

## FORMA INDETERMINADA DA DOENÇA DE CHAGAS

MARIA GABRIELA MENDOZA SASSI\*  
 JOMAR PEREIRA LAURINO\*\*  
 GIOVANI BARUFFA\*\*\*

### RESUMO

Este trabalho consta de uma revisão sobre a Forma Indeterminada da Doença de Chagas. Abordamos aspectos epidemiológicos, clínicos, laboratoriais, histopatológicos e sócio-econômicos; destacando a existência de alterações funcionais cardíacas, que devem ser consideradas nas restrições a determinadas atividades profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Trypanosoma cruzi*, Doença de Chagas, Forma Indeterminada.

### ABSTRACT

This work is a revision about the Indetermined Form of Chaga's disease. It deals with epidemiological, clinical, laboratorial, histopathological and socio-economical aspects with emphasis in the existence of functional cardiac alterations which must be considered in the restriction of certain professional activities.

### CONSIDERAÇÕES GERAIS

O fluxo migratório ininterrupto do campo para a cidade traz uma série de problemas aos médicos diante do paciente na forma indeterminada(FI). Não é raro que testes de seleção profissional recusem os candidatos, baseados numa reação sorológica positiva. Com isso, vai engrossando o número de desempregados e subempregados, criando sérios problemas de ordem familiar e social, cujas conseqüências são a fome e a miséria. Se não existissem outras razões para o estudo da FI e de sua possível evolução, só o problema médico-social, por ela posto, seria sem dúvida o fator mais importante.

\* Professora Auxiliar de Moléstias Infecciosas e Parasitárias. Fundação Universidade do Rio Grande.

\*\* Médico. Mestrando em Imunologia, Escola Paulista de Medicina.

\*\*\* Professor Titular de Medicina Interna. Fundação Universidade do Rio Grande.

É natural, portanto, o interesse dos pesquisadores na procura de alterações, mesmo que mínimas, que possam denunciar o comprometimento precoce e evolutivo de órgãos e aparelhos.

A FI é caracterizada, segundo Macedo<sup>17</sup>, "por apresentar sorologia reagente e/ou xenodiagnóstico positivo na ausência de manifestações clínicas cardíacas, digestivas ou nervosas, assim como, de alterações eletrocardiográficas e radiológicas do coração e do tubo digestivo".

O conceito de forma indeterminada foi introduzido por Carlos Chagas em 1916<sup>6</sup>, quando reconheceu a existência de indivíduos aparentemente normais que se comportavam como "cardíacos potenciais".

Em 1953, Laranja<sup>13</sup> deu a seguinte configuração à forma indeterminada: "Desaparecidas ou atenuadas as manifestações clínicas da fase aguda . . . passa o paciente a uma condição mais ou menos assintomática de infecção crônica e assim permanece durante um longo período, de duração provavelmente superior a dez ou mesmo quinze anos na maioria dos casos. Incluem-se tais casos na forma crônica indeterminada. A forma indeterminada é mais propriamente uma "forma laboratorial" . . . do que uma forma clínica . . . posto que seu diagnóstico repousa em dados laboratoriais positivos ao lado de dados clínicos (cardíacos) negativos . . . eles representam 50 a 60% do total de indivíduos com infecção crônica esquizotripânica".

Do exposto, podemos deduzir que a chancela diagnóstica da FI é a ausência de manifestações clínicas (cardíacas, digestivas ou nervosas) em pacientes cujos antecedentes e/ou provas laboratoriais denunciam a existência de uma infecção pelo *T. cruzi*.

## Epidemiologia

Nos inquéritos epidemiológicos, a FI se apresenta com uma prevalência em torno de 50%, conforme dados de Laranja<sup>13</sup> de 1953 e confirmados por Macedo<sup>17</sup> em 1980.

Em um inquérito sorológico-eletrocardiográfico, realizado na zona sul do Rio Grande do Sul<sup>3</sup>, 41,1% de 803 indivíduos soropositivos apresentaram algum tipo de alterações eletrocardiográficas, sendo que 58,9% apresentaram eletrocardiogramas normais.

No pareamento de 666 chagásicos, procedentes do mesmo inquérito<sup>4</sup>, com outros tantos não chagásicos, 30,2% dos soropositivos apresentavam eletrocardiograma alterado e 69,8% apresentavam eletrocardiograma normal. Nestes mesmos indivíduos, a anamnese mostrou-se negativa quanto a problemas digestivos; podemos considerá-los, então, com boa probabilidade na FI.

O inquérito sorológico nacional, coordenado pelo professor Camargo<sup>5</sup> e realizado entre 1975 e 1981, detectava no Brasil, aproximadamente 6 milhões de chagásicos. E desses, 3 milhões pertencem com toda probabilidade à FI.

No inquérito, o Rio Grande do Sul figura com uma prevalência de 8,84% (a maior registrada em todo o Brasil, seguindo-se Minas Gerais com 8,83%). Baseando-nos no censo de 1980, que apontava para o Estado uma população de aproximadamente 7.500.000 de habitantes, teremos no Rio Grande do Sul, a cifra de 700.000 chagásicos, dos quais 350.000 na forma indeterminada.

Nas áreas endêmicas, de acordo com Macedo<sup>17</sup>, a FI é encontrada, "principalmente nas três primeiras décadas da vida e cerca de 40% deles estão na faixa entre 20 e 40 anos".

No estudo pareado, acima citado, a FI na faixa etária de 20 a 40 anos foi vista em 187 pessoas, correspondendo a 40,2% de todos os examinados.

## Formas clínicas

Prata<sup>22</sup> no capítulo "Formas Clínicas", do livro de Cançado "Doença de Chagas" (1968), após ter frisado o conceito de "forma laboratorial", introduzido por Laranja, escreve: "provavelmente alguns pacientes permanecem neste estado a vida toda". No entanto, com o decorrer dos anos, vários vão apresentando manifestações clínicas e, por isso, foram chamados "cardíacos potenciais". Naturalmente a potencialidade deve ser considerada para as formas crônicas admitidas.

Zilton Andrade<sup>1</sup>, no capítulo "Anatomia Patológica" do mesmo livro afirma: "na nossa experiência o achado de miocardite em pacientes que faleceram de causas não cardíacas, mesmo tendo a reação Machado-Guerreiro positiva, é extremamente raro".

Podemos ver que o conceito de FI evolui de forma de passagem da fase aguda para a crônica cardíaca ("cardíacos potenciais") e de duração "provavelmente superior a dez ou quinze anos", para a possibilidade de ser uma forma estável, como admite Prata, quando escreve: "Provavelmente alguns pacientes permanecem neste estado a vida toda".

A forma indeterminada pode ser então, de acordo com as afirmações dos autores citados:

- a) uma forma estável
- b) uma forma evolutiva, levando a médio ou longo prazo às "patias".

Cabe então a pergunta: Quantas dessas pessoas permanecerão estáveis na FI e quantas evoluirão para as manifestações cardíacas e/ou digestivas ou nervosas?

Prata<sup>22</sup> é de opinião que o número de pessoas na FI poderá diminuir à medida que dispusermos de meios propedêuticos mais precisos e adequados, e também com a evolução de nossos conhecimentos. A mesma opinião é compartilhada por Ponce de León<sup>21</sup> em estudo realizado da FI no Uruguai.

## Exames complementares

Décourt e Pereira Barreto<sup>8</sup> assinalam que por meio de uma série ampla de exames complementares (vetocardiograma, fonomecanocardiografia, ventriculografia isotópica, cintilografia do miocárdio, angiografia, eletrograma do feixe de His) pode-se afirmar que uma percentagem variável de pacientes exhibe reais perturbações viscerais e que oscilam, em freqüência, de acordo com o método de exploração utilizado.

De Faria<sup>9</sup> comprovou a desnervação motora dos músculos tenares em 61% dos chagásicos na FI.

Fontes Rego<sup>11</sup> em São Felipe (Bahia), comprovou a abolição do reflexo aquileu em 14 pacientes, de 32 na FI.

Macedo<sup>15</sup> submeteu 25 pacientes na FI ao estímulo colinérgico da pilocarpina e comprovou respostas anormais, com sialorréia e hipersudação e atraso da condução AV em 24%. Os mesmos pacientes tinham sido submetidos antes, ao teste de esforço submáximo Master sem que aparecessem alterações eletrocardiográficas.

Ponce de León<sup>21</sup> realizou em 31 pacientes na FI, estudo do trânsito esofágico com 99m Tc coloidal, empregando a técnica de Russol, concluindo que em 71% dos casos a motilidade esofágica era anormal. No mesmo trabalho, o estudo da função vesical por cistografia anterógrada com 99m Tc, foi anormal em 88% dos casos.

Mady<sup>19</sup>, em estudo Hemodinâmico, conclui que a pressão diastólica do VD e a área sistólica final média eram maiores nos pacientes na FI.

Mady<sup>20</sup> em outro estudo, vetocardiográfico, em pacientes na FI, achou alterações em 88,3% (sobrecarga do VE, área inativa septal, atraso final da condução de His, bloqueio divisional do ramo esquerdo e do ramo direito).

Décourt<sup>7</sup> conclui que conforme nesta forma da Doença de Chagas, os discretos aspectos anômalos, ocorrem apenas ao nível da região sino-atrial e do ponto de vista dromótropo entre os átrios direito e esquerdo.

É necessário ter em mente, entretanto, que a real significação desses achados nos escapa e que a sua própria sutileza desaconselha qualquer conclusão definitiva.

Para o diagnóstico precoce e seguro do comprometimento cardíaco na forma dita "indeterminada" da Doença de Chagas, com suas reconhecidas implicações clínicas e sociais, deve-se esperar ainda, pela difícil caracterização dos limites da "normalidade".

## Aspectos anatomopatológicos

No que se refere aos aspectos anatomo e histopatológicos, Andrade<sup>1</sup>, como referimos acima, acha extremamente rara a constatação de miocardite em pacientes soropositivos, que faleceram de causas não cardíacas.

Mady<sup>18</sup> realizou biópsia endomiocárdica em pacientes na forma indeterminada da Doença de Chagas, encontrando alterações degenerativas e de volume de fibras cardíacas e/ou intersticiais em 60% dos casos, sendo que 40% apresentaram biópsias histologicamente normais.

Lopes e Chapadeiro<sup>14</sup>, em um grupo de chagásicos assintomáticos, que faleceram de forma violenta, encontraram coração de peso e volume normal, porém com sinais macro e microscópicos de pericardite crônica produtiva ao longo dos ramos das coronárias, com caráter focal, estendendo-se ao tecido periganglionar, aos gânglios e aos filetes nervosos do sistema nervoso autônomo intracardíaco. Constataram também destruição neuronal variável. O miocárdio apresentava-se macroscopicamente normal. Todavia 10% dos chagásicos na FI apresentavam lesão atrófica do vortex à esquerda (aneurisma apical). Microscopicamente observaram focos de infiltração linfo-plasmocitária, às vezes granulomatosos e lesões cicatriciais. O processo inflamatório era mais intenso e freqüente na região do vortex.

De acordo com esses dados pode-se concluir que muitos portadores da forma indeterminada apresentam algum comprometimento cardíaco e/ou digestivo e/ou nervoso, mas quase todas as alterações encontradas são de pequena magnitude e que apesar do comprometimento cardíaco, a mortalidade na FI é semelhante à da população geral.

## **Evolução**

Macedo<sup>17</sup> em São Felipe, reavaliando após 10 anos 400 chagásicos na FI, constatou que 76% permaneciam na mesma e 24% evoluíram para outra forma clínica. Entre os fatores de evolução para a cardiopatia, Macedo<sup>16</sup> provou ser importante a exposição às reinfecções, conseqüência das habitações com altos e persistentes índices de infestação triatomídea.

Um outro fator que, a nosso ver, pode favorecer a evolução para a forma crônica, é a urbanização. Sem dúvida esse fenômeno comporta importantes mudanças sócio-culturais, entre elas a inevitável queda qualitativa e quantitativa da alimentação, o etilismo como meio de silenciar angústias e frustrações, o "stress" representado pela baixa remuneração e pela transitoriedade do emprego. O trabalho físico é geralmente repetitivo, pouco gratificante, freqüentemente pesado e desgastante, já que no meio urbano, o indivíduo não pode imprimir ao mesmo, um ritmo próprio como no meio rural.

Uma tal soma de elementos negativos e outros ainda ligados à miséria e insalubridade da moradia, à lentidão e precariedade dos transportes que prolonga sensivelmente a jornada, termina por redundar em "sobrecargas incompatíveis com a reserva funcional de corações chagásicos", como afirmam Dias e Dias<sup>10</sup>, acelerando ou precipitando o aparecimento da cardiopatia.

## **Considerações finais**

É evidente que o médico não deve opinar sem sólidas razões de ordem clínica e paraclínica, pela exclusão do mercado de trabalho dos pacientes na FI. Se assim procedesse condenaria, como incapacitados, indivíduos em plena fase produtiva, somente tendo como base a positividade sorológica, precipitando famílias inteiras na miséria.

Mas algumas restrições devem ser consideradas, quando se trata de atividades ou profissões que comportem riscos para outras pessoas, frente à possibilidade de situações de "stress" físico e/ou psíquico prolongado do aparecimento súbito de desordens do ritmo e bloqueios em corações aparentemente normais. É justamente nesses tipos de atividades que convêm ter presente a definição de "cardíacos potenciais", dada aos portadores da forma indeterminada.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- <sup>1</sup> ANDRADE, Z. Anatomia Patológica. APUD. CANÇADO. J. R. Doença de Chagas. Imprensa Oficial Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1968. p. 315-343.

- <sup>2</sup>BARRETO, A. C. P. & MADY, Ch. Forma indeterminada da Doença de Chagas. Arq. Bras. Cardiol., 4715:299-302, 1986.
- <sup>3</sup>BARUFFA, G.; ALCANTARA F<sup>o</sup>, A.; AQUINO NETO, J. O. Correlação sorológica e eletrocardiográfica para a Doença de Chagas em populações rurais não selecionadas do Rio Grande do Sul. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., 16:120-138, 1983.
- <sup>4</sup>BARUFFA, G., ALCANTARA F<sup>o</sup>, A.; AQUINO NETO, J. O. de. Estudo pareado de cardiopatia chagásica no RGS. Brasil. Mem. Inst. Osw. Cruz, 80:457-463, 1985.
- <sup>5</sup>CAMARGO, M.; SILVA, GR.; CASTILHOS, E.; SILVEIRA, AC. Inquérito sorológico de prevalência de infecção chagásica no Brasil. 1976-1980. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo, 26:192-204, 1984.
- <sup>6</sup>CHAGAS, C. Processos patogênicos da tripanosomiase americana. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 8:5-37, 1916.
- <sup>7</sup>DECOURT, L. V.; SOSA, C. A.; PILEGGI, F. Estudos eletrofisiológicos cardíacos na forma indeterminada da Doença de Chagas. Arg. Bras. Card., 36(4):227-234, Abr. 1981.
- <sup>8</sup>DECOURT, L. V. & PEREIRA BARRETO, A. C. Forma indeterminada da Doença de Chagas. AF. Curandi Cardiológica, 88:10-20, jan/fev.
- <sup>9</sup>DE FARIA, C. R.; MELO SOUZA, S. E.; LIMA, A. F.; RASSI, A. Desnervação motora em pacientes na fase crônica da Doença de Chagas. Anais Congr. Intern. sobre Doença de Chagas, Rio de Janeiro, 1979. 101 p.
- <sup>10</sup>DIAS, J. C. P. & DIAS, R. B. Doença de Chagas; uma visão econômica cultural. Conferência-Anais Congresso Internacional sobre Doença de Chagas. Rio de Janeiro, 1979, p. 35.
- <sup>11</sup>FONTES REGO, J.; MACEDO, V.; PRATA, A. Alterações Neurológicas na Doença de Chagas. Pat. Trop. 5:33-115, 1976. (Tese-RW).
- <sup>12</sup>LARANJA, F. S. Aspectos clínicos da Moléstia de Chagas. Rev. Bras. Med., 10:482-491, 1953.
- <sup>13</sup>LARANJA, F. S.; DIAS, E.; NOBREGA, G. Clínica e terapêutica da Doença de Chagas. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 46:473-529, 1948.
- <sup>14</sup>LOPES, E. R.; CHAPADEIRO, E.; ROCHA, A. Anatomia Patológica do coração na forma indeterminada; Cançado e Chuster. Cardiopatia chagásica. B. H. 1985. p. 33.
- <sup>15</sup>MACEDO, V. Forma indeterminada da Doença de Chagas. J. Bras. Med., 38:34-40, 1980.
- <sup>16</sup>MACEDO, V. Influência da exposição à Reinfecção na evolução da Doença de Chagas. Rev. Pat. Trop. 5:33-115, 1976. (Tese).
- <sup>17</sup>MACEDO, V.; PRATA, A.; SILVA, A. Teste da Pilocarpina na F. I. da Doença de Chagas. Rev. Goiânia Med., 20:191-199, 1974.
- <sup>18</sup>MADY Ch. & PEREIRA BARRETO, C. et alii. Biópsia endomiocárdica na forma indeterminada da Doença de Chagas. Arq. Bras. Cardiologia. 36(6):387-390, 1981.
- <sup>19</sup>MADY Ch; MORAES, A. V.; GALIANO, N. Estudo hemodinâmico na forma indeterminada da Doença de Chagas. Arq. Bras. Cardiologia. 38(4):271-275, 1982.
- <sup>20</sup>MADY Ch. & PEREIRA BARRETO, C.; et alii. O vetocardiograma na forma indeterminada da Doença de Chagas. Arq. Bras. Cardiologia. 44(2):83-85, 1983.
- <sup>21</sup>PONCE DE LEÓN, R. Enfermidad de Chagas. Estudio de pacientes asintomáticos. Rev. Med. Uruguay, 2:132-142, 1986.
- <sup>22</sup>PRATA, A. Formas clínicas Apud. CANÇADO, J. R. Doença de Chagas. Imprensa Oficial. 1968. p. 344-358.