

DOENÇA DE CHAGAS: CLÍNICA E TRATAMENTO

Abilio Augusto Fragata Filho

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo

Av. Dante Pazzanese 500 – Ibirapuera – São Paulo (SP) CEP 04012-980

11-5085-6435 / 6055

a.frag@terra.com.br

A doença de Chagas, descrita por Carlos Chagas em 1909, é causada por um protozoário – *Trypanosoma cruzi* – e transmitida ao homem e demais mamíferos, habitualmente através das fezes de inseto hematófago, triatomíneo, sendo o mais importante o *Triatoma infestans*. A transmissão por transfusão sanguínea foi a segunda forma mais prevalente de se contrair a infecção, admitindo-se em cerca de 20% dos casos. Já em 1911, o próprio Carlos Chagas sugeriu, mas sem demonstrar, a possibilidade de transmissão transplacentária, que só foi confirmada por Dao, na Venezuela, no final da década de 40. A transmissão oral descrita desde a década de 60 em Teutônia (RS) e, mais recentemente, na Paraíba, Santa Catarina (estas relacionadas à ingestão de caldo de cana contaminado) e na Amazônia (por suco de açaí), não se constituindo, todavia, em via importante de transmissão.

Esta enfermidade se caracteriza por duas fases: a aguda e a crônica. Já na segunda semana da infecção, o exame do soro se mostra diagnóstico, inicialmente com IgG, e posteriormente IgM. Na fase aguda há intensa parasitemia e inflamação, porém, com pouca expressão clínica, exceto em crianças pequenas, desnutridas e em pacientes outros, com estado geral comprometido. Esta fase perdura, geralmente, por oito a dez semanas, quando começa a diminuir significativamente a parasitemia e a inflamação (mas estas vão sempre existir, em maior ou menor intensidade).

Inicia-se a fase crônica. Os pacientes permanecem por um longo período (70% deles para toda a vida) sem sintomas, com eletrocardiograma, radiografia de tórax, enema opaco e esofagograma normais: é a forma indeterminada. Berenice, a criança em que Carlos Chagas descreveu a doença em 1909, permaneceu em forma indeterminada por toda a vida, vindo a falecer com mais de 70 anos de outras causas que não a doença de Chagas.

Ao redor de 30% dos acometidos desenvolverão as formas clínicas: a digestiva pode ser esofágica, com dificuldade progressiva para deglutir, inicialmente para sólidos, depois para pastosos e, em fases avançadas, para líquidos (megaesôfago); quando há comprometimento intestinal, há progressiva dificuldade para evacuar (megacolon). A forma cardíaca pode se apresentar de diversas maneiras, que didaticamente podem ser divididas em: predominantemente arritmogênica, predominantemente dilatada e mista. Qualquer arritmia pode ser encontrada nesta enfermidade, sendo as mais prevalentes, os bloqueios atrioventriculares (1º, 2º e 3º graus), bloqueios de ramo e/ou fascículos (o mais característico é o bloqueio do ramo direito associado ao bloqueio da divisão ântero-superior do ramo esquerdo do feixe de His) e a extrassistolia ventricular (isolada ou como taquicardia ventricular).

Na apresentação dilatada, ocorre falência progressiva da função ventricular, esquerda e direita, com insuficiência cardíaca que, inicialmente, é esquerda e direita e, nas fases mais avançadas, preferencialmente direita, com edema de membros inferiores, estase jugular, hepatomegalia, ascite etc.

O tratamento das arritmias pode se dar com o uso de antiarrítmicos e/ou estimulação artificial (marca-passo) e da insuficiência cardíaca obedece as diretrizes seguidas para o tratamento de outras etiologias.

Há casos em que coexistem os megas e a cardiopatia, com significativo aumento da morbimortalidade. As indicações para o tratamento parasiticida devem obedecer as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical e podem ser divididas em consensuais (fase aguda, crianças, reativação, contaminação acidental) e não consensuais (forma indeterminada, particularmente em indivíduos jovens; previamente ao transplante de órgãos, quando o receptor é portador da doença de Chagas; na ausência de lesões graves em órgãos alvo, (particularmente no megaesôfago, onde o tratamento com medicação parasiticida é contraindicado).

A única medicação disponível com ação tripanossomicida é o Benzonidazol, apresentado em comprimidos de 100mg, devendo ser prescrito na dose de 7,5 a 10mg/Kg/dia por 60 dias em casos agudos ou crianças e 5mg/Kg/dia

por 60 dias em adultos crônicos (em indivíduos com peso maior que 60Kg é recomendado usar um máximo de 300mg/dia e aumentar o número de dias do tratamento, que deve ser igual ao peso, fazendo então a mesma dose total). Os efeitos colaterais com o uso deste fármaco são: dermatite urticariforme (30%), que geralmente responde bem aos antialérgicos ou doses baixas de corticoide, infrequentemente necessitando suspensão do tratamento; polineuropatia (5%); leucopenia e anorexia ocorrem em menos que 2%. Em nossa experiência, a suspensão do tratamento por efeitos colaterais ocorreu em cerca de 8% dos casos (em casuística de pouco mais de 500 pacientes tratados).

Atualmente encontra-se em curso um estudo multicêntrico, randomizado, duplo cego, placebo controlado, avaliando o uso do benzonidazol quando já há comprometimento miocárdico, para avaliar se o tratamento parasiticida muda ou não a história natural da cardiopatia chagásica crônica (estudo BENEFIT).

Este estudo poderá concluir, baseado em evidências, o verdadeiro papel do tratamento etiológico da doença de Chagas.

Infelizmente só dispomos deste medicamento com ação tripanossomicida que não é eficaz em todos os casos e ainda tem muitos efeitos colaterais. A falta de empenho das nossas entidades médicas e governamentais, bem como a falta de interesse comercial da indústria farmacêutica têm mantido esta doença ainda com grande prevalência e morbimortalidade, comprometendo a vida e a produtividade de uma parcela significativa da nossa população.