



MIOCARDITE CHAGÁSICA AGUDA POR CONTAMINAÇÃO ORAL (INGESTÃO DE AÇAÍ), NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Joseane Elza Tonussi Mendes Rossette, Luiz Carlos de Abreu, Andrés
Ricardo Riera

Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica da
Faculdade de Medicina do ABC – Santo André/SP

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde –
Mestrado Faculdade de Medicina do ABC.

Correspondência para: tonussimestrado2016@gmail.com

INTRODUÇÃO



Fonte: <https://www.protistaepantae.wikia.com>



Fonte: <https://slideplayer.com.br>

(SCHMUNIS, YADON, 2010)
(FILIGHEDDU, 2016)
(WHO, 2015)

Doenças negligenciadas no Brasil:

- **Doença de Chagas**
- **Dengue**
- **Esquistossomose**
- **Febre amarela**
- **Hanseníase**
- **Hantavirose**
- **Leishmanioses**
- **Malária**
- **Raiva**
- **Tracoma**
- **Tuberculose**

A transmissão oral da doença de Chagas agudo é considerada quando > 1 caso agudo de doença febril prolongada ocorrida em área endêmica sem outras causas está ligado a um alimento suspeito e deve ser confirmado pela presença do parasita após o exame microscópico direto do sangue ou outra amostra de fluido biológico do paciente(1).

Critério clínico-epidemiológico

Os casos de doença de Chagas aguda devem ser confirmados sempre por meio de diagnóstico laboratorial. Apenas em situações eventuais, pode-se adotar critério clínico-epidemiológico para casos suspeitos com os exames parasitológicos negativos e sorológicos inicialmente não reagentes, e que possuam vínculo epidemiológico com casos confirmados de doença de Chagas aguda por critério laboratorial, durante surto de doença na fase aguda por transmissão oral.

Caso confirmado de doença de Chagas por transmissão oral

Caso em que se excluíram outras vias de transmissão, e com evidência epidemiológica de um alimento como fonte comum de transmissão, e habitualmente a ocorrência simultânea de mais de um caso com vinculação epidemiológica (procedência, hábitos e elementos culturais) (2).

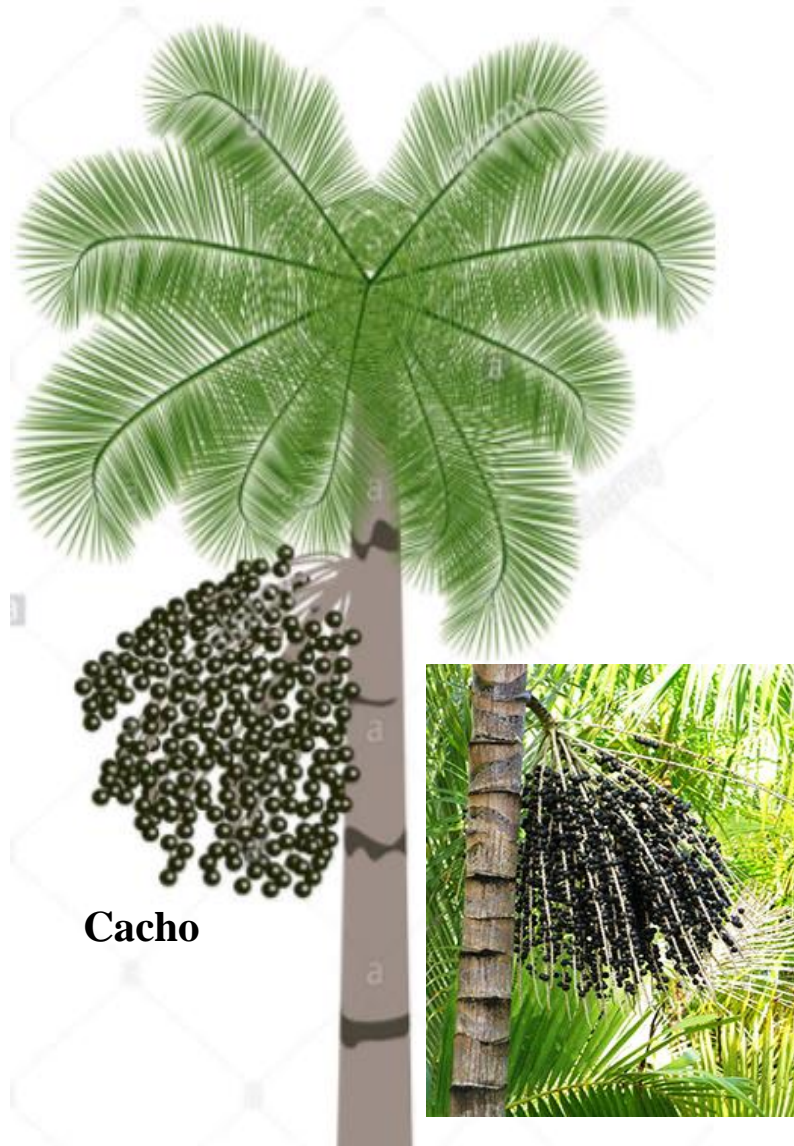
1. Shikanai-Yasuda MA, Carvalho NB. Oral transmission of Chagas disease. Clin Infect Dis. 2012;54(6):845-52.
2. Dias JC, Ramos AN Jr, Gontijo ED, et al. 2nd Brazilian Consensus on Chagas Disease, 2015. Rev Soc Bras Med Trop. 2016 Dec;49Suppl 1 (Suppl 1):3-60.

INTRODUÇÃO

Shikanai-Yasuda e Carvalho (2012) afirmam que:

a transmissão oral da doença de Chagas emergiu em situações imprevisíveis em áreas endêmicas como a Região Amazônica e, mais raramente, em áreas de não-endemia, onde o ciclo do triatomíneo domiciliar estava sob controle por causa de exposição de sucos contaminados com triatomíneos (açaí, cana de açúcar e outros) infectados e secreções contaminadas de hospedeiros de reservatórios.

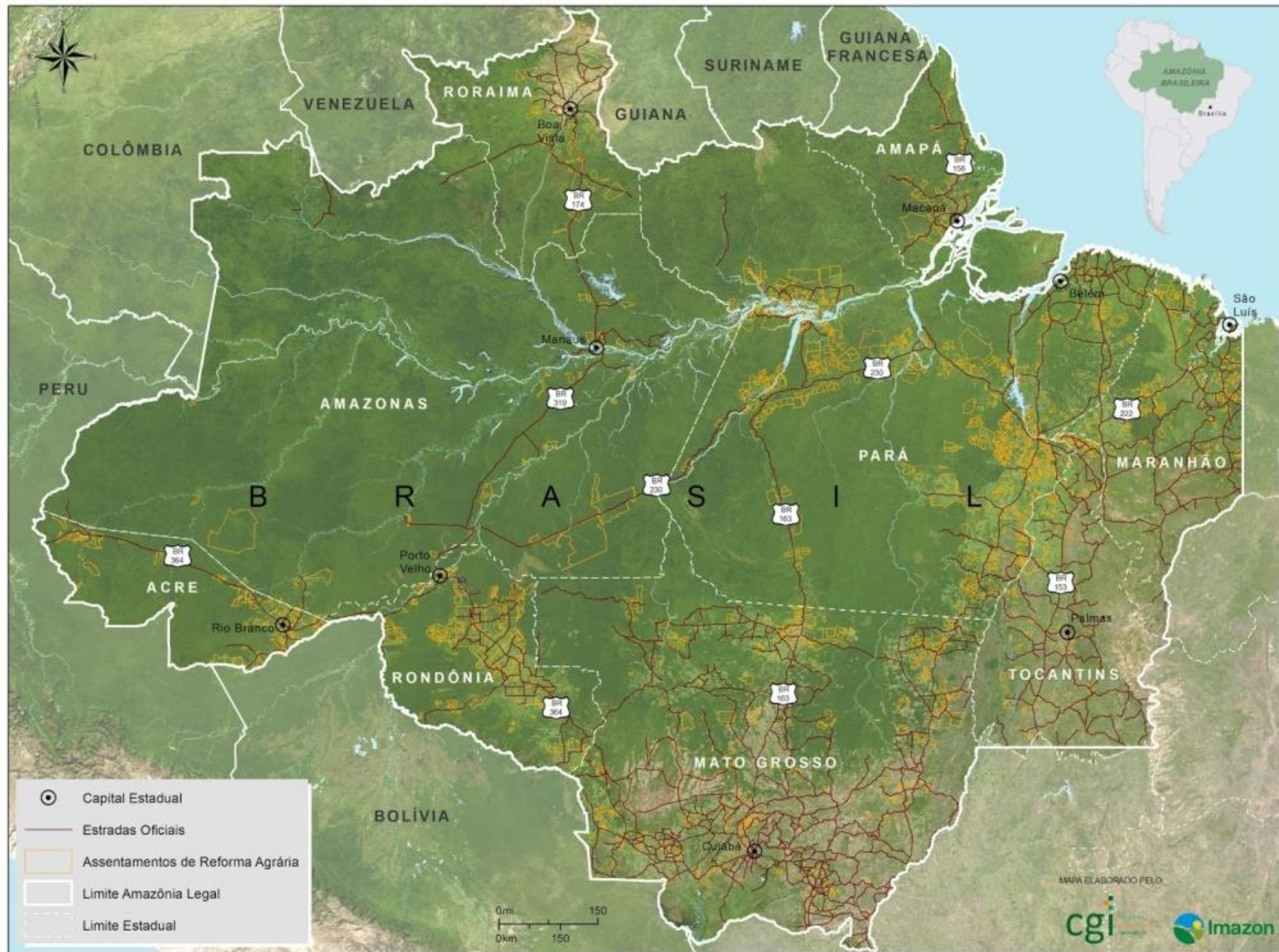
Palmeira “açazeiro” nativa do norte de América do Sul



Cacho

A Palmeira do açá é delgada e (20 a 25 metros). Produz, cada uma, entre 6 e 8 cachos com 2,5 kg cada um,, em média, de 15 a 20 quilos de frutos por palmeira e de 12 a 25 toneladas de frutos/ha/ano. Os troncos são lisos, roliços, longos, de cor clara, sem espinhos, folhas grandes, compridas e recortadas em tiras, de cor verde-escura, atingindo até 2 metros de comprimento. As folhas são usadas na cobertura das casas. Possui cachos de flores miúdas amarelas, que surgem de setembro a janeiro, podendo aparecer quase o ano todo.

A palmeira pode ser utilizada para a extração do palmito, além da produção de frutos utilizados na fabricação do “vinho do açá”, um dos principais alimentos das populações ribeirinhas. O açá é considerado a pérola da Amazônia. Fruto do açazeiro, O fruto cresce em cachos que ficam pendurados na árvore.



Fonte: <https://brasilsobranoelivre.blogspot.com>

(BRASIL, 2015) (SOUZA, POVOA 2016)(BRASIL, 2009)

OBJETIVO

Descrever caso de Miocardite Chagásica Aguda por contaminação oral em adolescente de 12 anos, pertencente a surto micro-familiar, em área endêmica residente na cidade de Cruzeiro do Sul – Acre (AC) /Região Norte do Brasil.



MÉTODOS

Utilizou-se o método descritivo-analítico tendo por base a epidemiologia, interrogatório, exame físico, Rx. de tórax, Electrocardiogramas e Ecocardiogramas evolutivos, exames laboratoriais não específicos, e evolução clínica antes e após tratamento específico empírico para doença de Chagas aguda associado ao tratamento convencional para insuficiência cardíaca congestiva.



APRESENTAÇÃO DO CASO

Adolescente, feminino F.A.S.C, 12 anos, se apresentou com quadro de síndrome febril prolongado, tonteados, fraqueza, adinamia, vômitos com 1 mês de evolução. O mencionado quadro era semelhante às manifestações recentes de familiares de primeiro grau (irmão, cunhada e Irmã) sendo que os dois primeiros tiveram desfecho fatal.

EXAME FÍSICO

Inspeção

- Edema importante de face, olhos e membros inferiores;
- Anasarca
- Dispneica aos mínimos esforços: Classe funcional III NYHA
- Ortopneia.
- AL: edema de membros inferiores e anasarca.

Auscultação

- **ACV:** Ritmo cardíaco regular taquicárdico (FC de 127bpm), terceira bula com cadência de galope e sopro sistólico em foco mitral grau 1(ostial), hipotensão arterial (PA: 80X60 mmHg)
- **Pulmões:** Murmúrio vesicular diminuído e crepitações em ambas as bases pulmonares até $\frac{1}{3}$ médio (Killip classe 3*); FR: 20 rpm, saturação de O₂: 98%
- **Abdome:** hepatomegalia dolorosa e fígado palpável a 3 cm da borda costal;
- Afebril: 35,6°C.

* Classificação clínica de Killip

1. Killip 1: Sem evidência de congestão pulmonar
2. Killip II: Estertores pulmonares, distensão venosa jugular ou terceira bulha
3. Killip 3: Edema pulmonar
4. Killip 4: Choque cardiogênico

Exames de Laboratório inespecíficos

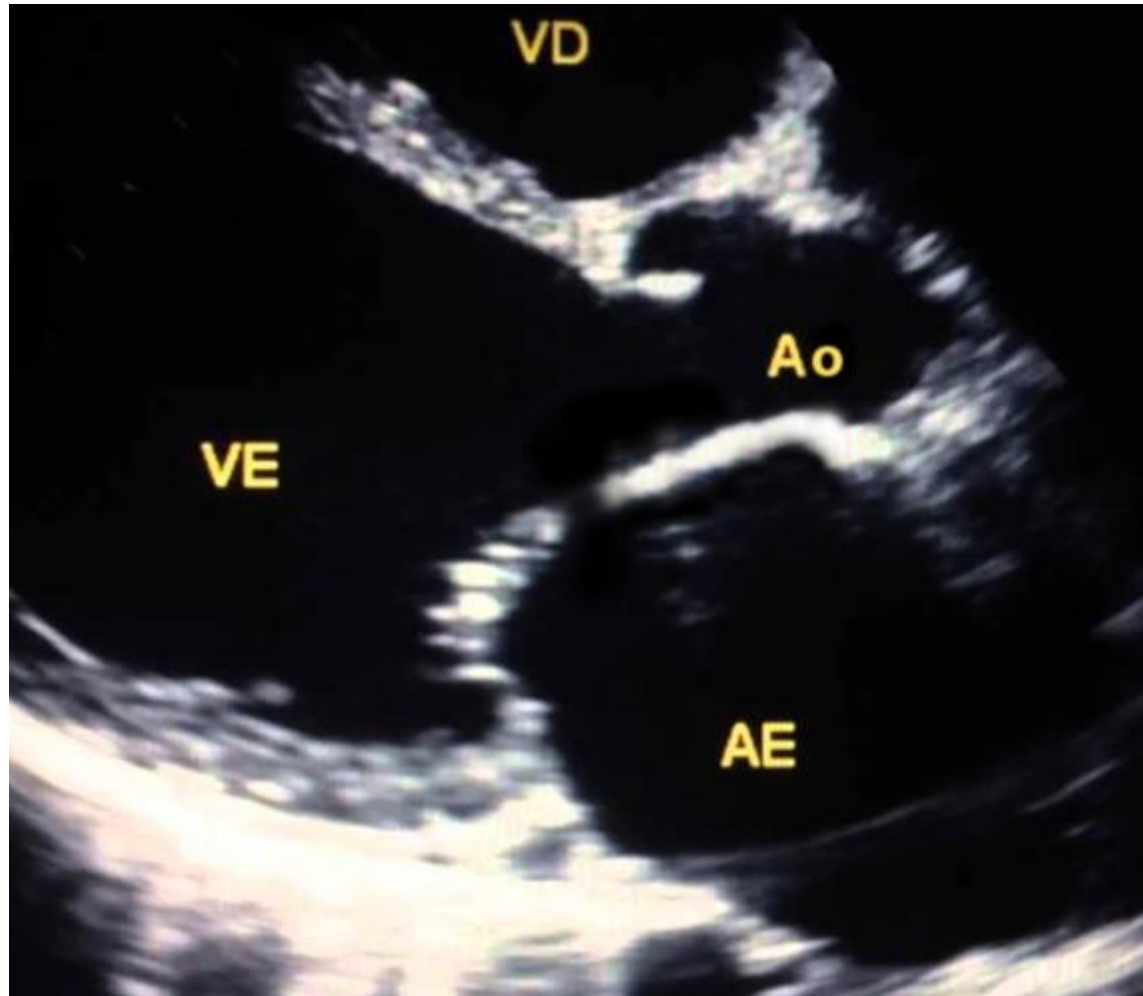
Destaca:

- I. Linfocitose
- II. Moderado aumento de TGP e TGO
- III. Hiponatremia de gravidade intermediária (130-120 mEq/l). As possíveis causas diretas são:
 - **Insuficiência Cardíaca** (o presente caso)
 - Síndrome de secreção inapropriada de ADH
 - Excesso no consumo de água
 - Insuficiência renal
 - Insuficiência hepática
 - Insuficiência suprarrenal
 - Perdas por vômitos ou diarreia
 - Hipotireoidismo
 - Uso excessivo de diuréticos
 - Consumo de ecstasy e outras drogas
 - Consumo de tabaco excessivo (>6 cigarros por dia)

Raio X de tórax AP

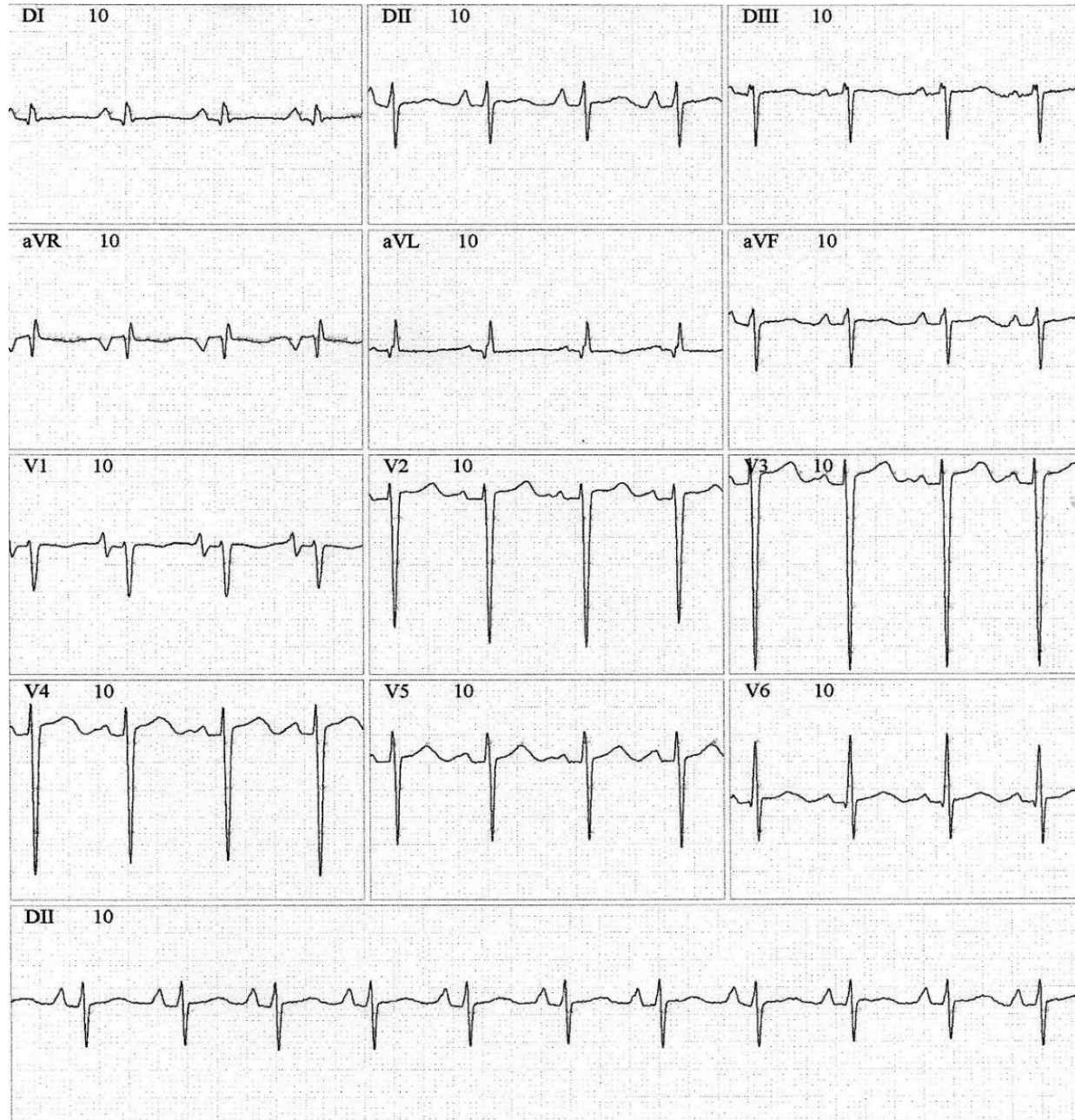


Cardiomegalia global+++ com derrame pleural a direita

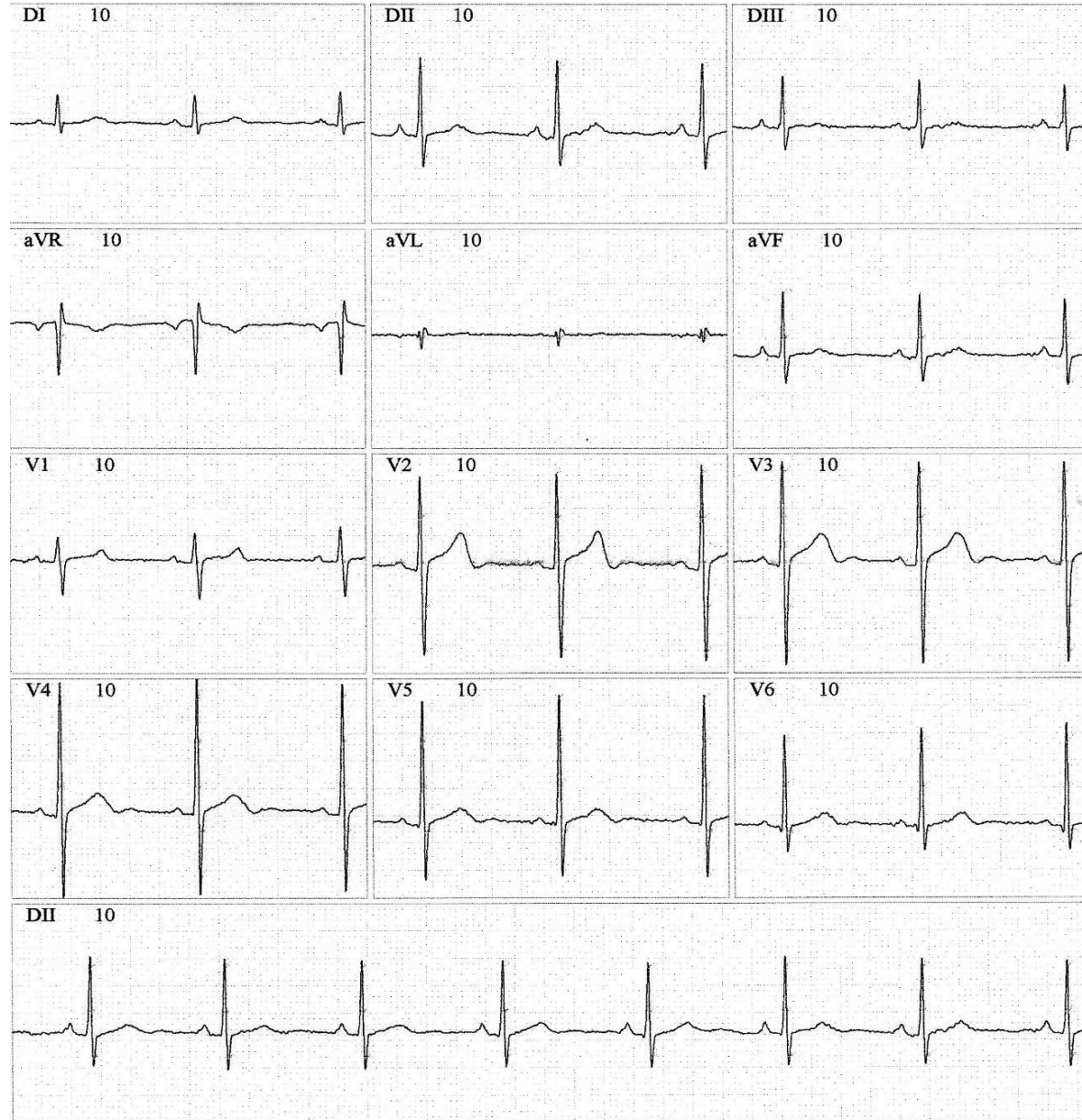


Ecodopplercardiograma, transtorácico bidimensional com fluxo em cores: dilatação do ventrículo esquerdo com comprometimento severo do desempenho ventricular. Severa redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) = 29%, insuficiência mitral discreta (ostial) e relaxamento diastólico anormal. Câmaras direitas dilatadas.

**ECG-1 Nome: FASC; Data: 25/04/2016; Hora: 21:39; Idade: 12 anos; Peso: ?;
Altura: ?; Medicação em uso: ? ; Instituição: Clínica do coração.**

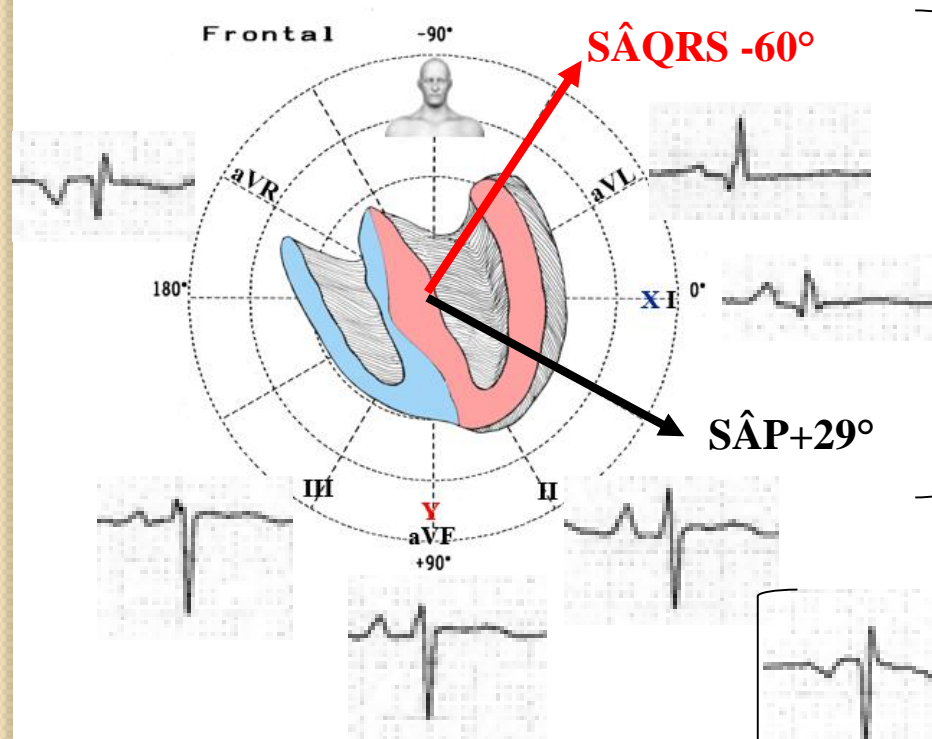


ECG-2 - Nome: FASC; Data: 26/10/2017; Hora: 19:35; Idade: 13 anos; Peso: ?; Altura: ?; Medicação em uso: ? Instituição: Clínica do coração.



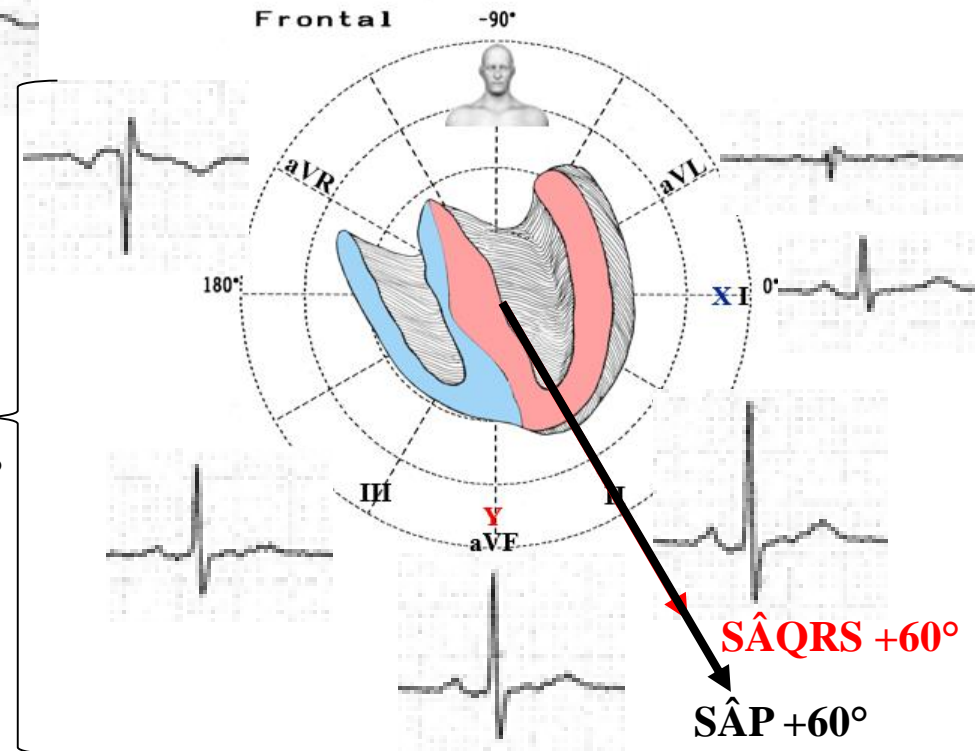
Comparativo dos ECGs nas derivações do plano frontal

ECG-1 25/04/2016



1. Duração do P ≥ 120 ms
2. Eixo do P SÂP +29°
3. Voltagem da P em II $> 2,5$ mm
4. Eixo do QRS(SÂQRS) -60°
5. Bloqueio divisional ântero-superior esquerdo (BDAS).

ECG-2 25/10/2017

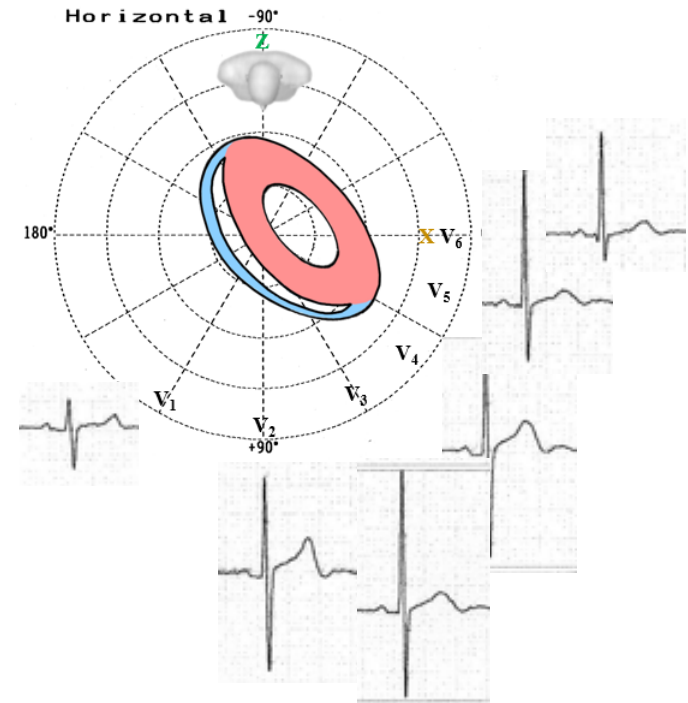
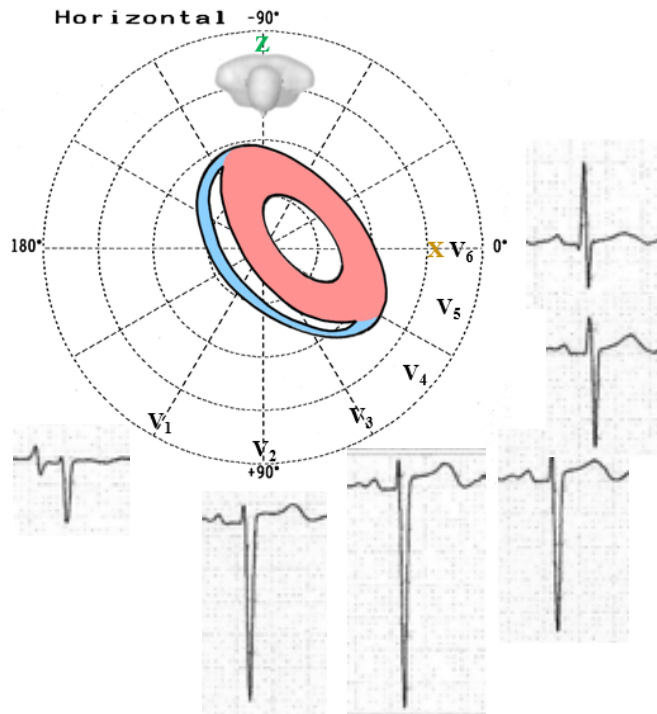


1. Eixo do P (SÂP) +60°
2. Eixo do QRS(SÂQRS) +60°

Comparativo dos ECGs nas derivações precordiais

ECG-1 25/04/2016

ECG-2 25/10/2017



ECG-1 25/04/2016

ECG-2 25/10/2017

**Zona de transição precordial (isodifasismo) em V₆
Sobrecarga ventricular direita
S profundas em V₂ e V₃ SVE**

Zona de transição precordial (isodifasismo) em V₂

P de V₁ isodifasismo amplo: SAD

P= de V₁ normal

APRESENTAÇÃO DO CASO

Hipótese diagnóstica:

Miocardite chagásica aguda responsável com severa ICC global de predomínio direito, ocasionada pela ingestão de açaí contaminado.



Fonte: <http://suignardcom.br>

Evolução

- Imunofluorescência para *T. cruzi* Positiva (Resultado conhecido após 20 dias) quando já se havia iniciado o tratamento empírico com Benzonidazol (dose 15mg/kg);
- Submetida a tratamento convencional para cardiomiopatia dilatada com aminas vasoativas (pela instabilidade hemodinâmica), tratamento convencional para ICC e específico empírico com Benzonidazol);
- Apresentou melhora clínica parcial inicialmente e após 1 ano e 6 meses de tratamento com melhora clínica importante eletrocardiográfica e ecocardiográfica.

DISCUSSÃO

O caso relatado é sobre uma adolescente que adquiriu a doença de Chagas por transmissão oral em um surto de microepidemia familiar, decorrente da ingestão de açaí contaminado cujo diagnóstico presuntivo se deu primeiramente pela evidência epidemiológica do consumo de açaí e pelos dois familiares que apresentaram sintomas concomitantes sem sinais de lesão na porta de entrada, que assinalava elevada probabilidade de transmissão oral (SHIKANAI-YASUDA, 1991).

CONCLUSÃO

O presente relato de caso evidencia a importância do diagnóstico e tratamento precoce de doença de chagas na forma aguda, uma vez que dele depende o tratamento específico. Para o caso em questão, a paciente apresentou melhora clínica acentuada após o uso de benzonidazol (15mg/kg). Conclui-se, portanto, que o diagnóstico precoce e tratamento específico para o *Trypanosoma cruzi* é efetivamente favorável à evolução do paciente. E que tem-se na prevenção a melhor forma de combater a doença que está tão presente na região norte do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos. – Rio de Janeiro: PANAFTOSA-VP/OPAS/OMS, 2009.

_____. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde- Ministério da Saúde. 2015; 46(21).

FILIGHEDDU MT, GÓRGOLAS M, RAMOS JM. Enfermedad de Chagas de transmisión oral. Med Clin (Barc). 2016. SCHMUNIS GA, YADON ZE. Doença de Chagas: um problema de saúde na América Latina tornando-se um problema de saúde mundial. Acta Trop. 2010; 115 (1-2): 14-21.

SCHMUNIS GA, YADON ZE. Doença de Chagas: um problema de saúde na América Latina tornando-se um problema de saúde mundial. Acta Trop. 2010; 115 (1-2): 14-21.

SHIKANAI-YASUDA MA, CARVALHO NB. Oral Transmission of Chagas Disease. INFECTIONS d CID 2012; 54.

SOUZA DSM, POVOA RMS P. Aspectos epidemiológicos e clínicos da doença de chagas aguda no Brasil e na América Latina. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2016; 26(4):222-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chagas disease (American trypanosomiasis) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015.

Convênio 007/2015 Sesacre/FMABC

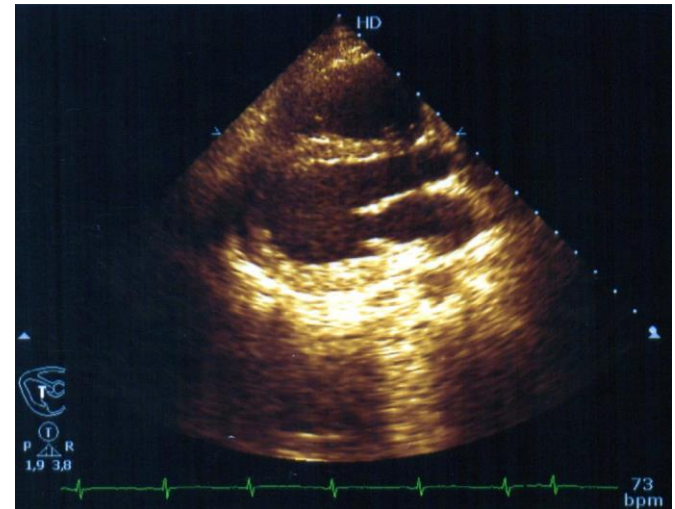
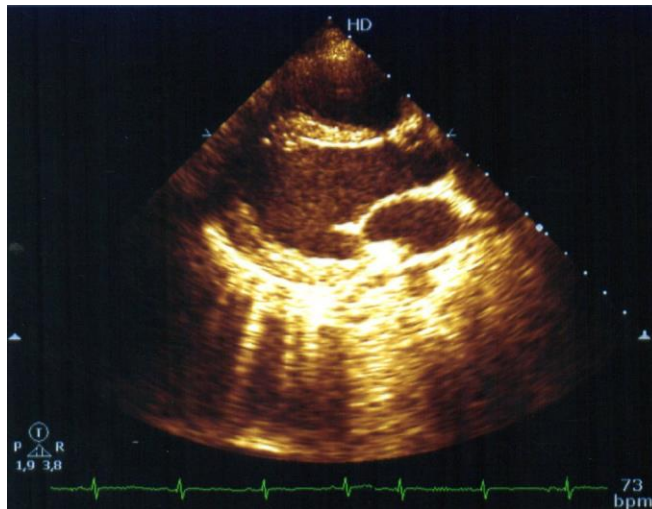


“...E do trono dos seus esplendores
Sobre nuvens bordados de azul
Deus semeia cascata de flores E abençoa o Cruzeiro do Sul.”



APRESENTAÇÃO DO CASO

Figura 1: Ecodopplercardiograma com fluxo à cores em 2016.



APRESENTAÇÃO DO CASO

Figura 2: Ecodopplercardiograma com fluxo à cores em 2017.

