

DOENÇA DE CHAGAS: REGISTRO DE UM CASO AGUDO TRANSFUSIONAL

Dalva Marli Valério WANDERLEY (1), Luis Marcelo ARANHA CAMARGO (2) & Maria Esther de CARVALHO(1).

RESUMO

Registro de um caso agudo de doença de Chagas transfusional em criança de 4 anos, com diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, em São Paulo, Capital. A investigação epidemiológica levou à confirmação da positividade sorológica do doador, procedente de área endêmica de doença de Chagas. São feitas considerações a respeito da necessidade de se realizar triagem sorológica adequada em doadores de sangue. Ressalta-se que este se constitui no primeiro caso notificado à Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, nos últimos cinco anos.

UNITERMOS: Doença de Chagas aguda transfusional; Notificação; Vigilância epidemiológica.

INTRODUÇÃO

A doença de Chagas transfusional constitui um desafio, tanto para a comunidade científica quanto para os responsáveis pelas instituições de saúde, principalmente em áreas em que a transmissão natural atingiu seu nível mais elevado de controle¹¹.

Inquéritos realizados entre doadores de sangue, nas grandes cidades brasileiras, têm levado a estimativa de prevalência, para infecção chagásica, entre 0,5 a 15,0%. Para a cidade de São Paulo, o índice está próximo de 2,0⁴. Normas de vigilância epidemiológica, vigentes no Estado, recomendam notificação de casos de doença de Chagas aguda à Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), da Secretaria de Estado da Saúde, a qual deverá proceder à investigação

epidemiológica após a elucidação do diagnóstico e averiguar condições de disseminação da doença em populações de risco⁸. Nos últimos anos, entretanto, a SUCEN não tem recebido notificações, em que pese a existência de casos agudos da doença relatados no Estado^{9, 10} por vezes inclusive notificados ao Escritório Regional de Saúde (ERSA) de São Paulo. Quanto a este aspecto julga-se oportuno acrescentar ao elenco de razões para o não registro de casos de tripanosomíase americana, em que a transmissão se deu por transfusão, apontado por TOLEZANO e cols.¹², o fato de que as normas de vigilância epidemiológica, não estando adaptadas à reestruturação da Secretaria da Saúde, definindo fluxos de notificações, levam à subnotificação no próprio âmbito desta pasta.

(1) Pesquisador Científico da Divisão de Orientação Técnica da SUCEN, São Paulo, Brasil.

(2) Médico Sanitarista da Divisão de Orientação Técnica da SUCEN e Pós Graduando do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Dra. Dalva Marli Valério Wanderley, Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), Rua Paula Souza, 166, CEP 01027 São Paulo, SP, Brasil.

No presente momento, em que emergem discussões sobre controle de qualidade do sangue utilizado em transfusões e a necessidade de seu adequado tratamento, torna-se particularmente relevante o relato deste caso, indicativo de uma atitude salutar quando se leva em conta a subnotificação de casos de doenças endêmicas de suma importância para o Brasil em geral e nosso Estado em particular. Desse modo poderão orientar-se mais adequadamente ações de vigilância epidemiológica da doença de Chagas aguda no Estado de São Paulo, as quais incluiriam a dos Bancos de Sangue, considerando-se que há muito se tem alertado para a necessidade de triagem sorológica adequada (CAMPOS e cols.¹ *apud* TOLEZANO e cols.¹²).

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de quatro anos, do sexo feminino, natural de São Bernardo do Campo, procedente do município de Diadema, São Paulo, sem história de viagens para zona endêmica da doença de Chagas. Desde novembro de 1987 tem diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, quando iniciou tratamento quimioterápico. Refere-se a transfusão de sangue em 04/01/88.

No início de fevereiro (não foi possível precisar a data) começou a apresentar febre (39-40°C), sendo medicada com cefalosporina de segunda geração com melhora, mas não remissão do quadro febril. Em 10/02/88 foi avaliada por hematologista, pois persistia o quadro febril. Nesta ocasião foi realizado um hemograma, sendo observado no esfregaço de sangue periférico a presença de formas de tripomastigotas, sugestivas de *Trypanosoma cruzi*. Após consulta ao Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia de São Paulo, foi instituída no dia 24/02/88 a terapêutica com benzonidazol, na dosagem de 5mg/kg/dia, por 60 dias.

Passados 5 dias a paciente apresentou edema de face e membros superiores, dispnéia e diminuição do débito urinário. Nesta ocasião, no Hospital Santa Marcelina, foi instituída a transfusão de papa de hemácia, digoxina e furosemida com melhora do quadro. Foi internada no Hospital São Paulo em 27/02/88 com as seguintes hipóteses diagnósticas: doença de Chagas aguda pós-transfusional, leucemia linfocítica aguda em

remissão, insuficiência cardíaca aguda (devido a "cor anemicus", miocardite chagásica e/ou pós-quimioterapia), febre de origem indeterminada, vasculite por doença de Chagas e coma de grau I (devido a toxemia, meningoencefalite chagásica e/ou hemorragia meníngea, pois apresentava plaquetopenia). A técnica sorológica realizada, Reação de Imunofluorescência Indireta, para pesquisa de anticorpos anti-*T. cruzi* das classes IgM e IgG, revelou-se negativa.

No dia seguinte foi realizado um eletrocardiograma que evidenciou extrassístoles ventriculares multifocais, compatíveis com miocardite chagásica e exame de líquido cefalorraquiano, que apresentou padrão incomum.

O quadro manteve-se inalterado, foi mantida a medicação anterior e de exame subsidiário: foi solicitada uma telerradiografia de tórax, que evidenciou um aumento global da área cardíaca.

No dia 02/03/88 a paciente apresentou quadro de convulsão tônico-clônica generalizada. Foi medicada com benzodiazepínico, apresentou regressão no quadro, porém evoluiu para quadro neurológico compatível com coma grau III. Neste mesmo dia foi realizada uma tomografia computadorizada de crânio onde levantou-se a hipótese diagnóstica de edema cerebral e novo exame de líquido cefalorraquiano, que apresentava um aumento de celularidade às custas de células linfomononucleares e aumento discreto de proteínas, não tendo sido observada a presença de formas sugestivas de *T. cruzi*.

Até o dia 06/03/88 o quadro manteve-se inalterado. O exame ecocardiográfico revelou um aumento discreto de átrio esquerdo e discreto derrame pericárdico. em seguida houve melhora do quadro neurológico com superficialização da coma.

No dia 10/03/88 a paciente apresentava-se com uma melhora do estado geral. A evolução do quadro neurológico deixou como seqüela uma discreta dislalia. O quadro de miocardite e de insuficiência cardíaca envolveram clinicamente e a paciente encontrava-se afebril desde o dia 5.

Como medida de terapêutica, a paciente estava em uso de benzonidazol e o esquema quimioterápico para a leucemia foi mantido, suspendendo-se o uso de digitálico e diurético.

Nesta ocasião as hipóteses diagnósticas eram: doença de Chagas pós transfusional, leucemia linfocítica aguda, miocardite chagásica aguda em remissão e meningoencefalite chagásica em remissão.

A paciente teve alta em 04/04/88 e encontra-se atualmente em acompanhamento do quadro leucêmico no Ambulatório de Hematologia.

INVESTIGAÇÃO DO DOADOR

Indivíduo do sexo masculino, 37 anos, casado, residente em São Paulo, Capital, há 19 anos, procedente do Estado do Piauí onde residiu até 18 anos. Na anamnese afirmou conhecer o "barbeiro". Em doação anterior no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi informado que era "chagásico", recebendo orientação para acompanhamento. Posteriormente, a ausência de repercussão clínica em consulta a médico particular levou-o a descartar o diagnóstico, sem que fosse realizada nova sorologia.

Em seguida, solicitado para repor sangue pela família de um paciente, fez a doação em Banco de Sangue, sendo que o material coletado constituiu lote posteriormente transfundido na paciente de 4 anos que desenvolveu quadro de doença de Chagas agudo. Na triagem de rotina do Banco de Sangue não houve resposta às técnicas sorológicas utilizadas: Inibição de Hemaglutinação (IHA) e Reação de Fixação de Complemento (RFC). A Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI) não é realizada de rotina, apenas para confirmação de casos suspeitos.

A confirmação laboratorial da infecção chagásica no doador foi realizada posteriormente pelo Instituto Adolfo Lutz, pela SUCEN e pelo próprio Banco de Sangue, através de RIFI (1/1024), IHA (1/16) e RFC (1/512) observando-se a concordância de resultado entre eles.

COMENTÁRIOS

O Decreto 95.721 de fevereiro de 1988, que regulamenta a Lei nº 7.649, que "estabelece a

obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças"², incluiu a doença de Chagas no elenco daquelas com triagem obrigatória, em todo o território nacional.

Do ponto de vista da vigilância da doença de Chagas aguda, torna-se imperiosa a prontidão do diagnóstico e a instituição imediata da terapêutica específica que, além de possibilitar uma diminuição da parasitemia, minimiza o risco de miocardite^{5,6}. Reversão de positividade sorológica, entre pacientes submetidos a tratamento, foi observada em maior proporção entre os casos que se encontravam na fase aguda do que entre os crônicos^{5, 7}. A triagem sorológica de doadores deve, necessariamente, ser precedida por uma investigação epidemiológica destes, objetivando selecioná-los por meio de anamnese cuidadosa, aí incluída a verificação de procedência, prática cuja adoção não foi observada no caso presente. Ainda que sejam disponíveis técnicas sorológicas com características de sensibilidade e especificidade suficientes para revelar cerca de 90% e não a totalidade dos casos, o risco teórico de transmissão seria reduzido de 0,5 para 0,05% se usada apenas uma técnica e para 0,01% se usadas duas simultaneamente, de acordo com DIAS³. É subentendido, entretanto, um controle de qualidade do conjunto de operações e de reagentes envolvidos nessas reações, executado de acordo com normas internacionalmente aceitas como adequadas.

SUMMARY

Chagas' Disease: an acute transfusional case report.

Report of a case of acute transfusional Chagas' disease in a four-year old child with a previous diagnosis of acute lymphocytic leukemia, transmitted in São Paulo, the Capital of São Paulo State, Brazil.

Epidemiological investigation disclosed the donor's serological positivity and his previous residence in an area where Chagas' disease is endemic. The importance of adequate serological screening in blood donors is evident. It should be stressed that this is the first case notified to the Superintendência de Controle de En-

demias (SUCEN) (Superintendency for the Endemy Control) of the State Secretariat of Health, São Paulo, for the last five years.

AGRADECIMENTOS

Os autores expressam seus agradecimentos aos Drs. Ricardo Oliva e Maria das Graças Fernandes Longino, do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pela notificação do caso à SUCEN; Mirthes Ueda, Paulo M. Nakamura, Regina Maria Benelli, Eide Dias Camargo e Carmem Sílvia de Melo Pialarissi, da Seção de Sorologia do Instituto Adolfo Lutz de São Paulo e à equipe médica da Enfermaria de Doenças Infecciosas e Parasitárias (Pediatria) do Hospital São Paulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPOS, C.; REZENDE, J. M. & RASSI, A. — Prevalência da doença de Chagas no banco de sangue do Hospital das Clínicas de Goiânia. Possibilidade de falha da reação de Machado e Guerreiro na seleção de doadores. *Rev. Soc. bras. Med. trop.*, 9: 165-174, 1975 apud TOLEZANO e cols., 1980.
2. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Decreto nº 95.721 de 11 de fevereiro de 1988. Brasília, 1988. p. 2600-2601.
3. DIAS, J. C. P. — Perspectivas e controle da doença de Chagas no Brasil. *Cad. saúde públ. (Rio de Janeiro)*, 2: 84-103, 1986.
4. DIAS, J. C. P. — Epidemiologia e controle da doença de Chagas no Brasil: panorama atual. *Rev. Soc. bras. Med. trop.*, 20 (Supl.): 155, 1987.
5. FERREIRA, H. O. — Ensaio terapêutico clínico com o benzonidazol na doença de Chagas. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 18: 357-364, 1976.
6. MACEDO, V. & SILVEIRA, C. A. — Perspectivas da terapêutica específica na doença de Chagas. "Experiências na forma indeterminada". *Rev. Soc. bras. Med. trop.*, 20 (Supl. 2): 24-26, 1987.
7. MARSDEN, P. D. — 3 Chagas' disease: clinical aspects. In: GILLES, H. M. — *Recent advances in tropical medicine*. Edimburgh, Churchill Livingstone, 1984. p. 63-77.
8. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Centro de Informações de Saúde. *Manual de vigilância epidemiológica. Normas e Instruções*. São Paulo, 1978.
9. SHIKANAI YASUDA, M. A.; TOLEZANO, J. E.; LOPES, M. H.; HIGAKI, Y.; MOREIRA, A. A. B.; ODONI, V.; BARONE, A. A.; UMEZAWA, E.; GUILHERME, S. C.; FUNAYAMA, G.; SHIROMA, M.; NUNES, E. V.; POSSI, D.; OSELKA, G. & AMATO NETO, V. — Doença de Chagas aguda no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP: vias de transmissão e controle pós terapêutico. *Rev. Soc. bras. Med. trop.*, 20 (Supl. 2): 37, 1987.
10. SOUBIHE, N. V.; FIORILLO, A. M. & AMBRÓSIO, C. A. — Doença de Chagas aguda pós transfusional. Relato de um caso com evolução clínico terapêutica atípica. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 25: 195-197, 1983.
11. SOUZA, A. G.; WANDERLEY, D. M. V.; BURALLI, G. M. & ANDRADE, J. C. R. — Consolidation of the control of Chagas' disease vectors in the State of São Paulo. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 79 (Suppl.): 125-131, 1984.
12. TOLEZANO, J. E.; UEDA, M.; MITUSKA, H.; PASCHOAL, S. M. P.; MORAES, C. R.; MARTINS, M. A. & LIMA, M. A. P. — A tripanosomíase americana e sua transmissão transfusional. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, 40: 83-88, 1980.

Recebido para publicação em 20/05/1988.