

# Tratamento da estenose subglótica, pós-intubação, com terapia homeopática individualizada: relato de caso

Shelly Satish Sharma<sup>1</sup>, Seema Mahesh<sup>2\*</sup>, George Vithoulkas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Homeopathy, Janardan Rai Nagar, Rajasthan Vidyapeeth, Udaipur, Rajasthan, India,

<sup>2</sup>School of Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, Taylor's University, Subang Jaya,

Malaysia, <sup>3</sup>Postgraduate Doctors Training Institute, Health Care Ministry of the Chuvash Republic, Cheboksary, Russian Federation

Tradução para o português: Nathalia Henrique Ursino Lopes

## Resumo

**Introdução:** A estenose subglótica é um estreitamento das vias aéreas logo abaixo das cordas vocais. Esse estreitamento pode causar sérias dificuldades respiratórias. A estenose subglótica pode ser congênita ou adquirida. A intubação frequente ou prolongada é a causa mais comum de estenose subglótica adquirida.

**Resumo do Caso:** Neste relato de caso, o tratamento homeopático adjuvante ajudou a prevenir a cirurgia de implante de stent traqueal, considerada necessária em tal condição, e melhorou o estado geral do paciente. Este relato de caso fornece subsídios para investigar mais a fundo até que ponto a homeopatia individualizada pode ser aplicada na estenose subglótica pós-intubação.

**Palavras-chave:** *Antimonium tartaricum*, Cirurgia de revascularização do miocárdio, Homeopatia, Íleo paralítico, Estenose pós-intubação, Disfunção pulmonar pós-operatória, Stent traqueal.

## INTRODUÇÃO

A disfunção pulmonar pós-operatória (DPP) é uma complicação frequente e significativa<sup>[1]</sup> após a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), com mais de 40% dos pacientes sendo readmitidos em unidades de terapia intensiva (UTIs) com esse estado, apresentando insuficiência respiratória.<sup>[2]</sup> O tratamento da insuficiência respiratória aguda frequentemente requer intubação da traqueia com um tubo endotraqueal ou de traqueostomia. Como o espaço subglótico é a parte mais estreita das vias aéreas no nível cricoide, a intubação translaríngea pode resultar em danos envolvendo a glote e a subglote. A estenose subglótica é graduada de acordo com o sistema de classificação de Cotton-Myer,<sup>[3]</sup> de Grau 1 a 4, com base na gravidade do

bloqueio: Grau I, até 50% de obstrução; Grau II, de 51% a 70% de obstrução; Grau III, de 71% a 99% de obstrução; e Grau IV, sem lúmen detectável.

A estenose subglótica é uma complicação comum nesses casos devido à lesão durante a intubação traqueal. Isso geralmente ocorre após períodos de intubação prolongada em UTIs, devido à necessidade de suporte ventilatório mecânico.<sup>[4]</sup> O sintoma mais comum é a piora gradual da falta de ar, que em casos graves pode ser identificada como estridor. A estabilização das vias aéreas do paciente, a avaliação com broncoscopia e o uso de um dispositivo temporizador de vias aéreas são componentes importantes no tratamento de complicações das vias aéreas.<sup>[4]</sup> Uma estenose subglótica é uma condição potencialmente fatal e, se não corrigida

a tempo, pode predizer uma expectativa de vida limitada e causar sofrimento considerável devido a complicações debilitantes.<sup>[5]</sup> A linha geral de tratamento, a depender do diagnóstico, é a dilatação traqueal usando broncoscópio rígido, cirurgia a laser e implante de stent endoluminal, ressecção traqueal e reconstrução laringotraqueal.<sup>[6]</sup> A endoprótese traqueal é a modalidade de tratamento comum, mas leva a complicações como formação de tecido de granulação (27%), reestenose (19%), migração (10%), fratura (8%), erosão (4%) e sangramento (1%). A formação de tecido de granulação pode ser leve o suficiente para permanecer assintomática, moderada a ponto de produzir estridor, ou grave o suficiente para se apresentar como dificuldade respiratória com risco de vida.<sup>[7]</sup>

A homeopatia clássica já foi relatada<sup>[8]</sup> no tratamento de doenças críticas em pacientes hospitalizados<sup>[9,10]</sup> anteriormente; há casos publicados, como coma pós-operatório,<sup>[11]</sup> sepsis grave<sup>[12]</sup> e casos tipicamente cirúrgicos<sup>[13]</sup>, que documentaram efeitos notáveis da homeopatia. No entanto, até onde sabemos, não há outros relatos de DPP ou estenose subglótica tratadas com homeopatia.

## RELATO DE CASO

Um familiar de um paciente indiano de 47 anos apresentou o relatório do paciente em 20 de novembro de 2014, na Clínica Homeopática Cura, em Vasai, Maharashtra. O paciente foi internado na UTI com dispneia grave, taquipneia, taquicardia e estridor intenso, com colapso pulmonar súbito.

Antes de o paciente ser introduzido ao tratamento homeopático, o pneumologista que o examinou encontrou um estreitamento subglótico de 50% do lúmen traqueal. Ele foi aconselhado a fazer um stent traqueal. No entanto, devido ao colapso pulmonar, conforme mencionado no caso do departamento de internação do paciente, ele não estava em condições de se submeter ao procedimento. Ele também havia desenvolvido um íleo paralítico e resistência a antibióticos. Foi relatado resistência a penicilinas, inibidores de beta-lactamase, cefalosporinas, aminoglicosídeos, fluoroquinolonas, carbapenêmicos e cotrimoxazol. O paciente era sensível à Colistina e intermediário à tigeciclina. A ejeção ventricular esquerda do paciente foi relatada como de 25%.

## Histórico Clínico

O paciente havia sido submetido a uma cirurgia de revascularização do miocárdio dois meses antes. Durante esse período, o paciente apresentava histórico de dispneia com tosse recorrente, e foi intubado duas vezes para suporte ventilatório.

O paciente, naquele momento, em estado de colapso, não estava em condições de apresentar os sintomas e, no momento da primeira consulta, a totalidade dos sintomas para a prescrição homeopática foi elaborada a partir de informações coletadas de seus acompanhantes, de observações feitas pelo médico, à beira do leito, e do diagnóstico clínico. Em 20 de novembro de 2014, o medicamento prescrito foi *Antimonium tartaricum* 200C, dose única.

### Observações à beira do leito

- O paciente não conseguia expectorar, mas sentia alívio ao fazê-lo
- A tosse o obrigava a sentar-se ereto
- Olhar angustiado
- Delírios com fantasmas, à noite
- Queria segurar a mão do acompanhante, à noite
- Medo de ficar sozinho
- Raiva devido a contradições
- Aparência encovada no rosto e nos olhos
- Odor forte e fétido vindo do corpo do paciente
- Batimento de aletas nasais
- O paciente parecia sentir muita dor
- Hálito frio
- Irritado se a esposa lhe perguntasse qualquer coisa.

### Generalidades físicas

- Temperatura: 37,7°C
- Pressão arterial: 160/94 mmHg
- Frequência cardíaca: 82 por minuto
- SpO<sub>2</sub> com insuflação de O<sub>2</sub>: 88%.

Os sintomas agudos disposicionais e característicos do paciente foram selecionados para a construção da totalidade e repertorização.

Os detalhes da prescrição e do acompanhamento são apresentados na Tabela 1.

O acompanhamento durou mais de 18 meses, durante os quais o paciente apresentou melhora notável nas queixas respiratórias, sem recidivas graves. Sua qualidade de vida melhorou.

A Escala de Dispneia Modificada do Medical Research Council foi utilizada para avaliar o prognóstico do paciente em cada acompanhamento, representado graficamente na Figura 1. (O eixo X representa o

acompanhamento, e o eixo Y, a pontuação. A pontuação foi realizada por um médico homeopata.)

### DISCUSSÃO

Lesões traqueais, independentemente de sua origem, podem ser fatais. O reparo cirúrgico é considerado o tratamento de escolha, mas não foi comparado a outras abordagens.<sup>[14]</sup> Existem relatos de casos bem documentados que demonstram a possibilidade da homeopatia no tratamento de patologias graves.<sup>[15-18]</sup> A prescrição homeopática baseia-se nos sinais e sintomas do paciente e não apenas no diagnóstico ou na patologia.<sup>[19]</sup> Dessa forma, todos os eventos e reações imunológicas na vida de uma pessoa são considerados para se chegar a uma solução integrativa.<sup>[20,21]</sup> Portanto, ela é capaz de abordar a natureza multifatorial das doenças autoimunes e de outras condições que envolvem todo o organismo. Neste caso, também observamos que havia uma resposta inflamatória sistêmica anterior ao colapso pulmonar, e isso por si só pode ter desencadeado os eventos posteriores.

Pudemos observar que, no segundo dia, após a administração de *Antimonium tartaricum*, a frequência das aspirações foi reduzida para 3 a 4 vezes ao dia, a cada 1 ou 2 horas, seguida por melhora da falta de ar e diminuição da expectoração. Além disso, o paciente evacuou no segundo dia, o que antes não conseguia, devido ao íleo paralítico. O medicamento *Antimonium tartaricum* 200C<sup>[22]</sup> não apenas ajudou o paciente a se recuperar de sua disfunção pulmonar, como também lhe proporcionou bem-estar geral. Embora o prognóstico seja ruim em complicações pulmonares pós-

operatórias,<sup>[23]</sup> este paciente melhorou com a homeopatia administrada juntamente com a medicação convencional para controlar a hipertensão e os níveis elevados de

lipídios no sangue, bem como com medicamentos anticoagulantes e antialérgicos.

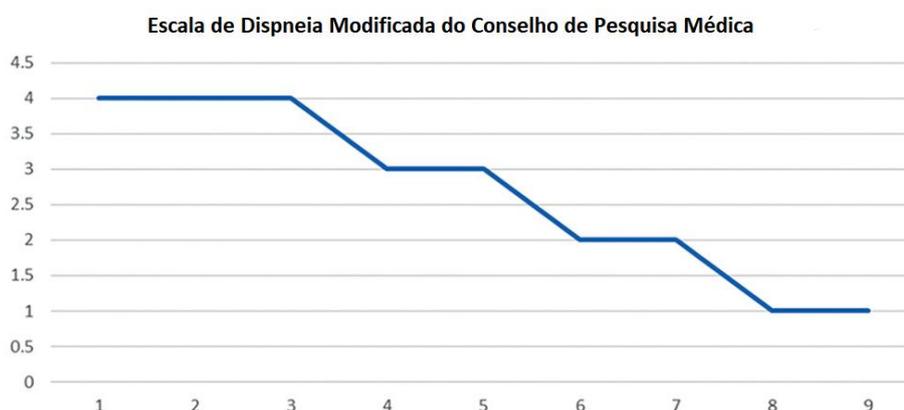
**Tabela 1: Acompanhamento**

Data	Sintomas detalhados/observação	Prescrição homeopática	Tratamento alopático
20/11/2014	<p>Falta de ar, SpO<sub>2</sub> capilar periférico com insuflação de O<sub>2</sub> - 88%.  Aspiração necessária a cada 1-2 horas.  Diminuição da força de expulsão pulmonar. Íleo paralítico. Inchaço das extremidades inferiores. Aconselhado stent traqueal.</p> <p>Totalidade homeopática do caso:  Melhora após expectoração  Respiração fria.  Expressão facial sofrida, hipocrática, ansiosa, encovado.  Estridor.  Rosto, hipocrático.  Batimento das asas do nariz.  Delírio com a visão de espectros, fantasmas e espíritos.  Apegado ao acompanhante.  Raiva por contradições.</p> <p>Sinais vitais:  Temperatura: 37,7°C.  Pressão arterial: 160 sistólica e 94 diastólica.  Frequência cardíaca: 82 bpm.</p>	<p><i>Antimonium tartaricum</i>  200C, dose única.</p>	<p>Medicamentos alopáticos segundo prescrição.</p>
22/11/2014	<p>Após o paciente tomar a primeira dose única de <i>Antimonium tartaricum</i> 200C, apresentou tosse intensa e expectoração no dia 20 de novembro de 2014.  O paciente permaneceu inquieto a noite toda. Em 21 de novembro de 2014, evacuou sem enema.  A colocação de stent traqueal não foi realizada, pois o paciente apresentou melhora.  SpaO<sub>2</sub> mantida em 95% com insuflação de O<sub>2</sub>.  Aspiração realizada a cada 3-4 horas.</p>	<p>Nenhum.</p>	<p>Medicamentos alopáticos segundo prescrição.</p>
03/12/2014	<p>O paciente recebeu alta do hospital.  SpO<sub>2</sub> mantida entre 91%-96% sem insuflação de O<sub>2</sub>.</p>	<p>Nenhum.</p>	<p>Medicamentos alopáticos segundo</p>

			prescrição.
07/12/2014	Evacuando sem enema. SpO2 mantida entre 91%-96% sem insuflação de O2.	Nenhum.	Medicamentos alopáticos segundo prescrição.
21/12/2014	Paciente apresentou tosse com pouca expectoração. Tosse seguida de falta de ar, que melhorava com a expectoração. Temperamento zangado e irritado. Eliminação de fezes sem enema. SpaO2 mantida entre 88% e 92% sem insuflação de O2. Paciente havia interrompido o uso de montelucaste em comprimidos, ciprofloxacina em comprimidos de 500 mg, acetilcisteína em comprimidos de 600 mg, sachê de Lactobacillus, multivitamínico e soro de leite em pó, e foi orientado a interromper o uso de alprazolam em comprimidos de 0,5 mg.	<i>Antimonium tartaricum</i> 200C, dose única.	Medicamentos alopáticos segundo prescrição.
06/01/2015	Melhora da falta de ar. Apetite melhorou. Eliminação de fezes sem enema. SpaO2 mantido entre 91% e 98% sem insuflação de O2. O paciente foi orientado a reduzir gradualmente a dose do comprimido de teofilina 150 mg e usá-lo se apresentasse chiado no peito, falta de ar e problemas respiratórios. Inalador de formoterol 200 mg recomendado uma vez ao dia.	Nenhum.	Medicamentos alopáticos segundo prescrição.
07/02/2015	Melhora da falta de ar. SpaO2 mantida entre 91% e 98% sem insuflação de O2. O paciente não precisou tomar o comprimido de teofilina 150 mg. Orientado a tomar se estivesse com falta de ar. Paciente orientado a interromper o uso do inalador de tiotrópio.	Nenhum.	Medicamentos alopáticos segundo prescrição.
09/03/2015	Melhora da falta de ar. Evacuando sem enema. SpO2 mantida entre 90% e 95% sem insuflação de O2. O paciente não precisou tomar o comprimido de teofilina 150 mg. Foi-lhe recomendado tomá-lo se estivesse com falta de ar. Inalador de	Nenhum.	Medicamentos alopáticos segundo prescrição.

	formoterol 200 mg deveria ser tomado se estivesse com falta de ar.		
11/04/2015	Melhora da falta de ar. Paciente conseguindo administrar seus trabalhos pessoais. Capaz de realizar algumas poucas tarefas domésticas. SpaO2 mantida entre 94% e 97% sem insuflação de O2. O paciente não precisou tomar o comprimido de teofilina 150 mg, sendo aconselhado a tomá-lo se estivesse com falta de ar. O paciente não precisou tomar o inalador de formoterol. Recomendado para uso em caso de falta de ar.	Nenhum.	Medicamentos alopáticos segundo prescrição.

SpO2: Saturação de oxigênio



**Figura 1:** Escala de Dispneia Modificada do Conselho de Pesquisa Médica

Destes, os antialérgicos, broncodilatadores, esteroides e agentes mucolíticos puderam ser ainda mais reduzidos. Embora possa ser difícil obter uma boa resposta em todos os casos com um prognóstico tão ruim, este caso demonstra o potencial e o escopo da homeopatia. Quando o paciente foi admitido em um estado de desconforto respiratório agudo, ele foi examinado pelo pneumologista e foi aconselhado a colocação de stent traqueal. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo era de 25%. Os familiares não deram o consentimento para a colocação de stent traqueal

porque o estado respiratório, cardíaco e geral do paciente era ruim e não responsivo. Então, o medicamento homeopático *Antimonium tartaricum* 200C foi prescrito. O paciente foi aconselhado a fazer broncoscopia e tomografia computadorizada. Como o paciente não se submeteu ao procedimento, os pesquisadores não têm condições de descrever o estado pós-intervenção do trato respiratório. Este caso também pode ter um viés de seleção, pois o paciente e seus acompanhantes optaram por receber tratamento homeopático. Como os relatos de caso são a primeira linha de

evidência e a documentação científica de uma única observação clínica, um bom relato de caso deve deixar claro a importância da observação relatada. Se vários relatos de caso apresentarem algo semelhante, o próximo passo pode ser um estudo de caso-controle para determinar se há relação entre as correspondentes variáveis. Portanto, a realização de estudos controlados poderia eliminar esse viés.

## CONCLUSÕES

Este caso de DPP com estenose subglótica após cirurgia de revascularização do miocárdio foi tratado com homeopatia individualizada, juntamente com a medicina convencional, evitando a colocação de stent traqueal, que, de outra forma, seria indicado. Além disso, o estado geral e a qualidade de vida do paciente melhoraram significativamente, como demonstrado por um longo acompanhamento após a crise. Embora um relato de caso não leve a uma conclusão sobre o papel da homeopatia em lesões traqueais, ele oferece escopo e potencial para estudar mais casos de lesões traqueais que não respondem aos medicamentos convencionais, com a homeopatia. Prática clínica e mais ensaios clínicos randomizados são necessários para se chegar a uma conclusão definitiva.

## Declaração de consentimento do paciente

Os autores atestam que obtiveram todos os devidos formulários de consentimento do paciente. O paciente entende que seu nome e iniciais não serão publicados e que serão feitos os devidos esforços para ocultar sua identidade, mas que o anonimato não pode ser garantido.

## Aprovação ética

Não obtida, pois o paciente se voluntariou para tratamento homeopático.

## Apoio financeiro e patrocínio

Nenhum.

## Conflitos de interesse

Nenhum declarado.

## REFERÊNCIAS

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.