>exercem um efeito em massa nas estruturas cerebrais adjacentes. Não há alterações isquêmicas recentes nas imagens ponderadas por difusão.</p> <p>Os ventrículos laterais são assimétricos; o ventrículo lateral esquerdo está levemente mais alargado.</p> <p>O espaço subaracnóideo externo, ao longo dos hemisférios cerebrais, está levemente dilatado nas áreas frontal-parietal, e normal nas demais áreas.</p> <p>Há ectopia das amígdalas cerebelares para as áreas posteriores do forame magno, não mais que 5 mm.</p> <p>O septo nasal está desviado.</p> <p>Há um aumento moderado no número de lesões comparado à análise em 22 de julho de 2008.</p> <p>Conclusão: Imagem de RM da malformação Arnold-Chiari tipo I. Sinais de encefalopatia vascular.</p>	<p>vértebra C7 – um hemangioma de mesmo tamanho e formato. Há lesões com os mesmos sinais característicos no corpo da vértebra C6 (5x3mm de tamanho) e no corpo da vértebra C4 (9x5mm de tamanho).</p> <p>O sinal de RM de todos os discos está reduzido em imagens ponderadas-T2.</p> <p>Há diminuição da altura dos discos a nível das vértebras C4-C7.</p> <p>Estreitamento do recesso lateral direito, com compressão da raiz, devido à protusão do disco, de até 3mm, e um osteófito marginal posterior a nível das vértebras C6-C7.</p> <p>Endurecimento do ligamentum flavum a nível de C6-C7.</p> <p>Desvio escoliótico do eixo longitudinal, a lordose cervical está endireitada.</p> <p>A curva cifótica torácica está aumentada.</p> <p>Leve deformidade em forma de cunha da vértebra T7.</p> <p>O sinal da RM da estrutura está alterado devido à desidratação.</p> <p>Conclusão: Perturbação da estática da coluna cervical e torácica. Osteocondrose e espondilose da coluna com as maiores alterações a nível do segmento vertebral C6–C7 (com protrusão do disco paramediano direito e compressão radicular).</p>
---	--

Data	RM do cérebro	RM da coluna vertebral
31 de outubro de 2017	<p>A quantidade e tamanho das lesões na substância branca subcortical e periventricular das áreas frontal-parietal estão os mesmos da análise de 23 de abril de 2015.</p> <p>Permanece um alargamento dos espaços perivasculares de Virchow-Robin, com visualização de uma dilatação cística de até 4mm do lado direito.</p> <p>Os ventrículos laterais continuam assimétricos, o esquerdo levemente mais largo.</p> <p>Espaço subaracnóideo externo ao longo da superfície convexa dos hemisférios cerebrais está desigual em largura – levemente dilatado nas áreas frontal-parietal e normal nas demais áreas. Ectopia das amígdalas cerebelares para a parte posterior do forame magno, não mais de 5mm, como antes.</p> <p>Conclusão: Imagem de RM da malformação Arnold-Chiari tipo 1. Sinais de microangiopatia sem alterações negativas comparado à análise em 23 de abril de 2015.</p>	<p>Dilatação persistente do canal central a nível das vértebras C2 e C3. O comprimento da parte dilatada é o mesmo a nível da vértebra C2 (6,7mm) e menor a nível da vértebra C3, em 6,2mm (comparado aos 14mm da análise anterior).</p> <p>O hemangioma na parte direita da vértebra C4 está com 8x5mm de tamanho, e o hemangioma na parte posterior direita de C7 está com 10x7 de tamanho - não está maior comparado à análise anterior - e há uma pequena lesão na vértebra C6.</p> <p>Sinais de osteocondrose a nível das vértebras C4-C7, com as maiores alterações a nível de C6-C7.</p> <p>Abaulamento irregular do disco no semicírculo posterior com abaulamento paramediano direito máximo de até 3 mm e estreitamento do forame intervertebral direito.</p> <p>Curva cifótica torácica pronunciada. Há um leve desvio escoliótico no eixo longitudinal. A altura do corpo vertebral está normal. O sinal RM dos corpos vertebrais está alterado devido a mudanças degenerativas. Sinal RM dos discos diminuído por causa da desidratação. Não há protusões do disco dorsal.</p> <p>A análise em modo de mielografia mostrou uma dilatação das bolsas radiculares a nível das vértebras T6-T12.</p>

Data	RM do cérebro	RM da coluna vertebral
		<p>Conclusão: Osteocondrose da coluna cervical e torácica, com maiores alterações a nível do segmento das vértebras C6-C7 (protusão do disco paramediano posterior direito). Hidromielia a nível das vértebras C2 e C3. Hemangiomas nos corpos vertebrais de C4, C6 e C7. Perturbação da estática da coluna vertebral. Não há alterações negativas em relação à investigação de 23 de abril de 2015.</p>
25 de março de 2020	Não realizado	<p>A nível da vértebra C2, o canal central da medula espinhal é visualizado até 1mm de largura no comprimento de 6mm. O canal central em todas as outras partes da região cervical e torácica não está dilatado. Não há cistos na medula espinhal. A altura do corpo vertebral está normal. Os contornos do corpo vertebral estão deformados por causa dos osteófitos (os osteófitos marginais anteriores na coluna torácica média são mais proeminentes). A intensidade do sinal dos corpos vertebrais é heterogênea devido às alterações degenerativas na medula. Existem áreas de acúmulo de tecido adiposo (hipointenso no modo STIR) nos corpos vertebrais C4, C7 e T6. Há uma diminuição da intensidade do sinal dos discos intervertebrais da coluna cervical e torácica devido à desidratação.</p>

Data	RM do cérebro	RM da coluna vertebral
		<p>Existem saliências discais dorsais em uma base larga nos níveis de C6–C7 (3,5 mm), C4–C5, C5–C6 (até 3 mm), causando estreitamento foraminal intervertebral moderado. Há uma hipertrofia moderada do ligamento amarelo ao nível de C6-C7, levando à deformidade do saco dural na parte dorsal.</p> <p>Conclusão: Não há lesões focais, cistos ou qualquer alargamento significativo do canal central da medula espinhal. Osteocondrose ou espondiloartrose da coluna cervical e torácica.</p>

Discussão

Neste caso de SM com MC tipo I, a homeopatia clássica individualizada foi favorável – como percebido na RM – e a resolução completa da siringe foi evidente. Os sinais e sintomas clínicos da SM melhoraram juntamente à ansiedade paralisante que ela sofria. Houve, também, notável melhora a memória, na dermatite e na acne. As infecções frequentes com febre alta também se tornaram mais brandas após o tratamento. O score de causalidade no critério Naranjo modificado para avaliação da atribuição causal do resultado clínico à intervenção homeopática foi de 12 (Tabela 2).

A teoria dos níveis de saúde¹³ explica que um paciente nascido com um “nível de saúde” elevado geralmente tem um bom prognóstico, apesar dos diagnósticos graves. Essa teoria fornece métodos tangíveis para categorizar o nível de saúde de um paciente. Apesar de ter uma condição neurológica crônica, nossa paciente produziu febres altas

durante os episódios agudos, um indicativo de que ela possui um nível de saúde mais alto e de bom prognóstico. Em conformidade, mudanças positivas profundas foram percebidas nos acompanhamentos, e ela prosseguiu na direção certa, segundo as leis homeopáticas (Figura 4). A paciente prosseguiu de uma patologia mais profunda, envolvido a medula espinhal (sistema nervoso), para uma patologia predominantemente vertebral (sistema musculoesquelético), ou seja, da SM para a espondiloartrose. Embora isso possa continuar perturbando a paciente e requeira tratamento, a limitação é muito mais superficial. Este efeito foi demonstrado em outros casos de patologias graves, com habilidade concomitante de induzir febre alta durante infecções agudas.¹⁴ No entanto, não se deve esperar tal resposta em todos os casos.

O remédio homeopático *Causticum hahnemanni* é indicado em patologias neurológicas profundas, ansiedade, depressão e problemas de memória.¹² A homeopatia

clássica exibia, anteriormente, efeitos clínicos em patologias profundas,¹⁴ mas os efeitos de Causticum são limitados na literatura publicada.

A limitação aqui foi a inabilidade de demonstrar qualquer efeito farmacológico do remédio, pois a homeopatia não age na matéria, mas nos campos de energia do

organismo,¹⁵ uma perspectiva ainda não demonstrada experimentalmente. Há também uma possibilidade remota de auto resolução, como visto em casos raros de SM com MC,⁹ o que era improvável, pois nosso caso estava em um curso patológico progressivo no momento da consulta homeopática.

Tabela 2: Critério Naranjo Modificado para avaliação de atribuição causal do resultado clínico à intervenção homeopática.

Critério	Sim	Não	Não soube/NA	Caso
1. Houve melhora nos sintomas ou na condição principal para a qual o remédio homeopático foi prescrito?	2	-1	0	2
2. A melhora clínica ocorreu dentro de um período de tempo plausível relativamente à ingestão do medicamento?	1	-2	0	1
3. Houve uma agravação inicial dos sintomas?	1	0	0	1
4. O efeito abrangeu mais que os sintomas ou a condição principal, isto é, outros sintomas foram, por fim, melhorados ou modificados?	1	0	0	1
5. O bem-estar geral aumentou?	1	0	0	1
6. (A) Direção da cura: alguns sintomas melhoraram na ordem oposta ao desenvolvimento dos sintomas da doença?	1	0	0	0
6. (B) Direção da cura: pelo menos dois dos seguintes aspectos se aplica à ordem de melhora dos sintomas: de órgãos mais importantes para aqueles de menor importância, de aspectos mais profundos para outros mais superficiais, e de cima para baixo?	1	0	0	1
7. "Sintomas antigos" (definidos como não sazonais e não cíclicos, que pensava-se estarem resolvidos) reapareceram temporariamente no decurso da melhora?	1	0	0	1
8. Há causas alternativas (que não o remédio) que com grande probabilidade possa ter ocasionado a melhora? (considere o curso conhecido da doença, outras formas de tratamento e outras intervenções clínicas importantes).	-3	1	0	1

9. A melhora da saúde foi comprovada por alguma evidência objetiva? (Neste caso a RM)	2	0	0	2
10. A repetição de doses, se ocorreu, gerou melhora clínica semelhante?	1	0	0	1
Total				12

Nota: O score de causalidade é alto para o tratamento neste caso, indicando que os efeitos foram, de fato, atribuídos ao tratamento homeopático.

Conclusão

Este caso de SM com malformação de Arnol-Chiari tipo I foi beneficiado pela homeopatia clássica individualizada, como visto nos relatórios das ressonâncias magnéticas, e percebido nos sinais e sintomas clínicos. Há necessidade de se investigar cientificamente a abordagem individualizada para casos de siringomielia.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Aishwarya Madhusudhan pelo apoio técnico.

Contribuição dos autores

ER foi a primeira médica a tratar a paciente, e foi quem obteve e analisou os dados para o estudo. SM analisou os dados, escreveu o artigo, e conseguiu as referências. GV foi o guia, o aprovador final e garantidor do trabalho. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do artigo.

Declaração de Ética

Consentimento esclarecido, por escrito, foi obtido da paciente para a publicação deste relato de caso e de quaisquer imagens que o acompanham.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declararam não haver potenciais conflitos de interesse com relação à pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo.

Financiamento

Os autores não receberam apoio financeiro para a pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo.

2006: Achado inicial
Siringomielia: Hidromielia a nível de C3-T1.
Diâmetro da cavidade: 5mm
Espondiloartrose/osteocondrose da coluna cervical e torácica superior.
Hérnia de disco em C6-C7

2008: Progressão da doença
Siringomielia: Malformação de Arnold-Chiari tipo I. Diâmetro máximo de até 7mm a nível da vértebra C7; siringomielia a nível das vértebras C3-T3.
Encefalopatia vascular: Única, pequena (até 3mm) Lesão hiperintensa na substância branca no lobo frontal esquerdo, próximo ao corno anterior do ventrículo lateral. A segunda pequena lesão está na margem entre o córtex e a substância branca no hemisfério cerebelar esquerdo.
Espondiloartrose/osteoartrose da coluna cervical.
Hemangioma na vértebra C7.

Vemos que há uma mudança estável de uma patologia predominantemente neurológica para uma musculoesquelética, na RM da paciente. Isto está em conformidade com a direção da cura, como se faz necessário segundo os princípios homeopáticos.

Tratamento homeopático iniciado em 2012

Intensificação da consciência neurológica

2015: Melhora da condição neurológica, mas persistência dos problemas musculoesqueléticos.
Siringomielia: Melhora notável comparado à análise em 22 de julho de 2008 – ausência de cistos siringomiélicos. Dilatação local do canal central à nível de C2 e C3 (até 1,6mm em dimensão anteroposterior, 6,7mm e 14mm de comprimento, respectivamente).
Espondiloartrose/osteoartrose da coluna, com maiores alterações a nível do segmento vertebral C6-C7 (com protusão de disco paramediano direito e compressão radial).
Hemangioma de C7 persiste.

2020: Resolução da doença neurológica com aumento dos problemas musculoesqueléticos
Siringomielia: A nível de C2, o canal central da medula espinhal é visualizado até 1mm de largura, no comprimento de 6mm. Não há cistos na medula espinhal.

Espondiloartrose/osteoartrose: protusão de disco dorsal em uma base larga nos níveis de C6-7 (3,5 mm), C4-5, C5-6 (até 3 mm), causando estreitamento foraminal intervertebral moderado.

Hemangioma: Não mencionado.

2017: Mais melhora nas queixas neurológicas, com leve piora das questões musculoesqueléticas
Siringomielia: Dilatação do canal central a nível das vértebras C2 e C3. O comprimento da parte dilatada é o mesmo a nível da vértebra C2 (6,7mm) e menor a nível de C3 – 6,2mm (comparado aos 14mm na análise anterior)
Espondiloartrose/osteoartrose da coluna cervical e torácica, com maiores alterações a nível do seguimento vertebral C6-C7 (protusão do disco paramediano posterior direito).
Hemangioma nos corpos vertebrais C4, C6 e C7.

Figura 4: Direção da cura como visto nos relatórios de RM.

Referências

1. Klimov VS, Gulay YS, Evsyukov AV, et al. Syringosubarachnoid shunting in treatment of syringomyelia: A literature review and a clinical case report. *Zh Vopr Neurokhir Im N N Burdenko* 2017; 81(3): 58–65.
2. Zuev AA, Pedyash NV, Epifanov DS, et al. Results of surgical treatment of syringomyelia associated with Chiari 1 malformation. An analysis of 125 cases. *Zh Vopr Neurokhir Im N N Burdenko* 2016; 80(1): 27–34.
3. Borisova N, Valikova I, and Kutchaeva G. Syringomyelia. Moscow: Meditsina 1989: 5–150.
4. Bogdanov E and Mendelevich E. Syrinx size and duration of symptoms predict the pace of progressive myelopathy: Retrospective analysis of 103 unoperated cases with craniocervical junction malformations and syringomyelia. *Clin Neurol Neurosurg* 2002; 104(2): 90–97.
5. Ślusarz K, Wierzbicki K, and Adamczyk-Sowa M. Shoulder pain as one of the symptoms of syringomyelia. *J. Educ. Health* 2019; 9(9) 748–761.
6. Milhorat TH. Classification of syringomyelia. *Neurosurg Focus* 2000 March; 8(3): 1.
7. Klekamp J. How should syringomyelia be defined and diagnosed? *World Neurosurg* 2018 March; 111: e729–e45.
8. Mueller DM and Oro' JJ. Prospective analysis of presenting symptoms among 265 patients with radiographic evidence of chiari malformation type I with or without syringomyelia. *J Am Acad Nurse Pract* 2004; 16(3): 134–138.
9. Yuan C, Yao Q, Zhang C, et al. Spontaneous resolution of syringomyelia with a 16-year serial magnetic resonance imaging follow- Up: A case report and literature review. *World Neurosurg* 2019 October; 130: 432–438.
10. World Health Organization. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision, 2nd ed. Geneva. World Health Organization, 2004.
11. Al-Shatoury HAH, Galhom AA, and Luzzio C. Syringomyelia differential diagnoses. In: Selim R. Benbadis and Francisco Talavera (eds.), Syringomyelia. NewYork: WebMD LLC, 2017.
12. Vithoukias G. *Materia medica viva*. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2001.
13. Vithoukias G. *Levels of health* (3rd revised edition). Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2019.
14. Mahesh S, Mallappa M, and Vithoukias G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res* 2018; 25(2): 117–121.
15. Vithoukias G and Berghian-Grosan C. The spin of electrons and the proof for the action of homeopathic remedies. *J Med Life* 2020 July–September; 13(3): 278–282.