BOLETIM CIENTÍFICO DE PEDIATRIA
2238-0450/13/02-02/64
Copyright © by Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul

Caso extremo de desnutrição kwashiorkor marasmática em Moçambique

An extreme case of marasmic kwashiorkor malnutrition in Mozambique

Fabiani Renner[1], Jéssica A. Gottfried[2], Débora D. Rossato[2], Marthina A. Gressler[2], Renata Rosso[2], Raquel Corbellini[2], Vinicius J. Jacques[2]

RESUMO

A desnutrição continua sendo uma das causas mais comuns de morbimortalidade entre crianças de todo o mundo. Cerca de 9% das crianças menores de cinco anos de idade estão em risco de morte ou de grave comprometimento do seu crescimento e desenvolvimento psicológico. A desnutrição proteico-calórica grave está relacionada a uma das duas síndromes clássicas, marasmo e kwashiorkor, ou com manifestações de ambas. Neste relato, descrevemos um caso de desnutrição do tipo kwashiorkor marasmática de uma criança residente da cidade de Maputo - Moçambique, um país subdesenvolvido da África, acompanhada no centro de reabilitação psicossocial das Mahotas. Ressalta-se, então, a importância do reconhecimento de crianças em risco de desnutrição grave, da implementação de intervenções para reduzir os efeitos maléficos desta condição e a necessidade de estratégias preventivas, principalmente em países subdesenvolvidos, mas também nos em desenvolvimento, como o Brasil.

Descritores: Desnutrição proteica-calórica, kwashiorkor, criança.

ABSTRACT

Malnutrition continues to be one of the most common causes of morbidity and mortality in children from all over the world. Around 9% of children aged five years or younger are at risk of death or severe growth and psychological impairment. Severe protein-energy malnutrition is related to either one of two classic syndromes, marasmus and kwashiorkor, or to combined presentations. In this report, we describe a case of marasmic kwashiorkor malnutrition in a child from the municipality of Maputo, in Mozambique, an underdeveloped African country. The child was receiving treatment at a psychosocial rehabilitation center in Mahotas. The importance of identifying children at risk of acute malnutrition is emphasized, as is the need to implement interventions aimed at reducing the negative effects of this condition. Preventive strategies are also necessary, especially in underdeveloped countries, but also in developing countries such as Brazil.

Keywords: Protein-energy malnutrition, kwashiorkor, child.

A desnutrição continua sendo uma das causas mais comuns de morbimortalidade entre crianças de todo o mundo. Cerca de 9% das crianças menores de cinco anos de idade estão em risco de morte ou de grave comprometimento do seu crescimento e desenvolvimento psicológico[1,2]. Este quadro configura um problema principalmente nos países em desenvolvimento, onde há populações mais vulneráveis, devido à pobreza, déficits educacionais e maior incidência de doenças, dentre outros determinantes estruturais da desnutrição infantil[2,3].

1. Médica Pediatra e Professora de Pediatria, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
2. Acadêmico de Medicina, UNISC.

Como citar este artigo: Renner F, Gottfried JA, Rossato DD, Gressler MA, Rosso R, Corbellini R, Jacques VJ. Caso extremo de desnutrição kwashiorkor marasmática em Moçambique. Bol Cient Pediatr. 2013;02(2):64-8.

Artigo submetido em 10.08.13, aceito em 25.08.13.

A desnutrição proteico-calórica grave está relacionada a uma das duas síndromes clássicas, marasmo e kwashiorkor, ou com manifestações de ambas. Cada uma destas pode ser classificada como aguda ou crônica, dependendo da duração de privação nutricional. Além disto, crianças desnutridas sofrem com inúmeras complicações associadas, estando mais suscetíveis a infecções, especialmente sepse, pneumonia, e gastroenterite. Deficiências de vitaminas e deficiências de minerais e oligoelementos também podem ser vistas[2]. A desnutrição do tipo kwashiorkor marasmática caracteriza-se pela baixa concentração de albumina plasmática, com presença de edema e menos de 60% do peso esperado.

Diante destes fatos, torna-se imprescindível uma abordagem intensiva e abrangente para reduzir a taxa de morbimortalidade associada à desnutrição proteico-energética e melhorar a qualidade de vida destas crianças. Relatamos um caso de desnutrição do tipo kwashiorkor marasmática, de uma criança residente em Maputo, Moçambique, um país subdesenvolvido da África Austral, acompanhada no centro de reabilitação psicossocial Mahotas. Através disto, ressaltamos a importância do reconhecimento de crianças em risco de desnutrição grave, da implementação de intervenções para reduzir os efeitos maléficos desta condição e a necessidade de estratégias preventivas, principalmente em países subdesenvolvidos, mas também nos em desenvolvimento, como o Brasil.

Os dados do presente relato foram coletados no período de 15 de janeiro de 2012 a 10 de fevereiro do mesmo ano, através de um estágio voluntário junto à empresa AIESEC, no centro de reabilitação psicossocial das Mahotas na capital moçambicana Maputo. Durante esse tempo, foram elaborados trabalhos com grupos de pacientes socialmente vulneráveis, com doenças psiquiátricas, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, HIV/SIDA e sequelas decorrentes da malária. Houve acompanhamento das consultas de psiquiatria e fisioterapia, cuidados básicos de higiene e alimentação, reabilitação e feitas alguma visitas domiciliares. Foram revisados prontuários de 31 crianças atendidas pela instituição, assim como feito exame físico completo e plotadas as novas medidas antropométricas nos gráficos de percentil de peso para idade e IMC para idade. Os gráficos foram desenvolvidos através do Programa Anthro da OMS permitindo uma melhor avaliação das crianças dentro de uma curva esperada de normalidade. Após a avaliação de todos os gráficos, junto à professora de Pediatria da UNISC Fabiane Renner, evidenciou-se o caso de kwashiorkor marasmático descrito no presente artigo.

Relato do caso

Paciente feminina, negra, nascida por parto vaginal pesando 2.200 kg e HIV negativa. Aos três meses teve sua primeira internação hospitalar devido a crise convulsiva tônica, e aos quatro meses apresentou "espasmo del Solloso", quadros recorrentes que se apresentam antes de situações que causam choro, sendo precedidos por uma expiração prolongada e associados a apneia, cianose, palidez, e ocasionalmente, à hipotonia e perda da consciência. Com 1 ano e 11 meses, deu entrada no centro de reabilitação psicossocial Mahotas por desnutrição severa. Nesse momento pesava 6 kg, com desenvolvimento inadequado para idade, não seguia objetos com o olhar nem virava a cabeça para o lado do som, não sustentava a cabeça, não sorria, não falava e não mantinha-se sentada. Teve diagnóstico de epilepsia, atraso do desenvolvimento psicomotor, desnutrição kwashiorkor marasmática e anemia.

Aos 4 anos e 4 meses estava em uso de carbamazepina e valproato de sódio, pesava 14 kg e ainda não apresentava desenvolvimento adequado para a idade, continuando sem seguir os objetos com o olhar, sem virar a cabeça para o lado do som, sem sustentar a cabeça, sem sorrir, sem falar e não mantinha-se sentada. A Figura 1 apresenta o percentil de peso para idade, desde a entrada no centro Mahotas; acerca deste período, não foram registrados dados sobre comprimento e/ou altura. Na Figura 2 demonstramos o percentil de IMC para idade, aos 4 anos e 4 meses; momento em que foi acompanhada pelos acadêmicos de medicina, sendo então avaliada através do IMC.

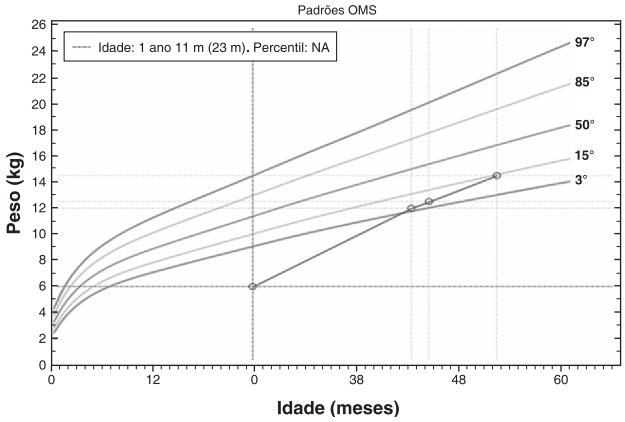

Figura 1 - Relação peso para idade conforme classificação de percentil

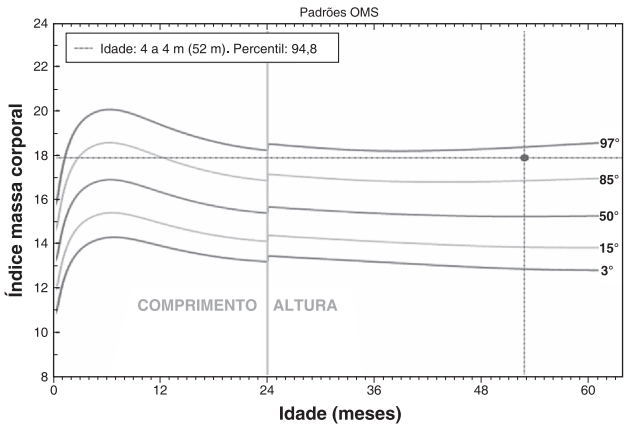

Figura 2 - Relação IMC para idade conforme classificação de percentil

Discussão

Segundo estudo realizado pela ONU em 2012, uma em cada oito pessoas no mundo ainda passam fome. São mais de 100 milhões de crianças menores de cinco anos que vivem em situação de baixo peso, sendo um total de 870 milhões de pessoas com desnutrição crônica em todo o mundo[4].

No Brasil, entre 2003 e 2008, a taxa de desnutrição caiu cerca de 62% em crianças menores de cinco anos (Figura 3). Com isso, a taxa passou de 12,5% em 2003, para 4,8% em 2008 (os indicadores de desnutrição infantil referem-se aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS)[5].

Crianças gravemente desnutridas geralmente são trazidas à atenção médica quando apresentam uma doença aguda, como um quadro infeccioso, o qual acaba por precipitar a transição entre marasmo (um estado de adaptação nutricional) e kwashiorkor, em que a adaptação não é mais adequada[2,6].

A avaliação clínica destas crianças com desnutrição inclui a distinção entre marasmo e kwashiorkor, analisando a gravidade da desnutrição e identificando as complicações agudas potencialmente fatais, inclusive sepse e desidratação aguda. Além disto, estas crianças costumam apresentar deficiência de micronutrientes específicos, como vitaminas A e D, ácido fólico e ferro, e de um ou mais nutrientes essenciais para o crescimento, incluindo proteínas, eletrólitos e zinco. Estas deficiências devem ser tratadas empiricamente durante a reabilitação nutricional[2,6].

O grau de desnutrição aguda e crônica, caracterizado como perda ponderal e déficit de estatura linear, respectivamente, pode ser avaliado clinicamente utilizando-se várias medidas antropométricas. Os métodos de avaliação podem ser baseados no pressuposto de que, durante os períodos de privação nutricional, o déficit de peso ocorre inicialmente, seguido do déficit de estatura e, por fim, pela redução do perímetro cefálico. Estimativas da severidade e duração da privação nutricional proporcionam orientações para a reabilitação nutricional da criança desnutrida[2].

Os achados clínicos em crianças com desnutrição crônica geralmente incluem baixa estatura, ganho de peso

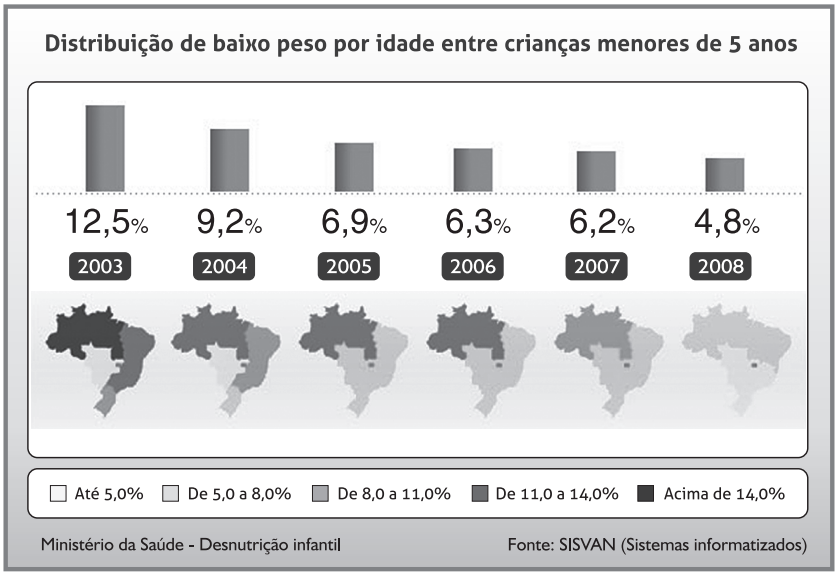

Figura 3 - Distribuição de baixo peso por idade entre crianças menores de cinco anos

inadequado, e déficit de massa magra e de tecido adiposo. Apresentam também atividade física reduzida, apatia mental e retardado do desenvolvimento neuropsicomotor[2]. A desnutrição prolongada na infância pode levar a diferentes síndromes clínicas de desnutrição grave: edematosa (kwashiorkor e kwashiorkor marasmática) e não-edematosa (marasmo)[1].

O marasmo é caracterizado pelo enfraquecimento da massa muscular e da depleção dos estoques de gordura do corpo. É a forma mais comum de desnutrição proteico-energética e é causada pela ingestão inadequada de nutrientes e de calorias totais. Classicamente, as crianças com marasmo podem apresentar constipação severa e fome voraz, uma vez que a realimentação está em andamento. No exame físico podem ser observados reduzido peso e altura para a idade, aparência de magro e fraco, bradicardia, hipotensão, hipotermia, pele fina e seca, redundantes dobras cutâneas causadas pela perda de gordura subcutânea, e cabelo fino e esparso que é facilmente arrancado[2].

Crianças com kwashiorkor apresentam atrofia muscular imporante, com gordura corporal normal ou aumentada. O kwashiorkor puro é caracterizado pela ingestão inadequada de proteínas, na presença de consumo calórico adequado. A presença de anorexia é quase global, e geralmente se observa edema, dermatoses, preservado crescimento linear, e infecções secundárias. O exame físico inclui achados de peso e altura normais ou paticamente inalterados para a idade, anasarca, edema depressível nas extremidades inferiores e periorbital, pele seca, atrófica e descamativa, com áreas confluentes de hiperqueratose e hiperpigmentação, cabelo seco, quebradiço, e hipopigmentado que cai ou é facilmente arrancado, hepatomegalia, e abdômen distendido com dilatação de alças intestinais. Períodos intermitentes de ingestão adequada de proteínas restauram a cor do cabelo, resultando em hipopigmentação capilar intercalada entre as bandas de pigmentação normal (sinal da bandeira)[2].

Já a desnutrição mista do tipo kwashiorkor marasmática pode ocorrer em uma criança com inadequada ingestão global de nutrientes, sendo provocada por uma doença infecciosa comum da infância. Esse tipo de desnutrição caracteriza-se por apresentar edema, hepatomegalia, severa depleção proteica e baixo tecido subcutâneo. Pode haver anorexia, dermatite, e às vezes alterações neurológicas (depressão e monotonia) e esteatose hepática[1,2]. A desnutrição kwashiorkor marasmática é a etapa final da desnutrição, estando associada com morbimortalidade particularmente elevada, devido à frequente associação com infecção aguda e porque as crianças com este quadro clínico são menos bem adaptadas metabolicamente do que as com marasmo puramente[1].

Diante destas situações, é essencial que os profissionais de saúde abordem estas crianças de forma intensiva e global, a fim de reduzir a morbimortalidade associada a estes quadros de malnutrição. O protocolo para a gestão de crianças gravemente desnutridas, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste em três fases: estabilização do quadro, reabilitação e acompanhamento[3].

A fase inicial é o momento crítico, no qual deve ser dada ênfase ao manejo da hipoglicemia, hipotermia e desidratação, e a detecção e tratamento de infecções. A alimentação deve ser iniciada neste período e aumentar progressivamete após a primeira semana, quando a fase de reabilitação começa. As deficiências de eletrólitos e vitaminas são tratadas nas fases iniciais e de reabilitação, exceto a suplementação de ferro que pode ser adiada até o início da reabilitação[3].

Na fase de reabilitação, que dura cerca de duas a seis semanas, os responsáveis pela criança, principalmente a mãe, são treinados para continuar os cuidados em casa, devendo também ser abordados todos os problemas sociais existentes. Os estímulos emocional e de desenvolvimento sensorial da criança se estendem ao longo das fases iniciais e de reabilitação. Já na fase de acompanhamento, o desenvolvimento físico, mental e emocional da criança são monitorados após a alta[3].

Percebe-se que a desnutrição severa representa um grave problema de saúde pública, já que apenas o tratamento paliativo não melhora a qualidade de vida e gera gastos; portanto, a melhor atitude diante à desnutrição é a sua prevenção. Estratégias e cuidados de base comunitária compõem um modelo descentralizado e de baixo custo de intervenção que pode ser uma abordagem mais prática à desnutrição nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Baseia-se no reconhecimento dos déficits estaturais de crescimento em populações de risco, tais como aquelas com alta prevalência de doenças como malária, doenças diarreicas, ou HIV, e que vivem em locais de recursos limitados. A desnutrição pode ser tratada ou evitada através da distribuição de alimentos generalizada ou de forma mais eficaz com estratégias de suplementação alvo[3].

As estratégias preventivas eficazes requerem o reconhecimento de crianças em risco de desnutrição grave e, a partir disto, a implementação de intervenções adequadas a fim de deter a progressão para o estado de desnutrição grave. De uma perspectiva global, estas estratégias de redução da desnutrição devem ser complementadas por

melhorias nos determinantes estruturais da desnutrição, tais como a pobreza, os déficits educacionais e a elevada incidência de doenças[3].

Além disto, acredita-se que somente quando houver uma mudança no modelo de desenvolvimento da sociedade poderá ser erradicada a desnutrição, com uma melhora substancial da qualidade de vida da população dos países em desenvolvimento, como o Brasil. Até que as mudanças necessárias ocorram, é fundamental a priorização de grupos mais vulneráveis de uma população, como tentativa de minimizar os efeitos da iniquidade social existente[7].

Referências

1. Forrester TE, Badaloo AV, Boyne MS, Osmond C, Thompson D, et al. Prenatal factors contribute to the emergence of kwashiorkor or marasmus in severe undernutrition: evidence for the predictive adaptation model. PLoS ONE. 2012;7(4):e35907.
2. Nichols BL. Malnutrition in developing countries: clinical assessment. UpToDate Mar 2012.
3. Klish WJ, Nichols BL. Severe malnutrition in children in developing countries: treatment. UpToDate Jul 2012.
4. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). The State of Food Insecurity in the World 2012 - Economic growth is necessary but not sufficient to accelerate reduction of hunger and malnutrition. Disponível em: http://www.fao.org/docrep/016/i3027e/i3027e00.htm. Acessado em 04/02/2013.
5. Secretaria de Comunicação Social do Brasil. Blog do Planalto [Internet]. Em cinco anos, desnutrição infantil cai 62% no Brasil – Jun 2010. [Acesso em 04/02/2013]. Disponível em: http://blog.planalto.gov.br/em-cinco-anos-desnutricao-infantil-cai-62-no-brasil/.
6. Phillips SM, Jensen C. Micronutrient deficiencies associated with malnutrition in children. UpToDate Jul 2012.
7. Issler RMS, Giugliani ERJ. Identificação de grupos mais vulneráveis à desnutrição infantil pela medição do nível de pobreza. J pediatr (Rio J.) 1997;73(2):101-5.

Correspondência:
Fabiani Waechter Renner
E-mail: edufabirenner@yahoo.com.br