



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2023;4:1-5**

Relato de Caso

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v3i18.636](https://doi.org/10.51723/hrj.v3i18.636)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 05/07/2022

Aceito: 10/11/2022

Síndrome de Kwashiorkor nos tempos atuais: um relato de caso

Kwashiorkor Syndrome in present times: a case report

Ana Laura Stahlhoefer Lavorato¹ , Monica Ferreira Leite² 

¹ Médica residente de pediatria do Hospital Materno Infantil Dr Antônio Lisboa.

² Médica Pediatra Preceptora do programa de residência do Hospital Materno Infantil Dr Antônio Lisboa.

Correspondência: anastah331@gmail.com

RESUMO

No Brasil, apesar da implementação de diretrizes e ações voltados a nutrição e crescimento das crianças, ainda são vistas admissões de pacientes com desnutrição primária. Neste relato, é descrito um caso de paciente pediátrico, que apresentava face em lua cheia, hipoatividade, hipotonia cervical, edema de mãos e pés, cabelos rarefeitos e pele xerótica, diagnosticado com desnutrição primária grave da forma mais rara, a Síndrome de Kwashiorkor, internado em enfermaria de um hospital pediátrico de referência do Distrito Federal. O objetivo deste trabalho é informar a comunidade científica acerca dos aspectos relevantes no reconhecimento precoce, no diagnóstico e no manejo dessa patologia. Dessa forma, contribuindo na otimização do tratamento e melhora do prognóstico.

Palavras-Chave: Síndrome Kwashiorkor; Desnutrição primária; Desnutrição.

ABSTRACT

In Brazil, despite the implementation of guidelines and actions aimed at nutrition and growth of children, admissions of patients with primary malnutrition are still seen. In this report, we describe a case of a pediatric patient, who had a full moon face, hypoactivity, cervical hypotonia, hand and foot edema, thinning hair and xerotic skin, diagnosed with severe primary malnutrition in the rarest form, Kwashiorkor Syndrome, admitted to the ward of a referral pediatric hospital in the Federal District. The objective of this work is to inform the scientific community about the relevant aspects in the early recognition, diagnosis and management of this pathology. Thus, contributing to the optimization of treatment and improved prognosis.

Keywords: Kwashiorkor Syndrome; Primary malnutrition; Malnutrition.

INTRODUÇÃO

O Kwashiorkor é uma síndrome de desnutrição primária, que abrange déficits proteico-energéticos, onde há deficiência de ingesta proteica, apesar de ingesta calórica satisfatória¹. O número de casos tem diminuído nos últimos anos e os casos que ainda ocorrem, afetam principalmente crianças provenientes de sociedades com menor poder aquisitivo e regiões com escassez de recursos¹, representando, assim, um problema importante de saúde pública, capaz de deixar sequelas graves no desenvolvimento e crescimento das crianças². Além disso também afeta crianças envolvidas em contextos sociais desfavorecidos, como filhos de mães adolescentes e vínculos familiares enfraquecidos³.

A prevalência de desnutrição proteico-calórica no Brasil ainda é muito grande, entretanto a desnutrição cursando com Síndrome de Kwashiorkor acomete uma menor parcela de pacientes, sendo então necessário maior conhecimento por parte dos pediatras e médicos de família para manejo mais adequado da patologia⁴. Além disso, a partir da ampla pesquisa bibliográfica realizada no âmbito desse trabalho, pode-se afirmar que, há poucos relatos, registros e informações atualizadas acerca do tema.

Considerando a importância dessa patologia e de seu reconhecimento na faixa etária pediátrica, este trabalho objetiva relatar um caso de desnutrição grave, cursando com Síndrome de Kwashiorkor, seus aspectos clínicos e terapêuticos, de forma a auxiliar no diagnóstico precoce e tratamento apropriado, aumentando assim, a sobrevida e o prognóstico das crianças acometidas.

RELATO DE CASO

O presente caso clínico foi aprovado pelo CEP/FE-PECS sob o número CAAE: 57461822.4.0000.5553.

Paciente, 12 meses, natural de Alto Alegre (Maranhão), filho de mãe adolescente, com pré-natal incompleto. Procurou pronto-atendimento com quadro de sonolência e hipoatividade. Antecedente pessoal de dermatite atópica. Aleitamento materno exclusivo até os 3 meses, depois fazia uso apenas de leite de vaca integral. Introdução alimentar ocorreu aos 5 meses, sem a oferta de todos os grupos alimentares. Alimentação com predominân-

cia de farináceos e biscoitos de água e sal. Durante atendimento foi visualizado face em lua cheia, hipoatividade, hipotonia cervical, edema de mãos e pés, cabelos rarefeitos com sinal da bandeira e pele xerótica (Figura 1).

Apresentava baixa interação com examinador e familiares. Nas curvas da OMS, criança encontrava-se abaixo do Z score -3 para peso, estatura e perímetro cefálico.

Diante da clínica, criança foi diagnosticada com desnutrição grave, do tipo Kwashiorkor. Foram solicitados exames complementares, que evidenciaram anemia microcítica e hipocrômica, hipoalbuminemia e aumento de transaminases (Tabela 1).

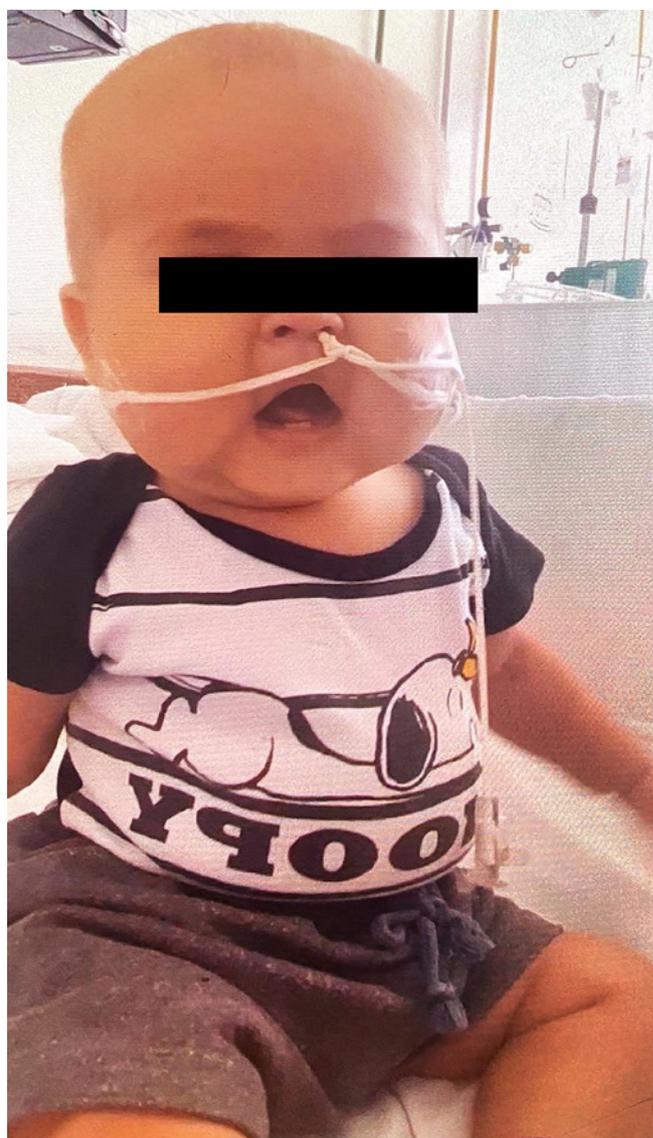


Figura 1 – Notam-se cabelos e supercílios rarefeitos, fâcies em lua cheia, abdome globoso. Registro fotográfico durante internação hospitalar.

Tabela 1: Resultados dos exames realizados durante internação

Exame	D1 internação	D10 internação	D20 internação
Hemoglobina	9,5 g/dL	9,2 g/dL	10,3 g/dL
Hematócrito	32,6%	30%	34,9%
TGO	422 U/dL	83 U/dL	62 U/dL
TGP	130 U/dL	43 U/dL	41 U/dL
Albumina	2,9 g/dL	3,5 g/dL	4,5 g/dL

Realizou ecografia de abdome que revelou hepatomegalia e esteatose hepática leve a moderada. Tais achados em exames complementares corroboram para o diagnóstico inicial.

O tratamento seguiu o protocolo das 3 fases. Na fase 1, iniciado dieta com valor calórico de 60 kcal/kg dia com aumento progressivo até atingir 100 kcal/kg. Ofertado nesse primeiro momento fórmula extensamente hidrolisada via sonda nasointestinal e introduzida antibioticoterapia com amoxicilina-clavulanato. Solicitada avaliação da fonoterapia e da terapia ocupacional.

Após a fase de estabilização, procedeu-se a fase de recuperação nutricional (fase 2). A criança já demonstrava interesse pela comida e iniciou dieta oral, feito reposição de ferro, vitamina D e zinco. Notada melhora significativa no estado geral da criança, mais ativa e reativa, sorridente, sentando-se sem apoio e interagindo com a equipe. Houve diminuição gradual do edema em membros inferiores e diminuição significativa da face em lua cheia. Cabelos evoluindo com melhora importante na pigmentação e aspecto (Figura 2).

Diurese fisiológica durante toda internação. Evacuação presente, inicialmente mais pastosa, tornando-se sólida ao longo da internação. Evoluiu com normalização progressiva dos exames laboratoriais e de imagem. Paciente ficou internado por 32 dias, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial e seguimento nutricional.

DISCUSSÃO

A desnutrição grave tipo Kwashiorkor afeta fisiologicamente vários sistemas do organismo. A síndrome é caracterizada por déficit nutricional em que já não

há mais a adaptação do organismo a essa condição⁴.

Na pele, ocorre edema, cabelos quebradiços e sinal da bandeira, xerodermia e face em lua cheia. Secundário a desnutrição, ocorre imunodeficiência,



Figura 2 – Nota-se melhora da pigmentação capilar, redução do edema, redução da fâcies em lua cheia e melhor sustentação cervical.

contribuindo para o aparecimento de doenças invasivas, déficit neurológico e distúrbios do crescimento e desenvolvimento⁵, o que justifica o uso de antibioticoterapia em um primeiro momento.

Semelhante ao encontrado por Ortiz-Andrellucchi³, os aspectos socioeconômicos e biopsicossociais que giram em torno do lactente apresentado, além do erro alimentar e dificuldades na introdução alimentar, corroboraram para o desenvolvimento da desnutrição.

O diagnóstico é clínico e o tratamento de recuperação nutricional é fundamental, para restabelecer um adequado crescimento e desenvolvimento da criança².

De acordo com Morgane, Mokler e Galler⁶, o cérebro de uma criança mal-nutrida sofre com ações inibitórias patológicas, culminando com plasticidade diminuída e déficits de aprendizagem a longo prazo, evidenciado pelo atraso no desenvolvimento do lactente.

Apesar do diagnóstico ser clínico, podem ser solicitados exames laboratoriais para verificar os déficits nutricionais e acompanhar a evolução e recuperação nutricional². Anemia microcítica e hipocrômica, elevação de transaminases e esteatose hepática são algumas das alterações que foram encontradas no caso em questão e que também foram observadas em outros artigos da literatura^{4,7}.

O tratamento é baseado em 3 fases. Na fase de estabilização, onde ocorre o suporte inicial, deve-se tratar os agravos que levam a morte, como as infecções e corrigir as deficiências mais graves. A segunda fase, de recuperação nutricional, caracterizada pela

oferta de nutrientes e recuperação do peso perdido⁸. É nessa fase que se busca agir e corrigir os problemas sociais existentes⁴. E a fase de acompanhamento, onde a criança será acompanhada, monitorando seu crescimento e desenvolvimento¹.

CONCLUSÃO

A desnutrição grave ainda é um problema de saúde pública nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil. As principais etiologias são os erros alimentares e as dificuldades na introdução alimentar. Sabe-se que o não reconhecimento e o diagnóstico tardio acarreta sequelas muitas vezes irreversíveis, podendo, inclusive, levar ao óbito. Dessa forma, é necessário saber reconhecer a síndrome e instituir o tratamento precocemente, evitando os danos e sequelas possíveis. O aleitamento materno, boas condições de moradia e saúde tem efeito benéfico na prevenção deste agravo. O diagnóstico é eminentemente clínico, incluindo sinais e sintomas característicos e a solicitação de exames complementares pode corroborar com o diagnóstico. O tratamento visa estabilizar, recuperar nutricionalmente e em momento oportuno, continuar o seguimento ambulatorial do paciente.

Com o avanço do conhecimento sobre a Síndrome de Kwashiorkor e seu manejo adequado, crianças acometidas terão prognóstico mais favorável e oportunidade de restabelecer seu crescimento e desenvolver de forma semelhante às crianças de mesma faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Brasil. *Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Monte, MGC. Desnutrição: um desafio secular a nutrição infantil. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, 2000; 76(3):285-97.
3. Ortiz-Andrellucchi, Adriana, et al. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutrición hospitalaria*, 2006; 21(4): 533-541
4. Fabiani Renner, Jéssica A., et al. Caso extremo de desnutrição Kwashiorkor marasmática em Moçambique. *Boletim Científico de Pediatria*, 2013; 2(2): 65
5. De Sousa Santos, Beatriz, et al. Saúde e sociedade: uma análise sobre a desnutrição energético-proteica primária infantil. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(3): 9886-9906.

6. Morgane, Peter J., David J. Mokler, and Janina R. Galler. Effects of prenatal protein malnutrition on the hippocampal formation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2002; 26(4): 471-483.
7. Santos, Boaventura Antonio dos, et al. Desnutrição calórico-proteica do tipo kwashiorkor desencadeada por alergia à proteína do leite de vaca. *Revista HCPA. Porto Alegre*, 2009; 29(1): 70-73.
8. Feferbaum R, Silva LR, Solé D. Manual de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ed. – Rio de Janeiro: *Departamento Científico de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria*. – 2020.

