



Acrocianose – um caso de anorexia nervosa na adolescência

M.^a do Céu Ribeiro, Marta João Silva, Paula Fonseca

Serviço de Pediatria – Hospital S. João de Deus. Vila Nova de Famalicão.

Resumo

As perturbações do comportamento alimentar são um diagnóstico cada vez mais frequente na sociedade actual e podem apresentar-se através de sintomatologia comum entre a população pediátrica. Descreve-se o caso de uma adolescente referenciada aos 18 anos de idade por acrocianose das mãos. Na consulta apresentava alteração da imagem corporal, baixa auto-estima e acne facial discreto. Posteriormente veio a instalar-se amenorreia secundária, palidez e queda do cabelo, com progressiva perda ponderal tendo-se confirmado uma diminuição do aporte alimentar mantendo no entanto, quando do diagnóstico de anorexia nervosa (AN), Índice de Massa Corporal (IMC) normal. O sucesso terapêutico dependeu de intervenção médica multidisciplinar e de apoio psicológico, nutricional e social.

Palavras-chave: perturbações do comportamento alimentar, anorexia nervosa, acrocianose, amenorreia.

Acta Pediatr Port 2006;37(6):226-8

Acrocyanosis – a case of anorexia nervosa in adolescence

Abstract

Eating behaviour disorders is presently a frequent diagnosis and it can be manifested in the paediatric population with common symptoms. An 18 years old girl referred to Adolescent Consultation due to hand acrocyanosis is reported. Self-image distortions, low self-esteem and mild facial acne were also observed. Later she developed secondary amenorrhea, pallor and hair loss with progressive weight loss caused by diminished food intake, having at the time of the diagnosis of anorexia nervosa normal Body Mass Index. Therapeutic success was due to multidisciplinary medical intervention and psychological, nutritional and social support.

Key-words: eating behaviour disorders, anorexia nervosa, acrocyanosis, amenorrhea.

Acta Pediatr Port 2006;37(6):226-8

Introdução

O aumento da prevalência das alterações do comportamento alimentar na adolescência tornaram a intervenção do Pediatra cada vez mais importante, sobretudo no que diz respeito ao diagnóstico das formas mais frustrantes ou iniciais de doença.

A anorexia nervosa (AN) apresenta uma etiologia multifactorial e atinge predominantemente o sexo feminino com distribuição 9-10:1. A sua incidência a nível mundial é de 1:100.000, podendo no entanto atingir entre adolescentes do sexo feminino 1:200. A AN pode ocorrer entre os 10 e os 25 anos de idade, com idade média de início de 13.75 anos¹. Este valor poderá não corresponder por completo à realidade, uma vez que um grande número de doentes permanece sem diagnóstico. É de realçar que a detecção precoce deste distúrbio alimentar facilita o seu tratamento e consequente resolução.

A AN pode ser classificada como do tipo restritivo, no caso de diminuição extrema do consumo de alimentos ou tipo bulímico caso haja comportamentos bulímicos e/ou purgativos. Neste último, a ocorrência episódica dos comportamentos purgativos na evolução da AN e o facto de o doente não desejar que estes cessem permitem a diferenciação da bulimia nervosa¹.

O diagnóstico de AN é efectuado tradicionalmente por uma diminuição do Índice de Massa Corporal (IMC) ou no decorrer de uma avaliação por amenorreia secundária. No entanto pode manifestar-se inicialmente apenas como uma alteração cutânea, como é o caso da acrocianose². (Quadro I).

Relato do Caso

Adolescente do sexo feminino, de 18 anos, sem antecedentes patológicos de relevo. Proveniente de família numerosa, com história de alcoolismo paterno e más condições socio-económicas, foi inserida numa instituição social no primeiro ano de vida, por maus-tratos físicos. Posteriormente foi tentada a integração em famílias de acolhimento, sem sucesso.

Aos 18 anos foi referenciada à Consulta de Adolescentes de um hospital distrital por hipersudorese associada a acrocianose das mãos. Na entrevista inicial, verifica-se alteração da

Correspondência:

Maria do Céu Ribeiro
Rua António Patricio 104, R/C Esq.
4460-204 Senhora da Hora – Matosinhos
E-mail: mariadoceuribeiro@yahoo.co.uk

Recebido: 14.09.2005

Aceite: 09.11.2006

percepção da imagem corporal e acne facial discreto, negando qualquer alteração dos hábitos alimentares.

Em consultas de seguimento observa-se a instalação de amenorreia secundária e queda do cabelo, mantendo-se a negação de qualquer perturbação do comportamento alimentar. O IMC era 22.5 Kg/m² (p50-75), não existindo dados sobre pesos anteriores. No estudo efectuado observou-se colesterol total 230 mg/dl, sendo o estudo endocrinológico (nomeadamente a β -HCG, prolactina e função tireoideia), e a ecografia pélvica normais.

Confrontada novamente com a sua situação clínica, ao que se associou progressiva perda ponderal, apesar de manter ainda IMC dentro da normalidade, vem a admitir a prática de uma alimentação restritiva, o que é confirmado posteriormente pela Instituição onde se encontrava internada.

Foi orientada para a consulta de Psiquiatria, onde iniciou psicoterapia individual e terapêutica farmacológica com mexazolam (2 mg/dia) e cloridrato de clomipramina (50 mg/dia). Foi ainda solicitada a intervenção dos Serviços Sociais, no sentido de orientação profissional.

Esta doente teve uma evolução arrastada do seu quadro clínico, iniciando comportamentos purgativos que provocaram desidratação grave, tendo sido necessária a sua hospitalização para estabilização e tratamento. No internamento verificou-se a instalação de síndrome depressivo e a recusa da alta clínica para a Instituição, tendo os Serviços Sociais optado por nova tentativa de integração em família de acolhimento. Foi igualmente efectuada avaliação da mineralização óssea por densitometria que se revelou normal, tendo sido no entanto orientada para Consulta de Ginecologia com vista a iniciar terapêutica hormonal por manter amenorreia há mais de 12 meses.

Actualmente, sem alteração do comportamento alimentar e com melhoria da acrocianose e da queda do cabelo, encontra-se ainda sob terapêutica antidepressiva.

Discussão

Neste caso pode observar-se uma apresentação incomum da AN através da acrocianose, inicialmente sem outros sinais ou queixas e com IMC normal. O restante quadro clínico veio a instalar-se apenas posteriormente.

Para além das alterações directamente causadas pela malnutrição e que se manifestam por distúrbios electrolíticos, alterações cardiovasculares e hormonais, estão também descritas alterações da pele e faneras em doentes com perturbações do comportamento alimentar³. (Quadro I).

As alterações cutâneas podem ser variadas na AN e devem-se essencialmente à malnutrição causada pela doença, ao vômito autoinduzido nos doentes com comportamentos purgativos e à automutilação que surge nos quadros depressivos³.

Por não estarem presentes todos os critérios de diagnóstico de anorexia nervosa, como descritos no DSM-IV, uma vez que não há diminuição do IMC, esta anorexia nervosa classifica-se de parcial ou atípica. As síndromes parciais são comuns na adolescência e requerem a capacidade de suspeição por parte do Pediatra Assistente^{4,5}. (Quadro II).

Quadro I – Alterações de pele e faneras em doentes com anorexia nervosa³.

Malnutrição	Vômito auto-induzido	Doença psiquiátrica concomitante (automutilação)
– Xerose cutânea	– Erosões cutâneas	– Onicofagia
– Hipertricrose	– Cicatrizes pigmentadas	– Queimadura por cigarro
– Acrocianose	– Calosidades	– Tricotilomania
– Effluvium difuso	– Sialadenose (hipertrofia parotídea)	– Acne escoriado
– Unhas e cabelo quebradiço		
– Edema periférico		
– Carotinoderma		
– Petéquias		
– Alterações por deficiências vitamínicas		

Quadro II – Critérios de Diagnóstico de anorexia nervosa, de DSM-IV⁶.

Critérios gerais
Medo intenso de ganhar peso, ou de engordar, apesar do baixo peso;
Recusa em manter peso corporal em ou acima do mínimo normal para a idade e altura (ie, perda de peso causando a manutenção do peso corporal a <85% do peso corporal esperado ou falha de aumentar de peso durante o período de crescimento, levando a peso corporal <85% do esperado);
Alteração da imagem corporal;
Amenorreia ou ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos (aquelas cujos ciclos menstruais apenas são conseguidos por indução com terapia com estrogéneos são consideradas amenorreicas);
Tipos:
Restritivo – sem comportamentos purgativos regulares (vômito auto-induzido ou uso de laxantes e diuréticos);
Bulímico/purgativo – com comportamentos bulímicos e/ou purgativos em doente que também cumpre os critérios anteriores de AN.
Critérios de Diagnóstico para Síndromas Parciais
Cumprir todos os critérios de AN nos últimos 6 meses excepto peso <90% do peso ideal, juntamente com amenorreia ou padrão cognitivo típico da AN (alteração da imagem corporal e medo intenso de engordar).
Cumprir todos os critérios de AN durante os últimos 12 meses.

Durante a evolução da doença foi possível também verificar a alteração da anorexia nervosa do tipo restritivo que existia inicialmente para o tipo bulímico, que progrediu necessitando de internamento. A modificação das características da doença é comum na NA, assim como o aparecimento de sintomas depressivos, que frequentemente necessitam de tratamento farmacológico.

O tratamento da AN na adolescência é um caminho longo e cheio de obstáculos. Os sentimentos de ambivalência em relação à doença estão na base da sua resistência ao tratamento, tornando-o extremamente complexo.

As famílias destes doentes são muitas vezes disfuncionais, superprotectoras e rígidas, com incapacidade de resolução de problemas. No entanto têm um papel fulcral em todo o processo terapêutico pois a dependência emocional e financeira do jovem torna imprescindível a aceitação por parte da família do contrato terapêutico estabelecido entre este e o médico. Nestes casos a terapia familiar e o contacto com outras famílias de doentes com esta patologia pode ser muito eficaz na sua mobilização para ultrapassar as dificuldades de todo o processo terapêutico. As instituições de acolhimento não são substitutas da família, facto que dificultou neste caso o processo terapêutico. É imprescindível a intervenção em equipa por parte do Pediatra, Pedopsiquiatra ou Psiquiatra, Nutricionista e outros profissionais de saúde no sentido da recuperação nutricional e na criação das bases para o tratamento psicoterapêutico e intervenção familiar.

A psicoterapia é o pilar do tratamento da AN, uma vez que para um resultado favorável e definitivo é necessário ajudar o jovem a ultrapassar as dificuldades intrapsíquicas e interpessoais que estão na base do distúrbio do comportamento alimentar⁶.

A intervenção farmacológica não é consensual, podendo ser utilizada terapêutica antidepressiva caso se verifiquem sintomas depressivos associados ou outras terapêuticas no tratamento de manifestações secundárias. No que diz respeito ao tratamento da amenorreia com terapêutica estrogénea com vista a prevenir a desmineralização óssea, pode ter efeitos

contrários aos desejados, já que o reiniciar do ciclo menstrual poderá dificultar outros aspectos do tratamento psiquiátrico, ao simular a normalização do funcionamento orgânico.

Assim, apesar da AN ser uma patologia cada vez mais frequente, as manifestações iniciais unicamente cutâneas são raras, mas o Pediatra deve estar alerta pois permitem o diagnóstico e intervenção precoces, com implicações no curso da doença.

Referências

1. Neinstein LS, MacKenzie RG. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa . In: Neinstein LS, editor. *Adolescent Health Care - A Practical Guide*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams &Wilkins; 2002. pp700-26.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Identifying and Treating Eating Disorder. *Pediatrics* 2003;111:204-11
3. Schulze UME, Pettke-Rank CV, Kreienkamp M, Hamm H, Brocker EB, Wewetzer C *et al*. Dermatologic Findings in Anorexia and Bulimia Nervosa of Childhood and Adolescence. *Pediatr Dermatol*. 1999;16:90-4.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association; 1994.
5. Crow SJ, Agras WS, Halmi K, Mitchell JE, Kraemer HC. Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: a multicenter study. *Int J Eat Disord* 2002;32:309-18.
6. Sampaio D, Bouça D, Carmo I, Jorge Z. *Doenças do Comportamento Alimentar*. 1ª ed. Laboratórios Bial; 1999.