

Cardiopatia Crônica após Tratamento de Doença de Chagas Aguda Oral

Chronic Heart Disease after Treatment of Oral Acute Chagas Disease

Andrei Fornanciar Antunes¹, Simão Gonçalves Maduro¹, Bruna Valessa Moutinho Pereira², Maria das Graças Vale Barbosa^{2,3}, Jorge Augusto de Oliveira Guerra³, João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira^{1,2}

Hospital Universitário Francisca Mendes¹; Universidade Estadual do Amazonas (UEA)²; Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado³, Manaus, AM – Brasil

Resumo

Descreve-se a recorrência de alterações cardíacas em paciente tratado na fase aguda de doença de Chagas, após seguimento ambulatorial de 5 anos.

Introdução

A doença de Chagas, descrita há mais de 100 anos por Carlos Chagas, é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma das doenças tropicais mais negligenciadas no mundo. Prevalente nos países em desenvolvimento, representa grande impacto social e econômico em muitas regiões da América Latina. O comportamento natural da doença, caracterizada, inicialmente, por uma fase aguda, que se apresenta como síndrome febril inespecífica, oligossintomática, seguida por uma fase crônica, de evolução longa, latente, pode dificultar o diagnóstico em tempo hábil ao tratamento adequado.^{1,2}

Desde a década de 1990, a região amazônica tem registrado aumento na incidência de casos isolados ou em pequenos surtos de doença de chagas aguda (DCA), sendo, em sua maioria, resultantes de transmissão oral por ingestão de alimentos contendo restos do vetor ou seus dejetos contaminados com o *Trypanosoma cruzi*.²⁻⁴

Em publicação prévia, descrevemos o acometimento cardíaco em cinco pacientes com a forma aguda da doença de Chagas tratados com benzonidazol.⁴

Neste relato, expomos um destes casos, no qual, durante seguimento a longo prazo, observou-se recorrência do acometimento cardíaco após 5 anos de tratamento, a despeito das provas sorológicas e dos exames parasitológicos se tornarem negativos.

Relato de Caso

JANF, sexo masculino, procedente da área rural de Manaus (AM), 15 anos de idade em 2007, quando apresentou quadro

Palavras-chave

Doença de Chagas; Cardiomiopatia Chagásica; *Trypanosoma cruzi*.

Correspondência: Andrei Fornanciar Antunes •

Hospital Universitário Francisca Mendes/Universidade Federal do Amazonas. Rua Vila Amazonas, 488, Apto. 303B, Cd Champs Elysees, Adrianópolis.

CEP 69057240, Manaus, AM – Brasil

E-mail: andrei_antunes@yahoo.com.br

Artigo recebido em 07/07/15; revisado em 29/09/15; aceito em 14/10/15.

DOI: 10.5935/abc.20160115

de DCA relacionado à transmissão oral por ingestão de suco de açaí. Na época, evoluiu com palpitações, dor torácica e dispneia aos médios esforços. O eletrocardiograma em repouso apresentava extrassistolia ventricular frequente e o ecocardiograma, disfunção ventricular esquerda de grau discreto com fração de ejeção de 50%. Foi tratado para insuficiência cardíaca com captopril, carvedilol e furosemida e, para doença de Chagas, com benzonidazol por 60 dias. Finalizado o tratamento, o paciente se tornou assintomático e os exames cardiológicos foram normais. Houve, ainda, negatificação da sorologia e de exames parasitológicos para doença de Chagas. Após 5 anos assintomático, o paciente iniciou quadro de palpitações taquicárdicas. O eletrocardiograma apresentava ectopia ventricular isolada, e o ecocardiograma e a ressonância magnética cardíaca foram normais. No registro eletrocardiográfico ambulatorial (Holter), apresentou ectopia ventricular monomórfica frequente, episódios de bigeminismo ventricular e episódios frequentes de taquicardia ventricular não sustentada (Figuras 1 e 2). Os exames imunológicos e parasitológicos para doença de Chagas (gota espessa com pesquisa de *T. cruzi*, xenodiagnóstico e PCR) foram negativos, descartando a presença de reativação da fase aguda da doença de Chagas. Foi instituído tratamento antiarrítmico com amiodarona (200 mg/dia), com melhora dos sintomas e normalização dos parâmetros eletrocardiográficos.

Discussão

Durante a fase aguda da doença de Chagas, a maioria dos pacientes tem um prognóstico benigno, e a remissão completa dos sintomas ocorre entre 60 e 90 dias, independente de intervenção terapêutica.^{3,5} O objetivo do tratamento da doença na sua fase aguda é erradicar o parasita, combater os sinais e sintomas, e prevenir a evolução para forma crônica da doença que, por sua vez, enseja grande morbimortalidade ao longo dos anos. Há relatos de que a forma adquirida por transmissão oral apresenta curso clínico mais severo e elevada taxa de mortalidade.⁶

O paciente em questão apresentou boa resposta a terapia com benzonidazol, sendo que, ao final do tratamento, observou-se regressão completa das anormalidades cardíacas, bem como negatificação sorológica e parasitológica.

Todavia, passados 5 anos, houve recorrência dos sintomas cardíacos com queixas de palpitações taquicárdicas, que revelaram, na investigação eletrocardiográfica, presença de arritmia ventricular. Ecocardiograma transtorácico e ressonância magnética cardíaca não evidenciaram quaisquer alterações morfológicas e/ou funcionais. Os exames de imagem normais sugeriram a provável etiologia chagásica,

Relato de Caso

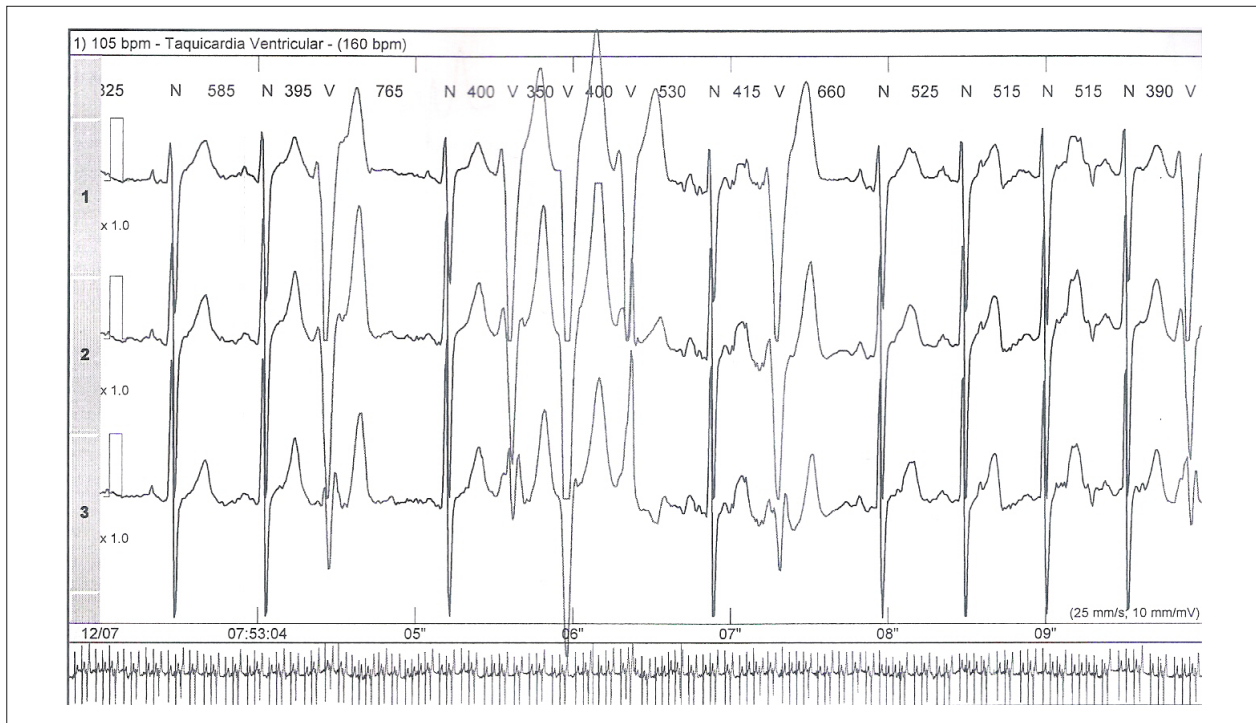


Figura 1 – Registro eletrocardiográfico de episódio de taquicardia ventricular não sustentada no Holter.



Figura 2 – Registro eletrocardiográfico de bigeminismo ventricular no Holter.

por não demonstrarem alterações sugestivas de outros diagnósticos diferenciais como, por exemplo, a displasia arritmogênica do ventrículo direito.

As principais hipóteses para a gênese das arritmias ventriculares deste paciente seriam a presença de pequenas áreas de fibrose intersticial cicatricial, a disfunção autonômica ou o distúrbio da microcirculação. Essas alterações são observadas em pacientes acometidos pela doença de Chagas, podendo levar a desacoplamento elétrico, impedindo a adequada condução do estímulo e resultando em potências circuitos reentrantes, geradores das arritmias.⁷

A ausência de fibrose detectável na ressonância cardíaca não afasta completamente a possibilidade de pequenas áreas de fibrose intersticial miocárdica. Estudo prévio em pacientes com outro tipo de cardiopatia demonstrou sensibilidade de apenas 74% da ressonância magnética para detecção de fibrose miocárdica focal quando comparada com estudo histopatológico.⁸ Além disso, outro estudo demonstrou que, em cerca de 21% dos pacientes com sorologia positiva para doença de Chagas e evidência de arritmias ventriculares, não há fibrose miocárdica detectável pela ressonância magnética.⁹

O sistema nervoso autônomo foi avaliado pela variabilidade da frequência cardíaca no domínio do tempo, que é um método validado para essa análise, sendo os resultados obtidos considerados normais em relação aos valores de referência das diretrizes europeia e americana (SDNN = 161 ms, SDANN = 144 ms, pNN50 = 21% e RMSSD = 44 ms).¹⁰ Porém, a função autonômica possui um mecanismo complexo e vários métodos podem ser utilizados para seu estudo, não existindo um exame padrão-ouro para a avaliação.¹⁰ O teste ergométrico em uso de amiodarona apresentou déficit cronotrópico e ausência de indução de arritmias ventriculares significativas.

Relatos na literatura de pacientes tratados na fase aguda da doença de Chagas seguidos a longo prazo têm evidenciado alterações eletrocardiográficas e/ou ecocardiográficas persistentes a despeito do tratamento. Não se sabe se essas alterações correspondem a fase crônica da doença de Chagas ou à seqüela do acometimento agudo em paciente livre do parasita.⁵

O presente caso chama atenção por se referir a um paciente tratado na fase aguda de doença de Chagas com acometimento cardíaco, com normalização dos sintomas e exames cardiológicos, que, ao final do seguimento de 5 anos, experimentou recorrência de arritmia ventricular cardíaca, sem critérios que relacionem à reativação da doença, mas indicando evolução para forma crônica arritmogênica. Essa anormalidade pode acarretar importante morbimortalidade, com elevado risco de morte súbita cardíaca e disfunção ventricular grave a longo prazo.

Conclusão

A evolução para forma crônica da doença de Chagas é um evento indesejável. Para evitar esse desfecho, o tratamento adequado da doença em sua fase aguda é fundamental. O seguimento a longo prazo também se faz necessário, tendo em vista a complexidade fisiopatológica dessa afecção, o que dificulta estabelecer critérios de cura precisos, mesmo diante da normalização de todas provas laboratoriais disponíveis nos dias atuais.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Antunes AF, Guerra JAO, Ferreira JMBB; Obtenção de dados: Antunes AF, Maduro SG, Pereira BVM, Guerra JAO, Ferreira JMBB; Análise e interpretação dos dados: Antunes AF, Maduro SG, Pereira BVM, Barbosa MGV, Guerra JAO, Ferreira JMBB; Obtenção de financiamento: Guerra JAO, Ferreira JMBB; Redação do manuscrito: Antunes AF; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Maduro SG, Barbosa MGV, Guerra JAO, Ferreira JMBB.

Potencial conflito de interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de financiamento

O presente estudo foi parcialmente financiado por FAPEAM.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

1. Murcia L, Carrilero B, Saura D, Iborra MA, Segovia M. [Diagnosis and treatment of Chagas disease]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31 (Suppl 1):26-34.
2. Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas disease. *Lancet*. 2010;375(9723):1388-402.
3. Pinto AY, Ferreira SM, Valente SA, Valente VC, Ferreira Jr AG. Alterações eletrocardiográficas durante e após tratamento com benzonidazol em fase aguda de doença de Chagas autóctone da Amazônia brasileira. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2010;1(2): 67-76.
4. Barbosa-Ferreira JM, Guerra JA, Santana Filho FS, Magalhães BM, Coelho LI, Barbosa Md. [Cardiac involvement in acute Chagas' disease cases in the Amazon region]. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94(6):e147-9.
5. Pinto AY, Valente Vda C, Coura JR, Valente SA, Junqueira AC, Santos LC, et al. Clinical follow-up of responses to treatment with benznidazol in Amazon: a cohort study of acute Chagas disease. *PLoS One*. 2013;8(5):e64450.
6. Benchimol Barbosa PR. The oral transmission of Chagas' disease: an acute form of infection responsible for regional outbreaks. *Int J Cardiol*. 2006;112(1):132-3.
7. Barbosa MP, Carmo AA, Rocha MO, Ribeiro AL. Ventricular arrhythmias in Chagas disease. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2015;48(1):4-10.
8. Nigri M, Azevedo CF, Rochitte CE, Scharaibman V, Tarasoutchi F, Pommerantzeff PM, et al. Contrast-enhanced magnetic resonance imaging identifies focal regions of intramyocardial fibrosis in patients with severe aortic valve disease: correlation with quantitative histopathology. *Am Heart J*. 2009;157(2):361-8.
9. Tassi EM, Continentino MA, Nascimento EM, Pereira Bde B, Pedrosa RC. Relationship between fibrosis and ventricular arrhythmias in Chagas heart disease without ventricular dysfunction. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(5):456-464.
10. Heart rate variability: standards of measurement, physiological, interpretation and clinical use. Task force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Circulation*. 1996;93(5):1043-65.