

Siringomielia Manejada con Homeopatía Clásica: Reporte de un Caso



Elena Rudakova¹, Seema Mahesh²  and George Vithoulkas^{3,4}

Resumen

La siringomielia (SM) con malformación de Chiari es una enfermedad rara con un curso impredecible. La cirugía y otras intervenciones ayudan a reducir la gravedad de los síntomas, pero más del 50 % de los pacientes requieren ser re-operados. La resolución automática es rara en este tipo de SM, y la mayoría de los casos progresan a complicaciones, lo que puede representar una gran carga. La paciente es una mujer rusa de 54 años con SM y malformación de Arnold-Chiari tipo 1, fue tratada con homeopatía clásica individualizada durante más de ocho años con notable mejoría en los signos y síntomas clínicos de la afección y sus comorbilidades. En la resonancia magnética, la siringe se resolvió por completo, lo que confirmó aún más el beneficio de esta terapia. Este caso de SM con malformación de Arnold-Chiari tipo 1 demostró verse beneficiado de la homeopatía clásica individualizada. Es necesaria mayor investigación científica sobre un enfoque homeopático clásico individualizado hacia la SM para establecer su relevancia en esta condición.

Palabras clave

Siringomielia, Malformación de Arnold-Chiari, Homeopatía

Recibido 29 de enero del 2021; **aceptado** el 4 de agosto del 2021

Introducción

La siringomielia (SM) es una enfermedad rara y progresiva de la médula espinal y se presenta con molestias neurológicas de leves a graves, con el quiste intramedular característico, ¹ que ocurre principalmente por causas subyacentes, como las malformaciones de Chiari (MC). ¹ La incidencia de MC es de aproximadamente 3-8/100.000, con un 62% a 80% que presenta SM, ² y muestra una predilección por ciertas ubicaciones geográficas como Rusia. ^{3, 4} Más del 50% de los casos se deben a la malformación de Arnold-Chiari tipo 1, caracterizada por la herniación de las amígdalas cerebelosas a través del foramen magnum, seguida de la incidencia relacionada con traumatismos (25% de los casos), siendo los otros tipos más raros. ¹ ⁵ Se propusieron muchas teorías para explicar la dinámica detrás del desarrollo de SM, incluidas las tres teorías populares de Gardner, Williams y Oldfield. ¹ El hilo común de estas teorías es una alteración en la circulación del líquido

cefalorraquídeo (LCR), resultante de una reabsorción aberrante, un bloqueo mecánico de la circulación o un trastorno de la movilidad de la médula espinal. ¹ La SM se clasifica en tipos comunicantes, no comunicantes, atróficos y neoplásicos. Esta clasificación ayuda a decidir si la derivación, la cirugía o el tratamiento conservador es la mejor opción. ⁶ La comprensión de la fisiopatología de la SM sigue siendo irregular, lo que hace que su diagnóstico y tratamiento sean un desafío. ⁷ El diagnóstico de SM se realiza mediante la apreciación de la cavidad llena de líquido en la médula espinal relacionada con la alteración de la circulación del LCR, la inmovilización de la médula o un tumor intramedular. ⁷ Los síntomas resultan de la hernia de las amígdalas cerebelosas o de la compresión de los nervios. Los síntomas más comunes en SM con MC son dolor de cabeza, mareos, insomnio, debilidad en las extremidades superiores, dolor de cuello, entumecimiento y hormigueo en las extremidades y otros síntomas neurológicos. ⁸ La gravedad depende del tamaño y duración de la siringe. Los casos que progresan

rápidamente muestran síntomas más graves que los casos que progresan lentamente durante muchos años.⁴ El manejo es conservador cuando los síntomas neurológicos están ausentes o son leves. Sin embargo, la mayoría de los pacientes presentan progresión de la enfermedad con el tratamiento conservador.¹ Cuando los síntomas son graves, se puede ofrecer al paciente cirugía/derivación/corpectomía/neuroconstrucción celular, dependiendo de la causa subyacente.¹ La estabilización de los síntomas neurológicos y la mejora del estado general son los objetivos del tratamiento.² La cirugía es efectiva en la mayoría de los casos, pero más del 50% de los pacientes requieren una nueva operación en algún momento.¹ La resolución automática de SM rara vez se informa y, a veces, la resolución automática no se asocia con ninguna diferencia en los síntomas clínicos.⁹

Presentamos un caso raro de SM con malformación de Arnold Chiari tipo 1 que progresó considerablemente hasta la aplicación del tratamiento homeopático clásico, y retrocedió bajo esta terapia a lo largo de los años. También se vio un beneficio en las comorbilidades. La literatura no arrojó ningún otro caso similar donde SM se benefició de la homeopatía.

Presentación del caso

La paciente es una mujer rusa, médica (radióloga), tenía 54 años cuando se presentó a una consulta homeopática en junio de 2012. El diagnóstico se realizó en 2006 mediante una resonancia magnética, pero no recibió ningún medicamento o terapia.

Principales afecciones del paciente

La paciente tenía quejas neurológicas severas en el momento de la consulta homeopática, incluyendo dolor, ardor y hormigueo en el dorso de las manos; dolores agudos en las primeras articulaciones metacarpo falángicas; y frialdad de las manos. Dejaba caer las cosas de repente y no podía sentir cómo se le caían de las manos. Había dolor debajo de la escápula derecha, en las regiones lumbar y sacra, y en los pies. Experimentó

incontinencia de orina al reír o toser e informó un ruido pulsátil en la cabeza.

Otras quejas

Otras quejas incluyen grietas sangrantes profundas en las yemas de los dedos del paciente cada invierno; sofocos de calor, perturbando su sueño; sequedad en la vagina; dolor en la región epigástrica y umbilical con sensación de hinchazón; y acné profundo en la cara.

Historial cronológico de las quejas

En 1995, la paciente desarrolló vértigo y dolor en las manos. También desarrolló hormigueo y ardor en áreas lineales en la parte superior de los brazos, antebrazos y dorso de las manos. El dolor en las primeras articulaciones metacarpo falángicas aumentó tanto que a veces no podía mover la sonda de ultrasonido. Empezó a dejar caer cosas de repente con insensibilidad. Una resonancia magnética en 2006 condujo al diagnóstico de SM. El neurólogo le dijo que evitara actividades como levantar pesas y hacer abdominales, pero no le dio terapia/medicamentos. Dejó de visitar a un quiropráctico. Ocasionalmente se realizaron resonancias magnéticas de seguimiento.

Historial médico del paciente

El paciente sufrió hepatitis a la edad de tres años, amigdalitis recurrente y dolores gástricos ocasionales en la infancia, y posteriormente desarrolló traqueítis recurrente con fiebre alta, que continuaba presentándose en intervalos en el momento de la consulta. Fue tratada principalmente con antibióticos para estas infecciones. A los 20 años de edad, una gastroscopia no reveló gastritis, pero sí un aumento de la motilidad del estómago. A la edad de 46 años fue tratada con litotricia por cólico renal izquierdo. A los 52 años, tuvo neumonía y le dieron antibióticos. Todavía sufría gripes ocasionales con fiebre alta. Tenía dolor en la región sacra desde los 34 años y estaba visitando a un quiropráctico por este problema. Tenía acné desde la pubertad.

Historial ginecológico y obstétrico

La paciente alcanzó la menarquia a la edad de 13 años. Tuvo dos hijos sin complicaciones. Se sometió a electrocoagulación por erosión del cuello uterino a la edad de 22 años y tratamiento con láser por leucoplasia del cuello uterino a los 45 años. Desde abril de 2011 presentaba síntomas menopáusicos y el examen citológico de la vagina mostró atrofia de la mucosa. Se aplicó crema de estrógenos según lo recomendado por el ginecólogo, pero dejó de hacerlo porque se le hincharon los senos.

Historial familiar

El padre del paciente era hipertenso y falleció por rotura de aneurisma de aorta abdominal a la edad de 82 años. Su madre tuvo un infarto cerebral a la edad de 65 años, hipertensión y demencia vascular. Murió a la edad de 76 años.

Diagnóstico

La paciente fue diagnosticada con SM con malformación de Arnold-Chiari tipo 1 (ICD10: G95.0).¹⁰

Resonancia magnética: columna cervical y torácica superior el 15 de febrero de 2006 (Figura 1)

Hay una cavidad hidromiélica en la médula espinal que se extiende desde el nivel de la vértebra C3 hasta la T1. El diámetro máximo de la cavidad es de 5 mm. La médula espinal por debajo de este nivel tiene un diámetro y una estructura normales. La altura del cuerpo vertebral es normal y no hay lesiones focales.

Hay enderezamiento de la lordosis cervical con formación de cifosis patológica. Hay disminución de la intensidad de la señal de los discos intervertebrales de la columna cervical (evidencia de deshidratación). Hay protuberancias del disco central dorsal, de hasta 3 mm de tamaño, con estrechamiento foraminal intervertebral leve a nivel de C4-C5 y C5-C6. Hay una hernia de disco circunferencial (4 mm dorsalmente) con signos de

estrechamiento foraminal intervertebral en ambos lados (principalmente en el derecho) a nivel de C6-C7.

Hay descenso de las amígdalas cerebelosas por debajo del agujero magno (se recomienda una resonancia magnética del cerebro).

Hidromielia a nivel de C3-T1. Osteocondrosis de la columna cervical y torácica superior. Hernia de disco en C6-C7.

Resonancia magnética: cerebro y arterias intracraneales el 15 de marzo de 2006

Las estructuras de la línea media no están desplazadas. El tamaño de los ventrículos es normal. Hay asimetría leve de los ventrículos laterales (Sinister > Dexter). No hay lesiones focales en el cerebro. Los espacios subaracnoideos no están ensanchados. El tamaño de la hipófisis es normal. Las estructuras del tallo están dentro de los límites normales. Las amígdalas cerebelosas se extienden 5 mm por debajo de la línea de Chamberlain. Los senos paranasales están llenos de aire. La angiografía por RM de las arterias intracraneales no mostró ninguna evidencia de oclusión o aneurisma de malformaciones arteriovenosas.

No hay lesiones focales en la materia cerebral. Una resonancia magnética repetida en julio de 2008 mostró progresión de la enfermedad.

Resonancia magnética: cerebro y columna cervical el 22 de julio de 2008

La resonancia magnética del cerebro muestra una pequeña lesión híper intensa y única (hasta 3 mm) en la sustancia blanca del lóbulo frontal izquierdo cerca de la asta anterior del ventrículo lateral. Una segunda lesión pequeña se encuentra en el límite entre la corteza y la sustancia blanca en el hemisferio cerebeloso izquierdo. No se identifican otras lesiones ocupantes de espacio o sitios de señal de

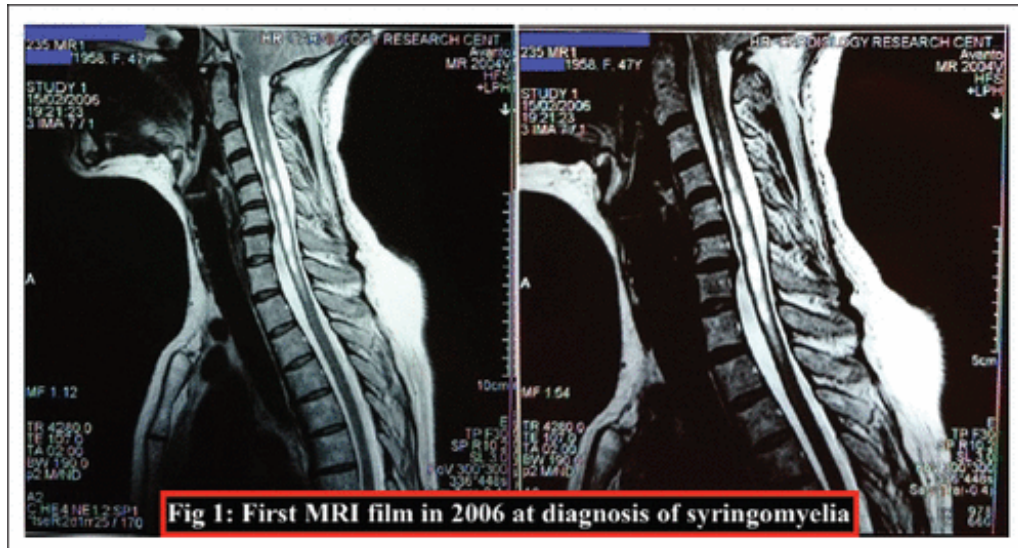


Fig 1: First MRI film in 2006 at diagnosis of syringomyelia

Figura 1. Primera resonancia magnética en 2006 con Diagnóstico de siringomielia.

Resonancia Magnética (RM) patológica. Hay ensanchamiento de los espacios peri vasculares de Virchow-Robin. Las estructuras de la línea media no están desplazadas. Los ventrículos tienen una posición, forma y tamaño normales. Los ventrículos laterales son asimétricos (Sinister > Dexter). Las cisternas basales cerebrales son normales. El espacio subaracnoideo externo tiene un ancho desigual a lo largo de la superficie convexa del hemisferio cerebral; está ligeramente dilatada en las áreas frontal-parietal y normal en otras áreas. Hay ectopia de amígdalas cerebelosas, no más de 6 mm a las partes posteriores del foramen magnum. Los senos paranasales están llenos de aire.

La angiografía por RM de los vasos cerebrales no muestra tortuosidades patológicas, deformidades o dilataciones de las arterias, y las luces de los vasos son homogéneas.

Malformación de Arnold-Chiari tipo I.

Signos de encefalopatía vascular

La resonancia magnética de la columna cervical mostró que el quiste siringomielial encontrado en investigaciones anteriores ahora se extiende desde el nivel de C3 hasta la parte superior del cuerpo vertebral de T3. La forma y estructura del quiste (formado por varios quistes confluentes con septos) es igual a una investigación previa del 5 de diciembre de 2006. El diámetro máximo es de hasta

7 mm a nivel de la vértebra C7. El contorno del quiste en el borde con la parte normal de la médula espinal es "agudo", una variante de una cavidad con baja presión. El hemangioma en la parte posterior de la vértebra C7 es del mismo tamaño y forma. Signos de osteocondrosis a nivel de las vértebras C4-C7 con cambios patológicos máximos (hernia de disco posterior) a nivel de las vértebras C6-C7.

SM a nivel de las vértebras C3-T3. Osteocondrosis de la columna cervical. Hemangioma de vértebra C7.

Diagnóstico diferencial

La SM puede confundirse con trastornos neuropáticos, como la neuropatía diabética, y otros trastornos neurológicos más comunes, como el síndrome de Guillain-Barré, la esclerosis lateral amiotrófica y la esclerosis múltiple. ¹¹ El diagnóstico se confirmó en una resonancia magnética del cerebro y la médula espinal.

Consulta homeopática

La paciente buscó una consulta homeopática el 24 de junio del 2012. Sus síntomas neurológicos habían escalado a la lista mencionada anteriormente. También tenía síntomas de menopausia y dermatitis. Las prescripciones homeopáticas consideran la totalidad de los síntomas y no sólo los del SM.

Figura 2. Repertorización de los Síntomas en la Presentación a Homeopatía.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
	alibi-	pule-	riam-	dra-	causa-	culo-	sup-	phob-	ly-c-	riax-y-	laci-	hac-	riax-y-	apoc-	rih-ge-	ghe-	dy-	onco-	givi-	graph-	kar-c-	plac-	fer-	con-	gyn-	maco-	biac-o-	fraco-	alk-	mad-	atropi-	zinc-	er-
1. Panel de síntomas 1	41	40	38	33	37	38	35	35	33	28	28	25	25	27	24	23	22	21	20	24	23	22	20	17	22	21	19	18	17	17	18	21	
1. EXTREMIDADES - DOLOR - Manos - movimiento - agr.	(12) 1	1					1																										
2. EXTREMIDADES - HORMIGUEO - Manos	(52) 1	2	1	1	1		1	1	1	1	1			3		1	1	1	1	2		2				1							
3. EXTREMIDADES - DOLOR - Manos - ardiente	(90) 1	3	2	1	2		2	2	2	1	1	1		2	2	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	3	2	1	3	
4. EXTREMIDADES - FRIALDAD - Manos	(252) 1	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	3	3	1	3	1	2	3	1	2	1	2	2	
5. EXTREMIDADES - TORPEZA - Manos - deja caer cosas	(23) 1	2		2			1			1	2	1				3	1	1					2										
6. EXTREMIDADES - AGRIETADA; PIEL - Dedos de la mano	(43) 1	3		1	3	2	3	2	1	1			1		2	1			2	1		2	1			2	1	1	1	1	1	1	
7. CARA - HORMIGUEO	(53) 1	1					1				1	1	1	2	2		1		1			3	1	1	1	1						1	
8. EXTREMIDADES - DOLOR - Pies - caminar - agr.	(29) 1	1	1	1	1												1						1			1	1						
9. ABDOMEN - DISTENSIÓN	(280) 1	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	1	2	3	3	2	1	2	2	3	
10. ABDOMEN - DOLOR - punzante; dolor	(140) 1	3	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	
11. ESTÓMAGO - DOLOR - comer - después de - agr.	(131) 1	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	3	2	3	2	2		1	1	
12. CARA - ERUPCIONES - pústulas	(73) 1	1	1		2	2	2		1	1	1	3	3		2				1	1	1		2		2		1						
13. VEJIGA - MICCIÓN - involuntaria - tos agr.; durante la	(64) 1	1	4	1	1	4	2	3	3	2	3	1	2	1	1	3	2		2		1	1	1	1							1	2	
14. FEMENINO; GENITAL/SEXO - SEQUEDAD - Vagina	(24) 1	1	1	1	2		1	3		3		2		2		1			1	2			2										
15. ESPALDA - DOLOR - Dorsal; región - Escápulas - Debajo de las - derecha	(31) 1							1		1							1							1									
16. ESPALDA - DOLOR - Lumbar; región	(280) 1	3	3	2	1	2	3	3	3	1	3	2	1	3	1	2	2	3	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2	
17. ESPALDA - DOLOR - Sacra; región	(192) 1	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	
18. GENERALES - CALOR - oleadas de	(219) 1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	1	1	3	3	2	3	3	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	
19. MENTE - ANSIEDAD - familia; por su	(14) 1	1			1				1	1			1						2			1											
20. MENTE - MIEDO - sucederá algo; de que - familia; a su	(4) 1				1																												
21. MENTE - MIEDO - fantasmas; de los	(38) 1	2	2	1	2	2	1	1	3	3			1	1	2				1		1	2			1				2		1	1	
22. MENTE - MIEDO - estrecho; en un lugar	(41) 1	1	2	1	1		2	1	1		2	1	1		3			1	1		1		1		3				1	1			
23. MENTE - REVISA - dos o más veces; debe revisar	(5) 1				1	1																											
24. MENTE - COMPASIVO	(40) 1	1	1	2		2	1	1	3	1	2	1		1	2			1		1				1		1	2		1	1			
25. MENTE - INJUSTICIA; NO TOLERA LA	(37) 1	1	2	2	1	3	1	1	1	1		1		1					1		1				1				1	3			
26. MENTE - LLANTO - fácil	(24) 1		3	2		3	2					2	1						1				2		1		1						

Esto se extiende al sufrimiento mental/emocional del paciente. Una historia detallada reveló que ella sufrió eventos repetidos que le causaron dolor en el pasado. Experimentó un miedo severo de que algo malo le sucediera a su familia y murieran. Ella temía las llamadas telefónicas anticipando malas noticias. Tenía episodios repentinos de miedo, pensando que había perdido algo, como las llaves de su auto. Solía comprobar y volver a comprobar si cerraba las puertas y los grifos.

Este tipo específico de ansiedad y pérdida de memoria, junto con la historia de duelo y con los problemas físicos en el sistema nervioso, indicó el remedio homeopático *Causticum hahnemanni* (Figura 2).¹²

Prescripción

Causticum 30 CH, Toma única

La justificación detrás de la prescripción de *Causticum* es que la patología primaria en un paciente que necesita *Causticum* es un duelo prolongado, que debilita el sistema inmunológico. Un paciente en tal condición muestra distracción y nerviosismo. *Causticum* también tiene este síntoma de tener extrema intolerancia a la injusticia por sentir demasiada empatía por los demás. Además, el agrietamiento de la piel y la frialdad de las manos son parte de su

experimentación. El síntoma de micción involuntaria al toser es un sello distintivo de *Causticum*.

Seguimiento

Después del remedio, el dolor en las manos de la paciente con sensaciones de hormigueo y ardor aumentó durante un período de tiempo (lo que se denomina "agravación terapéutica" en homeopatía), pero las manos dejaron de ser heladas y, a veces, sentía calor en las manos. Los sofocos de calor aumentaron durante un período de tiempo. Su nivel de energía mejoró. Su estado de ánimo mejoró y su ansiedad disminuyó.

Este caso tuvo un largo seguimiento de ocho años con constantes altibajos. Recibió *Causticum* en diferentes potencias de vez en cuando cada vez que los síntomas empeoraban, con buenos efectos la mayor parte del tiempo. También recibió *Causticum* para episodios agudos, como la neuralgia del trigémino. Pocos otros remedios se le dieron cuando tenía enfermedades inflamatorias agudas, como resfriado común, otitis media aguda, infección respiratoria e infección intestinal. Le dieron *Mercurius Solubilis*, *Arsenicum Album*, *Graphites*, *Eupatorium Perfoliatum* y *Gelsemium Sempervirens* para estos. La otitis no respondió a *Graphites*, y usó gotas antibióticas para los oídos y esteroides. Ella también sufrió múltiples

traumatismos y fracturas durante estos ocho años, a pesar de que no había algún déficit evidente en su equilibrio, y se le dio Rhus Toxicodendron, Ruta Graveolens, y Árnica Montana según sea necesario. También recibió antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para los traumatismos. Tuvo una vez un dolor severo en la región sacra que se extendía hasta la cadera, el muslo y la rodilla. Luego le dieron meloxicam (AINE) e inyecciones de vitaminas B1, B6 y B12. Estos tratamientos intercalados con sus principales dolencias aliviaron los episodios incidentales. Sin embargo, el pilar de su tratamiento fue Causticum, y casi siempre alivió sus síntomas principales. Esto es típico en un caso crónico continuo con tratamiento homeopático clásico, que puede surgir la necesidad de diferentes remedios durante las enfermedades agudas, pero puede ser necesario repetir el mismo remedio para la condición crónica después de tales episodios para que el caso avance en la dirección correcta.

Se le dejaron de caer las cosas y el dolor en sus manos se redujo. Trabajó con más libertad. El hormigueo, el ardor y el frío en las manos desaparecieron, y desaparecieron también las profundas grietas en los dedos. El acné se volvió menos severo. La ansiedad por la familia era menos intensa. Dejó de comprobar las cosas con tanta frecuencia. La parestesia en las pantorrillas, que

experimentaba desde mayo de 2019, había disminuido durante varios días después del último remedio, pero recayó después de una semana. Persistía la sequedad en los ojos que había aparecido ocasionalmente desde marzo de 2014. Los sofocos de calor persistieron. El sueño seguía siendo deficiente, se despertaba tres o cuatro veces durante la noche, pero se podía volver a dormir más fácilmente.

Sus condiciones inflamatorias agudas a lo largo de los años se volvieron más leves que antes de comenzar con la homeopatía.

Cuando se le pidió que repitiera la resonancia magnética del cerebro para el análisis final, la paciente se negó porque estaba gravemente afectada por el procedimiento y, en sus propias palabras, "Estoy sana, soy joven y hermosa y nunca más tendré que hacerme una resonancia magnética".

Los cambios en la resonancia magnética se presentan en la Figura 3 y Tabla 1. En particular, la cavidad de la siringe aumentó de tamaño de 2006 a 2008, retrocedió progresivamente después del comienzo del tratamiento homeopático, con una obliteración completa de la cavidad en la última resonancia magnética de marzo de 2022.



Figura 3. Resonancia magnética comparando del 2008 a 2020.

Tabla 1. Evolución en la resonancia magnética de 2008 a 2020

Fecha	RMI del cerebro	RMI Columna vertebral
-------	-----------------	-----------------------

23 de Abril del
2015

<p>Pequeñas áreas únicas de señal de RM hipertensa localizadas en las áreas frontal-parietal y para ventricular en ambos lados.</p> <p>El diámetro máximo de la lesión es de 2,7 mm. En el área subcortical del hemisferio cerebral derecho en contra de los espacios peri vasculares dilatados, hay un grupo de quistes de diferentes calibres con contenido homogéneo de hasta 4mm en tamaño. No hay áreas peri focales alrededor de la lesión, y no ejercen un efecto en las estructuras adyacentes del cerebro. No hay cambios isquémicos recientes en la difusión de las imágenes ponderadas.</p> <p>Los ventrículos laterales son asimétricos, el lado izquierdo lateral del ventrículo es ligeramente más amplio.</p> <p>El espacio subaracnoideo a lo largo de los hemisferios del cerebro es ligeramente más dilatado en las áreas frontal-parietal y es normal en las otras áreas.</p> <p>Hay ectopia de las tonsilas cerebrales a la parte posterior de las partes del agujero occipital de no más de 5mm.</p> <p>El tabique nasal está desviado.</p> <p>Hay un incremento moderado en el número de lesiones comparado con la investigación del Julio del 2022 del 2008.</p> <p>Conclusión:</p> <p>Hay una imagen de resonancia magnética escoliótica leve de malformación de Arnold-Chiari tipo</p>	<p>Mejoría marcada en comparación con la investigación en julio 22, 2008-en ausencia de quistes de siringomielia. Hay una dilatación local del canal central a nivel de los lados de las vértebras C2 y C3 (hasta 1,6 mm de dimensión anteroposterior, 6,7 mm El diámetro máximo de la lesión es de 2,7 mm. y 14 mm de longitud, respectivamente). La altura del cuerpo vertebral es normal. La señal RM de su estructura es alterada por los cambios de la distrofia degenerativa con osteofitos posteriores marginales.</p> <p>Hay una señal de RM hipertensa en la parte posterior de la vértebra: un hemangioma del mismo tamaño y forma. Hay lesiones con las mimas características de señal en el cuerpo de la vértebra C6 (5x3 mm en tamaño) y en el cuerpo de la vértebra C4 (9x5 mm en tamaño)</p> <p>La señal RM de todos los discos es reducido en las imágenes ponderadas T2. Hay reducción del peso del disco a nivel de las vértebras C4 y C7.</p> <p>Hay un estrechamiento del receso lateral derecho con una de la raíz debido a la protrusión del disco hasta 3mm y un osteofito marginal posterior a nivel de la vértebra C6-C7.</p> <p>Hay una induración del ligamento amarillo a nivel de la C6-C7.</p> <p>Hay una desviación escoliótica en la longitud del axis, la lordosis cervical esta enderezada.</p> <p>La curva cifótica torácica esta incrementada.</p> <p>Hay una ligera deformidad en forma de cuña en la vértebra T7. La señal RM de su estructura esta alterada por deshidratación.</p> <p>Conclusión:</p> <p>Alteración del estado de la columna cervical y torácica.</p> <p>Osteocondrosis y espondilosis de columna con los mayores cambios a nivel del segmento vertebral C6-C7 (con protrusión discal para mediana derecha y compresión radicular). Hidromielia a nivel de las vértebras C2 y C3. Hay una mejora notable en comparación con la investigación del 22 de julio de 2008, los quistes de siringomielia previamente visualizados.</p>
--	---

Octubre 31 del
2017

<p>La cantidad y el tamaño de las lesiones de la sustancia blanca peri ventricular de las áreas frontal-parietal son las mismas que la investigación del 23 de abril del 2015.</p> <p>Persiste un ensanchamiento de los espacios peri vasculares de Virchow-Robin con una visualización de la dilatación de un quiste de hasta 4mm en el lado derecho.</p> <p>Los ventrículos laterales permanecen asimétricos, el ventrículo izquierdo es ligeramente más amplio.</p> <p>El espacio subaracnoideo externo junto con la superficie convexa del hemisferio cerebral es desigual en anchura (ligeramente dilatado en las áreas frontal-parietal y normal en otras áreas. Hay una ectopia de las amígdalas cerebrales a la parte posterior del agujero occipital de no más de 5mm como antes.</p> <p>Conclusión:</p> <p>La RMI muestra la imagen de malformación tipo I de Arnold Chiari.</p> <p>Signos de microangiopatía sin cambios negativos comparados a la investigación del 23 de abril del 2015.</p>	<p>Dilatación persiste del canal central al nivel de las vértebras C2 y C3. La longitud de la parte dilatada es la misma que la vértebra del nivel C2 (6.7 mm) y es menor que el nivel de la vértebra C3 en 6.2 mm (comparado con 14 mm en la investigación previa).</p> <p>El hemangioma en la parte derecha de la vértebra C4 tiene de tamaño 8x5 mm, y el hemangioma de la parte posterior derecha de la vértebra C7 tiene de tamaño 10x7 mm, en cual no creció con la radiografía previa, y hay una pequeña lesión en la vértebra C6.</p> <p>Signos de osteocondrosis a nivel de las vértebras C4-C7 con un cambio más grande en el nivel de las vértebras C6-C7.</p> <p>Abultamiento desigual del disco en el semicírculo posterior con un abultamiento derecho de hasta 3 mm y agrandamiento del agujero intervertebral derecho.</p> <p>Pronunciada curva torácica cifótica. Hay una leve desviación escoliótica longitudinal en el axis. La altura del cuerpo vertebral es normal. La señal de la RM desde el cuerpo vertebral esta alterada por cambios degenerativos. La señal RM desde los discos está alterada por deshidratación. No hay protrusiones dorsales del disco.</p> <p>Conclusión</p> <p>Osteocondrosis de columna cervical y torácica con los mayores cambios a nivel del segmento vertebral C6-C7 (protrusión discal para mediana posterior derecha). Hidromielia a nivel de las vértebras C2 y C3. Hemangiomas en cuerpos vertebrales C4, C6 y C7. Una alteración de la estática de la columna vertebral. No hay cambios negativos en comparación con la investigación del 23 de abril de 2015.</p>
<p>No se realizó</p>	<p>A nivel de la vértebra C2, el canal central de la médula espinal se visualiza hasta 1 mm de ancho en la longitud de 6 mm. El canal central en todas las demás partes de la región cervical y torácica no está dilatado. No hay quistes en la médula espinal. La altura del cuerpo vertebral es normal. Los contornos del cuerpo vertebral están deformados debido a los osteofitos (los osteofitos marginales anteriores en la columna torácica media son los más prominentes). La intensidad de la señal de los cuerpos vertebrales es heterogénea debido a los cambios degenerativos en la médula. Hay áreas</p>

25 de marzo del
2020

	<p>de acumulación de tejido graso (hipo intenso en el modo STIR) en los cuerpos vertebrales C4, C7 y T6. Hay una disminución de la intensidad de la señal de los discos intervertebrales de la columna cervical y torácica debido a la deshidratación. Hay protuberancias del disco dorsal sobre una base ancha a nivel de C6-C7 (3,5 mm), C4-C5, C5-C6 (hasta 3 mm), lo que provoca un estrechamiento foraminal intervertebral moderado. Hay una hipertrofia moderada del ligamento amarillo a nivel de C6C7, lo que lleva a una deformidad del saco dual en la parte dorsal.</p> <p>Conclusión: No hay lesiones focales, quistes o ensanchamiento significativo del canal central de la médula espinal. Osteocondrosis o espondiloartrosis de la columna cervical y torácica</p>
--	--

Tabla 2. Criterios de Naranjo modificados para evaluar la atribución causal del resultado clínico a la intervención homeopática

Criterio	Sí	No	No seguro/NA	Caso
1. ¿Hubo una mejora en el principal síntoma o condición para la cual se recetó el medicamento homeopático?	2	-1	0	2
2. ¿Ocurrió la mejoría clínica dentro de un marco de tiempo plausible en relación con la ingesta del fármaco?	1	-2	0	1
3. ¿Hubo un agravamiento inicial de los síntomas?	1	0	0	1
4. ¿El efecto abarcó más que el síntoma o condición principal, es decir, ¿hubo otros síntomas que finalmente mejoraron o cambiaron?	1	0	0	1
5. ¿Mejó el bienestar general?	1	0	0	1
6. (A) Dirección de curación: ¿Mejoraron algunos síntomas en el orden opuesto del desarrollo de los síntomas de la enfermedad?	1	0	0	0
7. (B) Dirección de curación: ¿Se aplicaron al menos dos de los siguientes aspectos al orden de la mejoría de los síntomas? Órganos de mayor importancia a los de menor importancia, de más profundo a los aspectos más superficiales del individuo, y de arriba hacia abajo.	1	0	0	1
8. ¿Tenía “síntomas antiguos” (definidos como síntomas no estacionales y no cíclicos que no habían sido resueltos) que reaparecieron temporalmente durante el curso de la mejoría?	1	0	0	1
9. ¿Existen causas alternativas (aparte del medicamento) que con alta probabilidad podrían haber causado mejoría? (considere el curso conocido de la enfermedad, otras formas de tratamiento y otras intervenciones clínicamente relevantes)	-3	1	0	1
10. ¿Se confirmó la mejora de la salud mediante alguna evidencia objetiva? (En este caso resonancia magnética)	2	0	0	2
11. ¿La repetición de la dosis, si se llevó a cabo, generó una mejoría clínica similar?	1	0	0	1
Total				12

Nota: El puntaje de causalidad es alto para el tratamiento de este caso, asumiendo que los efectos fueron en realidad atribuidos al tratamiento homeopático.

Figura 4. Dirección de curación como se ve en los informes de MRI.

2006: Hallazgos iniciales

Siringomielia: Hidromielia a nivel de C3-T1
Diámetro de cavidad de 5mm
Osteocondrosis y espondiloartrosis de las cervicales y espina torácica superior.
Hernia de disco en C6-C7



2008: Evolución de la enfermedad

Siringomielia: Malformación tipo I Arnold-Chiari
Diámetro máximo es de hasta 7mm a nivel de la vértebra C7; siringomielia en el nivel de la vértebra C3-T3
Encefalopatía vascular: única, pequeña (hasta 3mm) lesión hiper-intensa en la masa blanca del lóbulo frontal izquierdo cerca del cuerno del ventrículo lateral. La segunda pequeña lesión está en el borde entre la corteza y la masa blanca en el hemisferio del cerebelo izquierdo.
Espondiloartrosis/Osteocondrosis de la espina cervical.
Hemangioma de la vértebra C7.



Escalada de la condición neurológica

**Inicio del tratamiento homeopático
En el 2012**

2015: Mejora de la condición neurológica, pero persisten los problemas músculo esqueléticos.

Siringomielia: Marcada mejora compara con la investigación del 22 de julio del 2008 – ausencia de quistes siringomielias, dilatación local del canal central en el nivel C2 y C3 de las vértebras (hasta 1.6 mm in una dimensión anteroposterior, 6.7 mm y 14 mm de altura respectivamente).
Espondiloartrosis/Osteocondrosis de la espina cervical con el mayor cambio al nivel de la vértebra C6 y C7 (con protrusión en el disco para mediano y compresión en la raíz).
Hemangioma de la vértebra C7 persiste.



2017: Mayor mejora de la condición neurológica con ligera agravación de las cuestiones músculo esqueléticas

Siringomielia: Dilatación del canal central de las vértebras C2 y C3. La altura de las partes dilatadas son las mismas a nivel de la vértebra C2 (6.7 mm) y menor a nivel de la vértebra C3 – 6.2 mm (comparado con la investigación previa).
Espondiloartrosis/Osteocondrosis de la columna vertebral y torácica con el mayor cambio a nivel de las vértebras C6-C7.
Hemangioma en los cuerpos de las vértebras C4, C6 y C7.



2020: Resolución de la patología neurológica con mayor incremento en cuestiones músculo esqueléticas.

Siringomielia: A nivel de la vértebra C2, el canal central de la médula espinal es visualizado hasta 1 mm de longitud con 6 mm de altura. No hay quistes en la médula espinal.
Osteocondrosis y espondiloartrosis: protrusión del disco dorsal en el nivel de C6C7 (3.5 mm) C4-, C5, C6 (hasta 3 mm) causando moderado estrechamiento intervertebral.
Hemangioma: sin mencionar.

Observamos que hay un cambio constante desde la predominancia neurológica a la predominancia de la patología músculo esquelética en la RMI del paciente. Lo cual está en concordancia con la dirección de curación de acuerdo a los principios homeopáticos.

Discusión

En este caso de SM con MC tipo 1, la homeopatía individualizada clásica fue beneficiosa, como se aprecia en la resonancia magnética, y la resolución completa de la siringe fue evidente. Los signos y síntomas clínicos de SM mejoraron junto con la ansiedad paralizante que sufría. También hubo una mejora notable en su memoria, dermatitis y acné. Las frecuentes infecciones con fiebre alta también se

suavizaron después del tratamiento. La puntuación de causalidad en los criterios modificados de Naranjo para evaluar la atribución causal del resultado clínico a la intervención homeopática fue de 12 (Tabla 2).

La teoría de los Niveles de Salud 13 explica que un paciente que nace con un “nivel de salud” más alto generalmente tiene un buen pronóstico a pesar de los diagnósticos graves. Esta teoría proporciona métodos tangibles para categorizar el nivel de salud

de un paciente. A pesar de tener una condición neurológica crónica, nuestra paciente generaba fiebres altas durante los episodios agudos, indicativo de que su estado de salud era superior y de buen pronóstico. En consecuencia, se apreciaron profundos cambios positivos en los seguimientos, y se procedió en la dirección correcta de acuerdo con las leyes homeopáticas (Figura 4). Pasó de una patología más profunda de la médula espinal (sistema nervioso) a una patología predominantemente vertebral (sistema musculoesquelético), es decir, de SM a espondiloartritis. Si bien esto puede seguir molestando al paciente y requerir tratamiento, la limitación es mucho más superficial. Este efecto se demostró en otros casos con patología grave, con capacidad concomitante para inducir fiebre alta durante infecciones agudas. ¹⁴ Sin embargo, tal respuesta puede no esperarse en todos los casos.

El remedio homeopático *Causticum hahnemanni* está indicado en condiciones neurológicas profundas, ansiedad, depresión y problemas de memoria. ¹² La homeopatía clásica exhibió previamente efectos clínicos en patologías profundas, ¹⁴ pero los efectos de *Causticum* son limitados en la literatura publicada.

La limitación aquí fue la imposibilidad de demostrar algún efecto farmacológico del remedio porque la homeopatía no actúa sobre la materia sino sobre los campos energéticos del organismo, ¹⁵ perspectiva aún no demostrada experimentalmente. También existe una posibilidad remota de auto resolución, como se ve en casos raros de SM con MC, ⁹ que era poco probable porque nuestro caso estaba en un camino patológico progresivo en el momento de la consulta homeopática.

Conclusión

Este caso de SM con malformación de Arnold-Chiari tipo I se benefició de la homeopatía clásica individualizada, como se ve en los informes de resonancia magnética y se aprecia en los signos y síntomas clínicos. Existe la necesidad de investigar científicamente el enfoque individualizado de los casos de SM.

Expresiones de gratitud

Los autores agradecen a Aishwarya Madhusudhan por el apoyo técnico.

Contribución de los autores

ER fue el médico de cabecera que trató al paciente y que obtuvo y analizó los datos para el estudio. SM analizó los datos, escribió el manuscrito y obtuvo las referencias. GV fue el guía, aprobador final y garante del trabajo. Todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito.

Declaración de ética

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de este informe de caso y las imágenes que lo acompañan.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declararon no tener ningún conflicto de interés potencial con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Financiamiento

Los autores no recibieron apoyo financiero para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

ID de ORCID

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

Referencias

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, Kutchaeva, G. *Syringomyelia*. Moscow: Meditsina 1989: 5–150.
4. Bogdanov, E, 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, 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, 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. ICD-10:, World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision, 2nd ed. Geneva. World Health Organization, 2004.

11. Al-Shatoury, HAH, Galhom, AA, Luzzio, C. Syringomyelia differential diagnoses. In: Selim R. Benbadis and Francisco Talavera (eds.), *Syringomyelia*. New York: WebMD LLC, 2017.

12. Vithoulkas, G. *Materia medica viva* Alonissos. Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2001.

13. Vithoulkas, G. *Levels of health* (3rd revised edition) Alonissos. Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2019.

14. Mahesh, S, Mallappa, M, Vithoulkas, G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res* 2018; 25(2): 117–121.

15. Vithoulkas, G, 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.