

“DOENÇA DE CHAGAS CONGÊNITA EM GOIÂNIA-GO, BRASIL”

Relato de um caso.

Maria do Desterro S. B. Nascimento *, José de Macedo Bezerra *,
Manuel Santos Pereira ** e William Barbosa ***

RESUMO:

Trata-se de relato de caso de Doença de Chagas congênita constatado em criança de 4 meses de idade, sexo masculino, procedente de Goiânia-Go., nascimento – parto prematuro que evoluiu para o óbito, tendo sido esclarecido o diagnóstico através de dados de necropsia.

INTRODUÇÃO:

A transmissão congênita de doença de chagas foi referida por CHAGAS em 1911 e, no entanto, DAO fez a primeira atribuição à nosologia em 1948, na qual detectou o parasita, *T. cruzi*, em gota espessa de sangue de recém-nascido de 2 dias, cuja mãe era xenodiagnóstico positivo.

O número de casos descritos tem aumentado, graças ao interesse da pesquisa, porém ainda está subdimensionado diante da realidade, principalmente das áreas endêmicas (1, 3, 4, 7).

Segundo dados de HOWARD, no Chile ocorre um caso para cada 20 prematuros de peso inferior a 2.000g (6).

BITTENCOURT et al. reportou a incidência de transmissão congênita de 2,0% em 500 partos prematuros estudados na Bahia, Brasil; subindo esta cifra para 10,5% em se considerando somente as mães infectadas (2).

Outros autores ainda referem hepatoesplenomegalia como achado mais comum, bem como anemia, icterícia, alterações cardiovasculares, edema, petéquias e sinais de meningoencefalite (2, 7, 8, 10, 11).

Aqui se apresenta um caso de infecção congênita de *T. cruzi*, procedente de Goiânia-Go., Brasil, face à escassez de registro na literatura, bem como não se ter evidenciado estudo de natureza epidemiológica na área endêmica do Estado de Goiás – Brasil.

* *Mestrando de Medicina Tropical/IPT/UFG.*

** *Professor Assistente Departamento de Patologia, FM/UFG.*

*** *Prof. Titular Depto. Medicina Tropical. IPT/UFG.*

APRESENTAÇÃO DO CASO:

Identificação:

L. P. D. registro de prontuário do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás n. 204.403, 4 meses de idade, masculino, branco, procedente de Goiânia-Go.

Queixa principal:

Tosse seca e fraqueza há 15 dias.

H. D. A.

Refere os genitores que a criança apresentou tosse há aproximadamente 15 dias, a qual intensificou-se tendo inclusive duração de alguns minutos (SIC). A criança foi internada em 26.08.78 com relato de cansaço e intensa apatia, não demonstrando tosse ou choro há três dias. Informa a genitora que um dia antes da internação a criança não quis sugar e em seqüência 12 horas após, surgiram fezes diarréicas com características líquida, amarelada, com muco, raios de sangue e odor não fétido. Concomitantemente à diarréia evidenciou anúria.

Antecedentes familiares e fisiológicos:

Mãe com 32 anos de idade. Gesta VII, para VI. Aborto I. Não houve relato de ser portadora de alguma nosologia. Gestação normal até o 6o. mês, surgindo então hemorragia genital durante 5 dias antes do parto, tendo então realizado tratamento internada. A criança nasceu de parto normal, prematuro, cujo peso foi de 1.100g; comprimento 36cm; perímetro cefálico 26 cm e perímetro torácico de 23cm. Permaneceu no berçário durante três meses após o nascimento, tendo obtido então, 2.100g. Sem queixas nesse período apenas relato de obstipação in-

tinal de 2 em 2 dias. Não se submeteu às imunizações concernentes à faixa etária. Alimentou-se de leite de gado com milho após o 3o. mês de vida.

Exame físico:

Em 26.08.78, a criança apresentava-se com estado geral bastante comprometido, desidratada (II/III graus), dispnéia, palidez cutâneo-mucosa e prostração. Batimento de asas de nariz. Orofaringe normal. Peso 2.630g, comprimento 50cm. Aparelho cardio-vascular-freqüência cardíaca de 200 batimentos por minuto, bulhas normofonéticas sem sopro.

Aparelho respiratório: taquipnéia (100 IRPM), tiragem intercostal, estertores creptantes disseminados, principalmente à direita.

Abdome: Distendido, dificultando a palpação profunda.

Membros: distróficos.

Evolução:

A criança foi admitida em 26.08.78, com desidratação (II/III graus) e anúria há 24 horas, a qual foi submetida à reposição hidroeletrólítica associada a corticoterapia tendo respondido à terapêutica com discreta melhora após 24 horas, quando então surgiu hipertonia muscular, acessos de tosse, dispnéia, cianose e temperatura de 38°C. O quadro clínico continuou agravando-se, surgindo então toxemia, estertores creptantes generalizados e tosse "coqueluchóide". Houve então intensificação destes sinais e sintomas, associando-se à secreção nasal, meteorismo abdominal e persistência da febre. Fez

parada cardio-respiratória, indo ao óbito após 4 dias de internação.

Exames laboratoriais complementares:

26.08.78 - Sódio 150 mEq/l
Potássio 5,6 mEq/l
Hematócrito 32,0%
Hemoglobina 11,8g/100ml

RELATÓRIO DE NECRÓPSIA:

MACROSCOPIA

DADOS DE NECRÓPSIA

Exame Externo:

Cadáver do sexo masculino com idade somática incompatível com a cro-

nológica, apresentando-se em mau estado geral, panículo adiposo diminuído, cianose discreta de extremidade abdome distendido, anictérico, desidratado e isento de malformações congênitas.

À palpação, fígado aumentado de tamanho e a cerca de 3 cm do R.C.D., baço impalpável.

Exame Interno:

Pulmões: pesando em conjunto 120 g, formato habitual, consistência própria, coloração rósea com amplas áreas marrom-avermelhadas, por vezes hipocrepitantes à palpação, sobretudo ao nível do lobo superior. Ao corte observa-se em áreas a saída de líquido de aspecto achocolatado. Figuras 3 e 4.



FIG. 1 - L. P. D., 4 meses de idade

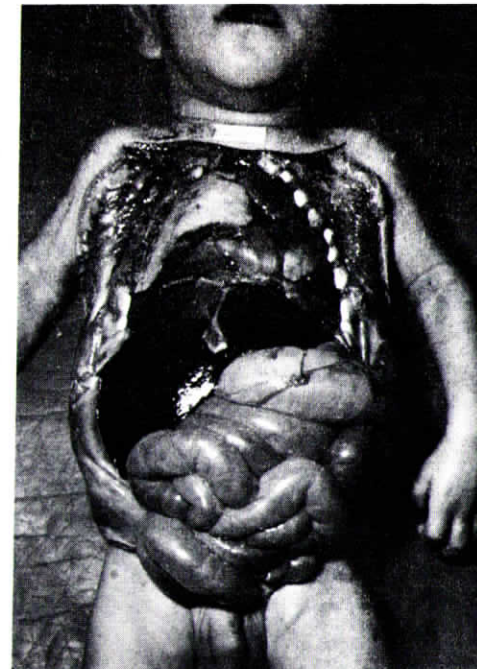


FIG. 2 - L. P. D., abertura tóraco-abdominal

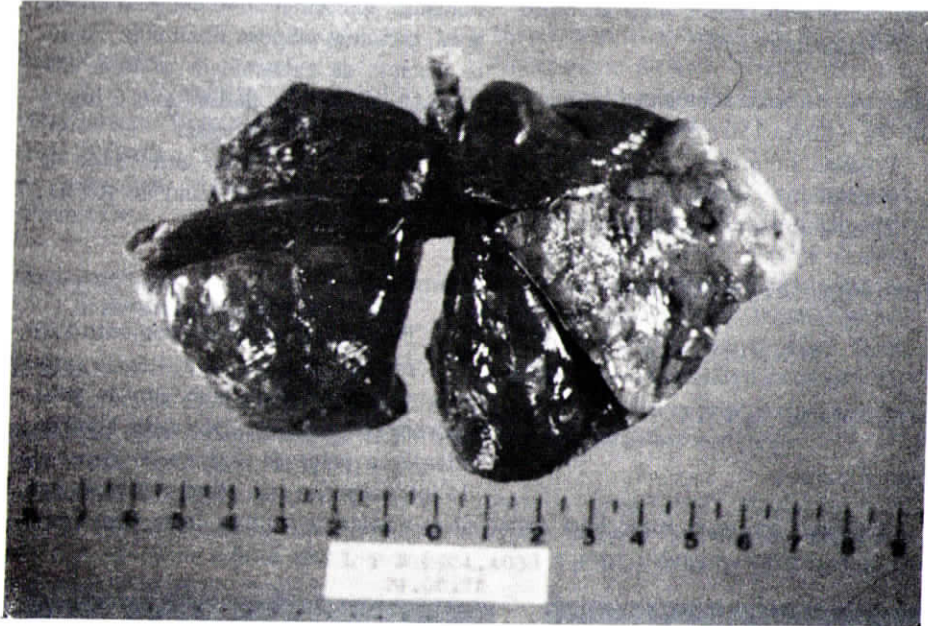


FIG. 3 – Presença de amplas áreas hiperemiadas

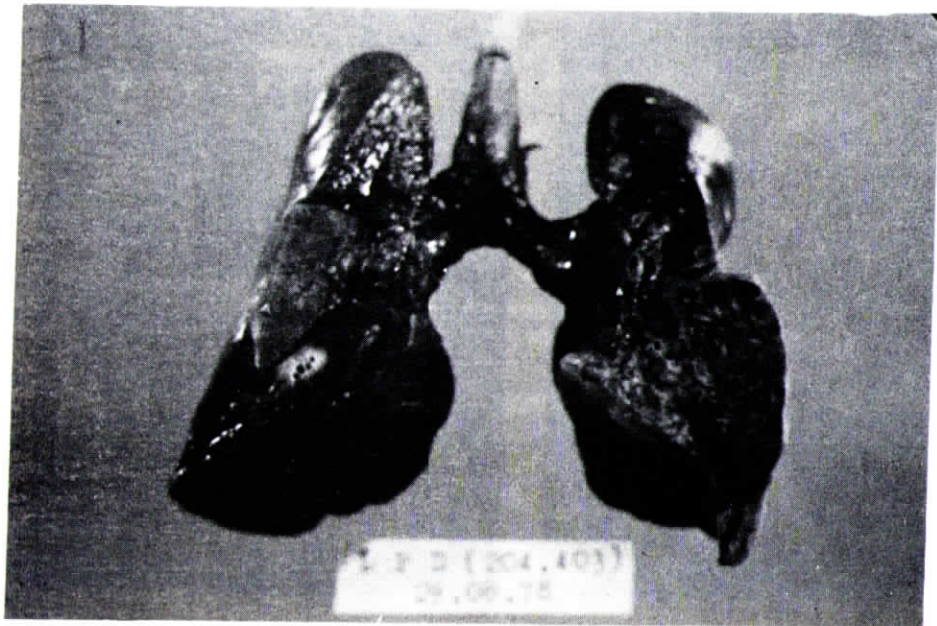


FIG. 4 – Presença de amplas áreas hiperemiadas e com hepatização ao corte

Coração: pesando 25 g e cujos VE e VO medem 0,7 e 0,3 cm de espessura respectivamente.

Cavidade peritoneal: Revestida por serosa lisa brilhante, coloração róseo-azulado e isenta de líquido ascítico.

Fígado: Pesando 160 g., medindo 17/10/3cm nos seus grandes eixos, coloração marrom avermelhado, consistência mole-elástica com diminutas áreas esbranquiçadas ao corte.

Baço: Pesando 22 g, medindo 5/3/1cm em suas maiores dimensões, coloração vinhosa escura, consistência mole-elástica, sendo que ao corte não exhibe particularidades à macroscopia.

Esôfago: formato habitual, revestido por mucosa rósea com pregueado longitudinal e albergando escassas ulcerações em sua extremidade distal.

Estômago: formato habitual com diminutas exulcerações mucosas dispostas ao acaso.

Intestino delgado: presença de intussuscepção a cerca de 20 cm da válvula íleo-ceco-cólica, com discretas zonas de hiperemia. Figuras 5 e 6.

Bexiga: Ausência de alterações patológicas à macroscopia.

MICROSCOPIA

Envolvendo coração (Fig. 7), língua (Fig. 8) esôfago, intestino delgado (Fig. 9) e bexiga (Fig. 10) observamos a presença de fibras musculares ora lisas ora estriadas albergando pseudocistos repletos de formas amastigotas, com escassa reação inflamatória às custas sobretudo de linfócitos e histiócitos que adotam arranjo estrutural inespecífico.

Pulmão: Pneumonia intersticial (Fig. 11)

Fígado: Congestão passiva crônica e esteatose microgótica.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

Faz-se necessário discutir-se alguns diagnósticos diferenciais principais, tendo em vista os fatores epidemiológicos possivelmente envolvidos.

Quanto à sífilis congênita recente, o caso em estudo apresenta alguns sinais e sintomas compatíveis como: peso abaixo do normal ao nascer, rinite nasal e hepatoesplenomegalia. No entanto a ausência de choro rouquenho, manifestações cutâneas secundárias que surgem geralmente a partir do segundo mês de vida, fissuras radiadas peribucais e bolhas localizadas na região palmo-plantares podem afastar o diagnóstico clinicamente. A infecção citomegálica congênita inclui convulsões, microcefalia, alterações do tonus muscular e icterícia. Além desses, pode-se citar ainda hidrocefalia e coriorretinite e outras alterações mais raras (1, 2). Tais dados podem afastar esse diagnóstico, no entanto o baixo peso ao nascer, hepatoesplenomegalia, dificuldades respiratórias relatadas no caso em discussão podem sugerir esse diagnóstico (2).

Em relação à toxoplasmose congênita os achados clínicos são de largo espectro, existindo portanto, a clássica combinação de hidrocefalia, calcificações intracranianas e coriorretinite quando então se pode presumir o diagnóstico, mas esses achados podem ser observados em algumas infecções viróticas intra-uterinas e não em doença de Chagas congênita (9).

No entanto, nas investigações diagnósticas das doenças infecciosas e parasitárias é imprescindível o achado do parasita.

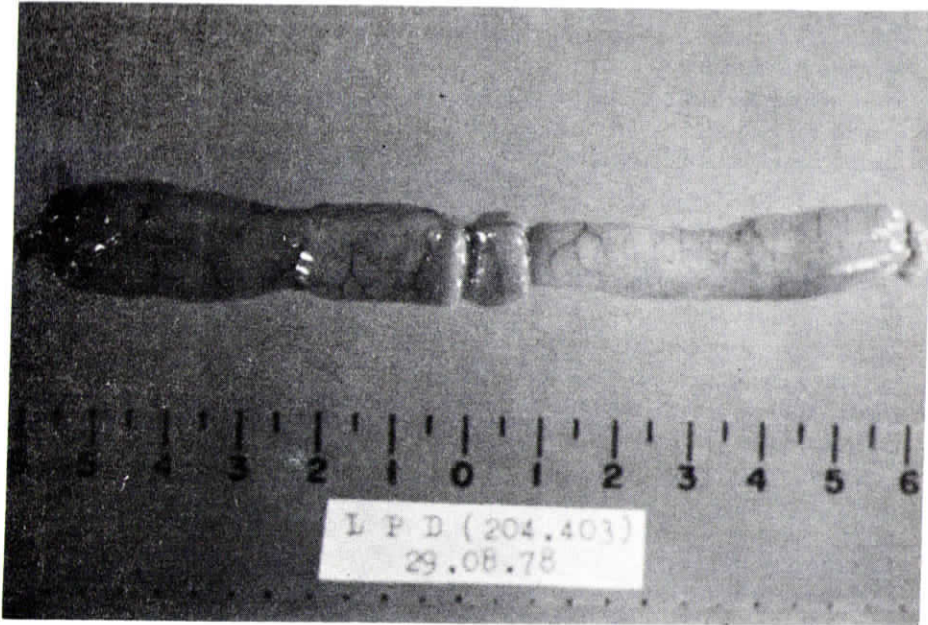


FIG. 5 - Intussuscepção

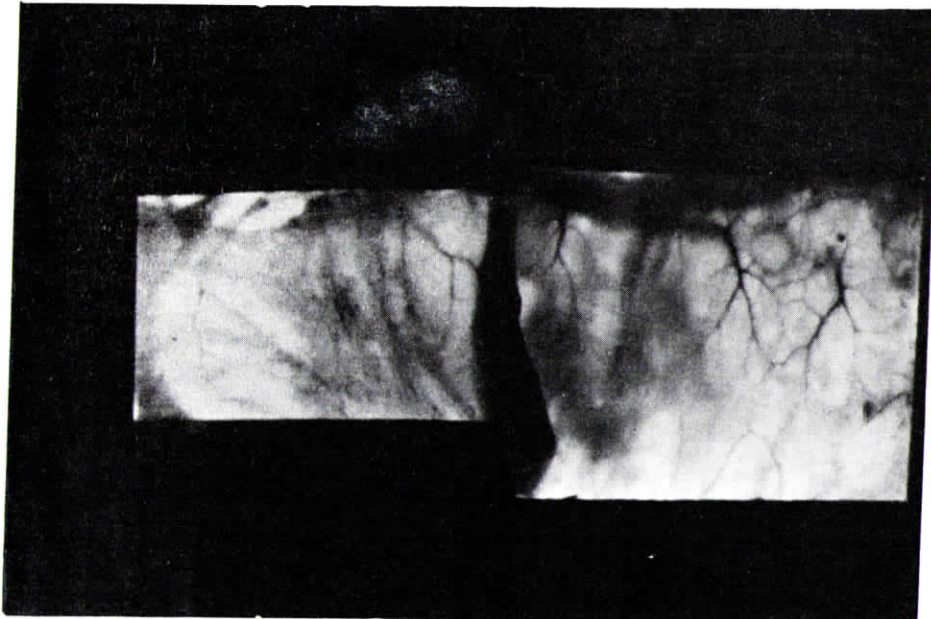


FIG. 6 - Intussuscepção com discretas zonas de hiperemia

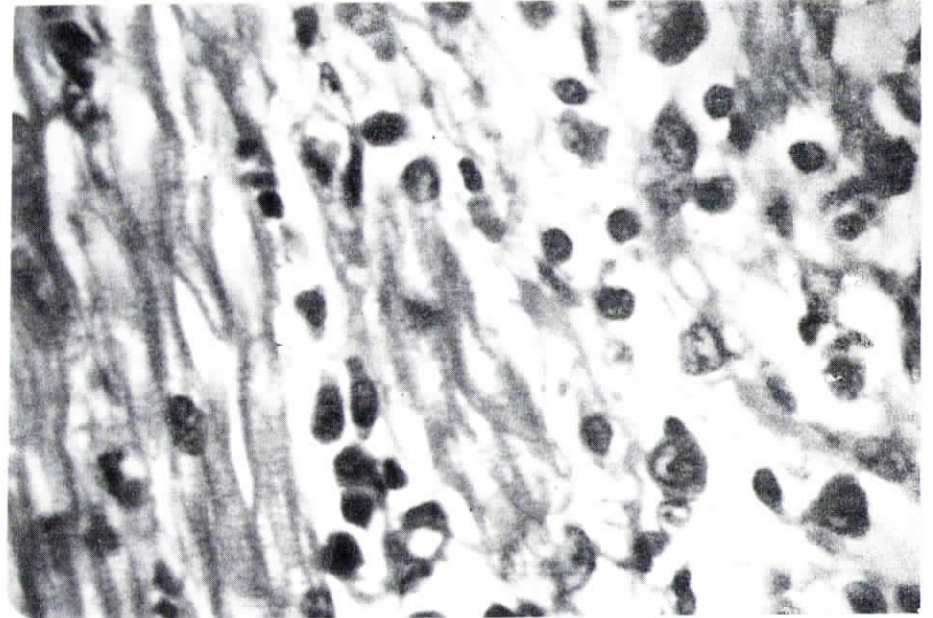


FIG. 7A - Coração: Miocardite chagásica (HE 800x)

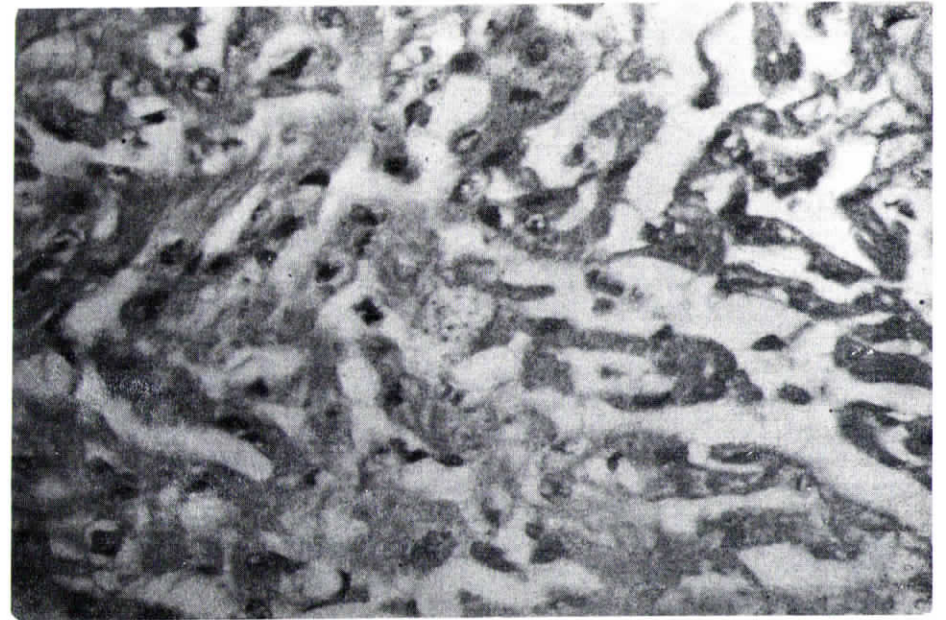


FIG. 7B - Coração: Pseudocisto repleto de amastigotas (HE 300x)

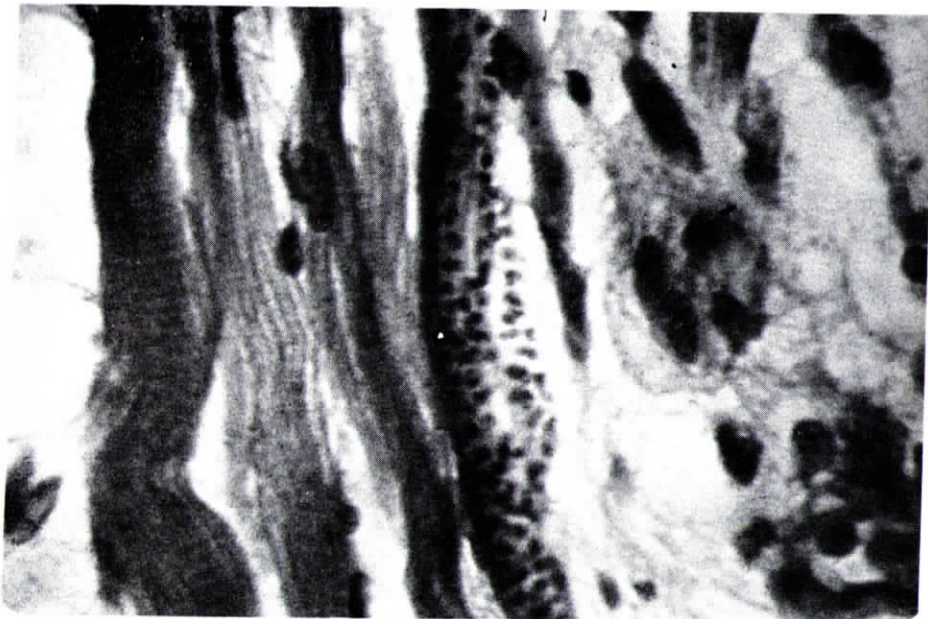


FIG. 8 – Língua: pseudocisto com amastigotas (HE 800x)

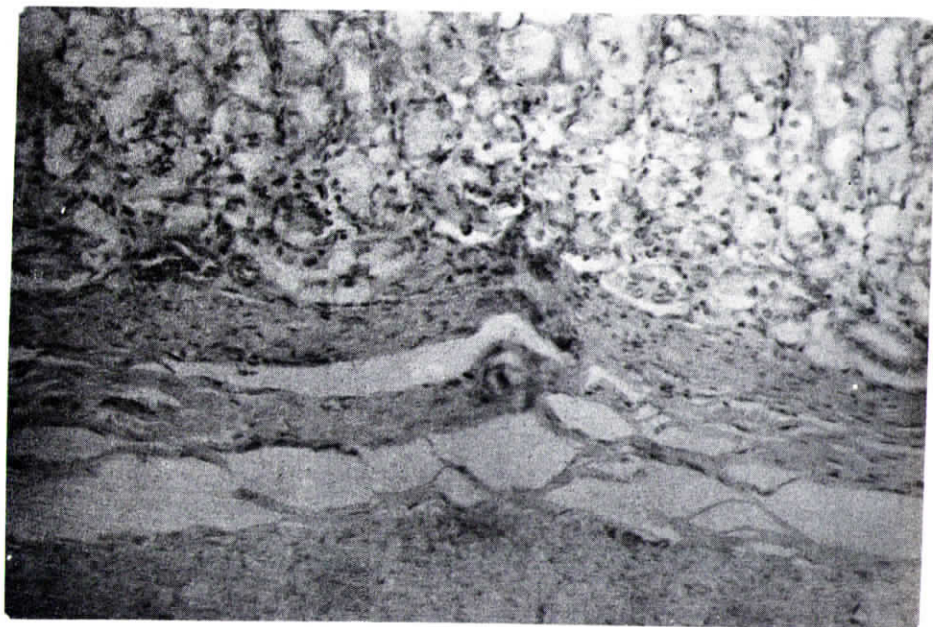


FIG. 9A – Intestino delgado edema de submucosa e pseudocisto (HE 300x)

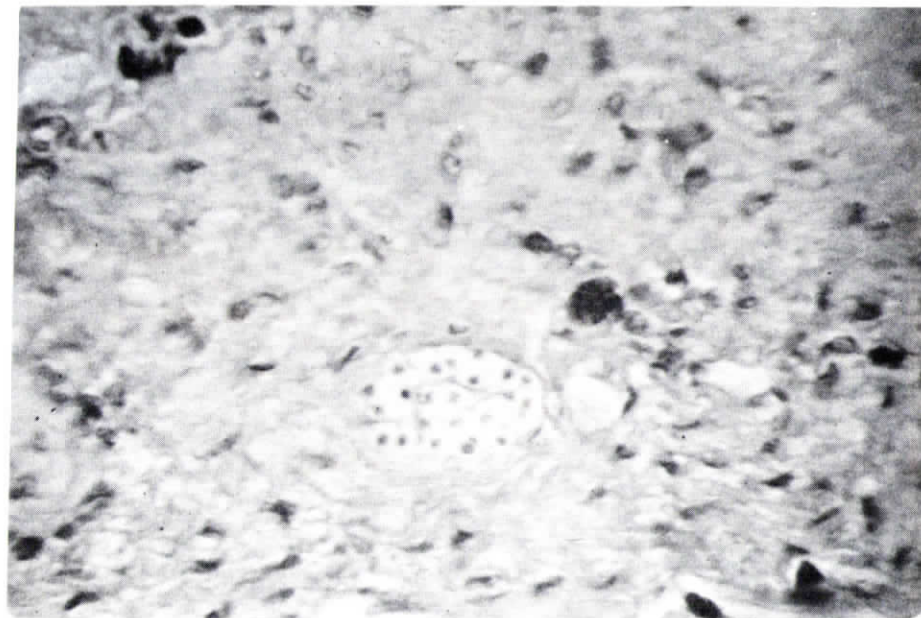


FIG. 9B – Intestino delgado: edema de submucosa e pseudocisto (HE 800x)

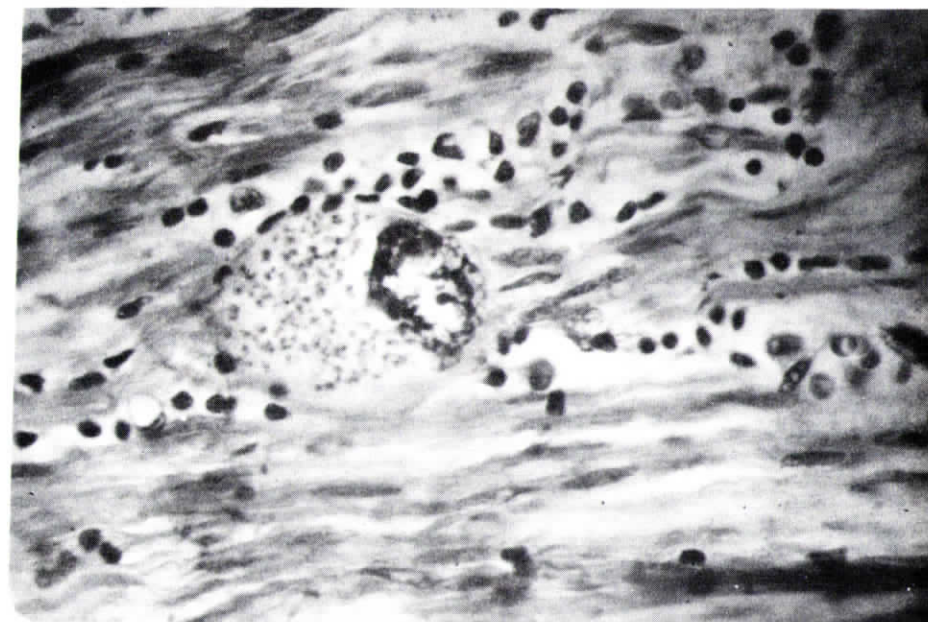


FIG. 10A – Bexiga: infiltrado inflamatório linfo-histiocitário mais pseudocisto repleto de amastigota (HE 300x)

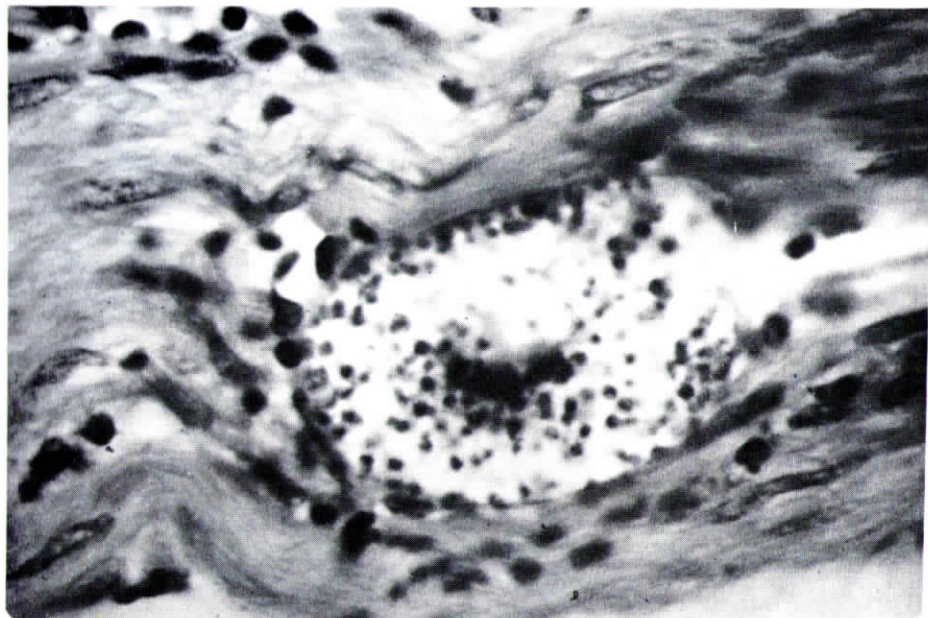


FIG. 10B – Bexiga: infiltrado inflamatório linfo-histiocitário mais pseudocisto repleto de amastigota (HE 800x)

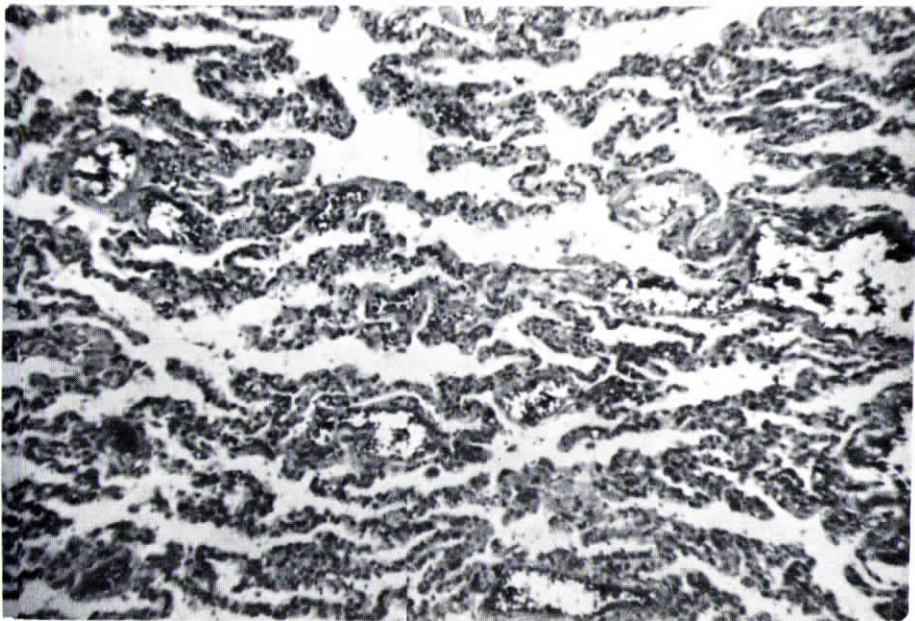


FIG. 11 – Pulmão: pneumonia intersticial (HE 300x)

No caso em estudo, não foi possível afastar laboratorialmente as nosologias citadas anteriormente, face à falta de exames específicos.

O diagnóstico de infecção por *T. cruzi*, congênita, depende da demonstração do parasita no sangue e no líquido cefalo-raquiano. Neste último evidenciava-se também elevado número de células mononucleares e proteínas (5, 11).

A reação de imunofluorescência indireta para *T. cruzi*, segundo STAGNO e HURTADO (1972) encontra-se frequentemente incluída no diagnóstico de Doença de Chagas congênita (10).

Segundo ANDRADE (1979) o curso da infecção depende da cepa infectante (4).

A criança descrita demonstrou formas amastigotas de *T. cruzi* nos achados de necrópsia, acometendo os seguintes órgãos: coração, língua, esôfago, intestino delgado, bexiga cujo estudo anátomo-patológico veio confirmar o diagnóstico de doença de chagas. Estes achados junto à história evolutiva do paciente, do pré-parto da mãe tornam evidente tratar-se o presente, de um caso de chagas congênita (4).

SUMMARY:

Congenit Chagas' disease

A case of congenital Chagas disease described in one child at age of 4 months source Goiânia - Goiás, Brazil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 – APT, W. – Transmission de protozoos parasitos. Bol. Ofic. Sanit. Panameric., 73: 517-546, 1972.
- 02 – BITTENCOURT, A. L.; BARBOSA, H. S.; ROCHA, T.; SODRÉ, I. & SODRÉ, A. – Incidência da transmissão congênita da doença de chagas em partos prematuros na Maternidade Tsylla Balbino (Salvador-BA). Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo, 14: 131-134, 1972.
- 03 – BRENER, Z. – Transmission of chagas' disease. New approaches in American Trypanosomiasis research. PAHO Sc. Publ. 318-404-405, 1975.
- 04 – BRENER, Z. & ANDRADE, Z. – *Trypanosoma cruzi* e doença de chagas, Ed. Guanabara Koogan. S. A. 1979.
- 05 – DOBBING, J. – Vulnerable periods in developing rain. In: DAVIDSON, A. N. e DOBBING, J. Applied neurochemistry. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1968.
- 06 – HOWARD, J. & RUBIO, M. – 1968. Congenital chagas' disease. I clinical and epidemiological study of thirty cases. Bol. chil. Parasitol., 23: 107-112, 1968.
- 07 – LISBOA-BITTENCOURT, A. – Transmissão congênita da doença de chagas. In: CANÇADO, J. R. ed. Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1968.
- 08 – PEHRSON, P. O.; WAHLGREN, M. & BENGISSON, E. – Intracranial calcifications probably due to congenital chagas' disease. Am. J. Trop. Med. Hyg., 31(3): 449-451, 1982.
- 09 – PEIXOTO, M. A. L.; PEIXOTO, M. I. V. L. & LEONE, R. M. – Infecções congênitas do sistema nervoso. In: NEVES, J. "Diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias". 2. ed. Guanabara Koogan, p. 1189-1196, 1983.
- 10 – STAGNO, S. & HURTADO, R. – Enfermidade de chagas' congenita. Estudio immunopatológico y diagnostico mediante immunofluorescencia com anti IgM. Bol. Chil. Parasitol., 27: 20-27, 1972.
- 11 – SZARFMAN, A.; COSSIO, P. M.; ARANA, R. M.; URMAN, J.; KREUTZER, E.; LAGUENS, R. P.; SEGAL, A. & COARASA, L. – Immunologic and immunopathologic studies in congenital chagas' disease. Chin. Immunol. Immunopathol., 4: 489-499.