

## CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA EM PACIENTES NA FAIXA DE 12 A 15 ANOS

ACHILÉA LISBOA BITTENCOURT, FRANCISCO AUGUSTO ROTERS,  
HELGA CRISTINA ALMEIDA DA SILVA  
Salvador, BA

**Objetivo**—Comparar os aspectos anátomo-patológicos da cardiopatia chagásica crônica (CCC) em adolescentes e adultos.

**Casuística e Métodos**—De 4.583 autópsias realizadas no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Professor Edgard Santos, entre 1958 e 1986, foram estudados pacientes até os 15 anos de idade, com amastigotas em miocárdio, xenodiagnóstico e/ou sorologia positiva para Doença de Chagas.

**Resultados**—Foram identificados nove portadores de CCC, com idades entre 12 e 15 anos. O peso do coração não ultrapassou o dobro do normal. Trombos intracardíacos estavam presentes em cinco (55,6%), aneurisma da ponta do ventrículo esquerdo em quatro (44,4%) e parasitas no miocárdio em três (33,3%) dos casos. Embolia pulmonar ou sistêmica foi diagnosticada em seis (66,7%) pacientes. Insuficiência mitral estava presente em seis (66,7%) casos, com lesão valvar em dois.

**Conclusão**—A CCC que ocorre na adolescência não difere em seus aspectos patológicos da doença na fase adulta.

**Palavras-chave:** Doença de Chagas; insuficiência cardíaca, adolescência.

## CHRONIC CARDIAC CHAGASIC DISEASE IN PATIENTS BETWEEN 12 TO 15 YEARS

**Purpose**—A comparison between pathological features of chronic chagasic cardiomyopathy (CCC) in adolescents and adults.

**Patients and Methods**—Adolescents under the age of 15, with amastigote trypanosomal forms in the myocardium, a positive xenodiagnosis and/or serology for *trypanosoma cruzi* infection, were selected from 4.583 necropsies performed between 1958-86 at the Professor Edgard Santos Hospital in Bahia, Brazil.

**Results**—Nine CCC cases between the ages of 12 and 15 years were identified. Mean heart weight was under twice normal. Intracardiac thrombi were present in five (55.6%), apical left ventricle aneurysm in four (44.4%) and parasites in the myocardium in three (33.3%) cases. Systemic or pulmonary thromboembolism was found in six (66.7%) patients. Mitral regurgitation was present in six (66.7%) cases, two with valvar anatomic alterations.

**Conclusion**—Pathological features of CCC in adolescents did not differ from those found in adult patients.

**Key-words:** Chagas' disease; heart failure, adolescence.

Arq Bras Cardiol 55/5: 301-303—Novembro 1990

A doença de Chagas (DC) aguda ocorre principalmente na infância, mas as manifestações da DC crônica costumam ocorrer na vida adulta, sob formas cardíaca e digestiva. Entretanto, já foram observados casos de DC com manifestações digestivas no período neonatal, infância e adolescência<sup>1,2</sup>, constituindo seqüela das lesões ocorridas nos plexos intramurais durante a fase aguda.

As lesões cardíacas da DC crônica são de aparecimento tardio, muitos anos após o início da infecção<sup>3</sup>. Existem, no entanto, raros casos de miocardite chagásica crônica na infância e adolescência<sup>4-7</sup>.

A finalidade deste trabalho é apresentar os aspectos clínico-patológicos de nove casos de cardiopatia chagásica crônica (CCC) em adolescentes, comparando-os com os observados na idade adulta.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram realizadas 4583 autópsias no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Professor Edgard

Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Correspondência: Achiléa L. Bittencourt—Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia—40000—Salvador, BA.

TABELA I—Dados anátomo-patológicos.

Casos	Idade/Sexo (anos)	Evolução (meses)	Peso do coração	TIC	AP	Embolia	Presença de amastigotas
1	12/M	1	350 g	+	—	Baço	+
2	12/M	12	220 g	—	—	—	—
3	13/F	5	240 g	—	+	Pulmão/Rim	+
4	13/M	12	400 g	+	+	—	—
5	13/M	1	270 g	—	—	Pulmão	—
6	13/M	9	375 g	+	+	Pulmão	—
7	14/M	8	430 g	+	+	Pulmão	—
8	15/M	5	460 g	+	—	—	+
9	15/F	7	350 g	—	—	Pulmão	—

TIC: trombos intracardíacos; AP: afinamento de ponta.

TABELA II—Alterações eletrocardiográficas (8 casos).

	Nº de casos	%
Bloqueio	5	62
Extra-sístoles ventriculares	4	50
Sobrecarga ventricular esquerda	4	50
Hemibloqueio anterior esquerdo	3	37
Bloqueio de I e 2º grau	3	37
Bloqueio intraventricular	2	25
Taquicardia sinusal	2	25
Zona inativa anteroseptal	2	25
Bloqueio atrioventricular total	1	12
Marcapasso atrial migratório	1	12
Baixa voltagem do QRS	1	12

Santos entre 1958 e 1986, das quais 16% foram de pacientes na faixa etária de 0 a 15 anos. Em 2,5% destas autópsias, a causa de morte foi CCC. Procedeu-se a revisão dos prontuários e das lâminas correspondentes.

Todos os casos apresentaram quadro clínico-patológico sugestivo de CCC. Entretanto, foram incluídos somente nove casos que apresentaram reação sorológica positiva para DC, ou xenodiagnóstico positivo, ou ainda, presença de amastigotas nas lesões.

## RESULTADOS

A idade dos pacientes variou de 12 a 15 anos. O tempo de evolução desde o início dos sintomas foi, em média, de seis meses (tab. I). A história epidemiológica foi positiva em 67% dos casos. Dispnéia foi a primeira manifestação clínica em seis casos e edema de membros inferiores em um caso. Em dois pacientes, ambas apresentaram-se simultaneamente. Em seis casos, constatou-se sopro sistólico em área mitral sendo que em dois existia lesão orgânica da valve mitral (casos 3 e 9). Em um destes pacientes, houve confirmação da etiologia reumática. Realizou-se eletrocardiograma em oito pacientes, cujos resultados estão registrados na tabela II. O aumento do peso do coração não ultrapassou 100% do normal (tab. I). Em cinco casos, encontraram-se trombos intracardíacos e, em quatro, aneurisma da ponta do ventrículo esquerdo.

Em seis autópsias encontraram-se embolias em pulmões, rins e baço (tab. I). Evidenciou-se parasitismo ao exame histopatológico em três casos.

## DISCUSSÃO

Os casos de CCC documentados na infância e adolescência podem resultar de infecção muito precoce, talvez intra-uterina. Há raras referências a CCC na infância e adolescência<sup>4-10</sup>. Apenas Araújo e col<sup>4</sup> apresentaram casuística que permite análise de aspectos clínico-patológicos, descrevendo 19 casos de CCC. Encontraram aspectos diferentes dos observados nos adultos: rápida evolução a óbito (tempo médio de 4 meses), sopro sistólico em área mitral em 84% dos casos, bloqueio completo de ramo direito em 11% dos casos e hipertrofia cardíaca mais acentuada, com aumento médio do peso cardíaco de 200% do normal<sup>4</sup>.

Na presente casuística, o tempo médio de evolução para óbito foi de seis meses. Em seis casos, constatou-se sopro sistólico em área mitral havendo em dois associação com lesão orgânica da valva. Assim sendo, em 44% dos casos, o sopro sistólico foi atribuído a refluxo decorrente da dilatação do anel valvar devido a dilatação ventricular e a disfunção dos músculos papilares<sup>11</sup>. Nestes seis casos, a ocorrência de sopro sistólico não dificultou o diagnóstico clínico de CCC. O bloqueio de ramo direito foi observado em 62% dos casos. Em adultos esta alteração eletrocardiográfica é encontrada em cerca de 74% dos pacientes<sup>10</sup>.

Observou-se aumento médio do peso do coração de apenas 74% sobre o normal para a idade, achado muito inferior ao referido por Araújo e col<sup>4</sup> e próximo ao que se encontra no adulto com CCC. A trombose intracardíaca que ocorreu em 56% dos pacientes localizou-se com maior frequência no átrio direito e no ventrículo esquerdo. Em adultos, refere-se frequência de trombose intracardíaca de 76%, com predominância, também, no átrio direito<sup>9</sup>. A lesão apical do ventrículo esquerdo na CCC do adulto ocorre em torno de 57% dos casos e pode apresentar-se como trombose, aneurisma ou placa fibrosa. Na presente casuística, quatro casos (45%) apresentaram afinamento de ponta com trombose, sem dilatação aneurismática. Os

fenômenos mostraram-se semelhantes aos observados na CCC do adulto<sup>9</sup>.

A frequência de parasitismo cardíaco neste estudo foi também semelhante à observada em autópsias de adultos<sup>9</sup>. A CCC que ocorre na adolescência não difere em seus aspectos patológicos da doença na fase adulta.

#### REFERÊNCIAS

1. Bittencourt AL—Doença de Chagas congênita na Bahia. *Rev. Baiana Saúde Publ.*, 1984; 11: 159-209.
2. Rezende JF, Rassi A—Manifestações Digestivas na Fase Aguda da Doença de Chagas. São Paulo, Sarvier Editora, 1983; 97-107.
3. Andrade Z—Mechanisms of myocardial damage in *Trypanosoma cruzi* infection. In: *Cytopathology of Parasitic Disease*. Ciba Foundation Symposium. London. Pittman Books, 1983; 214-28.
4. Araújo RC, Bestete R, Godoy RA, Oliveira JSM—Chronic Chagas' heart disease in children and adolescents: a clinical pathologic study. *Int J Cardiol*, 1985; 9: 439-49.
5. Granzotti JA, Rocha GM, Arevaldo JRG, Ferrioli Filho F—Cardiopatía chagásica em crianças. Relato de dois casos. *Rev Inst Med Trop São Paulo*, 1985 27: 341-5.
6. Pellegrino J, Rezende CL, Canela A—Sobre um caso de cardiopatía chagásica crônica e megacólon em menina de 13 anos. *J Pediat. Rio de Janeiro*, 1953; 17: 229-36.
7. Pellegrino J—Doença de Chagas na infância. *Boll Inst. Pueril. Univ. Brasil*, 1959; 16: 121-56.
8. Freitas JLP—Inquérito preliminar sobre a doença de Chagas no município de Cajuru, Estado de São Paulo, Brasil. *O Hospital*, 1946; 29: 155-65.
9. Andrade ZA, Andrade SG—Patologia. In: Brenner Z, Andrade Z (eds.) *Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1979: 199-248.
10. Chagas C, Villela E—Forma cardíaca da tripanossomíase americana. Reimpresso das memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Tomo XIV, Fasc I, 1922 5-91.
11. Amorim DS, Manço JC, Gallo Jr. L, Marin neto JAM—Clínica. Forma crônica cardíaca. In: Brenner Z, Andrade Z (eds.) *T. cruzi e doença de Chagas*, 265-310. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1979.