

A. Laffranchi



CASE REPORT

## RIASSUNTO

Presentiamo il caso di una bambina con igroma cistico del collo, inizialmente di diametro massimo di cm 4. Dopo una serie di gravi episodi di tonsillite da streptococco  $\beta$ -emolitico, tutti trattati con *claritromicina*, la bambina viene ospedalizzata per la superinfezione dell'igroma. La terapia i.m. con *ceftriaxone* risolve i sintomi in 10 giorni, ma l'igroma è ingrossato a cm 8 di diametro. Quattro mesi più tardi, dopo che un checkup US evidenzia che le dimensioni della lesione sono tornate a cm 4, decidiamo per un trattamento omotossicologico della durata di 4 mesi. L'igroma si riduce progressivamente durante tutta la durata della terapia e, 3 mesi dopo l'inizio della stessa, l'igroma non è più evidenziabile.

## PAROLE CHIAVE

LINFANGIOMA CISTICO, IGROMA CISTICO, OMOTOSSICOLOGIA, OMEOPATIA, ECHINACEA COMP. s, LYMPHOMYOSOT

**SUMMARY:** We present the case of a child with cystic hygroma of the neck, initially cm 4 in maximum diameter. After a series of severe episodes of  $\beta$ -haemolytic streptococcus tonsillitis, all treated with *clarithromycin*, the child is hospitalized with superinfection of the hygroma. Intramuscular *ceftriaxone* resolves the symptoms in 10 days, but the hygroma grows to cm 8 in diameter. Four months later, after that an ultrasound check-up revealed the lesion returned to 4 cm, we decide to try a homotoxicological treatment, lasting four months. The hygroma reduces in size continuously during this treatment and 3 months later its initiation the hygroma has clinically disappeared.

**KEY WORDS:** CYSTIC LYMPHANGIOMA, CYSTIC HYGROMA, HOMOTOXICOLOGY, HOMEOPATHY, ECHINACEA COMP. s, LYMPHOMYOSOT



Foto tratta da:  
<http://www.adhb.govt.nz/newborn/TeachingResources/dermatology/OtherLesions.htm>

## RIFLESSIONI SU UN CASO DI REGRESSIONE COMPLETA DI LINFANGIOMA CISTICO INFETTO DOPO TERAPIA OMOTOSSICOLOGICA UTILIZZATA PER IL TRATTAMENTO DI CONCOMITANTE TONSILLITE RECIDIVANTE

*CONSIDERATIONS REGARDING A CASE OF COMPLETE REGRESSION OF AN INFECTED CYSTIC LYMPHANGIOMA AFTER HOMOTOXICOLOGICAL THERAPY APPLIED TO TREAT A CONCOMITANT RECURRENT TONSILLITIS*

## INTRODUZIONE

I **linfangiomi**, o **igromi cistici**, sono un gruppo eterogeneo di malformazioni cistiche congenite dei vasi linfatici.

– Circa il 50% di essi si sviluppa nelle regioni del capo e del collo (1,2).

La modalità di cura più comune è la **rimozione chirurgica**; trattamenti alternativi sono l'ago aspirato con ago sottile, l'iniezione con agenti sclerosanti e la semplice osservazione (1,3).

– L'ago aspirato con ago sottile è considerato un intervento decompressivo non definitivo (1,3).

– Gli agenti sclerosanti utilizzati includono steroidi, alcool, *bleomicina solforata*, *tetraciclina* e, più recentemente l'OK-432, preparato partendo da una forma di *Streptococcus pyogenes*.

L'OK-432 sembra particolarmente promettente e viene – spesso – utilizzato in pazienti ad alto rischio di recidiva post-chirurgica (4).

La regressione spontanea degli igromi cistici (parziale o completa) non è rara: attualmente il trattamento tende ad essere conservativo, limitato all'osservazione ed a periodici controlli ecografici, confinando le exeresi chirurgiche ai soli casi progressivi (1,3).

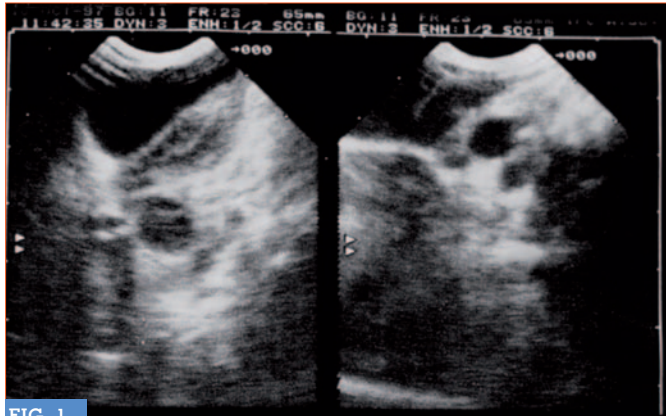


FIG. 1

**Novembre 1997:** prima ecografia che consente la diagnosi di linfangioma. A sinistra, alla base del collo, l'esame evidenzia una larga lesione cistica del diametro massimo di cm 4, centro anecogeno e pareti moderatamente inspessite.

Anche se il caso clinico qui proposto è datato, intendiamo presentarlo poiché riteniamo sia meritevole di attenzione. – In questo lavoro presentiamo il caso di una bambina di 5 anni, affetta da igroma cistico congenito, del diametro di circa cm 4, situato alla base sn del collo. Dopo una serie di severi episodi di tonsillite da Streptococco  $\beta$ -emolitico, tutti trattati con *claritromicina*, la piccola paziente è stata ospedalizzata per la superinfezione dell'igroma; 10 giorni di terapia i.m. con *ceftriaxone* ne hanno prodotto la regressione: la lesione da cm 8 è rapidamente regredita a cm 4 di diametro, dopo aver risolto i sintomi infiammatori. Quattro mesi più tardi, dopo un esame che ha confermato le dimensioni di cm 4 della lesione, mentre si era in attesa dell'intervento chirurgico pro-

grammato a breve, decidiamo per un **trattamento omotossicologico** allo scopo di prevenire eventuali futuri episodi di tonsillite che avrebbero potuto esporre ulteriormente la paziente ad una nuova infezione dell'igroma. Con sorpresa, oltre all'attesa assenza di recidive degli episodi di tonsillite, abbiamo osservato la lenta, ma costante **regressione dell'igroma fino alla completa scomparsa** cominciata solo dopo l'inizio della terapia omotossicologica.

### CASE REPORT

La bimba, secondogenita di una mamma di 34 anni, nasce da parto eutocico nel Maggio 1996, del peso di 3.8 kg, indice Apgar 10/10. Viene allattata esclusivamente al seno fino a 10 mesi e con-

tinua a richiedere il latte materno anche durante lo svezzamento, fino a 24 mesi di età.

Fin dalla nascita la madre nota una protrusione alla base sn del collo, ma solo all'età di 18 mesi riesce a convincere il pediatra ad eseguire un'indagine ecografica, che conferma la soffice tumefazione a limiti indistinti.

Si pone la diagnosi di igroma cistico latero-cervicale di cm 4, sn (FIG. 1).

Vengono prescritti controllo ecografici periodici.

– A 30 mesi di vita la bimba contrae la varicella che si manifesta con importanti eruzioni cutanee, trattate con *acyclovir*; la risoluzione avviene in 15 giorni.

– A 33 mesi la bimba accusa una grave tonsillite caratterizzata da voluminose tonsille palatine ricoperte da placche biancastre e temperatura di 39.5°C.

Il tampone faringeo dimostra trattarsi di tonsillite da Streptococco  $\beta$ -emolitico Gruppo A, rilievo complicato da una tumefazione dolente all'anca sinistra, confermata ecograficamente.

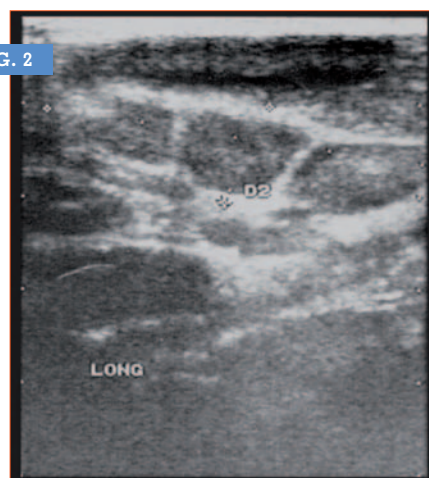
Viene prescritta terapia antibiotica ed entrambe le lesioni si risolvono in circa 10 giorni.

– A 52 mesi (Febbraio 2000) la bimba presenta un altro episodio di tonsillite da Streptococco  $\beta$ -emolitico con rialzo termico, trattato con *claritromicina*; 20 giorni dopo la cura, il tampone faringeo si negativizza. L'ecografia, eseguita in Marzo, evidenzia ecogenicità non omogenea dell'igroma, immutato per dimensioni, ma con aumento di spessore delle pareti (FIG. 2).

– Nel Settembre 2000, si assiste ad un altro episodio di aumento della temperatura (39.5° C) legato ad un nuovo tonsillite da Streptococco  $\beta$ -emolitico, con tonsille voluminose, violacee, ricoperte da placche biancastre, trattata con *claritromicina* e risolta in 20 giorni.

– A circa 10 giorni dal termine della terapia antibiotica, nell'Ottobre 2000, la bambina viene ricoverata in ospedale

FIG. 2



**Marzo 2000: primo controllo a distanza.** Rispetto alla prima indagine, si osserva un aumento dello spessore delle pareti della lesione ed una modificazione del suo contenuto, che si presenta con ecogenicità disomogenea. Al di sotto della lesione sono comparsi tre linfonodi di aspetto reattivo. Le dimensioni massime della lesione restano di cm 4.

per una severa sovrainfezione dell'igroma cistico, con aumento della temperatura corporea a 39°C. Il tampone tonsillare è negativo per la ricerca di Streptococco  $\beta$ -emolitico. L'indagine ecografica documenta un evidente aumento dimensionale dell'igroma, che supera i cm 8 di diametro massimo (FIG. 3): posto il sospetto di sovrainfezione da Stafilococco, viene trattato con successo con *ceftriaxone* per via e.v. lenta per un totale di 800 mg/die, per 12 giorni. Alla dimissione, avvenuta a fine Ottobre, la tumefazione mantiene i cm 8 di diametro, ma la flogosi è risolta.

La bimba viene dimessa con la prospettiva di intervenire chirurgicamente per l'asportazione dell'igroma cistico nel Febbraio-Marzo 2001, nella previsione che si sarebbe gradualmente ridotto alle dimensioni di prima dell'infezione.

Lentamente, in circa 1 mese, le dimensioni del linfangioma, ecograficamente dimostrate, tornano ad essere di cm 4, come prima della sua infezione.

– Nel Novembre 2000, la bambina presenta un altro episodio tonsillare da Streptococco  $\beta$ -emolitico, non complicato, con le stesse violente caratteristiche dell'episodio di Settembre, prima della sovrainfezione dell'igroma cistico, trattato con *claritromicina*.

– In Dicembre sviluppa un'infezione polmonare, non identificata etiologicamente, ma documentata radiograficamente, trattata con *claritromicina*.

– Nel Gennaio 2001, l'ecografia, eseguita in preparazione all'intervento chirurgico (FIG. 4), evidenzia che le dimensioni sono nuovamente di cm 4; sono ben riconoscibili 3 linfonodi al di sotto della lesione.

– In attesa dell'intervento chirurgico, considerate le continue infezioni ricidivanti, prospettiamo ai genitori di effettuare una terapia con **medicinali omotossicologici** in bassa diluizione D allo scopo di stimolare le difese immunitarie della bimba, specificamente verso le infezioni batteriche e delle vie linfatiche.



FIG. 3

**Ottobre 2000:** ecografia eseguita durante la fase infiammatoria della lesione. Il diametro massimo della lesione supera i cm 8.

– La lesione si presenta pluriconcamerata, con aspetti ipo-iperecogeni, aggravata dalla presenza di numerose piccole adenopatie.

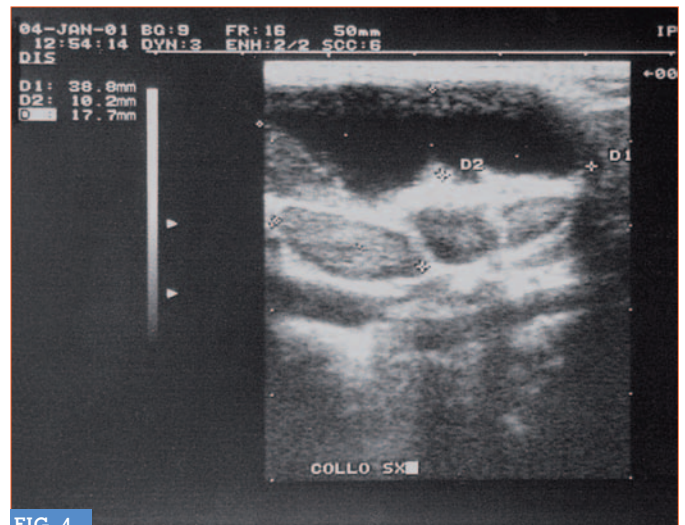


FIG. 4

**Gennaio 2001:** ecografia eseguita 4 mesi dopo l'infezione dell'igroma cistico. La lesione è tornata alle dimensioni originarie, con diametro massimo di cm 4. Sono visibili i tre linfonodi.

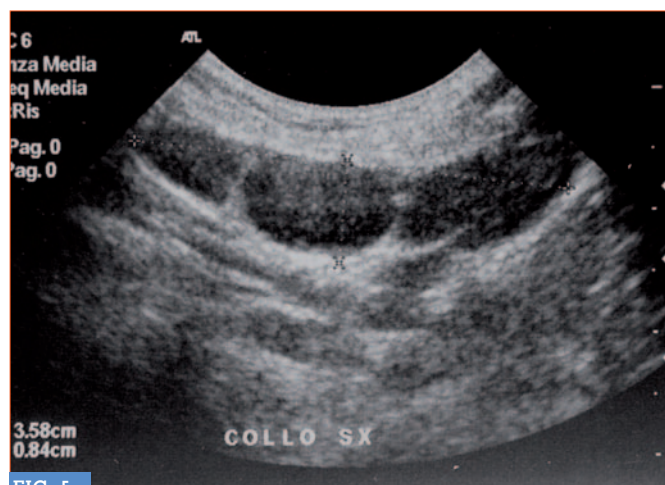


FIG. 5

**Maggio 2001:** ecografia eseguita al termine della terapia omotossicologica.

– Si osserva la risoluzione della componente cistica della lesione; residua un tessuto sottocutaneo iperecogeno aumentato di spessore. Sono visibili i tre linfonodi.

• Ottenuto il consenso informato alla terapia, la bimba, nei primi di Febbraio 2001, inizia la seguente cura (TAB. 1, 2): **Lymphomyosot® fiale** (1.1 ml) e **Echinacea compositum s fiale** (2.2 ml) in associazione, suddivise in 3 somministrazioni quotidiane per via orale, almeno 15' dopo i pasti. Per i primi 10 giorni la somministrazione è quotidiana; successivamente si procede con somministrazioni 3 volte al-

la settimana, fino al Maggio 2001.

Subito dopo l'inizio del trattamento, la madre nota la rapida regressione clinica del linfangioma già dopo la prima settimana, regressione assai evidente a fine Marzo, tanto che alla visita chirurgica si decide di non procedere con l'intervento precedentemente programmato. Alla fine di Aprile la lesione **non è più palpabile**.

– L'indagine ecografica eseguita nel Maggio 2001 (FIG. 5) conferma la completa scomparsa della componente liquida del linfangioma; residua un modesto ispessimento tissutale sovrapposto ai 3 linfonodi profondi reattivi, ancora ben identificabili, presenti fin dalle prime ecografie eseguite e solo di molto poco ingranditi.

Nel Febbraio 2001, durante la terapia omotossicologica, la bambina accusa una tonsillite con tampone positivo allo Streptococco  $\beta$ -emolitico; diversamente da tutti gli analoghi episodi pregressi, la temperatura massima è di 37.2°C; le tonsille sono moderatamente ingrandite, lievemente arrossate e prive di placche. La durata della tonsillite è di un solo giorno con pieno recupero in seconda giornata; è comunque eseguita una terapia antibiotica per 7 giorni con *claritromicina*, dopo la seconda giornata.

– Tra Marzo e Maggio 2001, la bambina presenta altri 3 episodi di tonsillite acuta, tutti con le stesse caratteristiche descritte per l'episodio di Febbraio: temperatura di soli 37.2°C e guarigione clinica in 2-3 giorni, al termine dei quali si è sempre proceduto – comunque – ad una terapia antibiotica di 7 giorni con *claritromicina*, considerata la costante positività del tampone faringeo allo Streptococco  $\beta$ -emolitico.

– Nel Giugno 2001, terminato il trattamento omotossicologico, la bimba accusa un episodio di bronchite risoltosi rapidamente, senza antibiotici.

– Nell'Ottobre 2001, a 5 mesi dalla sospensione della terapia antibiotica, si presenta un altro episodio di tonsillite (tonsille ingrossate, livide, ricoperte di placche), T° = 39.5°C e tampone positivo allo Streptococco  $\beta$ -emolitico, trattato per 7 giorni con *claritromicina*.

– Nel Dicembre 2001, la bambina accusa una diarrea virale con nausea e 37.2°C di temperatura, che si risolve spontaneamente in pochi giorni.

TAB. 1

## ECHINACEA COMPOSITUM S

### Composizione

Una fiala da 2,2 ml contiene: Echinacea D3, Aconitum D3, Sanguinaria D4, Sulfur D8, Baptisia D4, Lachesis D10, Bryonia D6, Eupatorium perfoliatum D6, Pulsatilla D8, Hydrargyrum bichloratum D8, Thuja D8, Grippe Nosode D13, Phosphorus D8, Cortisone acetate D13, Streptococcinum D18, Staphylococcinum D18, Phytolacca D6, Pyrogenium D198, Zincum metallicum D10, Gelsemium D6, Hepar sulfuris D10, Rhus toxicodendron D4, Arnica D4, Acidum arsenicosum D8, Argentum nitricum D8, Euphorbium D6 ana 22  $\mu$ l.

### Controindicazioni

Ipersensibilità alle Anacardiaceae.

### Indicazioni

Stimolazione dei sistemi difensivi nei casi di: febbre, infezioni, tonsillite, pustole, foruncoli, ascessi, gastroenterite, enterocolite, cistite, pielite, colpita, *fluor albus*, annessite, glomerulonefrite, suppurazioni, fistole, otite media, osteomielite, ascesso cerebrale cronico, meningite, carbonchio, mononucleosi, dermatite, mastite.

TAB. 2

## LYMPHOMYOSOT®

### Composizione

Una fiala da 1,1 ml contiene: Myosotis arvensis D3, Veronica D3, Teucrium scorodonia D3, Pinus sylvestris D4, Gentiana lutea D5, Equisetum hiemale D4, Sarsaparilla D6, Scrophularia nodosa D3, Juglans regia D3, Calcium phosphoricum D12, Natrium sulfuricum D4, Fumaria officinalis D4, Levothyroxin D12, Aranea diadema D6 ana 0.55 $\mu$ l; Geranium robertianum D4, Nasturtium aquaticum D4, Ferrum jodatum D12 ana 1.1  $\mu$ l.

### Indicazioni

Linfatismo, ingrossamenti ghiandolari tra cui ipertrofia tonsillare, angina tonsillare cronica.

### Controindicazioni

Non utilizzare nelle tireopatie.

### Effetti collaterali

Il medicinale può modificare la funzionalità tiroidea. Monitorare T3, T4 e TSH prima e durante il trattamento in pazienti con patologie tiroidee accertate.

Può causare iperplasia transitoria dei linfonodi, in modo particolare di quelli inguinali, che regredisce alla cessazione del trattamento.

Può causare tachicardia e/o palpazioni; in tal caso è prudente sospendere la terapia.

## DISCUSSIONE

Il recente grande utilizzo dell'omeopatia (5) e dell'omotossicologia da parte del pubblico, ha spinto molti ricercatori e i medici a studiarle approfonditamente (6, 7, 8).

È stato proposto che i medicinali omeopatici possano agire mediante due meccanismi: biochimici a bassa e media diluizione (9); elettromagnetici alle alte diluizioni (9, 10, 11).

Pubblicazioni sull'uso di diluizioni omeopatiche di *Arnica montana* L. (uno dei componenti di 1 dei 2 medicinali omotossicologici utilizzati nella terapia della nostra paziente) ne mostra un chiaro effetto anti-infiammatorio (12) e la possibilità che possa prevenire le complicazioni post-chirurgiche (13). Una preparazione di Arnica composta (N.d.R.: Arnica comp.-Heel) dimostra efficacia decisamente superiore rispetto al placebo nel prevenire l'incidenza e la gravità delle mucositi conseguenti a chemioterapia (14).

Linde e Coll. (8), nel 1997, hanno identificato 186 studi clinici omeopatici e realizzato una meta-analisi su 89; gli Autori concludono che i risultati di questi studi non sono compatibili con l'ipotesi che gli effetti clinici dell'omeopatia siano dovuti esclusivamente all'effetto placebo.

– Il caso che presentiamo è quello di una piccola paziente affetta da igroma cistico congenito; all'età di 4 anni e 5 mesi, tale igroma cistico si infetta (presumiamo da *Stafilococco aureo*) e la piccola accusa tonsilliti ricorrenti sostenute da *Streptococco β-emolitico*. Gli episodi di tonsillite acuta da *Streptococco β-emolitico*, avvenuti sia prima sia dopo la terapia omotossicologica, sono tutti caratterizzati da marcata astenia e 39,5°C di temperatura; ingorgo, arrossamento e placche tonsillari. Dopo 3 giorni di malattia, al ricevimento del tampone positivo, la piccola è trattata con antibiotico (*claritromicina*) per 7 giorni.

I quattro episodi di tonsillite da *Streptococco β-emolitico* occorsi durante i

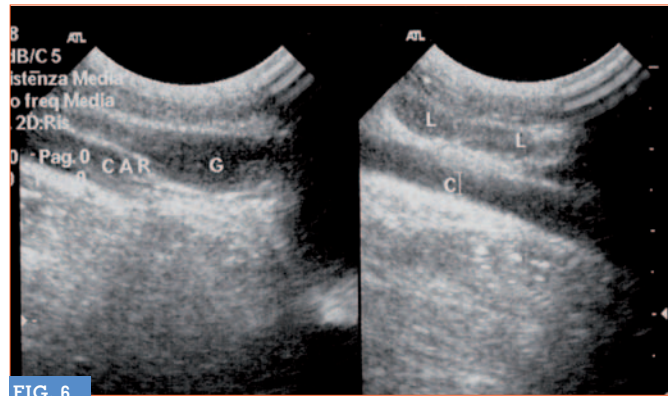


FIG. 6

**Novembre 2001: ecografia che evidenzia completa normalizzazione del tessuto sottocutaneo dove era presente il linfangioma. L'ispessimento tissutale residuo segnalato nel Maggio 2001 (FIG. 5) è completamente scomparso. Residuano visibili, ma chiaramente meno voluminosi, due linfonodi (indicati con la lettera L).**

4 mesi di cura omotossicologica, invece, si manifestano solo con un modesto aumento della temperatura, che non supera i 37,2°C, con durata del singolo episodio di una sola giornata, pieno recupero fisico in seconda giornata e con un grado di astenia lieve, decisamente minore rispetto agli episodi di tonsillite da *Streptococco β-emolitico* occorsi prima e dopo la cura omotossicologica.

In ogni caso, anche per questi quattro episodi, al ricevimento del tampone, sono seguiti sette giorni di antibiotico-terapia a scopo profilattico.

La riduzione dimensionale dell'igroma cistico sotto i cm 4 di diametro si evidenzia solo dopo la prima settimana dall'inizio della cura omotossicologica, oggettivamente rilevata dalla madre.

L'antibiotico-terapia utilizzata, sia durante tutti gli episodi di tonsillite acuta avvenuti prima dell'inizio della cura omotossicologica, sia durante la stessa, è sempre la medesima: *claritromicina*. Negli episodi di tonsillite prima della cura omotossicologica non si è verificata alcuna modificazione dimensionale dell'igroma. Per questo riteniamo **ininfluente** per la regressione dell'igroma l'**antibiotico-terapia** con *claritromicina*, utilizzata anche durante la cura omotossicologica. Inoltre, va sottolineato il fatto che la sovrainfezione dell'igroma nell'Ottobre 2000 è insorta solo 10 giorni dopo il termine dell'ennesima cura con *claritromicina* e che il tampone per *Streptococco β-emolitico* si era pronta-

mente negativizzato; riteniamo sia ragionevole ipotizzare che l'antibiotico-terapia sia ininfluente anche per prevenirne la reazione flogistica, sospettata essere da *Stafilococco aureo* e trattata con *ceftriazone* i.m. per 12 giorni.

Il *cocktail* farmacologico omotossicologico costituito da **Echinacea compositum s** e **Lymphomyosot® fiale** utilizzati congiuntamente, è stato scelto in base alle indicazioni cliniche fornite dalla Casa Farmaceutica produttrice per entrambi i preparati.

Essi sono:

– **Echinacea compositum s fiale**: stimolazione dei Sistemi difensivi nei casi di febbre, infezioni, tonsillite, pustole, foruncoli, ascessi, flemmoni, tossicosi focale, gengivite, stomatite, sinusite, gastroenterite, enterocolite, cistite, pielite, colpiti, *fluor albus*, annessite, glomerulo nefrite, suppurazioni, fistole, otite media, osteomielite, ascesso cerebrale cronico, meningite, carbonchio, mononucleosi, dermatite, mastite.

– **Lymphomyosot® fiale**: linfatisma, ingrossamenti ghiandolari tra cui ipertrofia tonsillare ed angina tonsillare cronica.

Il nostro intento, all'inizio della cura, era quello di limitare la possibilità di recidiva della sovrainfezione, in attesa dell'intervento chirurgico, programmato per il Marzo 2001.

La risposta clinica ottenuta, invece, è andata oltre le aspettative: la lesione cistica comincia visibilmente a ridursi di dimensione fino dai primi giorni di cura. In meno di due mesi dall'inizio della terapia la lesione non è più palpabile: a 4 mesi l'esame ecografico ne evidenzia la scomparsa, sostituita da un lieve ispessimento tissutale e dalla persistenza di 3 piccoli linfonodi. L'evoluzione clinica favorevole è stata confermata dalla visita chirurgica pediatrica programmata nel Marzo 2001 per l'esecuzione dell'intervento, sospeso dopo aver riscontrato la scomparsa clinica della lesione.

– A 6 mesi dal termine della terapia omotossicologica, anche l'ispessimento tissutale scompare del tutto; negli 8 anni successivi di osservazione non si verificano recidive, così come si riducono drasticamente gli episodi flogistici (FIG. 6).

La regressione spontanea dei linfangiomi congeniti è descritta nel 20% dei casi; è principalmente questa la ragione per cui si consiglia di non intervenire chirurgicamente, esclusi e limitatamente ai casi sintomatici e – comunque – non prima di un *follow-up* di almeno 4-5 anni, trascorsi i quali la regressione spontanea è considerata improbabile (1,3).

Le infezioni dei linfangiomi sono complicanze gravi, a volte accompagnate da regressione almeno parziale della lesione, con formazione di residuo cicatriziale (4); su questa considerazione si basa il trattamento con OK-432 (4) preparato partendo dallo *Streptococcus pyogenes* attenuato che, iniettato nel linfangioma, produce una reazione flogistica che spesso tende a creare una retrazione cicatriziale della lesione.

– Nel caso qui esposto occorre una flogosi spontanea del linfangioma che ne provoca un notevole incremento volumetrico fino ad un diametro massimo superiore ai cm 8, seguito da una progressiva regressione avvenuta in 4 mesi fino alle dimensioni iniziali di cm 4, oltre alla comparsa di tre linfonodi reat-

tivi sottostanti. In questa fase si era programmato l'intervento chirurgico e contemporaneamente è iniziata la terapia omotossicologica con Echinacea compositum s e Lymphomyosol® per il trattamento preventivo delle tonsilliti. La cura, effettuata da Gennaio a Maggio 2001, è stata accompagnata da due distinte risposte cliniche:

- 1) rapida e completa regressione del linfangioma, ma non dei linfonodi, che ha portato alla scomparsa completa della lesione, senza alcun residuo cicatriziale a 6 mesi dall'inizio della cura;
- 2) netta riduzione clinica delle reazioni legate alle tonsilliti da Streptococco, limitata al periodo di utilizzo della terapia omotossicologica delle tonsilliti da Streptococco  $\beta$ -emolitico.

## CONCLUSIONI

Abbiamo ritenuto opportuna la segnalazione di questo caso clinico perché la terapia omotossicologica proposta, oltre alla facilità di assunzione, buona tollerabilità ed assenza di effetti collaterali, si dimostra efficace nella riduzione della gravità e della durata delle infezioni tonsillari da Streptococco  $\beta$ -emolitico.

Collateralmente si osserva anche regressione completa del linfangioma congenito presente da 5 anni.

Non è possibile affermare che questa terapia sia sicuramente efficace nel trattamento dei linfangiomi ma, certamente, i risultati ottenuti e le modalità d'azione rilevate indicano che la cura sia stata determinante per la regressione delle lesioni. Quest'ipotesi è sostenibile in particolare perché la regressione è iniziata **solo dopo** l'inizio della cura e, soprattutto, è completa senza residui cicatriziali a 6 mesi dal trattamento; residui cicatriziali che sono attesi dopo le regressioni conseguenti a flogosi spontanee o indotte.

– È necessario aggiungere che in seguito al buon esito di questo caso clinico, presso la stessa struttura ospedaliera dove la bimba è stata trattata ed era attesa

per l'intervento chirurgico, la stessa cura è stata utilizzata su una decina di bambini affetti da linfangiomi congeniti, alcuni gravissimi, con compromissione della funzionalità respiratoria.

I dati raccolti dimostrano che, nei casi più gravi, i dosaggi di cortisone e di farmaci antiinfiammatori in terapia sono ridotti, mentre nei casi meno gravi, simili a quello descritto, si registra una lenta ma costante regressione della lesione: in 3 casi si è constatata la regressione completa in circa sei mesi di cura.

– Dalla nostra esperienza e dai buoni risultati preliminari riscontrati in ospedale su casi simili, suggeriamo ad altri Autori di attuare questa procedura terapeutica, possibilmente in un progetto randomizzato, per verificare ulteriormente l'efficacia della terapia omotossicologica nel trattamento dei linfangiomi. ■

## Bibliografia

1. Kennedy T.L., Whitaker M., Pellitteri P., Wood W.E. – Cystic Hygroma/Lymphangioma: A Rational Approach to Management. *Laryngoscope*. 111: 1929-1937. Nov 2001.
2. Alqahtani A., Nguyen L.T., Flageole H., Shaw K., Leberge J.-M. – 25 Years' Experience with Lymphangiomas in Children. *J Pediatr Surg*. 34:1164-1168, 1999.
3. Schuster T., Grantzow R. – Lymphangioma colli – what are the prognostic factors? Experiences with 36 cases. *Kongressbd Dtsch Ges Chir Kongr*. 118:501-6, 2001.
4. Ogita S., Tsuto T., Nakamura K. et Al. – OK-432 therapy for lymphangioma in children; why and how does it work? *J Pediatr Surg*. 1996; 31:477-480.
5. Hlatry M.A. – Patients' preferences and clinical guidelines. *JAMA*. 1995; 273:1219-20.
6. Fontanarosa P.B., Lundberg G.D. – Complementary, Alternative, Unconventional, and Integrative Medicine. Call for Papers for Annual Coordinated Theme Issues of the AMA Journals. *JAMA*. 1997; 278:2111-2112.
7. Boissel J.P., Cucherat M., Haugh M., Gauthier E. – Overview of data from homeopathic medicine trials: report on the efficacy of medicine of homeopathic interventions over no treatment or placebo. Report to the European Commission D.G. XIII 1996.
8. Linde K., Clausius N., Ramirez G., Melchart D., Eitel F., Hedges L.V., Jonas W. – Are the clinical effects of homeopathy all placebo effects?

A meta-analysis of randomized, placebo controlled trials. *Lancet*. 350,834-843, **1997**.

9. Bellavite P., Conforti A., Lechi A., Menestrina F., Pomari S. – *Le Medicine Complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*. UTET Periodici, Milano, **2000**.
10. Benveniste J. – Further biological effects induced by ultra high dilutions. Inhibition by a magnetic field. In: PC Endler and J Schulte, eds. *Ultra High Dilution*. Kluwer Acad. Publ. Dordrecht. 35-38, **1994**.
11. Demangeat J.L., Demangeat C., Gries P., Poitevin B., Constantinesco A. – Modifications des temps de relaxation RMN a 4 MHz des protons du solvant dans les très hautes dilutions salines de Silice/Lactose. *J. Med. Nucl. Biophys.* 16(2):135-145, **1992**.
12. Tveiten D., Bruseth S., Borchgrevink C.F., Lohne K. – Effect of Arnica D 30 during hard physical exertion. A double-blind randomized trial during the Oslo Marathon 1990. *Thromb Res. Mar* **1990**; 15;57(6):839-45.
13. Kaziro G.S. – Metronidazole (Flagyl) and Arnica Montana in the prevention of post-surgical complications, a comparative placebo controlled clinical trial. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 22(1):42-9. Feb **1984**.
14. Oberbaum M., Yaniv I., Ben-Gal Y., Stein J., Ben Zvi N., Freedman L.S., Branski D. – A Randomized, Controlled Clinical Trial of the Homeopathic Medication TRAUMEEL S in the Treatment of Chemotherapy-Induced Stomatitis in Children Undergoing Stem Cell Transplantation. *Cancer*. Vol. 92/N3. Aug 1, **2001**.
15. *Ordinatio Antihomotoxica et Materia Medica*. 8th Italian Edition. Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden (Germany); **1998**.

**La Redazione ringrazia l'Editor del sito web da cui è stata tratta l'immagine di p. 11.**

#### Riferimento bibliografico

LAFFRANCHI A. – Riflessioni su un caso di regressione completa di linfangioma cistico infetto dopo terapia omotossicologica utilizzata per il trattamento di concomitante tonsillite recidivante.

*La Med. Biol.*, **2010/2**; 11-17.

#### Indirizzo dell'Autore

**Dr. Alberto Laffranchi**

– Specialista in Radiodiagnostica e Radioterapia

Istituto Nazionale dei Tumori - Milano

Via Venezian 1

I – 20133 Milano