

RELATO DE CASO

TRANSMISSÃO DO *TRYPANOSOMA CRUZI* EM UM CASO, DURANTE ALEITAMENTO, EM ÁREA NÃO ENDÊMICA

Maria das Dores Medina-Lopes

É relatado um caso de fase aguda inaparente da doença de Chagas em lactente de sete meses de idade, filho de chagásica crônica. Excluiu-se a possibilidade de transmissão congênita, vetorial ou por hemotransfusão concluindo-se pela transmissão da infecção chagásica via aleitamento materno.

Palavras-chaves: Fase aguda inaparente da Doença de Chagas. Transmissão do Trypanosoma cruzi. Aleitamento materno.

REGISTRO DO CASO

A.M.P.C., sexo feminino, nasceu em 01.10.87, de parto normal, hospitalar, pesando 3.180g e medindo 51cm de comprimento, tendo score de Apgar de 9 no 1º e 5º minutos de vida. Por ser filha de chagásica crônica, incluída em estudo prospectivo, por nós realizado, sobre a transmissão materno-infantil da doença de Chagas, foi submetida à pesquisa de *T. cruzi*, através do exame de 10 ml do sangue do cordão, pelo método de Strout modificado⁹ e xenodiagnóstico², realizado no 2º dia de vida. Para o xenodiagnóstico, utilizamos 20 ninfas de *Dipetalogaster maximus*, 1º estágio, sendo a duração do repasto de 30 minutos. Os triatomíneos foram examinados em 19.11.87 e 01.12.87, em "pools" de cinco espécimes, com resultado negativo.

A criança recebeu alta hospitalar com dois dias de vida, apresentando-se sem alterações ao exame clínico. Voltou para controle em 17.11.87 (com um mês e 17 dias de vida), pesando 4,9kg e medindo 55 cm de comprimento, sendo normal ao exame clínico.

Novamente compareceu ao ambulatório em 05.04.88, pesando 6,7kg e medindo 65cm de comprimento. Como alteração ao exame, apresentava discreta palidez cutâneo-mucosa. Foi então colhida amostra de sangue para realização de provas sorológicas de rotina para infecção chagásica (hemaglutinação e imunofluorescência indiretas). O resultado de ambas foi reagente.

Em 10.05.88, tinha ganho apenas 100g de peso e não apresentava alterações clínicas além de palidez e taquicardia (frequência cardíaca de 140 batimentos

por minuto). Ao garrotearmos o braço para a coleta de sangue, apresentou petéquias na extremidade distal do membro. A pesquisa de *T. cruzi*, através do método de Strout modificado, foi positiva. O nível de hemoglobina registrado foi de 9,1 g%, o hematócrito de 30%, e a contagem de plaquetas de 367.000/mm³. A contagem de leucócitos foi de 19.600/mm³ sendo 2% de eosinófilos, 17% de segmentados e 81% de linfócitos. As provas bioquímicas de funções hepática e renal estavam normais. O exame sumário de urina revelou vestígios de proteína, 20 células de descamação superficial por campo, 40 hemácias por campo, cilindros hialinos raros e granulados um por campo.

À punção lombar obteve-se líquido límpido com cinco células por mm³ (100% linfócitos), com 52mg% de glicose e 25mg% de proteínas. O eletrocardiograma e o ecocardiograma foram normais. A paciente foi submetida a tratamento com benzonidazol.

Como antecedentes, registraram-se, através da informação materna, apenas dois episódios de febre: um deles, caracterizado como reação pós-vacinal, em 02.01.88, de curso fugaz; o outro, com duração de dois dias, associado à infecção de vias aéreas superiores, aos quatro meses de idade.

Alimentou-se exclusivamente de leite materno até os cinco meses, quando foram introduzidos outros alimentos, persistindo porém o aleitamento natural. Mãe refere fissuras mamilares apenas na primeira semana pós-parto.

O calendário vacinal estava atualizado.

A curva de crescimento ponderal¹⁰ registrada no cartão de saúde da menina mostrava um crescimento em torno do percentil 75 até a idade de dois meses. Aos quatro meses de vida, situava-se no percentil 50, sendo que aos seis meses, quando compareceu à consulta, observamos que havia caído para o percentil 25. A partir daí, o peso manteve-se praticamente num platô até os oito meses, época da última avaliação.

Antecedentes maternos. A mãe, 23 anos, gesta III para III, estava sendo por nós acompanhada desde 18.12.84 quando se encontrava no curso do segundo trimestre da segunda gestação, época em que soube ser

Trabalho realizado no Hospital Regional da Asa Sul (Fundação Hospitalar do Distrito Federal) com o apoio do Núcleo de Medicina Tropical e Nutrição da Universidade de Brasília e do Instituto de Saúde do Distrito Federal.

Endereço para correspondência: SHIS QI 15 conj. 12 casa 08 - Lago Sul 71600 Brasília-DF.

Recebido para publicação em 4/7/88

chagásica. Natural de Pirapora (Minas Gerais), residiu na zona rural em casa infestada por triatomíneos até a idade de 13 anos. Aos 18 anos de idade transferiu-se para o Distrito Federal. Lembra ter sido picada por triatomíneos, mas não recorda episódio compatível com a fase aguda da doença de Chagas.

Da primeira gestação, nasceu em 20.05.83 uma criança do sexo masculino, de parto normal, hospitalar, a termo, em boas condições. A criança alimentou-se de leite materno por três meses. Aos seis, apresentou diarreia e emagrecimento progressivo vindo a falecer aos sete meses de idade.

Na segunda gestação, a paciente assintomática, foi submetida a dois xenodiagnósticos, sendo ambos positivos. A criança nascida em 08.04.85, de parto normal, teve Strout e xenodiagnósticos negativos. A menina alimentou-se regularmente de leite materno até a idade de um ano e oito meses e voltou a amamentar ocasionalmente após a terceira gestação materna, sendo a última vez em janeiro de 1988. Foi acompanhada do ponto de vista clínico e sorológico até 17.05.88, época da última sorologia, cujo resultado foi negativo para infecção chagásica, sendo normal ao exame clínico.

Durante o aleitamento da 2ª gestação pesquisamos *T. cruzi* nas secreções lácteas maternas, inoculando camundongos com colostro e centrifugado de leite. Os camundongos inoculados foram submetido a xenos. Todas as leituras efetuadas no 30º e 60º dias após o repasto foram negativas¹².

Na terceira gestação, da qual nasceu a criança motivo desta publicação, foi submetida a xenodiagnóstico no dia imediato ao parto, sendo o resultado positivo.

Situação epidemiológica. Paciente nasceu e reside no Distrito Federal de onde seguramente nunca se afastou. Além do Hospital Regional da Asa Sul, onde nasceu, e da residência dos pais, freqüentou mais duas unidades domiciliares.

Solicitamos à Superintendência de Campanhas (SUCAM) que examinasse as três unidades domiciliares e peridomiciliares, o que foi feito em 17.05.88. Não se encontrou triatomíneos nem vestígios. Ademais, todas as casas eram de alvenaria, com reboco, sendo que em toda a localidade predomina esse tipo de habitação.

COMENTÁRIOS

A paciente desenvolveu a fase aguda da infecção chagásica de forma inaparente, detectada sorologicamente aos seis meses de vida devido a exames de rotina e, comprovada parasitologicamente aos sete meses de idade. Entretanto, aos exames, a paciente apresentou taquicardia, anemia e linfocitose que fazem parte do quadro clínico da fase aguda da doença de Chagas. Ademais, aos quatro meses de

idade, a curva de ganho ponderal caiu do percentil 75 para o 50, sendo que aos seis meses, quando do diagnóstico sorológico, encontrava-se no percentil 25. Aachamos possível que a infecção tenha sido adquirida em torno dos quatro meses e a ela imputamos a modificação da curva de crescimento ponderal, modificação essa que foi se acentuado no curso da infecção, chegando a promover um platô entre os seis e os sete meses de idade.

A forma inaparente da fase aguda da doença de Chagas tem sido identificada tanto na infecção congênita^{1 7 10 14} quanto por triatomíneo¹⁵. E agora a assinalamos na transmissão pelo aleitamento. Somente a busca ativa da infecção pelo *T. cruzi* pode surpreendê-la. Se a criança não estivesse incluída em nosso estudo prospectivo, a fase aguda passaria despercebida e a menor perderia a possibilidade de cura, decorrente do tratamento adequado, a qual é, considerando-se todas as faixas etárias, em nossa casuística, de 80%, semelhante aos dados da literatura⁴ mas que, nessa faixa etária, chega a alcançar índices de 100%¹³.

Afastamos a possibilidade da infecção ter sido adquirida através de triatomíneos devido à paciente nunca ter se ausentado da área onde reside, na qual não há vestígios de barbeiros, sendo os domicílios e peridomicílios freqüentados pela menor, impróprios à colonização desse inseto⁵. Exclui-se também, a possibilidade de transmissão por hemotransfusão pelo fato da criança nunca ter sido submetida a esse procedimento. A infecção congênita foi afastada ao nascimento através da realização de pesquisa de *T. cruzi* pelos métodos de Strout e do xenodiagnóstico, efetuado no 2º dia de vida, com 20 ninfas de *D. maximus*. Embora o exame direto possa resultar em falso negativo³ o xenodiagnóstico confirma 100% dos indivíduos infectados na fase aguda da doença³ sendo, portando, um método seguro para excluirmos a infecção congênita em nosso caso.

A transmissão através do sangramento mamilar é pouco provável pelo fato da mãe não ter amamentado durante o mesmo.

A presença de *T. cruzi* em secreções lácteas humanas já foi registrada por nós em mulher na fase aguda da doença¹¹ e, anteriormente por Mazza⁸. Temos evidências anteriores⁹ e neste caso, de que o *T. cruzi* também possa estar presente nas secreções lácteas de mulheres chagásicas na fase crônica da doença, através do encontro de seus lactentes em fase aguda nos quais as demais formas de transmissão foram afastadas.

SUMMARY

Report of an inapparent case of acute Chagas' disease in a seven-month-old infant, born of a woman with a chronic infection. The possibilities

of congenital transmission, vectorial or by hemotransfusion were excluded. The conclusion was Chagas infection via breast-feeding.

Key-words: *Inapparent acute Chagas' disease. Trypanosoma cruzi* transmission. Breast-feeding.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Aluizio Prata, pelas sugestões na execução deste trabalho. Ao Dr. Paulo Juvenal Alves, pela realização do ecocardiograma. Ao Dr. João Carlos Pinto Dias e à equipe da SUCAM composta pelo Dr. Edmar Cabral da Silva, Dr. Álvaro Lázaro Assis, Inspetor Vicente de Paula Soares de Souza pela pesquisa triatomínica efetuada na localidade onde a paciente reside.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bittencourt ACL. Doença de Chagas congênita na Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública 11:165-208, 1984.
2. Brumpt E. O xenodiagnóstico: aplicação ao diagnóstico de algumas infecções parasitárias e em particular à Tripanosomose de Chagas. Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia 3:97-102, 1914.
3. Cerisola JA, Rohwedder R, Segura EL, Prado CF, Alvarez M, Martini GJW. El xenodiagnóstico. Ministerio de Bienestar Social, Buenos Aires, 1974.
4. Ferreira HO. Tratamento da doença de Chagas pelo benzonidazol. Tema apresentado no Congresso de Infectologia Pediátrica. Belo Horizonte, 24 a 29 de julho de 1982.
5. Garcia-Zapata MTA, Marsden PD. Chagas' disease. Clinics in Tropical Medicine and Communicable Diseases 1:557-585, 1986.
6. Hamill PV, Drizd TA, Johnson CL, Reed RB, Roche AF, Moore WM. Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles. The American Journal of Clinical Nutrition, 32:607-629, 1979.
7. Manero AA. Efermedad de Chagas congenita. Revista de Medicina de Cordoba 46: 325-328, 1958.
8. Mazza S, Montaná A, Benitez C, Janzi FA. Transmisión de *Schizotrypanum cruzi*, al niño por leche de la madre con efermedad de Chagas. MEPRA 28:41-46, 1936.
9. Medina-Lopes MD. Transmissão materno-infantil da doenças de Chagas. Tese de mestrado. Universidade de Brasília. Brasília - 1983.
10. Medina-Lopes MD, Guerra LMP, Macêdo V. Estudo prospectivo sobre a transmissão congênita da Doença de Chagas. Relato de um caso assintomático. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 17 (supl.): 83, 1984.
11. Medina-Lopes MD, Macêdo V. *Trypanosoma cruzi* no colostro humano. Nota Prévia. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 16:170, 1983.
12. Medina-Lopes MD, Macêdo V. Pesquisa dos *T. cruzi* nas secreções lácteas de chagásicos crônicos. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 20(Supl. II): 39, 1987.
13. Moya PR, Paolasso RD, Blanco S, Lapasset M, Saumartino C, Basso B, Moreti E, Cura D. Tratamiento de la enfermedad de Chagas com nifurtimox durante los primeros meses de vida. Medicina (Buenos Aires) 45:553-558, 1985.
14. Pifano CF. Alguns aspectos da enfermidade de Chagas na Venezuela. Anais do Congresso Internacional de Chagas. Rio de Janeiro 4: 1185-1216, 1963.
15. Teixeira MGLC. Doença de Chagas. Estudo da forma aguda inaparente. Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, p. 51, 1977.