

Relato de caso: pelagra

Wellington De Souza Mata¹, wsmata@gmail.com; **Izaedis Machado Da Silva**²; **Iara Elisa Pereira**³; **Larissa Pereira Coelho**³; **Elis de Oliveira Campos Paiva**³; **Vinícius Augusto Barbosa**⁴

1. Doutor em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), MG; professor no Mestrado de Ciências Naturais e da Saúde do Centro Universitário de Caratinga (UNEC), MG;
2. Enfermeiro no Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, Caratinga, MG;
3. Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC), MG;
4. Bacharel em Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC), MG.

Artigo recebido em 1º maio 2011 e aprovado em 21 dez. 2011

RESUMO: Pelagra é uma doença causada por deficiência de niacina, presente no complexo vitamínico B3. A deficiência de niacina pode surgir devido a uma dieta ineficiente, ou a situações em que seu metabolismo está comprometido como, por exemplo, o alcoolismo. Estudou-se o caso de uma paciente de 35 anos, procedente de Caratinga (MG), que se apresentou ao pronto atendimento com descamação de pele e relato de diarreia freqüente. Foi dado o diagnóstico de pelagra e instituído tratamento que resultou em melhora do estado físico da paciente. Concluiu-se que os sinais e sintomas clínicos foram suficientes para o diagnóstico de pelagra.

Palavras-chave: pelagra, niacina, tratamento, niacinamida.

Resumen: Caso clínico: la pelagra. La pelagra es una enfermedad causada por la deficiencia de niacina, present en complejo vitamina B3. La deficiencia de niacina puede surgir debido a una dieta ineficiente, o situaciones en las que se vea comprometido el metabolismo, por ejemplo, el consumo de alcohol. Se estudió el caso de un paciente de 35 años de edad, procedente de Caratinga - MG. Este paciente se presentó a la sala de emergencias con descamación de la piel e informó de diarrea frecuente. Se le dio el diagnóstico de pelagra y establece el tratamiento que dio lugar a la mejora de las condiciones físicas del paciente. Se concluyó que los signos y síntomas clínicos son suficientes para el diagnóstico de la pelagra.

Palabras llaves: la pelagra, el tratamiento de la niacina, niacinamida.

ABSTRACT: Case report: pellagra. Pellagra is a disease caused by deficiency of niacin, present in B3 vitamin complex. The niacin deficiency may arise due to inefficient diet, or situations in which the metabolism is compromised, for example, alcohol use. The case of a 35 years old patient, coming from Caratinga - MG was studied. This patient was presented to the emergency room with peeling skin and reported frequent diarrhea. He was given the diagnosis of pellagra and established treatment which resulted in improvement of the physical conditions of the patient. It was concluded that the clinical signs and symptoms were sufficient for the diagnosis of pellagra.

Keywords: pellagra, niacin treatment, niacinamide.

Introdução

A pelagra foi relatada, pela primeira vez, em 1735. Nessa época, também era conhecida por “Mal de La Rosa e Casal”, por ter sido Gaspar

Casal, um médico espanhol, seu descritor (OLIVEIRA JR. et al. 2008; RAJAKUMAR, K., 2000).

Nas décadas de 60 e 70, a pelagra era considerada um problema de saúde pública nos países da África e Ásia. Ainda nos anos 90, a doença teve alta prevalência nos países de ambos os continentes. Atualmente, a diminuição da pelagra como problema de saúde pública, se deve, principalmente, à melhoria no padrão de vida de fazendeiros, e à maior variedade na dieta dos indivíduos (WHO, 2000).

Também conhecida como *dry skin* (pele seca) é causada por deficiência de niacina, presente no complexo vitamínico B3 (RAJAKUMAR, 2000). A deficiência de niacina pode surgir secundariamente a diversos fatores. O corpo é capaz de transformar o aminoácido triptofano em niacina, portanto, uma dieta pobre desse aminoácido pode ser uma das causas do desenvolvimento da pelagra. A dieta a base de milho, vegetal que é desprovido de tal componente, o alcoolismo, situação onde geralmente a dieta está comprometida, além de, quando prolongado, interferir no metabolismo e absorção da niacina, também representam situações que propiciam o desenvolvimento da patologia (JUNIOR, 2008).

Além disso, determinados fármacos, o mais conhecido sendo a hidrazida ácido nicotínico, podem interferir no metabolismo da niacina e, com isso, acabam por causar sua deficiência no organismo (RUSSEL, 1993).

Lesões gastrointestinais, em regiões responsáveis pela absorção alimentar, também podem ocasionar a deficiência secundária de triptofano, e assim, o desenvolvimento da pelagra (ZAKI; MILLARD, 1995; NOGUEIRA et al., 2009).

A pelagra é classificada como sendo a síndrome dos 04 Ds: dermatite, diarreia, demência e morte (*death* em inglês), sendo o último existente apenas em casos em que o tratamento não é instituído em tempo (MANZELLA, 2008).

A doença causa perda de peso, e outros sintomas inespecíficos de doença. A medida que a doença se agrava, começam a surgir estomatite, glossite, dor na boca (principalmente na língua) e, por fim, surgimento de lesões cutâneas características. Os sinais cutâneos são: eritema, desordem na pigmentação da pele, fissuras, lesões descamativas, e geralmente em locais expostos à luz solar. Também ocorrem distúrbios neuropsiquiátricos como confusão e agitação psicomotora (MALOUF, 2003).

Baixos níveis do metabólito *N*-Metilnicotinamida na urina são interpretados como indicativos de deficiência de niacina (RUSSEL, 1993).

O uso de nicotiamida (forma presente nas vitaminas comerciais) em doses altas (100 a 400 mg/dia) é citado como principal tratamento, associado a uma dieta balanceada (AZULAY; AZULAY, 2006; RESENDE, 2006).

Visto que o organismo é capaz de transformar o triptofano em niacina, tratamentos à base da administração deste aminoácido também são citados como recurso eficaz (BRAVERMAN, 1988). Dessa forma, não se pode deixar

de citar que uma boa e variada dieta à base de leite e carne foi universalmente considerada como parte essencial do tratamento (WHO, 2000).

I – Relato de caso

Paciente do gênero feminino, solteira, 35 anos, melanodérmica, procedente de Caratinga (MG), foi assistida no pronto atendimento de um hospital do interior de MG, em outubro de 2008 com relato de que há 2 meses apresentava descamação de pele e sintomas gastrointestinais, como diarreia com fezes de coloração amarelo-esverdeada com frequência de 3 a 4 vezes ao dia.

Durante a anamnese, paciente relatou ser “catadora de papelão” e fazer consumo diário de grande quantidade de bebida alcoólica (“um litro de cachaça por dia”).

Ao exame físico, a paciente apresentava-se com tremor fino nas mãos, desnutrida (mucosas ressecadas, cabelos e unhas quebradiças, diminuição do turgor da pele), hipocorada, desidratada (+/4+), acianótica, anictérica, afebril (temperatura axilar: 36,8 C°) e lúcida. Murmúrio vesicular presente, com ausência de ruídos adventícios, apresentando frequência respiratória de 17 incursões por minuto. Bulhas normorrítmicas, normofonéticas em 2 tempos sem sopros, frequência cardíaca de 69 bpm e pressão arterial de 120mmHg/70mmHg.

Na pele, lesões eritemato-descamativas em áreas expostas a luz, principalmente em tronco, membros superiores (MMSS), membros inferiores (MMII) e face.

O exame laboratorial apresentou-se dentro da normalidade, porém foi decidida internação da paciente para melhor investigação do caso. Foi aventada a hipótese diagnóstica de pelagra devido aos sinais e sintomas da paciente, associado à condição sócio-econômica e etilismo.

O tratamento de escolha foi a administração de niacinamida 300 mg diários, sendo essa dose dividida em 3 vezes ao dia, de 8 horas em 8 horas. Após 3 dias de tratamento, observou-se melhora no estado geral e das lesões dermatológicas da paciente. A terapêutica foi seguida por mais 4 dias, quando, no 7º dia de internação a paciente recebeu alta hospitalar sem apresentar diarreia, com leucograma dentro da normalidade e lesões dermatológicas próximas da cura.

II – Discussão

A pelagra, como já descrito, pode vir acompanhada de diversos sinais e sintomas, que requerem tratamentos especializados. Entretanto, os cuidados

com essas complicações não serão eficazes no combate à doença propriamente dita. Para esse fim, é necessário que se reverta o quadro de deficiência vitamínica instalado.

No estudo de Murgan et al., o paciente apresentou maior risco para desenvolver os sinais e sintomas da pelagra devido ao abuso de bebidas etílicas e desnutrição.

A clínica apresentada pela paciente, incluindo o tipo e local das lesões de pele, bem como os sintomas gastrointestinais permitiram suspeitar de pelagra apesar da normalidade do leucograma. Esses sinais e sintomas são claramente descritos na literatura, e, portanto foram determinantes para o diagnóstico (BRAVERMAN, 1988; RUSSEL, 1993; MANZELLA, 2008).

O diagnóstico da pelagra, muitas vezes, pode ser feito baseando-se nos sinais e sintomas clínicos do paciente. Porém, na maioria dos casos, torna-se necessário um exame laboratorial para confirmação diagnóstica, visto que muitas vezes os achados clínicos clássicos não estão presentes.

O tratamento com niacinamida, assim como descrito por AZULAY; AZULAY (2006) foi instituído em dose citada na literatura e se mostrou eficaz no combate à doença, que evoluiu com melhora das lesões de pele e estado geral da paciente.

Nesse caso, especificamente, a dose de 300 mg de niacinamida foi suficiente para tratar a pelagra, e, conseqüentemente, erradicar os sinais e sintomas desenvolvidos por ela (MALOUF, 2003).

III – Considerações finais

Os sinais e sintomas clínicos muitas vezes não são compatíveis com exames laboratoriais, porém, são suficientes para que haja a suspeita da pelagra. Os exames podem se apresentar normais e, nesses casos, a clínica define o tratamento.

Referências

AZULAY; AZULAY; Doenças metabólicas e histocíticas de interesse dermatológico. In: **Dermatologia**, 4. ed., Guanabara Koogan, p. 443-444; 2006.

BRAVERMAN, E.R.; Medical History and Holistic Perspective. **Journal of Orthomolecular Medicine**, v. 3, n. 4, p. 191-196, 1988.

OLIVEIRA JR. et al.; Pelagra. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 139-14; jul./ago. 2008.

KUMARAVEL, RAJAKUMAR; Pellagra in the US: a historical perspective. **Southern Medical Journal**, v. 93, n. 3, march; 2000.

MANZELLA, F.; Pellagra: A biocultural perspective. P 1-12, march; 2008.

MALOUF, R.; GRIMLEY, E.J.; The effect of vitamin B6 on cognition. **Cochrane Database of Systematic Reviews**; Oxford, v. 4:CD004393; 2003.

MURGA, YAMILA; et al; Manifestaciones cutáneas en el paciente alcohólico. Relación con la cirrosis; **Dermatología Argentina**. Argentina, Buenos Aires, v. 15, n. 4, jul./ago. 2009.

RESENDE, J. C. P. et al. (2006). Pelagra endógena e ataxia cerebelar sem aminoacidúria. Doença de Hartnup? **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, set./out. 2006. p. 461-464.

NOGUEIRA, A.; DUARTE, A. F.; MAGINA, S.; AZEVEDO, F. Pellagra associated with esophageal carcinoma and alcoholism. **Dermatology Online J**, Califórnia, v. 15, n. 5, maio 2009.

RUSSEL; R.M.; Doenças nutricionais parte 15. In: **Tratado de Medicina Interna**, 19. ed. Guanabara Koogan: RJ, p. 1167-1215; 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Pellagra and its prevention and control in major emergencies, 2000.

ZAKI, I.; MILLARD, L. Pellagra Complicating Chron's Disease. Department of Dermatology, University Hospital, **Queens Medical Centre**, 1995.