Rev Med Homeopat. 2017;**10(2)**:62-65

Revista Médica de
Homeopatía

www.elsevier.es/homepatía

CLÍNICA

Tratamiento homeopático de las bronquiectasias. A propósito de un caso

Luis Hortal Muñoz[a,*], Camino Díaz Díez[b], Olga García Gómez[c], Gemma Rubio García[a], Fátima Santamaría de la Rica[d] y M. Nieves Domínguez Agüero[e]

[a]*Medicina de Familia, Centro de Salud Gandhi, Madrid, España*
*b**Medicina de Familia, Departamento de Homeopatía de la CMI (Clínica de Medicina Integrativa), Madrid, España*
[c]*Medicina de Familia, Centro de Salud Sanchinarro, Madrid, España*
[d]*Medicina de Familia, Fraterprevención, Madrid, España*
[e]*Medicina de Familia, Centro de Salud Canillejas, Madrid, España*

Recibido el 27 de junio de 2017; aceptado el 2 de julio de 2017

PALABRAS CLAVE
Bronquiectasias;
Secuestro pulmonar;
Homeopatía;
Hemoptisis;
Secreción bronquial

Resumen
Las patologías crónicas del árbol respiratorio —como las bronquiectasias y el secuestro pulmonar— generan en los pacientes síntomas como tos, secreciones y hemoptisis que afectan a la calidad de vida y con frecuencia se complican con infecciones respiratorias; por lo que precisan gran cantidad de antibióticos y, en ocasiones, cirugía. Se presenta el caso de una mujer de 55 años con secuestro pulmonar y bronquiectasias, con infecciones de vías bajas repetidas, que evolucionó favorablemente con tratamiento homeopático individualizado en el plazo de 2 años.
© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Bronchiectasis;
Pulmonary sequestration;
Homeopathy;
Hemoptysis;
Bronchial secretions

Homeopathic treatment of bronchiectasis. Presentation of a case

Abstract
Chronic diseases of tracheobronchial tree—such as bronchiectasis and pulmonary sequestration—generate in patients symptoms like cough, secretions and hemoptysis, affecting their quality of life, and are frequently complicated with respiratory infections that require a considerable amount of antibiotics, and occasionally surgery. We present the case of a 55 year-old woman with pulmonary sequestration and bronchiectasis, whit repeated lower respiratory tract infections, which evolved favorably with individualized homeopathic treatment within a period of 2 years.
© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: luishortal2012@gmail.com (L. Hortal Muñoz).

1888-8526/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.
http://dx.DOI: 10.1016/j.homeo.2017.07.007

Introducción

El secuestro pulmonar es una enfermedad rara; representa el 0,6-1% de las enfermedades estructurales pulmonares y malformaciones del desarrollo. Se caracteriza por una masa de tejido pulmonar separada del árbol broncopulmonar normal, con aporte sanguíneo sistémico. Los síntomas suelen confundirse con los del asma o la neumonía. En la mayor serie de casos[1,2], Wei y Li[3] evaluaron retrospectivamente a 2.625 pacientes de China. La mayoría de ellos presentaba tos, producción de esputo, fiebre, hemoptisis y dolor torácico; y solo en el 13% se presentaron como hallazgo radiológico incidental. El estudio de imagen incluye tomografía computarizada (TC) y angiografía por TC (angio-TC) como *gold standard*. La cirugía es el tratamiento recomendado y, según las series, se raeliza entre el 70 y el 100% de los casos. No obstante, existe cierta controversia; pues algunos pacientes pueden permanecer asintomáticos a lo largo de toda la vida. Si aparecen síntomas y complicaciones, se aconseja tratamiento quirúrgico.

Las bronquiectasias son una patología crónica del árbol bronquial entre cuyas causas figuran las de tipo infeccioso, por obstrucción bronquial, idiopáticas, congénitas, enfermedades pulmonares como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), etc.[4]. Las bronquiectasias, como secuelas de infección tuberculosa en series basadas en pacientes con antecedente de tuberculosis, suponen un 4-11%; mientras que las basadas en estudios de TC ascienden a 35-86%[5]. Los síntomas más habituales son: tos (98%); esputo, típicamente mucoide y sin olor (78%); disnea (62%); hemoptisis (56-92%), y dolor torácico pleurítico (20%). Es detectable mediante pruebas de imagen radiológicas simples, pero su estudio detallado requiere TC. En cuanto al tratamiento, es importante detectar y tratar la causa cuando sea posible, mejorar la eliminación de secreciones traqueobronquiales (drenaje postural, técnicas respiratorias), controlar las infecciones (tratamiento antibiótico) y resolver la obstrucción al flujo aéreo (broncodilatadores y corticosteroides inhalados) y, ocasionalmente, cirugía[4].

Presentación del caso

Mujer de 55 años, con antecedentes de poliposis nasal, asma e intolerancia a los antiinflamatorios no esteroideos y al ácido acetilsalicílico. Presenta bronquiectasias (probablemente posteriores a tuberculosis) y una posible malformación congénita tipo secuestro pulmonar, seguida en neumología.

Entre las pruebas complementarias destaca la TC torácica con imagen sugerente de secuestro pulmonar (fig. 1). Estos hallazgos se confirman con angio-TC (figs. 2 y 3). Espirometría: FVC (capacidad vital forzada) del 123%, FEV_1 (volumen espiratorio forzado en el primer segundo) del 102% e IT (índice de Tiffeneau) del 70%.

En los 3 años previos ha recibido múltiples ciclos de tratamiento (aproximadamente cada 1,5-2 meses) con antibióticos de amplio espectro: levofloxacino (500 mg), amoxicilina/ácido clavulánico (875/125 mg), amoxicilina (750 mg), cotrimoxazol (800/160 mg), azitromicina (500 mg), telitromicina (400 mg), cefuroxima (200 mg) y moxifloxacino (400 mg). Estos ciclos se pautan por aumento de secreción verdosa, que acaba con fiebre si no se trata. Se añaden además tratamientos sintomáticos, como codeína o acetilcisteína, en estos cuadros.

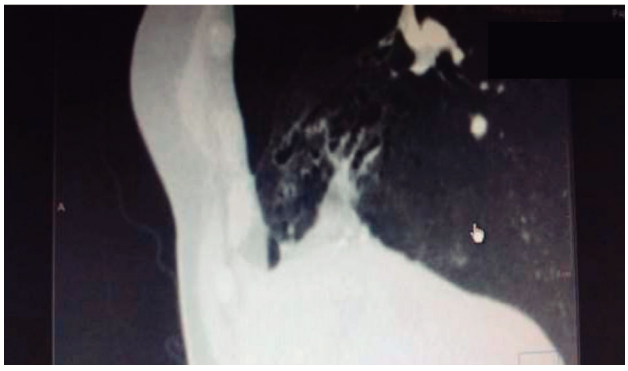

Figura 1 Tomografía computarizada torácica: quistes en lóbulo medio y língula.

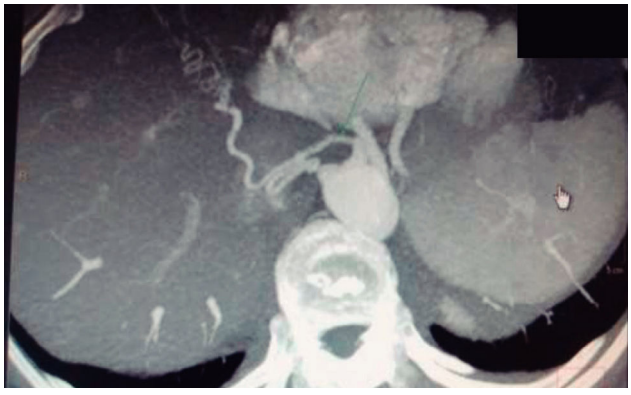

Figura 2 Angiografía por tomografía computarizada: origen sistémico del aporte arterial al lóbulo medio, proveniente del tronco celíaco, sugerente de malformación pulmonar congénita del tipo secuestro pulmonar.

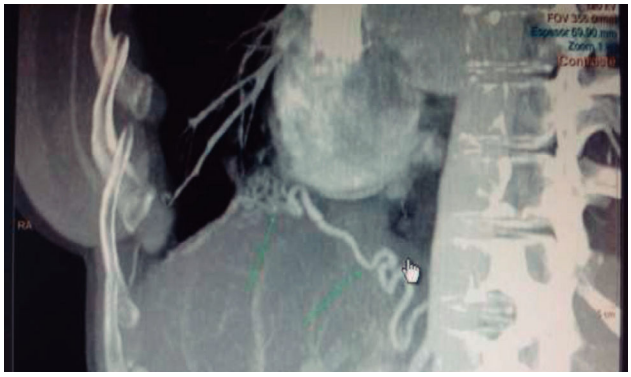

Figura 3 Angiografía por tomografía computarizada: origen sistémico del aporte arterial al lóbulo medio, proveniente del tronco celíaco, sugerente de malformación pulmonar congénita del tipo secuestro pulmonar.

Se la valora también en otorrinolaringología por disfonía en alguno de los cuadros (inflamación de cuerdas vocales sin pólipos ni nódulos) y en alergología, con diagnóstico adicional de asma persistente moderada parcialmente controlada. Se pauta tratamiento broncodilatador con Seretide® (50/500 mañana y noche) y Terbasmin® si precisa. Si presenta síntomas infecciosos, levofloxacino (500 mg) cada 24 h durante 15-21 días. Vacunación antigripal anual.

Las exposiciones a amoníaco y lejía (laboral) se desaconsejan formalmente; la paciente gestiona a través de la mutua una adaptación de puesto de trabajo, que se demora años después del inicio del tratamiento.

El 20 de mayo de 2014 tuvo el último episodio agudo previo al tratamiento, que se trató con levofloxacino 500 mg, con resolución de los síntomas.

El 11 de julio de 2014, con el consentimiento de la paciente, se realizó anamnesis para tratamiento homeopático. La paciente es delgada y con tendencia al adelgazamiento. Tras los tratamientos antibióticos permanece asintomática y sin flemas, aunque lentamente va produciéndolas de nuevo. En el cuadro agudo presenta malestar, flemas de color verdoso, dolor torácico quemante, hemoptisis (sobre todo al mediodía y estando tumbada) con empeoramiento nocturno y gran dificultad para expulsar las flemas. También presenta debilidad al hablar, empeorando al hablar y al reírse y gran astenia al hablar y durante la convalecencia.

Se busca la similitud en varias materias médicas[6-10] y se determina el siguiente tratamiento:

• Phosphorus (fósforo blanco)[6]. El tropismo patogenético por parénquimas —como el pulmonar, en experimentación en dosis ponderales— produce inflamación y esclerosis vasculares con riesgo hemorrágico (expectoración hemoptoica); motivos que determinan su indicación. Características: dolor torácico como un peso y sensaciones de ardor. Empeoramiento por la tarde, hacia el crepúsculo.
• Acalypha Indica (planta de la familia de las euforbiáceas, en la India). A dosis ponderales produce hemorragias pulmonares e intestinales con adelgazamiento[8]. Tos seca, violenta (peor por la noche), en accesos, seguida de hemoptisis de sangre roja (agravada por la mañana). Hemoptisis de sangre negra, coagulada (después de mediodía). Dolores en el pecho.
• Antimonium Tartaricum (antimoniotartrato ácido de potasio)[6]. Toxicidad a nivel del neumogástrico, con tendencia emética, y toxicidad pulmonar intersticial por fagocitosis del antimonio por los macrófagos alveolares. Da lugar a secreciones finas o húmedas abundantes (muy difíciles de expectorar) con disnea y aleteo nasal que empeora con el decúbito, datos que indicaron su prescripción. En dilución media para disminuir las secreciones (las diluciones bajas las aumentan) se propone como medicamento de crisis de tos y broncorrea.

La pauta elegida fue: Phosphorus 9 CH (3 gránulos cada 24 h); Acalypha Indica 9 CH (3 gránulos cada 24 h), y Antimonium Tartaricum 9 CH (3 gránulos cada 24 h), aumentando la frecuencia de tomas en agudo hasta cada 2 h.

Otros medicamentos que se valoraron por su similitud fueron China Rubra (astenia) y Stanum Metallicum y Drosera (debilidad al hablar); Carbo Vegetabilis y Hepar Sulfur (disminuir secreciones).

El 3 de septiembre de 2014 refiere mejoría y el 15 de octubre de 2014 (3 meses de tratamiento) se observa evolución favorable, con desaparición de sus secreciones habituales (broncorrea y hemoptisis) y sin episodios agudos. En esa visita se espacia el tratamiento: Phosphorus 9 CH (5 gránulos los sábados), Acalypha Indica 9 CH (5 gránulos los domingos) y Antimonium Tartaricum 9 CH (a demanda).

En los 2 años siguientes precisa tratamiento antibiótico en 3 ocasiones: enero de 2015 (7 meses del inicio del tratamiento), julio de 2015 (13 meses) y abril de 2016 (21 meses); siempre con levofloxacino 500 mg.

Discusión

En patologías pulmonares —como las bronquiectasias o el secuestro pulmonar, en las que la dificultad para eliminar las secreciones del árbol respiratorio conllevan frecuentes infecciones de estas y se precisan repetidos ciclos de tratamiento con antibióticos de amplio espectro— lograr reducir la broncorrea puede ayudar a controlar los síntomas y disminuir la necesidad de tratamiento antibiótico.
En este sentido, esta posible capacidad de controlar la broncorrea observada con el tratamiento homeopático prescrito a esta paciente abre una hipótesis de trabajo muy interesante que debería estudiarse más a fondo.

Poca información al respecto puede encontrarse en la bibliografía. Destaca la publicación de 2005 de Frass et al[11] (recogida en 2009 en la revisión sistemática de Overend et al[12]) sobre la evidencia de aspiración de secreciones en pacientes adultos. En este estudio prospectivo, doble ciego frente a placebo —realizado en 50 pacientes con EPOC intubados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), cuya extubación fracasó por las secreciones profusas, tenaces y espesas— Frass et al[11] evidenciaron que, en comparación con placebo, con 2 administraciones diarias de dicromato de potasio homeopático (Kalium Bichromicum a dilución C30 se redujeron las secreciones, facilitando la extubación temprana y la salida de la UCI ($p < 0,0001$). En la revisión sistemática de Overend et al[12] se concluye que el dicromato de potasio puede ayudar a la extubación de pacientes con EPOC con secreciones profusas, tenaces y espesas.

Conclusiones

La homeopatía ofrece resultados interesantes en la reducción de las secreciones en patologías pulmonares crónicas con escasas opciones de tratamiento, que incluyen el uso repetitivo de antibióticos. El uso de medicamentos homeopáticos puede ser una interesante alternativa terapéutica, con menor índice de efectos secundarios y de resistencias antibióticas. Sería aconsejable la realización de investigación adicional en este área para concluir la eficacia de la homeopatía en esta patología y así poder añadirla al arsenal terapéutico habitual.

Bibliografía

1. Tashtoush B, Memarpour R, Gonzalez J, Gleason JB, Hadeh A. Pulmonary Sequestration: A 29 Patient Case Series and Review. J Clin Diagn Res. 2015;9:AC05-8.
2. Qian X, Sun Y, Liu D, Wu X, Wang Z, Tang Y. Pulmonary sequestration: a case report and literature review. Int J Clin Exp Med. 2015;8:21822-5.
3. Wei Y, Li F. Pulmonary sequestration: a retrospective analysis of 2625 cases in China. Eur J Cardiothorac Surg. 2011;40:e39-42.

4. Memon J, Memon J. Bronchiectasis. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing; 2017.
5. Meghji J, Simpson H, Squire SB, Mortimer K. A Systematic Review of the Prevalence and Pattern of Imaging Defined Post-TB Lung Disease. PLoS One. 2016;11:e0161176.
6. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. Farmacología y Materia Médica Homeopática. Madrid: CEDH; 2010.
7. Jouanny J, Crapanne JB, Dancer H, Masson JL. Terapéutica Homeopática. Tomo 2. Posibilidades en patología crónica. 3.ª ed. París: Ediciones Boiron; 2000.
8. Vannier L. Materia Médica Homeopática. México: Editorial Porrúa; 2005.
9. Boericke W. Manual de Bolsillo de Materia Médica Homeopática. Nueva Delhi: B. Jain Publishers; 2003.
10. Vijnovsky B. Tratado de materia médica homeopática. Buenos Aires: Editorial provisional para códigos; 1997.
11. Frass M, Dielacher C, Linkesch M, Endler C, Muchitsch I, Schuster E, et al. Influence of potassium dichromate on tracheal secretions in critically ill patients. Chest. 2005; 127:936-41.
12. Overend TJ, Anderson CM, Brooks D, Cicutto L, Keim M, McAuslan D, et al. Updating the evidence-base for suctioning adult patients: a systematic review. Can Respir J. 2009; 16:e6-17.