

**CENTRO ALPHA DE ENSINO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA
LORENLAY RACHID**

**TRATAMENTO HOMEOPÁTICO DA EPIDERMÓLISE BOLHOSA:
RELATO DE CASO**

**SÃO PAULO
2014**

LORENLAY RACHID

**TRATAMENTO HOMEOPÁTICO DA EPIDERMÓLISE BOLHOSA:
RELATO DE CASO**

Monografia apresentada a ALPHA/APH
como Exigência para obtenção do título de
Especialista em Homeopatia.

Orientador: Dr. Sérgio Eiji Furuta

SÃO PAULO

2014

Dedico a Deus e à paciente, que me deram a oportunidade de me aprofundar e adquirir mais conhecimento para ajudá-la.

RESUMO

A epidermólise bolhosa (EB) pertence a um grupo de doenças de pele caracterizadas pela formação de bolhas após traumas insignificantes. É uma condição hereditária, causada pela mutação genética na codificação do colágeno tipo VII. Não há até o momento um tratamento específico para esta doença e o tratamento convencional consiste apenas em evitar complicações infecciosas, mantendo o estado geral do paciente, aliado a medidas de proteção à pele, como bandagens especiais para evitar a formação de bolhas. Este estudo apresenta um relato de caso de uma paciente, sexo feminino, 3 anos e 9 meses de idade, diagnosticada em abril de 2010 com epidermólise bolhosa distrófica recessiva. Faz acompanhamento no Hospital das Clínicas (HC) de 3/3 meses ou de 2/2 meses, no grupo de dor e de 6/6 meses com Dermatologista, Ortopedista e Dentista. Iniciou tratamento homeopático em agosto de 2013, mas continuou com tratamento alopático regularmente. No mês de setembro já apresentava melhora das lesões e melhora considerável do apetite. O tratamento homeopático é realizado com o *Arsenicum album*, que tem apresentado excelentes resultados. Nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2014, abandonou o tratamento homeopático, por acreditar no “milagre da cura da epidermólise bolhosa” oferecido por um Dermatologista, a qual rendeu à paciente uma falsa cura, com sérias complicações posteriores. Retornou ao tratamento homeopático em abril de 2014 e até o momento não apresentou intercorrências como infecções ou quedas de hemoglobina que necessite de transfusões. Nota-se claramente que o tratamento homeopático trouxe benefícios na qualidade de vida e diminuição das reagudizações das atividades da doença.

Palavras-chave: epidermólise bolhosa distrófica, homeopatia, *Arsenicum album*.

ABSTRACT

Epidermolysis bullosa (EB) belongs to a group of skin diseases characterized by blistering after minor trauma. It is a hereditary condition caused by genetic mutation in the coding of type VII collagen. There is not yet a specific treatment for this disease and the conventional treatment consists only of preventing infectious complications while maintaining the overall condition of the patient, combined with measures to protect the skin with special bandages to prevent the formation of blisters. This study presents a case report of a patient, female, 3 years and 9 months old, diagnosed in April 2010 with recessive dystrophic epidermolysis bullosa. She is monitored at the Hospital das Clínicas (HC) from 3/3 months or 2/2 months, in the pain group and from 6/6-month with Dermatologist, Dentist and Orthopedist professionals. Homeopathic treatment was started in August 2013, but continued with regular allopathic treatment. In September the patient already showed considerable improvement of lesions and appetite. Homeopathic treatment is performed with *Arsenicum album*, which has produced excellent results. In the months of January, February and March 2014, the patient left the homeopathic treatment, believing in the "miracle of the healing of epidermolysis bullosa" offered by a dermatologist, which promised a false cure to patient, with serious complications later. The patient returned to the homeopathic treatment in April 2014 and until now no adverse consequences like as infections or low hemoglobin that requiring transfusions. It is noted that homeopathic treatment had beneficial effects on quality of life and decrease the worsening of disease activity.

Keywords: dystrophic epidermolysis bullosa, homeopathy, *Arsenicum album*.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – (A) vesículas confluentes; (B) lesões com cor negra-azulada.....	33
Figura 2 – À esquerda lesões antes do tratamento e à direita, lesões com dois meses de tratamento.....	34
Figura 3 – Bolhas semelhantes a lesões de decúbito.....	35
Figura 4 – Lesões nas costas e nádegas, à primeira consulta (à esquerda), 2 meses de tratamento (centro) e 1 ano de acompanhamento (à direita).....	36
Figura 5 – Bolhas grandes e superficiais, com aparência de queimadura.....	37
Figura 6 – Cura das bolhas, após um mês de tratamento com <i>Ranunculus bulbosus</i>	38
Figura 7 – Paciente apresentando lesões antes do tratamento homeopático....	43
Figura 8 – Lesões após 25 dias com tratamento homeopático, a pele se apresenta mais limpa.	45
Figura 9 – Fórmula prescrita pelo dermatologista.....	48
Figura 10 – Lesões limpas por tempo determinado com tratamento dermatológico.....	49
Figura 11 – Lesões pioradas com o tratamento dermatológico.....	50
Figura 12 – Paciente “medrosa”, com receio de ser machucada.....	56
Figura 13 – Paciente na última consulta, menos receosa, aceitando o toque...	56

LEGENDA DE ABREVIATURAS

AGAR	<i>Agaricus muscarius</i>
ALUM	<i>Alumina</i>
AM – c	<i>Ammonium carbonicum</i>
ANAC	<i>Anacardium</i>
ANAN	<i>Anantherum muricatum</i>
ANT – c	<i>Antimonium crudum</i>
ANTHRACI	<i>Anthracinum</i>
ARS	<i>Arsenicum album</i>
ARS – I	<i>Arsenicum iodatum</i>
AUR	<i>Aurum metallicum</i>
AUR – M	<i>Aurum nuriaticum</i>
BAR – c	<i>Baryta carbonica</i>
BELL	<i>Belladonna</i>
BRY	<i>Bryonia alba</i>
BUFO	<i>Bufo rana</i>
CALC	<i>Calcarea carbonica</i>
CALC - S	<i>Calcarea sulphurica</i>
CANTH	<i>Cantharis</i>
CARB – AN	<i>Carbo animalis</i>
CARBN – S	<i>Carbonium sulphuratum</i>
CAUST	<i>Causticum hahnemanni</i>
CHAM	<i>Chamomilla</i>
CHEL	<i>Chelidonium</i>

CIC	<i>Cicuta virosa</i>
CIST	<i>Cistus canadensis</i>
CLEM	<i>Clematis</i>
CON	<i>Conium maculatum</i>
DULC	<i>Dulcamara</i>
FL – AC	<i>Fluoricum acidum</i>
GRAPH	<i>Graphites</i>
HAP	<i>Hepar sulphur</i>
JUGH – C	<i>Juglans cinerea</i>
KALI – ar	<i>Kali arsenicosum</i>
KALI – C	<i>Kali carbonicum</i>
KALI – BI	<i>Kali bichromicum</i>
KALI – I	<i>Kali iodatum</i>
KALI – S	<i>Kali sulphuricum</i>
LACH	<i>Lachesis muta</i>
LAPPA	<i>Lappa officinalis</i>
LED	<i>Ledum palustre</i>
LITH – C	<i>Lithium carbonicum</i>
LYC	<i>Lycopodium clavatum</i>
MAG – C	<i>Magnesia carbonica</i>
MERC	<i>Mercurius solubilis</i>
MERC – i – r	<i>Mercurius bi iodatus</i>
MEZ	<i>Mezereum</i>
NAT – C	<i>Natrum carbonicum</i>
NAT – M	<i>Natrum muriaticum</i>
NIT – AC	<i>Nitric acid</i>

OLND	<i>Oleander</i>
PETR	<i>Petroleum</i>
PHOSP	<i>Phosphorus</i>
PHYT	<i>Phytolacca</i>
PSOR	<i>Psorinum</i>
PULS	<i>Pulsatilla nigricans</i>
RAN – B	<i>Ranunculus bulbosus</i>
RAN – S	<i>Ranunculus sceleratus</i>
RHUS – T	<i>Rhus toxicodendron</i>
RHUS – V	<i>Rhus venerata</i>
SABAD	<i>Sabadilla officinalis</i>
SARS	<i>Sardaparilla</i>
SEP	<i>Sepia succus</i>
SIL	<i>Silicea terra</i>
SPONG	<i>Spongia tosta</i>
STAPH	<i>Staphisagria</i>
SULPH	<i>Sulphur</i>
VIOL – T	<i>Viola tricolor</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 Epidermólise bolhosa.....	12
2.2 Fisiopatologia, tipos e manifestações clínicas.....	14
2.2.1 Epidermólise bolhosa simples ou simplex.....	15
2.2.2 Epidermólise bolhosa juncional.....	17
2.2.3 Epidermólise bolhosa pruriginosa.....	19
2.2.4 Epidermólise bolhosa distrófica.....	19
2.3 Hereditariedade.....	22
2.4 Incidência.....	23
2.5 Terapia convencional (alopatia).....	24
2.6 A homeopática na epidermólise bolhosa.....	26
2.6.1 História da homeopatia.....	27
2.6.2 Tratamento da epidermólise bolhosa com homeopatia.....	30
2.6.3 Ação do <i>Arsenicum album</i> sobre a pele.....	39
3 MATERIAIS E MÉTODOS	41
4 RELATO DE CASO	42
5 DISCUSSÃO	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
7 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	62

1 INTRODUÇÃO

A epidermólise bolhosa (EB) é uma condição hereditária, causada pela mutação genética na codificação do colágeno tipo VII. Não há registros na literatura de tratamento específico para esta doença e o tratamento convencional fica limitado em evitar complicações, protegendo a pele para a prevenção de lesões e formação de bolhas, melhorando assim a qualidade de vida do paciente.

Apesar da epidermólise bolhosa apresentar baixa taxa de incidência, esta resulta em alta morbidade e ocorrência de sequelas oriundas do surgimento de lesões, principalmente, as mucocutâneas que levam a alterações físicas e psíquicas, além do impacto financeiro e social. As crianças são mais propensas a complicações decorrentes do agravamento da doença.

De acordo com a *Dystrophic Epidermolysis Bullosa Research Association of America* (DEBRA) estima-se que 1 em cada 17.000 nascidos vivos tenha epidermólise bolhosa, com ocorrência em todos os grupos raciais e étnicos do mundo, afetando ambos os sexos (DIAS; BORGES, 2013).

No ano de 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou que as primeiras manifestações da epidermólise bolhosa acontecem durante ou logo após o parto, o que faz com que o diagnóstico precoce seja de suma importância para o tratamento, permitindo a definição de uma terapêutica capaz de atenuar e prevenir as complicações, além de impedir o agravo das lesões (DIAS; BORGES, 2013).

Diante da escassez de literatura, diretrizes ou protocolos de tratamento da epidermólise bolhosa, este estudo tem por objetivo relatar caso de uma paciente com epidermólise bolhosa distrófica recessiva generalizada, que recebe tratamento homeopático com *Arsenicum album*.

A homeopatia e a alopatia não são irremediavelmente opostas, mas se complementam. Muitas doenças de peles são complexas, como a epidermólise bolhosa, de difícil tratamento, e a homeopatia tem lugar de destaque no arsenal dermatológico, por permitir incumbir-se dessas doenças sem renegar a contribuição das terapêuticas convencionais (POPOWSKI, 1997).

A homeopatia implica um artifício, no sentido etimológico do termo. Esta intervenção médica deve ser hábil, engenhosa, ou seja, a mais eficaz e a que traz menos perigo possível.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Epidermólise bolhosa

A Epidermólise Bolhosa (EB) faz parte de um grupo heterogêneo de doenças bolhosas hereditárias ou adquiridas, crônicas, não inflamatórias, epiteliais e da mucosa, que tem por característica o desenvolvimento de bolhas provenientes de qualquer mínimo trauma mecânico na pele. Geralmente, as lesões cutâneas aparecem já no nascimento devido ao trauma mecânico do parto em áreas corporais que sofrem pressão como as mãos, pés, joelhos, cotovelos e coxas. Outras vezes elas aparecem nos primeiros meses de vida (BARBOSA et al., 2005; GÜRTLER; DINIZ; SOUZA FILHO, 2005; ALVES et al., 2007).

Determinadas dermatoses têm uma localização preferencial, o que já evoca um diagnóstico. Por exemplo, a epidermólise bolhosa acomete todo o tegumento e mucosa e costuma apresentar lesões mais frequentes em locais com traumas, mesmo que leves e de atritos comuns (POPOWSKI, 1997).

Popowski (1997) comenta que as lesões mais prevalentes na epidermólise bolhosa são: vesículas, pústulas, bolhas, ulcerações, escoriações, fissuras, rágades, perleche, escamas, crostas, atrofia, cicatrizes e esclerose.

As lesões podem conter secreções e sangue, as unhas podem estar ausentes ou serem espessadas, pode ocorrer também lesões nas mucosas orais, esofágicas e anais. São observadas também lesões de couro cabeludo e alterações dentárias. Alguns sintomas secundários podem ocorrer, como: anemia e desnutrição, por problemas de alimentação que esses pacientes desenvolvem (AMPAPEB, 2003).

De acordo com Freedberg et al. (2005, p. 702), a epidermólise bolhosa “é uma doença crônica associada à auto-imunidade ao colágeno (colágeno tipo VII) dentro de estruturas de ancoragem de fibrilas localizadas na junção dermoepidérmica”. Fibrilas são estruturas semelhantes a espigas de trigo que emanam da lâmina densa em sentido perpendicular e se estiram aproximadamente 200 a 300 nm (nanômetro) para dentro da derme papilar, associando-se às estruturas globulares conhecidas como placas de ancoragem que contém colágeno tipo IV, componente partilhado com a zona de lâmina membrana basal entre a epiderme e a derme. A escassez de fibrilas está associada à formação de bolhas e de fenótipos clínicos semelhantes caracterizados por fragilidade da pele, bolhas subepidérmicas, formação de millium e escarificação (cicatrizes deprimidas).

De acordo com Jurj et al. (2011), o diagnóstico da epidermólise bolhosa é fundamentado em achados clínicos, microscopia, microscopia de imunofluorescência e análise de mutação do DNA. Técnicas de diagnóstico pré-natal em famílias afetadas têm sido recomendado.

No bebê e na criança pequena é fundamental para a realização do diagnóstico, o interrogatório do círculo familiar. Deve ser esclarecido o aspecto inicial das lesões, o modo de início e de extensão de cada elemento, eventualmente os tratamentos já aplicados, além das noções de caso familiar, hereditário ou não. Deve-se levar em consideração, que quanto mais nova a criança for, maior a carência de sintomas característicos que permitem uma prescrição exata. “Deve-se ser particularmente prudente na prescrição homeopática baseada somente nos sintomas locais, podendo gerar uma ‘supressão mórbida’ lamentável” (POPOWSKI, 1997, p. 18).

O mesmo autor comenta ainda que nas crianças, os sinais, em geral, não são expressos de forma muito clara. Entretanto, o prurido existe desde os primeiros

meses de vida, podendo ser reconhecido quando da presença de algumas escoriações ou atrito das costas sobre a maca de exame quando se tira a roupa do bebê.

2.2 Fisiopatologia, tipos e manifestações clínicas

Alves et al. (2007) comentam que a epidermólise bolhosa é causada pela adesão inadequada entre os componentes do epitélio e as mucosas, o que pode ocorrer em diferentes níveis, dependendo do subtipo em questão.

As características de cada tipo de epidermólise bolhosa serão apresentadas no Quadro 1:

Quadro 1 – Tipos de epidermólise bolhosa.

TIPO	HERANÇA DOMINANTE	NÍVEL DA FORMAÇÃO DAS BOLHAS	CARACTERÍSTICAS
Simples (epidermolítica)	Autossômica dominante	Superficial; camada de células basais; acima dos hemidesmosomos.	Geralmente, de início congênito; mãos e pés envolvidos; lesões mucosas mínimas; ausência de formação de cicatrizes; defeitos nas ceratinas 5 ou 14 dos ceratinócitos basais.
Juncional (letal)	Autossômica recessiva	Lâmina lúcida, entre o antígeno do penfigóide bolhoso e a laminina; ausente ou rara nos hemidesmosomos.	Congênita; localizada ou progressiva; deixa cicatrizes; atresia pilórica; lesões de mucosa; dentes displásicos; perda das unhas; defeitos nas proteínas da membrana basal, como laminina 5, antígeno 2 do penfigóide bolhoso, $\alpha 6\beta 4$ integrina.

TIPO	HERANÇA DOMINANTE	NÍVEL DA FORMAÇÃO DAS BOLHAS	CARACTERÍSTICAS
Distrófica recessiva (dermolítica)	Autossômica recessiva	Na derme profunda, abaixo da lâmina densa; produção excessiva de colagenase dérmica anormal; ausência de fibrilas de ancoragem.	Congênita; deformidade cicatricial “em luva de boxe” nas mãos e nos pés; deformidades acentuadas; lesões das mucosas produzem estenose esofágica ou perfuração gastrointestinal; curso clínico variado; risco de carcinoma espinocelular agressivo na pele, língua, esôfago; defeito no colágeno tipo VII.
Distrófica dominante (dermolítica)	Autossômica dominante	Na derme profunda, abaixo da lâmina densa, abaixo da camada de colágeno tipo IV; fibrilas de ancoragem esparsa.	Congênita; lesões hipercheratóticas; gravidade variável; risco de carcinoma espinocelular; defeitos no colágeno tipo VII.

Fonte: FUNAYAMA (2007).

2.2.1 Epidermólise bolhosa simples ou simplex

Na epidermólise bolhosa simples ou simplex (EBS) ocorre clivagem intra-epidérmica na porção inferior, devido a alterações citolíticas dos queratinócitos basais com defeitos nas citoqueratinas 5 (gene KRT5) e 14 (gene KRT14). A separação do tecido ocorre dentro dos queratinócitos basais no lado epidérmico da membrana basal (BARROS; RASKIN; PEREIRA-FERRARI, 2004; GÜRTLER; DINIZ; SOUZA FILHO, 2005).

Neste tipo de epidermólise não ocorre comprometimento do estado geral do paciente, com raras bolhas ou ulcerações de mucosa oral (nos casos mais graves), mas com acometimentos na córnea e no meato acústico externo (BARBOSA et al., 2005).

Pacientes com EBS desenvolvem bolhas nos pés e nas mãos em resposta às fricções. Caminhar mesmo que pequenas distâncias podem causar bolhas. O problema piora com temperaturas elevadas e as pessoas podem ter bolhas devido a roupas apertadas. O primeiro sinal de que o recém-nascido pode ter herdado essa doença geralmente é o aparecimento de bolhas abaixo da linha da cintura e em áreas da fralda, embora as bolhas possam não ser vistas até que a criança comece a andar (EB INFO WORLD, 2007a).

Os subtipos da EBS incluem: Koebner, Weber-Cockayne, Dowling-Meara e a variante de Ogna (GÜRTLER; DINIZ; SOUZA FILHO, 2005).

O subtipo Weber-Cockayne da EBS é uma forma localizada que geralmente aparece na infância e na adolescência, podendo também ocorrer em bebês e em adultos. Os pacientes com este subtipo desenvolvem bolhas em seus pés e mãos (geralmente na palma das mãos e na sola dos pés) em resposta à fricção e estas feridas geralmente cicatrizam sem deixar marcas. Geralmente a EBS não envolve as unhas e as membranas mucosas (EB INFO WORLD, 2007a).

A EBS de subtipo Koebner geralmente aparece ao nascimento ou na infância. As bolhas aparecem espalhadas pela superfície corporal sendo incomum ocorrer cicatrizes e com leve envolvimento das membranas. Às vezes as unhas dos pés e das mãos são comprometidas. Queratoses localizadas na sola dos pés e na palma das mãos podem ocorrer especialmente em pacientes mais velhos (MANDELBAUM; BARREIROS; MOUASSAB, 2004; EB INFO WORLD, 2007a).

EBS de subtipo Dowling-Meara (ou herpetiforme), é o tipo mais severo. Geralmente os bebês nascem com bolhas espalhadas pela face, tronco e membros. As bolhas nas mãos e pés eventualmente causam engrossamento da pele (hiperqueratose palmo-plantar) o que pode levar a limitação de movimentos das juntas. Millium pode aparecer após cicatrização das bolhas. Unha grossa e sem cor

é uma característica comum. As bolhas podem envolver órgãos incluindo a cavidade oral, o trato gastrointestinal e raramente o tronco respiratório superior. Exames microscópicos mostram grupos de filamentos de queratina que não são observados nas outras formas de EBS (MANDELBAUM; BARREIROS; MOUASSAB, 2004; EB INFO WORLD, 2007a).

Na EB subtipo variante de Ogna ocorrem bolhas serosas e hemorrágicas, nas mãos e pés, que formam equimoses e reparam se dificuldade, tendo maior incidência em pessoas de origem norueguesa (MANDELBAUM; BARREIROS; MOUASSAB, 2004).

2.2.2 Epidermólise bolhosa juncional

Na epidermólise bolhosa juncional (EBJ), a clivagem se dá na lâmina lúcida ou região central da zona de membrana basal, sendo o teto representado pela epiderme e o assoalho pela lâmina densa. Deve-se a alterações na laminina 5 (genes LAMA3, LAMB3, LAMC2), integrina (genes ITGA6 e ITGB4) e colágeno XVII transmembranoso (gene COL17A1), sendo o mesmo antígeno do penfigóide bolhoso (BARROS; RASKIN; PEREIRA-FERRARI, 2004; GÜRTLER; DINIZ; SOUZA FILHO, 2005).

Podem ocorrer anemias, alterações nos níveis de proteínas séricas, alterações dentárias, estenose esofágica, atresia pilórica, bolhas e ulcerações na mucosa oral, esofágica e anal, acometimento da córnea e da conjuntiva, e acometimento do trato urogenital com estreitamento do meato uretral e fluxo urinário diminuído (BARBOSA et al., 2005).

Os subtipos da EBJ incluem: Herlitz, não-Herlitz e atrófico generalizado benigno (GÜRTLER; DINIZ; SOUZA FILHO, 2005).

A EBJ subtipo Herlitz é a mais severa forma de EB e as crianças freqüentemente morrem na infância devido à infecção generalizada (sepse) devido a grande extensão das lesões, desnutrição, desidratação, distúrbio hidroeletrólítico ou complicações resultantes de bolhas nos tratos respiratório, gastrointestinal ou geniturinário. Bolhas comumente estão presentes no nascimento e atingem incluindo língua e superfície das mucosas, o que pode afetar o ato de comer e levar à perda de peso. A morte na infância tem sido considerada uma marca da EBJ Herlitz presumivelmente por infecção grave secundária às lesões (LIN; CARTER, 1992; MANDELBAUM; BARREIROS; MOUASSAB, 2004; EB INFO WORLD, 2007b).

A EBJ subtipo não-Herlitz possui bolhas generalizadas e mucosa comprometida que podem ser evidenciadas no nascimento ou logo após. As bolhas são do tipo leve até severo; ocorrem erosões nos dedos da mão e do pé, unhas distróficas ou ausência destas; ocorrem também erosões e perda de cabelo (alopecia). Pode ser observado tecido granuloso ao redor da boca, pele marcada e fina nas áreas afetadas (atrófica). Embora possa ocorrer um envolvimento laríngeo durante a infância precoce, a dor respiratória é uma ocorrência rara neste tipo de EBJ. O bebê pode apresentar complicações tais como infecção, desidratação, distúrbio hidroeletrólítico, comprometimento dos tratos respiratórios, gastrointestinal e/ou geniturinário, e estas complicações podem levar à morte (EB INFO WORLD, 2007b).

Na EBJ subtipo atrófica generalizada benigna, alguns bebês nascem com atresia pilórica em que a abertura entre o estômago e os intestinos falha em sua formação e a cirurgia é necessária para corrigir a anomalia. Bolhas generalizadas podem ser tanto leves como severas (bolhas sero-sanguinolentas) com atrofia e evidenciam-se erosões nos dedos (pés e mãos), unhas distróficas ou ausência de unhas, alterações dentárias devido a defeitos no esmalte e erosão e perda de cabelo

(alopecia), tecido granuloso ao redor da boca sobre as áreas afetadas (LIN; CARTER, 1992; MANDELBAUM; BARREIROS; MOUASSAB, 2004; EB INFO WORLD, 2007b).

O quadro clínico mais grave da epidermólise encontra-se na epidermólise bolhosa letal, pertencente ao grupo juncional, denominado também de Síndrome de Herlitz, em que a intensidade das bolhas leva à morte nos primeiros meses de vida (UNIFESP, 2009).

2.2.3 Epidermólise bolhosa pruriginosa

A epidermólise bolhosa pruriginosa é uma variante da EB descrita recentemente por McGrath, Schofield e Eady, em 1994, causada por mutação no gene do colágeno tipo VII, mas com características clinico-patológicas próprias como lesões liquenóides semelhantes ao prurido nodular, intenso, com cicatrizes lineares hipertróficas violáceas, distrofia ungueal dos pododáctilos, millium, bolhas pós-trauma e, em alguns casos, lesões albolopulóides no tronco. Trata-se de uma doença genética rara com padrão de herança ainda não bem definido pela literatura. Os estudos microscópicos mostraram achados típicos da EBD, o que levou à hipótese de que as lesões pruriginosas fossem decorrentes de uma reatividade dérmica anormal às alterações primárias da doença. O estudo molecular da EB pruriginosa e da distrófica mostrou que ambas são causadas por mutação genética do colágeno tipo VII (SOUZA et al., 2005).

2.2.4 Epidermólise bolhosa distrófica

A epidermólise bolhosa distrófica (EBD), a clivagem ocorre na sublâmina

densa (abaixo da lâmina basal e por este motivo ocorrem alterações distróficas, cicatrizes e millium, com a evolução do processo), sendo que a epiderme e a lâmina lúcida representam o teto da bolha, e a derme, o assoalho. A alteração é exclusiva no gene COL7A1 (MANDELBAUM; BARREIROS; MOUASSAB, 2004; GÜRTLER; DINIZ; SOUZA FILHO, 2005).

Diniz e Vieira (2000) comentam que na EBD a separação das camadas ocorre abaixo da junção da epiderme com a derme, onde estão os vasos sanguíneos e os nervos, e por isso as bolhas são profundas, dolorosas e sanguinolentas, podendo algumas bolhas ser superficiais acometendo também as unhas que tendem a cair.

Os subtipos da EBD incluem: Cockayne-Touraine, Pasini, Hallopeau-Siemens e forma distrófica recessiva mitis (GÜRTLER; DINIZ; SOUZA FILHO, 2005).

A EBD é um subgrupo da EB que possui padrão de herança autossômico recessivo (EBDR) ou autossômico dominante (EBDD). A EBD pode ser dominante do tipo Cockayne-Touraine; dominante variante de Pasini, localizada recessiva e generalizada recessiva (variante de Hallopeau-Siemens) (BARROS; RASKIN; PEREIRA-FERRARI, 2004; PEREIRA; FERREIRA; CALDAS, 2007).

A EBD afeta a pele e o sistema músculo-esquelético, e além das bolhas podem aparecer outras doenças de pele como neoplasma cutâneo, eczema, dermatite atópica e alergias. Os órgãos mais afetados pela EBD são os dentes, os trato gastrintestinal, respiratório superior e geniturinário, os olhos e o sistema cardiovascular (BARROS; RASKIN; PEREIRA-FERRARI, 2004).

Neste tipo de epidermólise, a milia sempre ocorre e há formação de cicatrizes resultantes das bolhas (DIAS; BORGES, 2013).

A EBDD varia de um fenótipo mais leve expresso por bolhas localizadas em pontos localizados de trauma até o fenótipo mais grave caracterizado por bolhas

generalizadas e subsequente cicatrização (BARROS; RASKIN; PEREIRA-FERRARI, 2004; BARBOSA et al., 2005).

Na EBDD Albopapulóide de Pasini as lesões cicatriciais apresentam-se sob a forma de placas brancas que aparecem espontaneamente (MANDELBAUM; BARREIROS; MOUASSAB, 2004).

A EBDR tende a ser mais severa com perda de pele ao nascer, as quais são provocadas pelas bolhas hemorrágicas e erosões. Há também formação de cicatrizes e milia. As bolhas/ulcerações da mucosa oral estão sempre presentes e apresentam cicatrizes sinequiantes, bem como estenoses esofágicas graves, microstomia e anquiloglossia que limita a ingestão de alimentos. Em alguns pode ocorrer desnutrição crônica, retardo no crescimento e anemia. Defeitos no esmalte dentário podem causar cáries e perda precoce dos dentes. Há cicatrizes espalhadas e deformidades. Os dedos das mãos e dos pés podem perder a mobilidade e as cicatrizes recorrentes podem causar a fusão destes membros. As mãos e braços podem fixar-se em uma posição flexionada e resultar em contraturas e geralmente há a perda das unhas das mãos e dos pés. O trato urogenital pode ficar comprometido devido ao estreitamento do meato uretral e pela diminuição do fluxo urinário. Pode também acometer as sobrancelhas, córnea e conjuntiva, o meato acústico externo e a membrana timpânica. A constipação intestinal pode estar presente. As lesões são dolorosas em locais sensíveis como a boca, o esôfago, o estômago, duodeno e ânus, provocadas por lesões de mucosa (MANDELBAUM; BARREIROS; MOUASSAB, 2004; BARBOSA et al., 2005; EB INFO WORLD, 2007c).

Neste tipo de epidermólise, o grau de defeito genético pode sofrer variações sutis até ausência completa do colágeno tipo VII. Nas formas recessivas, a mutação no gene COL7A1 causa interrupção precoce dos códons, o que resulta na ausência

do colágeno VII nos tecidos. Já as mutações que não causam essa interrupção prematura são responsáveis por doenças de menor gravidade, como a forma mitis (GÜRTLER; DINIZ; SOUZA FILHO, 2005).

De acordo com Pereira, Ferreira e Caldas (2007, p. 49), a EBD generalizada recessiva (variante de Hallopeau-Siemens) é:

[...] doença mutilante que se caracteriza por aplasia cutânea à nascença, formação de bolhas generalizadas na infância com cicatrização alterada, o que leva a pseudosindactilia, deformação das mãos e dos pés, constrição oral ou microstomia. Ocorre displasia dentária e mucosas com bolhas e/ou erosões que levam à estenose esofágica, uretral e anal, fimose e cicatrização da superfície ocular. São comuns: má nutrição, atraso de crescimento, anemia crônica, alterações eletrolíticas, hipoalbuminemia refletindo infecção crônica, debilitação e disfunção renal. Patologias associadas: porfiria, amiloidose, mieloma múltiplo, diabetes mellitus, estados hipercoaguláveis e prolapso válvula mitral.

Barros, Raskin e Pereira-Ferrari (2004) comentam que neste tipo de epidermólise não apenas a pele e o sistema musculoesquelético, mas vários órgãos podem ser também afetados, principalmente nos pacientes com a forma recessiva da doença. Além das bolhas são observadas outras doenças de pele, como eczema, neoplasma cutâneo, dermatite atópica e alergias. Os órgãos mais afetados nestes pacientes são o trato gastrointestinal, os dentes, os olhos, o trato respiratório superior, o trato geniturinário e o sistema cardiovascular.

A paciente do presente relato de caso pertence a esta classe de epidermólise, ou seja, “epidermólise bolhosa distrófica recessiva generalizada”.

2.3 Hereditariedade

Famílias com integrantes, próximos ou distantes, com EB, devem fazer um aconselhamento genético, especialmente nos casos do desejo de engravidar porque as pessoas devem ter conhecimento dos riscos de se ter um bebê com esse

problema. Geralmente a EBS passa de uma geração para outra, ou seja, de forma autossômica dominante. Assim, quando um dos cônjuges tiver o problema o risco de se ter um bebê acometido por EB é de 50% para cada gravidez (ALVES et al., 2007).

No caso da EBJ a herança é autossômica recessiva, ou seja, ambos os pais trazem o gene para a doença, embora nenhum dos dois seja acometido (não sintomáticos) e nunca desenvolverão a doença. Nesse caso, o risco de herança para o bebê é de 25% em cada gestação. Pais portadores só são diagnosticados após o bebê nascer (ALVES et al., 2007; EB INFO WORLD, 2007b).

Já na EBD, a herança tem padrão variável (genética e herdada) (BARROS; RASKIN; PEREIRA-FERRARI, 2004; ALVES et al., 2007).

A EBD distrófica é uma condição dominante autossômica e um dos pais do paciente afetado geralmente tem a doença. Mas, é possível aparecer esporadicamente, ou seja, aparecer pela primeira vez em uma pessoa que não tenha nenhum membro da família afetado por esta doença. Independente do sexo, o indivíduo passa esta condição para seus filhos e a cada ocorrência de gravidez há 50% de chance para que a criança herde a condição (EB INFO WORLD, 2007c).

A EBD recessiva é uma condição recessiva autossômica herdada, ou seja, ambos os pais são portadores ainda que eles não sejam afetados. Quando um dos pais tem seu gene alterado, há 25% de chances de a criança ter a doença sendo os pais diagnosticados após o nascimento do bebê afetado (EB INFO WORLD, 2007c).

2.4 Incidência

A Epidermólise Bolhosa Distrófica (EBD) é considerada como a forma mais

grave do grupo de doenças genéticas que causam bolhas, apresentando uma freqüência estimada de 1 para 35.000 nascidos vivos na população mundial (BARROS; RASKIN; PEREIRA-FERRARI, 2004).

Por ser uma doença rara, a EB tem incidência e prevalência variada, sendo que no Brasil os dados epidemiológicos são pouco conhecidos e estando subnotificados dentro das dermatoses penfigóides. Na Irlanda do Norte a EB tem incidência em 1,4 a cada 1.000.000 e prevalência de 32 a cada 1.000.000 habitantes. Já na Noruega a proporção é de 24 doentes para cada 1.000.000, na Inglaterra há 26, na Croácia 9,5 casos e na África do Sul 3 pacientes a cada 1.000.000 (BARBOSA et al., 2005).

Nos Estados Unidos, onde existem entidades e grupos de apoio que fazem o rastreamento dos casos de EB, acredita-se que sua incidência seja de 1 a cada 50.000 (MANDELBAUM; BARREIROS; MOUASSAB, 2004).

Esta patologia rara afeta toda a população; portanto, não leva em consideração qualquer grupo racial ou gênero (ALVES et al., 2007).

2.5 Terapia convencional (alopatia)

Até o momento não existe um tratamento curativo da epidermólise bolhosa e o suporte clínico tem por objetivo prevenir e tratar novas bolhas, infecções, retrações e sinéquias. São realizadas orientações dermatológicas com curativos, emolientes e antibióticos, além de se prevenir a ocorrência de novos traumas (BARBOSA et al., 2005).

Sampaio e Rivitti (2007) afirmam que a corticoterapia no tratamento da epidermólise bolhosa é um assunto muito controverso e sugere o uso sistêmico de

corticosteróides, hidantoína (possui ação inibidora sobre a colagenase) e complementos vitamínicos.

Já Marinkovich e Pai (2002) acreditam que por ser uma desordem genética, nenhuma droga é capaz de corrigir o defeito molecular, neste sentido, o uso de esteróide por tempo prolongado estaria contra-indicado, devido aos altos efeitos colaterais.

Clinicamente, os pais de crianças com epidermólise bolhosa não recebem orientações sobre as melhores práticas para prevenção e tratamento das lesões, principalmente, as de pele. Há suspeitas de que esse fato seja decorrente do desconhecimento de grande parte dos profissionais de saúde a respeito desta doença, bem como de sua evolução e das sequelas decorrentes de complicações e práticas inadequadas de cuidados (DIA S; BORGES, 2013).

Dias e Borges (2013, p. 9) comentam ainda que “o cuidado é a ação terapêutica mais importante diante de um quadro de epidermólise bolhosa, visto que não há alternativa de tratamento que possibilite a minimização dos sintomas manifestados pelo paciente”. Neste sentido as orientações e cuidados na prevenção das lesões são fundamentais para a sobrevivência e melhor qualidade de vida do paciente.

Corroborando com a teoria acima, Fine (2008), afirma que não existe tratamento específico que cure a epidermólise bolhosa, o que existe são medidas para impedir o aumento e agravamento das lesões. No passado, eram utilizadas altas doses de esteróides sistêmicos e de fenitoína, no tratamento da epidermólise bolhosa distrófica recessiva, porém nunca se obteve o resultado esperado.

Marinkovich e Pai (2002) comentam ainda que o tratamento da epidermólise bolhosa em geral, consiste em cuidados locais (infecções, ulcerações, controle cirúrgico entre outros), cuidados com outros órgãos (vitamina E, suporte com dieta

pastosa, laxantes, entre outros) e rastreamento para carcinoma espinocelular (CEC), nas formas distróficas da doença, além de curativos emolientes e antibióticos nas feridas.

Ângelo et al. (2012, p. 139), deixa claro que:

Há perspectivas de desenvolvimento de terapias gênicas no futuro, mas, enquanto tal tratamento não é realidade, a equipe multiprofissional e a família devem se empenhar para proporcionar melhor qualidade de vida para o paciente. Para isso, os cuidados devem ter início desde o nascimento. O suporte clínico objetiva a prevenção e o tratamento das bolhas, infecções, retrações e sinéquias. [...]Nos casos de adesão dos tecidos causada por excessivas bolhas, como na sindactilia das mãos, pés e estenose esofágica, são realizadas correções cirúrgicas.

Estudo foi publicado por Ortiz-Urda et al. (2003) sobre a uso de injeção intradérmica de fibroblastos expressando o colágeno tipo VII, na pele íntegra de pacientes com epidermólise bolhosa distrófica recessiva e observaram que essas células restauram localmente a expressão do colágeno tipo VII *in vivo* e normalizaram aspectos clínicos da doença, incluindo as bolhas subdérmicas e defeitos das fibrilas de ancoragem.

2.6 A homeopática na epidermólise bolhosa

No conceito de Bergeret (1988), a pele, como órgão isolante e protetor é vista como reflexo da saúde do indivíduo. Suas funções não estão limitadas a um papel apenas de revestimento. A pele tem capacidades receptoras frente ao meio exterior, capacidade de absorção de medicamentos, por exemplo, e excretoras, podendo ser comparada às dos sistemas antitóxicos e emunctorios hepato-renal, pulmonar e intestinal. Por este motivo, com exceção de algumas afecções locais, as doenças dermatológicas são a manifestação de problemas gerais.

Neste sentido, a homeopatia constitui uma terapêutica de grande importância, uma vez que é uma tentativa de reequilíbrio do indivíduo como um todo, enquanto as medicações “clássicas” se contentam em suprimir os sintomas das doenças sem preocupação com as alterações gerais subjacentes, cuja manifestação cutânea é apenas a parte acessível aos olhos (BERGERET, 1988).

Bergeret (1988, p. 12) afirma que “o remédio homeopático que será escolhido para ser prescrito por via sistêmica, pode ser também aplicado por via local, seja diluído em água, seja em um excipiente apropriado”.

2.6.1 História da homeopatia

De acordo com Luiz Stern (2010), os princípios da homeopatia foram propostos pelo médico alemão Christian Friedrich Samuel Hahnemann, no final do século XVIII, quando decepcionado com a Medicina de seu tempo, se propôs a conceber um novo modo de tratamento. Esta nova terapia ganhou adeptos e também oponentes.

Hahnemann teve a ideia e iniciativa de experimentar uma substância chamada China (Cinchona), quando traduzia um material médico sobre essa substância que era utilizada na cura da malária, discordando das explicações sobre seus efeitos (APH, 2014).

No ano de 1796, essa nova Medicina foi nomeada, a partir das palavras gregas “*homoios*” (semelhantes) e “*pathos*” (aquilo de que se sofre). Assim, foi descoberta as qualidades curativas da China comprovando a lei da cura pelos semelhantes, já descrita por Hipócrates, o pai da Medicina. Assim, foi elaborado o Organon da Arte de curar, livro onde se encontram os registros das bases de sua

Arte Médica, um sistema de tratamento reconhecido em todo mundo (LUIZ STERN, 2010).

Com experimentos de várias substâncias medicinais no homem são, Hahnemann retoma a prática da Medicina, desta vez, Homeopática, para ter certeza de que cada substância escolhida, de acordo com os sintomas que provoca, é capaz de curar pacientes que apresentem os mesmos sintomas (LUIZ STERN, 2010).

Complementando a teoria acima, a Associação Paulista de Homeopatia, deixa claro que a substância que é capaz de provocar determinados sintomas em uma pessoa sã, tem a capacidade de curar essas mesmas manifestações, quando apresentadas por uma pessoa doente, após um processo especial de preparação. Um exemplo é a utilização do medicamento homeopático *Coffea cruda* (café) utilizado na cura da insônia, pelo fato deste causar insônia em determinados indivíduos. Outro exemplo é o medicamento homeopático *Arsenicum album* (arsênico), veneno que causa intoxicação, provocando náuseas e vômitos, por este motivo é utilizado em pacientes com náuseas e vômitos (APH, 2014).

Hahnemann fez uma descoberta considerada curiosa quando percebeu que a administração de um medicamento semelhante pode provocar o agravamento do estado do paciente, com posterior melhora. Neste sentido, chegando à conclusão que os sintomas provocados pelo medicamento se juntam aos decorrentes da doença antes do organismo reagir contra esse conjunto, por esse motivo, as doses devem ser diminuídas para evitar possíveis intoxicações (QUEMOUN, 2003; STEINER, 2014).

Os mesmos autores comentam que as formas são testadas com sucesso em doses cada vez menores, chamadas de “infinitesimais” e que foram classificadas na época, por Hahnemann, como “imateriais”. Suas pesquisas evidenciam um fato sem explicação ainda: quando os medicamentos simplesmente são diluídos, são pouco

operantes; mas quando são agitados energicamente a cada diluição, se tornam eficazes. Por este motivo Hahnemann não fala em diluição e sim em “dinamização”.

Segundo a Associação Paulista de Medicina, a homeopatia é uma ciência que surgiu da observação de fatos, ou seja, essa forma de tratamento colabora com as vias naturais de cura do organismo com base numa lei da natureza, que se denomina “Lei dos Semelhantes” (APH, 2014).

Resumindo, a homeopatia nasceu na Alemanha, no ano de 1796, sendo difundida rapidamente. Na década de 1830, já havia sido implantada no Novo Mundo e em toda a Europa, espalhando-se para a África, Índica e China (STEINER, 2014).

No Brasil, a prática da homeopatia chegou no dia 21 de novembro de 1840 (data em que se comemora o Dia da Homeopatia), com o Médico Francês Jule Benoit Mure (APH, 2014).

A homeopatia trata o doente, levando em consideração não apenas suas queixas físicas, mas principalmente, a maneira como este indivíduo pensa, suas predisposições herdadas dos familiares, seus hábitos, forma como reage aos acontecimentos da vida, ou seja, tenta conhecer o indivíduo em sua totalidade, suas características. Para a homeopatia, cada pessoa é única, ou seja, não se divide (APH, 2014).

Na Medicina Convencional, a mesma doença em pacientes diferentes pode ser tratada com o mesmo medicamento. Já na homeopatia, mesmo sendo um problema comum, o tratamento varia de acordo com as reações de cada indivíduo, levando em consideração que os seres humanos são diferentes uns dos outros, portanto, possuem energias diferentes, por este motivo, o medicamento homeopático pode atuar de forma favorável em um indivíduo e não atuar em outro com a mesma doença.

Ribeiro (2010) afirma que no Brasil, pela possibilidade terapêutica, eficácia e mérito dos profissionais que a aplicaram, a homeopatia tornou-se uma opção procurada pelos médicos e demanda pela população.

Fruto de incansável trabalho e esforço de muitos médicos homeopatas brasileiros, que trabalharam incansavelmente por este ideal, hoje o Brasil é um dos países com maior número de médicos homeopatas do mundo. Não apenas em quantidade, mas, principalmente, em qualidade, graças aos excelentes cursos de formação, aliados a uma boa atuação da Associação Médica Homeopática Brasileira e suas federadas, além da boa relação com Farmacêuticos homeopatas, que possibilitam tratamentos oferecendo medicamentos com boa padronização de preparação, na formulação prescrita e com fontes de matérias primas mais confiáveis (RIBEIRO, 2010).

2.6.2 Tratamento da epidermólise bolhosa com homeopatia

No conceito de Popowski (1997, p. 8):

A homeopatia, por sua precisão, pelo aspecto humano sobre o doente e sua ausência de toxicidade, permite, frequentemente, seja sozinha, seja no plano de uma estratégia na qual a alopatia tem seu espaço, proporcionar um alívio durável e também uma cura elegante e profunda.

No tratamento com homeopatia, as doses não são dadas de acordo com a idade ou peso do paciente, mas de acordo com seus sintomas e seu comportamento em relação à doença. Por exemplo, um bebê pode ser tratado da mesma forma que um adulto, quando sua condição ocorre da mesma forma. No entanto, para os bebês, deve ser evitada a solução alcoólica (QUEMOUN, 2003).

Quemoun (2003) aconselha que as diluições dos medicamentos devem ser baixas (CH 4 ou 5) e médias (CH 7-9), e raramente altas diluições (CH 15-30). As

baixas diluições são usadas para combater os sintomas locais (por exemplo, um golpe ou batida), as diluições médias são usadas para aliviar os sintomas (dores, febre), já as altas diluições são usadas nos sintomas de doenças crônicas.

Adler et al. (2010, p. 58) afirmam que:

A primeira publicação registrando o preparo de um medicamento assim “dinamizado” data de 1801, mas somente em 1827 ele apresentou a “dinamização” (ou “potencialização”) como nova propriedade física ou biofísica das substâncias, adotando inicialmente a dinamização centesimal, mais especificamente a 30c, como padrão para seus experimentos na clínica. Nos 15 anos seguintes Hahnemann aperfeiçoou o procedimento e a posologia até chegar ao que considerou como o seu método mais desenvolvido de preparo e uso dos medicamentos homeopáticos, hoje conhecido como cinquenta-milesimal (LM ou Q), usado em solução, com doses que podem ser frequentemente repetidas, desde que levemente agitadas por succussões. Quando o uso prolongado de um mesmo medicamento for necessário, as diluições devem ser gradualmente elevadas, a partir dos graus mais baixos (§ 246).

Dinamização (desenvolvimento dos poderes medicinais das substâncias cruas) em homeopatia, pode ser obtida através de ação mecânica, esfregando e sacudindo as menores partículas de substâncias cruas, as quais são separadas com a adição de uma substância indiferente, seca ou líquida, denominada como meio de atenuação (HAHNEMANN, 1985).

A dinamização depende da intensidade, quantidade e qualidade da ação mecânica aplicada e da relação entre o meio de atenuação (álcool, lactose ou água destilada) e a substância dinamizada. Esta relação deve indicar quanto a parte material da substância é diminuída a cada grau de potência (por exemplo, cem ou cinquenta mil vezes) (HAHNEMANN, 1985).

Jurj et al. (2011) afirma que existem alguns relatos na literatura sobre o tratamento homeopático na epidermólise bolhosa, mas nenhum publicado em revistas científicas ou em bases de dados Médicos.

Jurj et al. (2011) apresentou três casos de epidermólise bolhosa tratados com homeopatia, mostrando que a homeopatia pode ser uma terapêutica eficaz, com

baixo custo e ausência de reações adversas. Além disso, a qualidade de vida dos pacientes melhorou drasticamente em todos os três casos, com redução da extensão, profundidade e consequências potenciais das bolhas, mostrando uma evolução positiva. O medicamento homeopático escolhido foi o *Carbo vegetabilis* DH nos dois primeiros casos e *Ranunculus bulbosus* no terceiro caso. A diferença na prescrição surgiu diretamente à partir do aspecto das bolhas, de acordo com o princípio homeopático de individualização. Portanto, fica claro que cada paciente deve receber uma medicação com base em diversos fatores individuais.

Abaixo relatamos os três casos apresentados por Jurj et al. (2011):

Caso 1:

Menino de 5 anos de idade, que na primeira consulta homeopática, estava sendo tratado com prednisona e antibióticos para a infecção. Apresentava bolhas de grande porte, com derrames hemorrágicos e tendência para convergir; com fluido amarelado e crostas escuras. Referiu coceira, principalmente à noite. A distribuição típica das bolhas se encontrava nas áreas da pele mais expostas ao trauma mecânico, principalmente nas superfícies do tronco e flexoras; apresentava também bolhas nas palmas das mãos, as solas dos pés e nos lábios (Figura 1).

A característica mais notável foi a tonalidade negra dos crostas e o aspecto preto-azulado da pele desnudada, parecendo úlceras (Figura 2). Quando as lesões sangravam, o sangue era preto-azulado. Tudo isto é remanescente das úlceras de decúbito.

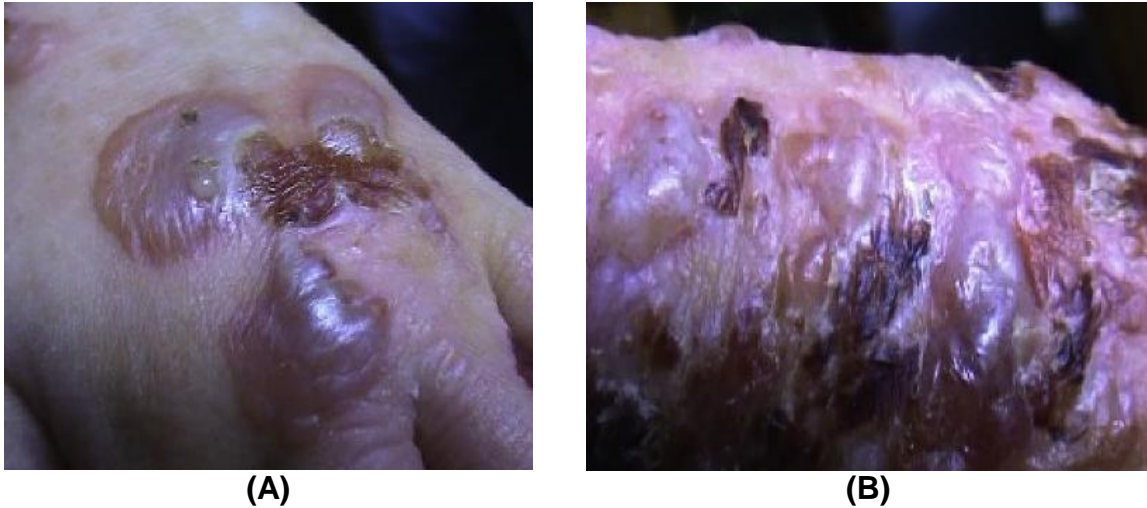


Figura 1 – (A) vesículas confluentes; (B) lesões com cor negra-azulada.
Fonte: JURJ et al. (2011).

A medicação indicada foi a *Carbo vegetabilis* 30 DH, duas vezes/dia, por 5 dias da semana por um mês. Depois, uma vez/dia, por 4 dias da semana, a partir do segundo mês. Após dois meses de tratamento, as bolhas haviam diminuído dramaticamente em extensão e profundidade; no entanto, novas bolhas menores e mais superficiais tinham aparecido, as quais tiveram cura mais rápida (Figura 3). O paciente continuou recebendo *Carbo vegetabilis* 30 DH, 1 dose de 3 glóbulos duas vezes por semana, para controle da aparência e extensão de bolhas, o que parece acelerar a cicatrização.



Figura 2 – À esquerda lesões antes do tratamento e à direita, lesões com dois meses de tratamento.

Fonte: JURJ et al. (2011).

Caso 2:

Menina com 3 anos de idade, realizava tratamento para epidermólise bolhosa, com frequentes hospitalizações (quase todos os meses devido a bolhas infectadas e/ou infecções respiratórias recorrentes (broncopneumonia), recebia doses frequentes de corticóides e antibióticos. As habilidades sociais e de desenvolvimento eram menores para a idade. O exame físico revelou que os movimentos respiratórios eram limitados e ausculta revelou estertores brônquicas. A mãe relatou que o paciente suava copiosamente mesmo depois de exercício leve e durante a noite. As bolhas causam extrema coceira, principalmente à noite, com pele muito fria ao toque. As grandes superfícies do corpo estavam cobertas por bolhas em diferentes estágios de evolução, chegando a 15cm de diâmetro. As áreas afetadas é a parte de trás, as partes proximais dos membros inferiores e do pescoço. As bolhas possuem margens espessas, que quando sangram é abundante e de cor azul escura. As bolhas tinham uma forte tendência para a super-infecção, quando o enchimento tornou-se amarelo. As cicatrizes eram quase pretas, grossa com características de lesões de decúbito (Figura 3).



Figura 3 – Bolhas semelhantes a lesões de decúbito.

Fonte: JURJ et al. (2011).

Nas áreas não afetadas a pele era extremamente fina, quase transparente. A paciente já tinha sido tratada por outro médico homeopata que nos indicou para

tratamento. O medicação prescrita no tratamento anterior foi o *Arsenicum album*, em razão da ansiedade e síndrome respiratória, não tendo apresentado resultados. A combinação da recorrência e problemas pulmonares graves, evoluiu com dispnéia e estertores, e cianose. O aspecto das bolhas eram semelhantes a lesões de decúbito; foi ministrado *Carbo vegetabilis*, com diluição de 10 DH três vezes/dia durante a primeira semana, depois duas vezes por dia 15 DH nas próximas duas semanas e, finalmente, 30 DH uma vez/dia durante mais duas semanas. As afecções respiratórias cessaram e o paciente não voltou a ser hospitalizado. A mãe relatou que a diluição que melhor controlou as bolhas, sua aparência e a coceira foi a 15 DH, por este motivo, ele foi receitado uma vez/dia, por cinco dias/semana, durante o ano seguinte.

Neste caso, a evolução não foi tão espectacular como no caso 1, mas a superfície da pele afetada, diminuiu progressivamente em parte, a profundidade dos alvéolos também apresentaram diminuição e as bolhas foram curadas num tempo mais curto; a coceira melhorou dramaticamente, permitindo longos períodos de sono tranquilo (Figura 4).



Figura 4 – Lesões nas costas e nádegas, à primeira consulta (à esquerda), 2 meses de tratamento (centro) e 1 ano de acompanhamento (à direita).

Fonte: JURJ et al. (2011).

Caso 3:

Menina de 3 anos de idade, havia realizado tratamento no Instituto do hospital da Universidade de São Paulo para epidermólise bolhosa hereditária. Infelizmente, a biópsia foi tomada a partir de uma bolha, e o relatório não foi conclusivo. A criança era dramaticamente irritável, não parava de chorar e gritar até a exaustão. Se agarrava à mãe e não retornava ao exame físico. O exame mostrou grandes superfícies de pele desnudada em áreas expostas a trauma e mecânica, parecendo queimaduras de segundo grau; embora extensas, as bolhas eram extremamente superficiais e apresentavam descamação (Figura 5).



Figura 5 – Bolhas grandes e superficiais, com aparência de queimadura.
Fonte: JURJ et al. (2011).

As bolhas não apresentavam coceira nem provocada dor. As lesões iniciais eram muito pequenas, parecidas com espinhas; então, as quais cresciam em tamanho e em conjunto deixando grandes áreas da pele avermelhada, com aparência de queimadura. A medicação homeopática indicada foi o *Mercurius solubilis* e *Nitricum acidum*, que são mais associados às úlceras profundas do que as bolhas epidérmicas superficiais. Por essa razão, buscou uma abordagem diferente para tratamento, optando pelo gênero *Ranunculus*, uma vez que um estudo

de homeopatia sugeriu que as espécies mais indicadas, de acordo com as lesões do paciente foi *Ranunculus bulbosus*.

O tratamento foi iniciado com *Ranunculus bulbosus* 10DH, 1 gota em 1 litro de água, 1 colher de chá por dia, apresentando melhora dramática. Poucas novas lesões apareceram e as já existentes foram curadas rapidamente (Figura 6).



Figura 6 – Cura das bolhas, após um mês de tratamento com *Ranunculus bulbosus*.
Fonte: JURJ et al. (2011).

Após o terceiro mês de tratamento, as bolhas foram praticamente curadas e não foram observadas novas bolhas. O comportamento da criança mudou drasticamente, suportando até a separação da mãe, que antes era impossível; fez contato visual com os objetos. Este paciente continuava sob os cuidados da equipe de tratamento, recebendo *Ranunculus bulbosus* 10 DH diariamente, agora dissolvido em 200 ml de água, 1 gota por dia.

Não foram localizadas literatura ou estudos randomizados, observacional, relatos de caso, etc, sobre o tratamento da epidermólise bolhosa com *Arsenicum album*, justificando assim a importância deste relato de caso.

2.6.3 Ação do *Arsenicum album* sobre a pele

Lathoud (2010) afirma que o *Arsenicum album* tende a produzir endurecimento da pele, enrugando e levando a mesma a uma aparência encarquilhada e envelhecida prematuramente, podendo estar acompanhado de caquexia. O *Arsenicum album* tem sido empregado com sucesso em caquexias essenciais, como albuminúria, diabetes, clorose e nos quadros caquéticos consecutivos as afecções agudas ou crônicas.

Na queimação e prurido, com coceira que pode arrancar a pele, levando a uma sensação de queimação que acalma o prurido.. porém, assim que acalma a queimação, o prurido reaparece, principalmente à noite entre 1 e 3 horas (LATHOUD, 2010; VIJNOVSKY, 2012).

Na psoríase, o *Arsenicum album* é o tratamento de escolha. É frequentemente útil também no eczema com erupções vesiculares confluentes, acompanhadas de queimação, que pioram no inverno e melhoram no verão como as lesões de *Psorinum* e *Petroleum*, agravam à noite entre 1 e 3 horas. Na urticária, quando as regiões exantematosas são sede de dores, acompanhado de prurido, agitação e melhora pelo calor. É indicado também em furúnculos, antrazes, feridas sépticas e úlceras, se acompanhadas de sensação de queimação, melhora pelo calor, secreções fétidas e fenômenos gerais característicos do remédio. No antraz, acompanhados de dores queimantes, irritabilidade da mente e do corpo, lancinantes, e secreção pútrida. Em úlceras pouco profundas, queimantes como o fogo, superficiais, com dores que persistem mesmo durante o sono, fundo azul escuro, com secreção fétida e escoriante, com sangramento fácil. Pústulas ardentes são características de *Arsenicum album*; *Anthracinum* tem os mesmos sintomas em um grau mais intenso; *Carbo vegetabilis* e *Lachesis muta* devem ser lembrados. Lúpus,

cura-se epitelomas com *Arsenicum album*, *Cornium maculatum*, *Hydrastis canadensis* e outros (LATHOUD, 2010; VIJNOVSKY, 2012).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi dividido em duas partes. A primeira parte é uma revisão da literatura para embasamento teórico, o qual se deu em livros, revistas e bases de dados como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências de Saúde (MEDLINE); *National Library of Medicine* (PUBMED), *Scielo Eletronic Library Online* (SciELO), The COCHRANE Library e EBSCO.

Estudo descritivo realizado na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Santo Estevão, da cidade de São Paulo, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), que habitam os arredores do Hospital Santa Marcelina de Itaquera. A amostra estudada foi uma paciente do sexo feminino, 4 anos de idade, com diagnóstico de epidermólise bolhosa distrófica recessiva.

Foram utilizados dados do prontuário da paciente, desde a primeira consulta de homeopatia. Foram utilizadas também fotos, com informações relevantes e evoluções Clínicas, Dermatológicas, Psicológica e Nutricional, com a autorização da mãe, além de todo o acompanhamento do tratamento até os dias atuais.

4 RELATO DE CASO

Paciente, D.S.F., do sexo feminino, 3 anos e 9 meses, natural da Bahia, freqüenta a Igreja Assembléia de Deus. Queixa principal : epidermólise bolhosa. Em 09 de abril de 2010, realizou biópsia cutânea e exames biológicos sanguíneos, os quais confirmaram que a paciente é portadora de epidermólise bolhosa distrófica recessiva. Pais e avós não apresentam patologias. Nascida de parto Cesário, devido Doença Hipertensiva Específica de Gestação (DHEG). Começou a sentar com 6 meses, andar com 2 anos e 7 meses, com 10 meses já balbuciava, com 3 anos iniciou melhor o aprendizado. Não teve reação vacinal . Faz acompanhamento no Hospital das Clínicas (HC) de 3/3 meses ou de 2/2 meses, no grupo de dor e de 6/6 meses no Dermatologista, Ortopedista e Dentista.

Faz uso de Gabapentina 300mg (diluir de 1 cp em 10ml de água e dar 5ml de 12/12hs); Hidroxizina 10mg (diluir 1 CP em 5ml de água e dar 2,5ml de manhã e 5ml à noite); Tramadol solução (4 gotas, 30 minutos antes do banho); Polivitamínico (12 gotas 1 vez/ dia); Lactulona (10ml 12/12hs); Loratadina solução (2,5ml de 12/12hs). Faz uso de Duoderme pomada, mais Aquacel e faixa de gaze, para os curativos.

Em 02 de agosto de 2013, apresentou-se no consultório de Homeopatia.

Criança calma, tranqüila e bem humorada, organizada, cuidadosa; aparenta nervosismo devido os medicamentos que toma, não guarda mágoa, nem ressentimento e não é vingativa. Quando contrariada, se coça muito e chora. Quando consolada, fica dengosa. Tem ciúmes de ver os pais juntos ou quando a mãe pega outra criança. Chora muito durante o banho, por sentir dor, principalmente quando retira as faixas com curativos.

A figura 7 mostra a paciente quando chegou para dar início ao tratamento homeopático. Fotos tiradas em 09 de agosto de 2013.



Figura 7 – Paciente apresentando lesões antes do tratamento homeopático.

Gosta de música e dançar, brincar de esconde-esconde e assistir DVD no computador. Tem medo de queda, por lembrar a queda que teve na rua.

Dorme melhor, acorda menos por conta das coceiras, mama e dorme novamente. Sente muito calor, apresenta melhora do quadro no inverno e piora no verão. Transpira mais na face e cabeça. Aprecia banho demorado. Tem pouco apetite, come de tudo, mas em pequenas quantidades. Sente sede normal, bebe água em temperatura ambiente e em grandes goles. Tem preferência por sopa..

Apresentou ao exame físico: BEG, hipocorada (++/4+), hidratada, afebril.

AR: MV+, sem RA; Otosc: sem alteração; Orosc: lesões em lábios e início de mucosa; abdome com faixa curativa, não deixa colocar a mão, “medrosa”, por temer ser machucada.

No dia 22 de agosto de 2013, foi prescrito: *Apis Mellifica* 6CH, *Histaminum* 6CH e *Rhus Toxicodendron* 6CH (3 glóbulos 1 vez ao dia).

Calêncula 5DH solução para colutório (8-10 gotas em ½ copo de água para bochechar 3 vezes ao dia).

Petroleum pomada 3CH (passar 3 vezes ao dia para hidratar e auxiliar na cicatrização).

Foi instruído para tirar foto do corpo todo, após 1 mês de tratamento. Anotar no diário qualquer alteração no humor, comportamento, funcionamento orgânico e alterações de pele.

A paciente continua tomando os medicamentos alopáticos regularmente.

Dia 24 de agosto 2013, iniciou medicação homeopática. Na primeira noite, a paciente falou dormindo, acordou chorando várias vezes. Durante o dia 25 de agosto de 2013, não teve prurido, mas à noite não dormiu bem e chorou. No dia 26, quase não teve prurido, o pé com lesão fazia mancar um pouco. No dia 28, só acordou para beber leite e dormiu novamente. Dia 29, acordou menos irritada, mais carinhosa e calma. Não gemeu mais como antes. Está mais bem humorada e melhorou o apetite. No dia 31, coçou bastante durante o dia, mas dormiu bem.

No dia 01 de setembro de 2013, as lesões amenizaram e melhorou o apetite. No dia 02/09/13, apresentou muito prurido, no dia 05, coçou abaixo do pescoço e se machucou. No dia 19, a pele se apresentou mais limpa, dormiu bem e se alimentou melhor. Coçou muito durante o dia.



Figura 8 – Lesões após 25 dias com tratamento homeopático, a pele se apresenta mais limpa.

Dia, 20 de setembro de 2013, a paciente dormiu bem e não se coçou. No dia 23, só chorou no banho e à noite. Dia 24, se apresentou enjoada, comeu bem e chorou à noite. Dia 25, saiu uma bolha grande na boca e não conseguiu se alimentar e não dormiu. A bolha da boca iniciou cicatrização no dia 26 e ela conseguiu comer melhor, se coçou um pouco à noite e chorou. Dia 27, machucou o pé, ficou deitada e dormiu bem. Dia 28, estava melhor, andou e quase não se coçou, se alimentou e dormiu bem. Dia 29, as lesões nos ombros exalavam mau cheiro, ficou mais enjoada e quase não comeu. Não coçou e dormiu bem. Negou febre. Peso 12,500kg.

No dia 30 de setembro de 2013, paciente com 3 anos e 11 meses, iniciou Metronidazol creme e melhorou . Desde que iniciou o tratamento homeopático, diminuíram as queixas de dor e o prurido amenizou também. A pele da face cicatrizou e apresentou melhor hidratação.. Foi mantido o creme de *Petroleum* e colutório de Calêndula.

Mãe notou que aumentou o apetite, dormiu bem. As feridas melhoraram. No dia 08, não apresentou muita coceira e se alimentou bem. Não comia tomate e agora está comendo, diz ter gostado. Mãe ficou admirada.

No dia 24 de outubro de 2013, mãe da paciente informou que Hb = 8,7, estava transfundindo bolsa de sangue. Mãe referiu que por conta do calor, as lesões estavam estourando mais, principalmente nos ombros e colo. Referiu que infecção melhorou.

No dia 28 de outubro, foi prescrito creme de Calêndula 3CH para usar em todo o corpo. Foram mantidas as demais prescrições. Realizou transfusão Hb 8,7. Está cansada.

Dia 08 de novembro de 2013, se apresentou enjoada, sem ânimo e se alimentando pouco. No dia 13 surgiu bolha na boca, referindo muita dor. No dia 15, a bolha da boca cicatrizou. As bolhas do ombro se apresentam com pouca secreção, clara e sem odor. No dia 28, ficou desanimada durante o dia e mais animada à noite.

No dia 02 de dezembro de 2013, mãe da paciente refere que devido o calor as lesões aparecem com mais freqüência e o prurido também. Foi prescrito cremes de Calêncula e *Petroleum* 3CH para usar em todas as lesões, mantendo as medicações orais e colutório.

No dia 05 de dezembro, a paciente se coçou muito, ficou bastante machucada, apresentou pouco apetite e cansada. Olhos com hiperemia e prurido.

CD: aumentou para 3 glóbulos 3 vezes ao dia. Foi prescrito colírio de *Euphrasia officinallis* (1 gota 3 vezes ao dia). Foi mantido o creme e o colutório de Calêndula. Mantidas as medicações homeopáticas para controle sintomático.

Foi orientada a fazer mel de beterraba e sucos de frutas com verduras e/ou legumes para suprir necessidades calóricas.

Dia 20 de dezembro, paciente já com 4 anos; peso 15kg com roupa e 14,800 Kg sem roupa. Paciente há dois dias com Hb 7,5 e terá que realizar transfusão sanguínea. Negou febre, diarreia e vômitos. A paciente apresenta anemia crônica e piora das lesões por conta do calor. Após repertorização, introduziu *Arsenicum álbum* 12 CH 3 glóbulos 1x/dia pela manhã. Suspenso os sintomáticos: *Apis mellifica*, *Rhus tox* e *Histaminum*. Mãe não iniciou medicação por necessidade de transfusão sanguínea.

Dia 27 de dezembro de 2013, recebeu transfusão sanguínea. Após alta, não iniciou o tratamento homeopático proposto.

A paciente abandonou o tratamento homeopático nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2014. Viajou para o Nordeste neste período para se submeter a tratamento com um Dermatologista que prometia a “cura” para a epidermólise bolhosa. Todo o tratamento homeopático foi suspenso pela mãe e foi introduzida medicação oral e tópica, com antibióticos e corticóides.

A Figura 9 mostra a fórmula do medicamento utilizado pelo dermatologista.



Figura 9 – Fórmula prescrita pelo dermatologista.

Bergeret (1988) relata muito bem, o problema da falsa cura com antibióticos e corticóides, quando afirma que suprimir um sintoma, não significa curar um doente. Mesmo que os dermatocorticóides constituam uma revolução no tratamento de inúmeras dermatoses, sua aplicação por tempo prolongado sobre grandes superfícies da pele constitui uma corticoterapia geral, de fato, a qual é repleta de riscos aferentes de efeitos secundários gerais que todo médico deve sempre levar em consideração.

Em associação ou não a antibióticos ou antifúngicos, eles limpam frequentemente de maneira espetacular as erupções agudas ou crônicas da pele. Entretanto, estes tratamentos ocasionam dois riscos: 1) a transferência mórbida a outras localizações que não a pele, exutórios frequentemente imprevisíveis e com frequência mais graves que a dermatose inicial; e 2) leva a recidiva cutânea diante da suspensão desses tratamentos, suscetível de reagir ainda de maneira favorável aos corticóides, mas se enquadrando nos casos acima (BERGERET, 1988).



Figura 10 – Lesões limpas por tempo determinado com tratamento dermatológico.

A impressão que dava é que a paciente estava sendo “curada” por um determinado tempo e depois a qualidade da pele começou a piorar. Iniciou com lesões descamativas na face, lesões com pústulas semelhantes a milium/miliária que depois evoluíram para o restante do corpo, erupções e lesões bolhosas maiores e mais graves que as anteriores.

Bergeret (1988) afirma que existe um grande risco quando se força demais a cura de uma erupção, pois esta pode dar lugar a problemas mais graves, como aconteceu com a paciente, após o tratamento dermatológico.

O sangramento foi mais intenso, as lesões nas mucosas também se intensificaram, o que levou à mesma a se submeter à dilatação do esôfago no dia 24 de março de 2014, por conta da estenose que impedia a deglutição e provocava engasgos, com chances de bronco-aspiração. Depois da dilatação, ficou uma semana tomando soro e internada por 2 dias, pois só vomitava sangue, pois não conseguia engolir nem a saliva.

Os exames realizados em 03 de abril de 2014, Hb = 10,8 (não precisou realizar transfusão). Fez uso das seguintes medicações: Tramadol (100mg/ml), 5

gotas antes do banho; Dipirona gotas (12 gotas junto com tramal); Paracetamol (12 gotas se dor/febre); Gabapentina 300mg CP (diluir 1 CP em 10ml e dar 5ml à noite); Hidroxizina 10mg CP (dar ½ CP de 8/8 horas; Loratadina (3ml 12/12 horas); Polivitamínico (12 gotas 1 vez ao dia); Sulfato ferroso gotas (45 gotas 1 vez ao dia); Lactulose 15ml (2 vezes ao dia).

Recebeu alta e dia 05 de abril de 2014, com 12Kg. Retornou às consultas, solicitando que fosse prescrita medicação homeopática. Alegou arrependimento por ter parado o tratamento homeopático para fazer outro tratamento que trouxe mais complicações para a paciente (Figura 11).



Figura 11 – Lesões pioradas com o tratamento dermatológico.

Suspendeu a medicação que o dermatologista prescreveu, porque as lesões pioraram. Iniciou *Arsenicum álbum* como prescrito em última consulta. Preferiu usar a pomada de Calêndula, pois fica menos “grudenta”.

Atualmente, a paciente está comendo de tudo, aceitando bem a dieta. Negou outras alterações. Está em uso de Lino Gel em lesões.

Ao exame: beg, descorada ++/4+, hidratada, afebril; AR: MV+ sem RA; Otosc: lesão oftóide em língua; Otosc: lesões em orelha direita e conduto; Abd: RHA+, sem dor à palpação profunda. P:12Kg

Quadro 2 – Sintomas em linguagem repertorial.

Diretores	Sintomas	Pág.	Coluna
1	Pele/erupções/tipos/bolhas/queimadura, como por	1565	01
	↓ (+) ↓		
2	Pele/erupções/tipos/crostosas/ - coçar - corpo, sobre todo o - grossas - inflamadas - sanguinolentas	1565	02
3	Pele/dor/coçar, após	1561	01
	(+)		
	Pele/dor/prurido, com	1561	02
	(+)		
	Pele/dor/sensações/ardor/coçar, após	1561	02
4	Pele/ineslasticidade	1581	01
5	Pele/dor/sensações/ardor/fogo estivessem caindo sobre o corpo, como se fagulhas de	1561	02
6	Pele/erupções/tipos/descamantes	1566	01
	(+)		
	Pele/erupções/tipos escamativas, farinhasas	1566	02
	(+)		
	Pele/erupções/tipos escamosas/ - brancas - farelo, como	1566	02
	(+)		
	Pele/erupções/tipos feridas, partes	1567	02
	(+)		
	Pele/erupções/tipos inflamadas	1569	02
	(+)		
	Pele/erupções/tipos placas/circunscritas, lenticulares, manchadas, com prurido	1571	02

Sintomas	Medicamentos
----------	--------------

diretores										
	ANC	ANT-C	ARS	BUFO	CAUST	CHAM	CLEM	DULC	GRAPH	Kali-ar
1 + 2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2
3	1	1	2	--	3	--	--	2	1	1
4	--	1	1	--	--	--	--	1	--	--
5	--	--	1	--	--	3	--	--	1	--
6	2	1	3	--	3	1	3	3	2	2
			Cobert/Pts 5/10	Medicação <i>Arsenicum album</i> foi a que cobriu todos os sintomas e que obteve maior pontuação. Pela matéria médica, optei usar <i>Arsenicum</i> ao invés de <i>Lachesis</i> .						

Sintomas diretores	Medicamentos									
	ALUM	AM-C	AUR-M	BAR-C	BELL	BRY	CALC	CAL-S	CARB-AN	CARB-N-S
1 + 2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	--
3	2	2	--	3	2	2	1	--	2	1
4	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
5	1	--	--	2	1	--	1	--	--	--
6	1	3	--	2	3	1	3	1	2	--

Sintomas diretores	Medicamentos							
	CHEL	CIC	CIST	CON	FL-AC	HEP	JUG-C	KALI-BI
1 + 2	2	2	2	3	2	2	2	2
3	1	1	--	1	--	--	--	--
4	--	--	--	--	--	--	--	--
5	1	--	--	1	--	2	--	--
6	--	--	--	1	2	2	--	--
Sintomas	Medicamentos							

diretores											
	KALI-I	KALI-S	LACH	LAPPA	LED	LITH-C	LYC	MERC-I-R	MEZ	NAT-M	NIT-AC
1 + 2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3
3	--	2	3	--	2	--	2	--	1	1	--
4	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--
5	--	--	1	--	--	--	--	--	--	1	2
6	1	3	2	--	2	--	2	--	3	1	2
			Cobert/pontos 5/9	<i>Lachesis</i> foi a 2ª medicação que cobria todos os sintomas							

Sintomas diretores	Medicamentos								
	KALI-C	MAG-C	MERC	NAT-C	PETR	RAN-B	RAN-S	RHUS-T	RHUS-V
1 + 2	2	2	3	2	3	3	2	3	2
3	1	1	3	1	2	--	--	1	--
4	--	--	--	--	--	--	--	2	--
5	--	--	2	1	2	1	--	--	--
6	--	2	2	2	1	2	1	2	2

Sintomas diretores	Medicamentos									
	SEP	SIL	SULPH	CANTH	PSOR	AGAR	ANAN	ANTHRACI	ARS-I	AUR
1 + 2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2
3	1	3	3	1	1	1	--	--	--	--
4	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--
5	--	3	2	1	1	--	--	--	--	--
6	3	3	2	2	3	1	--	--	2	1

Sintomas	Medicamentos
----------	--------------

diretores									
	OLND	PHOS	PHYT	PULS	SABAD	SARS	SPONG	STAPH	VIOL-T
1 + 2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
3	--	--	--	1	--	--	--	1	1
4	--	--	--	--	--	--	--	--	--
5	--	--	--	2	--	--	--	1	--
6	3	2	3	--	1	--	1	2	--

Foi mantido: creme de Calêndula 3CH; solução de Calêndula VO 5DH colutório.

Foi introduzido *Arsenicum album* 12 CH glóbulos 1 vez ao dia e prescrito Metronidazol creme para lesões com bolhas e secreções purulentas e para tirar o mau cheiro e evitar infecção.

Em 15 de abril refere que a coceira diminuiu. Está sorrindo bastante durante o sono. Saiu bolhas na língua, fez bochecho com Calêndula e no outro dia já estava bem, com bolhas cicatrizadas.

Mãe comunicou, no dia 18 de abril de 2014, que as lesões com secreção purulenta melhoraram. Foi orientado a manter o creme de Calêndula nas lesões.

No dia 20 de abril de 2014, as lesões pararam de “marejar”, o mau cheiro também. Não foi preciso tomar antibiótico.

Em 02 de maio, a coceira estava bem controlada e mãe notou que a paciente está se alimentando melhor. As bolhas na mucosa oral não saem com tanta frequência e diminuíram. Não estão como antes.

No dia 13 de maio de 2014, paciente com 4 anos, logo que iniciou a medicação, a mãe percebeu melhora da coceira e aumento do apetite. Voltou a ganhar peso, está com 14,400kg (ganhou 2,400kg, após iniciar o tratamento

homeopático) e está conseguindo engolir alimentos sólidos e apresenta humor normal.

Ao exame AR: MV+, sem RA. Orosco: lesão bolhosa em língua, única, próxima à ponta, de 0,5cm, esbranquiçada; Otosc: lesões crostosas em orelhas e condutos bilaterais; ACV: RCR em 2T, normofonéticas, sem sopros; Abd: RHA +, sem dor à palpação profunda; Pele: lesões bolhosas em dorso, ombros, nádegas, orelhas e face; HD: epidermólise bolhosa;

CD: *Arsenicum album* 15CH (3 glóbulos pela manhã - aumento da potência da medicação pela boa resposta).

Está mantido Calêndula 5DH colutório e Calêndula creme 6CH para ajudar na cicatrização das lesões.

A mãe refere que a paciente está sonhando e “morrendo de dar risada”.

As lesões estão melhores na face, com a maioria das lesões cicatrizadas. Refere que o prurido na face, ombros e dorso melhoraram.

Uma prova fundamental da melhora do quadro da epidermólise bolhosa com o tratamento homeopático com *Arsenicum album*, a que a paciente se submete está claramente ilustrada nas duas fotos a seguir (Figuras 12 e 13), fechando assim este relato de caso.



Figura 12 – Paciente “medrosa”, com receio de ser machucada. Lesões melhoradas.



Figura 13 – Paciente na última consulta, menos receosa, aceitando o toque.

5 DISCUSSÃO

Iniciamos esta discussão com as palavras de Dias e Borges (2013) quando afirmam que no Brasil não existem diretrizes ou protocolos de recomendações publicados pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias de Saúde, onde os profissionais possam buscar amparo para orientar os cuidados para a prevenção de lesões e complicações da epidermólise bolhosa; além da melhor opção de cobertura (curativos) para ocluir as lesões, criando um ambiente adequado para a cicatrização das mesmas.

A baixa prevalência da epidermólise bolhosa, principalmente a epidermólise bolhosa distrófica recessiva generalizada dificulta as pesquisas em relação ao seu tratamento, uma vez que, na opinião de diversos autores, não existem tratamentos em nenhum segmento da Medicina, para esta doença e sim mecanismos para prevenir as lesões e complicações, que levam a graves sequelas, aumentando o risco de morbimortalidade.

Esta carência de informações foi o gatilho para a opção da realização deste relato de caso.

Na Medicina convencional, a paciente realizou tratamento com dermatologista que prescreveu loção calmante corporal cremosa hipoalergênica contendo: Algas Marinhas (2%), Camomila (2%), Gentamicina (0,1%) Solução de Betametasona (0,02%), Pentaglican (1%), Gluconalactona (10%), Vitamina A, C,D e E/Colágeno (2%), Elastina (2%), Uréia (30%), OAD (Óleo de Amêndoas Doce), ARL/Ceramidas III (2%), Aloe Vera (2%) e Ômega 3, 6 e 9.

O tratamento dermatológico proporcionou uma falsa melhora. Dava a impressão que a paciente estava realmente sendo curada, por um determinado período de tempo. Porém, a paciente apresentou piora da qualidade da pele

posteriormente. Apareceram lesões descamativas na face, com pústulas semelhantes a milium/miliária que evoluíram por todo o corpo, com erupções e lesões bolhosas maiores e mais graves que as anteriores.

Este quadro evolui também para os órgãos internos; as lesões nas mucosas também se intensificaram, provocando sangramento e estenose, o que levou a paciente a se submeter à dilatação do esôfago no dia 24 de março de 2014, por conta da estenose que impedia a deglutição e provocava engasgos, com chances de bronco-aspiração.

Já no tratamento com homeopatia pode-se observar uma melhora consistente do quadro, mesmo tendo a paciente abandonado o mesmo por três meses.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo não tendo obtido 100% de melhora, a paciente tinha ganhado peso até dezembro de 2013 com o tratamento homeopático. Apresentou melhora do apetite, quase não teve internação e começou a comer comida sólida, o que nunca tinha acontecido antes. Sua alimentação era à base de líquidos e sopas; quando possível, a mãe comprava Fortini da Danone (líquido reforçado com nutrientes e vitaminas) para ela tomar.

Passou a comer sanduíche e referia vontade de comer tomate todos os dias, mesmo sendo o tomate ácido e provocar ardência, por conta das aftas e bolhas na mucosa oral.

Com o colutório de Calêndula, as bolhas que surgiam na boca cicatrizavam de um dia para outro, antes ficavam por semanas. As lesões de face melhoraram e as da testa sumiram.

O tratamento homeopático provoca melhora de dentro para fora e de cima para baixo. As lesões do corpo não infectavam mais como antes.

A mãe disse que antes do tratamento homeopático, pelo menos uma vez por mês parava no hospital e ficava internada, tomando antibiótico e recebendo transfusão.

A anemia também ficou mais controlada. Ela fez uma transfusão e tomou antibiótico nesse período.

Infelizmente, muito se perdeu após o tratamento dermatológico. Por conta das complicações, teve que fazer até dilatação de esôfago.

Depois de abandonar o tratamento homeopático por três meses (janeiro, fevereiro e março de 2014), dia 05 de abril de 2014, retornou à consulta, solicitando a prescrição de medicação homeopática e alegando arrependimento por ter interrompido o tratamento em busca do prometido “milagre da cura” feita por um Dermatologista, o qual trouxe graves complicações para a paciente.

A mãe suspendeu a medicação que o dermatologista prescreveu, porque as lesões pioraram. Preferiu usar a pomada de Calêndula.

Paciente mantém o uso de *Arsenicum album* na 15 CH (3 glóbulos pela manhã), com melhora progressiva das lesões, no apetite, no humor e na qualidade do sono.

Até o momento, não apresentou intercorrências como, infecções ou quedas de Hb que necessite de transfusões. Nota-se claramente que o tratamento homeopático trouxe benefícios na qualidade de vida e diminuição das reagudizações das atividades da doença.

7 CONCLUSÃO

A epidermólise bolhosa é uma doença hereditária, portanto, considerada como incurável. Diversos autores compartilham da opinião que não há tratamento, independente do segmento, que cure a epidermólise bolhosa em sua totalidade. O que existe na verdade são os tratamentos paliativos, com objetivo de amenizar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente.

O tratamento convencional proporcionou à paciente uma falsa melhora, desencadeando, posteriormente, sérias complicações, as quais levaram à mesma a se submeter à cirurgia para desobstrução do esôfago.

Já com o tratamento homeopático, a paciente apresentou melhora considerável, com mais apetite, menos episódios de internação, aceitando dieta sólida, o que não acontecia antes, por conta das constantes bolhas na cavidade oral.

Não foi localizado nenhum estudo sobre o tratamento homeopático da epidermólise bolhosa com *Arsenicum album*, o que é sugestivo da necessidade de mais estudos, principalmente randomizados ou relatos de caso, que mostrem até que ponto este tipo de tratamento é viável e eficaz na melhora da qualidade de vida dos portadores de epidermólise bolhosa, principalmente da distrófica recessiva generalizada.

Este estudo se tornou extenso, por conta da interrupção e retomada do tratamento homeopático, o qual permanece até o presente momento.

REFERÊNCIAS

ADLER, Ubiratan C. et al. Da padronização farmacêutica à pesquisa clínica: 20 anos de experiência com diluições cinquenta-milesimais. **Revista de Homeopatia**, v. 73, n. 1-2, p. 57-67, 2010.

ALVES, Patrícia Valéria Milanezi et al. Atendimento multidisciplinar do paciente ortodôntico com epidermólise Bolhosa. **Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 12, n. 4, p. 30-35, jul./ago. 2007.

AMPAPEB – ASSOCIAÇÃO MINEIRA DOS PARENTES, AMIGOS E PORTADORES DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA. **Epidermólise Bolhosa**. (13/03/2003). Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=925>. Acesso em: 29 jun. 2014.

ANGELO, Marla Monica F. C. et al. Manifestações clínicas da epidermólise bolhosa. **Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 135-142, 2012.

APH – Associação Paulista de Homeopatia. **História da homeopatia**. (2014). Disponível em: <http://www.apb.org.br/conteudo.php?_p=32&_cnt=25>. Acesso em: 28 jun. 2014.

BARBOSA, Gisele Cristine Teixeira et al. Epidermólise bolhosa distrófica e juncional: aspectos gastrointestinais. **Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, 2005.

BARROS, Isabelle Rego; RASKIN, Salmo; PEREIRA-FERRARI, Lilian. Epidermólise bolhosa distrófica: relato de um caso brasileiro. **Revista Estudos de Biologia**, v. 26, n.57, p. 25-30, 2004.

BERGERET, Claude. **Homeopatia e Dermatologia**. São Paulo: Andrei Editora Ltda, 1988.

DIAS, Catia Augusta; BORGES, Eline Lima. Recomendações para prevenção e tratamento de lesões de pele decorrentes de epidermólises bolhosas. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, ano 13, n. 66/4, p. 8-15, 2013.

DINIZ, Ana Bela; VIEIRA, Luísa. **A Epidermólise Bolhosa**. (2000). Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/ampapeb/a_eb2.htm>. Acesso em: 24 jun. 2014.

EB INFO WORLD. **EB Simplex (According to the Debra International – Dystrophic Epidermolysis Bullosa Research Association of America)**. (2007a). Disponível em: <http://www.ebinfo.world.com/abouteb_simplex.htm>. Acesso em: 26 jun. 2014.

_____. **EB Junctional (According to the Debra International – Dystrophic Epidermolysis Bullosa Research Association of America)**. (2007b). Disponível em: <http://www.ebinfo.world.com/abouteb_junctional.htm>. Acesso em: 26 jun. 2014.

_____. **EB Dystrophic (According to the Debra International – Dystrophic Epidermolysis Bullosa Research Association of America)**. (2007c). Disponível em: <http://www.ebinfo.world.com/abouteb_dystrophic.htm>. Acesso em: 26 jun. 2014.

FINE, J.D. The classification of inherited epidermolysis bullosa (EB): report of the Third International Consensus Meeting on Diagnosis and Classification of EB. **J Am Acad Dermatol**, v. 10, p. 1016, 2008.

FREEDBERG, Irwin M. et al. Fitzpatrick: Tratado de dermatologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

FUNAYAMA, Francyne Britto. **Caso clínico: Epidermólise Bolhosa**. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/SES/DF), Brasília (DF): 2007. Disponível em: <http://paulomargoto.com.br/documentos/caso_clinico_epidermolise.ppt>. Acesso em: 26 jun. 2014.

GÜRTLER, Thaiz Gava Rigoni; DINIZ, Lucia Martins; SOUZA FILHO, João Basílio. Epidermólise bolhosa distrófica recessiva mitis – relato de caso clínico. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, n. 5, p. 503-508, 2005.

HANMANN, Samuel C.F. **Organon of Medicine**. 6. ed. New Delhi, B. Jain Publishers, 1985.

JURJ, Gheorghe et al. Epidermolysis bullosa: report of three cases treated with homeopathy. **Homeopathy**, v. 100, p. 264-269, 2011.

LATHOUD, J. A. **Estudos de matéria médica homeopática**. Trad. Heloisa Helena de Macedo. 3. ed. São Paulo: Organon, 2010.

LIN, Andrew N.; CARTER, D. Martin. **Epidermolysis Bullosa**: basic and clinical aspects. New York: Springer-Verlag, 1992.

MANDELBAUM, Maria Helena S.; BARREIROS, Daisy Cristina Zemke; MOUASSAB, Priscilla Aparecida. Epidermólises Bolhosas: Assistência de Enfermagem aos Portadores e seus Familiares. **Revista Estima**, v. 2, n. 3, p. 16-24, jul./set. 2004.

MARINKOVICH, M.P.; PAI, S. Epidermolysis bullosa: new and emerging trends. **Am J Clin Dermatol**, v. 3, p. 371-380, 2002.

ORTIZ-URDA, S. et al. Injection of genetically engineered fibroblasts corrects regenerated human epidermolysis bullosa skin tissue. **J Clin Invest**, v. 111, p. 251-255, 2003.

PEREIRA, M.; FERREIRA, A.; CALDAS, F. Caso Clínico: Epidermólise Bolhosa Tipo Distrófica. **Revista SPA**, v. 16, n. 1, p. 49, fev. 2007.

POPOWSKI, Pierre. **A pele da criança em homeopatia**. São Paulo : Andrei Editora, 1997.

QUEMOUN, Albert-Claude. Dilutions et dynamisations. Les fondements de l'homéopathie. **Cahiers de Biothérapie**, n. 182, p. 9-14, 2003.

QUEMOUN, Albert-Claude. **L'Homéopathie c'est Malin**. Paris-France: Quotidien Malin Éditions, 2014.

RIBEIRO, Mário Antônio Cabral. **História da homeopatia no Brasil** (2010). Disponível em: <<http://mariocabral.files.wordpress.com/2009/07/resumo-sobre-a-historia-da-homeopatia-no-brasil-abril-2010.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

RIBEIRO FILHO, Ariovaldo. **Repertório de homeopatia**. 2. ed. São Paulo: Organon, 2010.

SAMPAIO, S.A.; RIVITTI, E.A. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

SILVA, Aleksandro Schafer et al. Homeopatia na terapia de animais de laboratório naturalmente infectados por coccídeos. **Estudos de Biologia –PUC/SP**, v. 29, n. 67, p. 145-149, 2007.

SOUZA, Márcio José Silva et al. Epidermólise bolhosa distrófica pruriginosa – Relato de caso. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, Supl. 3, p. S370-S372, 2005.

STEINER, Luiz. **A história da homeopatia**. (2010). Disponível em: <<http://luizstern.files.wordpress.com/2010/05/historia-e-principios-homeop2.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. **Epidermólise bolhosa (EB)**. (2009). Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dderma/index.php?p=artigos.htm#bolhosa>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

VIJNOVSKY, Bernardo. **Tratado de matéria médica homeopática**. 2. ed. São Paulo: Organon. 2012. v. I.