

## ESTUDO DE UM CASO DE ICTERÍCIA OBSTRUTIVA: INDICAÇÃO CIRÚRGICA E SUA RELAÇÃO COM OS BENEFÍCIOS DA INTERVENÇÃO COM HOMEOPATIA

Walter Swain Canôas ·

### Introdução

A doença hepática colestática é uma entidade nosológica comum na clínica médica de ambulatório e de emergência, sendo que já aparece mencionada nos textos dos *Aforismos* de Hipócrates, na Grécia antiga, berço da medicina ocidental, como icterícias [1] (*ikterus* – amarelo, em grego). Esse é o sinal mais evidente da colestase (do grego, *cole* – bile, e *stasis* – estase, parada), ou seja, da diminuição ou interrupção do fluxo de bile para o duodeno, que pode ser funcional ou mecânico-obstrutiva. Quando ocorre hiperbilirrubinemia, com níveis séricos acima de 2,5 mg/dl, evidencia-se uma coloração amarela na esclera ocular, no freio sublingual e na pele com deposição nos tecidos subcutâneos.

Analisaremos, com este caso, a colelitíase [2], hepatopatia obstrutiva, que é um distúrbio colestático extra-hepático benigno, sendo causa de polêmica, até o dia de hoje, entre clínicos e cirurgiões quanto à melhor conduta. A colelitíase pode apresentar-se de três formas: assintomática, sintomática e complicada. A forma assintomática, cuja conduta é controvertida, vem sendo identificada com maior frequência, devido ao maior acesso aos meios diagnósticos por imagem. É clássica a indicação cirúrgica para os casos graves e com complicações, sendo amplamente aceita, ainda que de forma controversa, a cirurgia mesmo para casos assintomáticos [3].

Nosso caso é um paciente idoso, com mais de 70 anos, o que configura uma situação especial de risco cirúrgico, surgindo por isso, o interesse por possibilidades clínicas de tratamento, e que a homeopatia pode suprir com segurança. A homeopatia é uma medicina clínica, não existindo na doutrina hahnemanniana qualquer oposição quanto aos procedimentos cirúrgicos propriamente ditos quando necessários [4]. Cabe a nós explorarmos os limites onde clínica e cirurgia se entrelaçam. A relação da homeopatia com a cirurgia se faz no momento da indicação cirúrgica, no estabelecimento das condições pré-operatórias e no seguimento terapêutico pós-operatório.

### Relato do caso

A.F., sexo masculino, 77anos e 11 meses de idade, casado, cor branca, pedreiro. Chegou à consulta acompanhado por sua esposa e pelo filho, no dia 03/08/2012. Apresentava-se “aéreo” e distraído, estabelecendo contato quando interrogado, aparência assustada e de medo. Queixava-se de dor na “boca do estômago”, que piorava de noite após deitar. Referia estar com dores fazia 1 mês, depois de comer “feijão gordo” e que, aos poucos, foi ficando com a pele de coloração amarela. Sentindo muito desânimo e sonolência, só conseguia melhorar deitado sobre o lado direito do corpo. Permaneceu internado no Hospital Municipal da Vila Maria, sob avaliação da clínica médica e cirúrgica, com diagnóstico de “icterícia

obstrutiva”; a glicemia era 192 mg%. Como não apresentava condições para cirurgia e a família estava com medo de autorizar a intervenção, foi mandado para casa para tratamento clínico de suporte. Não conseguia alimentar-se nem ingerir líquidos, como de hábito. Há uma semana com febre, que chegou a 39 °C, usando antibiótico e antitérmico, hipoglicemiante oral e chá de “cipó cruz” (*Chiococca alba* L.). Como antecedentes, relata uma crise semelhante, ocorrida há 20 anos e tratada de “forma natural”.

Exame físico: Paciente pícnico, regular estado geral, desidratado (+/4+), icterício (++/4+), desatento, falando quando solicitado, afebril, obeso, abdome globoso, doloroso à palpação epigástrica e no hipocôndrio direito, fígado palpável no rebordo costal direito e dolorido, ruídos hidroaéreos normais.

Exames complementares: USG de abdome total realizado em 02/07/2012, apresentava vesícula biliar hiperdistendida, de paredes difusamente espessadas, contendo alguns pequenos cálculos em seu interior e lama biliar ecogênica (espessa e/ou com microlitíase) em grande quantidade, associado a aumento da ecogenicidade da gordura perivesicular. O aspecto sugeria colecistite litiasica. Constava ainda, ausência de dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Duto colédoco com calibre, contornos e conteúdo normais; e fígado com forma e dimensões normais, ecotextura homogênea, ausência de lesões focais, infiltração gordurosa grau II. Veias porta e hepática sem alterações. Ausência de líquido na cavidade abdominal. Apresentava exames de bilirrubinas e enzimas hepáticas com alterações significativas.

Hipóteses diagnósticas: Clínica - colecistite litiasica, gastrite, obesidade, diabetes tipo II, toxemia; Homeopática – caso agudo, ou seja, fase aguda da psora, aparentemente não febril, doença intermitente típica (S. Hahnemann, *Organon*, § 231 a 244) [5].

Análise do caso: O paciente encontrava-se metabolicamente instável, sem plano terapêutico, podendo ser necessário, a qualquer momento, uma intervenção cirúrgica de urgência; sem exames atualizados, sem apresentar boas condições para se submeter a intervenção cirurgia, permanecendo em casa com perigo de agravar sua saúde. Foi proposto um plano de atendimento clínico como forma de estabilizar o quadro geral, tratando a dor, nutrindo e hidratando, acompanhando sua evolução clínica e laboratorial, em conjunto com o acompanhamento da clínica cirúrgica.

Escolha do medicamento: um sintoma recente bem modalizado serviu como guia – “dor no epigástrico, principalmente à noite, tem que se deitar do lado direito para suportar”- peculiar, pois, classicamente, encontraríamos dor no hipocôndrio direito. Verificando no repertório de Kent (K 513/II e K 514/I), temos “Stomach, pain, lying while, amel; side, amel.”, onde se encontra *Lycopodium clavatum*, que também aparece nos sinais de dor encontrado à palpação do hipocôndrio direito, icterícia, distração e medo. Trata-se de um dos medicamentos classificados como antipsóricos por Hahnemann, de uso adequado ao estado de reação vital do paciente segundo os diagnósticos [6].

Conduta: dieta pormenorizada, visando reestabelecer o metabolismo energético e hídrico e afastar os hábitos alimentares nocivos<sup>5</sup> ao momento atual; repouso relativo; parar o uso de chás; parar o uso de antitérmicos; completar o ciclo do antibiótico e interromper seu uso em seguida manter o hipoglicemiante oral (metformina 500 mg, 2 vezes por dia).

Uso de *Lyc* 4 LM, em gotas, administrando 2 gotas via oral a intervalos de 8 horas, succussionando a cada tomada. Optamos pela escala cinquenta-millesimal, por permitir repetição frequente das doses, mas com uma sutil diferença, conduzindo a energia vital de

forma mais segura e dando tempo para uma observação do processo em intervalos curtos, levando em conta o delicado estado geral do paciente<sup>6</sup>.

O cirurgião foi posto a par do tratamento, devendo manter-se à disposição, de acordo com a necessidade. Solicitamos exames para reavaliação e acompanhamento.

#### Evolução

- 17/08/2012 – O paciente referiu sentir-se melhor. Diminuiu bem a dor e agora sentia um incômodo no baixo ventre, à esquerda. Humor e disposição bons. Restaurou o sono, mas acorda 2 vezes por noite para urinar; icterício (++/4+). Usou banho de “chá de picão” para combater o prurido.

Os exames complementares com alterações mais acentuadas nas enzimas hepáticas e bilirrubinas; anemia (Er- 3,18 m; Hb- 9,0; Ht-26) e alterações no coagulograma. USG abdominal: colecistopatia aguda calculosa, paredes da vesícula biliar espessadas e delaminadas, com pequenos cálculos no interior e cálculo de 0,9 cm na região infundibular. Importante reação inflamatória ao redor da vesícula biliar; vias biliares intra- e extras- hepáticas dilatadas (hepatocolédoco com 1,1 cm de diâmetro).

Conduta: manter o medicamento e aumentar a frequência para 2 gotas de 4 em 4 horas. Solicitada nova bateria de exames. Mantidos os cuidados gerais.

- 28/08/2012 – O paciente sente-se melhor, com retorno do apetite. Refere preocupação com seu estado; icterício (+/4+). Há 1 semana, por uma vez, teve fraqueza e mal estar após o almoço. Sono bom; urina clara, mas com dificuldade para reter a urina, não consegue resistir a vontade. Enzimas hepáticas retornam à normalidade, coagulograma normal, anemia (Er – 3,56 m; Hb – 9,9; Ht 31). Mantido o medicamento e espaçadas as doses para 6 em 6 horas. Mantidas as orientações gerais.

- 11/09/2012 – Melhora geral, boa disposição, o paciente voltou a trabalhar, apesar das recomendações contrárias. Alimentando-se regularmente e com apetite, refere seguir a dieta preconizada e emagreceu. A glicemia está em 98 mg/dl. Mantida a conduta geral e o medicamento passou para *Lyc 6 LM* de 6 em 6 horas. Solicitados novos exames.

- 12/11/2012 – Antes dos exames (05/11/2012), refere uma crise de icterícia, “achou que ia voltar tudo”, e depois se sentiu muito melhor. Então, apareceram erupções e coceira no abdome e nos braços. Aumento das bilirrubinas e das enzimas hepáticas, glicemia 113 mg/dl; sem anemia (Er 4,81 m; Hb- 13,1; Ht- 44). USG do abdome total: calcificações hepáticas de aspecto residual, sinais de aerobilia no lobo hepático esquerdo, vesícula biliar com bile espessa e conteúdo heterogêneo em seu interior (litíase?); vesícula biliar normodistendida, de paredes espessadas. Evidenciamos a agravação homeopática propriamente dita e que antecede à cura.

Mantida a conduta geral e mudamos a potencia do medicamento para 8 LM de 8 em 8 horas. Solicitamos novos exames.

- 29/11/2012 – Sumiram as manchas e coceira nos membros e tronco. Bom apetite, boa digestão, fezes e urina normais Enzimas hepáticas e bilirrubinas normais, fosfatase alcalina

elevada. Retomou as atividades habituais e o trabalho. Mantido o medicamento elevando-se a potência para 10 LM.

### **Discussão**

É claro que as indicações cirúrgicas são as mesmas tanto na homeopatia, quanto na medicina convencional. No entanto, o tratamento homeopático, devido a seus recursos terapêuticos clínicos amplos, permite uma insistência maior na clínica, com uma margem de segurança e êxito, podendo, comumente, reverter o curso do tratamento para outro caminho que não a cirurgia<sup>4</sup>. É necessário o acompanhamento por um cirurgião, idealmente em um ambiente hospitalar, com exames complementares adequados. Outro ponto importante é a estabilização da reação vital e da reação imuno-alérgica, refletida na rápida recuperação da anemia, preparando o organismo em seu processo de reação, caso seja necessária intervenção cirúrgica.

Podemos seguir o caso com segurança, pautados na observação dos períodos de agravação e na sensação subjetiva de melhora apresentada pelo paciente, atentos à dinâmica da energia vital, que exige prontidão e vigilância constante, como no caso apresentado aqui.

Assim a angustia dos quadros agudos pode ser superada com segurança e benefício para o paciente e seus familiares, com um suporte de orientações e apoios, que ultrapassem o puro uso de um medicamento ou técnica, humanizando a medicina.

### **Referências**

1. Chadwick J, Mann WN. Hippocratic writings. 2ª Edição. London: Penguin Books Ltd; 1978.
2. Lima JM de C. Gastreenterologia e hepatologia . Fortaleza: Edições UFC; 2010.
3. Kasper DL et al, ed. Medicina interna de Harrison. 18ª edição. Rio de Janeiro: Editora MacGraw-Hill; 2013.
4. Nogueira GWG et al. Doutrina médica homeopática. São Paulo: Editora GEHSP “Benoit Mure”; 1986.
5. Hahnemann S. Organon da arte de curar. São Paulo: Editora GEHSP “Benoit Mure”; 2010.
6. Hahnemann S. Doenças crônicas. 4ª edição. São Paulo: Editora GEHSP “Benoit Mure”; 2010