

## O DIAGNÓSTICO DA FORMA AGUDA DA MOLÉSTIA DE CHAGAS

JOSÉ TEMÍSTOCLES DE AGUIAR TARTARI \*  
VICENTE AMATO NETO \*\*

A moléstia de Chagas pode-se apresentar sob uma forma denominada aguda e sob uma forma denominada crônica; essas formas são distintas, não apenas clinicamente, mas também no que respeita aos processos laboratoriais utilizados para a realização do diagnóstico, uma vez que aquêles, eficientes em uma das formas, não apresentam o mesmo valor no diagnóstico da outra. Uma forma subaguda pode ser considerada como dando seqüência à forma aguda e a ela se assemelhando tanto clínica como laboratorialmente.

Para efetuar o diagnóstico da forma aguda da moléstia de Chagas devemos nos valer de dados de ordem clínica, de ordem laboratorial e de ordem epidemiológica.

### DADOS DE ORDEM CLÍNICA

A moléstia se inicia com febre, mal-estar, calafrios, cefaléia, dores musculares e podem estar presentes as manifestações correspondentes à porta de entrada do parasita, isto é, as manifestações constituintes do chagoma de inoculação. O chagoma de inoculação pode-se localizar em um dos olhos, o que ocorre mais freqüentemente, ou na pele. Quando presente em um dos olhos constitui o sinal de Chagas-Romaña, decorrente de uma verdadeira conjuntivite parasitária e o complexo oftalmo-ganglionar que o compõe é constituído por edema unilateral bipalpebral, elástico e avermelhado; em alguns casos ocorre inflamação da glândula lacrimal acessória e o edema pode-se estender às partes próximas da face. Quando o chagoma se assesta na pele, o que acontece geralmente na face ou nos membros, partes freqüentemente descobertas, se assemelha a um furúnculo que ainda não supurou e é constituído por nódulo duro, pouco doloroso, com edema em tórno; neste caso e quando a porta de entrada correspon-

---

\* Médico da Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Serviço do Prof. João Alves Meira).

\*\* Médico interno da Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Serviço do Prof. João Alves Meira). Assistente extranumerário do Departamento de Parasitologia da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Diretor: Prof. Samuel B. Pessoa).

de ao sinal de Chagas-Romaña, há reação ganglionar satélite, um dos gânglios apresentando sempre volume maior. Nem sempre, porém, o chagoma é bem perceptível, quer por apresentar duração efêmera, quer por ser constituído por manifestações objetivamente discretas.

A febre é variável e, o que é importante, não obedece a nenhum tipo bem definido. Segundo Chagas, o maior número de parasitas circulantes desencadeia febre mais pronunciada e indica maior gravidade do caso; outros autores, como Villela, acreditam que nem sempre os altos níveis atingidos pela febre indicam que se trate de caso mais grave. Geralmente, a febre é remitente, irregular ou regular, com exacerbações vespertinas, desaparecendo quatro ou cinco semanas após o início. Frequentemente a temperatura é subfebril quando os exames a fresco já não revelam parasitas no sangue periférico; porém, pode ser subfebril mesmo quando os exames a fresco ainda são positivos.

Na forma aguda pode ocorrer edema generalizado. Tal ocorrência não é constante em todos os casos. Trata-se de edema duro, elástico, discreto ou pronunciado, geralmente presente no dorso dos pés, coxas e face, sendo influenciável pela ação da gravidade. A natureza e a patogenia de tal edema generalizado são discutidas; a hipótese que mais se coaduna com a maioria dos casos é a de Laranja, Dias e Nóbrega, do Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, que em Bambuí estudaram uma centena de casos agudos; para êsses autores o edema decorre de modificação das proteínas sangüíneas, tendo evidenciado, nos casos em que o edema se fazia presente, diminuição das serinas, aumento das globulinas, diminuição do fibrinogênio e taxa normal ou pouco diminuída das proteínas totais; alterações hepáticas quanto ao metabolismo protéico ou carência protéica seriam responsáveis por essas alterações. Deve ser salientado que o edema generalizado é diferente do edema do chagoma, de natureza inflamatória, e diferente do edema decorrente de insuficiência cardíaca congestiva, que pode estar presente na fase aguda.

Pode ocorrer aumento de volume dos gânglios superficiais, o que acontece quase que constantemente, estando comprometido maior ou menor número de grupos ganglionares em cada caso; em um grupo ganglionar um gânglio geralmente apresenta maior tamanho. Na fase aguda pode haver ainda esplenomegalia, quase sempre moderada, em alguns casos estando ausente. O fígado pode estar comprometido, com hepatomegalia discreta ou moderada; os aumentos pronunciados do órgão sugerem a ocorrência de insuficiência cardíaca congestiva concomitante.

Em alguns casos, manifestações nervosas podem estar presentes e são representadas por sinais de irritação meníngea ou de comprometimento meningocefálico; ocorrendo os sinais de lesão do sistema nervoso, o êxito letal geralmente se processa dois ou três dias após, a morte sendo, de regra, precedida por convulsões.

Alterações cardíacas podem ser evidenciadas em muitos casos agudos. Fato bem estabelecido é o de que, em todos os casos fatais, existem lesões anátomo-patológicas do miocárdio. Nas crianças de pouca idade é difícil obter informações sugestivas que traduzam acometimento cardíaco. A pressão arterial geralmente não está modificada, às vêzes podendo haver queda da pressão diastólica; alterações mais pronunciadas, com queda de suas cifras, surgem apenas quando existe insuficiência circulatória. Freqüentemente há taquicardia, que nem sempre denuncia o acometimento do coração.

O exame radiológico pode evidenciar aumento da área cardíaca, que tende a voltar, nos casos não fatais, às dimensões normais. O exame eletrocardiográfico, por sua vez, evidencia alterações diferentes das que ocorrem na fase crônica; as modificações mais constantemente encontradas são o aumento do espaço P-R e as alterações primárias da onda T; o encontro de extrassístoles ventriculares e de bloqueios aurículo-ventriculares do 2º grau é mais raro, comparando os bloqueios intra-ventriculares e a curva de injúria apenas nos casos fatais. Nos casos não fatais, as alterações eletrocardiográficas da fase aguda, como o aumento do coração, tendem a regredir.

Diarréia, vômitos, bronquite e esquizotripânides apenas ocorrem em pequeno número de casos, sendo a bronquite talvez decorrente de infecções associadas e as esquizotripânides representadas por manifestações exantemáticas descritas por Mazza.

#### DADOS DE ORDEM LABORATORIAL

Nas formas agudas o diagnóstico etiológico pode ser facilmente efetuado pelo encontro do *Trypanosoma cruzi* nos exames a fresco. O parasita pode ser facilmente evidenciado no sangue periférico durante quatro a cinco semanas, em média, a contar do início da infecção.

Os exames pelo método da gôta espessa e por esfregaços, corados, também podem ser praticados. Porém, o simples exame a fresco é suficiente para ser patenteado o diagnóstico.

O xenodiagnóstico também pode ser efetuado, mas como o exame dos triatomídeos utilizados só pode ser realizado pelo menos após um mês, em tal fato reside um inconveniente para o seu emprêgo rotineiro; além disso, é paradoxal a ocorrência de alguns xenodiagnósticos negativos, apesar de ter sido verificada a presença do parasita, no sangue periférico, pelo exame a fresco. Também sem valor para o diagnóstico rotineiro, a inoculação do sangue pode ser praticada em camundongos, animal aliás não muito sensível à infecção; a inoculação do creme leucocitário, segundo Pedreira de Freitas, oferece maior taxa de positividade. Outrossim, não devemos contar com a cultura, usualmente, para efetuar o diagnóstico da moléstia de Chagas, em sua fase aguda.

O hemograma revela leucocitose, com linfocitose e, freqüentemente, com o aparecimento de linfócitos atípicos. A hemossedimentação está elevada, o que também pode ocorrer nas fases de atividade dos casos crônicos.

A reação de fixação do complemento geralmente fornece, no início, resultado negativo. O teste da precipitina, idealizado por Muniz, segundo o autor, oferece 100% de positividade nesta fase da moléstia. A reação de aglutinação também é positiva em boa percentagem de casos agudos.

#### DADOS DE ORDEM EPIDEMIOLÓGICA

A procedência do doente e a informação referente ao conhecimento do triatomídeo são elementos de valor para que a moléstia entre em cogitação.

O diagnóstico diferencial deve ser realizado com relação a certas infecções, como malária e outras, com certas moléstias nas quais o edema está presente, como nefrite, nefrose e distrofia pluricarenal hidropigênica e com relação a outras causas de cardiopatia, como febre reumática e endocardite bacteriana subaguda. O sinal ocular de Chagas-Romaña pode ser confundido com hordéolo, erisipela da face, manifestações decorrentes de traumatismo e, também, com a miíase subconjuntival, como salientaram Pessoa e Coutinho; porém, um exame cuidadoso pode evitar facilmente a confusão.

A forma aguda da moléstia de Chagas, bem estudada por Laranja, Dias e Nóbrega, em Bambuí, que se instala preferentemente em crianças e adolescentes, pode evoluir para a forma indeterminada ou pode ser fatal, a morte decorrendo do acometimento meningecefálico ou de acometimento cardíaco.

*Clinica de Doenças Tropicais e Infectuosas Fac. Med. da Univ. de São Paulo.*

\* \* \* \*