

Doença de Chagas aguda: uma moléstia negligenciada e esquecida

Acute Chagas disease: a neglected and forgotten disease

João Ozório Rodrigues Neto
Professor de medicina do UniFOA.
joao.neto@foa.org.br

Cristiane Silveira Cunha
Professora de medicina do UniFOA.

Natallia Rodrigues Batalha
Acadêmica de medicina do UniFOA.

Victor Gama de Matos
Acadêmico de medicina do UniFOA.

Mauro Cesar Tavares de Souza
Professor de medicina do UniPTAN.

RESUMO:

A Doença de Chagas, descrita por Carlos Chagas em 1909, ainda se constitui em um problema de saúde pública na América Latina e Caribe. A forma aguda da doença é comumente esquecida quando da avaliação do diagnóstico diferencial entre as afecções febris, devido ao quadro clínico inespecífico. Esta atitude negligente, por desconhecimento ou desatenção, pode levar o paciente infectado à morte. O médico generalista precisa estar atento à presença desta doença, suas manifestações clínicas, seu diagnóstico sorológico e seu tratamento, com vistas e evitar mortes desnecessárias, principalmente em regiões endêmicas.

Palavras-chave:

Doença de Chagas. Doenças febris agudas. *Tripanossoma cruzi*.

ABSTRACT:

The Chagas disease, described by Carlos Chagas in 1909, still constitutes a public health problem in Latin America and the Caribbean. The acute form of the disease is often forgotten in the differential diagnosis of febrile disorders, which can lead to death, the infected patient. The physician must be aware of the presence of this disease, its clinical manifestations, their diagnosis and treatment, in order and avoid unnecessary deaths, especially in endemic regions.

Keywords:

*Chagas disease. Acute febrile diseases. *Tripanosoma cruzi*.*

Como citar este artigo?

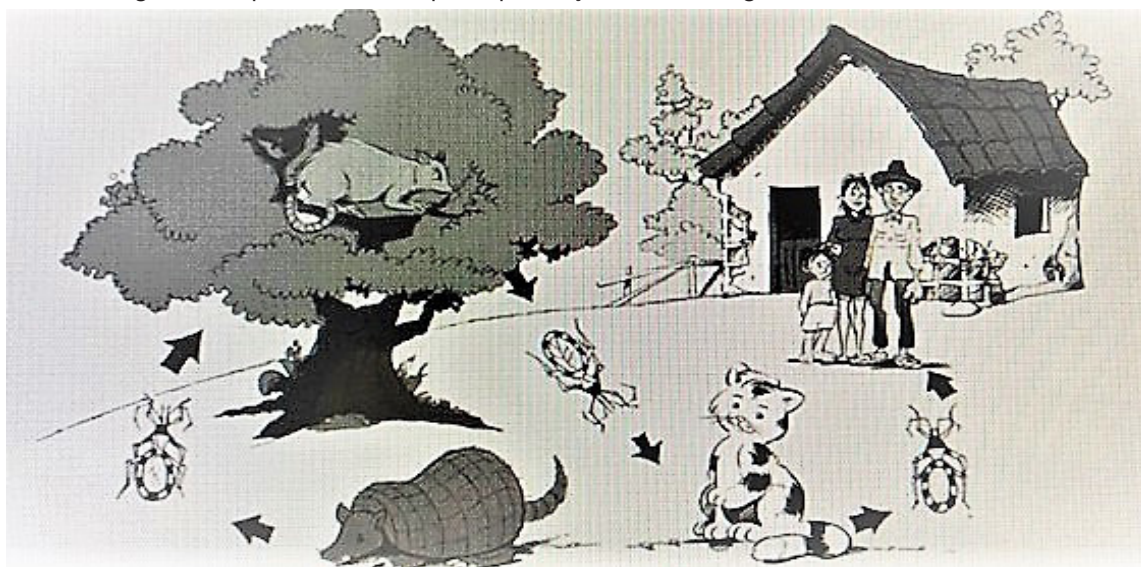
Neto JOR, Cunha CS, Batalha NR, Matos VG, Souza MCT. Doença de Chagas aguda: uma moléstia negligenciada e esquecida. RECMVR Ahead of print; 2:37-43.

1 INTRODUÇÃO:

A Doença de Chagas é uma moléstia da era pré-colombiana, causada por um protozoário, o *Trypanosoma cruzi*, encontrada em múmias no Chile e no Peru, há quase nove mil anos. Ela se tornou endêmica acerca de trezentos anos, devido ao desmatamento acentuado intimamente relacionado à expansão da agricultura, o que levou o homem a entrar em contato com o ecossistema do parasita. Está presente desde o sul dos Estados Unidos até o extremo sul da Argentina e do Chile. A doença tem um inseto vetor do gênero *Triatoma sp.*, que se alimenta de sangue e que pode integrar os três ecossistemas associados à doença: o domicílio, o peri-domicílio e o ambiente selvagem. Devido a sua natureza hematófaga e ao aspecto de sua picada, o inseto vetor foi apelidado de “inseto beijador” (*kissing bug*) e de “inseto de cama” (*bed bug*), nos EUA e México ^{1,2,3}.

Os três ciclos da doença: o selvagem, o peri-domiciliar e o doméstico são amplamente intercambiáveis. A figura 1 mostra de forma esquemática, a interação entre estes três ambientes.

Figura 1- adaptada da cartilha para a prevenção da D. de Chagas no Nordeste do Brasil ¹⁶.

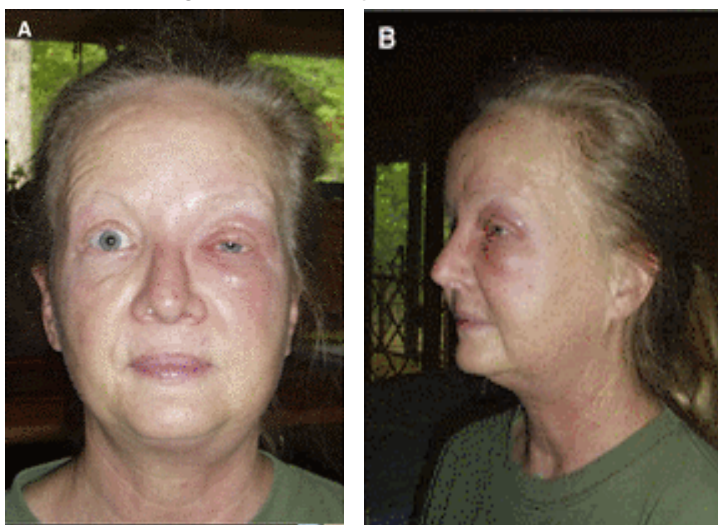


Fonte: ?

Os insetos vetores habitam os três ecossistemas e mantêm a infecção entre os animais domésticos, geralmente cão e gato; os animais silvestres: gambás, ratos, morcegos e tatus; e o homem e seus convidados: caçadores, pescadores, turistas e trabalhadores da indústria extrativa como: colhedores de açaí, palmito, piaçava e borracha ³. O inseto vetor vive nas fendas das paredes e tetos mal construídos das habitações rurais humanas, perpetuando a infecção e a exposição de pessoas ao perigo da doença ⁴.

O inseto vetor possui hábitos noturnos e sua picada se dá sempre em áreas descobertas do corpo do homem. Por isso, a picada na face é tão frequente levando ao sinal semiológico mais característico da doença, o sinal de Romaña. A figura 2 apresenta abaixo este sinal característico.

Figura 2 A e B- Adaptada de Carter- 14.



Fonte: ?

2 METODOLOGIA:

A partir do caso descrito por Carter¹⁴; de uma paciente americana em visita ao Caribe e que retornou para casa na América com uma doença febril, cujo diagnóstico definitivo demorou quase 3 meses, e as notícias de um surto agudo da doença em Florianópolis, devido à ingestão de caldo de cana contaminado com fezes de *T. cruzi*; cujo diagnóstico definitivo demorou quase 2 meses; foi realizada uma pesquisa em livros, artigos científicos e portais governamentais com as palavras-chave: doença de chagas aguda; *Chaga's disease* e "*maladie de Chagas*". O objetivo principal desta revisão foi o de tentar compreender porque tanta demora no diagnóstico de uma afecção curável, que se negligenciada, levará o paciente à morte ou a graves sequelas.

2.1 Aspectos clínicos da doença:

Ao picar, o inseto vetor defeca, e em suas fezes encontram-se as formas infectantes do *T. cruzi*. Quando o paciente coça o local da picada, as fezes infectantes são introduzidas nas mucosas ocular e oral e na ferida aberta pela picada, levando as formas infectantes para a corrente sanguínea do hospedeiro. Após um período latente de uma a duas semanas, iniciam-se os sintomas de fase aguda da doença, altamente inespecíficos: febre, adinamia, náuseas e vômitos, diarreia, *rash* cutâneo, infartamento ganglionar e hepatoesplenomegalia. A maioria das infecções agudas é branda e auto-limitada, podendo durar de oito a doze semanas, evoluindo o indivíduo infectado para a fase indeterminada da doença e posteriormente para a fase crônica. Numa pequena porcentagem de infectados a forma aguda pode ser grave, com instalação de um quadro de miocardite grave ou de meningoencefalite, condições com alta letalidade ^{3,4,5,6,7,10,12,14}.

Durante a fase aguda, o hospedeiro apresenta acentuada redução da resposta imunológica, com queda dos níveis de TCD4 e TCD8, indução de anergia, deleção clonal no compartimento de leucócitos T, com a finalidade de perpetuar a infecção. O estado imunológico é capaz de determinar a forma evolutiva da doença: assintomática, forma crônica e acometimento cardíaco ou gastrointestinal ^{4,8,20}.

A tabela 1 mostra de forma esquemática as três fases da doença.

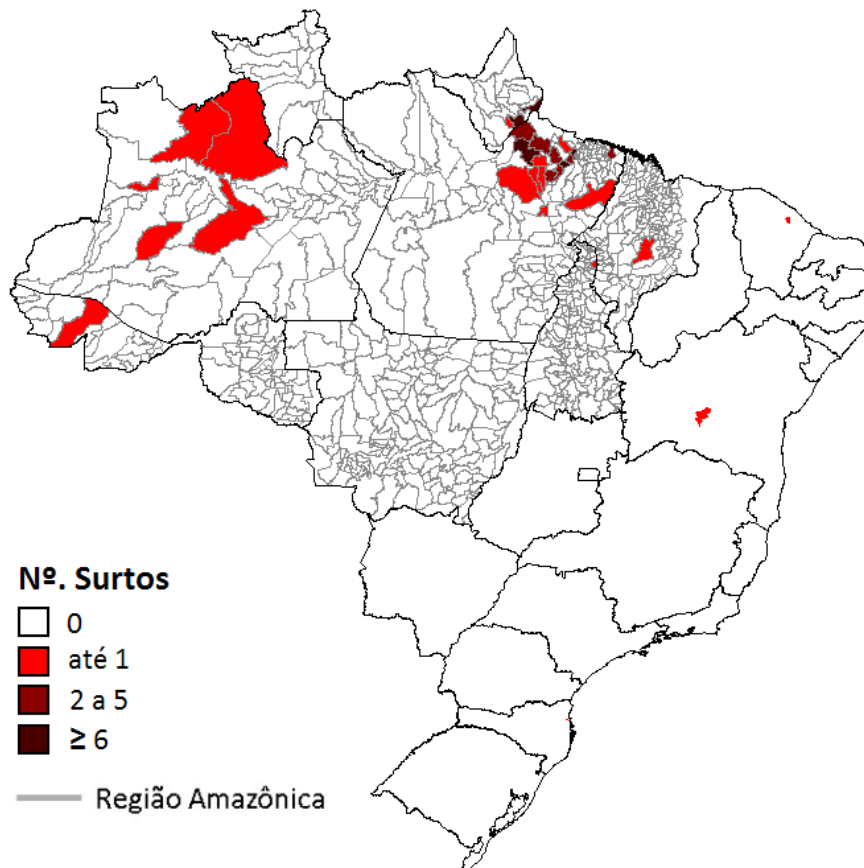
Tabela 1 - Adaptado de Malik- 12.

Fase	Duração	Sintomas
Aguda	8-12 semanas	Febre, adinamia, linfadenopatia Sinal de Romaña, Chagoma de inoculação. Anormalidades no ECG: taquicardia; BAV 1º grau Miocardite- forma rara.
Indeterminada	Décadas	Anormalidades da condução no coração. Anormalidades da função segmentar do coração. Morte súbita cardíaca (rara).
Crônica	Décadas	Assintomático. Megas no trato gastrintestinal. Miocardiopatia dilatada, morte súbita, bloqueio cardíaco.

Fonte: ?

Devido ao fato de os sintomas de fase aguda serem muito inespecíficos, simulando uma virose simples, somente quando aparecem os surtos da doença, os serviços médicos em áreas endêmicas se lembram dela. Casos isolados, em áreas não-endêmicas da doença, são com frequência negligenciados, levando a graves consequências para o infectado. A figura 3 apresenta um mapa esquemático, com os casos de doença aguda no Brasil, com destaque para a região Amazônica, de 2005 a 2013.

Figura 3- Adaptada do Boletim de Vigilância em Saúde- 15.



Fonte: ?

Observa-se uma clara preponderância de casos agudos na Região Amazônica, notadamente na região do Rio Negro, onde existem comunidades atuando na extração de piaçava, planta empregada na confecção de vassouras 10,15.

Porém, não foi só na Amazônia que se observaram os casos agudos. Eles foram encontrados em todas as regiões brasileiras. A tabela 2 apresenta os casos confirmados de Doença de Chagas aguda, de 2000 a 2013.

Tabela 2- Adaptada do Boletim de Vigilância em Saúde- 15.

Região	Formação de Contaminação					Total
	Oral	Vetorial	Vertical	Ignorada	Outras	
Norte	1023	70	1	329	7	1430
Nordeste	33	14	1	23	2	73
Sudeste	0	2	1	8	1	12
Sul	25	0	3	0	0	28
Centro Oeste	0	14	0	12	1	27

Fonte: ?

Como se percebe, a via oral, com a ingestão acidental do parasito, é a forma mais frequente de transmissão da doença no Brasil. Essa via de contaminação produz uma doença muito grave com alta carga infectante de parasitas. Verificaram-se surtos agudos graves com ingestão de açaí e de de caldo de cana 3,4,10.

Outra forma aguda grave é aquela que acomete o hospedeiro imuno- comprometido, como os portadores de doenças crônicas como o câncer, os pacientes submetidos a transplantes e os portadores de AIDS. Nestas situações a doença pode resultar de infecção per si ou de reativação da doença, que até então, estava na forma indeterminada ou crônica. Neste grupo de pacientes, a doença se caracteriza por extrema gravidade dos sintomas e elevada mortalidade 4,11,13.

A segunda causa mais importante de transmissão é aquela por transfusão sanguínea, com administração de sangue não testado para a doença. Este tipo de perigo é maior nos EUA e na Europa. Com a globalização, o fluxo de migrantes em busca de melhores condições de vida se acentuou para estas regiões, levando legiões de contaminados em seus países de origem. Estima-se que nos EUA existam 300 mil contaminados e 30 mil novos casos por ano. Na Europa a doença foi encontrada na Espanha e na Itália. A crise humanitária com a chegada de populações inteiras fugindo das guerras nos países árabes e africanos, tende a agravar ainda mais, esta condição de saúde pública 3,4,5,12,17,18,19.

3 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos vinte anos os governos da América Latina desenvolveram programas de erradicação da Doença de Chagas, em seus territórios, especialmente nos países do cone sul do continente. O Brasil adquiriu um certificado de erradicação da doença em 2006. Apesar de todo este esforço, a doença voltou, principalmente na Amazônia, onde a atividade extrativista invadiu o ambiente selvagem. A aquisição da doença por via oral é muito preocupante, sendo que o primeiro surto foi detectado em 2005, no Estado de Santa Catarina, decorrente da ingestão de caldo de cana contaminado. A doença é grave e quando não mata na forma aguda, é responsável por importante morbidade na sua forma crônica. Por apresentar um quadro clínico altamente inespecífico, que pode simular inúmeras doenças, todo médico deve estar atento para considerar a forma aguda da Doença de Chagas ao se deparar com um quadro de febre prolongada. Outro fator determinante para o sucesso do diagnóstico clínico é a aquisição de uma história epidemiológica detalhada, de todo caso suspeito.

REFERÊNCIAS

1. Ruzeles CIG. Chagas agudo: realidade de una enfermedad desatendida e olvidada. Resúmen del 6° Congreso de actualizacion en el laboratorio clinico. Universidad de Santander 2013; 327-29.
2. Moffitt JE, Venauske D, Goddard J. Allergic reactions to Triatoma bites. Ann Allergy Asthma Immunol 2003; 91: 122-28.
3. Coura JR. Chagas disease: control, elimination and eradication. Is it possible? Mem Inst Oswaldo Cruz 2013; 1087 (8): 962-67.
4. Andrade DV, Gollob KJ, Dutra WO. Acute Chagas disease: new global challenges for an old neglected disease. Plos Negl Trop Dis 2014; 8 (7): e3010.
5. Coura JR. The main scenarries of Chagas disease transmissiona comprehensive review. Mem Inst Oswaldo Cruz 2015; 110 (3): 277-82.
6. CDC Centers of disease control and prevention. What is Chagas disease? Atlanta. GA. 2015. Disponível em: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/diseases/>. Acesso em 2016.
7. Goddard J, de Schizo RD, Golden DB, Danzi DF, Feldweg AM. Reactions to bites of kissing bugs. Uptodate.com 2015; 1-14. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/reactions-to-bites-from-kissing-bugs-primarily-genus-triatoma>. Acesso em 2016.
8. Nardy AF, Freire-de-lima CG, Morrot A. Immune evasion strategies of T. cruzi. J Immunil Research 2015; article 178947. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jir/2015/178947/>. Acesso em 2016.
9. Dias JCP, Silveira AC, Schffield CJ. The impact of Chagas disease in Latin America- a review. Mem Inst Oswaldo Cruz 2002; 97 (5): 603-12.
10. Barbosa MG et alli. Chagas disease in the state of Amazonas: history, epidemiological evolution, risks of endemicity and future perspectives. Rev Soc Med Trop 2015; 48 (1): 27-33.
11. Riarte A, Luna C, Shatiello R. Chagas disease in patients with kidney transplants. Clin Infec Dis 2009; 29: 561-68.
12. Malik LH, Singh G, Amsterdam EA. The epidemiology, clinical manifestations and menagement of Chagas heart disease. Clin Cardiol 2015; 38 (9): 565-69.
13. Kun H et alli. Tranmission of T. cruzi by heart tranplantation. Clin Infec Dis 2009; 48: 1534-38.
14. Carter YL, Juliano JJ, Montgomery SP, Kvarnstron Y. Acute Chagas disease in a return traveller. Am Journ Trop Med 2012; 87: 1038-40.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 2015; 21. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em 2016.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria Regional do Estado do Rio Grande do Norte. Programa de controle de doenças endêmicas no Nordeste Brasileiro 2014. Disponível em: http://portal.saude.rn.gov.br/sites/portal.saude.rn.gov.br/files/plano_sanar_2011-2014.pdf. Acesso em 2016.

17. Organisation Mondiale de la Santé. Maladie de Chagas en Amerique Latine: le poit épidémiologique basé sur les estimation de 2010-2015; 90 (6): 33-44.
18. Edwards MS, Rensch MA, Todd CW, Czaicki N, Steurer FJ, Bern C, Montgomery SP. Perinatal Screening for Chagas disease in Southern Texas. *Journ Ped Infect Dis* 2013; 1-4.
19. Montgomery SP, Starr MC, Cantey PT, Edwards MS, Meymandi SK. Neglected parasitic infections in the United States: Chagas disease. *Am J Trop Med Hyg* 2014; 90: 814-18.
20. Lima SR, Soares MBP, Santos RR. Terapia celular na doença de Chagas. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2009; 31 (1): 87-92.