

Tratamento individualizado de Edema Ósseo Medular do joelho com auxílio da Homeopatia Clássica: Um relato de dois casos

Dionys Tsintzas, Seema Mahesh, George Vithoukas

Primeira publicação em 12 de fevereiro de 2020, Relato de Caso

<https://doi.org/10.1177/1179547620904896>

Resumo

Histórico:

Lesões por edema na medula óssea, ao redor do joelho, são resultados comuns na ressonância magnética. Elas representam um componente central de uma grande variedade de condições, inflamatórias e não inflamatórias, que afetam a articulação do joelho. Essas lesões são não somente uma causa significativa de dor, mas também estão associadas a muitas doenças musculoesqueléticas.

Relato de caso:

Descrevemos dois casos de edema ósseo medular da articulação do joelho tratados com auxílio da Homeopatia Clássica. Em ambos os casos, *Arnica montana* foi o remédio homeopático escolhido.

Conclusões:

Os resultados do tratamento são promissores, encorajando mais pesquisas nesta área.

Palavras-chave: *Arnica*, medula óssea, homeopatia, joelho, edema

Introdução

Wilston et al¹ introduziu o termo “edema ósseo medular” (BME) para descrever a hiperintensidade imprecisa da medula óssea em imagens de ressonância magnética ponderadas em T2 (tempo de relaxação transversal) de pacientes que sofrem de dores no joelho e no quadril. O termo específico foi usado pela falta de um termo melhor e para enfatizar o caráter genérico da condição.

A causa do edema ósseo primário ainda é incerta. Possivelmente, um episódio de isquemia local, de etiologia variada, inicia uma cadeia de eventos resultando nesta patologia óssea específica².

Um percurso etiológico hipotético desta doença envolve (1) lesão óssea (vascular, traumática, inflamatória, metabólica), (2) comprometimento ósseo (aumento do *turnover*, pressão intraóssea elevada, microfratura por estresse), (3) BME (pressão intraóssea aumentada – síndrome compartimental), e (4) mecanismo reparador (suficiente: resolução lenta – insuficiente: necrose óssea).^{3,4}

A dor é o sintoma predominante desta patologia. Ela é causada pelo aumento da pressão intraóssea (a pressão normal é de 20-30mmHg), devido à elevação anômala de conteúdo líquido nos espaços medulares.⁵ Dor durante esforço mecânico é característico, combinado com queixas mais ou menos severas durante a noite. Dor na parte afetada, quando tocada, também é típico.

Imagem de ressonância magnética (MRI) é o padrão ouro para o diagnóstico do BME. Os achados característicos são a alteração do sinal de medula óssea com alto sinal em T2 e sequências STIR (recuperação da inversão com T1 curto), com ou sem baixo sinal em T1 (tempo de relaxação longitudinal). Esses resultados na ressonância magnética podem indicar, histologicamente, autêntico edema, mas pode corresponder também a osteonecrose trabecular, formação de cistos, fibrose e fragmentação da cartilagem⁶.

O diagnóstico diferencial envolve diversas patologias: contusões traumáticas, fraturas, cistos ósseos, infiltração da medula óssea, lesão condral progressiva, fratura por insuficiência subcondral e, é claro, osteonecrose.⁶

O tratamento para BME será determinado de acordo com a causa e com o tamanho da área óssea necrosada. Áreas de osteonecrose que ultrapassam 40% a 50% do côndilo (femoral ou tibial) ou lesões maiores que 5cm² geralmente levam ao colapso, requerendo artroplastia de joelho⁷. Por outro lado, lesões de tamanho médio (3,5-5cm²) podem ou não regredir, ao passo que lesões menores (<3,5cm²) provavelmente regredirão com tratamento conservador.⁸

O tratamento conservador envolve medicação analgésica, anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs), sustentação de peso protegida, por um período de 3 a 8 meses, conjuntamente à fisioterapia, de acordo com os sintomas do paciente e resultados radiológicos. A terapia de campo eletromagnético pulsado parece ter resultados promissores na redução da dor e da área necrosada, após seis meses.⁹ Prostaciclina e bisfosfonatos são dois medicamentos que têm sido usados no tratamento do BME. Eles têm diferentes vias de ação e portanto, podem oferecer benefícios paralelos.⁹

O tratamento cirúrgico, reservado para os estágios avançados, envolve simples perfuração, estabilização do fragmento, curetagem combinada com perfuração e, finalmente, transplante osteocondral ou dos condrócitos.⁵

A homeopatia, “medicina energética”, é um ramo da ciência médica baseada no princípio de que a doença pode ser curada pelo fortalecimento do sistema de defesa corporal com substâncias selecionadas por suas propriedades energéticas. Fundada no século XIX pelo Dr. Samuel Hahnemann, a palavra Homeopatia é derivada do grego “homeo” e “pathos”, que significam “sofrimento semelhante”.¹⁰ Pelo que sabemos, esta é a primeira série de relatos de caso publicada descrevendo tratamento de BME do joelho com auxílio da homeopatia clássica.

Caso nº 1

Paciente do sexo masculino, 55 anos, apresentou-se à clínica queixando-se de dor e inchaço no joelho direito há 3 meses. Era bastante ativo, trabalhava como professor de dança tradicional grega, e recordava-se de uma torção no joelho direito algum tempo atrás. A articulação do joelho estava inchada, com presença de dor na flexão completa e especialmente ao toque no côndilo femoral medial. Ele andava com um pouco de claudicação, e mal conseguia correr ou dançar.

A ressonância magnética mostrou uma ruptura do corno posterior do menisco medial, grau 2 a 3, juntamente com BME extensa da face anterior do côndilo medial do fêmur, ocupando 40% do côndilo femoral (Figura 1). Sugeriu-se ao paciente que fosse submetido à uma artroscopia, principalmente para lidar com a lesão no menisco, mas ele estava relutante. O tratamento conservador proposto ao paciente

incluía sustentação parcial de peso protegida, por pelo menos oito semanas, junto com fisioterapia e AINEs. O paciente sofria de hipertensão crônica, então as drogas anti-inflamatórias foram excluídas, e ele não estava disposto a desistir das aulas de dança, nem por algumas semanas.

Figura 1. Ressonância magnética do primeiro paciente na primeira consulta.

O regime de tratamento acordado foi fisioterapia e homeopatia clássica. O paciente tinha duas sessões de fisioterapia por semana, com objetivo de preservar a amplitude dos movimentos da articulação do joelho, e a integridade do músculo quadríceps. A repertorização do caso foi feita utilizando o software Vithoukas Compass 2.3. *Arnica montana* foi o remédio escolhido. O paciente era relativamente saudável, pertencendo, de acordo com Vithoukas, ao grupo B, relativamente aos Níveis de Saúde.¹¹ Desta forma, a potência de 200CH foi prescrita, uma capsula dada inicialmente, e as doses seguintes de acordo com os sintomas subsequentes (ele precisou de mais quatro doses do remédio).

Nos últimos dois meses, houve uma melhora lenta, porém constante, dos sintomas do paciente, embora ele mal tenha repousado o joelho. No prazo de três meses, ele estava livre de dor e de volta às suas atividades sem nenhuma limitação. Cinco meses após a primeira ressonância magnética, o paciente foi submetido a um segundo exame. Este novo exame mostrou que o BME do côndilo femoral medial tinha reduzido completamente, enquanto a lesão no menisco continuava presente e sem alterações (**Figura 2**). Ficamos satisfeitos com o desfecho do caso, e então liberamos o paciente de nossos cuidados.

Figura 2. Cinco meses após o tratamento.

Caso nº2

O segundo paciente era uma mulher de 56 anos, dona de supermercado, que sofria de dor severa no joelho esquerdo há pelo menos três meses. Não havia histórico de trauma e os sintomas pioravam progressivamente. Ao se apresentar à clínica, a paciente andava com claudicação acentuada. Havia edema evidente no joelho esquerdo e a flexão da articulação era limitada a 60°. Presença de dor severa ao toque no côndilo femoral lateral com dor intensa à noite.

A ressonância magnética do joelho mostrou extenso BME do côndilo femoral lateral, tomando quase todo o côndilo, com uma área de osteonecrose na face lateral. No côndilo tibial lateral, a MRI também mostrou sinais iniciais de BME (**Figura 3**).

Figura 3. Ressonância magnética do segundo paciente na primeira consulta.

Baseado nos resultados clínicos e radiológicos acima, o tratamento cirúrgico era o apropriado^{5,7}, e foi sugerido à paciente. Esta recusou-se a prosseguir com a cirurgia, então tivemos que oferecê-la tratamento conservador, consistindo em ausência de sustentação de peso, e fisioterapia. Devido a um histórico de úlcera péptica com hemorragia, ela não era uma candidata a tratamento com AINEs ou bisfosfonatos. Tendo em mente o tratamento bem sucedido do primeiro paciente, nós a propomos a homeopatia clássica, pois ela estava disposta a aceitar. *Arnica montana* foi o remédio escolhido após repertorização do caso. A potência inicial selecionada foi 200CH, seguida de doses diárias de 30CH.

A paciente não seguiu a recomendação de não sustentação de peso que lhe foi dada – afirmando que não poderia abster-se do trabalho no supermercado, mas utilizou uma joelheira leve ao invés, suportando todo o peso corporal. Nos três meses seguintes ela prosseguiu com a fisioterapia juntamente ao

tratamento homeopático, enquanto fazia uso esporádico de analgésicos simples (Paracetamol). Sua condição clínica progredia lentamente.

Após três meses da ressonância magnética inicial, nós prosseguimos com um exame de acompanhamento (Figura 4). O BME do côndilo femoral piorou, envolvendo todo o côndilo femoral lateral e a parte lateral do côndilo femoral medial, enquanto a área de osteonecrose do côndilo lateral do fêmur aumentou de tamanho. Por outro lado, o BME do côndilo tibial lateral desapareceu completamente. A imagem clínica geral da paciente, em termos de dor e mobilidade, estava melhor. Baseado nestes resultados, nós recomendamos fortemente o tratamento cirúrgico.

Figura 4. Três meses após o tratamento.

A paciente foi submetida a artroscopia com perfuração de ambos os côndilos, femoral e tibial. No intra-operatório, em contraste com a textura tenra do côndilo femoral, o côndilo tibial tinha uma sensação rígida durante o procedimento de perfuração. O tratamento pós-operatório envolveu ausência de sustentação de peso por um mês, seguido por sustentação parcial de peso de por mais um mês. Uma nova MRI foi agendada para seis meses depois do procedimento.

Discussão

Após a introdução da ressonância magnética na prática clínica, lesões na medula óssea surgiram como um componente central de muitas doenças inflamatórias e não inflamatórias diferentes, afetando o sistema musculoesquelético. Eriksen¹² propôs um sistema abrangente para a causa dessas lesões: (1) trauma: fratura, osteoporose local transitória, lesões osteocondrais; (2) lesões degenerativas: osteoartrite; (3) lesões inflamatórias: artropatias e entesite inflamatórias; (4) lesões isquêmicas: necrose avascular, síndrome da dor regional crônica, anemia falciforme; (5) lesões infecciosas: osteomielite; (6) lesões metabólicas/endócrinas: doença de depósito de hidroxapatita, gota; (7) lesões iatrogênicas: cirurgia, radioterapia, imunossupressores (glicocorticoides, ciclosporina), citostáticos. Embora nosso primeiro paciente pareça pertencer à categoria de trauma, nós não pudemos encontrar uma causa definida para a segunda paciente, nosso caso mais sério.

Ausência de sustentação de peso ou sustentação parcial de peso parecem ser o padrão ouro de tratamento para esta condição.⁵ Fisioterapia em conjunto com terapia por ondas de choque extracorpóreas têm sido reportadas por proporcionar grande alívio da dor e melhora funcional. Opções farmacológicas incluem o uso de bisfosfonatos, derivados de prostaglandinas, e inibidores de fator de necrose tumoral (TNF).¹²

Ambos os pacientes não cumpriram com a recomendação de sustentação de peso protegida, por pelo menos oito semanas, afirmando serem obrigados a continuar com suas atividades laborais diárias. Tendo em vista relatos de resultados favoráveis de várias patologias musculoesqueléticas com auxílio da homeopatia clássica, nós os oferecemos essa opção de tratamento.

Brinkhaus et al¹³ relatou que a *A. montana*, em pacientes que receberam cirurgia no joelho, mostrou uma tendência a menos edema no pós-operatório, em comparação com pacientes que receberam placebo. Tveiten e Brusset¹⁴ reportaram que a *A. montana* na potência de D30 teve um efeito positivo na dor muscular – mas não nas lesões celulares medidas por enzimas. Ainda mais recentemente, Sarkar et al¹⁵ relata que o remédio homeopático *Guaiaicum officinale* possui ação antirreumática e antioxidante em

animais de experimentação, e estas ações podem ser mais significativas com potências mais altas. Por outro lado, Koley et al,¹⁶ em um estudo duplo-cego, placebo-controlado, aleatório, avaliando Homeopatia individualizada no controle da dor, na osteoartrite do joelho (utilizando diversos remédios homeopáticos – *Bryonia alba*, *Rhus toxicodendron*, *Calcarea carbonica*, *A. montana*, e *Natrum muriaticum*), não encontrou nenhuma diferença estatisticamente significativa para justificar a superioridade do tratamento homeopático em comparação ao placebo.

Arnica montana é uma planta medicinal amplamente utilizada, tradicionalmente empregada para tratar várias condições patológicas. Ela possui significativa ação anti-inflamatória, anti-osteoartrítica, anti-osteoporótica, e anti-hemorrágica; demonstra considerável ação antioxidante e efeitos protetivos; melhora a circulação; e também possui propriedades analgésicas.¹⁷ O remédio homeopático *A. montana*, de acordo com Vithoulkas, é indicado quando

uma parte do corpo está machucada, com sensação dolorosa... podendo ser proveniente de um ferimento, mas também de outras causas, como o esforço excessivo de um órgão, um desgaste, ou uma doença aguda.¹⁸

O primeiro caso teve um resultado excelente, tanto clínico quanto radiológico. Tendo recebido, de fato, apenas o tratamento homeopático, com quase nenhuma proteção de sustentação de peso, o paciente estava livre de dor em um período de quatro meses, enquanto que a ressonância magnética, cinco meses após a primeira, mostrou que o BME do côndilo femoral tinha quase desaparecido ([Figura 2](#)).

O segundo caso foi certamente diferente. O tratamento cirúrgico foi proposto à paciente desde a primeira análise, na clínica, uma vez que o BME do côndilo femoral era extenso e já havia presença de osteonecrose do côndilo. Entretanto, a paciente optou pelo tratamento homeopático com apenas proteção mínima de sustentação de peso. A segunda ressonância, três meses após a primeira, mostrou que as lesões do côndilo femoral estavam se deteriorando, mas, curiosamente, as lesões no côndilo tibial, evidentes no primeiro exame, quase sumiram ([Figura 4](#)). A osteonecrose do côndilo femoral, por ser um dano permanente no órgão, representa um obstáculo físico muito difícil, quase impossível de ser tratado com homeopatia clássica.¹⁰ Portanto, na verdade, nós não consideramos o caso como uma falha da Homeopatia, uma vez que o côndilo tibial foi salvo e, de fato, a própria articulação foi igualmente salva, visto que o envolvimento de necrose, também no côndilo tibial lateral, significaria que a paciente, muito provavelmente, precisaria de uma artroplastia total do joelho.

Conclusões

Nossa experiência com os dois casos acima mostra que tratamentos individualizados, com auxílio da homeopatia clássica, definitivamente têm lugar no tratamento do BME de joelho, uma condição comum, porém difícil de tratar. Pesquisas com mais casos são necessárias para provar a eficácia deste método terapêutico.

Financiamento:

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

Declaração de Conflito de Interesses:

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

Nota dos Autores

O trabalho foi conduzido no Centro Internacional de Homeopatia Clássica, em Alonissos, Grécia.

Contribuições do Autor

Dr Dionysis Tsintzas foi o principal médico que contribuiu com informações do caso. Dra. Seema Mahesh editou o artigo. O artigo foi composto sob a orientação de George Vithoulkas.

Consentimento dos Pacientes

Os pacientes consentiram com a utilização dos detalhes e exames de seus respectivos casos para publicação.

ORCID iDs

Dionysis Tsintzas <https://orcid.org/0000-0002-0715-4438>

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

Referências