

**CENTRO ALPHA DE ENSINO  
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA  
PATRÍCIA DA SILVA MENESES FREIRE**

**TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE COM *Calcarea phosphorica* e  
*Calcarea fluorica* – UM RELATO DE CASO**

**SÃO PAULO  
2016**

**PATRÍCIA DA SILVA MENESES FREIRE**

**TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE COM**  
***Calcarea phosphorica e Calcarea fluorica* – UM**  
**RELATO DE CASO**

**Monografia apresentada a ALPHA/APH como Exigência  
para obtenção do título de especialista em homeopatia.  
Orientador: Dr. Marcelo Pustiglione.**

**SÃO PAULO**  
**2016**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Dr. Marcelo, pela sugestão para a realização do trabalho, por suas orientações durante o tratamento e durante o curso.

Ao Dr. Mario, pela sua paciência, orientações e por tornar o curso de homeopatia possível.

Ao meu marido André, por todo o seu apoio, compreensão e carinho.

Aos meus pais: Edésio e Maria, por todo o seu apoio, e principalmente a minha mãe, minha paciente mais rebelde, sem sua confiança esse relato de caso realmente não seria possível.

## RESUMO

É relatado o caso de uma paciente portadora de osteoporose que, devido a efeitos colaterais decorrentes dos medicamentos prescritos foi obrigada a interromper o tratamento convencional. Foi instituído tratamento homeopático, sendo prescrito *Calcarea fluorica* e *Calcarea phosphorica*. Os resultados obtidos com o tratamento homeopático são avaliados por meio de densitometria óssea e comparados ao tratamento convencional realizado anteriormente.

## **ABSTRACT**

We report the case of a patient with osteoporosis who , due to side effects of prescription drugs was forced to stop conventional treatment . It was established homeopathic treatment being prescribed Calcarea fluorica and Calcarea phosphorica. The results with homeopathic treatment are assessed by bone densitometry and compared to conventional treatment performed previously .

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

- 1- Tabela 1 – Evolução do tratamento com alendronato sódico e carbonato de cálcio com vitamina D entre 2007 e 2009. Pagina 25.
- 2- Gráfico 1 – Evolução do tratamento com alendronato sódico e carbonato de cálcio com vitamina D entre 2007 e 2009. Pagina 26.
- 3- Gráfico 2 – Evolução do tratamento com *Calcarea phosphorica* e *Calcarea fluorica* entre 17 de junho 14 e 26 de novembro de 2015. Pagina 26.
- 4- Tabela 2 – Evolução do tratamento com *Calcarea phosphorica* e *Calcarea fluorica* entre 17 de junho 14 e 09 de março 2015. Pagina 27.
- 5- Tabela 3 – Evolução do tratamento com *Calcarea phosphorica* e *Calcarea fluorica* entre 09 de março 15 e 26 de novembro 2015. Pagina 27.
- 6- Tabela 4 – Evolução do tratamento com *Calcarea phosphorica* e *Calcarea fluorica* entre 17 de junho 2014 e 26 de novembro 2015. Pagina 27.
- 7- Gráfico 5 – Comparativo entre o tratamento tradicional e o tratamento homeopático. Pagina 28.
- 8- Tabela 5 – Comparativo entre o tratamento com alendronato sódico e carbonato de cálcio com vitamina D e o tratamento homeopático. Pagina 28.

## SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1. OSTEOPOROSE.....	9
1.2. TRATAMENTO CONVENCIONAL.....	12
1.2.1. BIFOSFONATOS.....	12
1.2.2. CALCITONINA.....	13
1.2.3. MODULADORES SELETIVOS DE RECEPTORES ESTROGÊNICOS.....	13
1.2.4. CÁLCIO.....	14
1.2.5. RANELATO DE ESTRÔNCIO.....	15
1.2.6. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.....	15
1.3. TRATAMENTO HOMEOPÁTICO.....	16
1.3.1. <i>Calcarea fluorica</i> (FLUORETO DE CÁLCIO).....	16
1.3.2. <i>Calcarea phosphorica</i> (FOSFATO TRICÁLCIO).....	17
1.3.3. AÇÃO EM OUTROS ORGÃOS E CARACTERÍSTICOS.....	18
2. CASO CLÍNICO.....	19
2.1. HISTÓRIA PREGRESSA DA MOLÉSTIA ATUAL.....	19
3. DISCUSSÃO.....	24
4. CONCLUSÃO.....	33
5. ANEXOS.....	34
6. REFERÊNCIAS.....	45

## 1- INTRODUÇÃO

A osteoporose é uma doença crônica com perda progressiva de massa óssea, que atinge a população mais idosa aumentando significativamente o risco de fraturas.

Existem muitos tratamentos tradicionais com eficácia comprovada, mas, em alguns casos, seus efeitos colaterais e/ou seu alto custo podem levar o paciente a interromper seu uso. E o que fazer nesses casos?

Foi o que ocorreu com a paciente descrita nesse relato de caso. Devido sintomas gastrintestinais, ela não tolerou o uso dos medicamentos convencionais.



## 1.1- OSTEOPOROSE

A osteoporose é uma condição clínica provocada pelo desequilíbrio entre a formação e a reabsorção óssea. Como consequência há uma progressiva perda óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo<sup>1</sup> Por ser assintomática é muitas vezes subdiagnosticada e subtratada, e sendo descoberta muitas vezes após uma fratura<sup>1,2,3,4,5</sup> com ou sem trauma<sup>4</sup>.

Segundo SOUZA (2010), os principais fatores de risco para osteoporose são:

*“O gênero feminino, as etnias amarela e branca, a idade mais avançada, a precocidade do início da menopausa, a hereditariedade (presença de osteoporose ou de fratura osteoporótica entre os ancestrais e os colaterais), história pregressa de fraturas osteoporóticas, erros nutricionais (baixa ingestão de cálcio, baixa ingestão de vitamina D3 ou baixa insolação para a produção da mesma, situações para má absorção de alimentos etc.), maus hábitos (ingestão exagerada de café, álcool, tabaco), sedentarismo, certas medicações (glicocorticoides, anticonvulsivantes) e doenças como a artrite reumatoide e quase todas as doenças inflamatórias sistêmicas”.*<sup>6</sup>

A associação da idade avançada dos pacientes e a presença muitas vezes de outras comorbidades associadas como hipertensão, diabetes, insuficiência renal etc., levam a osteoporose a ser uma doença de alta morbidade e mortalidade<sup>3,5</sup> e é, por conseguinte, um problema de saúde pública<sup>3,5</sup>.

MAEDA & LAZARETTI-CASTRO (2014):

*“No Brasil, o custo anual com o tratamento de osteoporose é de 775 dólares por paciente (mulheres menopausadas). O custo, provavelmente subestimados, da fratura de quadril em um hospital*

*público brasileiro foram por volta de 3.940,00 dólares por uma média de 11 dias de internação, e a taxa de mortalidade após seis meses foi acima de 23%. Em hospitais privados, a média do período de internação por fratura de quadril foi de 9,21 dias com um custo de 12.000,00 dólares, em média, relacionado à medicamentos e procedimentos cirúrgicos”<sup>3</sup>.*

Uma a cada duas mulheres e um a cada quatro homens com idade superior a cinquenta anos terá uma fratura relacionada à osteoporose ao longo da vida<sup>3,5</sup>.

A osteoporose pode ser dividida didaticamente em três tipos:

- Osteoporose primária tipo I: associada a pós-menopausa.
- Osteoporose primária tipo II: também chamada de senil, associada ao envelhecimento.
- Osteoporose secundária: associada a problemas sistêmicos como mieloma múltiplo, artrite reumatoide, hiperparatireoidismo, hipertireoidismo, alterações das adrenais, uso de substâncias como heparina, álcool, vitamina A e corticosteroides<sup>5</sup>, alcoolismo e tabagismo excessivo.<sup>2,3,5,7</sup>

Com o envelhecimento há “uma formação mais lenta e menor em proporção à reabsorção óssea”<sup>5</sup>. inicialmente ocorre nos ossos trabeculares mas pode atingir qualquer parte do esqueleto e seus efeitos são mais evidentes nos ossos corticais.<sup>5</sup>

A perda de massa óssea nos homens se inicia normalmente após os sessenta anos<sup>2,5</sup> e seu risco de fratura é o mesmo das mulheres há mais de cinco anos na menopausa.<sup>5</sup>

O diagnóstico é feito a partir da densitometria óssea. Ele é um método acessível, de baixa radiação e confiável<sup>5</sup> e é desde 1994 considerado o padrão ouro para a Organização Mundial de Saúde<sup>4</sup> e os critérios utilizados são baseados no

desvio-padrão em relação ao adulto jovem, sendo considerado normal um desvio padrão de até - 1,00; osteopenia um desvio padrão entre - 1,00 até - 2,50; e osteoporose um desvio menor ou igual a - 2,50.<sup>4</sup>

Em 2005 a Sociedade Internacional para Densitometria Clínica passou a recomendar o uso dos padrões da Organização Mundial de Saúde apenas para mulheres após a menopausa e homens com mais de 50 anos, nos outros casos esses seriam os parâmetros: abaixo do estimado para a faixa etária com um desvio padrão menor ou igual a - 2,00 e dentro do estimado para a faixa etária com um desvio padrão maior que - 2,00.<sup>4</sup>

## 1.2 - TRATAMENTO CONVENCIONAL

Existem vários tipos de tratamentos convencionais para a osteoporose. Os mais utilizados, serão descritos a seguir:

### 1.2.1 - BIFOSFONATOS

São os mais eficazes agentes de reabsorção óssea até o momento e, por conseguinte, os mais eficazes na prevenção de fraturas<sup>2,5,6,7,8,9,10,11</sup> podendo diminuir os casos de fratura em aproximadamente 50% dos casos.<sup>2,8</sup> Os mais usados no Brasil são o alendronato, ibandronato e o *risedronato*, mas há ainda o etidronato, o pamidronato, zolendronato entre outros.

Eles inibem a reabsorção se fixando nos receptores de hidroxiapatita nas superfícies reabsortivas dos ossos,<sup>7,9</sup> também reduzem a atividade osteoclastica reduzindo o desenvolvimento os osteoclastos<sup>7,8,9</sup> e sua apoptose<sup>7,8,9</sup>.

O alendronato e o *risedronato* são administrados uma vez por semana e ibandronato mensalmente ambos na forma de comprimido e em jejum.

Os bifosfonatos podem apresentar como efeitos colaterais, desconforto gastrointestinal,<sup>2,6,7,8,9,12</sup> esofagite<sup>2,6,7,8,9</sup>, falência renal<sup>9,12</sup>, hipocalcemia<sup>9</sup>, hiperparatiroidismo<sup>9</sup>, dor muscular<sup>9,11,12</sup>, osteonecrose da mandíbula<sup>7,8,9,11</sup>, fibrilação atrial<sup>9,11</sup>, fraturas atípicas do fêmur<sup>8,9,10,11</sup>, hepatite<sup>9</sup>, reações cutâneas<sup>9,12</sup> e esclerite.<sup>12</sup>

O principal efeito colateral do alendronato é a esofagite, principalmente em pacientes com hérnia de hiato e refluxo gastroesofágico.<sup>2,5,6,7</sup> Por isso devem ser administrados em jejum e o paciente não deve deitar por meia hora após a ingestão

do comprimido, o que pode inviabilizar seu uso em pessoas acamadas. Nesses casos o ácido zolendrônico, que é injetável, estaria mais indicado, mas como cada ampola custa em média 1600 reais, torna o tratamento viável para poucos pacientes.

### 1.2.2 - CALCITONINA

É utilizada nos casos de osteoporose sintomática e inibe a ação dos osteoclastos<sup>8</sup>. Ela tem um efeito analgésico juntamente com a ação de evitar a reabsorção óssea, sendo indicada nos casos em que o paciente apresenta dor<sup>2</sup>.

Sua aplicação é intranasal ou subcutânea<sup>8</sup>, o que facilita a administração. Sua ação é menor que a dos bifosfonatos e sua eficácia na prevenção de fraturas ainda é contestada, se concentrando na coluna vertebral<sup>2</sup>, não diminuindo a ocorrência de fraturas não vertebrais.<sup>8</sup>

### 2.3 - MODULADORES SELETIVOS DE RECEPTORES ESTROGÊNICOS

São indicados somente para mulheres pós-menopausadas e é administrado diariamente. “Promovem a estimulação estrogênica nos receptores de estrogênio do osso...prevenindo e tratando a osteoporose”.<sup>6</sup> A eficácia em aumentar a densidade óssea é menor que os bifosfonatos e diminui o índice de fraturas vertebrais em apenas nove por cento dos casos.<sup>2</sup> Seu alto custo pode inviabilizar o tratamento.

Ele é contra-indicado em pacientes com insuficiência hepática e com histórico de fenômenos tromboembólicos.<sup>8</sup>

Seus principais efeitos colaterais que podem ser observados são: fogachos, câimbras, náuseas, vômitos, dispepsia e em casos raros fenômenos tromboembólicos.<sup>8</sup>

#### 1.2.4 - CÁLCIO

O cálcio é um dos componentes do cristal de hidroxiapatita que promove a resistência mecânica do osso.<sup>6</sup> As principais formas de administração do cálcio são o carbonato de cálcio e o cálcio citrato malato.

O recomendado é a ingestão de 1000g de cálcio diárias para homens entre 50 e 70 anos e de 1200g para mulheres acima dos 51<sup>8</sup>, mas a média de ingestão dos brasileiros é de 360 a 400mg, devendo-se então estimular a ingestão de cálcio pela dieta e fazer a sua complementação com medicamentos principalmente nos pacientes com intolerância a lactose<sup>8</sup>.

O carbonato de cálcio na dosagem de 600mg associado a vitamina D é o mais prescrito devido ao seu baixo custo e por ser eficiente na diminuição da incidência de fraturas<sup>6</sup> sendo administrado isoladamente ou associado ao uso de bifosfonatos.

O carbonato de cálcio é pouco absorvido em pessoas idosas devido a hipocloridria<sup>6</sup> e em pessoas em uso de antiácidos<sup>6</sup> e são contra indicados em pessoas com nefrolitíase.<sup>6</sup> Nesses casos o uso do cálcio citrato malato está indicado<sup>6</sup>, mas o seu custo pode inviabilizar seu uso, principalmente por um período prolongado.

### 1.2.5 - RANELATO DE ESTRÔNCIO

Medicamento promissor no tratamento da osteoporose atuando na replicação dos precursores dos osteoblastos e da síntese de colágeno<sup>6</sup> mas seu uso vem sendo descontinuado em vários países pelo risco de infarto do miocárdio.

### 1.2.6 - TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Vários hábitos podem levar a diminuição da massa óssea: tabagismo excessivo<sup>2,3</sup>, alcoolismo<sup>2,3</sup>, sedentarismo<sup>2,3</sup>, desnutrição.<sup>3</sup> Conseqüentemente um estilo de vida saudável, com uma alimentação balanceada, o aumento do consumo de alimentos ricos em cálcio, com a prática de atividades físicas, produz um osso com melhor densidade<sup>3</sup>, além disso, “a melhoria da velocidade de resposta motora neuromuscular diminuem as quedas e os riscos de fraturas nos pacientes.”<sup>6</sup>

Segundo Werkman (2005):

*“A inatividade física compromete de maneira direta o aumento da massa óssea. A prática de exercícios físicos corretamente orientados estimula o ciclo de remodelação óssea Estes devem ser regulares, pois os efeitos osteogênicos são rapidamente perdidos quando ocorre diminuição da intensidade ou frequência dos mesmos”<sup>5</sup>*

## 1.3 – TRATAMENTO HOMEOPÁTICO

### 1.3.1 – *Calcarea fluorica* (FLUORETO DE CÁLCIO)

É um pó branco insolúvel em água e em álcool encontrado no tecido ósseo, nas fibras elásticas e na epiderme<sup>13,14</sup>, que fica luminoso quando aquecido solúvel em alguns ácidos<sup>13</sup>, é o elemento responsável pela consistência óssea.<sup>15</sup>

Para VIJNOVSKY (2012), sua grande indicação está relacionada as afecções das fibras elásticas e dos tecidos ósseos. Nas deformações ósseas, exostoses, esmalte dental insuficiente, dentes moles e mal implantados.<sup>16</sup>

Para DEMARQUE (2009), ela tem ação no tecido ósseo nos distúrbios do metabolismo mineral, na osteoporose, no espessamento do periósteo, osteofitoses e exostose. Tem ação também nas distrofias do crescimento com escoliose, doença de Osgood-Schlatter, doença de Scheuermann.<sup>14</sup>

Para BRUNINI & GIORGI (2014) é indicado em exostoses.

Para CAIRO (1997) indicada as moléstias na substância que forma a superfície do osso, o tecido dos dentes. Na má nutrição dos ossos, exostoses traumáticas, osteossarcoma<sup>17</sup>

Para CHARETTE (1990) esta indicada nas patologias onde há proliferação do tecido ósseo juntamente com a destruição ou alteração do tecido elástico: exostoses, deformações raquíticas, hipertrofia raquítica do fêmur. Também nos casos de dentes mal implantados com esmalte rarefeito<sup>15</sup>

Para HORVILLEUR (2003) auxilia na regulação do metabolismo do cálcio, estando indicada nos casos de osteoporose, ossos deformados e assimétricos, osteófitos, exostoses, raquitismo<sup>18</sup>



### 1.3.2 - *Calcária phosphorica* (FOSTATO TRICALCIO)

É um sal presente em todos os tecidos do organismo com exceção dos elásticos e em todos os líquidos do organismo.<sup>13,15</sup> É um pó branco, amorfo insolúvel em água, mas solúvel em ácido.<sup>13,14</sup>

Para VIJNOVSKY (2012), por ser o principal constituinte ósseo, sua ação fundamental se manifesta ao nível dos ossos. Ele pode auxiliar acelerar a sua formação e por isso é indicado nos casos de fratura.<sup>16</sup> Importante também nos casos de exostoses, osteófitos, doenças ósseas, raquitismo, espinha bífida, epífises hipertrofiadas, fontanelas e suturas que persistem abertas por muito tempo, ossos curvos, osteomalacia, ossos frágeis, alterações das sínfises e das suturas ósseas.<sup>16</sup>

Para DEMARQUE (2009) o fosfato tricalcio age nas células e tecidos ricos em cálcio e fósforo como o tecido ósseo. Tem como indicações clínicas as patologias do crescimento como cifoses dorsais, doença de Osgood-Schlatter, doença de Scheuermann<sup>14</sup>. Na traumatologia para prevenção de calo fibroso ou atraso na consolidação óssea<sup>14</sup>

Para BRUNINI & GIORGI (2014) atua nos ossos em enfermidades que dependem do desequilíbrio de suas moléculas, como nas fraturas e no raquitismo, e na osteoporose e outras patologias onde há uma má assimilação de fosfato de cálcio. Indicado também nos casos de dentição difícil, patologias articulares com entorses frequentes, artrite juvenil, fraturas que tardam a fechar, fontanelas que tardam a fechar ou que reabrem logo após fecharem.<sup>13</sup>

Para CAIRO (1997) é indicada para as moléstias dos ossos, raquitismo, promove a consolidação do calo nas fraturas, na dentição difícil ou retardada.<sup>17</sup>

Para CHARETTE (1990) ela favorece o crescimento constituindo a base da neoformação dos tecidos estando indicada nos distúrbios de crescimento ósseo e na formação retardada de calos ósseos no processo cicatricial. Também no fechamento retardado da fontanelas<sup>15</sup>

Para HORVILLEUR (2003) facilita a fixação do cálcio e age como preventivo da pseudo artrose. É indicado para os pontos de impacto ósseo com tendência a exostoses, retardo na consolidação de fraturas e do fechamento das fontanelas, na osteoporose e no raquitismo.<sup>18</sup>

### 1.3.3 - AÇÕES EM OUTROS ÓRGÃOS E CARACTERISTICOS

- *Calcarea fluorica* é um importante medicamento para glândulas duras como pedra, veias varicosas e dilatadas, nódulos mamários<sup>1,3,13,17,16,18</sup>

O individuo *Calcarea fluorica* é indeciso, ansioso, que tem medo da e pobreza<sup>13,15,16</sup>. e da ruína financeira.<sup>13,15,16,18</sup>

Agrava no tempo úmido e frio e pelo repouso<sup>3,13,15,16</sup> e melhora com aplicações quentes e com o movimento.<sup>3,13,15,16</sup>

- A *Calcarea phosphorica* é um medicamento importante para o tratamento da tuberculose pulmonar<sup>15,16</sup>, óssea<sup>15</sup> e ganglionar<sup>15</sup>, nas astenias, convalescências e nos estados de consumpção<sup>1,3,13,16,17</sup>, na anemia.<sup>1,13,16,17</sup>

O individuo *Calcarea phosphorica* tem uma memória ruim e compreensão difícil, lentidão em pensar não sendo afeitos a esforço intelectual.<sup>1,13,16</sup>

Podem quando criança ter aversão ao leite materno.<sup>3,13,16,18</sup>

Agrava pelo tempo frio e úmido e pelo esforço intelectual.<sup>1,3,13,16</sup>

## 2 - CASO CLÍNICO

MSMF, 65 anos, primigesta com um parto fórceps, última menstruação aos 46 anos e procurou o serviço médico em maio de 2014 para consulta de rotina ginecológica.

Possui história pregressa artrose de coluna lombar e rinite crônica, estando assintomática no momento da consulta.

Exame físico geral e ginecológico sem alterações

Tem 1,50 m de altura 50 kg, branca, constituição física entre a fosfórica e a *fluorica* (é magra e elegante mas é brevílínea, tem um aspecto de fragilidade óssea mas sem a frouxidão de ligamentos). Fez uso de reposição hormonal combinada por 6 anos.

Todos os seus exames estavam normais com exceção da densitometria óssea do dia 17/06/2014 (anexos 1, 2 e 3) que apresentava os valores de 0,674g/cm<sup>2</sup> na coluna lombar, 0,592g/cm<sup>2</sup> no colo do fêmur e de 0,743g/cm<sup>2</sup> fêmur total, todos correspondendo à osteoporose.

Questionada sobre tratamento prévio a paciente referiu ter interrompido todos os tratamentos anteriores devido aos seus efeitos colaterais.

### 2.2 - HISTÓRIA PREGRESSA DA MOLÉSTIA ATUAL

Em 2007 ela foi diagnosticada com osteoporose através da densitometria apresentada na anexo 4 e apresentando os seguintes valores: 0,718g/cm<sup>2</sup> na coluna lombar, 0,670g/cm<sup>2</sup> no colo do fêmur e de 0,799g/cm<sup>2</sup> fêmur total, iniciando

tratamento com carbonato de cálcio 600mg associado à vitamina D diário e alendronato sódico 70 mg semanal.

Em 2009, após dois anos de uso contínuo nos medicamentos citados sua densitometria apresentou os seguintes valores de 0,725g/cm<sup>2</sup> na coluna lombar, 0,703g/cm<sup>2</sup> no colo do fêmur e de 0,741g/cm<sup>2</sup> fêmur total. (anexo 5).

Pouco após a realização desse exame a paciente começou a apresentar desconforto gástrico pós prandial, distensão abdominal ambas de baixa intensidade e que foram piorando gradualmente.

Em 2011 poucas horas após a ingestão do carbonato de cálcio associado a vitamina D esses sintomas gástricos pioravam muito fazendo com que a paciente interrompesse o seu uso e passasse a apresentar melhora importante do quadro gástrico. Manteve o uso de alendronato de maneira irregular.

Nesse mesmo ano os sintomas de distensão abdominal e o acúmulo de gases piorou causando muito desconforto fazendo com que a paciente passasse em consulta com um gastroenterologista que solicitou uma endoscopia e uma colonoscopia, ambas sem alteração. Foram prescritas medidas dietéticas como: diminuição da ingestão de leite e derivados, de grãos como feijão, milho e grão de bico. Como, após três meses seguindo estas orientações, houve apenas pequena melhora do quadro o gastroenterologista solicitou que a paciente interrompesse o uso do alendronato sódico. Após alguns dias todos os sintomas desapareceram.

Em 2013 a paciente passou novamente em consulta com ginecologista e foi introduzido o uso de ibandronato, um comprimido ao mês, e solicitado a paciente que observasse o aparecimento de efeitos colaterais.

Inicialmente não apresentou nenhum sintoma, mas após três meses do uso a distensão abdominal voltou até que após sete meses se tornou insuportável

forçando a interrupção do tratamento. Foi prescrito o uso de um modulador seletivo de receptores estrogênicos, mas, ela se recusou a tomar temendo ter novamente efeitos colaterais.

Desde o diagnóstico da osteoporose, a paciente foi orientada a praticar uma atividade física e iniciou hidroginástica, mas praticou por apenas dois meses. Posteriormente, iniciou a prática de musculação que parou após seis meses, e apesar de todas as orientações, se mantém sedentária desde então.

Em 2014 a paciente passou em consulta ginecológica e realizou a densitometria já citada e representada nas anexos 1, 2 e 3. A mesma foi orientada novamente dos riscos de não tratar a osteoporose e não praticar exercícios, mas estava irredutível, negando-se a usar qualquer tipo de medicamento convencional com medo dos efeitos colaterais. Então foi feita a proposta que ela iniciasse um tratamento homeopático e que os exames fossem feitos de seis em seis meses aproximadamente e não de dois em dois anos para uma melhor avaliação do caso.

A paciente aceitou o uso da medição homeopática mas, não quis ser submetida a uma consulta homeopática própria mente dita para prescrição do similimum também. Para que a paciente não ficasse sem ser medicada e correndo o risco de uma fratura a prescrição foi feita levando em conta apenas o aspecto orgânico.

Em julho de 2014 foi prescrito *Calcarea phosphorica* 12D e *Calcarea fluorica* 12D em tabletes um vez ao dia dissolvidos em água, baseado nos princípios constitucionais, nos estudos de Schüssler<sup>21,22</sup> e nos sintomas característicos das duas medicações<sup>1,5,7,13,14,15,117,18</sup>.

No retorno a paciente se apresentava assintomática mas descreveu uma sensação de bem estar. Foi solicitada uma nova densitometria com os seguintes

valores: 0,729g/cm<sup>2</sup> na coluna lombar, 0,627g/cm<sup>2</sup> no colo do fêmur e de 0,791g/cm<sup>2</sup> fêmur total. (anexos 6,7 e 8)

Em 26/11/2015 foi submetida a uma nova densitometria (anexos 9,10 e 11) com os valores de: 0,742g/cm<sup>2</sup> na coluna lombar, 0,616g/cm<sup>2</sup> no colo do fêmur e de 0,806g/cm<sup>2</sup> fêmur total.

Devido à melhora óssea e por não estar apresentando sintomas colaterais, ela solicitou que fosse realizada uma consulta homeopática para o tratamento da sua rinite que havia piorado. Após consulta e repertorização foi prescrito *Ignacia amara* 30 CH em tabletes dissolvidos na água duas vezes ao dia.

Após um mês a paciente apresentava melhora dos sintomas de rinite.

### 3 – DISCUSSÃO

Este caso clínico traz varias questões importantes.

1ª) Como tratar uma paciente que apresenta efeitos colaterais com quase todos os medicamentos para a osteoporose?

Como foi visto, a homeopatia se apresenta como uma opção efetiva e sem efeitos colaterais.

Mas, segundo Hahnemann, (Organon, §7)<sup>19</sup>,

*“... a totalidade sintomática... refletida no exterior é o principal e único meio pelo qual a doença demonstra o remédio que necessita. É o único fato que define a eleição do remédio mais apropriado”.*

Dai surge uma nova questão:

2ª) Como tratar homeopaticamente uma doença assintomática? Ou, em outras palavras, como buscar a totalidade sintomática de uma condição oligossintomática?

CARILLO JR (1997) propõem uma visão mais ampla e que leva em consideração, além da totalidade sintomática e do miasma, a constituição do paciente no momento da escolha do medicamento e também as bases e os estados constitucionais<sup>20</sup>.

Segundo este autor,

*“os sais formados pela combinação dos ácidos constitucionais com certas bases (cálcio, sódio, barita, etc.), originam medicamentos constitucionais que correspondem a diferentes*

*estados de cada constituição (cálcico, magnesiano, potássico, sódico, etc.)*<sup>20</sup>

CARILLO JR (1997) descreve a indicação de prescrição de *Calcarea phosphorica* no tratamento do raquismo que “é caracterizado pela calcificação defeituosa dos ossos devido a um teor reduzido de vitamina D no organismo, deficiência de cálcio e fósforo na dieta ou combinação de ambos”<sup>20</sup>.

Se considerarmos que a osteoporose também é uma doença caracterizada pela calcificação defeituosa dos ossos e segundo o autor “essa situação é compatível com o modo reacional da constituição fosfórica, justifica a prescrição de *Calcarea phosphorica* e não carbônica”, e, portanto também estaria indicada no tratamento da osteoporose<sup>20</sup>.

O Dr. Wilhelm Schüssler, pesquisou nas cinzas de pessoas que haviam sido cremadas, quais minerais faltavam e comparava com todo o histórico destas pessoas, fazendo uma ligação entre os minerais faltantes e as doenças que elas tiveram<sup>21</sup>. A partir desse estudo ele selecionou os doze minerais que devem estar presentes no organismo, para uma saúde perfeita<sup>21,22</sup>. Dentre esses sais, segundo o autor, os responsáveis pela saúde óssea são a *Calcarea phosphorica* e a *Calcarea fluorica*<sup>21,22</sup>. E essa substância química predominante no tecido alterado pela doença pode ser administrado em doses reduzidas para se reestabelecer a saúde<sup>22</sup>. Os sais de Schüssler não constituem em tratamento homeopático por não serem prescritos em doses mínimas dinamizadas e por não seguir o princípio da semelhança<sup>15</sup>, mas seus princípios auxiliam a prescrição homeopática quando é necessária uma visão mais organicista do caso.

3ª) Outra questão que surge é: o tratamento homeopático, baseado numa visão organicista e constitucional é efetivo?



WERKMAN (2005) em suas dissertação para obtenção do título de mestre, utilizou a *Calcarea phosphorica* para seus estudos comparativos entre o tratamento como *risedronato* e o tratamento homeopático na reparação óssea e ratos castrados. A *Calcarea phosphorica* 6CH se mostrou mais eficaz apenas nas fases iniciais do processo de reparo do que o *risedronato*<sup>5</sup>. O tratamento com *risedronato* influenciou a reparação, levando a uma maior quantidade de osso em comparação com *Calcarea phosphorica* mas, o osso formado sob ação do *risedronato* mostrou maior resistência à reabsorção, mantendo seu aspecto trabecular, enquanto a *Calcarea phosphorica* apresentou uma remodelação apenas inicialmente de forma trabecular, e no fim do estudo uma forma lamelar<sup>5</sup>. Apesar de demonstrar uma superior eficácia do *risedronato* também ficou demonstrado que o tratamento homeopático age na remodelação óssea.

	13/03/2007	03/04/2009	Aumento da densidade óssea
Coluna	0,718 g/cm <sup>2</sup>	0,725 g/cm <sup>2</sup>	0,007 g/cm <sup>2</sup>
Colo do fêmur	0,670 g/cm <sup>2</sup>	0,703 g/cm <sup>2</sup>	0,033 g/cm <sup>2</sup>
Fêmur total	0,799 g/cm <sup>2</sup>	0,741 g/cm <sup>2</sup>	- 0,058 g/cm <sup>2</sup>

**Tabela 1**

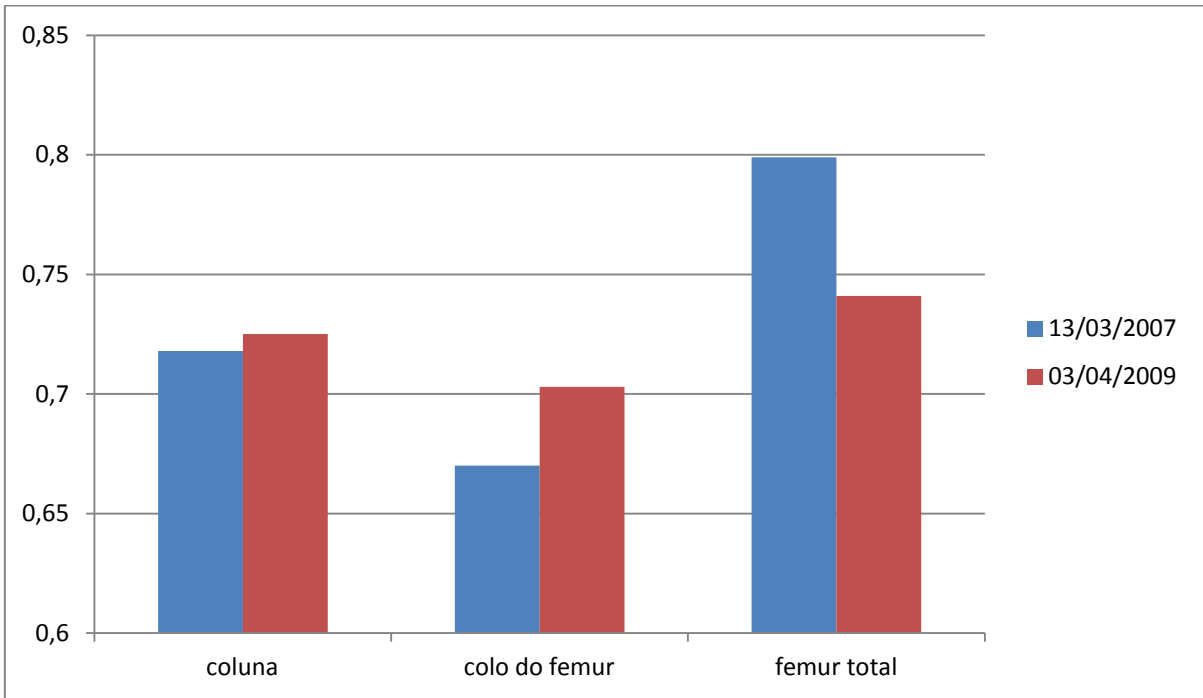


Gráfico 1

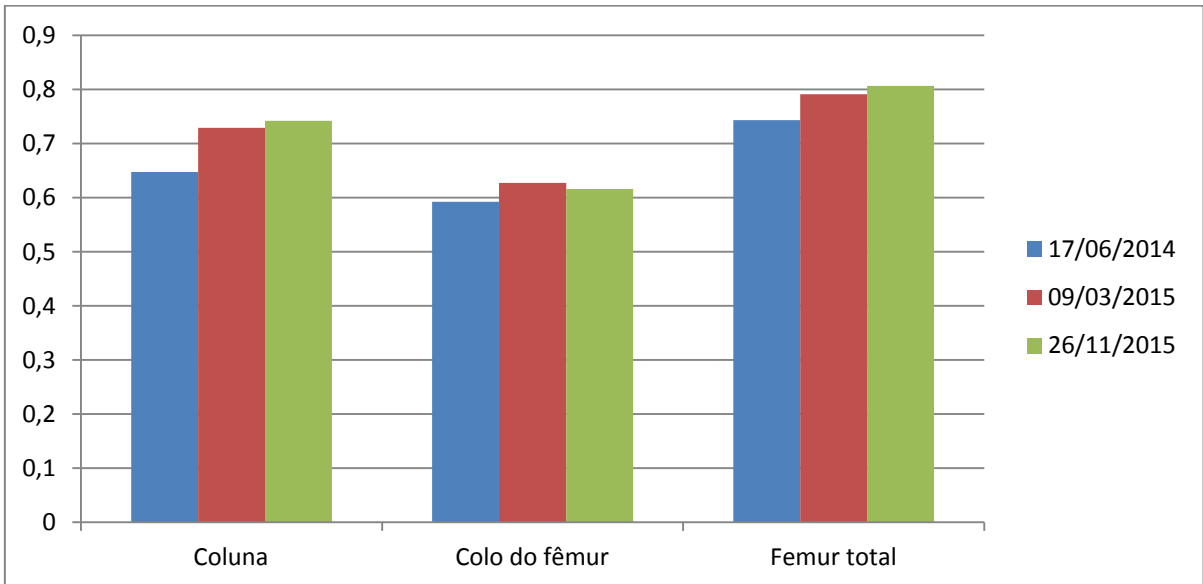


Gráfico 2

	17/06/2014	09/03/2015	Aumento da densidade óssea
Coluna	0,647 g/cm <sup>2</sup>	0,729 g/cm <sup>2</sup>	0,055 g/cm <sup>2</sup>
Colo do fêmur	0,592 g/cm <sup>2</sup>	0,627 g/cm <sup>2</sup>	0,035 g/cm <sup>2</sup>
Fêmur total	0,743 g/cm <sup>2</sup>	0,791 g/cm <sup>2</sup>	0,048 g/cm <sup>2</sup>

Tabela 2

	09/03/2015	26/11/2015	Aumento da densidade óssea
Coluna	0,729 g/cm <sup>2</sup>	0,742 g/cm <sup>2</sup>	0,013 g/cm <sup>2</sup>
Colo do fêmur	0,627 g/cm <sup>2</sup>	0,616 g/cm <sup>2</sup>	- 0,011 g/cm <sup>2</sup>
Fêmur total	0,791 g/cm <sup>2</sup>	0,806 g/cm <sup>2</sup>	0,015 g/cm <sup>2</sup>

Tabela 3

	17/06/2014	26/11/2015	Aumento na densidade óssea
Coluna	0,647 g/cm <sup>2</sup>	0,742 g/cm <sup>2</sup>	0,068 g/cm <sup>2</sup>
Colo do fêmur	0,592 g/cm <sup>2</sup>	0,616 g/cm <sup>2</sup>	0,024 g/cm <sup>2</sup>
Fêmur total	0,743 g/cm <sup>2</sup>	0,806 g/cm <sup>2</sup>	0,063g/cm <sup>2</sup>

Tabela 4

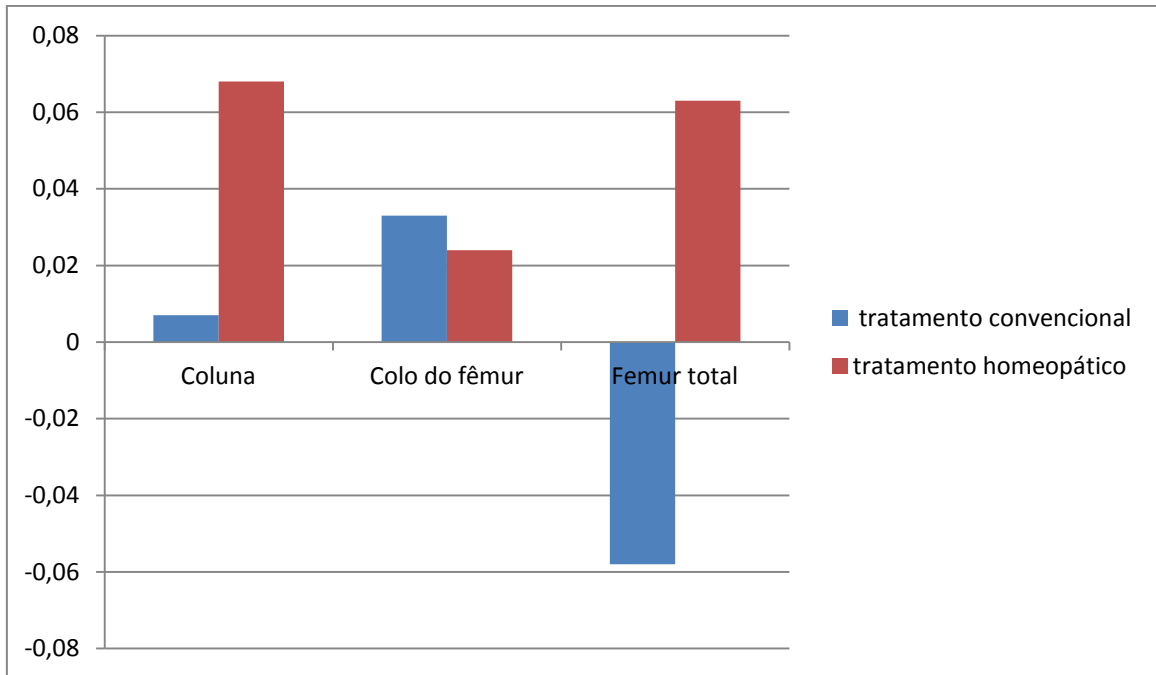


Gráfico 3

	Aumento da densidade óssea com uso de alendronato e carbonato de cálcio com vitamina D	Aumento da densidade óssea com uso de medicamento homeopático
Coluna	0,007 g/cm <sup>2</sup>	0,068 g/cm <sup>2</sup>
Colo do fêmur	0,033 g/cm <sup>2</sup>	0,024 g/cm <sup>2</sup>
Fêmur total	- 0,058 g/cm <sup>2</sup>	0,063 g/cm <sup>2</sup>

Tabela 5

FARINA (2010) realizou um estudo similar mas utilizando o alendronato ou invés do *risedronato*, obtendo os seguintes resultados:

*“a) o grupo tratado com alendronato foi o que apresentou os maiores valores de densidade óptica aos 28 dias, com diferença estatística em relação aos demais grupos, sugerindo um maior grau de mineralização;*

*b) comparada ao alendronato, a Calcarea phosphorica estimulou maior preenchimento tecidual na região do calo ósseo aos 10 dias, com predomínio de tecido não mineralizado. O tecido de preenchimento do grupo tratado com alendronato resistiu à remodelação, ao passo que no grupo tratado com Calcarea phosphorica houve grande remodelação, o que sugere diferentes mecanismos de ação entre os medicamentos;*

*c) a quantidade de neoformação óssea no calo variou entre os diferentes tratamentos, sendo que nas fases iniciais houve maior formação no grupo tratado com alendronato em comparação ao tratado com Calcarea phosphorica. Ao final do experimento a neoformação foi estatisticamente igual entre os dois grupos;*

*d) o tratamento com alendronato foi a melhor opção para tratar lesões ósseas e o tratamento com Calcarea phosphorica foi melhor que a ausência de tratamento.”<sup>7</sup>*

Esse estudo demonstra também que o tratamento homeopático interfere na remodelação óssea, com uma eficácia menor que o alendronato, mas sua ação foi comprovada.

SENDRA (2005) também realizou um estudo com ratas ovariectomizadas mas elegeu o uso da *Calcareo fluorica* em comparação com o uso do *risedronato*. Suas conclusões foram:

“a) o medicamento *risedronato* foi o que apresentou melhores resultados quanto ao reparo ósseo em todos os períodos;

b) o osso formado no grupo que recebeu *risedronato* mostrou-se mais resistente à remodelação;

c) a *Calcareo phosphorica 6CH* foi mais eficiente nas fases iniciais do processo de reparo;

d) os animais tratados com *risedronato* e *Calcareo phosphorica 6CH* formaram osso de qualidade morfológica semelhante a dos grupos sem tratamento<sup>n1</sup>.

As conclusões foram as mesmas de WERKMAN (2005) demonstrando que a *Calcareo phosphorica* e a *Calcareo fluorica* tem ação óssea e que ação desses medicamentos é semelhante<sup>5</sup>.

A paciente alvo deste estudo de caso apresentou uma melhora rápida as densidade óssea compatível com os três estudos citados acima.

O ganho de massa óssea com o uso de *alendronato* só pode ser avaliado apropriadamente após dois anos de uso. Na paciente em questão ouve um aumento de 0,007 g/cm<sup>2</sup> na coluna, de 0,033 g/cm<sup>2</sup> no colo do fêmur e uma diminuição de 0,058 g/cm<sup>2</sup> no fêmur total após uso de *alendronato* e *carbonato de cálcio* associado a *vitamina D* e esses dados estão demonstrados no gráfico 1 e na tabela 1.

Após o uso da *Calcareo phosphorica* e da *Calcareo fluorica* por nove meses houve um acréscimo de 0,055 g/cm<sup>2</sup> na região da coluna, 0,035 g/cm<sup>2</sup> no fêmur e no

0,048 g/cm<sup>2</sup> fêmur total (gráfico 2) (tabela 2), demonstrando um ganho de massa óssea superior ao uso do alendronato na região da coluna e do fêmur total e semelhante ao mesmo no colo do fêmur.

No período entre março e novembro de 2015 houve ganho de massa óssea na região da coluna 0,013 g/cm<sup>2</sup> e no fêmur total 0,015 g/cm<sup>2</sup> e um decréscimo de 0,011 g/cm<sup>2</sup> região do colo do fêmur (tabela 3) (gráfico 2). Esses achados são compatíveis com os estudos que mostram que a *Calcarea phosphorica* e a *Calcarea fluorica* são mais eficientes que o alendronato sódico, para melhora da densidade óssea no início do tratamento<sup>11,19,23</sup>.

O ganho total de massa óssea desde o início do tratamento com os medicamentos homeopáticos foi de: 0,068 g/cm<sup>2</sup> na coluna, 0,024 g/cm<sup>2</sup> no colo do fêmur e 0,063 g/cm<sup>2</sup> no colo total (gráfico 2) (tabela 4).

Quando comparado com o ganho obtido com o uso do alendronato sódico associado a vitamina D (tabela 5) (gráfico 3), o tratamento homeopático foi superior na melhora da densidade óssea tanto na região da coluna e do fêmur total e foi um pouco inferior no colo do fêmur, mas em ambos os tratamentos a paciente continuou com osteoporose, não migrando para a osteopenia.

A partir destes dados, pode-se afirmar que a *Calcarea fluorica* e a *Calcarea phosphorica* possuem ação óssea, como já foi demonstrado em trabalhos com cobaias<sup>1,5,7</sup>. E novamente surgem algumas questões:

- Esse efeito pode ser reproduzido em todos os pacientes com osteoporose?
- Essa melhora vai continuar mesmo que seja numa velocidade menor?
- Esse efeito será duradouro?
- O uso do tratamento homeopático em associação com o uso do alendronato e/ou carbonato de cálcio, pode potencializar a sua ação?

São necessários outros estudos para responder essas questões. Se for comprovado que esse efeito ósseo pode ser reproduzido em pacientes de uma forma geral, e que seus efeitos são duradouros estaremos diante de um tratamento eficaz, barato e sem efeitos colaterais; um tratamento mais acessível que os tradicionais e que com isso alcançaria um número maior de pessoas, reduzindo o número de fraturas, a mortalidade e morbidade derivadas dela.

Esta paciente continuará em tratamento e novas densitometrias serão realizadas para se observar se o uso do antipsóricico juntamente com as calcarias potencializa o seu efeito. Numa segunda etapa será introduzido o uso de cálcio citratato malato, para observação se este potencializará o dos outros medicamentos.



## 4 – CONCLUSÃO

A homeopatia pode ser uma proposta isolada e/ou integrativa e complementar eficaz aos tratamentos tradicionais para osteoporose.

No caso apresentado o tratamento com *Calcarea phosphorica* e a *Calcarea fluorica* mostrou-se mais eficaz que o tratamento com alendronato sódico e carbonato de cálcio realizado na mesma paciente. O tratamento homeopático além de ter sido mais eficaz no aumento da densidade óssea na região da coluna e do fêmur total não provocou nenhum efeito colateral, ao contrario de todos os medicamentos tradicionais que já haviam sido utilizados pela paciente (alendronato sódico, carbonato de cálcio, ibandronato) e que fizeram que a mesma parasse todos os tratamentos.

Nesse relato de caso foi possível demonstrar que a *Calcarea phosphorica* e a *fluorica* tem ação na recuperação da massa óssea, mas são necessários novos estudos para se confirmar que esses efeitos podem ser reproduzidos em qualquer paciente, de qualquer sexo ou constituição física. Se esses efeitos são duradouros e se após essa melhora rápida inicial haverá acréscimo de massa óssea posterior mesmo que em menor velocidade.

A paciente continuará em acompanhamento para posterior publicação dos resultados obtidos após um tempo maior de observação de sua evolução

## 5 - ANEXOS

### Anexo 1 – Laudo de densitometria óssea - 17 de junho de 2014.



	Exame n.º 341577
	Data: 17/06/2014

### DENSITOMETRIA ÓSSEA

#### COLUNA LOMBAR

A densidade mineral óssea (BMD) média das vértebras de L1 a L4 é de 0,674 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde -3,4 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de adulto jovem (T-score) e a -1,7 Desvios Padrão - DP da massa óssea de paciente de mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

#### FÊMUR

A densidade mineral óssea (BMD) encontrada para o colo do fêmur é de 0,592 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde a -2,3 Desvios Padrão - DP - da massa óssea do adulto jovem (T-score) e a -0,8 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de paciente da mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

A densidade mineral óssea (BMD) encontrada para o fêmur total é de 0,743 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde a -1,6 Desvios Padrão - DP - da massa óssea do adulto jovem (T-score) e a -0,5 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de paciente da mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

**A paciente apresenta massa óssea com Osteoporose segundo os valores da coluna lombar de acordo com os critérios densitométricos da OMS.**

Obs: Indica-se controle anual da densidade mineral óssea, para melhor avaliação da perda ou ganho da massa óssea.

O resultado do presente laudo não configura necessariamente a presença ou ausência de doença, devendo ser correlacionado pelo seu médico assistente com os demais dados clínicos e exames complementares pertinentes ao caso.

Responsável  
Dra. Jael Brasil CRM 22.879

  
DRA. CLAUDIA BRASIL ALCÂNTARA FERREII  
CRM 108.864

Av. Dona Ana Costa, 259 - Conj. 91/92 - Santos - SP  
Fones: (13) 3235.7805 - 3235.7658 - 0800.7712805

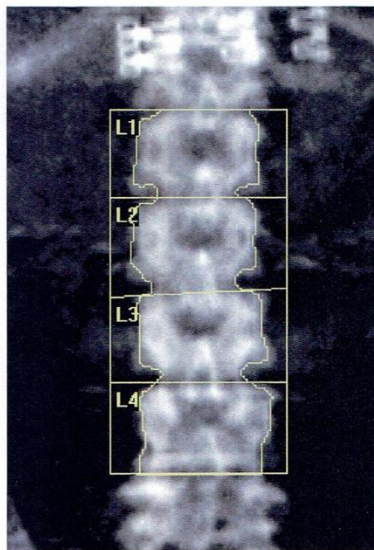
Anexo 2 – Laudo de densitometria óssea - 17 de junho de 2014.

**Brasil Imagem**  
 Av. Ana Costa, 259 - Cj. 91  
 Santos, SP 11060-001

Telephone: (13) 3235-7658

---

Referring Physician:



k = 1.156, d0 = 49.4  
61 x 125

**Scan Information:**

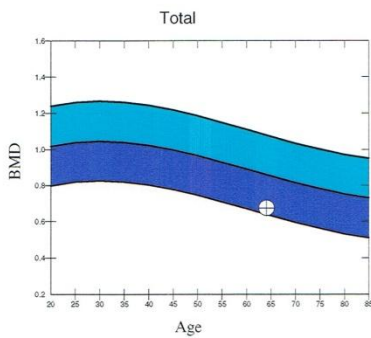
Scan Date: 17 June 2014 ID: A0617140S  
 Scan Type: x Lumbar Spine  
 Analysis: 17 June 2014 11:13 Version 12.6:7  
 Lumbar Spine (auto low density)  
 Operator:  
 Model: Discovery W (S/N 82567)  
 Comment:

**DXA Results Summary:**

Region	Area (cm <sup>2</sup> )	BMC (g)	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	T - score	PR (%)	Z - score	AM (%)
L1	11.81	7.19	0.609	-2.9	66	-1.4	80
L2	12.96	8.32	0.642	-3.5	62	-1.8	76
L3	12.14	8.49	0.700	-3.5	65	-1.7	79
L4	13.64	10.07	0.738	-3.4	66	-1.6	81
<b>Total</b>	<b>50.54</b>	<b>34.08</b>	<b>0.674</b>	<b>-3.4</b>	<b>64</b>	<b>-1.7</b>	<b>78</b>

Total BMD CV 1.0%, ACF = 1.031, BCF = 0.990, TH = 6.417

WHO Classification: Osteoporosis  
 Fracture Risk: High



**Physician's Comment:**

Normal: > -1.0 DP (OMS)  
 Osteopenia: de -1.0 a -2.5 DP (OMS)  
 Osteoporose: < -2.5 DP (OMS)

T-score vs. White Female; Z-score vs. White Female. Source: Hologic

Anexo 3 – Laudo de densitometria óssea - 17 de junho de 2014.

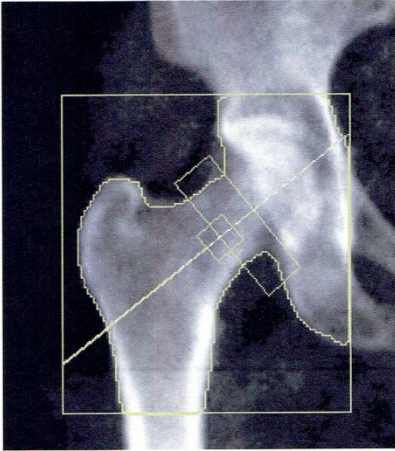
**Brasil Imagem**  
 Av. Ana Costa, 259 - Cj. 91  
 Santos, SP 11060-001

Telephone: (13) 3235-7658

---

DOB: 06 May 1950      Menopause Age: 70      Age: 64

Referring Physician:



k = 1.163, d0 = 52.9  
 93 x 103  
 NECK: 48 x 15

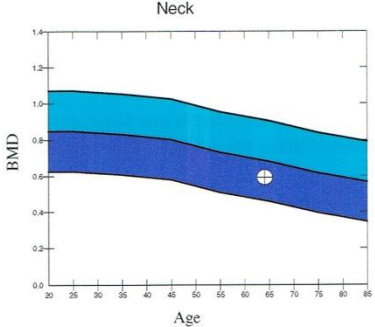
**Scan Information:**  
 Scan Date: 17 June 2014      ID: A0617140T  
 Scan Type: x Right Hip  
 Analysis: 17 June 2014 11:16 Version 12.6:7  
 Right Hip  
 Operator:  
 Model: Discovery W (S/N 82567)  
 Comment:

**DXA Results Summary:**

Region	Area (cm <sup>2</sup> )	BMC (g)	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	T - score	PR (%)	Z - score	AM (%)
Neck	4.87	2.88	0.592	-2.3	70	-0.8	86
Troch	13.48	6.96	0.517	-1.8	74	-0.8	86
Inter	13.78	14.04	1.019	-0.5	93	0.4	106
Total	32.13	23.88	0.743	-1.6	79	-0.5	93
Ward's	1.30	0.80	0.615	-1.0	84	1.2	129

Total BMD CV 1.0%, ACF = 1.031, BCF = 0.990, TH = 5.422  
 WHO Classification: Osteopenia  
 Fracture Risk: Increased

**Physician's Comment:**  
 Normal: > -1.0 DP (OMS)  
 Osteopenia: de -1.0 a -2.5 DP (OMS)  
 Osteoporose: < -2.5 DP (OMS)



T-score vs. White Female; Z-score vs. White Female. Source: NHANES

## Anexo 4 – Laudo de densitometria óssea - 13 de março de 2007. Pagina 24.



	Exame n.º 101016
S	Data: 13/03/2007

### DENSITOMETRIA ÓSSEA

#### COLUNA LOMBAR

A densidade mineral óssea (BMD) média das vértebras de L1 a L4 é de 0,718 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde -3,0 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de adulto jovem (T-score) e a -1,8 Desvios Padrão - DP da massa óssea de paciente de mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

#### FÊMUR

A densidade mineral óssea (BMD) encontrada para o colo do fêmur é de 0,670 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde a -1,6 Desvios Padrão - DP - da massa óssea do adulto jovem (T-score) e a -0,5 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de paciente da mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

A densidade mineral óssea (BMD) encontrada para o fêmur total é de 0,799 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde a -1,2 Desvios Padrão - DP - da massa óssea do adulto jovem (T-score) e a -0,4 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de paciente da mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

#### CONCLUSÃO:

A paciente apresenta massa óssea com Osteoporose segundo os valores da coluna lombar de acordo com os critérios densitométricos da OMS.

OBS. Indica-se controle anual da densidade mineral óssea, para melhor avaliação da perda ou ganho de massa óssea.

O resultado do presente laudo não configura necessariamente a presença ou ausência de doença, devendo ser correlacionado pelo seu médico assistente com os demais dados clínicos e exames complementares pertinentes ao caso.

Responsável  
Dra. Jael Brasil CRM 22.879

  
 DRA. Jael Brasil ALCÂNTARA FERREIRA  
 CRM 22.879  
 Av. Dona Ana Costa, 259 - Conj. 91/92 - Santos - SP  
 Fones: (13) 3235.7805 - 3235.7658 - 0800.7712805



## Anexo 5 – Laudo de densitometria óssea - 3 de abril de 2009. Pagina 26.



	Exame n.º 170486
	Data: 03/04/2009

## DENSITOMETRIA ÓSSEA

### COLUNA LOMBAR

A densidade mineral óssea (BMD) média das vértebras de L1 a L4 é de 0,725 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde -2,9 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de adulto jovem (T-score) e a -1,6 Desvios Padrão - DP da massa óssea de paciente de mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

### FÊMUR

A densidade mineral óssea (BMD) encontrada para o colo do fêmur é de 0,703 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde a -1,3 Desvios Padrão - DP - da massa óssea do adulto jovem (T-score) e a -0,1 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de paciente de mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

A densidade mineral óssea (BMD) encontrada para o fêmur total é de 0,741 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde a -1,6 Desvios Padrão - DP - da massa óssea do adulto jovem (T-score) e a -0,8 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de paciente da mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

### **CONCLUSÃO:**

**A paciente apresenta massa óssea com Osteoporose segundo os valores da coluna lombar de acordo com os critérios densitométricos da OMS.**

OBS: Indica-se controle anual da densidade mineral óssea, para melhor avaliação da perda ou ganho da massa óssea.

O resultado do presente laudo não configura necessariamente a presença ou ausência de doença, devendo ser correlacionado pelo seu médico assistente com os demais dados clínicos e exames complementares pertinentes ao caso.

Responsável  
Dra. Jael Brasil CRM 22.879

*Jael Brasil*  
DRA. JAEL BRÁSIL ALCÂNTARA FERREIRA  
CRM 22.879

Av. Dona Ana Costa, 259 - Conj. 91/92 - Santos - SP  
Fones: (13) 3235.7805 - 3235.7658 - 0800.7712805

## Anexo 6 – Laudo de densitometria óssea - 09 de março de 2015. Pagina 29.



	Exame n.º 348544
	Data: 09/03/2015

## DENSITOMETRIA ÓSSEA

### COLUNA LOMBAR

A densidade mineral óssea (BMD) média das vértebras de L1 a L4 é de 0,729 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde -2,9 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de adulto jovem (T-score) e a -1,1 Desvios Padrão - DP da massa óssea de paciente de mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

### FÊMUR

A densidade mineral óssea (BMD) encontrada para o colo do fêmur é de 0,627 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde a -2,0 Desvios Padrão - DP - da massa óssea do adulto jovem (T-score) e a -0,5 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de paciente da mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

A densidade mineral óssea (BMD) encontrada para o fêmur total é de 0,791 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde a -1,2 Desvios Padrão - DP - da massa óssea do adulto jovem (T-score) e a -0,0 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de paciente da mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.


### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

**A paciente apresenta massa óssea com Osteoporose segundo os valores da coluna lombar de acordo com os critérios densitométricos da OMS.**

Obs: Indica-se controle anual da densidade mineral óssea, para melhor avaliação da perda ou ganho da massa óssea.

O resultado do presente laudo não configura necessariamente a presença ou ausência de doença, devendo ser correlacionado pelo seu médico assistente com os demais dados clínicos e exames complementares pertinentes ao caso.

Responsável  
Dra. Jael Brasil CRM 22.879

  
**DRA. CLAUDIA BRASIL ALCÂNTARA FERREI**  
 CRM 108.864  
 Av. Dona Ana Costa, 259 - Conj. 91/92 - Santos - SP  
 Fones: (13) 3235.7805 - 3235.7658 - 0800.7712805

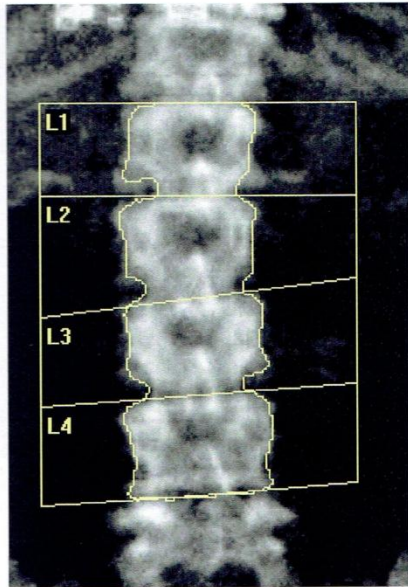
Anexo 7 – Laudo de densitometria óssea - 09 de março de 2015.

**Brasil Imagem**  
 Av. Ana Costa, 259 - Cj. 91  
 Santos, SP 11060-001

phone: (13) 3235-7658

Name:   
 Patient:   
 DOB:

Referring Physician:



k = 1.156, d0 = 50.4  
 100 x 127

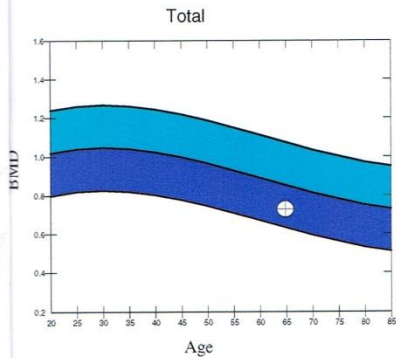
**Scan Information:**

Scan Date: 09 March 2015 ID: A03091505  
 Scan Type: x Lumbar Spine  
 Analysis: 09 March 2015 09:42 Version 12.6:7  
 Lumbar Spine  
 Operator:  
 Model: Discovery W (S/N 82567)  
 Comment:

**DXA Results Summary:**

Region	Area (cm <sup>2</sup> )	BMC (g)	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	T - score	PR (%)	Z - score	AM (%)
L1	10.37	6.57	0.634	-2.6	69	-1.1	84
L2	12.41	9.11	0.734	-2.7	71	-0.9	88
L3	12.04	9.48	0.788	-2.7	73	-0.9	89
L4	13.45	10.03	0.745	-3.4	67	-1.5	82
<b>Total</b>	<b>48.27</b>	<b>35.19</b>	<b>0.729</b>	<b>-2.9</b>	<b>70</b>	<b>-1.1</b>	<b>85</b>

Total BMD CV 1.0%, ACF = 1.009, BCF = 0.974, TH = 6.121  
 WHO Classification: Osteoporosis  
 Fracture Risk: High



ore vs. White Female: Z-score vs. White Female. Source:Hologic

**Physician's Comment:**

Normal: > -1.0 DP (OMS)  
 Osteopenia: de -1.0 a -2.5 DP (OMS)  
 Osteoporose:< -2.5 DP (OMS)



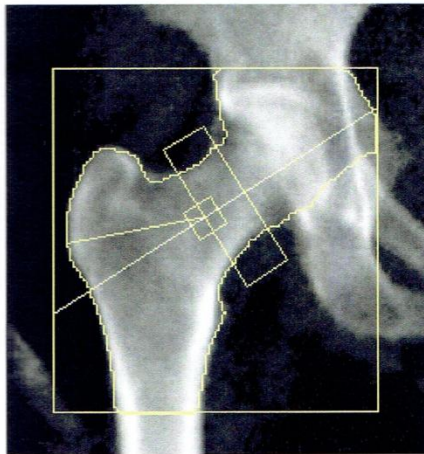
Anexo 8 – Laudo de densitometria óssea - 09 de março de 2015.

**Brasil Imagem**  
 Av. Ana Costa, 259 - Cj. 91  
 Santos, SP 11060-001

Phone: (13) 3235-7658

Name:   
 Patient ID:   
 DOB:

Referring Physician:



k = 1.155, d0 = 54.1  
 98 x 104  
 NECK: 49 x 15

**Scan Information:**

Scan Date: 09 March 2015 ID: A03091506  
 Scan Type: x Right Hip  
 Analysis: 09 March 2015 09:45 Version 12.6:7  
 Right Hip  
 Operator:  
 Model: Discovery W (S/N 82567)  
 Comment:

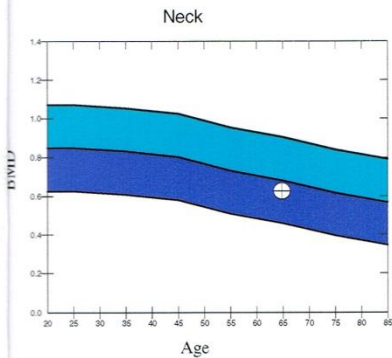
**DXA Results Summary:**

Region	Area (cm <sup>2</sup> )	BMC (g)	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	T - score	PR (%)	Z - score	AM (%)
Neck	4.30	2.69	0.627	-2.0	74	-0.5	92
Troch	7.80	4.73	0.606	-1.0	86	0.1	102
Inter	19.13	17.28	0.903	-1.3	82	-0.3	95
Total	31.23	24.70	0.791	-1.2	84	-0.0	100
Ward's	1.02	0.57	0.559	-1.5	76	0.8	119

Total BMD CV 1.0%, ACF = 1.009, BCF = 0.974, TH = 5.374

WHO Classification: Osteopenia

Fracture Risk: Increased



**Physician's Comment:**

Normal: > -1.0 DP (OMS)  
 Osteopenia: de -1.0 a -2.5 DP (OMS)  
 Osteoporose: < -2.5 DP (OMS)

Score vs. White Female; Z-score vs. White Female. Source:NHANES

## Anexo 9 – Laudo de densitometria óssea - 26 de novembro de 2015



Exame n.º 374860

Data: 26/11/2015

**DENSITOMETRIA ÓSSEA****COLUNA LOMBAR**

A densidade mineral óssea (BMD) média das vértebras de L1 a L4 é de 0,742 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde -2,8 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de adulto jovem (T-score) e a -1,0 Desvios Padrão - DP da massa óssea de paciente de mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

**FÊMUR**

A densidade mineral óssea (BMD) encontrada para o colo do fêmur é de 0,616 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde a -2,1 Desvios Padrão - DP - da massa óssea do adulto jovem (T-score) e a -0,6 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de paciente da mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

A densidade mineral óssea (BMD) encontrada para o fêmur total é de 0,806 g/cm<sup>2</sup>.

Esse resultado corresponde a -1,1 Desvios Padrão - DP - da massa óssea do adulto jovem (T-score) e a +0,1 Desvios Padrão - DP - da massa óssea de paciente da mesma faixa etária (Z-score), sexo, etnia, peso e altura.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

**A paciente apresenta massa óssea com Osteoporose segundo os valores da coluna lombar de acordo com os critérios densitométricos da OMS.**

Obs: Indica-se controle anual da densidade mineral óssea, para melhor avaliação da perda ou ganho da massa óssea.

O resultado do presente laudo não configura necessariamente a presença ou ausência de doença, devendo ser correlacionado pelo seu médico assistente com os demais dados clínicos e exames complementares pertinentes ao caso.

*DRA. CLAUDIA BRASIL ALCÂNTARA FERREII*  
CRM 108.864

Responsável  
Dra. Jael Brasil CRM 22.879

Av. Dona Ana Costa, 259 - Conj. 91/92 - Santos - SP  
Fones: (13) 3235.7805 - 3235.7658 - 0800.7712805

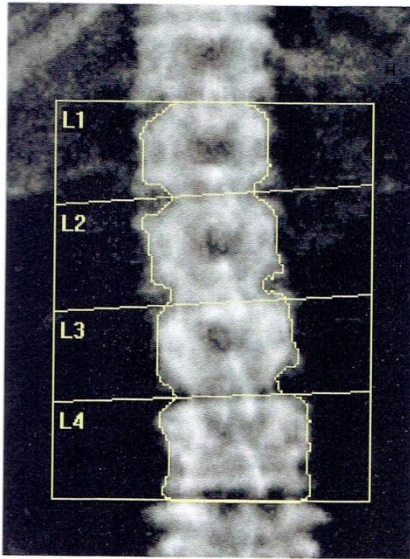
Anexo 10 – Laudo de densitometria óssea - 26 de novembro de 2015

**Brasil Imagem**  
 Av. Ana Costa, 259 - Cj. 91  
 Santos, SP 11060-001

Telephone: (13) 3235-7658

Examination:

Referring Physician:



k = 1.159, d0 = 49.8  
 99 x 124

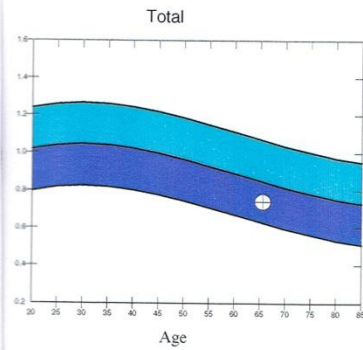
**Scan Information:**

Scan Date: 26 November 2015 ID: A1126150U  
 Scan Type: x Lumbar Spine  
 Analysis: 26 November 2015 14:22 Version 12.6:7  
 Lumbar Spine  
 Operator:  
 Model: Discovery W (S/N 82567)  
 Comment:

**DXA Results Summary:**

Region	Area (cm <sup>2</sup> )	BMC (g)	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	T - score	PR (%)	Z - score	AM (%)
L1	10.22	6.50	0.636	-2.6	69	-1.0	85
L2	12.28	8.52	0.694	-3.0	68	-1.3	83
L3	11.57	9.40	0.813	-2.5	75	-0.6	93
L4	14.24	11.42	0.802	-2.9	72	-0.9	89
<b>Total</b>	<b>48.31</b>	<b>35.84</b>	<b>0.742</b>	<b>-2.8</b>	<b>71</b>	<b>-1.0</b>	<b>87</b>

Total BMD CV 1.0%, ACF = 1.009, BCF = 0.974, TH = 6.248  
 WHO Classification: Osteoporosis  
 Fracture Risk: High



vs. White Female; Z-score vs. White Female. Source:Hologic

**Physician's Comment:**

Normal: > -1.0 DP (OMS)  
 Osteopenia: de -1.0 a -2.5 DP (OMS)  
 Osteoporose:< -2.5 DP (OMS)

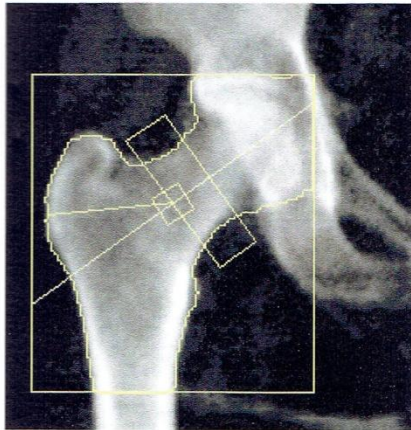
Anexo 11 – Laudo de densitometria óssea - 26 de novembro de 2015.

**Brasil Imagem**  
 Av. Ana Costa, 259 - Cj. 91  
 Santos, SP 11060-001

Telephone: (13) 3235-7658

Name:   
 Patient:   
 ID:

Referring Physician:



**Scan Information:**

Scan Date: 26 November 2015 ID: A1126150V  
 Scan Type: x Right Hip  
 Analysis: 26 November 2015 14:32 Version 12.6:7  
 Right Hip  
 Operator:  
 Model: Discovery W (S/N 82567)  
 Comment:

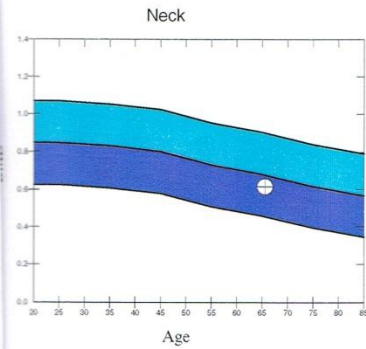
k = 1.159, d0 = 53.4  
 88 x 99  
 NECK: 49 x 15

**DXA Results Summary:**

Region	Area (cm <sup>2</sup> )	BMC (g)	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	T - score	PR (%)	Z - score	AM (%)
Neck	4.22	2.60	0.616	-2.1	73	-0.6	91
Troch	6.68	4.24	0.635	-0.7	90	0.4	107
Ínter	19.72	17.83	0.904	-1.3	82	-0.3	95
Total	30.62	24.67	0.806	-1.1	86	0.1	102
Ward's	1.02	0.53	0.522	-1.8	71	0.5	112

Total BMD CV 1.0%, ACF = 1.009, BCF = 0.974, TH = 5.292

WHO Classification: Osteopenia  
 Fracture Risk: Increased



**Physician's Comment:**

Normal: > -1.0 DP (OMS)  
 Osteopenia: de -1.0 a -2.5 DP (OMS)  
 Osteoporose: < -2.5 DP (OMS)

vs. White Female; Z-score vs. White Female. Source: NHANES



## 6– REFERÊNCIAS

1. SENDRA, G. S. **Estudo comparativo de reparação óssea em ratas ovariectomizadas tratadas com risedronato e *Calcarea fluorica***. 2006. Dissertação (Mestrado em biopatologia bucal) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, São José dos Campos, 2006.
2. GÓMEZ-GARCÍA, F. G. et al.: Eficácia Del tratamiento farmacológico de La osteoporosis em La prevención de fracturas . **Rev. Mex. Ortop. Traum**, São Paulo, vol.15, n.2, p. 70-85, May/June 2001.
3. MAEDA, S. S.; LAZARETTI-CASTRO M.: An overview on the treatment of postmenopausal oosteoporosis. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, vol.58, n.2, p. 162-171, Mar. 2014.
4. NETTO, O. S. et. al.: Analise da nova classificação de laudos de densitometria óssea. **Radiol Bras**, São Paulo, vol.40, n.1, p. 23-25, Jan/Feb. 2007
5. WERKMAN, C. **Estudo dos efeitos do risedronato e da *Calcarea phosphorica* 6CH na reparação óssea em ratos machos castrados**. 2005. Dissertação (Mestrado em biopatologia bucal) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, São José dos Campos, 2005.

6. SOUZA, M. P. G.: Diagnóstico e tratamento da osteoporose. **Rev. bras. ortop.**, São Paulo, vol.45, n.3, p. 220-229, May/June 2010.
7. FARINA, V. H. **Efeitos da *Calcareia phosphorica* 6CH e do alendronato na reparação de lesão óssea em ratas ovariectomizadas.** 2010. Dissertação (Doutorado em biopatologia bucal) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, São José dos Campos, 2010.
8. BACCARO, L.F.C et. al.: Osteoporose. **RBM**, São Paulo, vol.71, n.3, p. 48-54, Mar 2014.
9. BARRANTES-GONZÁLES, M. et al.: Biphosphonate-induced cutaneous adverse events: the difficulty of assessing imputability through patch testing. **Dermatology**, Barcelona, vol.229, n.3, p. 163-168, Nov 2014.
10. BHADADA, S. K. et al.: Predictors of atypical femoral fractures during long term bisphosphonate therapy: A case series & review of literature. **Indian J Med Res**, Chandigarth, vol.140, n.1, p. 46-54, Jul. 2014.
11. WATTS, N.B.: Long-term risks of bophosphonate therapy. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, vol.58, n.5, p. 523-529, July 2014.
12. FERNANDES, P. D. et. al.: Esofagite ulcerativa associada ao uso de alendrobato de sódio: achados histopatológicos e endoscópicos . **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, vol.39, n.3, p. 173-176, Jul/Set. 2002.

13. BRUNINI, C. R. D., GIORGI, M. S. **Matéria médica homeopática interpretada.** Belo horizonte: Ed. Hipocrática Hahnemanniana, 2014.
14. DEMARQUE, D at al. **Farmacologia & matéria médica homeopática.** São Paulo: Ed. Organon, 2009.
15. CHARETTE, G. **Matéria médica homeopática explicada.** São Paulo: Ed. Elcid, 1990.
16. VIJNOVSKY, B. **Tratado de matéria médica homeopática.** São Paulo: Ed. Organon, 2012.
17. CAIRO, N. **Guia de medicina homeopática.** São Paulo: Ed. Leia.inf, 24<sup>a</sup> edição.
18. HORVILLEUR, A. **Vade-mécum da prescrição em homeopatia.** São Paulo: Ed. Andrei, 2003.
19. PUSTIGLIONE, M. **Organon da arte de curar de Samuel Hahnemann para o século XXI.** São Paulo: Ed. Organon, 2010.
20. CARILLO JR, R. **Fundamentos de homeopatia constitucional.** São Paulo: Ed. Livraria Santos, 1997.

21. COLTO, M.: Sais de Schüssler – Sais Minerais Essenciais para a Saúde, July 2012. Disponível em: <<http://essenciafeminina.blog.br/2012/07/sais-de-schuessler-sais-minerais-essenciais-para-a-saude/>> Acesso em: - 9 maio 2016.
22. KOSSAK-ROMANACH, A. **Homeopatia em 1000 conceitos**. Ed. Elcid, 2003.



Freire, Patrícia da Silva Meneses Freire

Tratamento de osteoporose com *Calcarea phosphorica* e *Calcarea fluorica* – um relato de caso.

São Paulo, 2016

Xxf; 30 cm, II

Monografia – ALPHA/APH, Curso de Pós Graduação em Homeopatia

Orientador: Dr Marcelo Pustiglione

1. Homeopatia 2. Osteoporose Título