

MORTE SÚBITA ABORTADA EM PACIENTE CHAGÁSICO CRÔNICO DA AMAZÔNIA BRASILEIRA: RELATO DE CASO

Aborted Sudden Death In A Chronic Chagas Disease Patient From The Brazilian Amazon Region: A Case Report

Anne Elizabeth Andrade Sadala Marques,* João Marcos Barbosa Ferreira,*** Jaime Arnez Maldonado,****
Frederico Gustavo Cordeiro Santos,* Danielle Abreu da Costa,* Gilmara Anne da Silva Resende,**
Jorge Augusto de Oliveira Guerra*****, Maria das Graças Vale Barbosa*****

RESUMO

A cardiopatia chagásica pode se apresentar em três formas essenciais: insuficiência cardíaca, arritmia e tromboembolismo. A forma arritmogênica é comum nas áreas endêmicas, sendo uma importante causa de mortalidade entre os pacientes com DC. É relatado episódio de morte súbita (MS) abortada causada por taquicardia ventricular (TV) sem pulso com necessidade de Cardio-Desfibrilador Implantável (CDI) em paciente autóctone da Amazônia Brasileira. Esse é o primeiro caso de forma predominantemente arritmogênica da cardiopatia chagásica crônica (CCC) na região.

Palavras-chave: Doença de Chagas, Cardiomiopatia Chagásica, Amazônia, Arritmias Cardíacas, Morte Súbita.

ABSTRACT

Chagas heart disease can present itself in three basic shapes: heart failure, arrhythmia, and thromboembolism. The arrhythmogenic form is common in endemic areas, an important cause of mortality among patients with CD. An aborted episode of sudden death caused by ventricular tachycardia without pulse with the need for implantable cardiac defibrillator in a Brazilian Amazon autochthonal patient is reported. This is the first case of predominantly arrhythmogenic form of chronic chagasic cardiopathy (CCC) in the region.

Key words: Chagas Disease, Chagas Cardiomyopathy, Amazon Region, Cardiac Arrhythmias, Sudden Death.

* Médico(a) residente de Cardiologia do Hospital Universitário Getúlio Vargas
** Médico(a) residente de Clínica Médica do Hospital Universitário Getúlio Vargas
*** Médico(a) especialista em Cardiologia
**** Médico cardiologista especialista em Eletrofisiologia e estimulação cardíaca
***** Médico(a) especialista em Infectologia

INTRODUÇÃO

A Amazônia é considerada área de baixa endemicidade para doença de Chagas (DC). Apesar disso, recentemente, tem sido mais frequente o diagnóstico de casos agudos e crônicos na região.^{1,6} Quanto ao agente etiológico, tem sido descrito na Amazônia o *Trypanosoma cruzi* dos grupos zimodema 1, zimodema 3 ou híbrido Z1/Z3. Essas cepas são diferentes das encontradas nas zonas endêmicas do Brasil, onde predomina o zimodema 2. Não se conhece totalmente a patogenicidade das cepas da Amazônia; porém acredita-se que causem baixa morbidade, provavelmente menor que a encontrada nas áreas endêmicas.¹

Apesar disso, já foram descritos casos crônicos de cardiomiopatia dilatada de etiologia chagásica na região. Esses poucos casos descritos apresentavam importante comprometimento da função sistólica ventricular esquerda.^{2,3,10} Ainda não foram relatados casos de predominância da forma arritmogênica da CCC ou de acometimento

digestivo da DC.

Esse é o primeiro caso, na região, de arritmia ventricular complexa com episódio de MS recuperada, inclusive com necessidade de implante de cardiodesfibrilador.

RELATO DE CASO

E.R., 49 anos, masculino, casado, pedreiro, natural do município de Guajará, microrregião do Juruá, interior do Amazonas. Morou em Guajará até os 31 anos de idade e reside em Manaus, AM, há 18 anos. Nunca viajou para fora do Estado do Amazonas. Procurou o Serviço de Emergência em abril de 2009 por mal-estar geral, palpitações taquicárdicas e sudorese fria com evolução de duas horas. Na admissão, apresentou episódio de parada cardiorrespiratória sendo monitorizado eletrocardiograficamente com diagnóstico de taquicardia ventricular monomórfica sem pulso

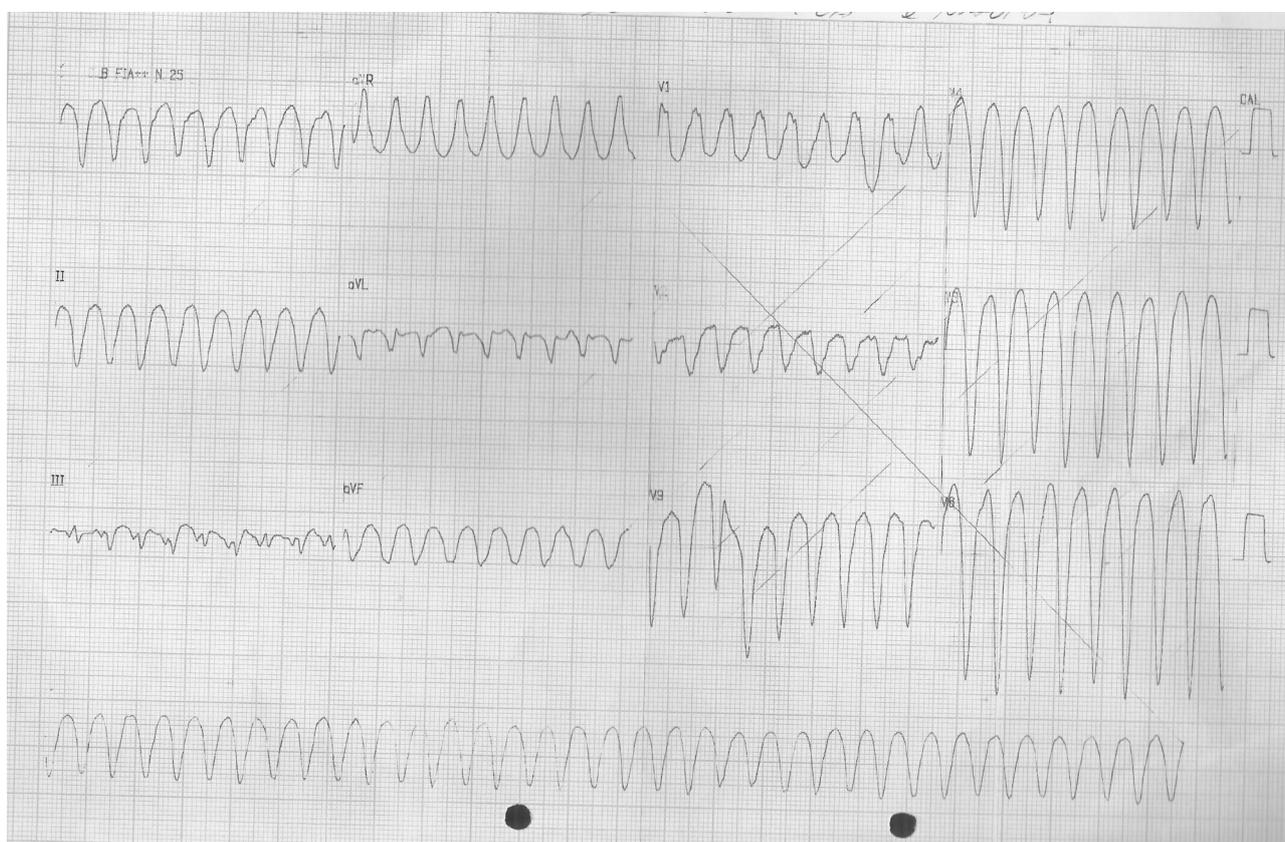


Figura 1: Eletrocardiograma no momento de taquicardia ventricular monomórfica.

(Figura 1). O paciente foi submetido à reanimação cardiopulmonar e desfibrilação elétrica com sucesso. Negava tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas e transfusões sanguíneas. Desconhecia contato com triatomíneos. Não há casos de cardiopatias na família, bem como nenhuma outra patologia. Permanecia assintomático do ponto de vista digestório. Foi transferido para o Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM) para investigação etiológica. Na admissão, encontrava-se lúcido e orientado no tempo e espaço. Ao exame do aparelho cardiovascular, o ictus cordis não era visível e/ou palpável. O ritmo cardíaco era regular em dois tempos, com bulhas normofonéticas e sem sopros. A frequência cardíaca era de 75bpm e a pressão arterial de 110/70mmHg.

O eletrocardiograma de repouso apresentava ritmo sinusal, com bloqueio de ramo direito, sem evidências de sobrecargas e/ou hipertrofia. Foi submetido ao ecocardiograma transtorácico que identificou aumento discreto das câmaras esquerdas, aneurisma apical de ventrículo esquerdo (Figura 2), hipocinesia das paredes inferior e posterior com disfunção sistólica ventricular esquerda leve (fração de ejeção de 50% pelo método de Simpson). A sorologia para doença de Chagas foi reagente nos métodos imunofluorescência indireta, ELISA, hemaglutinação direta e Western-Blot (TESA-BLOT).



Figura 2: Ecocardiograma com imagem de aneurisma apical ventricular esquerdo.

Durante internação na enfermaria e em vigência de droga antiarrítmica o paciente apresentou novo episódio de TV associado à instabilidade hemodinâmica. Realizou-se nova desfibrilação elétrica com retorno para ritmo sinusal. Por conta da MS de causa arritmogênica (TV) e como prevenção secundária de novos eventos, optou-se pelo implante de CDI (Figura 3). O paciente evoluiu de forma satisfatória após procedimento. Recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial, assintomático e em bom estado geral.

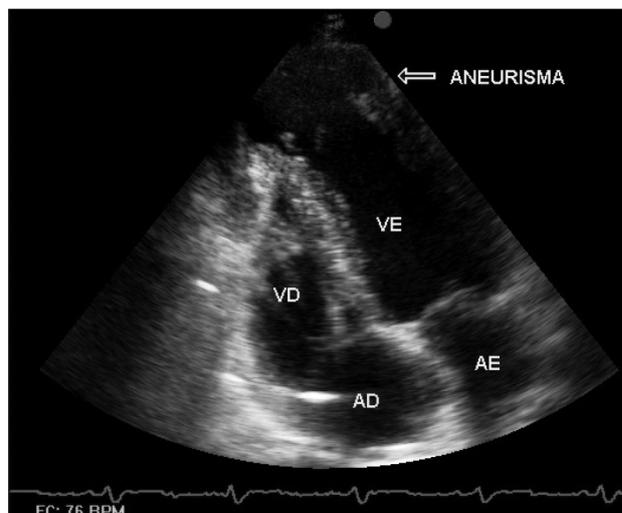


Figura 3: Radiografia de tórax posteroanterior após implante de cardioversor-desfibrilador com gerador em hemitórax esquerdo.

Em abril de 2010, um ano após o episódio, o paciente foi reavaliado e encontrava-se assintomático, em bom estado geral. Realizou holter 24 horas sem alterações e análise do cardioversor-desfibrilador com registro de choques apropriados aplicados pelo CDI, evitando dessa forma um desfecho fatal.

DISCUSSÃO

A fase crônica da cardiopatia chagásica pode se apresentar em três formas essenciais: insuficiência cardíaca, arritmia e tromboembolismo. A forma arritmogênica é comum nas áreas endêmicas, sendo uma importante causa de mortalidade entre os pacientes com DC.⁵ As arritmias ventriculares

complexas se correlacionam com a intensidade da disfunção ventricular e com a presença de alterações da contratilidade segmentar, principalmente o aneurisma apical. Essas variáveis indicam pior prognóstico em pacientes com CCC.⁸ Entretanto, também são descritos casos de MS mesmo em pacientes com função sistólica ventricular esquerda preservada.⁹ O CDI tem se mostrado eficaz na proteção de arritmias fatais nos pacientes com a forma arritmogênica da DC.⁷

Na região amazônica, já foram descritos dois casos fatais de miocardiopatia dilatada e três casos com alterações ecocardiográficas típicas de DC em pacientes com infecção chagásica crônica no município de Barcelos, Estado do Amazonas.^{2,10} Em serviço de referência em cardiologia do Estado do Amazonas (HUFM), levantamento de 37 casos de cardiomiopatia dilatada sem etiologia definida em pacientes autóctones da Amazônia demonstrou três casos de CCC, estimando-se uma frequência de 8,1% no grupo estudado.⁴ Todos esses pacientes descritos tinham diagnóstico de cardiomiopatia dilatada com história clínica de insuficiência cardíaca e importante comprometimento da função sistólica ventricular esquerda (fração de ejeção de VE menor que 35%), porém nenhum deles apresentou registro de arritmia potencialmente fatal.

O presente relato descreve o primeiro caso autóctone da Amazônia Brasileira com predomínio da forma arritmogênica da DC, presença de comprometimento apenas discreto da função sistólica de VE (fração de ejeção de 50%) e sem história clínica de insuficiência cardíaca.

O paciente apresentava alterações cardiológicas típicas do acometimento pela DC como bloqueio de ramo direito no eletrocardiograma de repouso e aneurisma apical no ecocardiograma transtorácico.⁵

A história de MS recuperada causada por TV sem pulso, com necessidade de implante de CDI, já foi descrita em vários casos de CCC nas áreas tradicionalmente endêmicas,^{5,7,9} porém ainda não havia sido relatada em casos autóctones da

Amazônia.

Este relato sugere que a doença de Chagas possui morbidade cardíaca significativa na Amazônia e que o acometimento pode ocorrer nas diversas formas de CCC. Portanto, é necessária a realização de mais estudos descrevendo as características do acometimento cardíaco da DC na região amazônica.

Em abril de 2010, um ano após o episódio, o paciente foi reavaliado e encontrava-se assintomático em bom estado geral. Realizou holter 24 horas sem alterações e análise do cardiodesfibrilador com registro de choques apropriados aplicados pelo CDI, evitando dessa forma um desfecho fatal.

REFERÊNCIAS

- 1 - Aguilar HM, Abad-Franch F, Dias JCP, Junqueira ACV, Coura JR. Chagas disease in the Amazon Region. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz 102 (Suppl I). 2007: 47-55.
- 2 - Albajar PV, Laredo SV, Terrazas MB, Coura JR. Miocardiopatia dilatada em pacientes com infecção chagásica crônica. Relato de dois casos fatais autóctones do rio Negro, Estado do Amazonas. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2003; 36: 401-407.
- 3 - Ferreira JM, Guerra JAO, Barbosa MG. Ventricular aneurysm in a chronic chagasic patient from the Brazilian Amazon. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2009; 42.
- 4 - Ferreira JM, Guerra JAO, Magalhães BML, Coelho LIARC, Maciel MG, Barbosa MG. Cardiopatia chagásica crônica na Amazônia: uma etiologia a ser lembrada. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. In press; 2009.
- 5 - Marin-Neto JA, Simões MV, Sarabanda AVL. Cardiopatia Chagásica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 1999; 72: 247-263.
- 6 - Magalhães BML. Inquérito

soroepidemiológico para infecção chagásica em área rural da Amazônia Ocidental brasileira. Tese de Mestrado, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM; 2009.

7 - Muratore CA, Sa LAB, Chiale PA, Eloy R, Tentori MC, Escudero J, Lima AMC, Medina LE, Garillo R, Maloney J. Implantable cardioverter defibrillators and Chagas' disease: results of the ICD Registry Latin América. *Europace* 11, 2009; 164-168.

8 - Rassi A Jr, Rassi A, Rassi SG. Predictors of mortality in chronic Chagas Disease: A systematic review of observational studies. *Circulation*. 2007; 115: 1101-1108.

9 - Sternick EB, Martinelli M, Sampaio RC, Gerken LM, Teixeira RA, Scarpelli L, Scanavacca M, Nishioka SO, Sosa E. Sudden Cardiac Death in patients with Chagas Heart Disease and preserved left ventricular function. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*. 2006; 17: 113-116.

10 - Xavier SS, Sousa AS, Albajar PV, Junqueira ACV, Boia MN, Coura JR. Cardiopatia chagásica crônica no rio Negro, Estado do Amazonas. Relato de três novos casos autóctones, comprovados por exames sorológicos, clínicos, radiográficos do tórax, eletro e ecocardiográficos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2006; 39: 211-216.