

Manejo de la estenosis subglótica postintubación con terapia homeopática individualizada: reporte de caso

Shelly Satish Sharma¹, Seema Mahesh^{2*}, George Vithoulkas³

¹Department of Homeopathy, Janardan Rai Nagar, Rajasthan Vidyapeeth, Udaipur, Rajasthan, India,

²School of Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, Taylor's University, Subang Jaya, Malaysia,

³Postgraduate Doctors Training Institute, Health Care Ministry of the Chuvash Republic, Cheboksary, Russian Federation

Abstract

Introducción: La estenosis subglótica es un estrechamiento de la vía aérea justo por debajo de las cuerdas vocales. Este estrechamiento puede provocar dificultades respiratorias graves. La estenosis subglótica puede ser congénita o adquirida. La intubación frecuente o prolongada es la causa más común de estenosis subglótica adquirida.

Resumen del caso: En este reporte de caso, el tratamiento homeopático complementario ayudó a evitar la implantación quirúrgica de un stent traqueal, que de otro modo se consideraba necesaria en este estado, y mejoró el estado general del paciente. Este caso sienta las bases para investigar en mayor profundidad el alcance del uso de la homeopatía individualizada en la estenosis subglótica postintubación.

Palabras clave: Antimonium tartaricum, injerto de derivación de arteria coronaria, homeopatía, íleo paralítico, estenosis postintubación, disfunción pulmonar postoperatoria, stent traqueal

INTRODUCCIÓN

La disfunción pulmonar postoperatoria (DPP) es una complicación frecuente y significativa después de una cirugía de derivación de arteria coronaria (CABG, por sus siglas en inglés), con más del 40% de los pacientes reingresados a unidades de cuidados intensivos (UCI) en este estado, presentando insuficiencia respiratoria. El tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda con frecuencia requiere intubación traqueal mediante un tubo endotraqueal o una traqueostomía. Dado que el espacio subglótico es la parte más estrecha de la vía aérea a nivel del cricoides, la intubación translaringea puede provocar lesiones que afecten tanto a la glotis como al subglotis.

La estenosis subglótica se clasifica según el sistema de Cotton–Myer, que contempla cuatro grados basados en la severidad de la obstrucción: Grado I hasta un 50% de obstrucción, Grado II entre un 51% y 70%, Grado III entre un 71% y 99%, y Grado IV sin lumen detectable.

La estenosis subglótica es una complicación común en estos casos, debido a la lesión causada durante la intubación traqueal, lo cual suele ocurrir tras periodos

prolongados de intubación en UCI por necesidad de soporte ventilatorio mecánico. El síntoma más común es una disnea progresiva, que en casos graves puede manifestarse como estridor.

La estabilización de la vía aérea del paciente, la evaluación mediante broncoscopia y el uso de un dispositivo aéreo temporal son componentes clave en el manejo de las complicaciones de la vía aérea. La estenosis subglótica es una condición potencialmente mortal y, si no se corrige a tiempo, puede conllevar una esperanza de vida limitada y causar un sufrimiento considerable debido a complicaciones debilitantes.

La línea de tratamiento general, según el diagnóstico, incluye dilatación traqueal con broncoscopio rígido, cirugía láser, colocación de stents endoluminales, resección traqueal y reconstrucción laringotraqueal. El stent traqueal es una modalidad terapéutica común, aunque puede acarrear complicaciones como formación de tejido de granulación (27%), reestenosis (19%), migración (10%), fractura (8%), erosión (4%) y sangrado (1%). La formación de tejido de granulación puede ser leve y asintomática, moderada con producción de estridor o grave.

Se han reportado casos sobre el uso de la homeopatía clásica en el tratamiento de enfermedades críticas hospitalarias, como coma postoperatorio, sepsis grave y otras situaciones que típicamente requieren intervención quirúrgica, mostrando efectos notables. Sin embargo, hasta donde los autores tienen conocimiento, no se han reportado otros casos de DPP o estenosis subglótica tratados con homeopatía.

REPORTE DE CASO

El 20 de noviembre de 2014, un familiar de un paciente masculino indio de 47 años presentó el informe médico en la Clínica Homeopática Cura, en Vasai, Maharashtra. El paciente estaba hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por disnea severa, taquipnea, taquicardia y estridor intenso, acompañado de un colapso pulmonar súbito.

Antes de iniciar el tratamiento homeopático, el neumonólogo que evaluó al paciente identificó una estenosis subglótica con un estrechamiento del 50% de la luz traqueal. Se le indicó la necesidad de implantar un stent traqueal. Sin embargo, debido al colapso pulmonar —como consta en el informe del servicio de hospitalización— el paciente no se encontraba en condiciones para someterse al procedimiento. Además, había desarrollado íleo paralítico y resistencia a múltiples antibióticos. Se reportó resistencia a penicilinas, inhibidores de beta-lactamasas, cefalosporinas, aminoglucósidos, fluoroquinolonas, carbapenémicos y cotrimoxazol. El paciente era sensible a colistina e intermedio a tigeciclina. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo era del 25%.

Antecedentes clínicos

El paciente se había sometido a una cirugía de revascularización coronaria (CABG) dos meses antes. Durante ese período, presentó disnea con tos recurrente y requirió dos intubaciones para soporte ventilatorio.

En el estado actual, el paciente no se encontraba en condiciones de brindar información sobre sus síntomas debido al colapso, por lo que, durante la primera consulta, la totalidad sintomática para la prescripción homeopática se construyó a partir de la información proporcionada por sus familiares, observaciones a pie

de cama del médico prescriptor y el diagnóstico clínico. El 20 de noviembre de 2014, se prescribió una dosis única de Antimonium tartaricum 200C.

Observaciones a pie de cama

- El paciente no lograba expectorar, pero experimentaba alivio cuando lo conseguía.
- La tos lo obligaba a sentarse erguido.
- Expresión de angustia.
- Delirios nocturnos con fantasmas.
- Deseo de sostener la mano del acompañante durante la noche.
- Miedo a estar solo.
- Irritabilidad ante la contradicción.
- Apariencia hundida del rostro y los ojos.
- Olor corporal fuerte y ofensivo.
- Aleteo nasal.
- Aparente dolor intenso.
- Sensación de frío al exhalar.
- Se enojaba si su esposa le hablaba.

Signos generales físicos

- Temperatura: 99.6 °F
- Presión arterial: 160/94 mm Hg
- Frecuencia cardíaca: 82 latidos por minuto
- Saturación de oxígeno (SpO₂) con oxigenoterapia: 88%.

Se seleccionaron los síntomas agudos disposicionales y característicos del paciente para construir la totalidad sintomática y realizar la repertorización.

Los detalles de la prescripción y los seguimientos clínicos se presentan en la Tabla 1 (no incluida aquí).

El seguimiento se extendió por más de 18 meses, durante los cuales el paciente mostró una mejoría notable en las afecciones respiratorias sin recaídas graves. Su calidad de vida mejoró significativamente.

Para evaluar el pronóstico del paciente en cada control, se utilizó la escala de disnea del Consejo de Investigación Médica Modificado (mMRC, por sus siglas en inglés), cuyo resultado se representa gráficamente en la Figura 1 (eje X: controles; eje Y: puntuación). La puntuación fue realizada por un médico homeópata.

Tabla 1: Seguimiento

Fecha	Síntomas/observaciones detalladas	Prescripción homeopática	Tratamiento alopático
20 noviembre 2014	Dificultad respiratoria, saturación capilar periférica (SpO ₂) con O ₂ insuflado: 88%. Necesidad de succión cada 1-2 horas. Disminución de la capacidad de expulsión pulmonar. Íleo paralítico. Hinchazón de extremidades inferiores. Se recomendó colocación de stent traqueal. Totalidad homeopática del caso: Expectoración tras mejoría. Frialdad del aliento. Expresión facial de sufrimiento, hipocrática, ansiosa y hundida. Ruidos respiratorios. Movimiento en aleteo de las alas de la nariz. Delirio de ver espectros, fantasmas o espíritus. Aferramiento al acompañante. Ira ante la contradicción. Signos vitales: Temperatura: 99.6°F. Presión arterial: 160 sistólica y 94 diastólica. Frecuencia cardíaca: 82 lpm.	<i>Antimonium tartaricum</i> 200C, dosis única	Medicamentos alopáticos según prescripción
22 noviembre 2014	Tras la primera dosis de <i>Antimonium tartaricum</i> 200C (20 nov), el paciente presentó tos y expectoración abundantes. Inquietud nocturna. El 21 nov, evacuó sin enema. No se realizó stent traqueal por mejoría. SpO ₂ : 95% con O ₂ insuflado. Succión cada 3-4 horas.	Ninguna	Medicamentos alopáticos según prescripción
3 diciembre 2014	Alta hospitalaria. SpO ₂ : 91%-96% sin O ₂ insuflado. Evacuaciones sin enema.	Ninguna	Medicamentos alopáticos según prescripción
7 diciembre 2014	Tos con leve expectoración. La tos desencadenaba dificultad respiratoria, mejoraba con expectoración. Disposición irritable. Evacuaciones sin enema. SpO ₂ : 88%-92% sin O ₂ insuflado. Suspensión de: montelukast, ciprofloxacino 500 mg, acetilcisteína 600 mg, lactobacilos, multivitámicos y proteína de suero. Se recomendó suspender alprazolam 0.5 mg.	<i>Antimonium tartaricum</i> 200, dosis única	Medicamentos alopáticos según prescripción
21 diciembre 2014	Mejoría de la dificultad respiratoria. Apetito recuperado. Evacuaciones sin enema. SpO ₂ : 91%-98% sin O ₂ insuflado. Se recomendó reducir dosis de teofilina 150 mg (usar solo en caso de sibilancias o disnea). Inhalador de formoterol 200 mg, 1 vez al día.	Ninguna	Medicamentos alopáticos según prescripción
6 enero 2015	Mejoría de la dificultad respiratoria. SpO ₂ : 91%-98% sin O ₂ insuflado. No requirió teofilina 150 mg (usar solo si hay disnea). Suspensión de inhalador de tiotropio.	Ninguna	Medicamentos alopáticos según prescripción
9 marzo 2015	Mejoría de la dificultad respiratoria. Evacuaciones sin enema. SpO ₂ : 90%-95% sin O ₂ insuflado. No requirió teofilina 150 mg (usar solo si hay disnea). Inhalador de formoterol 200 mg según necesidad.	Ninguna	Medicamentos alopáticos según prescripción
11 abril 2015	Mejoría de la dificultad respiratoria. Capacidad para realizar actividades personales y domésticas leves. SpO ₂ : 94%-97% sin O ₂ insuflado. No requirió teofilina 150 mg ni inhalador de formoterol.	Ninguna	Medicamentos alopáticos según prescripción

SpO₂: Saturación de oxígeno.

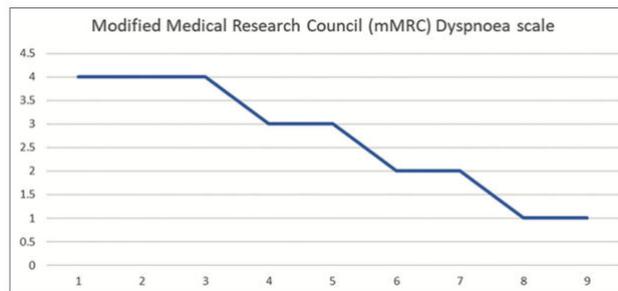


Figura 1. Escala de disnea modificada del consejo de investigación médica

DISCUSIÓN

Las lesiones traqueales, independientemente de su origen, pueden representar un riesgo vital. La reparación

quirúrgica se considera el tratamiento de elección, aunque no ha sido comparada con otros enfoques terapéuticos disponibles[14]. Existen reportes de casos bien documentados que demuestran la posibilidad de tratar patologías graves mediante homeopatía[15–18]. La prescripción homeopática se basa en los signos y síntomas del paciente, y no únicamente en el diagnóstico

o la patología[19]. De esta manera, se consideran todos los eventos inmunológicos y reacciones a lo largo de la vida del paciente para alcanzar una solución integradora[20,21].

Por este motivo, la homeopatía es capaz de abordar la naturaleza multifactorial de las enfermedades autoinmunes y otras condiciones que comprometen al organismo en su totalidad. En este caso en particular, se observó una respuesta inflamatoria sistémica antes del colapso pulmonar, la cual pudo haber sido el desencadenante de los eventos posteriores.

Pudimos observar que, en el segundo día tras la administración de Antimonium tartaricum, la frecuencia de las aspiraciones se redujo a 3–4 veces al día (anteriormente requeridas cada 1–2 horas), seguida de una mejoría en la disnea y una disminución de la expectoración. Además, el paciente logró evacuar en el segundo día, lo cual no había sido posible anteriormente debido al íleo paralítico. El medicamento Antimonium tartaricum 200C[22] no solo ayudó en la recuperación de la disfunción pulmonar posoperatoria, sino que también mejoró el estado general del paciente.

Aunque el pronóstico suele ser desfavorable en las complicaciones pulmonares posoperatorias[23], este paciente mostró mejoría bajo tratamiento homeopático, que fue administrado en conjunto con la medicación convencional para controlar la hipertensión, los niveles elevados de lípidos en sangre, así como anticoagulantes y fármacos antialérgicos.

Dentro de esta medicación convencional, los antialérgicos, broncodilatadores, esteroides y agentes mucolíticos pudieron ser reducidos progresivamente. Aunque puede resultar difícil lograr una respuesta satisfactoria en todos los casos con pronósticos tan reservados, este caso demuestra el potencial y el alcance de la homeopatía.

Cuando el paciente fue admitido en estado de distrés respiratorio agudo, fue evaluado por un neumólogo y se le indicó el implante de un stent traqueal. La fracción de eyección ventricular izquierda era del 25%. Los familiares no autorizaron el procedimiento de colocación del stent traqueal debido a las condiciones respiratoria, cardíaca y general del paciente, las cuales eran pobres y no respondían al tratamiento.

Posteriormente, se prescribió Antimonium tartaricum 200C como tratamiento homeopático. Se le indicó

realizar una broncoscopia y una tomografía computarizada. Sin embargo, como el paciente no se sometió a estos estudios, los investigadores no están en condiciones de describir el estado del tracto respiratorio posterior a la intervención homeopática. Este caso también puede presentar un sesgo de selección, ya que el paciente y sus familiares optaron voluntariamente por recibir tratamiento homeopático.

Los reportes de caso constituyen el primer nivel de evidencia científica y documentan observaciones clínicas individuales; por ello, deben ser claros respecto a la relevancia del fenómeno que se reporta. Si múltiples reportes de casos muestran hallazgos similares, el siguiente paso sería realizar estudios de casos y controles para determinar si existe una relación entre las variables implicadas. En consecuencia, la realización de estudios controlados podría contribuir a eliminar este sesgo.

CONCLUSIONES

Este caso de disfunción pulmonar posoperatoria (DPP) con estenosis subglótica posterior a una cirugía de revascularización coronaria (CABG) fue tratado mediante terapia homeopática individualizada, en combinación con medicina convencional, evitando la colocación de un stent traqueal, procedimiento que de otro modo habría sido considerado necesario. Además, el estado general del paciente y su calidad de vida mejoraron significativamente, como se evidenció durante un extenso seguimiento posterior a la crisis.

Aunque un solo reporte de caso no permite establecer conclusiones definitivas sobre el papel de la homeopatía en el tratamiento de lesiones traqueales, este caso evidencia el potencial y el alcance de la terapéutica homeopática, y plantea la posibilidad de estudiar otros casos similares que no respondan adecuadamente a la medicina convencional. Será necesario llevar a cabo práctica clínica sistemática y ensayos clínicos aleatorizados adicionales para llegar a una conclusión definitiva.

Declaración de consentimiento del paciente

Los autores certifican que han obtenido todos los formularios de consentimiento apropiados del paciente. El paciente entiende que su nombre e iniciales no serán

publicados y que se harán todos los esfuerzos posibles para proteger su identidad, aunque no se puede garantizar el anonimato.

Aprobación ética

No se obtuvo aprobación ética, ya que el paciente accedió voluntariamente al tratamiento homeopático.

Apoyo financiero y patrocinio

Ninguno.

Conflictos de interés

Ninguno declarado.

REFERENCES

1. Piotto RF, Ferreira FB, Colósimo FC, Silva GS, Sousa AG, Braile DM. Independent predictors of prolonged mechanical ventilation after coronary artery bypass surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2012;27:520-8.
2. Kogan A, Cohen J, Raanani E, Sahar G, Orlov B, Singer P, et al. Readmission to the intensive care unit after "fast-track" cardiac surgery: Risk factors and outcomes. *Ann Thorac Surg* 2003;76:503-7.
3. Myer CM, O'Connor DM, Cotton RT. Proposed grading system for subglottic stenosis based on endotracheal tube sizes; 1994. *Journals.sagepub.com*; 2018. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000348949410300410>. [Last accessed on 2018 Dec 01].
4. Antonio D, Andrilli E. Subglottic Tracheal Stenosis. *PubMed Central (PMC)*; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4775266/>. [Last accessed on 2018 Nov 21].
5. Saenghirunvattana S, Pitiguagool V, Suwanakijboriharn C, Pupipat P, Saenghirunvattana B, Gonzales M, et al. Different approaches on various cases of tracheal stenosis. *Open J Respir Dis* 2014;4:90-100.
6. Karapantzou I, Karapantzou C, Zarogoulidis P, Tsakiridis K, Charalampidis C. Benign tracheal stenosis a case report and up to date management. *Ann Transl Med* 2016;4:451.
7. Bansal S, Dhingra S, Ghai B, Gupta AK. Metallic stents for proximal tracheal stenosis: Is it worth the risk? *Case Rep Otolaryngol* 2012;2012:450304.
8. Eyles C, Leydon GM, Lewith GT, Brien S. A grounded theory study of homeopathic practitioners' perceptions and experiences of the homeopathic consultation. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011;2011:957506.
9. Oberbaum M, Singer SR, Friehs H, Frass M. Homeopathy in emergency medicine. *Wien Med Wochenschr* 2005;155:491-7.
10. Teixeira MZ, Leal SM, Ceschin VM. Homeopathic practice in Intensive Care Units: Objective semiology, symptom selection and a series of sepsis cases. *Homeopathy* 2008;97:206-13.
11. Vithoulkas SG. Homeopathic Treatment for Prolonged Postoperative coma: A Case Report. *PubMed Central (PMC)*; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5467251/>. [Last accessed on 2020 Nov 21].
12. Frass M, Linkesch M, Banyai S, Resch G, Dielacher C, Löbl T, et al. Adjunctive homeopathic treatment in patients with severe sepsis: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial in an intensive care unit. *Homeopathy* 2005;94:75-80.
13. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Gangrene: Five case studies of gangrene, preventing amputation through homeopathic therapy. *Indian J Res Homoeopathy* 2015;9:114.
14. Beiderlinden M, Adamzik M, Peters J. Conservative treatment of tracheal injuries. *Anesth Analg* 2005;100:210-4.
15. Chhabra SK, Gupta AK, Khuma MZ. Evaluation of three scales of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Thorac Med* 2009;4:128-32.
16. Tenzera L, Djindjic B, Mihajlovic-Elez O, Pulparampil BJ, Mahesh S, Vithoulkas G. Improvements in long standing cardiac pathologies by individualized homeopathic remedies: A case series. *SAGE Open Med Case Rep* 2018;6:2050313X18792813.
17. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res* 2018;25:117-21.
18. Denisova TG, Gerasimova LI, Pakhmutova NL, Mahesh S, Vithoulkas G. Individualized homeopathic therapy in a case of obesity, dysfunctional uterine bleeding, and autonomic dystonia. *Am J Case Rep* 2018;19:1474-9.
19. Hahnemann S. Hahnemann's organon of medicine. 6th ed. Apph 7. New Delhi: B Jain Pub Pvt Ltd; 1994.
20. Bellavite P, Ortolani R, Pontarollo F, Pitari G, Conforti A. Immunology and homeopathy. 5. The rationale of the 'Simile'. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2007;4:634864.

21. Bellavite P. Homeopathy and integrative medicine: Keeping an open mind. *J Med Person* 2015;13:1-6.
22. Boericke W. Pocket manual of homeopathic materia medica and repertory. New Delhi, India: B. Jain; 2002.
23. Trayner E Jr, Celli BR. Postoperative pulmonary complications. *Med Clin North Am* 2001;85:1129-39.