

# Melhorias em patologias cardíacas de longa duração por remédios homeopáticos individualizados: uma série de casos

*Lenka Tenzera<sup>1</sup>, Boris Djindjic<sup>2,3</sup>, Olivera Mihajlovic-Elez<sup>4</sup>, Bindu John Pulparampil<sup>5</sup>, Seema Mahesh<sup>6</sup> e George Vithoulkas<sup>7</sup>*

## Resumo

Apresentamos três casos de parada cardíaca em diferentes estágios da patologia. Infarto do miocárdio agudo resultante em insuficiência cardíaca está emergindo como a principal causa de mortalidade. A longo prazo, os episódios agudos e a remodelação cardíaca poderão causar dano considerável e resultar em insuficiência cardíaca. Nestes casos, a terapia homeopática individualizada foi instituída juntamente com os medicamentos convencionais e os resultados foram encorajadores. As alterações nos parâmetros de diagnóstico laboratorial (tomografia computadorizada por emissão de fóton único, eletrocardiografia, ecocardiograma e fração de ejeção, conforme o caso) são demonstradas ao longo do tempo. O resultado chave visto em todos os três casos foi a preservação do bem-estar geral, ao passo que os estados hemodinâmicos também melhoraram. Enquanto os três casos fornecem evidências de resultados positivos para a terapia homeopática, são necessários estudos mais extensos em um ambiente hospitalar para estabelecer a verdadeira extensão em que essa terapia poderá ser empregada.

**Palavras-chave:** Cardiovascular, insuficiência cardíaca, homeopatia

Data de recebimento: 19 de dezembro de 2017

Aceito em: 11 de julho de 2018

1Medical Office of Classical Homeopathy 'ALONA', Belgrade, Serbia

2Institute of Pathophysiology, Faculty of Medicine, University of Nis, Nis, Serbia

3Clinic of Cardiovascular Disease, Clinical Center Nis, Nis, Serbia

4Department of Internal Medicine, PHI Hospital Meljine, Herceg Novi, Montenegro

5Government Homeopathic Hospital, Thiruvananthapuram, India

6Centre for Classical Homeopathy, Bangalore, India

7International Academy of Classical Homeopathy, University of the Aegean, Mytilene, Greece

## Corresponding Author:

Seema Mahesh, Centre For Classical Homeopathy #10, 6th Cross Opp

HP Petrol Bunk, Chandra Layout, Bangalore 560040, India.

**Email:** [bhatseema@hotmail.com](mailto:bhatseema@hotmail.com)

Artigo original em inglês **Improvements in long standing cardiac pathologies by individualized homeopathic remedies: A case series** disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050313X18792813>

Creative Commons Não Comercial CC BY-NC: Este artigo é distribuído sob os termos da Creative Commons AttributionNonCommercial 4.0 Licença (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) que permite o uso não comercial, a reprodução e distribuição do trabalho sem permissão adicional desde que o trabalho original seja atribuído conforme especificado nas páginas SAGE e Open Access (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

## Introdução

Os distúrbios cardiovasculares (doença cardiovascular (DCV)) em infarto do miocárdio geral e agudo (IMA) são responsáveis por 31% de todas as mortes em todo o mundo e são umas das principais causas de mortalidade. Embora seja verdade que as intervenções terapêuticas modernas tenham reduzido isso consideravelmente, o desafio permanece.<sup>1,2</sup> O risco de reinfarto também é grande nos sobreviventes (8% - 10% apresenta reinfarto dentro de um ano) tornando ainda mais importante os cuidados disponíveis para emergências.

A situação é ainda mais complicada pela incidência de arritmias juntamente com IMA, caso em que a pessoa poderá evoluir para a insuficiência cardíaca e choque cardiogênico.<sup>3</sup> Idade avançada, fibrilação atrial (FA) e infarto anterior anunciam prognóstico ruim no caso de IMA com aproximadamente 50% mortes ocorrendo no primeiro mês após o episódio, a maioria dentro das primeiras 2 h.<sup>3,4</sup> O primeiro objetivo é a reperfusão do miocárdio, dessa forma, a intervenção coronária percutânea primária (ICP) é a primeira linha de terapia junto com fibrinolíticos e outras drogas cardíacas (exceto quando contraindicadas).<sup>5</sup>

Após o infarto do miocárdio (IM), juntamente com inflamação local, processos inflamatórios são conhecidos por ocorrerem em partes remotas do coração<sup>6</sup> e nos glomérulos renais<sup>7</sup>, indicando o envolvimento de todo o sistema imunológico em uma tentativa de reparação. Apesar do diagnóstico ser semelhante, vê-se que o processo de inflamação e reparo do tecido após o IM não evoca a mesma resposta em todos os indivíduos. O mecanismo de remodelação do coração danificado após um infarto do miocárdio inclui numerosos componentes celulares, extracelulares e neuro-humorais<sup>8</sup> e, na maioria dos casos, o tamanho da cicatriz formada é proporcional à gravidade do remodelamento cardíaco, mas também foi demonstrado que esse tamanho de cicatriz não precisa se traduzir em uma remodelação grave do coração.<sup>9</sup>

A evidência se encontra mais a favor do estado de energia da pessoa e sua influência no processo reparador. A remodelação prejudicial sob condições isquêmicas é primariamente consistente com a falta de produção de energia. Tem sido relatado que a redução da captação de glicose ao nível das células cardíacas devido à deficiência do receptor X do fígado induzida geneticamente (LXR $\alpha$ ) leva a um dano grave após o IM, o que indiretamente confirma que, durante a isquemia, o mecanismo de transferência adaptativa da produção de energia é ativada no coração, a partir do metabolismo do ácido graxo para o metabolismo da glicose, que tem maior utilização oxidativa para a síntese de Adenosina Trifosfato (ATP).<sup>10</sup> Um coração saudável ativa rapidamente este mecanismo cardioprotetor na condição de isquemia, o que reduz o dano.<sup>11</sup> E o mesmo se encontra atrasado ou ausente em um estado mais enfraquecido da pessoa.

As opções terapêuticas atuais, apesar dos avanços, estão longe de ser satisfatórias. A descoberta contínua de fatores envolvidos na remodelação de um coração infartado apresenta desafios contínuos. As opções terapêuticas mais recentes disponíveis incluem o seguinte: interleucina 10 (IL-10),<sup>11</sup> bloqueador do canal de potássio ativado por cálcio (KCa3.1),<sup>12</sup> fator de crescimento fibroblástico básico com o transplante de células-tronco do tecido adiposo<sup>13</sup> e terapia celular regenerativa<sup>14,15</sup> mas também terapia com berberina,<sup>16</sup> suplementação com licopeno<sup>17</sup>, hipoxia normobárica contínua<sup>18</sup>, isquemia repetida e controlada<sup>19</sup> e assim por diante.

## Homeopatia Clássica

A premissa sobre a qual os princípios terapêuticos homeopáticos são construídos considera que o organismo vivo seja governado por uma bioenergia que preserva a saúde da melhor maneira possível, dependendo das circunstâncias da concepção (genética, epigenética, etc.). Essa energia recebe o nome de "força vital ou princípio da vida". Quando afetada por qualquer força prejudicial (doença ou distúrbio), esta energia controla as ferramentas que tem à sua disposição - o sistema imunológico - e combate a influência, sempre tentando retornar ao estado dinâmico normal. Durante essa luta, ela gera sintomas tão individualistas quanto são as pessoas - quanto melhor o nível de saúde, mais forte os sintomas individualizadores.<sup>20-22</sup>

A terapia homeopática clássica, como foi proposta por Samuel Hahnemann e mais tarde adaptada às situações contemporâneas da saúde por James T Kent e George Vithoulkas,<sup>21-23</sup> opera no paradigma de que todo ser humano nasce com uma certa quantidade de energia disponível para as suas funções biossociais. Quanto maior for essa energia para começar, melhor o nível de saúde.<sup>24</sup> Como tal, a capacidade de se defender contra a doença também é maior no organismo com maior nível de energia. O estímulo patológico que afeta o ser mais saudável, quando comparado a um menos saudável, é evitado facilmente e a homeostase é restabelecida.

O profissional homeopata clássico segue um determinado protocolo para estabelecer o nível de saúde do paciente no início de cada caso, a fim de projetar as possibilidades com a terapia. Considerando que o diagnóstico ajuda a entender patologia em questão, o prognóstico real poderá ser avaliado a partir de uma compreensão do nível de saúde da pessoa. Quanto melhor o complexo energético, melhor o prognóstico e melhor a resposta à terapia homeopática.<sup>24</sup> A verdade desta ideia poderá ser visualizada nesta série de casos, logo que todos os pacientes exibem um pobre diagnóstico prognóstico, mas respondem bem à terapia homeopática devido ao seu melhor estado de saúde no início. A mesma abordagem poderá não produzir resultados tão favoráveis em um caso menos saudável.

Esta série de casos apresenta o tratamento do IM com a homeopatia. É, na melhor das hipóteses, o primeiro desse tipo, demonstrando o tratamento de episódios agudos, bem como a consequência do IM ao longo do tempo. Um acompanhamento a longo prazo foi fornecido com investigações laboratoriais para efeito de comparação.

## Apresentação dos casos

### *Caso I*

O paciente, um homem sérvio de 62 anos com histórico de IMA há 17 anos, apresentou o diagnóstico de status-pós IM parte anterior e ICP descendente anterior esquerdo (DAE) aaXVII; cardiomiopatia compensatória isquêmica; hipertensão e diabetes mellitus tipo 2 também estavam presentes (Tabela 1).

O paciente apresentou, em 15 de janeiro de 2015, um ataque isquêmico indolor transitório com sensação de fraqueza no peito, palidez e sudorese fria. Ele foi hospitalizado por 5 dias na unidade de terapia intensiva quando uma angiografia coronariana mostrou reestenose da artéria descendente anterior em uma área do *stent* e a parte média da mesma artéria. Histórico médico anterior: Ele sofreu IM 17 anos atrás. A revascularização da artéria coronária

posterior (ACP) foi realizada com a implantação de um *stent* na parte proximal da DAE. Diabetes mellitus e hipertensão foram diagnosticados em 2002. Ele fazia o uso de  $\beta$ -bloqueadores, estatinas, enzima conversora de angiotensina (ECA), ácido acetilsalicílico (AAS), complexo de vitamina B, selênio; e sem qualquer uso de drogas anti-hiperglicemiantes. Além disso, ele teve gonorreia aos 21 anos, a qual foi tratada com antibióticos; infecções recorrentes da garganta desde a infância; amigdalectomia aos 26 anos de idade.

Investigações laboratoriais: perfusão miocárdica tomografia computadorizada por emissão de fóton único (TCEFU) em 13 de abril de 2011 (Figura 1 (a)). Relatório do radiologista: teste farmacológico de estresse com dipiridamol combinado com exercício em esteira 50WmDipy EX de baixo nível: no início, Pressão sanguínea 120/80mmHg; 70 batimentos por minuto (bpm), no pico do esforço 115 bpm. Ventrículo esquerdo aumentado com grande defeito de perfusão na parede anterior e defeito de perfusão no septo. Ecocardiografia (25 setembro de 2015); dimensão diastólica final do ventrículo esquerdo (DDFVE): 64mm (normal até 56mm); dimensão sistólica final do ventrículo esquerdo (DSFVE): 52mm (norma até 40mm); fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE): 38% (normal > 60%); final da sístole (FS): 18% (normal 28,44%); fluxo mitral - onda E = 0,7; Onda A 0,8; regurgitação mitral (RM): 1–2 +; fluxo tricúspide - regurgitação tricúspide (RT) 1+; dilatação atrial esquerda; valva mitral incompetente com RM moderada com fluxo central; dilatação ventricular esquerda remodelando-se com acinesia da parede anterior e acinesia de parte do septo; função moderadamente reduzida do ventrículo; disfunção diastólica com valores aumentados da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (PDFVE).

Intervenção homeopática: a terapia homeopática foi iniciada em 15 de janeiro de 2015. Os remédios foram selecionados baseando-se nos princípios da homeopatia clássica. Os detalhes do caso juntamente com os acompanhamentos são apresentados na Tabela 1.

Investigações laboratoriais no final do tratamento homeopático: perfusão miocárdica TCEFU 12 de junho de 2017 (Figura1 (b)): relatório do radiologista: teste farmacológico de estresse dipiridamol combinado com exercício de esteira baixo nível 50WmDipy EX: no começo, PS 120 / 80mmHg; 70 bpm, no pico do exercício 120 bpm. Ventrículo esquerdo aumentado com defeito de perfusão nas seguintes áreas: apical, apical anterior, parede anterior e metade apical da área septal. Nenhum sinal de progresso do estado patológico.

Ecocardiografia (31 de maio de 2017): DDFVE 6,1cm (normal 3,5 a 6,0 cm); DSFVE 4,8 cm (normal 2,1-4,0); FEVE 40%;fluxo mitral - RM em traços; fluxo tricúspide normal; dimensão normal do átrio esquerdo; fluxo mitral - disfunção diastólica do ventrículo esquerdo (DDVE) (E / A = 0,65); RM em traços; VE - aumentado com paredes hipertróficas; hipocinesia do septo e da parede anterior, FEVE 40%.

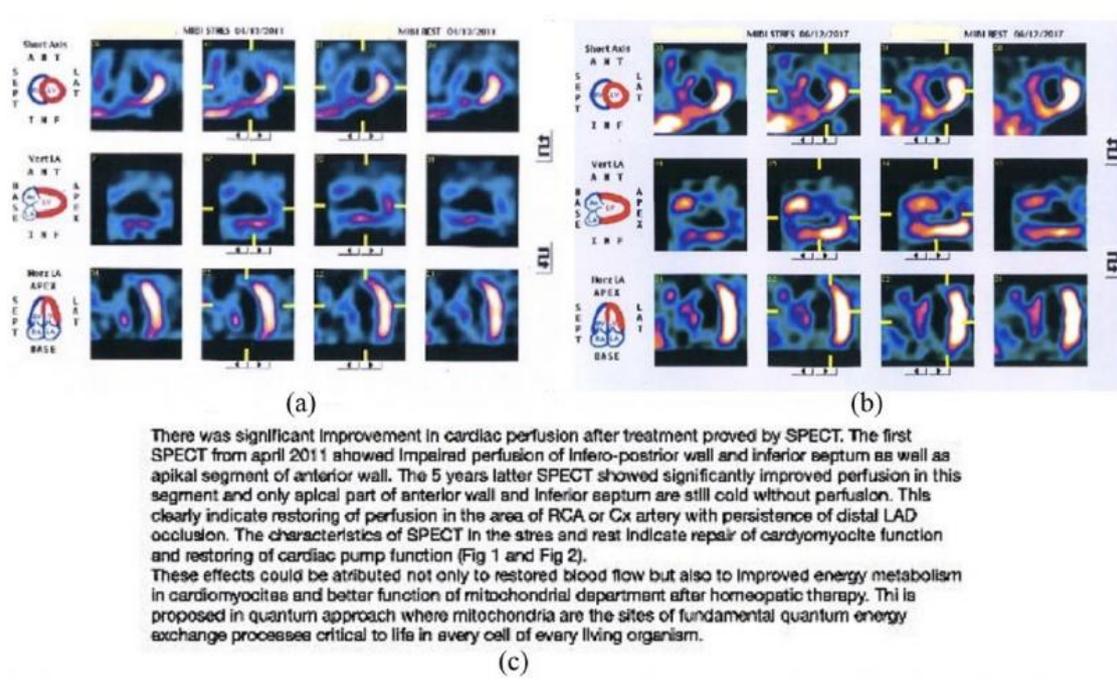
**Tabela 1** - Detalhes do tratamento do Caso I

| Data da intervenção | Sintomas  | Alterações nos achados laboratoriais  | Remédio   | Resposta  | Mudanças nas medicações convencionais   |
|---------------------|---|---|---|---|---|
| 15 jan 2015         | Ataques de pânico, aperto no peito; fraqueza, taquicardia; mãos e pés frios; pulso - intermitente; fortes sintomas de ácido péptico; catarro nasal posterior constante com pós-nasal                | TCEFU (2011): FEVE = 28%, hipocinesia ventricular global angiograma coronariano (2013): stent DAE restenose menor que 50%, estenose da parte do meio menos de 50%<br>Hipertensão<br>Diabetes Mellitus | Medorrhinum 1M  | Energia melhor no dia seguinte<br>Aumento da secreção nasal<br>Sangramento nas gengivas; pânico reduzido  | B-bloqueadores, estatinas, Inibidores da ECA, ASA, complexo de Vit B, selênio |
| 10 mar 2015         | Ataques de pânico com intenso medo da pobreza   |   | Bryonia 200C  | Leve vermelhidão em torno do pescoço por um dia<br>Mentalmente sentiu-se relaxado (sem pânico)<br>Os pés ficaram mais quentes<br>Aumento da fome pela manhã   | Suspensão de todas medicações convencionais                                   |
| 25 mai 2015         | Ansiedade aumentada à noite; desconforto nos seios maxilares; fraqueza ao subir escadas   |   | Calcarea carbônica 30C                                    | Cansaço melhor; pressão sanguínea normal; ansiedade reduzida, sentindo-se mais calmo  |   |
| 18 ago 2015         | Distensão abdominal grave causando desconforto cardíaco   | Ritmo sinusal, taxa de 103 / min, BRE, QS em V2, reduzido R em V2-V4, onda T bifásico em D1, invertida em aVL torponina não estava elevada<br>Pressão arterial: 150 / 90mmHg                          | Lycopodium 30CH   | Dois episódios semelhantes em um dia; pulso regularizado após a administração de Lycopodium   |   |
| 14 out 2015         | Aumento dos ataques de pânico à noite; taquicardia; pressão arterial normal mesmo durante o ataque; tosse seca  |   | Natrum muriaticum 12C, elevando posteriormente e para 14C | Pânico reduzido; tosse tornou-se produtiva;<br>Febre de 37,2 ° C - 37,5 ° C por 2 dias; infecção do trato respiratório inferior persistiu com expectoração amarelada profusa e tosse à noite (esta é uma excelente resposta - retorno de estados inflamatórios agudos); sintomas pépticos ácidos aumentados à noite | Reintrodução dos beta-bloqueadores  |
| 30 dez 2015         | Sensação de sufocamento com ataque de pânico enquanto estava deitado sobre o lado direito à noite; taquicardia; mentalmente muito irritável; pés mais quentes à noite                               |   | Lachesis 30 C dose única                                  | Sente-se calmo; ficou resfriado após exposição, com dor de ouvido e dor de cabeça; febre por 3 dias, mais elevada em 37,6 ° C, seguido por febre por uma semana com temperatura subindo até 37 ° C; sinusite maxilar com dores zigomáticas severas; um episódio de ereção dolorosa à noite                          |   |
| 18 abr 2016         | Aumento do inchaço do estômago causando sofrimento cardíaco; diminuição do desejo sexual; ansiedade; energia melhor; acordar às 03:00 da manhã; desejo por doces aumentado; sensível emocionalmente | Glicemia sanguínea: 12,5 mmol / L posteriormente chegou a 17 (normal 3,5–6,1 mmol / l)  | Lycopodium 12 C, elevado para 14 C e finalmente para 16 C | Inchaço abdominal e sintomas de ácido péptico reduzidos; dor no pé esquerdo apenas enquanto caminha; inchaço lipomatoso nas costas aberto e drenado sozinho; ataques de pânico reduzidos em intensidade; energia melhorada; novamente não consegue deitar-se do lado esquerdo à noite                               |   |
| 20 jul 2016         | Odor sulfuroso da urina; calor intenso dos joelhos aos pés durante a noite; aumento do sangramento das gengivas;  | Glicemia sanguínea: 12  | Nux vomica 12 C   | Glicemia reduziu para 9; desejo sexual e energia melhoraram   |   |

|                    |   |                          |   |  |
|--------------------|---|--------------------------|---|--|
|                    | vermelhidão do rosto pela manhã; flashes no campo visual lateral; dor no joelho esquerdo e no calcanhar durante o descanso, melhora ao caminhar   |                          |   |  |
| <b>1 nov 2016</b>  | Calor constante nos pés (os descobre), pernas e mãos; aumento do desejo por doces   | Glicemia sanguínea<br>11 | Sulphur 12C<br>elevado<br>gradualmente<br>até 16C | Dores nas pernas e quadril reduzidas; erupções cutâneas no couro cabeludo; inflamação em uma mancha de abscesso antiga na mandíbula inferior, reduzida por conta própria; dois episódios de resfriado e febre, temperatura de 37,2 ° C |
| <b>31 mai 2017</b> | Ecocardiografia: DDVE 6,1cm (normal 3,5-6,0cm) DDFVE 4,8cm (normal 2,1-4,0) FEVE 40% Fluxo mitral - RM em traço Fluxo tricúspide normal Dimensão normal do átrio esquerdo Fluxo mitral - disfunção diastólica do VE (E / A = 0,65 ); RM em traço VE - ampliado com paredes hipertróficas; hipocinesia do septo e da parede anterior   |                          |   |  |
| <b>12 jun 2017</b> | (Opinião do cardiologista): O TCEFU mostrou melhora significativa da perfusão nesse segmento e apenas a parte apical da parede anterior e septo inferior ainda são frios sem perfusão, restauração da perfusão na área da artéria coronária direita ou artéria circunflexa com persistência da oclusão do AD distal. As características do TCEFU no estresse e repouso indicam o reparo da função dos cardiomiócitos e o restabelecimento da função da bomba cardíaca |                          |   |  |

---

TCEFU: tomografia computadorizada de emissão de fóton único; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; LAD: descendente anterior esquerdo; ECA: enzima conversora de angiotensina; ASA: ácido acetilsalicílico; DDVE: dimensão diastólica final do ventrículo esquerdo; LVE: dimensão sistólica final do ventrículo esquerdo; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; RM: regurgitação mitral; VE: ventrículo esquerdo; LBBB: Bloco de ramificação do bloco esquerdo.



**Figura 1.** Caso 1: alterações na perfusão miocárdica antes e após terapia homeopática com opinião do cardiologista (via e-mail): (a) 4 de dezembro de 2011, (b) 6 de dezembro de 2017 e (c) opinião do cardiologista (tradução do item (c): Houve uma melhora significativa na perfusão cardíaca após o tratamento, de acordo com a TCFU. O primeiro TCFU de abril de 2011 mostrou uma perfusão deficiente na parede infero-posterior e septo inferior, tanto na parede quanto no segmento apical da parede anterior. Cinco anos depois, a TCFU apresentou uma melhora significativa na perfusão neste segmento e apenas a porção apical da parede anterior e o septo inferior ainda se encontram frios, sem perfusão. Isso indica claramente um restabelecimento da perfusão na área do RCA ou Cx da artéria com persistência do LAD distal e oclusão. As características do TCFU no estresse e repouso indicam reparo da função dos cardiomiócitos e o restabelecimento da função do bombeamento cardíaco (Fig. 1 e Fig. 2).

Esses efeitos podem ser atribuídos não apenas ao restabelecimento do fluxo sanguíneo, mas também à melhora da energia no metabolismo dos cardiomiócitos e uma melhora no funcionamento do departamento mitocondrial após a terapia homeopática. Essa é uma abordagem quântica proposta, na qual as mitocôndrias são os locais do processo de troca fundamental de energia quântica, crítico à vida em todas as células de todos os organismos vivos.

### Caso 2

A paciente, uma mulher sérvia de 92 anos, apresentou em 22 junho de 2015 um episódio agudo de IM e foi hospitalizada. Houve FA associada com resposta ventricular rápida, evitando a estabilização de seu estado geral (Tabela 2). História médica progressiva: tuberculose (1951), malária (1960), histerectomia total (1980) e acidente de trânsito causando concussão cerebral (1982). Investigações laboratoriais e acompanhamento: eletrocardiograma (ECG; 23 de junho de 2015) (Figura 2 (a)).

Elevação do segmento ST, em I, aVL e V1-V5 com mudanças recíprocas nas derivações inferiores; infarto da parede anterior. FA com resposta ventricular rápida. Na paciente foi administrado por via intravenosa amiodarona (antiarrítmico).

Intervenção homeopática: em 25 de junho de 2017, o tratamento homeopático foi administrado na forma de alguns goles de água com *Arnica montana* 30C. Alguns minutos depois, o monitor cardíaco mostrou ritmo sinusal, confirmado pelo ECG em 26 junho de 2017 (Figura 2 (b)). Ela foi transferida da unidade de terapia intensiva para um quarto de hospital neste momento, e a homeopatia não foi repetida. Em 27 junho de 2015, ela entrou em FA com resposta ventricular rápida novamente e foi readmitida na unidade de terapia intensiva.

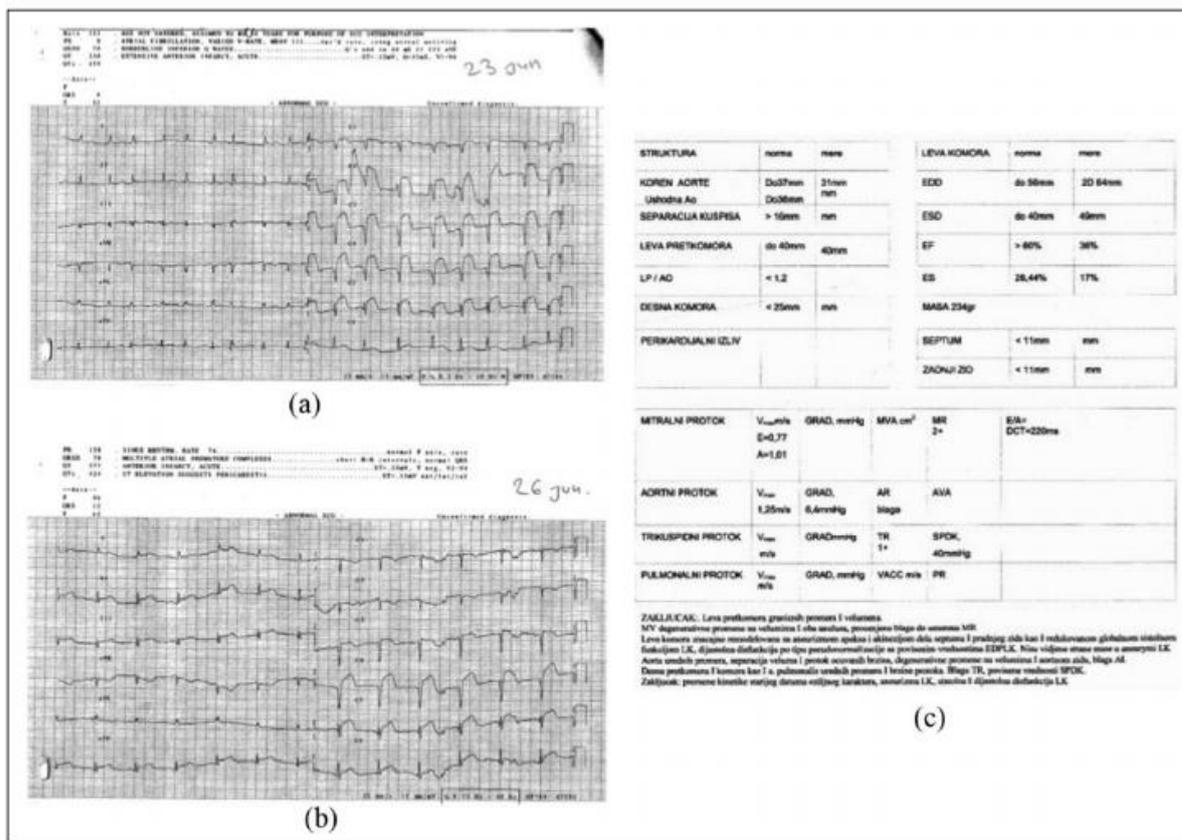
Na repetição de *Arnica* 30C (em 28 de junho de 2015), no entanto, o ritmo sinusal apareceu em poucos minutos, e ela recebeu alta do hospital no dia seguinte. Ela foi estabilizada e permaneceu bem por mais seis meses após ter recebido alta do hospital, evidenciado pela

estabilidade no ECG. Em 10 de Novembro de 2015, ela sofreu um outro ataque de IM. No entanto, dessa vez não houve FA, e ela ficou estável com administração imediata de Arnica 200C, apesar da FEVE ser apenas de 15%. Ela ficou na unidade de terapia intensiva por um dia. O *holter* ECG mostrou um ritmo sinusal. Depois do último episódio, ela ficou bem até agora e a última investigação realizada foi em 10 de abril de 2017. A ecocardiografia (Figura 2 (c)) mostra um estado cardíaco estável, apesar da remodelação do miocárdio e a função ventricular esquerda reduzida. Ela não se encontra sob nenhuma droga antiarrítmica.

**Tabela 2:** Detalhes do tratamento do Caso 2

| Data da intervenção | Sintomas   | Alterações nos achados laboratoriais   | Remédio  | Resposta   | Mudanças nas medicações alopáticas  |
|---------------------|--|--|--|--|---|
| 25 jun 2015         | Infarto agudo do miocárdio 3 dias atrás; medo de ser abordada; fibrilação atrial; recusou comida         | ECG de 12 derivações mostra elevação do segmento ST (laranja), em I, aVL e V1 – V5 com alterações recíprocas (azul) nas derivações inferiores; infarto da parede anterior; aumento de enzimas cardio-específicas; início de terapia cardíaca - mas sem estabilidade em 2 dias; fibrilação atrial com resposta ventricular rápida | Arnica 30C   | Poucos minutos depois da arnica, o monitor mostrava ritmo sinusal; subjetivamente ela está melhor; sem medo quando abordada; a paciente ficou estável nos próximos 2 dias (remédio não foi repetido) | Está sob beta-bloqueadores, inibidores da ECA, amiodarona intravenosa uma vez em 22 de junho de 2015 para fibrilação atrial, Cardiopirina Lasix |
| 26 jun 2015         | Condição estável, ritmo sinusal  | O ECG mostrava ritmo sinusal, grande área acinética na parede frontal, septo e ápice; médico esperava um aneurisma   |  | Estável, liberada da UTI   | Amiodarona por via intravenosa uma vez, Lasix foi reduzido e suspenso   |
| 28 jun 2015         | Fibrilação atrial desde o dia anterior   | ECG apontou fibrilação atrial  | Arnica 30C   | 5min após Arnica, surgimento do ritmo sinusal; alta hospitalar no dia seguinte   | Amiodarona, Lasix reduzido  |
| 10 nov 2015         | Repetição de IM; medo de alguém se aproximar dela; mas em geral, melhor do que durante o ataque anterior | Nenhuma fibrilação atrial durante o ataque; ecocardiograma mostrou: FEVE 15%   | Arnica 200C imediatamente após o aparecimento dos sintomas - mesmo antes da hospitalização | Estabilizada; sem medo quando abordada   | No hospital: B-bloqueador, inibidor da ECA, clopidogrel, enoxaparina, diurético, mononitrato de isossorbida, finalmente reduzido e suspenso     |
| 10 abr 2017         | Em geral, a paciente apresentava-se bem, exceto um episódio de infecção do trato urinário em 2016        | Ecocardiograma: remodelação do ventrículo esquerdo (VE) com aneurismas apicais e acinesia de uma parte do septo e parte da parede anterior. Função sistólica global reduzida do VE; disfunção diastólica; O trombo não está presente nos aneurismas apicais ECG: ritmo sinusal   |  | Estado estável   | Desde Jun 2016: B-bloqueador cardiopirina   |

ECG: electrocardiograma; ECA: enzima conversora da angiotensina; UTI: Unidade de Tratamento Intensivo; IM: infarto do miocárdio; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo



**Figura 2.** Caso 2: mudanças no ritmo e ECG antes e após a terapia homeopática: (a) 23 junho 2015, (b) 26 junho 2015 e (c) 10 abril 2017

### Caso 3

Um indiano de 68 anos com histórico de doença da artéria coronária foi submetido à angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP) para a DAE em 2001, foi submetido à revascularização do miocárdio em 2009 (Tabela 3). Em 26 de novembro de 2016, ele começou a reclamar de falta de ar grave e colapsou por volta das 03:30 da manhã em casa e foi transportado imediatamente para o hospital.

O paciente também apresentava hipertensão e diabetes mellitus. Investigações laboratoriais: ecocardiografia (27 de novembro de 2016) (Figura 3 (a)): átrio esquerdo dilatado; ventrículo esquerdo dilatado; hipocinesia grave de todo o septo, ápice e parede anterior; RM leve a moderada; valva aórtica esclerosada; tricúspide com regurgitação leve; fração de ejeção 24%. O ecocardiograma foi repetido em 27 de dezembro de 2016 (Figura 3 (b)) e foram apontados os mesmos achados acima, mas a fração de ejeção reduziu para 16%.

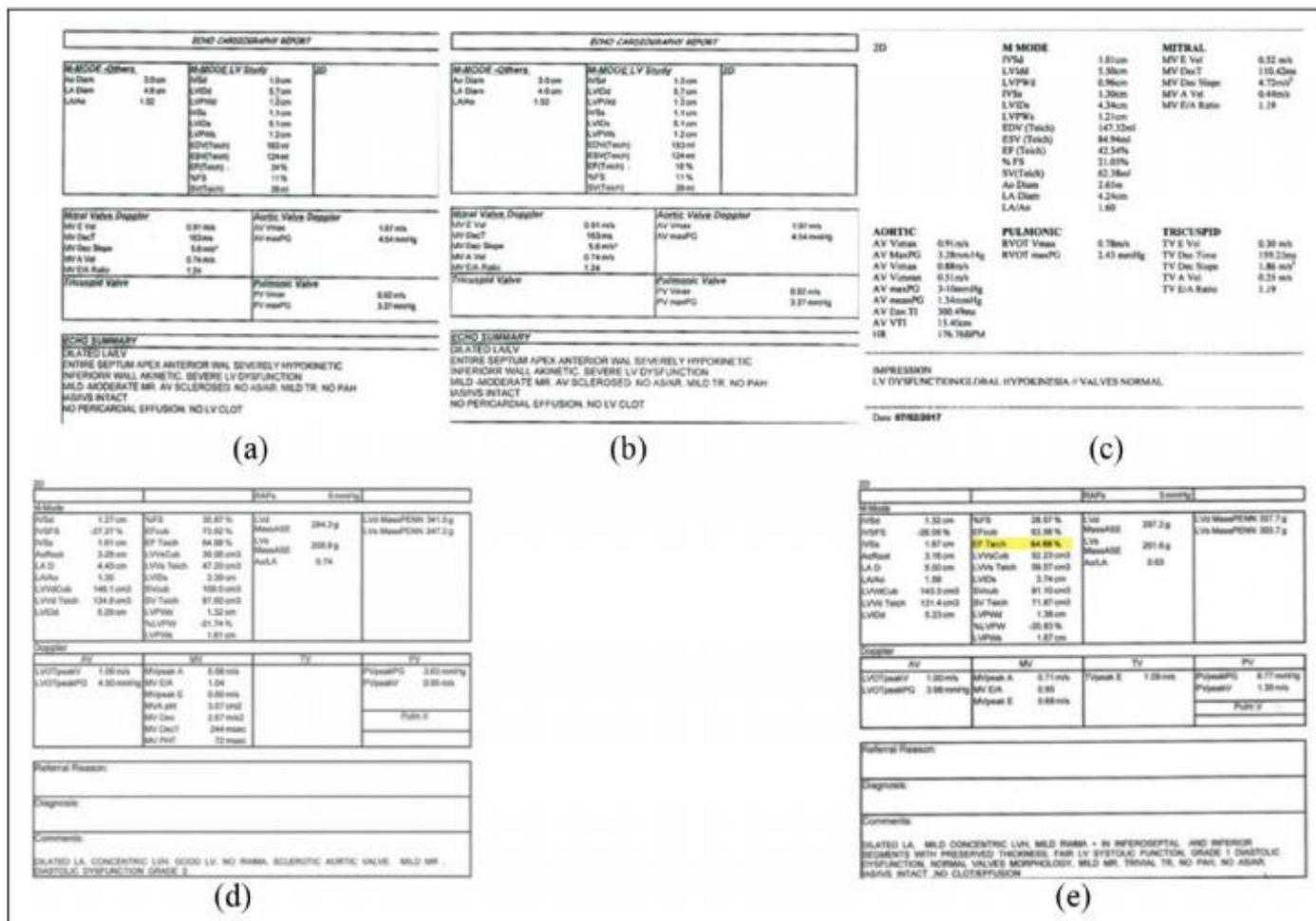
Intervenção homeopática: a terapia homeopática foi iniciada em 29 de dezembro de 2016; uma dose de *Calcarea phosphorica* 200C foi dado com evidência de melhora na fração de ejeção (Figura 3 (c)). Os detalhes do acompanhamento são apresentados na Tabela 3. Investigação laboratorial mais recente (12 de abril de 2018) (Figura 3 (e)): átrio esquerdo dilatado; leve hipertrofia ventricular esquerda; anormalidades leves do movimento da parede regional nos segmentos inferoseptais e inferiores com espessura preservada; função sistólica do VE fraca; disfunção diastólica de grau 1; morfologia normal das válvulas; RM leve; regurgitação

tricúspide trivial; fração de ejeção 64,68%. O paciente encontra-se bem até a data e continua com sua vida diária com vigor.

**Tabela 3.** Detalhes do tratamento do Caso 3

| Data da intervenção | Sintomas  | Alterações nos achados laboratoriais   | Remédio      | Resposta  | Mudanças na medicação alopática   |
|---------------------|---|--|--------------|---|---|
| <b>29 dez 2016</b>  | Cansaço, fadiga fácil, falta de ar com mínimo esforço | Insuficiência ventricular aguda; disfunção grave do VE; FE: 16% Pressão arterial elevada   | Calc-p. 200C | Fadiga diminuiu, apetite melhor, sono melhor, engordou meio quilo em duas semanas; BP estável   | Deplatt, Ecosprin, Biotor, Starace, Cardivas, Dytor, Aldactone, Glycomet SR, Pantocid, Vibact, Alprax, Levoflex |
| <b>7 fev 2017</b>   | Condição geral estável                                | FE: 42,3%  | Nul          |   | Deplatt, Ecosprin, Biotor, Cardace, Cardivas, Dytor, Aldactone, Glycomet SR                                     |
| <b>12 mar 2017</b>  | Condição geral estável                                | FE: 33%  | Calc-p. 200C | Em geral, bem   |   |
| <b>18 mai 2017</b>  | Condição geral estável                                | FE: 32%  | Calc-p. 1M   | Em geral, bem   | Deplatt, Ecosprin, Biotor, Cardace, Cardivas  |
| <b>25 jun 2017</b>  | Condição geral estável                                | FE: 41%  | Nul          | Em geral, bem   |   |
| <b>02 ago 2017</b>  | Condição geral estável                                | FE: 54%  | Nul          | Em geral, bem   | Suspendeu Biotor, Cardivas e ?Glycomet  |
| <b>13 out 17</b>    | Condição geral estável                                | FE: 64,98% átrio esquerdo dilatado; hipertrofia ventricular esquerda concêntrica; ventrículo esquerdo bom; ausência de anormalidades motoras da parede regional; válvula aórtica esclerótica; regurgitação mitral leve; disfunção diastólica grau 2  | Nul          | Em geral bem. É capaz de viajar internacionalmente. Anda rapidamente carregando sua bagagem sem nenhum sinal de falta de ar ou fadiga | Suspendeu Deplatt e Ecosprin  |
| <b>12 abr 2018</b>  | O paciente está levando uma rotina normal             | FE: 64,68% átrio esquerdo dilatado; hipertrofia ventricular esquerda concêntrica leve; anormalidades moderadas na movimentação da parede regional nos segmentos ínfero-septal e inferior com espessura preservada; função sistólica fraca do VE; Disfunção diastólica de grau 1; morfologia normal das válvulas; regurgitação mitral leve; regurgitação tricúspide trivial |              | Em geral, mantém o estado estável   | Nenhuma mudança   |

VE: ventrículo esquerdo



**Figura 3.** Caso 3: alterações no status cardíaco e fração de ejeção antes e após o tratamento homeopático: (a) 27 Novembro 2016, (b) 27 Dezembro 2016, (c) 7 Fevereiro 2017, (d) 13 Outubro 2017 e (e) 12 Abril 2018.

## Discussão

Embora não seja geralmente aplicada em casos de emergência e patologias graves, a homeopatia já ajudou a reparar condições severas.<sup>25</sup> Esta série de casos indica que podemos investigar mais as possibilidades da homeopatia em tais casos. O sistema imunológico está sempre tentando alcançar o equilíbrio, e em situações, como as descritas aqui, há pacientes cujo complexo energético se encontra suficientemente bom para que a estimulação do remédio homeopático seja empregada em benefício do paciente. No entanto, este resultado não se espera que seja a regra. A homeopatia baseia a sua prescrição nos sintomas que o organismo individual gera como uma resposta à patologia e esta resposta é a única orientação que existe para o homeopata.<sup>20</sup> Considerando a ideia do princípio da força vital/vida, como explicado anteriormente, os sintomas individualizados pressupõe uma certa quantidade de energia presente a ser aplicada para o processo de cura na pessoa. Se este não for o caso, o que é bastante comum em uma situação potencialmente terminal, então não há muito que a homeopatia poderá fazer. No entanto, quando existem sintomas individuais, a recuperação é impressionante, caso as regras da homeopatia sejam seguidas.

No primeiro caso, deve-se prestar atenção ao fato de que embora o principal alvo do tratamento fosse a patologia, o tratamento incluiu todas as outras queixas, como os ataques de pânico e indigestão. Os remédios foram administrados em uma sequência específica, de acordo com os sintomas mais dominantes e indicativos do momento. Em todas as vezes, foi dada

atenção para certificar que o paciente estivesse caminhando para um melhor nível de saúde.<sup>24</sup> O parecer do cardiologista (Figura 1 (c)) afirma que a perfusão do miocárdio havia melhorado consideravelmente, como evidenciado nos relatórios TCEFU. A opinião é que tal melhoria não seja apenas uma melhora representativa do fluxo sanguíneo, mas sim uma melhora no metabolismo dos cardiomiócitos - um fator essencial para um coração saudável.

Os parâmetros para melhora e boa resposta ao tratamento na terapia homeopática são medidos pela capacidade do corpo de defender-se com uma inflamação aguda eficiente quando solicitado. A ideia é que, conforme o mecanismo de defesa se torna mais fraco, o organismo perde a capacidade de criar uma inflamação aguda eficiente e entra em uma inflamação crônica de baixo grau, finalmente, desencadeando a doença crônica para qual o paciente se encontra geneticamente predisposto.<sup>27,28</sup> O reverso disso ocorre durante a terapia homeopática e o paciente começa apresentar estados inflamatórios agudos conforme as queixas crônicas são reduzidas.<sup>29</sup> Neste caso, como o estado cardíaco melhorou, o paciente começou a sofrer mais em seu trato gastrointestinal e à medida em que isso melhorou, surgiu uma supuração nos lipomas, que permaneceu assim durante muitos anos. Isso é interpretado com base na hierarquia de sistemas de órgãos e patologias. A redução no problema mais profundo é seguida pela concentração da doença / sofrimento no sistema inferior e como uma patologia mais superficial (trato gastrointestinal (TGI) e pele; inflamação aguda) .<sup>22</sup> Sem o apoio da terapia homeopática, não há registro de tal reversão de estado. Se tais resultados forem alcançados com a homeopatia, a observação e prescrição exata a cada mudança no status da saúde são essenciais e também uma limitação potencial na ausência de especialização.

O segundo caso é de IMA com FA e rápida resposta ventricular em uma mulher idosa com infarto anterior (Figura 2), anunciando um mau prognóstico.<sup>3,4</sup> No entanto, neste caso, uma imagem clara de um remédio homeopático estava aparente durante o ataque agudo, o que representou um bom prognóstico e um sistema imunológico eficiente. A dramática resposta a alguns goles de Arnica mostra que a vitalidade do organismo se encontrava preservada. Em tais casos, a homeopatia pode ser empregada para o benefício do paciente, com resultados impressionantes.<sup>24</sup> Observamos que durante o seu segundo episódio de IM, quando a Arnica foi administrada logo no início, ela ficou estável e não teve FA associado. A fração de ejeção ainda estava baixa, mas ela não apresentava quaisquer queixas associadas, sendo capaz de seguir sua vida diária sem qualquer dificuldade.

O terceiro caso é também um exemplo de uma constituição muito saudável, de acordo com a teoria dos níveis de saúde.<sup>22</sup> Aqui, apesar de um mau funcionamento cardíaco, os sintomas que indicavam o remédio homeopático estavam muito claros. Além disso, a resposta à dose única do remédio foi dramática. Dentro de um ano, a fração de ejeção do coração aumentou de 16% para 65% (Figura 3) e foi mantida dentro dos limites normais desde então. O funcionamento do ventrículo esquerdo também foi restaurado, juntamente com as válvulas, retornando próximo ao normal, como evidencia os relatórios. A disfunção diastólica que apresentava grau 2 com o tempo foi reduzida para o grau 1.

Nestes casos, a vantagem foi a adesão à terapia. A não adesão poderia se tornar uma limitação nas patologias graves, caso o paciente não tenha sido informado sobre as várias respostas que poderão ocorrer durante o curso do tratamento. Certos desenvolvimentos, como o retorno de queixas antigas e agravações dos sintomas periféricos (que são uma parte e requisito da terapia homeopática) deverão ser devidamente informados de antemão para o paciente.<sup>21,22,24</sup> Mais estudos são necessários para estabelecer as possibilidades exatas da terapia homeopática nas patologias cardíacas graves. Estes estudos devem ser realizados em ambiente hospitalar e aderir estritamente às regras da homeopatia clássica para evitar erros indelévels. Esta série de casos sugere que a homeopatia pode ser investigada para o uso em

eventos cardíacos, tanto durante o ataque agudo quanto para suas consequências, quando cientificamente aplicada, com base em suas leis.

## Conclusão

Os três casos desta série fornecem evidências de resultados positivos para a terapia homeopática. Estudos de casos controlados poderão estabelecer ainda mais o papel desempenhado exatamente pela terapia homeopática em condições cardíacas tão graves. Aqui, tem um viés de seleção, logo que todos os pacientes eram parentes de terapeutas homeopatas e isso poderá ser superado pela realização de um grande agrupamento aleatório no referido estudo controlado. Existem algumas observações feitas comumente na prática homeopática, como o retorno de estados inflamatórios agudos, enquanto ao mesmo tempo há uma melhora das queixas crônicas, as quais ainda precisam ser confirmadas por evidência experimental, apesar da existência de vasto apoio clínico para isso. Esta série é um ponto de partida sobre o qual podemos projetar evidências para mais estudos.

## Agradecimentos

Os autores agradecem a ajuda dos pacientes ao darem o consentimento em publicar os detalhes dos seus casos. L.T. : coleta de dados; rascunho inicial do manuscrito. B.D. e O.M. : coleta de dados. B.J.P. : médico homeopata- coleção de dados; rascunho inicial do manuscrito. S.M. : edição final do manuscrito. G.V. : guia e aprovação final do trabalho.

## Declaração de interesses conflitantes

O (s) autor (es) não declarou nenhum conflito potencial de interesses com respeito à pesquisa, autoria e/ou publicação deste artigo.

## Aprovação ética

Nossa instituição não exige aprovação ética para relato de casos individuais ou séries de casos.

## Financiamento

O (s) autor (es) não recebeu nenhum apoio financeiro para a pesquisa, autoria e / ou publicação deste artigo.

## Consentimento informado

O consentimento informado por escrito foi obtido do(s) paciente(s) por suas informações anônimas a serem publicadas neste artigo.

## ORCID iD

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

## Referências

1. Yeh RW, Sidney S, Chandra M, et al. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2010; 362(23): 2155–2165.
2. World Health Organization. Prevention of recurrences of myocardial infarction and stroke study, [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/) (25 October 2017)
3. Van de Werf F, Bax J, Betriu A, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the task force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European society of cardiology. *Eur Heart J* 2008; 29(23): 2909–2945.
4. Michniewicz E, Mlodawska E, Lopatowska P, et al. Patients with atrial fibrillation and coronary artery disease – double trouble. *Adv Med Sci* 2017; 63(1): 30–35.
5. Keeley EC, Boura JA and Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003; 361(9351): 13–20.
6. Biesbroek PS, Amier RP, Teunissen PFA, et al. Changes in remote myocardial tissue after acute myocardial infarction and its relation to cardiac remodeling: a CMR T1 mapping study. *PLoS ONE* 2017; 12(6): e0180115.
7. Ruparella N, Digby JE, Jefferson A, et al. Myocardial infarction causes inflammation and leukocyte recruitment at remote sites in the myocardium and in the renal glomerulus. *Inflamm Res* 2013; 62(5): 515–525.
8. Bhatt AS, Ambrosy AP and Velazquez EJ. Adverse remodeling and reverse remodeling after myocardial infarction. *Curr Cardiol Rep* 2017; 19(8): 71.
9. Westman PC, Lipinski MJ, Luger D, et al. Inflammation as a driver of adverse left ventricular remodeling after acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2016; 67(17): 2050–2060.
10. Ji Q, Zhao Y, Yuan A, et al. Deficiency of liver-X-receptor- $\alpha$  reduces glucose uptake and worsens post-myocardial infarction remodeling. *Biochem Biophys Res Commun* 2017; 488: 489–495.
11. Estep JD and Aguilar D. Diabetes and heart failure in the postmyocardial infarction patient. *Curr Heart Fail Rep* 2006; 3(4): 164–169.
12. Jung M, Ma Y, Iyer RP, et al. IL-10 improves cardiac remodeling after myocardial infarction by stimulating M2 macrophage polarization and fibroblast activation. *Basic Res Cardiol* 2017; 112(3): 33.
13. Ju CH, Wang XP, Gao CY, et al. Blockade of KCa3.1 attenuates left ventricular remodeling after experimental myocardial infarction. *Cell Physiol Biochem* 2015; 36(4): 1305–1315.
14. Ebelt H, Jungblut M, Zhang Y, et al. Cellular cardiomyoplasty: improvement of left ventricular function correlates with the release of cardioactive cytokines. *Stem Cells* 2006; 25(1): 236–244.
15. Xiong Q, Ye L, Zhang P, et al. Functional consequences of human induced pluripotent stem cell therapy: myocardial ATP turnover rate in the in vivo swine heart with postinfarction remodeling. *Circulation* 2013; 127(9): 997–1008.
16. Zhang YJ, Yang SH, Li MH, et al. Berberine attenuates adverse left ventricular remodeling and cardiac dysfunction after acute myocardial infarction in rats: role of autophagy. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 2014; 41(12): 995–1002.
17. Pereira BLB, Reis PP, Severino FE, et al. Tomato (*Lycopersicon esculentum*) or lycopene supplementation attenuates ventricular remodeling after myocardial infarction through different mechanistic pathways. *J Nutr Biochem* 2017; 46: 117–124.
18. Hrdlicka J, Neckar J, Papousek F, et al. Beneficial effect of continuous normobaric hypoxia on ventricular dilatation in rats with post-infarction heart failure. *Physiol Res* 2016; 65(5): 867–870.
19. Yamaguchi T, Izumi Y, Nakamura Y, et al. Repeated remote ischemic conditioning attenuates left ventricular remodeling via exosome-mediated intercellular communication on chronic heart failure after myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2015; 178: 239–246.
20. Hahnemann S. *Organon of medicine*. 6th ed. New Delhi, India: B.Jain Publishers, 1994.
21. Kent J. *Lectures on homoeopathic philosophy*. New Delhi: B.Jain Publishers, 2002.
22. Vithoulkas G and Tiller W. *The science of homeopathy*. 7th ed. Athens: International Academy of Classical Homeopathy, 2014.
23. Hahnemann S. *Organon der rationellen Heilkunde*. 1st ed. Dresden: In Der Arnoldischen Buchh, 1810.
24. Vithoulkas G. *Levels of health*. Athens: International Academy of Classical Homeopathy, 2017.
25. Mahesh S, Mallappa M and Vithoulkas G. Gangrene: five case studies of gangrene, preventing amputation through homoeopathic therapy. *Indian J Res Homoeopath* 2015; 9(2): 114.
26. Woodcock E and Matkovich S. Cardiomyocytes structure, function and associated pathologies. *Int J Biochem Cell Biol* 2005; 37(9): 1746–1751.
27. George V and Carlino S. The ‘continuum’ of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit* 2010; 16(2): 15.
28. Kivellos S, Mahesh S and Vithoulkas G. Assessing human health-correlation of autoimmune diseases with chemically suppressed acute infections of patient’s past medical history. *J Autoimmune Dis Rheumatol* 2017; 5: 31–38.
29. Kivellos S, Skifti S and Vithoulkas G. EHMTI-0396 Reappearance of high fever on migraine patients, after individualized homeopathic treatment, is a valuable prognostic factor. *J Headache Pain* 2014; 15(suppl 1): M7.

