



Revista Paulista de Pediatria

ISSN: 0103-0582

rpp@spsp.org.br

Sociedade de Pediatria de São Paulo
Brasil

Montenegro Braga Barroso, Marcela; Martins Salvador, Luiza; Fagundes Neto, Ulysses
Desnutrição proteico-calórica grave em dois irmãos devido ao abuso por privação
alimentar

Revista Paulista de Pediatria, vol. 34, núm. 4, diciembre, 2016, pp. 522-527

Sociedade de Pediatria de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406048356022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA

www.rpped.com.br



RELATO DE CASO

Desnutrição proteico-calórica grave em dois irmãos devido ao abuso por privação alimentar



Marcela Montenegro Braga Barroso*, Luiza Martins Salvador e Ulysses Fagundes Neto

Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 11 de janeiro de 2016; aceito em 20 de maio de 2016
Disponível na Internet em 21 de junho de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Desnutrição
proteico-calórica;
Maus-tratos infantis;
Deficiências
nutricionais

KEYWORDS

Protein-energy
malnutrition;
Child abuse;
Nutritional
deficiencies

Resumo

Objetivo: Descrever os casos de dois irmãos acometidos de desnutrição proteico-calórica grave causada por abuso por privação alimentar.

Descrição dos casos: Os dois pacientes vieram simultaneamente encaminhados de hospital municipal, onde estavam internados, ao Ambulatório de Gastrenterologia Pediátrica de um hospital universitário para investigação diagnóstica da causa de desnutrição grave. Foram feitos exames para pesquisa de doença celíaca, fibrose cística e enteropatia ambiental, entre outras. Os exames mostraram-se todos normais e, após investigação detalhada sobre o relacionamento dessa família, chegou-se à conclusão de que a desnutrição tinha como causa o abuso por privação alimentar. As crianças passaram cerca de 2 meses internadas, receberam uma dieta hiperproteica e hipercalórica, com recuperação nutricional significativa.

Comentários: O abuso por privação alimentar, embora raro, deve sempre ser pensado como uma das causas de desnutrição infantil, deve o pediatra estar atento ao desenvolvimento da criança, bem como ao seu relacionamento familiar, para evitar consequências nutricionais e emocionais mais graves no futuro.

© 2016 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Sociedade de Pediatria de São Paulo. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Severe protein-calorie malnutrition in two brothers due to abuse by starvation

Abstract

Objective: To describe the case of two siblings with severe protein-calorie malnutrition due to abuse by starvation.

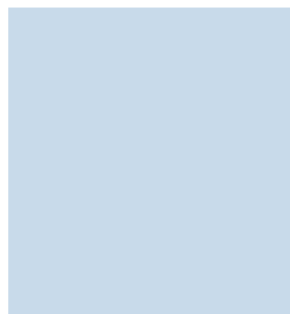
Cases description: The two patients were simultaneously referred from the Municipal Hospital, where they were admitted to the Pediatric Gastroenterology clinic of a university hospital for diagnostic investigation of the cause of severe malnutrition and screening tests for Celiac Disease, Cystic Fibrosis and Environmental enteropathy among others. The exams were all normal,

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.06.002>

* Autor para correspondência.

E-mail: marcela.montenegro@hotmail.com (M.M. Barroso).

0103-0582/© 2016 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Sociedade de Pediatria de São Paulo. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



and after detailed research on the interactions of this family, we reached the conclusion that the malnutrition was due to abuse by starvation. The children spent approximately two months in the hospital, receiving a high-protein and high-calorie diet, with significant nutritional recovery. *Comments:* Abuse by starvation, although rare, should always be considered of as one of the causes of child malnutrition and pediatrician should be aware of the child's development, as well as the family interactions, to prevent more severe nutritional and emotional consequences in the future.

© 2016 Published by Elsevier Editora Ltda. on behalf of Sociedade de Pediatria de São Paulo. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A desnutrição proteico-calórica na infância é um problema de saúde pública mundial, principalmente nos países de média e baixa renda, e está relacionada com mais de 1/3 do total das mortes de lactentes e de crianças menores de 5 anos nesses países.¹

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) reconhece como causas básicas e subjacentes à desnutrição fatores ambientais, econômicos e sociopolíticos e a pobreza está representada como o pilar central do problema.²

Outra causa menos comum, porém extremamente grave, diz respeito ao abuso por privação alimentar, quando os pais ou cuidadores deliberadamente deixam de alimentar seus filhos, o que pode levar a risco de morte.³

O objetivo deste trabalho é descrever os casos de dois irmãos acometidos de desnutrição proteico-calórica grave causada por abuso por privação alimentar, que caracteriza uma forma de maus tratos.

Descrição dos casos

Os dois pacientes vieram simultaneamente encaminhados do Hospital Municipal de Diadema (HMD), onde estavam internados, ao Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica da Escola Paulista de Medicina para investigação diagnóstica da causa de desnutrição proteico-calórica grave.

A mãe relatou que seu filho menor, de 4 anos e 8 meses, estava bem em casa, quando, subitamente, apresentou "parada respiratória" (*sic*); por isso, ela chamou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e houve necessidade de manobras de reanimação (*sic*). Em seguida, o paciente foi levado ao HMD, onde se optou por interná-lo, juntamente com o irmão maior, por apresentar quadro de desnutrição grave.

Desde então, as crianças passaram a ser acompanhadas no nosso ambulatório a cada 15 dias para investigação diagnóstica e acompanhamento clínico.

Caso 1

Paciente, 6 anos e 11 meses, sexo masculino, com bom ganho ponderoestatural até cerca de 2 anos. A partir dessa época, houve nítida desaceleração da curva ponderoestatural, o que aparentemente ocorreu sem qualquer causa definida. Notou-se, também que, entre os 2 e 4 anos não houve qualquer registro de peso e altura, pois o paciente deixou de frequentar a Unidade Básica de Saúde (UBS). A partir dos

4 anos, essas medidas voltaram a ser registradas na carteira de vacinação, com nítido comprometimento do ganho ponderoestatural.

Segundo relato da mãe, o paciente se alimentava bem (dieta avaliada pela equipe de nutrição). Negava diarreia, constipação, dor e/ou distensão abdominal ou mesmo quaisquer outros sintomas digestivos.

Em relação à história familiar, o paciente tem um irmão de 4 anos e 8 meses com quadro semelhante. O pai é saudável e a mãe era acompanhada na psiquiatria, fazia uso de medicações, porém ainda sem diagnóstico definido. Na primeira consulta, a mãe dizia se chamar Maria das Graças, porém, nas consultas subsequentes, percebemos que seus filhos a chamavam de Ana Paula. A mãe era investigada por suspeita de maus-tratos e acompanhava os filhos durante a internação no HMD.

A família morava em uma casa provida de saneamento básico, com água encanada e rede de esgoto. A renda familiar variava de 1 a 5 salários mínimos.

Ao exame físico, o paciente encontrava-se em regular estado geral, extremamente emagrecido, pálido (+/4+), apático, com escassez do tecido celular subcutâneo, atrofia da musculatura da região glútea e distensão abdominal. Peso=8.500kg (escore Z de P/I –6,56) e estatura=87cm (escore Z de E/I –6,21).

O paciente trazia consigo os seguintes exames laboratoriais: hemoglobina 9,4g/dL; hematócrito 28,9%; leucócitos 2.680; plaquetas 148.000; transaminase glutâmica oxalacética (TGO) 1.191U/L; transaminase glutâmica pirúvica (TGP) 1.043U/L. Essas alterações foram atribuídas ao quadro de desnutrição proteico-calórica grave.

Na primeira consulta, foi caracterizado o diagnóstico de desnutrição proteico-calórica grave e o paciente passou a ser investigado para tais causas: doença celíaca, fibrose cística do pâncreas e enteropatia ambiental, entre outras. Foram solicitados os seguintes testes laboratoriais: anticorpo antitransglutaminase, sódio e cloro no suor e endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal. Os testes laboratoriais revelaram-se negativos para os diagnósticos suspeitados e a biópsia duodenal revelou vilosidades digitiformes e foi afastada doença celíaca (*fig. 1*).

O paciente permaneceu dois meses internado no HMD e, durante esse período de internação, recebeu dieta hipercalórica e hiperproteica. O paciente apresentou excelente recuperação nutricional (*fig. 2*), bem como melhoria considerável do humor e da atividade física, com desaparecimento da apatia inicial (*fig. 3*). A excelente evolução clínica desencadeada tão somente por uso de uma dieta hipercalórica e hiperproteica e reforçou a suspeita diagnóstica de

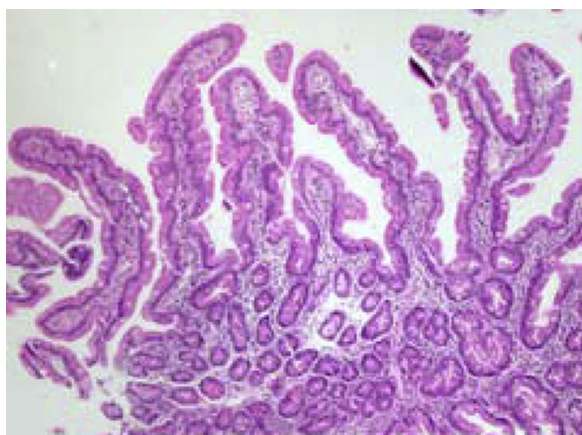


Figura 1 Espécimes de biópsia duodenal (Caso 1): aumento médio (10×) que evidencia vilosidades digitiformes, criptas preservadas, relação vilosidade: cripta 4:1.

maus-tratos, com consequente evolução para desnutrição proteico-calórica grave por privação alimentar. A criança foi judicialmente afastada dos seus pais e encontra-se, junto com o irmão, num abrigo.

Caso 2

Paciente, 4 anos e 8 meses, sexo masculino, natural e procedente de Diadema, encaminhado do HMD, onde estava internado.

A mãe referiu que o pediatra da UBS começou a perceber que o paciente não ganhava peso a partir dos 3 anos. Negava distensão abdominal e diarreia. Relatou que o paciente se alimentava bem e, segundo avaliação da equipe de nutrição, não foi possível identificar qualquer restrição proteico-calórica em relação à idade.

Ao exame físico, a criança estava em regular estado geral, bastante emagrecida, apresentava peso=7,585kg (escore Z P/I –5,73) e estatura=80cm (escore Z E/I –6,35).

Na primeira consulta, foi caracterizado o diagnóstico de desnutrição proteico-calórica grave e o paciente passou a ser investigado para as mesmas causas de doenças

disabsortivas que o irmão, com os exames negativos. A biópsia duodenal revelou vilosidades digitiformes, foi afastada doença celíaca (fig. 4).

O paciente permaneceu 2 meses internado no HMD junto com o irmão, recebeu dieta hipercalórica e hiperproteica, apresentou excelente recuperação nutricional (figs. 5 e 6), foi reforçada a suspeita diagnóstica de maus-tratos.

Em um dos retornos ao nosso ambulatório, já com as crianças no abrigo, questionamos da assistente social o fato de a mãe ora se apresentar como Maria das Graças e ora como Ana Paula. A assistente social nos informou que, até os 2 anos e meio do irmão mais velho, as crianças e os pais moravam próximo ao restante dos parentes, no entanto, eles se mudaram para um destino ignorado e perderam o contato com a família. Nessa nova casa, a mãe do paciente se referia aos vizinhos como Ana Paula.

Em relação ao pai das crianças, ele referia que trabalhava o dia todo e não percebia que a mãe não alimentava corretamente os filhos. Foi considerado cúmplice e afastado das crianças.

Discussão

A desnutrição causada por negligência familiar, que se caracteriza por uma falha não deliberada em suprir as necessidades da criança, pode ocorrer por desconhecimento, baixo nível socioeconômico ou mesmo crenças alimentares.^{3,4}

Por outro lado, o abuso por privação alimentar, causa da desnutrição dos nossos dois pacientes, se diferencia da negligência pelo fato de se caracterizar como uma falha deliberada ou maliciosa em suprir as necessidades da criança.³

Nancy et al.,⁴ em 2005, descreveram 12 crianças desnutridas vítimas de abuso por privação alimentar no Texas, EUA. Como os pacientes do nosso trabalho, as crianças foram investigadas para doenças orgânicas, que foram excluídas. Essas crianças tinham, na sua história, alguns pontos semelhantes com a dos nossos dois pacientes, a saber: 1) A mãe referiu que levava as crianças ao pediatra com certa frequência, embora não houvesse registro recente de consulta médica; 2) A mãe de uma das crianças acionou o serviço de saúde pelo fato de a criança “não estar respirando”,

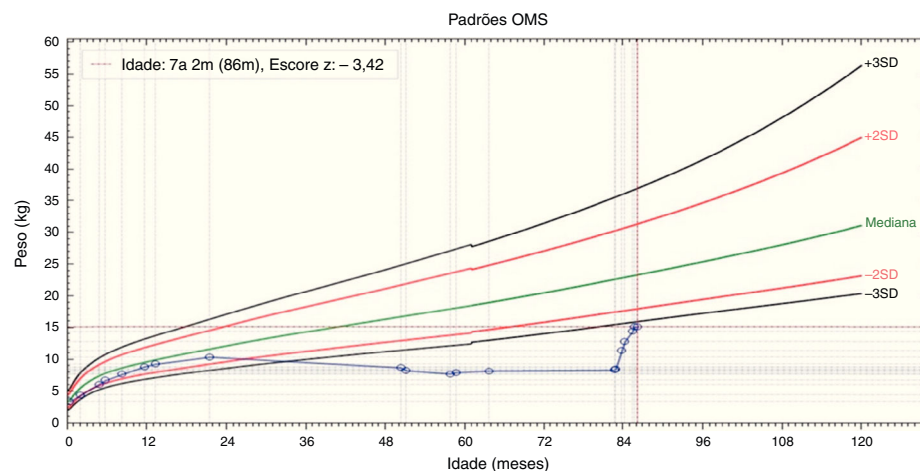


Figura 2 Gráfico da relação peso/idade que demonstrando a recuperação nutricional do Caso 1.



Figura 3 Paciente 1 na primeira consulta e 2 meses depois.

como no caso do nosso paciente mais novo; 3) As crianças também foram excluídas do convívio social, chegaram a perder até, nos nossos casos, o contato com o restante da família por cerca de dois anos.

Em relação ao papel dos pais, Krieger,⁵ em 1974, publicou 10 casos de crianças submetidas à privação alimentar pelas mães, em que os maridos alegaram que não sabiam que as crianças eram submetidas a essa situação, pois passavam o dia no trabalho e não percebiam, da mesma maneira que ocorreu com o pai das crianças do nosso trabalho.

Na literatura nacional, embora haja muitos artigos sobre maus-tratos infantis, há poucos relatos sobre a desnutrição causada por abuso por privação alimentar. Nudelman e Halpern,⁶ em 2011, publicaram um estudo transversal feito no Rio Grande do Sul, em que avaliaram o papel dos eventos de vida em mães de crianças desnutridas e chegaram à conclusão de que, além das más condições sociais e financeiras, essas mães apresentavam maiores taxas de depressão, além de maior prevalência de maus-tratos na infância, e concluíram que a desnutrição teria uma origem multifatorial.

Um diagnóstico diferencial que também merece ser discutido é a síndrome de Munchausen por procuração, que corresponde a uma forma de abuso infantil causada por um agressor com distúrbio psiquiátrico, que exacerba, falsifica ou promove histórias clínicas, evidências laboratoriais, pode

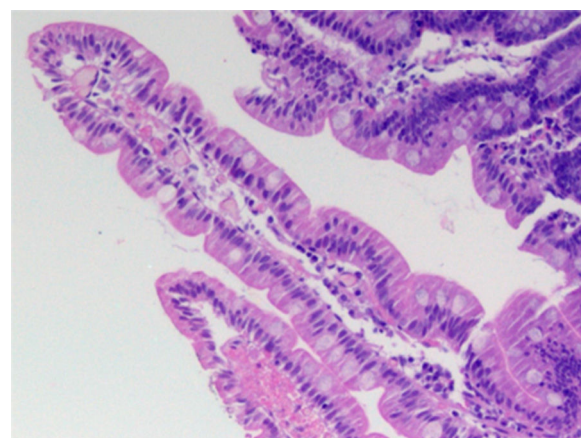


Figura 4 Espécime de biópsia de duodeno (Caso 2): grande aumento (100×), vilosidade digitiforme, epitélio cilíndrico com núcleo em posição basal, membrana basal preservada, células caliciformes presentes ao longo da vilosidade, infiltrado linfoplasmocitário na lâmina própria discreto.

causar lesões físicas e induzir a hospitalizações com procedimentos terapêuticos e diagnósticos desnecessários.⁷

Nos casos discutidos neste artigo, a mãe, que apresentava um distúrbio psiquiátrico, referiu no serviço de emergência

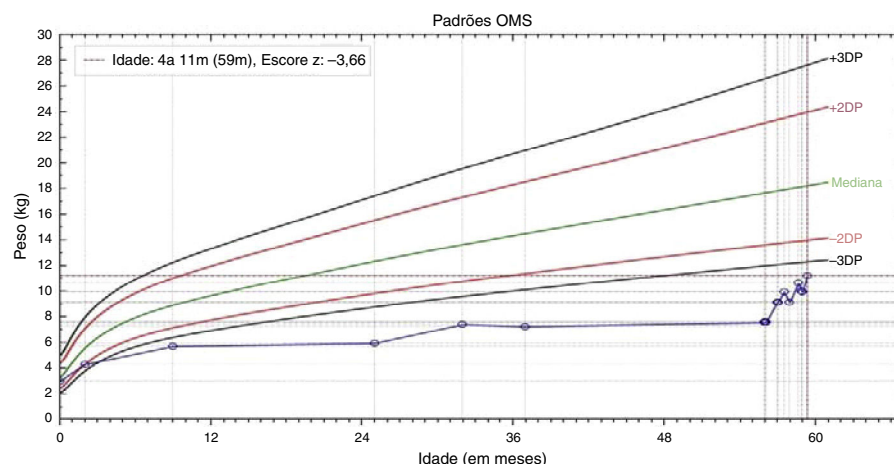


Figura 5 Gráfico da relação peso/idade que demonstrando a recuperação nutricional do Caso 2.

que seu filho apresentava uma “parada respiratória”, fato esse não comprovado pela equipe que o atendeu.

Um aspecto digno de nota diz respeito aos achados das morfologias do intestino delgado à microscopia óptica comum em ambos os pacientes, posto que a ausência de lesões importantes poderia se constituir em um aparente

paradoxo. Entretanto, a descrição de alterações morfológicas da mucosa do intestino delgado na maioria dos casos de desnutrição proteico-calórica grave vem acompanhada da enteropatia ambiental.^{8,9} Nessas circunstâncias, como demonstrado anteriormente, pelo menos cerca de 65% dos indivíduos, mesmo sem queixar-se de diarreia,



Figura 6 Paciente 2 na primeira consulta e 2 meses depois.

apresentam sobrecrecimento da flora colônica no lúmen do intestino delgado.¹⁰ Como se sabe, a colonização do intestino delgado pela flora colônica acarreta má absorção dos nutrientes da dieta e grave lesão da mucosa do intestino delgado, em virtude da 7 alfa desidroxilação e desconjugação dos sais biliares primários, que são transformados em sais biliares secundários e desconjugados, que são altamente lesivos à mucosa jejunal.¹¹ No entanto, esse não era o caso dos pacientes aqui apresentados, pois ficou devidamente comprovado, pelos visitantes sociais, que habitavam uma casa de alvenaria provida de serviço de água e esgoto, não havia, portanto, as condições de contaminação ambiental que levam ao sobrecrecimento bacteriano. Além disso, após toda a investigação laboratorial pertinente, ficou definitivamente caracterizado que a desnutrição proteico-calórica grave deu-se exclusivamente por privação alimentar deliberada. Estudos experimentais com ratos submetidos à desnutrição proteico-calórica grave na ausência de fatores provocadores de sobrecrecimento bacteriano demonstraram que a morfologia do intestino delgado não sofria quaisquer alterações e as vilosidades encontravam-se totalmente preservadas.

Nossos pacientes, a despeito da desnutrição proteico-calórica grave por privação alimentar, apresentavam vilosidades intestinais perfeitamente compatíveis com a normalidade, o infiltrado inflamatório da lâmina própria revelou-se discreto e a relação vilosidade/crípta mostrou-se 4/1. É interessante notar que nossos pacientes, à semelhança do verificado no estudo experimental com ratos desnutridos quanto à função absorptiva aumentada, ao receber uma dieta hiperproteica e hipercalórica, apresentaram rápida recuperação nutricional em curto tempo, o que comprova que suas funções digestivo-absorptivas mantiveram-se intactas apesar do longo período de privação alimentar. Esses achados demonstram, pela primeira vez em seres humanos, até onde nosso conhecimento alcança, que a desnutrição proteico-calórica grave não é primariamente a causa dos sérios distúrbios da função digestivo-absorptiva: é necessária a ocorrência de um fator externo, no caso a contaminação ambiental, para deflagrar todo o cortejo fisiopatológico e sintomático descrito na enteropatia ambiental.

Em relação à prevalência do sobrecrecimento bacteriano associado à enteropatia ambiental no Brasil, foram feitos alguns estudos com o teste do hidrogênio no ar expirado com a lactulose. Um estudo que envolveu 83 escolares moradores da zona rural, zona urbana e favela de uma cidade no interior de São Paulo revelou sobrecrecimento bacteriano em 7,2% das crianças investigadas.¹² Nesse estudo, a proporção de sobrecrecimento bacteriano nas crianças que moravam em favela (18,2%) foi estatisticamente superior à das crianças que não moravam em favela.

A desnutrição proteico-calórica pode ser causada por doenças orgânicas, más condições sociais, negligência e abuso por privação alimentar. Essa última causa é rara

e com poucos relatos na literatura, porém com graves consequências, tanto nutricionais como psicológicas, para a criança afetada. O pediatra desempenha um papel fundamental na detecção precoce desses casos, deve estar sempre alerta para monitorar o ritmo de desenvolvimento pondero-estatural da criança, bem como para o seu relacionamento familiar.

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Owoaje E, Onifade O, Desmennu A. Family and socioeconomic risk factors for undernutrition among children aged 6 to 23 Months in Ibadan, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2014;17:161.
2. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;371:243–60.
3. Golden MH, Samuels MP, Southall DP. How to distinguish between neglect and deprivation abuse. *Arch Dis Child*. 2003;88:105–7.
4. Kellogg ND, Lukefahr JL. Criminally prosecuted cases of child starvation. *Pediatrics*. 2005;116:1309–16.
5. Krieger I. Food restriction as a form of child abuse in ten cases of psychosocial deprivation Dwarfism. *Clin Pediatr*. 1974;13:127–34.
6. Nudelman C, Halpern R. O papel dos eventos de vida em mães de crianças desnutridas: o outro lado da desnutrição. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16:1993–9.
7. Pires JM, Molle LD. Síndrome de Munchausen por procuração—Relato de dois casos. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75:281–6.
8. Fagundes Neto U, Moraes MB, Machado NL. Enteropatia ambiental em crianças moradoras na periferia da cidade de São Paulo. Capacidade da absorção da D-xilose. *J Pediatr (Rio J)*. 1984;57:33–6.
9. Fagundes-Neto U, Viaro T, Wehba J, Patrício FR, Machado NL. Tropical enteropathy (environmental enteropathy) in early childhood: a syndrome caused by contaminated environment. *J Trop Pediatr*. 1984;30:204–9.
10. Fagundes Neto U, Martins MC, Lindoso F, Patrício FR. Asymptomatic environmental enteropathy among slum-divelling infants. *J Am Coll Nutr*. 1994;13:51–6.
11. Fagundes Neto U, Teichberg S, Bayne MA, Morton B, Lifshitz F. Bile salt-enhanced rat jejunal absorption of a macromolecular tracer. *Lab Invest*. 1981;44:18–26.
12. Reis JC, Moraes MB, Fagundes Neto U. Teste do H₂ no ar expirado na avaliação de absorção de lactose e sobrecrecimento bacteriano no intestino delgado de escolares. *Arq Gastroenterol*. 1999;36:169–76.