

Redução e/ou negatização dos anticorpos antitireoidianos com tratamento homeopático: série de casos

Pedro Bernardo Scala*

Resumo

O presente artigo descreve uma série de 9 casos de pacientes, de sexo feminino, idade de 31 a 56 anos, com diagnóstico de tireoidite autoimune, cujos títulos de anticorpos antitireoidianos diminuíram ou negatizaram depois de tratamento homeopático. Além disso, em alguns casos foi possível recuperar o equilíbrio funcional da glândula. O acompanhamento foi variável, de 30 dias até 18 anos.

Palavras-chave

Tireoidite autoimune; Homeopatia; Anticorpos antitireoidianos

Reduced and/or negative anti-thyroid antibodies after homeopathic treatment: a case series

Abstract

The present article describes a series of 9 cases corresponding to female patients, age 31 to 56 old, diagnosed with autoimmune thyroiditis, who exhibited reduced or negative anti-thyroid antibodies after homeopathic treatment. In some cases, normal function of thyroid was additionally achieved. Follow-up was variable, from 30 days to 18 years.

Keywords

Autoimmune thyroiditis; Homeopathy; Anti-thyroid antibodies

* Médico endocrinologista e homeopata; Professor titular, Cátedra de Medicinas Alternativas, Facultad de Medicina. Universidad del Salvador (USAL); Diretor de docência, Departamento de Homeopatia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina. ✉ pedroscala@gmail.com

Introdução

Em função do desenvolvimento de modernas técnicas para a mensuração dos anticorpos antitireoidianos, a tireoidite crônica autoimune se tornou a moléstia tireoidiana mais frequentemente diagnosticada [1]. É, também, a causa mais usual de hipotireoidismo, devido ao ataque inflamatório/destrutivo irreversível dos auto-anticorpos sobre o tecido glandular. O ataque imunológico manifesta-se agressivo e destrutivo e a resposta glandular apresenta duas formas, atrófica e com bócio [2].

A doença afeta, primordialmente, pacientes do sexo feminino [3] 27% da população de mulheres adultas, com incidência 15 a 20 vezes que o sexo masculino, mormente adultas por volta dos 50 anos de idade [1]. O tratamento habitual consiste no uso de levotiroxina sódica, triiodotironina ou ambas em combinação, uma vez desenvolvido hipotireoidismo clínico, no intuito de interromper o processo bociogênico, freando a elevação do hormônio tireoestimulante (TSH) e tentando manter o paciente eutireoideo [4]. O tratamento com levotiroxina não reduz os anticorpos antitireoidianos, de modo que a dose precisa ser diminuída, quando não se atinge o objetivo de reduzir o bócio [5].

Embora os resultados do tratamento convencional sejam satisfatórios, não interferem no mecanismo autoimune de base. Assim, uma intervenção terapêutica capaz de reduzir, e até negatizar, os anticorpos antitireoidianos e restabelecer a função da tireoidiana seria relevante para deter ou atenuar o processo de lesão glandular, com conseqüente melhora do prognóstico da doença. Não há menções na literatura de casos de redução/negativação dos anticorpos antitireoidianos ora espontaneamente, ora com o tratamento de substituição hormonal.

Assim, o objetivo do presente trabalho é relatar uma série de casos de tireoidite autoimune da prática do autor, em consultório homeopático, particular ou institucional, que mostraram uma infrequente resposta favorável ao tratamento, incluindo redução e/ou negativação dos anticorpos antitireoidianos com o tratamento homeopático.

Série de casos

Coincidindo com a literatura, a série inclui pacientes adultas de sexo feminino, com idade entre 31 e 56 anos. Todas as pacientes eram de tipo caucasiano e argentinas. Adicionalmente, convém observar que uma estava grávida no momento da primeira consulta e outras 2 engravidaram 1 e 2 vezes, respectivamente, ao longo do acompanhamento.

Em todos os casos, foi realizada consulta homeopática padrão e foi prescrito o medicamento de fundo, selecionado individualmente para cada paciente. A medicação foi prescrita em diluições centesimais, em doses repetidas diárias. O período do acompanhamento variou de 30 dias a 18 anos.

O tratamento homeopático foi mantido continuamente ao longo do acompanhamento, com variações em função das possíveis intercorrências clínicas, incluindo medicação convencional, quando necessário. Nos casos com hipotireoidismo subclínico ou bioquímico, isto é, TSH aumentada e T3 e T4 dentro da faixa normal, foi prescrito também o organoterápico Thyroidinum, de modo complementar ao remédio de fundo.

Abreviações

T4: levotiroxina

TSH: hormônio tireoestimulante

ATG: anticorpos anti-tiroglobulina

ATPO: anticorpos anti-tireoperoxidase

Caso 1

M.G., 37 anos, grávida de 30 semanas, hipotireoidismo compensado por tratamento. Consulta em 04/97, medicada com T4 50 µg/d. ATG: 1/400 UI/ml (valor normal - VN: < 25 UI/ml).

Tratamento: *Pulsatilla nigricans* 30cH + T4 durante a gravidez.

Evolução: negatificação dos auto-anticorpos em 06/97 (2 meses); T4 foi interrompida; a gravidez se desenvolveu normalmente, parto normal e recém-nascido eutireoideo. Em 01/15 (18 anos depois) mantém-se eutireoidea, auto-anticorpos negativos.

Caso 2

S.K., 40 anos. Consulta em 04/00, com histórico de hipotireoidismo, medicada com T4 100 µg/d. ATG: 1/100 UI/ml (VN ambos: até 1/35 UI/ml).

Tratamento: interrupção de T4, *Lycopodium clavatum* 30cH e após, 200c, ambas diluições usadas diariamente por 12 meses.

Evolução: em 05/01 (1 mês), ATG < 10 UI/ml (VN: < 1/35). A paciente retornou um ano depois para controle clínico, sem ter realizado os exames solicitados. Depois disso, não retornou mais em consulta.

Caso 3

N.B., 46 anos, eutireoidea clínica y bioquimicamente. Consulta em 11/00. ATG: 1/50 UI/ml (VN: < 1/50 UI/ml).

Tratamento: *Calcarea carbonica* 30cH.

Evolução: com 6 meses de tratamento, ATG: < 1/50 UI/ml (VN: < 1/50 UI/ml). O último controle foi em 12/14, tendo sido diagnosticada com hipotireoidismo em 2012; medicada com T4 75 µg/d + *Calc* 200c diariamente, clinicamente eutireoidea. Não retornou em consulta até o momento da redação do presente trabalho (2 meses depois da última consulta).

Caso 4

M.F., 56 anos. Consulta em 03/01, hipotireoidismo compensado, medicada com T4 75 µg/d. ATG: 1/1.600 UI/ml (VN: 1/50 UI/ml).

Tratamento: *Calc* 200c em doses diárias.

Evolução: 07/01 (4 meses), ATG: 122 UI/ml (VN: até 1/100 UI/ml). Não retornou mais em consulta.

Caso 5

A.S., 46 anos. Consulta em 03/08, com hipertireoidismo + pericardite com derrame pericárdico. T3: 3,12 (VN: 0,8 a 2,2ng/ml); T4: 16,1(VN: 4,5 a 12 µg/dl), T4 livre: 2,94(VN: <1,70 ng/ml) TSH: <0,03 (VN: 0,35 a 5,0 µUI/ml), captação I131: 1ª hora 23%, 64% (24 h) e 58% (48 h); ATG: >1.100 UI/ml (VN: <1/100 UI/ml), ATPO <1/50 UI/ml (negativo)

Tratamento: o tratamento homeopático com *Natrum muriaticum* 30cH foi coadjuvante ao realizado pelo cardiologista.

Evolução: Em 09/08 (6 meses), eutireoidea, ATG: 1/100 UI/ml (VN:<1/100 UI/ml); cardiologista comprova remissão da pericardite e interrompe medicação cardiológica; tratamento continua com *Nat-m* 30cH exclusivamente. Em 11/09 (20 meses), ATG: negativo; ATPO: 18,7 UI/ml (VN: <1/50 UI/ml). Em 02/15 (7 anos), paciente eutireoidea, auto-anticorpos negativos, avaliação cardiológica normal.

Caso 6

L.P., 52 anos. Consulta m 07/11, possível hipotireoidismo prévio, medicada com T4 50 µg/d, ATG: 357 UI/ml (VN: até 50 UI/ml).

Tratamento: interrupção de T4, *Lachesis muta* 6cHdiariamente.

Evolução: Em 11/01 (4 meses), eutireoidea, auto-anticorpos negativos. Não retornou mais em consulta.

Caso 7

G.S., 36 anos. Consulta em 05/11, medicada com T4 75 µg/d. Como não tinha histórico claro de hipotireoidismo, foram solicitados exames que confirmaram hipotireoidismo subclínico. TSH: 16,38 (VN: até 4,5 mUI/ml), T3 e T4 normais, ATG: 1/400 UI/ml (VN: <1/50 UI/ml), ATPO: 123 UI/ml (VN: até 25 UI/ml).

Tratamento: interrupção de T4, *Nat-m* 6cH + *Thyroidinum* 12cH.

Evolução: Em 09/11 (4 meses), TSH: 4 UI/ml (VN: até 5,0 UI/ml), ATG: 31 UI/ml (VN: 1/50 UI/ml), ATPO: 184 UI/ml (VN:1/100 UI/ml). Em 03/12 (10 meses), ATG: 20 UI/ml (VN: até35 UI/ml), ATPO: 80 UI/ml (VN: <1/100 UI/ml). A paciente mudou para outra cidade, interrompendo o acompanhamento.

Caso 8

P.L., 52 anos, eutireoidea. Consulta em 07/11, com taquicardia paroxística supraventricular refratária ao tratamento convencional, ATG: 1.375 UI/ml (VN: <100 UI/ml), TSH, T3 e T4 dentro da faixa da normalidade.

Tratamento: *Lach* 30cH.

Evolução: Em 10/12 (15 meses), ATG <1/50 UI/ml (negativo), ATPO: 8 UI/ml (VN: < 50 UI/ml); a taquicardia desapareceu, como confirmado pelo cardiologista. Em 02/15 (3,5 anos), eutireoidea, exames de laboratório dentro da faixa da normalidade, cardiologicamente estável e assintomática.

Caso 9

E.M., 38 anos. Consulta em 03/13, com hipotireoidismo diagnosticado em 1996, medicada com T4 137 µg/d. TSH; 10,14 mUI/ml (VN: < 4,5), T4: 12,3 µg/dl (VN: < 10,90 UI/ml), ATPO: 252 UI/ml (VN: 100 UI/ml).

Tratamento: *Lyc* 200cH em doses diárias.

Evolução: Em 12/14 (1 ano 9 meses), TSH: 1,44 UI/ml (VN: 0,3 a 5,0 UI/ml), T4: 11,0 µg/dl (VN: 4,3 a 12 µg/dl), ATPO: <10 UI/ml (VN: <100 UI/ml), ATG: 8,0 UI/ml (VN: <50). Em 02/15 (2 anos), paciente grávida pela 2ª vez, eutireoidea, sem intercorrências.

Discussão

A tireoidite crônica autoimune, ou tireoidite de Hashimoto, é atualmente o problema tireóideo mais frequentemente diagnosticado, com incidência crescente. A doença ocorre mais frequentemente no sexo feminino, como demonstram estudos necrópsicos, nos quais a incidência é 27% versus 7% no gênero masculino [3].

Já no caso de crianças com diagnóstico de tireoidite de Hashimoto, um estudo com 5 anos de acompanhamento demonstrou permanência ou retorno espontâneo à normalidade no 50% dos casos [6].

O diagnóstico da doença se dá através da detecção de anticorpos anti-tireoperoxidase (TPO) e anti-tiroglobulina (Tg) elevados, sendo completados por estudos imagéticos e, eventualmente, biópsia por punção aspirativa de nódulos e pseudo-nódulos, quando presentes. O perfil laboratorial também inclui dosagens de T3, T4 e TSH para a investigação de hipotireoidismo, o previsível desfecho na etapa final da doença, que em alguns casos, é precedido por alternância na função tireóidea.

Embora até 25% dos casos de hipotireoidismo retornem à normalidade no decorrer do tempo, a progressão para hipofunção glandular é considerada como irreversível, em função da lesão celular tireoidiana e da perda dos depósitos de iodo [2].

O presente trabalho relata uma série de casos com diagnóstico confirmado de tireoidite crônica autoimune tratados com medicação homeopática, como recurso terapêutico para reduzir os valores dos anticorpos antitireoidianos, a fim de, assim, interromper o processo de inflamação/destruição glandular, com eventual recuperação da função tireoidiana e melhora do prognóstico da doença.

Os nove casos que compõem a série descrita no presente artigo correspondem a pacientes atendidas pelo autor no seu consultório particular, assim como em ambulatório institucional. Todas elas manifestaram explicitamente seu desejo de reduzir ou interromper o tratamento hormonal indicado previamente à primeira consulta homeopática, por motivos estritamente pessoais.

Em alguns casos, foi possível atender à solicitação das pacientes, como ilustram os casos 2, 6 e 7. Nesses casos, a medicação foi suspensa por 3 ou 4 semanas, para atualizar os exames

laboratoriais, dado que o estado clínico não justificava, nem eram claros os motivos para o uso de levotiroxina. A evolução posterior demonstrou eutireoidismo, pelo qual a terapia hormonal foi definitivamente interrompida.

Já em outros casos, o tratamento hormonal foi mantido conjuntamente com o homeopático. Finalmente, no caso 1, no qual a paciente estava grávida, o tratamento hormonal foi mantido até o final da gravidez, com monitorização contínua dos níveis hormonais, porque durante a gravidez as demandas de levotiroxina aumentam, de modo que a T4 livre deve ser mantida no limite superior da normalidade [7].

Em todos os casos, o medicamento homeopático foi selecionado individualmente para cada paciente, de acordo com os procedimentos semiológicos padrão da homeopatia. As diluições e o intervalo entre as doses foram selecionados de acordo com a experiência clínica, de 29 anos, do autor. Assim, como regra geral, em processos orgânicos ou com lesão estrutural, o autor prefere diluições baixas, 6cH ou similares, na tentativa de estimular e recuperar a estrutura deteriorada. Mais tarde e em função da evolução do caso, as diluições são aumentadas. Por outro lado, quando a patologia é mais funcional ou é necessário controlar uma função tireoidiana excessivamente desordenada, são preferidas diluições mais altas, 30cH ou 200c. Na experiência do autor, quanto mais orgânico o processo, maior a preferência por doses diárias.

Dentre as várias possibilidades clínicas, um desafio particular é colocado pelo assim chamado 'hipotireoidismo subclínico' ou 'compensado'[8], que corresponde à fase inicial do diagnóstico, caracterizada pela elevação da TSH prévia à redução da T3 e T4. Não há consenso na literatura acerca do momento ideal para o início do tratamento com levotiroxina nesses casos. Essa situação se apresentou no Caso 7, no qual, seguindo uma prática de longa tradição na homeopatia [9], foi administrado o organoterápico Thyroidinum junto ao medicamento de fundo, na tentativa de estimular a parte da glândula que, teoricamente, ainda estava preservada da agressão autoimune. Os resultados obtidos foram satisfatórios: num período de 4 meses, a TSH se normalizou e com 10 meses de tratamento, os anticorpos apresentavam valores dentro da faixa da normalidade.

Um outro desafio clínico é o apresentado no Caso 1, no qual a paciente estava grávida no momento da primeira consulta. A gravidez teve desfecho satisfatório, o que se contrapõe à opinião de outros autores [10], que apontam para uma incidência aumentada de perdas isoladas e/ou recorrentes e/ou partos prematuros entre as pacientes com tireoidite de Hashimoto. Igualmente, a presente série inclui 3 casos de gravidez, todos os quais tiveram desfechos obstétrico e neonatal satisfatórios.

Como limitações do presente trabalho, deve-se mencionar as dificuldades inerentes ao acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, assim como as relacionadas com a pesquisa '*real-life*' em consultórios de clínica geral, da onde resultam limitações no número de casos desejáveis. Igualmente, nesse contexto, é impossível controlar o abandono do tratamento. Por todos esses fatores, não é possível estabelecer qualquer tipo de inferência mais geral quanto à efetividade do tratamento homeopático, nem à conduta adotada por este autor. Assim, são necessários estudos com maiores amostras, preferencialmente de ambos os sexos, que possam ser acompanhados por um período prolongado de tempo e em ambientes que permitam a realização de todos os estudos diagnósticos necessários.

Porém, por outro lado, não foram encontrados relatos similares na literatura homeopática especializada. Finalmente, a presente série de casos ilustra que é possível contribuir à demonstração da utilidade clínica da homeopatia, no contexto da prática '*real-life*' de consultório.

É, assim, desejável que a comunidade de médicos homeopatas contribuam com relatos bem documentados de sua experiência na clínica do dia-a-dia.

Referências

1. Akamizu T, Amino N, DeGroot LJ. Hashimoto's thyroiditis. *Thyroid Disease Manager*. Last updated Dec 1 2013. Disponível em: <http://www.thyroidmanager.org/chapter/hashimotos-thyroiditis/> Acesso em: 13/04/05.
2. Vanderpump MPJ. The epidemiology of thyroid disease. *Br Med Bull* 2011;99(1): 39-51.
3. Dimitry A Chistiakov. Immunogenetics of Hashimoto's thyroiditis. *J Autoimmune Dis* 2005;2:1 doi:10.1186/1740-2557-2-1.
4. Sgarbi JA, Teixeira PFS, Maciel LMZ et al. Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Arq BrasEndocrinol Metab* 2013;57(3): 166-183.
5. Pearce EN, Farwell MD, Braverman LE. Thyroiditis. *NEJM* 2003;348: 2646-2655.
6. Radetti G, Gottardi E, Bona G et al. Study Group for Thyroid Diseases of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetes (SIEDP/ISPED). The natural history of euthyroid Hashimoto's thyroiditis in children. *J Pediatr* 2006;149:827-832.
7. Macchia CL, Sánchez-Flores JA. Hipotiroidismo en el embarazo. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58(4): 316-321
8. Vanderpump MPJ, Tunbridge WMG. Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism. *Thyroid* 2002;12(10): 839-847.
9. Boericke W. *Homeopathic materia medica*. New York: Boericke & Runyon; 1927.
10. Mehran L, Tohidi M, Sarvghadi F et al. Management of thyroid peroxidase antibody euthyroid women in pregnancy: comparison of the American Thyroid Association and the Endocrine Society Guidelines. *J Thyroid Res* 2013 ID 542692, 6 pages. doi: 10.1155/2013/542692