

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA PÓS-TRANSFUSIONAL RELATO DE UM CASO COM EVOLUÇÃO CLÍNICO-TERAPEÚTICA ATÍPICA

Nathan Valle SOUBIHE (1), Adhemar Mário FIORILLO (2) e Cesar Augusto AMBRÓSIO (3)

R E S U M O

Os Autores apresentam um caso de doença de Chagas aguda pós-transfusional, chamando a atenção para as particularidades dos achados clínicos e laboratoriais. Analisam também a resposta clínica e parasitológica ao tratamento específico.

I N T R O D U Ç Ã O

Segundo BRENER² a transfusão de sangue é a forma mais habitual de transmissão da doença de Chagas, depois da produzida por triatomíneos.

Desde os primeiros relatos de FREITAS & col.³ em 1952, sobre esse tipo de transmissão e das medidas preventivas propostas e padronizadas por NUSSENZWEIG & col.⁴, em 1953, continuam sendo citados novos casos na literatura nacional. BALDY & col.¹, em 1979, descreveram mais dois casos diagnosticados em Londrina — Paraná; TOLEZANO & col.⁷, em 1980, descreveram mais um caso verificado em São Paulo e fazem revisão dos registrados na literatura brasileira, com a elaboração de um quadro geral. Descreveremos mais um paciente, vítima de transfusão terapêutica, perfazendo, ao todo, 79 pacientes.

Nosso doente foi medicado com Nifurtimox e sua evolução será comentada.

CASO CLÍNICO

Identificação: P.P.V., 64 anos, masculino, casado, branco, fazendeiro, natural e procedente de Araxá (MG).

História Clínica: Em 16/11/80 início do quadro febril, diário, vespertino, com picos de até 39°C. A não ser nos períodos de febre, quan-

do sentia mal-estar e um pouco de cansaço, de nada mais se queixava.

Na época da internação, em 24/11/80, no Hospital São Lucas, de Ribeirão Preto (SP), ao exame físico apresentava-se eunêmico, anictérico, hidratado, sem edema e com temperatura axilar de 38,5°C. Era portador de uma lipomatosose subcutânea generalizada, de tronco e membros o que dificultava a pesquisa de gânglios periféricos e a palpação do fígado e baço. No entanto, ao exame cintilográfico havia hépato e esplenomegalia moderadas. A pressão arterial era de 150/80 mmHg e o pulso de 100 bpm.

Antecedentes: Portador de diabetes melito controlado; há 30 dias teve dois episódios de melena, por úlcera gástrica confirmada radiologicamente e foi medicado com 1500 ml de sangue total em Hospital de Araxá (14/10/80). Faz viagens constantes para Mato Grosso e lida com animais na fazenda.

Os exames complementares revelaram: 1) Reações sorológicas para lues, Wassermann e V.D.R.L. — negativas; 2) Soro aglutinação para brucelose — negativa; 3) Reação de imunofluorescência para toxoplasmose, IgG — 1/16 e IgM — negativa; 4) Pesquisa de plasmódio — negativa; 5) Reação de Widal — negativa; 6) Hemoculturas — negativas; 7) Hematológico: Hemácias — 4.500.000/mm³; Hb — 13 g/100 ml; Leucócitos — 5.100/mm³; N. bastonetes — 29%; N.

(1) Professor Titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Catanduva, SP, Brasil

(2) Professor Titular do Departamento de Clínica Médica (Moléstias Infecciosas e Tropicais) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — USP

(3) Médico — Hospital São Lucas, Ribeirão Preto, SP

segmentados — 53%; Eosinófilos — 1%; Basófilos — 0%; Linfócitos — 15%; Monócitos — 2%; Linfócitos atípicos ocasionais; 8) Velocidade de Hemossedimentação — 55 mm na 1.a hora (Wintrobe). A eletroforese das proteínas do soro mostrou — albumina 1,93 g/dl, alfa 1 — globulinas 0,36 g/dl, alfa 2 — globulinas 1,06 g/dl, beta globulinas 0,73 g/dl e gama-globulinas 1,53 g/dl; 10) Bilirrubinas, fosfatase alcalina, uréia, creatinina e glicemia — normais, proteínas séricas totais — 5,6 g/dl.

Evolução clínica: Quinze dias após a interação (8/12/80) apresentou sinais de ascite, quando executamos uma punção diagnóstica e o líquido colhido apresentava composição celular de natureza inflamatória, com linfócitos, macrófagos e polimorfonucleares neutrófilos e numerosos tripanossomos, que foram identificados como *Trypanosoma cruzi*. Nesse mesmo dia os tripanossomos foram encontrados no sangue periférico. Uma biópsia de pele, realizada em zona de provável “rash”, evidenciou infiltrado linfo-histiocitário perivasculares no derma, com lesões de capilarite. A reação de Machado-Guerreiro, em 13/12/80 era negativa, sendo positiva em 26/02/81, com título maior que 3.

Foi iniciado o tratamento específico com Nifurtimox em 11/12/80 com 8 mg/kg/dia, tendo a febre persistido por uma semana aproximadamente. Este tratamento foi mantido por 90 dias e o paciente apresentou diminuição da memória, anorexia, neurite periférica e emagrecimento de 9,5 kg de peso, sendo que esses sintomas regrediram com a suspensão da terapêutica. Em 28/01/81 (48.º dia de tratamento específico) a pesquisa de *Trypanosoma cruzi* no sangue periférico foi negativa. Em 04/05/81 as reações sorológicas de fixação do complemento e de imunofluorescência para a Doença de Chagas foram positivas. O xenodiagnóstico, em 19/04/82 (17 meses após o tratamento específico), realizado com 60 ninfas de 3.º estágio, de *T. infestans*, foi negativo. A área cardíaca ao exame radiológico não se mostrou alterada; eletrocardiogramas seriados, realizados durante toda a fase aguda e no período de tratamento não se alteraram. Um ano e seis meses após o início do quadro agudo o eletrocardiograma evidenciou bloqueio completo do ramo esquerdo do feixe de His. Nesta mesma época a radiografia do tórax em PA mostrou cardiomegalia e edema intersticial do pulmão.

COMENTÁRIOS

O presente caso mostrou-se, desde o início, como atípico e de diagnóstico difícil. De zona urbana, bem nutrido, com uma lipomatose generalizada, o que dificultava a pesquisa de gânglios e a palpação de órgãos intra-abdominais; sem queixas para o lado do aparelho cardiovascular e do sistema nervoso central. O aparecimento de ascite, com perfil protéico sanguíneo indicando hipoproteïnemia total e aumento do teor de alfa-2-globulinas levou-nos à punção do abdome, quando no sedimento do líquido obtido foram encontrados numerosos tripanossomos, com as características do *Trypanosoma cruzi*, o que não é freqüente nos derrames cavitários⁵. O período de incubação foi de 32 dias, pois sabemos com precisão o dia em que o paciente recebeu a transfusão sanguínea. Os exames eletrocardiográficos seriados mostraram apenas uma taquicardia sinusal, sem qualquer arritmia cardíaca. Na evolução apresentou também um lacrimejamento ocular incômodo, acompanhado de alteração do brilho da córnea, fato este observado por um de nós⁶ na infecção aguda experimental em cães e de observação pouco comum no homem.

Com o uso de Nifurtimox a febre cedeu e o paciente apresentou algumas reações adversas como anorexia, emagrecimento, diminuição evidente da memória e neurite periférica, que regrediram após o uso da medicação. Dezesete meses após o tratamento específico o xenodiagnóstico é negativo, as reações sorológicas para a doença de Chagas são positivas, o eletrocardiograma revela bloqueio do ramo esquerdo do feixe de His e está presente uma cardiomegalia ao exame radiológico do tórax.

SUMMARY

Chagas' disease by blood transfusion. Report of an acute case treated with Nifurtimox.

The Authors present one case of acute Chagas' disease caused by blood transfusion, from Araxá, Minas Gerais State, Brazil. The clinical and laboratory data used for diagnosis are described; they also report the clinical and parasitological response to treatment with Nifurtimox, administered by the oral route, 8 mg/kg/day (during 90 days). The Authors comment the clinical and therapeutic evolution of the

patient and emphasize the importance of the blood transfusion as infectious source of Chagas'disease.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALDY, J. L. S.; TAKAOKA, L.; CHIEFFI, P. P.; MOCELIN, A. J. & BRANDINA, L. — Doença de Chagas por transfusão de sangue em Londrina (PR). Relato de dois casos agudos tratados com Nifurtimox. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 21: 155-159, 1979.
2. BRENER, Z. — Simpósio sobre nuevos enfoques en la investigación de la Tripanosomiasis americana. *Bol. Of. Sanit. Panamer.* 83: 106-118, 1977.
3. FREITAS, J. L. P.; AMATO NETO, V.; SONNTAG, R.; BIANCALANA, A.; NUSSENZWEIG, V. & BARRETO, J. G. — Primeiras verificações de transmissão acidental da moléstia de Chagas ao homem por transfusão de sangue. *Rev. Paul. Med.* 40: 36-40, 1952.
4. NUSSENZWEIG, V.; SONNTAG, R.; BIANCALANA, A.; FREITAS, J. L. P.; AMATO NETO, V. & KLOETZEL, J. — Ação de corantes tri-fenil-metânicos sobre o *Trypanosoma cruzi* "in vitro": emprego da violeta de genciana na profilaxia da moléstia de Chagas por transfusão de sangue. *Hospital* (Rio) 44: 731-744, 1953.
5. RASSI, A.; TRANCHESI, J. & TRANCHESI, B. — *Moléstias Infecciosas e Parasitárias*. 6a. edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976. Ricardo Veronesi (Editor), Doença de Chagas, pág. 587.
6. SOUBIHE, N. V. — Comunicação pessoal sobre dados relativos a infecção aguda experimental com *Trypanosoma cruzi*, 1960.
7. TOLEZANO, J. E.; UEDA, M.; MITSUKA, H.; PASCHOAL, S. M. P.; MORAES, C. R.; MARTINS, M. A. & LIMA, M. A. P. — A tripanosomíase americana e sua transmissão transfusional. *Rev. Inst. Adolfo Lutz* 40: 83-88, 1980.

Recebido para publicação em 4/11/1982.