

FORMAS CLÍNICAS DA CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA

CELMO CELENO PORTO*, SALVADOR RASSI**

A diversidade de quadros clínicos da cardiopatia chagásica crônica justifica o interesse em reconhecer a forma pela qual a enfermidade se apresenta em cada paciente, não só para uma adequada investigação diagnóstica, escolhendo-se os exames mais úteis para cada caso, como também para orientação terapêutica, prognóstica e médico-trabalhista.

Diversos critérios têm sido utilizados—clínico, evolutivo, anátomo-patológico—algumas vezes combinados entre si, nas classificações clínicas propostas. A primeira foi a de Chagas e Vilela¹, em 1922, quando descreveram a insuficiência cardíaca, as arritmias e uma cardiopatia com exacerbações agudas.

Em 1945, Dias, Laranja e Nóbrega², em trabalho que se tornou clássico, pois marcou a retomada dos estudos sobre a doença de Chagas no Brasil, apresentaram outra classificação, incluindo uma forma denominada “cardíacos potenciais” e eliminando a “cardiopatia crônica com exacerbações agudas”. Nesta classificação, pela primeira vez, a síndrome de Stokes-Adams aparece com destaque no grupo de pacientes com arritmia.

Em 1953, Nussenzweig e col³ descreveram a ocorrência de fenômenos tromboembólicos na doença de Chagas, reconhecendo a origem intracavitária dos trombos, e desde então esta forma clínica passou a integrar as classificações que foram surgindo⁴⁻⁵.

Nos últimos 20 anos, a cardiopatia chagásica crônica e a forma indeterminada vêm sendo intensamente estudadas com os modernos recursos diagnósticos atualmente disponíveis, permitindo uma compreensão melhor da fisiopatologia e das manifestações clínicas⁹⁻¹⁶.

Com base em nossa longa experiência no manejo de chagásicos em todas as fases da doença e nos mais diversos graus evolutivos, apoiados nos dados oferecidos pelos métodos complementares, mas, mantendo os dados clínicos em primeiro lugar, propomos

a seguinte classificação clínica da cardiopatia chagásica crônica (quadro I).

Arritmias

A forma clínica mais freqüente são as arritmias, as quais, por sua vez, se revestem de tantas particularidades que é possível subdividi-las em três subgrupos—as bradiarritmias, as taquiarritmias e as arritmias extra-sistólicas. Os sintomas mais freqüentes são as palpitações e as tonturas. No grupo de pacientes com arritmia inclui-se a síndrome de Stokes-Adams, seja em sua manifestação clássica com perda da consciência e convulsões, seja em formas frustras caracterizadas apenas por lipotimia ou perda de consciência de curta duração, sem convulsões. Merece referência especial nesta forma clínica a alta prevalência de morte súbita, sendo as taquiarritmias ventriculares o mecanismo fisiopatológico mais importante.

Na avaliação diagnóstica encontra-se área cardíaca normal ou aumentada, havendo uma certa relação entre cardiomegalia acentuada e arritmias graves. O eletrocardiograma evidencia o distúrbio do ritmo na maioria dos casos, mas pode ser normal. Nessa circunstância o melhor método diagnóstico é a eletrocardiografia dinâmica. O teste ergométrico usualmente desencadeia ou agrava a arritmia, podendo ter grande utilidade nos pacientes que relatam palpitações aos esforços. O ecocardiograma pode ser normal ou apresentar alterações morfológicas (lesão apical) ou funcionais (hipo ou discinesia). Nos últimos anos, o estudo eletrofisiológico do coração trouxe contribuição importante ao diagnóstico dos distúrbios de formação e condução do estímulo, possibilitando, inclusive, localizar com precisão áreas arritmogênicas.

Insuficiência cardíaca

A insuficiência cardíaca é uma forma clínica bem definida, mas podem diferenciar-se nela dois subgrupos de pacientes. Um subgrupo de pacientes apresenta o quadro clássico da insuficiência cardíaca, com algumas particularidades que devem ser ressaltadas. A principal é a inexistência de manifestações de insuficiência ventricular esquerda, dependentes de conges-

QUADRO I—Formas clínicas da cardiopatia chagásica crônica

Arritmias
 Insuficiência cardíaca
 Síndrome tromboembólica
 Cardiopatia chagásica crônica silenciosa

* Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da FM/UFG (Goiânia-Goiás).

** Professor Assistente do Departamento de Clínica Médica da FM/UFG (Goiânia-Goiás).

tão pulmonar, precedendo a descompensação ventricular direita. Quando isso ocorre, quase sempre se constata outra enfermidade que sobrecarrega o ventrículo esquerdo, destacando-se a hipertensão arterial. A falência cardíaca é global, porém, predominam as manifestações de insuficiência ventricular direita. Chama a atenção, também, a facilidade com que se consegue compensar tais pacientes nas primeiras vezes que manifestam insuficiência cardíaca.

Taquicardia nem sempre está presente. De maneira geral, a ocorrência de arritmias, principalmente batimentos ectópicos polimorfos e taquiarritmias, pioram as condições hemodinâmicas, agravando a insuficiência cardíaca. As embolias pulmonares são comuns e a síndrome de baixo débito é característica das fases finais. Ressalte-se que a área cardíaca está sempre aumentada e o eletrocardiograma alterado. Na avaliação ecocardiográfica, são múltiplas as alterações habitualmente encontradas, destacando-se as hipocinesias, discinesias, lesão apical, trombos intracavitários e disfunção sistólica e diastólica.

Em outro subgrupo de pacientes, o que chama a atenção do ponto de vista clínico é o relato de cansaço aos esforços—não se trata de dispnéia de esforço—sem outros sintomas de insuficiência ventricular esquerda e sem estase pulmonar. Estes casos são melhor compreendidos admitindo-se uma outra forma clínica que pode ser denominada **síndrome de disfunção sistólica**. Esta síndrome, com frequência, está associada a arritmias. Em alguns pacientes, ela pode ocorrer isoladamente ou ser a modalidade principal de apresentação da cardiopatia chagásica crônica. Entre suas manifestações clínicas, destacam-se a incapacidade de fazer esforço físico, acompanhada mais de cansaço do que de dispnéia, astenia e níveis tensionais baixos que não se elevam durante o esforço, o que se pode comprovar pelo teste ergométrico. Nestes casos, a área cardíaca costuma estar normal ou pouco aumentada. É provável que o progresso na avaliação anátomo-funcional do coração pela ecocardiografia irá facilitar a caracterização desta forma clínica.

A redução da reserva miocárdica em pacientes chagásicos pode ser claramente demonstrada associando-se o registro do ecocardiograma com o esforço isométrico. Parcela considerável dos pacientes na forma crônica latente (forma indeterminada) apresenta tanto comprometimento do desempenho sistólico como diastólico, quando submetidos ao estresse provocado pelo esforço isométrico. A diminuição da reserva contrátil do miocárdio (disfunção sistólica) e da complacência do ventrículo esquerdo (disfunção diastólica), mais evidentes após esforço, decorrem provavelmente da presença do infiltrado inflamatório difuso e de áreas fibróticas disseminadas, sem participação relevante dos mecanismos bioquímicos responsáveis pela insuficiência cardíaca¹⁸.

Síndrome tromboembólica

Outra forma clínica da cardiopatia chagásica crônica é a tromboembólica. A presença de trombose na

cavidade do ventrículo esquerdo, com embolia cerebral, renal, mesentérica ou dos vasos dos membros inferiores, em paciente chagásico, torna fácil o reconhecimento desta forma clínica^{8,19}. Já as embolias pulmonares, em pacientes com insuficiência cardíaca, mesmo que haja evidência de trombose no coração direito, podem trazer dificuldade diagnóstica, pois não é fácil excluir a possibilidade de origem periférica do êmbolo (trombose venosa profunda).

Na avaliação diagnóstica, o estudo radiológico mostra área cardíaca normal ou aumentada e o eletrocardiograma, na maioria dos casos, está alterado. O trombo intracavitário, de onde desprendem os êmbolos que vão se alojar nos pulmões ou em outros órgãos, principalmente o cérebro, pode ser detectado pelo ecocardiograma ou pela ventriculografia, ou suspeitado pela presença de áreas hipocinéticas ou discinéticas ventriculares.

Cardiopatia Chagásica Crônica Silenciosa

Por fim, acompanhando a designação “isquemia miocárdica silenciosa”, utilizada para caracterizar uma forma clínica da doença coronária, propomos que seja reconhecida uma “forma silenciosa da cardiopatia chagásica crônica”.

Aqui, é necessária uma consideração preliminar sobre a forma indeterminada, cuja conceituação clássica—paciente com reações sorológicas positivas, eletrocardiograma normal e ausência de comprometimento do aparelho digestivo—está a exigir revisão^{20,21}, em decorrência das inúmeras evidências de que em considerável parcela destes pacientes pode-se demonstrar o comprometimento do coração quando se utilizam recursos mais sensíveis (eletrocardiografia dinâmica, teste de esforço, ecocardiografia, ventriculografia, cintilografia miocárdica, biópsia do miocárdio). Cumpre salientar que esta reavaliação conceitual não se aplicaria aos estudos epidemiológicos, nem se pretende alterar com ela a visão de conjunto da história natural da doença de Chagas; mas, vai se tornando cada vez mais necessária no estudo de casos individuais com problemas diagnósticos, seja para melhor compreensão das queixas do paciente, seja para fins de avaliação da capacidade laborativa ou esportiva. Feita esta consideração, podemos conceituar o que entendemos como forma silenciosa da cardiopatia chagásica crônica.

O dado clínico-chave é a ausência de sintomas cardiovasculares, podendo haver manifestações clínicas de esofagopatia ou de colopatia. A radiografia torácica mostra área cardíaca normal ou pequeno aumento do coração. Estes pacientes podem ser divididos em dois grupos.

Um subgrupo seria representado por pacientes que apresentam alteração do eletrocardiograma denunciando comprometimento miocárdico. As anormalidades eletrocardiográficas incluem bloqueio atrioventricular de 1º grau, bloqueios de ramo, baixa voltagem de QRS e alteração difusa da repolarização

ventricular. O que chama a atenção é que são pacientes inteiramente assintomáticos, muitos deles exercendo atividades que exigem boa capacidade funcional. Outro subgrupo que pode ser incluído nesta forma clínica são os pacientes atualmente catalogados na forma indeterminada, mas nos quais se possa demonstrar a presença de comprometimento cardíaco, ao realizar-se avaliação semiológica mais sofisticada, tais como: arritmias no teste ergométrico, discinesia ventricular no ecocardiograma de repouso, disfunção sistólica e/ou diastólica no ecocardiograma realizado durante esforço isométrico, discinesias e/ou vorticiliar na ventriculografia ou na cintilografia miocárdica.

A forma silenciosa de cardiopatia chagásica crônica não apresenta dificuldade conceitual e diagnóstica, mas levanta para o médico uma interpretação que pode ter implicações práticas de grande relevância, do ponto de vista prognóstico, e principalmente, na área de medicina do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Chagas C, Vilela EA—Forma cardíaca da tripanosomíase americana. Mem Inst Oswaldo Cruz, 14: 5,1922.
2. Dias E, Laranja F, Nóbrega G—Doença de Chagas. Mem Inst Oswaldo Cruz, 43: 495,1945.
3. Nussenzweig V et al—Acidentes vasculares cerebrais na cardiopatia chagásica crônica. Arq Neuro-Psiq, 11: 386,1953.
4. Oliveira PF—Formas clínico-evolutivas da cardiopatia chagásica crônica. Curitiba, 1958. (Tese).
5. Cunha AP da, Oliveira PS—Síndromes clínicas da cardiopatia chagásica crônica. O Hospital, 57: 457,1960.
6. Porto C—Contribuição do eletrocardiograma no prognóstico e evolução da doença de Chagas- Belo Horizonte, 1963. (Tese).
7. Brasil A—Cardiopatia chagásica crônica. In Cançado, SR—Doença de Chagas. Belo Horizonte, 1968.
8. Prata A—Formas Clínicas da doença de Chagas. In Cançado, SR—Doença de Chagas. Belo Horizonte, 1968.
9. Rassi A, Perini GE, Albieri MHPD—Arritmias paroxísticas na cardiopatia chagásica crônica. Estudo através de eletrocardiograma dinâmica. Arq Bras Cardiol, 29 (Supl. 1): 89,1976.
10. Ortiz J, Sanagua J, Del Nero E e col—Estudo ecocardiográfico da forma crônica da miocardiopatia chagásica Arq Bras Cardiol, 31: 1, 1978.
11. Acquatella H, Schiller NB, Puigbo JJ et al—M mode and two dimensional echocardiography in chronic Chagas' heart disease. Circulation, 62: 797,1980.
12. Marins M, Silva CT, Motta VP e col—Estudo hemodinâmico em indivíduos chagásicos sem cardiopatia aparente. Arq Bras Med. 37: 463,1981.
13. Décourt LV, Sosa EA, Pilegi F—Estudos eletrofisiológicos cardíacos na forma indeterminada da doença de Chagas. Arq Bras Cardiol, 36: 227,1981.
14. Kuschnir ED, Sgammini H, Castro R e col—Análisis de la motilidad de pared ventricular con camara gamma en miocardiopatia chagásica crônica. Arq Bras Cardiol, 39 (supl.) 47,1982.
15. Mady C, Moraes AV, Galiano N e col—Estudo hemodinâmico na forma indeterminada da doença de Chagas. Arq Bras Cardiol, 38: 271, 1982.
16. Garzon SAC—Doença de Chagas associada a outras cardiopatias. In Cançado SR e Chuster M—Cardiopatia Chagásica. Fundação Carlos Chagas. Belo Horizonte, 1985.
17. Kuschnir E, Sgammini H, Castro R e col—Valoración de la función cardíaca por angiografía radioisotópica en pacientes con cardiopatia chagásica crônica. Arq Bras Cardiol, 45: 249,1985.
18. Sousa ACS, Marin-Neto JA, Maciel BC e col—Disfunção sistólica e diastólica nas formas indeterminada, digestiva e cardíaca crônica da moléstia de Chagas. Arq Bras Cardiol, 50: 293,1988.
19. Elian AA—Aspectos clínicos do tromboembolismo. In Cançado SR e Chuster M—Cardiopatia Chagásica. Fundação Carlos Chagas. Belo Horizonte, 1985.
20. Lopes ER, Chapadeiro E, Andrade Z e col—Anatomia patológica de corações chagásicos assintomáticos falecidos de modo violento. Mem Inst Oswaldo Cruz, 76: 189,1981.
21. **Lopes ER, Chapadeiro E, Rocha A—Anatomia patológica do coração na forma indeterminada.** In Cançado SR, Chuster M—Cardiopatia Chagásica. Fundação Carlos Chagas. Belo Horizonte, 1985.