

PELAGRA

PELLAGRA

Sócrates Salvador¹, Guilherme Emanuel Bruning², Cristiane Bauermann Leitão³

RESUMO

A pelagra (deficiência de vitamina B6) acomete pacientes cronicamente desnutridos e merece destaque por seu envolvimento multissistêmico. É relatado o caso de um paciente de 48 anos, sexo masculino, com história de alcoolismo crônico, diarreia, insônia, irritabilidade e diminuição da memória. Ao exame físico, apresentava lesões eritematodesquamativas, edemaciadas, simétricas no dorso de ambos os pés e região anterior e posterior das pernas, poupando a área da bermuda e as tiras dos chinelos. Após 20 dias de reposição de niacina e complexo B, apresentou melhora significativa das lesões de pele, sem melhora dos sintomas digestivos e neurológicos. Os aspectos da patogênese, fisiopatologia, diagnóstico diferencial e tratamento da pelagra são discutidos. O diagnóstico de pelagra deve ser lembrado em pacientes com lesões de pele e fatores de risco para desnutrição, como pacientes alcoolistas e doentes crônicos.

Unitermos: Pelagra, desnutrição, alcoolismo.

ABSTRACT

Pellagra (vitamin B6 deficiency) is seen in chronically malnourished patients and deserves attention because of its multisystemic involvement. We report a case of a 48-year-old male patient with chronic alcohol abuse, diarrhea, insomnia, irritability and memory impairment. On physical examination, there were symmetrical, erythematous, desquamative and edematous lesions on the dorsum of both feet and anterior and posterior aspects of the legs, sparing the area covered by the shorts and slippers straps. After 20 days of niacin and B complex replacement, there was marked improvement in skin lesions, but the digestive and neurological symptoms did not improve. Aspects concerning pathogenesis, pathophysiology, differential diagnosis and treatment of pellagra are discussed. Diagnosis of pellagra should be considered in patients with skin lesions and risk factors for malnourishment, such as alcoholic and chronically ill patients.

Key words: Pellagra, malnourishment, alcoholism.

¹ Acadêmico, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

² Médico residente, Serviço de Atenção Primária à Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS.

³ Médica internista e endocrinologista, contratada do Serviço de Atenção Primária à Saúde, HCPA, Porto Alegre, RS.

Correspondência: Cristiane Bauermann Leitão, Serviço de Atenção Primária à Saúde, HCPA. Rua São Manoel, 532, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Fone: (51) 2101-8685. E-mail: crisbleitao@ig.com.br.

INTRODUÇÃO

As vitaminas são constituintes essenciais da dieta humana, visto que algumas não são sintetizadas pelo organismo, enquanto outras o são de maneira inadequada (1). As deficiências de vitaminas são raras nos países ociden-

tais, devido à oferta abundante de alimentos variados e baratos. No entanto, deficiências de múltiplos nutrientes podem ser detectadas em pacientes cronicamente enfermos ou alcoolistas (1). Entre as deficiências vitamínicas, uma das que mais se destaca é a pelagra, deficiência de niacina, pelo seu acometimento multissistêmico.

RELATO DE CASO

Trata-se de um paciente de 48 anos, sexo masculino, branco, divorciado, natural e procedente de Porto Alegre. O paciente apresentava história de alcoolismo crônico (uma garrafa de cachaça por dia há mais de 10 anos), com múltiplas internações malsucedidas em clínicas de desintoxicação, episódios freqüentes de diarreia, história de insônia, irritabilidade e perda de memória há vários anos.

O paciente procurou atendimento na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, devido à hiperemia conjuntival, com sensação de "corpo estranho" e diminuição da acuidade visual há 3 meses. No exame físico, apresentava-se confuso, com hálito alcoólico e hiperemia conjuntival bilateral, sem drenagem de secreção e sem adenomegalias pré-auriculares. Durante a avaliação do paciente, foram detectadas lesões eritematodescamativas, edemaciadas, simétricas no dorso de ambos os pés e região anterior e posterior das pernas, de aspecto rendilhado em suas bordas, poupando a área da bermuda e as tiras dos chinelos (figura 1A). O paciente descreveu sensação de ardência nas lesões quando expostas à luz solar e referiu que as mesmas iniciaram e estavam progredindo há 3 meses. Apresentava também estomatite angular e oroscopia com língua com papilas atróficas.

O paciente recebeu prescrição de reposição de niacina e complexo B via oral e retornou para reavaliação após 20 dias. Permanecia ingerindo uma garrafa de cachaça por dia e sem alimentação adequada, mas havia tomado adequadamente os comprimidos prescritos. Apresentava melhora significativa das lesões de pele (figura 1B), com diminuição da hiperemia e do edema, mas permanecia com descamação (figura 2), além dos sintomas digestivos, neurológicos e visuais. A reposição de niacina e complexo B foi mantida, visto que o paciente mantinha dieta inadequada. Foi associada reposi-

ção de vitamina A, devido à suspeita clínica de que os sintomas visuais (diminuição da acuidade visual e hiperemia conjuntival) pudessem estar relacionados à deficiência dessa vitamina.

DISCUSSÃO

O caso se refere a um quadro clínico compatível com pelagra, uma patologia rara na atualidade. A pelagra é uma doença metabólica que se desenvolve em pacientes desnutridos, devido à deficiência de niacina (vitamina B3), que é o nome genérico dado ao ácido nicotínico e seus derivados, que apresentam atividade nutricional semelhante ao mesmo (por exemplo: nicotinamida) (1). A niacina é encontrada em diversos tipos de alimentos, como cereais, grãos, legumes e carne (especialmente fígado), e pode ser sintetizada a partir do aminoácido essencial triptofano (2). A niacina é convertida na mitocôndria nas suas formas ativas (NAD e NADP), que atuam como transportadoras de elétrons, cruciais para a síntese e metabolismo dos carboidratos, ácidos graxos e proteínas (1,2). O quadro clínico da pelagra é composto pela tríade clássica de dermatite, diarreia e demência (3,4,5). A luz solar é fator desencadeante e localizador das lesões de pele da pelagra (3). No nosso meio, como é o caso do paciente, o aparecimento da pelagra está ligado à desnutrição decorrente do alcoolismo crônico. A pelagra atinge todas as etnias e manifesta-se de forma sazonal, tendo maior incidência nos períodos de verão e primavera, estações onde é mais in-

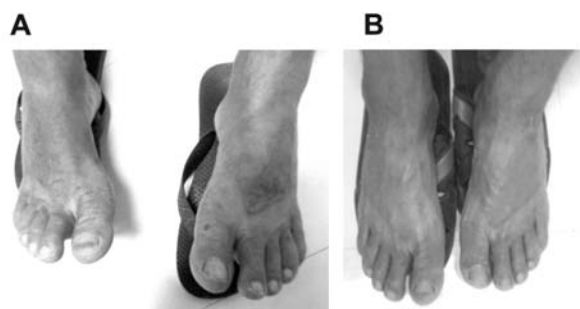


Figura 1. Lesões de pele da pelagra (A) antes do tratamento ("sinal do tamanco") e (B) após tratamento.



Figura 2. Lesões descamativas em face posterior das pernas após 20 dias de tratamento com niacina.

tensa a radiação solar. As manifestações iniciais da pelagra são as dermatológicas, enquanto as nervosas e digestivas são mais tardias (3). Precedendo o aparecimento de lesões cutâneas, os pacientes apresentam sintomas inespecíficos de anorexia, perda de peso, mal-estar, desânimo, tristeza, fraqueza, boca seca e glossite (5,6). A lesão cutânea inicial é representada por eritema vivo simétrico nas partes expostas ao sol. Esse eritema torna-se escuro-violáceo, e em seguida surgem as demais lesões representadas por edema, bolhas e sufusões hemorrágicas, seguidas de hiperpigmentação e atrofia da pele (4,5). Quando acomete a face e o pescoço, devido à sua distribuição, é denominada de “colar de casal” e, quando acomete os pés, poupando as áreas do chinelão ou sandália, é denominada “sinal do tamanco” (3). Há alterações nas mucosas que são representadas principalmente por estomatite angular e alterações em língua (língua lisa com papilas atróficas de cor vermelho brilhante). A diarreia pode ser grave e resultar em má absorção, devido à atrofia dos vilos intestinais. Os sintomas de demência iniciam por insônia, irritabilidade e apatia, podendo evoluir para confusão mental, diminuição da memória, alucinações e psicose (6).

O diagnóstico é clínico, através da visualização da dermatite característica em associação com os demais achados. Existem situações clínicas raras que podem ocasionar o quadro clínico de pelagra sem associação com desnutrição: síndrome carcinóide, uso crônico de isoniazida e doença de Hartnup (um erro inato do metabolismo) (2). Isso ocorre por alteração no metabolismo do triptofano, que é um precursor da niacina, ocasionando depleção da mesma.

O tratamento da pelagra consiste em repousar, alimentar-se adequadamente, abster-se de álcool e evitar exposição solar. Em casos mais graves, a suplementação

oral diária com 100 a 300 mg de niacina deve ser instituída (3).

O prognóstico é bom nos casos restritos à pele, mas pode ser fatal quando for acompanhado de envolvimento grave do sistema nervoso central e trato digestivo (3). Um alto grau de suspeição e o conhecimento das características das lesões típicas da pelagra são essenciais para o diagnóstico e tratamento adequados nas fases iniciais da doença.

REFERÊNCIAS

1. Wilson JD. Vitamin deficiency and excess. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ et al, editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2002. Pp. 480-9.
2. Pazirandeh S, W Lo CW, Burns DL. Overview of water-soluble vitamins. Uptodate [online] revisado em setembro de 2004 [citado 2006 mar 18]. Disponível de: <http://www.uptodate.com>.
3. Sampaio SAP, Rivitti EA. Avitaminoses e dermatoses nutricionais. In: Sampaio SAP, Rivitti EA, *Dermatologia*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. Pp. 669-73.
4. Hegyi J, Schwartz RA, Hegyi V. Pellagra: dermatitis, dementia, and diarrhea. *Int J Dermatol*. 2004;43(1):1-5.
5. Dumitrescu C, Lichiardopol R. Particular features of clinical pellagra. *Rom J Intern Med*. 1994;32(2):165-70.
6. Baron RB. Nutrition. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editors. *Current medical diagnosis and treatment*. 44th ed. New York: Lange Medical Books; 2005. Pp. 1214-42.