

CASO DE KWASHIORKOR SECUNDÁRIA A GASTROENTERITE AGUDA, NO HOSPITAL CENTRAL DE NAMPULA, MOÇAMBIQUE: RELATO DE CASO

Recebido: 09/2023

Aceite: 10/2023

Publicado: 11/2023

Vishnu Prasad Modcoicar¹, Mahmood Yousry El Shazly¹, Felizardo Eusébio Cabral¹, Leyani de Ailin Noya¹; Mulaja Kabeya^{1,2}, Victoria Meque².¹Universidade Lúrio, Faculdade de ciências de Saúde (Moçambique); Médico de clínica Geral.²Hospital Central de Nampula, Departamento de Pediatria (Moçambique), Médico Pediatra

Resumo: O mundo actual, embora esteja em avanços na saúde e técnico-científicos, prevalece com problemas de desnutrição aguda grave do tipo Kwashiorkor, principalmente em países de baixa renda como Moçambique. A desnutrição proteico-calórica grave subdivide-se em Kwashiorkor e Marasmo ou simultaneamente ambas e cerca de 9% das crianças mundiais poderão desenvolvê-la. Neste relato, descreve-se um caso de desnutrição do tipo Kwashiorkor secundário a Gastroenterite aguda de uma criança com antecedente de Kwashiorkor a um ano, sem devido seguimento prévio, residente na cidade de Nampula – Moçambique, internada e acompanhada nos serviços de Enfermagem de Pediatria II do Hospital Central de Nampula.

Palavras-chave: Desnutrição grave, Gastroenterite aguda, Kwashiorkor secundário. Relato de caso

Como citar: Vishnu Prasad Modcoicar, Mahmood Yousry El Shazly, Felizardo Eusébio Cabral, Leyani de Ailin Noya, Mulaja Kabeya, & Victoria Meque. (2021, dezembro 18). CASO DE KWASHIORKOR SECUNDÁRIA A GASTROENTERITE AGUDA, NO HOSPITAL CENTRAL DE NAMPULA, MOÇAMBIQUE: RELATO DE CASO. *Revista de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio*, 01(01), 1-5.

Abstract: The current world, although in health and technical-scientific advances, prevails with severe acute malnutrition problems of the Kwashiorkor type, mainly in low-income countries like Mozambique. Severe protein-calorie malnutrition is subdivided into Kwashiorkor and Marasmus or both simultaneously and about 9% of children worldwide will be able to develop it. In this report, we describe a case of malnutrition of the Kwashiorkor type secondary to acute gastroenteritis of a child with a history of Kwashiorkor to one year, without due follow-up, residing in the city of Nampula - Mozambique, hospitalized and monitored in the Pediatric Infirmery services 2 of the Central Hospital of Nampula.

Keywords: Case Report. Severe malnutrition, acute gastroenteritis, secondary Kwashiorkor.

How to cite: Vishnu Prasad Modcoicar, Mahmood Yousry El Shazly, Felizardo Eusébio Cabral, Leyani de Ailin Noya, Mulaja Kabeya, & Victoria Meque. (2021, December 18). CASE OF KWASHIORKOR SECONDARY TO ACUTE GASTROENTERITIS, AT THE CENTRAL HOSPITAL OF NAMPULA, MOZAMBIQUE: CASE REPORT. *Lurio University Health Sciences Journal*, 01(01), 1-5.

INTRODUÇÃO

A actualidade mundial está em avanços técnico-científicos e económicos evidentemente denotáveis, mas os países de baixa renda como Moçambique ainda se enfrentam com problemas variados, desde os de Saúde, de modo particular relacionados a satisfação de necessidades básicas como a alimentação adequada por exemplo, até aos de níveis um pouco mais adiantados. (1,2)

Portanto, o presente trabalho tem índole de descrever um caso clínico de uma menor de 4 anos, que deu entrada nos serviços de Pediatria do Hospital Central de Nampula (HCN), no dia 20 de Julho de 2019 que após todo o método clínico-médico feito, foi diagnosticada Desnutrição aguda grave (Kwashiorkor) secundária a Gastroenterite aguda com desidratação grave e Anemia Moderada.

Kwashiorkor (KWO) é uma malnutrição energético-proteica aguda resultante da deficiência severa de proteínas (principalmente proteínas de alto valor biológico), na presença de ingestão calórica normal ou mesmo excessiva além de manifestações de deficiências em micronutrientes (minerais e vitamínicas). É a forma mais grave de malnutrição, especialmente nos países de baixa renda (1,3,4).

Pode ser de etiologia Primária ou secundária:

□ KWO primário: É um resultado do desmame precoce com deficiência de proteínas. A pobreza e a ignorância são as causas subjacentes, mas a interacção entre nutrição e infecções o papel mais importante (2,5,6).

□ KWO secundário: resultado de outras doenças, que são geralmente factores predisponentes: Gastroenterite grave aguda, Pós-enterocolite, SIDA, TB, Tosse convulsa, Sarampo, Infestações parasitárias, por exemplo a Giardíase entre outras (6,7).

Dados da Unicef 2014 (2) enunciam que, nas últimas 2 décadas, Moçambique apresenta o seguinte panorama:

□ Taxa de mortalidade em <5 anos ↓ de 219 para 152 por 1.000 nados vivos (a 23ª taxa de mortalidade em <5 anos, mais alta do mundo) por árias etiologias;

□ A Taxa de mortalidade materna reduziu de 1.000 para 408 por 100.000 nados vivos (2).

O quadro clínico inicial é vago, mas inclui letargia, apatia ou irritabilidade. É uma doença aguda e geralmente evolui dentro de 1 - 2 semanas. (8,9,10)

Características constantes

1) Atraso de crescimento: está sempre presente e é melhor detectado por falha no ganho de peso (curva de peso plana) ou perda de peso em 3 medições.

2) Edema: é a principal característica clínica da KWO na qual o diagnóstico é baseado. Edema bilateral indolor suave com o sinal de Godet positivo Começa no dorso das mãos e dos pés, espalhando-se para afectar as pernas até o meio das coxas. Nos casos tardios, as pálpebras são afectadas. Quase sempre não há ascite (1,8,9,10,11).

3) Perda da massa muscular e diminuição em relação músculo / gordura: moon face baby ou cara de lua cheia. (7,12,13)

4) Alterações mentais: Crianças com KWO manifestam sintomas comportamentais marcantes:

➤ Apatia, inactivo, miséria, anorexia e falta de interesse pelo ambiente.

➤ O olhar da criança foi descrito como o “radar gaze”, focando não nos arredores imediatos, mas no infinito ou um olhar fixo (12,13).

Características variáveis:

1) Alterações ectodérmicas

a) Mudanças de cabelo:

➤ Cor: clareamento progressivo de - preto - marrom - vermelho claro – amarelo;

➤ Sinal de bandeira;

➤ Carácter: seco grosseiro, sem brilho quebradiço e facilmente destacável;

➤ Distribuição dispersa (14,15).

Descrição do caso

Identificação do paciente

- ✓ Nome: SL
- ✓ Data de nascimento: 16/02/2015
- ✓ Idade: 4 Anos e 5 meses;
- ✓ Sexo: Feminino
- ✓ Raça: Negro
- ✓ Naturalidade: Angoche
- ✓ Residência: Namiteke
- ✓ Proveniência: Centro de Saúde (C.S) da Rex
- ✓ História fornecida pela mãe no dia 23/07/2019
- ✓ Data de internamento 20/07/2019
- ✓ Local: Pediatria II, Malnutrição

História da Doença Actual

Menor vindo transferido do CS.REX com história de início de doença a cerca de 5 dias antes do internamento, com aparecimento de aumento de volume dos membros inferiores bilateralmente, ascendente envolvendo a face de início insidioso e evolução progressiva, associado a fraqueza e falta de apetite. Sem seguimento nas consultas de nutrição.

Antecedentes pessoais

Teve 2 internamentos anteriores:

□ 2017 devido a malária grave;

□ 2018 devido a Kwashiorkor diagnosticado, por 3 semanas com melhoria sem seguimento nas consultas de nutrição.

A mãe tem mais um filho de 12 meses de vida; Rendimento familiar não adequado, vive de apoio da mãe; Mãe doméstica com 7ª classe, abandono da família pelo pai.

História Vacinal:

- ✓ BCG-pólio: 3º mês de vida.
- ✓ Polio-DTP-HepB-Hib,PCV10, : 3º mês de vida.
- ✓ Pólio-DPT-HepB-Hib, PCV10, : 4ºmês de vida.
- ✓ Pólio-DPT-HepB-Hib, PCV10: 10º mês de vida.
- ✓ Sarampo: não feito
- ✓ Sarampo/ Rubéola: não feito

Antecedentes familiares

Não refere:

- ✓ História de doença similar na família.
- ✓ História de alergia alimentar ou medicamentosa na família.
- ✓ Pais vivos, saudáveis.

Anamnese Sistémica

Outros aparelhos sem nenhuma alteração.

Exame clínico

Estado geral: Pouco satisfatório, consciente, eupneico, hidratado, afebril, mucosas normocoradas. Com edema generalizado

Estado Nutricional: não satisfatório

Sinais Vitais: Dados antropométricos:

Temperatura axilar: 36.8°C Perímetro Braquial-13cm

Frequência respiratoria-21cp/min Peso – 10kg

Frequência cardíaca-134bt/min Estatura - 79cm

Relação peso/estatura:> -1(Normal)

Cabeça: forma e configuração normal, cabelo liso acastanhado, consistência firme, sem regiões alopécicas, sem abaulamento nem retracções.

Face: edematosa simétrica sem alteração.

Olhos: esclera e pálpebras sem alteração.

Boca: lábios sem alteração, sem lesões, orofaringe sem lesões, úvula centralizada, dentes completos para idade

Nariz: sem adejo nasal, sem rinorreia, sem desvio do septo nasal.

Ouvidos: normoconfigurados, sem alteração.

Pescoço: configuração normal, sem massas cervicais.

Tórax: Forma e configuração normal

Aparelho Respiratório

Inspeção: forma e configuração normal sem tiragens subcostais.

Palpação: expansibilidade torácica mantida, FTV mantido.

Percussão: som claro pulmonar em ambos hemotórax

Auscultação: murmúrios vesiculares mantidos bilateralmente, sem sons adventício.

Palpação: pulso radial e pedioso presente, tempo de enchimento capilar menor que dois segundos.

Sistema Nervoso: Apática, Consciente ECG-15/15, orientada no tempo, espaço e pessoa. Pupilas isocóricas, fotoreactivas. Sem sinais de irritação meníngea. Tónus muscular normal, reflexos tendinosos e sensibilidade dolorosa mantidos.

Aparelho cardiovascular: Inspeção: sem deformidade, choque de ponta não visível. Palpação: choque de ponta palpável entre 4 e 5 espaço intercostal na linha médio

Abdómen

Inspeção: globoso, segue os movimentos respiratórios, sem circulação colateral.
 Auscultação: ruídos hidroaéreos audíveis e mantidos.
 Palpação: mole, depressível, sem dor a palpação superficial e profunda, sem organomegalia.
 Precursão: sonoridade normal.

Região inguinal: sem lesões, sem adenomagalias palpáveis.

Genitália: sem lesões e sem secreções.

Ânus: orifício anal sem lesões

Coluna vertebral: forma e configuração normal, não dolorosa a palpação.

Sistema Nervoso: Apática, Consciente ECG-15/15, orientada no tempo, espaço e pessoa. Pupilas isocóricas, fotoreactivas. Sem sinais de irritação meníngea. Tônus muscular normal, reflexos tendinosos e sensibilidade dolorosa mantidos.

Membros superiores

Inspeção: simétricos, sem lesões na pele Membro inferior: com edema, brilhante, bilateral, frio, godet 3+/4+.

Membro inferior: com edema, brilhante, bilateral, frio, godet 3+/4+.

Palpação: pulso radial e pedioso presente, tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos.

Figura 1: Aspecto físico da criança enquanto doente



Fonte: Os autores, 2019

Diagnóstico provisório

Desnutrição aguda grave: Kwashiorkor

Quadro 1: Discussão diagnóstica

Ordem	Patologia	Dados a favor	Dados contra	Exames a pedir
1	Kwashiorkor	Edema início insidioso carácter ascendente	Nenhum	Hemograma, HTZ, Bioquímica, fezes, Gens expert e BK
		evolução rápida, rendimento familiar não adequado, teve um filho recentemente EF: edema frio, depressível, apática		do suco gástrico, urina, raio x do tórax, HIV
2	Síndrome nefrótica	Edema generalizada início insidioso	Edema ascendente,	Urina II, Urocultura, função renal e hepática, Colesterol, Hemograma HTZ, Colesterol, HIV

3	Insuficiência cardíaca congestiva	Edema generalizado ascendente	Evolução rápida, apática	Raios X do tórax, ECG ecografia cardíaca, marcadores cardíacos, função hepática e renal Hemograma HIV,
4	Enteropatia perdedora de proteína	Edema dos Membros inferiores, apatia	Edema ascendente	Hemograma HTZ, albumina, proteína totais

Fonte: Os autores (diário Clínico do menor), 2019

Exames auxiliares de diagnóstico

Hemograma: WBC $11.5 \times 10^3/\mu\text{L}$ (Leucocitose) a custa de linfocitose e outros achados no padrão normal.

Quadro 2: Resultados de Hemograma, HIV e Hematozoário de entrada.

Hemograma 22 de Julho de 2019	
WBC	$11.5 \times 10^3/\mu\text{L}$
RBC	$4.02 \times 10^6/\mu\text{L}$
HGB	11.2/dl
HCT	39.0%
MCV	97.0fl
MCH	27.9pg
MCHC	28.7g/dl
PLT	$252 \times 10^3/\mu\text{L}$
LYM%	58.8%
MXD%	
NEUT%	
HIV	Negativo
HTZ	Não se encontrou

Fonte: Os autores (diário Clínico do menor), 2019

Tratamento Não farmacológico (Alimentação)

Quadro 3: Tratamento não farmacológico que a criança recebeu.

Data	23/07	24/07	25/07	26/07	27/07	28/07	29/07	30/07	31/07
Fase	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Dieta	F75-leite	F75-leite	Calde de peixe	Calde de peixe	F75-leite	F75-leite	F75-leite	F100-Leite	F100-Leite
Ml/toma	128	128	133	133	138	138	138	143	143
# refeições/dia	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Ml/dia	1024	1024	1064	1064	1164	1104	1104	1144	1144
ATPU	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
Saquetas/dia	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Papa de farinha	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM

Fonte: Cardex de medicação da menor, 2019.

Tratamento Farmacológico

Quadro 4: Tratamento farmacológico que a criança recebeu.

Quadro 4: Tratamento farmacológico que a criança recebeu.

Fármaco	Dosagem	Frequência	Via	Duração
Ac.folico	DA:5mg DM:1mg	1x/dia	VO	DU 10 dias
Ampicilina	50mg/kg/dose	6/6horas	EV	10 dias
Gentamicina	5mg/kg/dia	1x/dia	EV	10 dias
Sulfato de zinco	20mg/dia	1x/dia	VO	10 dias
1cp/dia				
Multivitaminas	5ml	2x/dia	VO	10 dias
Resomal	5ml	Por cada dejeccao	VO	

Fonte: Cardex de medicação da criança, 2019

Evolução

☐ Dias (1°-2°):

Evoluiu com persistência do edema, astenia e não acaba leite.

Teve diarreia pastosa, 4 dejeções, desidratada (olhos encovados, prega cutânea lenta)

Feita uma expansão rápida com glicoringer a 15ml/kg a correr em 1h, seguida de expansão lenta a 35 ml/kg a correr em 5h.

Resomal – 5ml/kg/dejeção

Alterada a dieta para calde de peixe 100ml/kg/dia dividido em 8 tomas

☐ Dias (3°-4°):

Melhorou bastante, sem diarreia.

Alterada dieta para F75 .

Dia: 5°:

Com regressão de edema para grau 2 e aumento de apetite.

Aumento quantidade de F75 para 5ml/dose

Dia 6°:

Foi transferida para fase 2 com dieta alterada para F100 e ATPU

Iniciou tratamento com multivitamina 5ml de 12/12horas

Dias: 7° - 8°:

Houve diminuição do edema da face e dos membros inferiores e adicionar Papinha fermentadas e 1 ovo por dia.

Dia 10°:

Alta por melhoria clínica

Tratamento em ambulatório com medicamentos

(multivitaminas) e ATPU

Dada guia para consultas de malnutrição em 15 dias.

Figura 2: Aspecto físico da criança após a conduta multidisciplinar.



Fonte: Os autores, 2019

Hemograma evolutivo:

Presença de Anemia moderada Normocitica hipocrômica.

Quadro 5: Resultados de Hemograma, HIV e Hematozoário evolutivos.

Hemograma	24/07	31/07
WBC	8.6x10 ³ /µL	7.8x10 ³ /µL
RBC	3.33x10 ⁶ /µL	3.14x10 ⁶ /µL
HGB	8.2/dl	7.7/dl
HCT	28.0%	26.5%
MCV	84.1fl	84.4fl
MCH	24.6pg	24.5pg
MCHC	29.3g/dl	29.1g/dl
PLT	195x10 ³ /µL	310x10 ³ /µL
LYM%	67.8%	54.8.8%
MXD%		
NEUT%		38.3%
HIV	Negativo	Negativo
HTZ	NSE	NSCE

Fonte: Os autores (diário Clínico do menor), 2019

Conclusão

Paciente teve o diagnóstico de Desnutrição aguda grave-Kwashiorkor secundária a Gastroenterite aguda com desidratação grave e Anemia Moderada despertando o quão atenciosos devem ser os profissionais de saúde afectos em países de baixa renda como Moçambique, para casos similares.

Os factores contribuintes para tais acometimentos destacam-se o nível socioeconómico baixo, traduzido em pobreza alimentar, educacional e cultural principalmente. Problemas sociais intraconjugais e familiares influem concomitante na saúde e bem-estar biopsicossocial do menor.

Contudo, um bom apoio médico e multidisciplinar associado a vontade de auxílio familiar para a melhoria da menor deve estar em conta, para haver bons resultados de saúde da menor, assim como da situação de outros menores da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Behrman R, Kliegman R, Jenson H.Nelson. Textbook of Pediatrics,19th ed,Elseiver,Philapdelphia,2011 pp 170-211
2. Metabolic Regulation-a Human Prespective, Keith N.Frayn- Portland Place – 2001
3. Unicef, Desnutrição em Moçambique. 2018. Disponível em:
http://www.unicef.org/mozambique/pt/chield_survival_3134.html Consultado no dia 14/08/19 pelas 20:00H.
4. Dados da Unicef: estado nutricional das crianças. Disponível em:
http://www.unicef.org/mozambique/pt/chield_survival_3134.html Consultado no dia 14/08/19 pelas 20:11H.
5. Health in the children. Disponível em: www.healthdirect.gov.au/medicines/brand/bamt/solution-baxter. Consultado no dia 10/08/19 pelas 8:08H
6. Why does the stomach bloat when starved?www.medicalnewstoday.com/articles/322453.php. Ultima actualização: 12 de Julho de 2018. Consultado no dia 28/07/19 pelas 15 horas
7. “Childhood nutrition and obesity - for families”. Vídeo disponível em:
https://www.osmosis.org/learn/Childhood_nutrition_and_obesity_-_for_families. Ultima actualização: 29 de Julho de 2019. Consultado no dia 01/08/19 pelas 20:15H
8. Neil K. Kaneshiro. Clinical Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA. Disponível em; <https://medlineplus.gov/ency/article/001604.html>Data da revisão 2/19/2018. Consultado no dia 02/08/2019 pelas 19:44H
9. London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2009. Disponível em: http://conflict.lshtm.ac.uk/page_116.htm. Consultado no dia 02/08/2019 pelas 19:35H
10. Hadi Atassi. Protein-Energy Malnutrition. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/1104623-overview>. Ultima actualização: Marco 11 de 2019. Consultado no dia 02/08/2019 pelas 15:40H.
11. Williams, Cicely D. Kwashiorkor. pp 1151-1152.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/72346/bulletin_2003_81%2812%29_912-913.pdf?sequence=1&isAllowed=yUltima actualização: Novembro 16, 1935. Consultado no dia 04/08/2019 pelas 12:54H
12. Sampaolo, Krawinkel, Michael. Kwashiorkor is still not fully understood. Pp:910-911. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/72345/bulletin_2003_81%2812%29_910-911.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consultado no dia 04/08/2019 pelas 13:30H
13. Marco. Kwashiorkor PATHOLOGY. Disponível em: <https://www.britannica.com/science/kwashiorkor>. Ultima actualização : Nov 30, 2017. Consultado no dia 06/08/2019 pelas 21:51H.

Contibuição dos autores: Agradecimentos: A Deus, nossos pais, a Universidade Lúrio e ao Hospital Central da Nampula. A Dra.Victória Meque - Médico residente em Pediatria.

Conflito de interesses Os autores declaram que não há conflito de interesses em torno do trabalho em causa.

Suporte financeiro Não foi necessário suporte financeiro algum, dado ao tipo e/ou natureza do estudo.