

## Origem Esofágica de Dor Precordial em Chagásicos

Entre as manifestações clínicas apresentadas por alguns chagásicos crônicos encontram-se as cores torácicas as quais têm sido relativamente pouco estudadas.

Nos chagásicos com megaesôfago, distinguem-se perfeitamente no tórax duas modalidades de dor: a odinofagia e aquela que independe da deglutição. Esta última referida pelo paciente ao nível do apêndice xifóide ou trás do esterno e o que a distingue de modo peculiar é fato de ceder, de imediato, com a ingestão de líquido. Ambas, ao que se admite, têm origem esofágica<sup>1</sup>.

Cerca de 10 a 20% dos cardiopatas chagásicos crônicos (CH) manifestam um outro tipo de dor: a dor recordial. Frequentemente descrita como em pontadas, não relacionada aos esforços físicos nem às emoções, é subesternal e o uso de nitrato sublingual não a alivia<sup>2,3</sup>. Não apresenta características anginosas, sendo por alguns denominada dor no peito atípica<sup>3</sup>.

Além dessa dor no peito atípica, descreve-se em alguns CH a dor torácica anginosa<sup>3,4</sup>. Na experiência de Hagar e col<sup>4</sup> ela ocorreu em 14% dos chagásicos por eles ramados nos Estados Unidos. Para Bestetti e col<sup>5</sup>, entretanto, a dor torácica anginosa, sugestiva de coronariopatia raramente é observada em CH. Garzon<sup>6</sup> ao abordar questão das coronariopatias obstrutivas associadas a doença de Chagas (DCH), afirma que a queixa de dor recordial ou torácica na DCH é bastante freqüente e pode haver padrão eletrocardiográfico de isquemia indistinguível da cardiopatia isquêmica. Em sua experiência, a DCH pura determinou alteração eletrocardiográfica tipo isquemia em 13,5% dos casos estudados.

Pelo que se deduz, ao contrário do que sucede nas cores torácicas manifestadas pelos CH com megaesôfago, a etiopatogênese da dor precordial referida ainda é questão aberta.

Uma análise mais profunda das causas capazes de produzir cores torácicas poderia auxiliar na compreensão das cores precordiais manifestadas pelo CH. Se associarmos nossos conhecimentos atuais sobre a patogênese e isopatologia da DCH àqueles sobre as cores torácicas<sup>7</sup>, poderemos caminhar um pouco mais no entendimento as cores precordiais do CH.

A primeira idéia que temos é de que as cores precordiais apresentadas por alguns chagásicos crônicos possam ter origem no coração ou no esôfago, órgãos equentemente lesados nessa tripanosomose. Ao analisarmos os tipos de cores codificadas pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), veremos que nenhuma das precordialgias referidas tem sua etiologia relacionada a doenças do esôfago<sup>7</sup>. Entretanto, deve-se ressaltar que esses estudos, não abrangem, em sua análise, especificamente o megaesôfago chagásico.

Em artigo publicado neste número de **Arquivos**

**Brasileiros de Cardiologia**, Simões e col (pa 103-8) apresentam estudo feito em chagásicos com precordialgia e artérias coronárias angiograficamente normais.

Louve-se, inicialmente, o interesse dos autores em trazer novos conhecimentos para o esclarecimento da questão. Estudos como este de Simões e col podem auxiliar no entendimento, não só de aspectos obscuros da DC, como contribuir para a melhor compreensão das cores torácicas em geral.

Em seu estudo, Simões e col analisaram CH e NCH, que apresentaram dor precordial suficientemente relevante para que se indicasse a realização de cinecoronariografia (cujo resultado mostrou artérias subepicárdicas livres de processo obstrutivo arteriosclerótico significativo). Prospectiva e cegamente, os pacientes foram submetidos à seriografia do esôfago, estômago e duodeno, endoscopia digestiva alta, manometria esofágica e testes provocativos para dor esofágica (edrofônio e teste Bernstein).

Evidentemente, os autores, através deste estudo, procuraram averiguar se a precordialgia apresentada pelos pacientes tinha origem ou se relacionava à esofagopatia tão freqüente em CH. Dos 33 CH analisados, 14 (42%) apresentaram megaesôfago, 7 de grau I e mesmo número de grau II. Previamente, já haviam sido excluídos portadores de megaesôfago avançado (III e IV).

Em nosso entender, os resultados observados não permitem concluir que a dor precordial apresentada pelos CH estudados tenha origem no esôfago, deixando portanto, ainda em aberto, a questão da precordialgia chagásica.

É evidente que os dados do trabalho de Simões e col não afastam, definitivamente, a hipótese de que as cores precordiais do CH possam ter relação com a esofagopatia chagásica. Entretanto, são necessários novos estudos, talvez com emprego de outras metodologias, no sentido de comprovar a hipótese.

Permanece, portanto, aberta outra possibilidade: a de que as cores precordiais do CH decorram da cardiopatia que o *Trypanosoma cruzi*, direta ou indiretamente, gera. O fato de que CH tenha coronárias pérvias não afasta que neles possa ocorrer isquemia miocárdica e as conseqüências que dela advêm. Os dados de Garzon<sup>6</sup>, o fato de que 13 (59%) de 22 casos descritos de infarto do miocárdio tenham ocorrido em CH com coronárias pérvias<sup>8</sup> e dados recentes<sup>9</sup>, indicando que necrose do miocárdio na DCH pode ser desencadeada e perpetuada por alterações na microcirculação miocárdica, comprovam nossa afirmativa anterior. A respeito deste último dado, vale ainda lembrar que alterações microvasculares do miocárdio foram detectadas precocemente na evolução da DCH, (ainda que experimental) e que dor precordial pode ser sintoma inicial de cardiopatia

chagásica crônica em até 5% dos casos<sup>10</sup>. É necessário, também, que se aprofunde a análise da relação da precordialgia com bloqueio atrioventricular total. Estudos<sup>2</sup> indicam que enquanto a dor precordial se manifesta em 15,5% de chagásicos sem bloqueio AV total, este sintoma é referido em percentagem muito mais elevada (34,6%) de chagásicos com o mesmo bloqueio.

Cumpra ainda esclarecer o papel que a desnervação autonômica - praticamente constante no CH - possa ter na precordialgia do tripanossomótico, seja através da interrupção das artérias nociceptivas, seja pelo desequilíbrio autonômico ou por outros mecanismos. Finalmente, não se pode afastar a hipótese de que a precordialgia do chagásico possa ter como origem outros distúrbios (extratorácicos, origem primariamente psicológica, etc) e esclarecer se a dor no peito atípica e a dor torácica anginosa do CH sem coronariopatia, constituem um mesmo tipo de manifestação dolorosa ou não, se têm uma mesma origem, seu significado, etc.

## Referências

1. Rezende JM - Clínica: Manifestações digestivas. In: Brener Z. Andrade Z. eds - Tripanosoma Cruzi e Doença de Chagas. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan 1979; 316.
2. Amorim DS, Maço JS, Gallo Jr L, Marim Neto JA - Clínica: forma crônica cardíaca. In: Brener Z. Andrade Z. eds - Tripanosoma Cruzi e Doença de Chagas. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan 1979; 265: 311.
3. Bestetti RB, Ohveira JSM - Chagas heart disease. N Engl J Med 1992; 326: 492.
4. Hagar JM, Rahimtoola SH - Chagas's heart disease in the United States. N Engl J Med 1991; 325: 763-8.
5. Bestetti RB, Finzi LA, Oliveira JSM - Chronic Chagas' heart disease presenting as an impending myocardial infarction: a case favoring the neurogenic pathogenesis concept. Clin Cardiol 1987;10: 368-70.
6. Garzon SAC - Doença de Chagas associada a outras cardiopatias. In: Caçado JR, Chuster M, eds - Cardiopatia Chagásica. Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas 1985; 26L
7. Bonica JJ - General considerations of pain in the chest. In: Bonica JJ, ed - The Management of the Pain. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia, Lea & Febiger 1990; 959-1114.
8. Lopes ER, Mesquita PM, Mesquita LFV, Chapadeiro E - Arteriosclerose coronariana e infarto do miocárdio em chagásicos crônicos. Arq Bras Cardiol (em publicação).
9. Rossi MA - Patogênese da miocardite chagásica crônica. Rev Soc Cardiol Est SP 1994; 4: 85-91.
10. Prata A - Prognóstico e complicações da doença de Chagas. Rev Goiana Med 1959; 5: 87-96.