

Uma Vida com Anemia...

— S. Barbosa*, A. Esteves*, A. Ferreira*, P. Felgueiras**, D. Guerra***, A. Pinto**** —

Resumo

A doença celíaca (DC) é uma enteropatia inflamatória autoimune desencadeada pela ingestão de glúten. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 48 anos, com antecedentes de anemia e hipotireoidismo conhecidos desde a infância, má progressão estatuto-ponderal e atraso cognitivo. Referenciada a consulta de Medicina por anemia e astenia. Do estudo complementar realizado, foi identificada anemia ferropénica, trombocitose, défice de ácido fólico, elevação da velocidade de sedimentação e anticorpos anti-gliadina, anti-transglutaminase e anti-tiroglobulina positivos. Endoscopia digestiva alta: duodeno com pregas normais, mas com bordos recortados e padrão marmoreado, cuja histologia das biópsias mostrou atrofia vilositária total, hiperplasia criptal e infiltrado linfocitário. Assumida doença celíaca e tiroidite de Hashimoto. Iniciada dieta sem glúten.

Palavras-chave: anemia, hipotireoidismo, doença celíaca, tiroidite de Hashimoto.

Abstract

Celiac disease (CD) is an autoimmune inflammatory enteropathy triggered by the ingestion of gluten. The authors present a case of a 48 years-old woman with history of anemia and hypothyroidism known since childhood, poor progression-weight status and cognitive delay. Referenced to consultation by anemia and asthenia. Complementary study showed iron deficiency anemia, thrombocytosis, folic acid deficiency, high sedimentation rate and positive anti-gliadin, anti-transglutaminase and anti-thyroglobulin antibodies. Endoscopy showed duodenum with normal folds, but with jagged edges and marbled pattern, whose histology of the biopsies showed villous atrophy, criptal hyperplasia and lymphocytic infiltrate. Assumed celiac disease and Hashimoto's thyroiditis. Initiated gluten-free diet.

Keywords: anemia, hypothyroidism, celiac disease, Hashimoto's thyroiditis.

INTRODUÇÃO

A doença celíaca é uma enteropatia inflamatória autoimune desencadeada pela ingestão de glúten em pessoas geneticamente suscetíveis (HLA DQ2 e DQ8)^{1,2,3}. Pode aparecer em qualquer idade, sendo a sua prevalência estimada de 1-2%^{2,4,5}, afeta sobretudo mulheres (rácio 2:1)^{3,6} e é mais frequente nas pessoas com outras doenças autoimunes, nomeadamente tiroidite de Hashimoto, diabetes *mellitus* tipo 1 e nos com familiares de 1º grau com a doença³. A doença celíaca é caracterizada por um amplo espectro clínico, podendo ocorrer sintomas gastrointestinais que cursam com má absorção

severa, mais frequente nas crianças¹. Nos adultos os sintomas são habitualmente menos frequentes, manifestando-se frequentemente por astenia e deficiência de ferro com ou sem anemia⁶, o que leva à necessidade de uma elevada suspeição da doença². O diagnóstico baseia-se na presença de anticorpos anti-gliadina, anti-transglutaminase ou anti-endomísio e presença de atrofia das vilosidades, hiperplasia das criptas e infiltração linfocitária na biópsia do intestino delgado^{1,2,5}.

CASO CLÍNICO

Mulher de 48 anos de idade, caucasiana, solteira e doméstica. Enviada pelo Médico Assistente

à consulta de Medicina Interna para estudo de anemia e astenia. Tinha como antecedentes pessoais atraso cognitivo e má progressão estatuto-ponderal sem causa identificada, hipotireoidismo diagnosticado em 1972 e anemia conhecida desde a infância, com internamento para estudo em 1987 (Quadro I), mas sem causa identificada. Medicada habitualmente com ferro oral e levotiroxina. Na primeira consulta, ao exame objetivo, de destacar, palidez mucocutânea, IMC 19Kg/m², TA-118/80mmHg e FC-80bpm, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdómen mole, depressível e indolor. Sem adenopatias palpáveis. Do estudo analítico realizado, de destacar anemia normocítica e normocrômica (Hb 9,6g/dL), trombocitose,

*Interna de Formação Específica de Medicina Interna.

**Assistente Hospitalar de Medicina Interna.

***Diretora de Serviço de Medicina Interna.

****Diretor de Departamento de Medicina Interna.

Unidade Local de Serviço de Alto Minho, Hospital de Santa Luzia, Serviço de Medicina I, Viana do Castelo, Portugal.

QUADRO I - Estudo analítico efetuado.

Estudo analítico	Internamento em 1987	Consulta Medicina	Valores de referência
Hb (g/dl)/Htc (%)	7,2/21	9,6/30	11,8-15,8/36-46
VGM (fL)/CHGM (g/dL)	76/29,6	89/32	80,4-96,4/31,7-35,7
Leuc (109/L)/Neutr (%)	6400/70	7970/63	4-10/55-75
Plaquetas (109/L)	240 000	527 000	150-400
Reticulócitos (%)/VS (mm)	0,5/ 38	1,08/136	0,5-1,5/4-10
Sódio/Potássio (mmol/L)	140/4,3	136/4,7	135-145/3,5-5,0
Ureia/Creatinina (mg/dL)	---/---	24/0,61	17-43/0,6-1,0
AST/ALT (UI/L)	18/28	19/30	8-35/7-45
Bilirrubina total (mg/dL)	0,27	0,4	0,3-1,2
Ferro (µL/dL) /Ferritina (ng/mL)	76/---	19/8	70-180/4,6-204
CTFF (µL/dL)/Transferrina (mg/dL)	302/---	450/315	250-425/310
Vitamina B12/Acido fólico	---	550/ 1,2	187-843/2,3-17,6
TSH(uUI/mL)/T4L(ng/dL)	---	7,84/1,17	0,35-4,94/0,7-1,48
Cálcio/Fósforo (mg/dL)	---	8,6/3,4	8,6-10,3/2,5-4,9

Hb: hemograma, Ht: hematócrito, VGM: volume globular médio, MCHC: concentração de hemoglobina globular média, VS: velocidade de sedimentação, AST: aspartato aminotransferase, ALT: alanina aminotransferase, GGT: gama glutamil transpeptidase, CTFF: capacidade total fixação ferro, TSH: hormona tiro-estimulante, T4L: tiroxina livre.

elevação da velocidade de sedimentação (136mm), ferro sérico e ácido fólico diminuídos e elevação da capacidade total fixação ferro e da hormona tiro-estimulante (TSH) (Quadro I). Anticorpos anti-gliadina IgA e IgG positivos (>250 000 RU/mL), anticorpos anti-transglutaminase IgA positivos (950 000 RU/mL) e anticorpos anti-tiroglobulina positivos. Pesquisa de sangue oculto e exame parasitológico nas fezes (3 amostras) negativas. Radiografia de tórax: sem infiltrados pulmonares. Ecografia abdominal: sem alterações morfo-estruturais do fígado, baço e pâncreas normais e sem adenomegalias identificáveis. Endoscopia digestiva alta mostrou duodeno com pregas de dimensões normais, mas com bordos recortados e padrão marmoreado. Realizadas biópsias do duodeno cuja histologia mostrou atrofia vilositária total e hiperplasia criptal (Figura 1), com linfócitos T intra-epiteliais (Figura 2), alterações compatíveis com doença celíaca. Assumida doença celíaca e iniciada dieta sem glúten^{2,3}. No entanto, a doente não cumpriu a dieta e abandonou a consulta.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A doença celíaca é uma causa de anemia ferropénica por deficiência de absorção e o diagnóstico deve ser sempre considerado nos

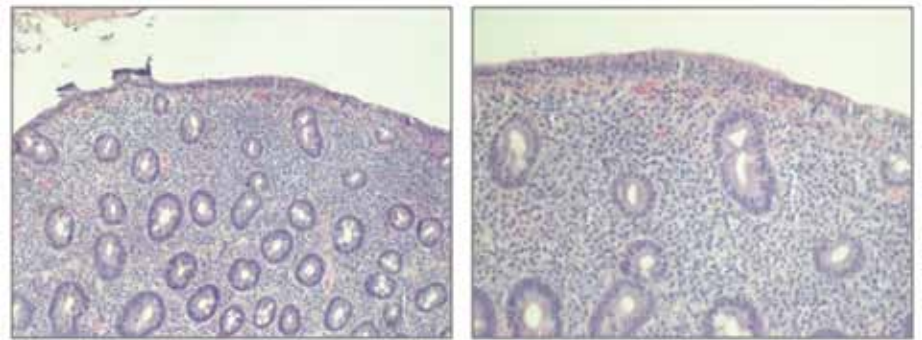


FIGURA 1 - Histologia de biópsia de duodeno: atrofia vilositária total e hiperplasia criptal.

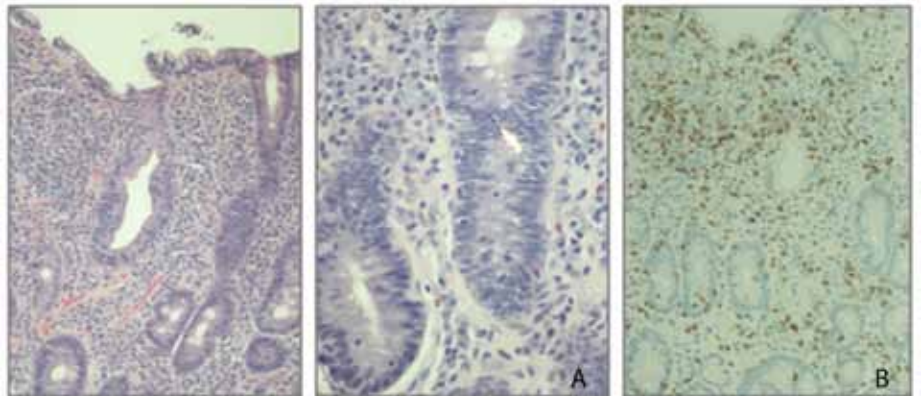


FIGURA 2 - Histologia de biópsia de duodeno: (A) cripta com linfócitos T intra-epiteliais; (B) marcador imunocitoquímico CD3 expresso pelos linfócitos T.

adultos com anemia ferropénica que não respondem à terapêutica oral com ferro. No caso clínico apresentado, o diagnóstico de doença celíaca não foi realizado na infância, o

que conduziu à má progressão estatuto-ponderal e ao atraso cognitivo irreversíveis. Quando referenciada à consulta de Medicina, apresentava apenas astenia e anemia ferropénica, tendo sido, sem dúvida, a suspeição clínica essencial para a realização do diagnóstico. A doença celíaca está ainda associada a outras doenças autoimunes, tais como a tiroidite de Hashimoto, que a doente também apresentava. A doença celíaca está associada a um maior risco de malignidade, particularmente nos doentes mais idosos⁶. A neoplasia mais frequentemente associada é o linfoma intestinal^{6,7}, sobretudo após a sexta década de vida⁶. A dieta isenta de glúten parece ter um efeito protetor no risco de desenvolvimento de neoplasias⁶.

Os autores apresentam este caso procurando realçar a importância da suspeita clínica de doença celíaca no adulto perante anemia fer-

ropénica refratária à terapêutica com ferro oral e da associação desta entidade clínica com outras doenças autoimunes, especialmente as da tiróide. ▽

Correspondência:

Dra. Susana Manuela Rocha Barbosa

Travessa do Caminho de Santiago, nº 65 – Quintiães
4750-639 Barcelos

E-mail: susana_manuela_barbosa@hotmail.com

Telemóvel: +351 963842197

BIBLIOGRAFIA

1. Vivas S, Vaquero L, Rodríguez-Martín L, Caminero A. Age-related differences in celiac disease: Specific characteristics of adult presentation. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2015; 6(4): 207-212.
2. Castillo N, Theethira T, Leffler D. The present and the future in the diagnosis and management of celiac disease. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2015 Feb; 3(1): 3-11.
3. Fasano A, Catassi C. Clinical practice. Celiac disease. *N Engl J Med.* 2012 Dec 20; 367(25): 2419-26.
4. Leffler D. Celiac disease diagnosis and management: a 46-year-old woman with anemia. *JAMA.* 2011 Oct 12; 306(14): 1582-92.
5. Freeman H. Adult celiac disease and its malignant complications. *Gut Liver.* 2009 Dec; 3(4): 237-246.
6. Rashtak S, Murray JA. Celiac disease in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am.* 2009 Sep; 38(3): 433-46.
7. Ludvigsson J. Mortality and malignancy in celiac disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2012 Oct; 22(4): 705-22.

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO MAJOR E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM MÉDICOS INTERNOS

Sabe-se que os médicos internos se encontram em risco elevado de depressão *major*, mas a prevalência estimada desta perturbação do humor, neste grupo profissional, varia substancialmente entre os vários estudos efectuados. Foi partindo deste contexto, que Mata e colab. efectuaram uma revisão sistemática dos estudos sobre a prevalência de depressão *major* ou sintomatologia depressiva nos médicos internos. A metodologia utilizada foi a seguinte:

- Pesquisa sistemática dos estudos, com informação sobre a prevalência de depressão *major* ou sintomatologia depressiva, indexados na EMBASE, ERIC, MEDLINE e PsycINFO entre Janeiro de 1963 e Setembro de 2015;
- A informação sobre as características dos estudos e a prevalência de depressão e sintomas depressivos foi extraída de forma independente por 2 investigadores treinados.

Foram extraídos dados de 31 estudos transversais (incluindo 9.447 médicos) e de 23 estudos longitudinais (incluindo 8.113 médicos). Três estudos utilizaram entrevistas estruturadas e 51 estudos utilizaram questionários de autoavaliação. A prevalência global agrupada de depressão ou sintomatologia depressiva foi de 28,8%, com elevada heterogeneidade entre os estudos. As estimativas de prevalência variaram entre 20,9%, para o "Patient Health Questionnaire" com 9 itens e 43,2%, para o "PRIME-MD" com 2 itens. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os estudos transversais e os longitudinais, entre os estudos com internos no início do internato vs. no final do internato e entre os estudos dos internos das especialidades não cirúrgicas, vs. das especialidades cirúrgicas e não cirúrgicas conjuntamente.

Os autores concluem que a prevalência estimada de depressão *major* ou sintomatologia depressiva nos médicos internos é de 28,8%, variando entre 20,9% e 43,2% de acordo com o instrumento de avaliação usado, e tem aumentado ao longo dos anos. Salientam ainda que é necessária mais investigação para identificar estratégias eficazes para prevenir e tratar a depressão nos médicos internos.

Referência: Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, Sen S. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2015; 314(22): 2373-83

ERRATA. CORRIGENDUM

No artigo, intitulado "Nova Formulação de Diosmina 900 mg: Uma Potencial Contribuição para Melhorar a Adesão à Terapêutica na Doença Venosa Crónica", publicado na *Anamnesis* nº 224 – Outubro/Novembro/Dezembro 2016, págs. 23 a 26, nos Quadros III e V, no texto superior da 5ª coluna a contar da esquerda (primeira a coluna a contar da direita) onde se lê "inferior t" deverá ler-se "superior t". Deste erro, involuntário, de revisão, pedimos desculpa aos nossos leitores.

In the article "Nova Formulação de Diosmina 900 mg: Uma Potencial Contribuição para Melhorar a Adesão à Terapêutica na Doença Venosa Crónica", published in "Anamnesis nº 224 – Outubro/Novembro/Dezembro 2016" – pages 23 - 26, in the Tables III and V, the upper text of the 5th column from the left (first column from the right), which reads "inferior t", should read "superior t". For this unintentional review error we apologize to our medical readers.