



RELATO DE CASO



Pelagra e alcoolismo: relato de caso

Pellagra and alcoholism: case report

Ana Caroline Gonçalves de Sá Novaes ^{ID}, Rafael Teles Sanches ^{ID}, João Marcos Souza ^{ID}, Zuleika Santiago de Medeiros Carneiro ^{ID}, Joanielson Andrade Freire Junior ^{ID}, Nilo Fernandes da Costa* ^{ID}

Departamento de Medicina, Universidade Federal do Tocantins. Palmas, Tocantins, Brasil.

Recebido em 8 de março de 2022, aceito em 26 de julho de 2022, publicado em 25 de dezembro de 2022.

PALAVRAS-CHAVE

Alcoolismo
Demência
Dermatite
Diarreia
Pelagra

RESUMO

Pelagra é uma doença provocada, principalmente, pela deficiência de niacina ou do seu aminoácido precursor, triptofano. Relata-se um caso de um paciente do sexo masculino, 34 anos, alcoólatra crônico com *delirium tremens* e sintomas gastrointestinais (diarreia, inapetência e queimação). Apresentava placas eritemato-acastanhadas, descamativas e bem delimitadas dispersas pelo tegumento (áreas fotoexpostas) há 2 meses que evoluíram com ulceração e crostas hemáticas. O caso foi diagnosticado como pelagra associada a infecção bacteriana secundária e tratado com repouso, dieta livre, reposição do complexo B, abstenção do álcool, restrição da exposição solar e terapia antibiótica de amplo espectro. O tratamento realizado permitiu melhora significativa dos sintomas em uma semana. Aspectos da fisiopatologia e diagnósticos diferenciais dessa condição são discutidos, reforçando a importância de cogitar pelagra na hipótese diagnóstica de pacientes com lesões dermatológicas associadas a fatores de risco para desnutrição.

KEYWORDS

Alcoholism
Dementia
Dermatitis
Diarrhea
Pellagra

ABSTRACT

Pellagra is a disease caused mainly by a niacin deficiency or its precursor amino acid, tryptophan. We report a case of a male patient, 34 years-old, a chronic alcoholic with *delirium tremens* and gastrointestinal symptoms (diarrhea, inappetence, and heartburn). He presented erythematous-brown, scaly, and well-defined plaques dispersed throughout the integument (photoexposed areas) for 2 months that evolved with ulceration and hematic crusts. The case was diagnosed as pellagra associated with secondary bacterial infection and treated with rest, free diet, B-complex replacement, abstention from alcohol, restriction of sun exposure, and broad-spectrum antibiotic therapy. The treatment allowed significant improvement of symptoms in one week. Aspects of the pathophysiology and differential diagnoses of this condition are discussed, reinforcing the importance of considering pellagra in the diagnostic hypothesis of patients with skin lesions associated with risk factors for malnutrition.

*Autor de correspondência:

Departamento de Medicina, Universidade Federal do Tocantins.

End.: Quadra 109 Norte, ALCNO-14, Avenida NS-15 | Plano Diretor Norte | Bloco Bala I, Sala 17. Palmas, TO, Brasil | CEP 77.001-090

Telefone: +55 (63) 3228-6021

E-mail: nfcdematologia@gmail.com (Costa NF)

Este estudo foi realizado na Universidade Federal do Tocantins e Departamento de Dermatologia do Hospital Geral de Palmas.

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i4.1292>

Como citar este artigo: Novaes ACGS, Sanches RT, Souza JM, Carneiro ZSM, Freire Junior JA, Costa NF. Pellagra and alcoholism: case report. Rev Cienc Saude. 2022;12(4):66-70. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v12i4.1292>

2236-3785/© 2020 Revista Ciências em Saúde. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob uma licença

CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR)



INTRODUÇÃO

Pelagra foi descrita pela primeira vez em 1735 por Gaspar Casal e denominada em italiano *pelle agra*, que é pele afiada ou áspera por Francesco Frapoli, no ano de 1771. Em 1945, Krehl estabeleceu que a doença ocorre, principalmente, por deficiência alimentar de niacina, também denominada ácido nicotínico e vitamina B3, ou do seu aminoácido precursor, triptofano¹⁻⁴. Esta avitaminose pode estar associada a uma dieta à base de milho, pois a niacina não se encontra biodisponível no vegetal²⁻⁵. Este déficit também pode ocorrer de forma secundária, em consequência a alterações no metabolismo, como anorexia nervosa, alcoolismo crônico, diarreia prolongada, colite, cirrose, síndrome carcinóide e indução medicamentosa^{1,6,7}.

O ácido nicotínico constitui parte ativa de duas coenzimas, nicotinamida adenina dinucleotídeo (NAD) e nicotinamida adenina dinucleotídeo fosfato (NADPH), que desempenham papéis centrais no transporte de hidrogênio na respiração citológica. Logo, quando há deficiência do ácido nicotínico e do triptofano, tecidos com alto gasto energético, como o sistema nervoso central, e alta renovação celular, como os tecidos cutâneo e gastrointestinal, todos são afetados^{3,6}.

Esta avitaminose apresenta sintomatologia característica, conhecida como os três "Ds": dermatite, diarreia e uma condição neurológica semelhante à demência. As manifestações iniciais são lesões dermatológicas, enquanto as digestivas e neurológicas geralmente são posteriores e pouco específicas. Lesões cutâneas iniciam-se papulosas e eritematosas, acompanhadas de prurido em regiões fotoexpostas. Após alguns dias, aparecem outras lesões elementares, como bolhas e equimoses, que evoluem com atrofia e hiperpigmentação da pele¹⁻⁷. Formas patognômicas cutâneas surgem em localidades distintas: braços em "luvas de Casal", pescoço em "colar de Casal" e pernas em "botas de Casal" ou "sinal do chinelo"^{1,3,5}. A intensidade das apresentações clínicas varia desde casos exclusivamente dermatológicos até ao intenso comprometimento do sistema nervoso, com evolução para o quarto D, a morte (*death*)^{2,7}.

Esta doença é uma condição difundida entre quaisquer perfis de pessoas que apresentam desnutrição, geralmente em virtude das alterações fisiopatológicas do alcoolismo crônico. Apesar deste fator de risco ser apresentado em textos científicos, são escassos os trabalhos que discutem a encefalopatia por deficiência de niacina^{2,7-9}. Isto pode decorrer devido à presença concomitante de outros quadros neurológicos que fazem diagnóstico diferencial em pacientes alcoólatras, como o *delirium tremens* e síndrome de Wernicke-Korsakoff. Outra explicação, seria a manifestação de sintomas dermatológicos mais específicos em detrimento aos neurológicos, além da predominância de quadros incompletos, ocasionando subnotificação das encefalopatias^{1,2,10,11}.

Este estudo relata um caso de pelagra em um paciente alcoólatra crônico, na região norte do Brasil, enfatizando as características clínicas e o tratamento

multiprofissional adotado. O intuito deste trabalho é contribuir para o estudo de pelagra. Parte-se do pressuposto que esta condição é ainda subdiagnosticada e, portanto, subnotificada, mesmo apresentando diagnóstico e tratamento simples, que poderiam ser realizados na atenção primária dos serviços de saúde. Contribuir também para evitar uma possível associação de *feedback* positivo à manutenção do alcoolismo crônico, visto que a niacina é precursora da serotonina que, em déficit, ocasiona sintomas como depressão e ansiedade^{1,2,7}.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 34 anos, faz consumo diário de álcool, cerca de "um litro de aguardente", desde os 14 anos. Foi atendido no Hospital Geral de Palmas em decorrência a um quadro de *delirium tremens*. Foi solicitada avaliação dermatológica devido lesões cutâneas por toda extensão corporal, que apareceram há cerca de 2 meses e evoluíram com piora, após exposição solar prolongada, conseqüente a um episódio súbito de psicose, em que o paciente evadiu do seu domicílio sem o conhecimento dos familiares e foi encontrado com sinais de insolação em região desabitada. Também apresentava sintomas gastrointestinais como diarreia, inapetência e pirose.

O estado geral que se encontrava quando chegou ao hospital era regular, torporoso, eupneico, eucárdico, afebril, hipocorado, acianótico e anictérico. Foram identificadas placas eritemato-acastanhadas, descamativas, de configuração policíclica em dorso superior e membros - áreas fotoexpostas (Figuras 1 e 2). No membro superior direito, presença de ulceração recoberta por crosta hemática (Figura 3). Região cervical observado "colar de Casal" (Figura 4). Mucosas preservadas, lábios com descamação leve.

A abordagem realizada foi multidisciplinar incluindo a dermatologia, psiquiatria, psicologia, clínica médica, enfermagem, nutrição e assistência social. O tratamento iniciou-se logo à internação com hidratação endovenosa, antibioticoterapia de amplo espectro, trombopprofilaxia, antipsicóticos e ansiolíticos. O departamento de dermatologia diagnosticou o caso como pelagra associada à infecção bacteriana secundária e adicionou à conduta reposição vitamínica do complexo B, anti-histamínicos, cuidados gerais das lesões cutâneas com antibiótico tópico e suspensão da ingesta alcoólica.

Após esta conduta multiprofissional no atendimento ofertado no serviço de saúde, o paciente apresentou melhora significativa dos sintomas e recebeu alta hospitalar em uma semana.

DISCUSSÃO

Segundo Rivitti¹, o diagnóstico da pelagra é eminentemente clínico, dispensando o laboratório. No presente caso, este foi realizado durante avaliação



Figura 1 – Dorso e membros superiores: placas eritemato-acastanhadas, descamativas, de configuração polimorfa.



Figura 3 – Braço direito: ulceração recoberta por crosta hemática e leve edema.



Figura 2 – Membros inferiores: Presença de erosões e crostas hemáticas. Pés: "Sinal do Chinelo".



Figura 4 – Pescoço: "Colar de Casal".

característica dos três "Ds" (dermatite, diarreia e demência). Tal quadro é bem descrito em literatura por Braverman¹² e Noleto et al.¹³.

A dermatite em "colar de Casal" (Figura 4), consequente à intensa exposição solar, estava presente, achado clínico que é descrito por Prabhu et al.³ como um sinal clássico da doença. A fotossensibilidade cutânea presente em pessoas com pelagra ainda não é bem elucidada, considerando como componentes importantes a produção excessiva do ácido quinurênico, um fotossensibilizador, e a escassez de ácido urocânico, que protege a pele de efeitos nocivos da radiação ultravioleta B¹⁻³.

Ng e Neff⁹ afirmaram que o tratamento desta avitaminose é simples, quando corretamente identificada, e consiste em repouso, dieta livre, abstenção do álcool e evitar exposição solar^{1,6,10}. Mas,

dermatológica, mediante anamnese e exame físico. Os tipos e locais das lesões cutâneas, sintomas gastrointestinais e psiquiátricos levaram a suspeita diagnóstica de pelagra, por incluir a apresentação

devido a gravidade do quadro, houve necessidade de adicionar reposição de niacina, através de complexo vitamínico, e terapia antibiótica de amplo espectro, em razão da infecção bacteriana secundária. Segundo Rivitti¹, a suplementação vitamínica por si só não cura pacientes em casos mais graves, que podem evoluir com o quarto D - morte (*death*), caso não recebam terapia de suporte de vida.

De acordo com pesquisas realizadas por Piqué-Duran et al.⁷ e Murga et al.¹⁴, a desnutrição decorrente do alcoolismo crônico é o principal fator de risco ao desenvolvimento de pelagra, refletido neste relato como desencadeante da doença. Desta forma, a promoção de saúde por meio da suspensão da ingestão alcoólica é a melhor prática para evitar novos quadros desta avitaminose. O alcoolismo crônico apresenta alterações somáticas, mentais e sociais complexas^{2,10,11} e isto causa a necessidade de um tratamento multiprofissional contínuo, tal qual neste relato.

Atualmente, devido a uma alimentação mais balanceada em relação a micronutrientes, apresentações incompletas de pelagra com manifestações exclusivamente cutâneas apresentam prevalência na literatura^{5,6,10}. Relatos como este, com apresentação clínica mais completa da doença, em que os três Ds são diagnosticados, são menos frequentes. Entretanto, esta menor incidência não pode justificar o escasso acervo bibliográfico do aspecto neurológico da doença. Por isso, supõe-se que ocorra subdiagnóstico ou diagnóstico errôneo por outros síndromes que acometem pacientes em situação de consumo crônico e excessivo de álcool^{1,5,6}.

As alterações neurológicas da pelagra são importantes ainda que pouco específicas, o que

dificulta o diagnóstico diferencial. Acredita-se que a niacina é precursora da bainha de mielina e da serotonina, que em déficit ocasionam sintomas como distúrbios mentais, agitação, neurite periférica, mielite, ansiedade e depressão^{2,5,6}. O paciente em questão apresentava sintomas neurológicos avançados mas, assim como no caso descrito por Lopez et al.⁵, a contribuição do tratamento com reposição do complexo B não poderia ser bem descrita neste caso específico porque os sintomas neurológicos foram amenizados pela administração de antipsicóticos e ansiolíticos.

CONCLUSÃO

Este relato apresenta um caso típico de pelagra, doença que é subdiagnosticada no Brasil e, conseqüentemente, subnotificada, por negligenciamento social, já que sua maior incidência no Ocidente ocorre em grupos marginalizados, como os alcoólatras crônicos. Apesar do diagnóstico e tratamento simples, ainda é necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas que produzam mais evidências em relação ao tema, inclusive que demonstrem com dados os problemas econômicos e sociais presentes na história de vida de pessoas diagnosticadas. Essa preocupação é ainda mais urgente porque a pelagra possui uma alta morbimortalidade, quando não corretamente diagnosticada e tratada. O conhecimento clínico da doença, o envolvimento multiprofissional e uma avaliação criteriosa podem se mostrar de grande eficácia na clínica e no prognóstico favorável do paciente.

REFERÊNCIAS

- Rivitti EA. Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti. São Paulo: Artes Médicas; 2014. p. 448-449.
- Badawy AA. Pellagra and Alcoholism: A Biochemical Perspective. *Alcohol and Alcoholism*. 2014;49(3):238-50. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu010>
- Prabhu D, Dawe RS, Mponda K. Pellagra a review exploring causes and mechanisms, including isoniazid-induced pellagra. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2021;37(2):99-104. <https://doi.org/10.1111/phpp.12659>
- Morabia A. Joseph Goldberger's research on the prevention of pellagra. *J R Soc Med*. 2008;101(11):566-8. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2008.08k010>
- López M, Olivares JM, Berrios GE. Pellagra encephalopathy in the context of alcoholism: review and case report. *Alcohol Alcohol*. 2013;49(1):38-41. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt070>
- Gupta Y, Shah I. Ethionamide-induced Pellagra. *J Trop Pediatr*. 2015; 61(4):301-3. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmv021>
- Piqué-Duran E, Pérez-Cejudo JA, Cameselle D, Palacios-Llopis S, García-Vázquez O. Pellagra: a clinical, histopathological, and epidemiological study of 7 cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(1):51-8. <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2011.05.003>
- López D, Otero G. Pelagra: una enfermedad antigua en un mundo moderno. *Nutr Hosp*. 2021;38(3):667-70. <https://doi.org/10.20960/nh.03513>
- Ng E, Neff M. Recognising the return of nutritional deficiencies: a modern pellagra puzzle. *BMJ Case Rep*. 2018;11(1):e227454. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-227454>
- Matapandeu G, Dunn SH, Pagels P. An Outbreak of Pellagra in the Kasese Catchment Area, Dowa, Malawi. *Am J Trop Med Hyg*. 2017;96(5):1244-7. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0423>
- Desai NK, Gable BP. Dermatitis as one of the 3 Ds of pellagra. *Mayo Clin Proc*. 2012;87(12):e113. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.08.018>
- Braverman ER. Medical history and holistic perspective. *J Orthomol Med*. 1988;3(4):191-6.
- Noleto RS, Pinto NS, Godoy JSR. Pelagra: Correlação entre o diagnóstico e a apresentação clínica mais prevalente no Brasil. *Res Soc Develop*. 2021;10(9):e7210917787. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17787>
- Murga Y, Parra V, Aredes A, Alasino M, Torres A, Santolín L, et al. Manifestaciones cutáneas en el paciente alcohólico. Relación con la cirrosis. *Dermatol Argent [Internet]*. 2009 [cited 2022 Sep 3];15(4):255-259. Available from: <https://test.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/385>

Conflitos de interesse: Os autores informam não haver conflitos de interesse relacionados a este artigo.

Contribuição individual dos autores:

Concepção e desenho do estudo: ACGSN, RTS, JMS, ZSMC, JAFJ, NFC

Análise e interpretação dos dados: Não se aplica

Coleta de dados: NFC

Redação do manuscrito: ACGSN, RTS, JMS, ZSMC, JAFJ, NFC

Revisão crítica do texto: ACGSN, RTS, JMS, ZSMC, JAFJ, NFC

Aprovação final do manuscrito*: ACGSN, RTS, JMS, JAFJ, NFC

Análise estatística: Não se aplica

Responsabilidade geral pelo estudo: NFC

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito submetido para publicação da Rev Cienc Saude.

Informações sobre financiamento: não se aplica.