

P·O·N·T·O D·E V·I·S·T·A

**Anorexia nervosa em paciente do sexo masculino:
relato de caso***Nervous anorexia in male patients: a case report*

Núbio Chaves de Carvalho*, **Paulo A. Amaral Secches****, **Renata Rezende***** e **Tobias Camargo Neto**

* Médico

** Médico, Especialista em Endocrinologia, Professor do Centro Universitário de Itajubá - UNIVERSITAS

*** Nutricionista, Professor e Coordenador do curso de Nutrição do Centro Universitário de Itajubá - UNIVERSITAS

RESUMO

No presente relato de caso, é apresentada a evolução de um paciente de 19 anos com perda ponderal de cerca de 20 kg em 3 meses. É um caso raro de anorexia nervosa, pois esta entidade é descrita como predominante em mulheres. São discutidos os aspectos fisiopatológicos, sintomas e complicações da referida doença. É salientada

a importância de um diagnóstico precoce e de um acompanhamento médico e psicológico prolongado devido à grande complexidade da patologia.

Palavras-chave: distúrbios alimentares, anorexia, peso, adolescentes

ABSTRACT

In this reported case, the evolution of a 19-years-old male patient who lost 20 Kg in three months is presented. It's a rare case of anorexia that is seen mainly in women. The physiopathology, symptoms and complications of this disease are discussed. Strong emphasis is placed on the

importance of an early diagnosis and a medical and psychological long term follow-up due to the complexity of this disease.

Keywords: alimentary disturbances, anorexia, weight, adolescents

1. Introdução

Anorexia nervosa é um distúrbio caracterizado por um senso deturpado da imagem corpórea, acentuada perda de peso, medo mórbido da obesidade e amenorréia em mulheres. É uma desordem alimentar na qual há uma severa e prolongada incapacidade de comer levando a uma marcada perda de peso. É uma patologia que apresenta maior incidência em adolescentes e adultos jovens, sendo a maioria dos casos representados pelo sexo feminino.

Muitos dos pacientes são acometidos por distúrbio alimentar misto, manifestando características da anorexia nervosa associadas à bulimia, na qual há um grande consumo alimentar seguido de vômito induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou exercícios físicos. Este grupo de pacientes representa 50% dos anoréxicos. A recuperação destes pacientes é mais lenta e eles são mais susceptíveis ao suicídio.

2. Apresentação do Caso

Paciente: G.I.; Idade: 19 anos; Sexo: Masculino; Cor: Branca; Estado Civil: Solteiro; Naturalidade e Residência: Passa Quatro - MG.

Queixa principal e duração: Perda de peso há cerca de 3 meses

História pregressa da moléstia atual: O paciente foi encaminhado, no dia 14/03/96, ao consultório médico, proveniente de Passa Quatro, com queixa de astenia e caquexia. Referiu perda ponderal de cerca de 20 kg num período de 3 meses. Afirmou ter boa alimentação. Relatou dificuldade de realizar atividades habituais. Referiu peso médio variável entre 55 a 57 kg.

Inquérito sobre diversos aparelhos: Aparelho gênito-urinário: referiu nictúria.

História patológica pregressa: Referiu alergia à acetona. Drenagem de abscesso na nádega há 2 meses. Negou história de transfusão e passado cirúrgico.

História cardiovascular: Negou tabagismo.

O paciente fora encaminhado com os seguintes exames laboratoriais:

Hemograma: normal;

Glicose: 71 mg/dl;

Toxoplasmose: negativo;

T3: 44 mg/dl;

T4: 5,8 mg/dl;

TSH: 4,28 mUI/dl.

Exame físico:

Altura: 172 cm;

Peso: 36.300 g;

Distensão abdominal e edema de membros inferiores e maleolar.

Condução: O paciente foi encaminhado para internação hospitalar; Dieta hiperprotéica e hipercalórica; Orientação dietética com nutricionista; Avaliação e psicoterapia com psicólogo; Orogênicos: Ciproheptadina 4 mg, Arginina 100 mg, Carnitina 100 mg, Complexo B 100 mg, Ac. Glutâmico 100 mg; Antidepressivo: Clordiazepóxido.

Exames laboratoriais:

- Hemograma e Leucograma: normal
- Bioquímica: Hipopotassemia: 3,2 mg/l
- Hipofosfatemia: 2,3 mg/dl; TGO e TGP elevados
- Proteínas: Totais: 6,1 g %
- Albumina: 3,46 g %
 - α 1 globulina: 0,23 g %
 - α 2 globulina: 0,57 g %
 - β globulina: 0,73 g %
 - γ globulina: 1,10 g %
- Relação A/G: 1,32
- TSH: 1,76 mUI/l
- T4 livre: 1,62 mg/dl
- T3 livre: 0,29 mg/dl
- Anti-HIV: negativo
- Urina tipo I: normal
- Bioimpedância: intensa desnutrição, alteração grave de peso na antropometria e na bioimpedância.
- Densitometria: osteoporose

A avaliação psicológica revelou impressão diagnóstica de depressão com comportamento esquizóide.

Nova bioquímica foi realizada no dia 18/03/96, com melhora dos níveis de potássio e diminuição dos níveis de magnésio, sendo instituída formulação com vitaminas e magnésio. Antígeno Austrália: negativo.

No dia 20/03/96, o paciente apresentou um episódio de crise convulsiva com hipótese diagnóstica de crise convulsiva metabólica (hipo-glicemia, hiponatremia, distúrbio neuro-vegetativo). Foram realizados exames de Tomografia Computadorizada e EEG, ambos com resultados normais. Na avaliação neurológica, o paciente apresentava Polineurite Periférica.

No dia 23/03/96, o paciente recebeu alta hospitalar com diagnóstico de anorexia nervosa.

O paciente retornou mensalmente ao consultório médico por um período de 1 ano e meio (Gráfico 1). A partir de 17/07/97, o paciente abandonou o tratamento.

No dia 16/07/98, o paciente foi a óbito, por suicídio.

Diagnóstico diferencial à internação hospitalar: AIDS; Neoplasia; Diabete descompensado; Outras doenças consumptivas.

3. Discussão

A anorexia nervosa é uma entidade bastante complexa. Conseqüentemente existem diversos fatores que interagem na etiologia da doença.

A personalidade do paciente anoréxico é bastante peculiar: baixa auto-estima, medo de engordar e sentimento de desamparo. Raramente são desobedientes e tendem a ser perfeccionistas. Alguns estudiosos acreditam que a restrição alimentar é uma forma de auto controle.

Fatores genéticos também são citados como componentes da anorexia nervosa. Alguns achados sugerem que fatores genéticos podem predispor algumas pessoas a distúrbios alimentares. Recentes pesquisas têm demonstrado que adolescentes do sexo feminino que possuem familiares obesos ou cuja preocupação materna quanto à obesidade é grande, são mais predispostas a desenvolver distúrbios alimentares.

A bioquímica do sistema neuroendócrino é outro fator de suma importância nos estudos das desordens alimentares. Os neurotransmissores serotonina e norepinefrina funcionam anormalmente em pessoas afetadas pela depressão. Esses neurotransmissores também apresentam baixos níveis em pacientes com anorexia e bulimia. Alguns cientistas acreditam que este seja o elo entre as duas patologias. Estes pacientes também exprimem elevados níveis de cortisol, um hormônio relacionado à resposta ao estresse. A vasopressina, um outro hormônio cerebral, foi encontrada em níveis anormais na anorexia e nas desordens obsessivo-compulsivas.

Os sintomas mais comuns da anorexia nervosa são a perda ponderal maior que 15% do peso corporal ideal para a idade ou altura, ou IMC igual ou inferior a 17,5, o medo intenso da obesidade e amenorréia em mulheres por pelo menos 3 meses consecutivos. Na maioria das vezes, a menstruação cessa antes da diminuição grave de peso, ou seja, a desnutrição não é a única causa da amenorréia. Outros sintomas incluem restrição alimentar e líquida, vômitos induzidos, uso de laxantes e diuréticos e excesso de exercícios físicos. Ocorre uma grande variedade de modificações físicas como baixa temperatura corporal, ritmo cardíaco e pressão arterial baixos, distensão abdominal e constipação, lanugem, alopecia, unhas quebradiças, cabelos secos, pele seca, desidratação, intolerância a baixas temperaturas, distúrbios do sono e alterações metabólicas. Mesmo quando caquéticos, permanecem ativos. Há acidose metabólica e potássio sérico baixo. Pode ocorrer morte súbita,

provavelmente por taquiarritmias ventriculares. Os hormônios reprodutivos estão em baixa, mas os níveis normais são restabelecidos quando instituída nutrição adequada. No homem, há impotência ou perda pelo interesse sexual. A desnutrição também tende a aumentar os sentimentos de depressão, ansiedade, irritabilidade e raiva.

Instalada a inanição, aparecem as alterações cerebrais. Os traçados eletroencefalográficos têm sua amplitude diminuída. Observa-se, através de tomografia computadorizada ou ressonância magnética, atrofia cortical, que pode ser revertida quando o estado nutricional do paciente for estabilizado. Por causas ainda não conhecidas, alguns pacientes não se recuperam da atrofia, o que traz grandes conseqüências.

As principais complicações são cardíacas, cerebrais e ósseas. O ritmo cardíaco é irregular, podendo ocorrer falência cardíaca, arritmias e morte súbita, principalmente devido à hipopotassemia. O uso de drogas para induzir vômito, laxantes e diuréticos aumentam o risco de falência cardíaca. A atividade cerebral torna-se muito reduzida, sendo comum o surgimento de alterações comportamentais. Se a desordem for muito severa, os pacientes podem perder cálcio dos ossos, levando à osteoporose. A diminuição da ingestão de proteínas e as alterações dos níveis de hormônio paratireoideano, vitamina D e hormônio do crescimento também contribuem para a osteoporose.

Outras complicações citadas são leucopenia e anemia em graus variáveis, alteração da função digestiva, hipercolesterolemia e hipoglicemia. A desidratação crônica e a hipocalcemia podem, a longo prazo, causar danos irreversíveis aos túbulos renais.

Um, em cada dez casos de anorexia nervosa, evolui para óbito por inanição, por complicações cardíacas ou suicídio.

Distúrbios alimentares no sexo masculino são relativamente raros. Cerca de 5 a 10% da população anoréxica é masculina. A patologia inicia-se em idades mais avançadas, em pacientes que apresentam um histórico de obesidade e são extremamente relutantes ao tratamento. O abuso de laxantes é menos freqüente. Homens anoréxicos exercitam-se vigorosamente para alcançar a forma física.

4. Tratamento

O tratamento da anorexia terá sucesso quando o diagnóstico for precoce. Em homens, o problema é ainda maior, uma vez que falta experiência ao meio científico, por ser a anorexia relativamente rara no sexo masculino.

O tratamento geralmente é a longo prazo e requer auxílio de amigos e familiares. Este é desenvolvido em várias etapas:

- a) Ganho de peso: é iniciado com uma dieta líquida e fracionamento das refeições. Com a evolução há um aumento progressivo da ingesta alimentar. Alguns casos requerem hospitalização: quando a perda ponderal for maior que 20% do peso ideal, os sintomas físicos forem graves ou quando houver risco de suicídio.
- b) Psicoterapia: a terapia mais eficaz é a cognitiva-comportamental.
- c) Uso de antidepressivos, medicamentos que corrigem o metabolismo dos neurotransmissores.
- d) Internação hospitalar, com a finalidade de ganhar peso, tratar as intercorrências da desnutrição e salvar a vida do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anorexia nervosa and related eating disorders: Inc (ANRED). **Males with eating disorders**; 1998.
2. Berkow R. **Manual merk de medicina**. 16ª ed. São Paulo: Roca; 1995.
3. Hoffman L. **Eating disorders**. Washington (DC): NIH Publication; 1993; (94).3477p.
4. Leutwyler K. Treating eating disorders. **Scientific American Explorations**; 1998.
5. Long PW. Eating disorders. **The Harvard Mental Health Letter** 1992 Dec;9(6).
6. _____. Eating disorders. **The Harvard Mental Health Letter** 1993 Jan;9(7).
7. Mahan LK, Arlin MT. **KRAUSE: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 8ª ed. São Paulo: Roca; 1995.
8. Medical Sciences Bulletin. **Seroton and eating disorders**. Oct; 1994.
9. Nunes MAA, Appolinário JC, Abuchain ALG, Coutinho W. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed; 1998.
10. The New York Hospital. Cornell Medical Center, Department of Psychiatric Nursing. **Mental Help** 1996.
11. Zerbe KJ. Biological factors influence eating disorders. **Meninger Letter** 1993; 1(8).

5. Conclusão

Mesmo com todos os avanços médicos alcançados na área dos distúrbios alimentares, são necessárias mais pesquisas com a finalidade de se estabelecer diagnóstico preciso, tratamento adequado e reconhecimento de recidivas. Por ser uma patologia complexa e de difícil diagnóstico, o acompanhamento do paciente deve ser feito a longo prazo para que sejam tomadas as medidas necessárias para salvar a vida do anoréxico. Para isso, o apoio de amigos e familiares do paciente representam uma das principais formas de ajuda.

O tratamento pode salvar o paciente. Encorajamento, carinho, persistência, bem como informações sobre os riscos das desordens alimentares são necessários para convencer a pessoa enferma a procurar ajuda, iniciar, manter - ou recomeçar - o tratamento.