

Morte Súbita na Doença de Chagas

Ivan Mendoza, Frederico Moleiro, Juan Marques
Caracas, Venezuela

A doença de Chagas é uma afecção parasitária endêmica do trópico latinoamericano causada pelo *Tripanozoma Cruzi*, transmitido ao homem por insetos hemípteros hematófagos (reduvídeos), sendo a miocardite crônica a sua forma clínica mais comum^{1,2}. Essa miocardite freqüentemente leva à incapacidade para o trabalho e morte súbita³⁻⁵. De acordo com o documento da Organização Mundial de Saúde, mais de 20 milhões de pessoas encontram-se infectados com o *Tripanozoma* e, por conseguinte, têm o perigo de poder desenvolver a doença cardíaca².

Em todas as fases evolutivas, a doença tem sido implicada como causa freqüente de morte súbita. Os principais mecanismos responsáveis são os severos distúrbios da condução do estímulo, do ritmo cardíaco e os acidentes tromboembólicos⁴. Na fase tardia ganha importância a insuficiência cardíaca terminal e, em número menor, os fenômenos tromboembólicos⁶. Em contraste com o grande número de estudos relacionados com a morte súbita na doença arterial coronária, é interessante notar a falta de investigação para determinar a incidência da morte súbita na doença de Chagas e quais os fatores de risco que predispoem à mesma⁷.

O uso cada vez mais freqüente de registros eletrocardiográficos de Holter tem permitido obter informações pormenorizadas sobre os mecanismos de morte súbita em doentes nos quais se conseguiu registrar o eletrocardiograma durante o episódio do evento final. Até o momento tivemos a oportunidade de observar¹⁰ pacientes com doença de Chagas e morte súbita e que preenchiam os critérios definidos por Bayés de Luna e col como morte súbita ambulatoria⁸. Em nove, essa deveu-se à fibrilação ventricular e em um à bradicardia severa originada por bloqueio atrioventricular. O precursor da fibrilação ventricular foi "torsades des pointes" em 6 (fig. 1) induzida por drogas antiarrítmicas do grupo IA da classificação de Vaughan-William (quinidina e disopirâmida) e nos

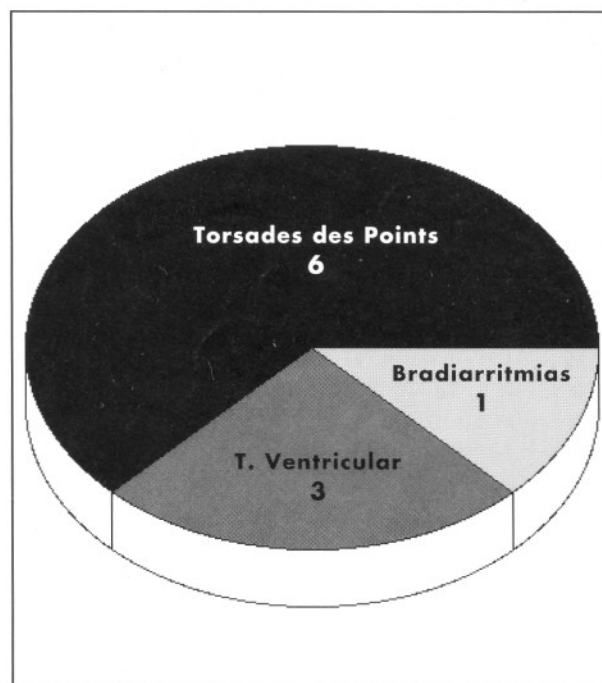


Fig. 1 - Eventos que precederão a morte súbita documentada por Holter na doença de Chagas.

outros 3, a fibrilação ventricular se manifestou como uma degeneração de taquicardia ventricular sustentada. O elevado número de "torsades des pointes" (6 em 10 pacientes) poderia ser explicado pela alta incidência de múltiplas anomalias na doença de Chagas, como as que seguem^{1,5,9-13}: a) transtornos de condução intraventricular e atrioventricular; b) disfunção do nó sinusal; c) fibrose e inflamação difusa que em certas ocasiões manifestam-se por ondas Q anormais; d) transtornos primários e secundários da repolarização ventricular; e) alta incidência de arritmias ventriculares em especial polimórficas e em salvas; f) alterações neuronais dos plexos nervosos do coração que levam à disfunção autonômica; g) disfunção ventricular que pode levar à insuficiência cardíaca.

Em tais circunstâncias, o tratamento das arritmias é difícil. Estudos anteriores têm sugerido uma menor eficácia das drogas antiarrítmicas convencionais e uma maior incidência de manifestações tóxicas das mesmas^{5, 14, 15}, sendo, por isso, a miocardite chagásica crônica com arritmias ventriculares considerada como o

modelo mais exigente para investigar a eficácia e tolerância de uma droga antiarrítmica^{5,14,15}. Recentemente fizemos uma análise dos resultados de um questionário enviado a um grupo de cardiologistas especializados em doença de Chagas na Argentina, Brasil e Venezuela, concluindo que 92% tinham experimentado um agravamento das arritmias ventriculares induzido por drogas antiarrítmicas¹⁶.

Não se dispõe de dados recentes sobre a morbimortalidade da doença de Chagas na América Latina, mas diversas evidências indicam que é um grave problema de saúde pública e que se trata de uma causa freqüente de incapacidade laboral e morte em jovens provenientes do meio rural, particularmente na idade entre 20 e 40 anos.^{2,17} No caso da Venezuela, as cifras atribuídas à doença de Chagas pelo Ministério da Saúde, provavelmente, representem uma evidente subestimativa do problema¹⁷. Entre as causas dessa subestimativa, têm sido apontadas: a) que a doença de Chagas não é de notificação compulsória; b) na maioria dos casos é um dos diagnósticos não confirmados, sendo necessárias explorações especiais como o laboratório e o eletrocardiograma, que com freqüência são de difícil realização no meio rural latino-americano; c) o diagnóstico de doença arterial coronariana nos atestados de óbito de indivíduos com morte súbita devido à doença de Chagas pois, em ambas as doenças, a fibrilação ventricular é um mecanismo freqüente; d) a conhecida imprecisão dos atestados de óbito, em especial com relação à "causa-mortis", favorecido ainda por um número reduzido de autópsias¹⁸.

A doença de Chagas é o resultado de condições sócio-econômicas e culturais inadequadas da população rural da América Latina relacionadas com habitação, ecossistema, ignorância, pobreza e desnutrição. A isso soma-se ainda o desconhecimento das normas mínimas de higiene e, em geral, tudo aquilo que configura o primitivismo em que se desenvolve a vida rural na América Latina. Trata-se, assim, de um problema antropológico, sócio-econômico e cultural¹⁹ e, portanto, a prevenção primária da doença inclui o melhoramento das condições sócio-econômicas

essenciais, um programa de educação sanitária, de habitação rural e uso de inseticidas residuais. Assim mesmo, a prevenção secundária inclui o reconhecimento precoce da doença, o tratamento da infecção parasitária e a estratificação de risco, sendo a presença ou não de alteração miocárdica, arritmias, etc., para iniciar um tratamento racional.

Referências

1. Chagas C - Nova entidade mórbida no homem - Resumo geral dos estudos etiológicos e clínicos. Mem Inst Oswaldo Cruz, 1911; 3: 219-50.
2. World Health Organization - Chagas' disease - Sixth report of scientific working group on Chagas' disease. 1982.
3. Rosebaun M - Chagasic miocardiopathy. Prog Cardiovasc Dis, 1964; 7: 199-225.
4. Anselmi A, Moleiro F, Mendonza I - Quadro clínico en la enfermedad miocárdica de Chagas - Diagnóstico diferencial con la miocardiopatía dilatada o congestiva. Rev Latina Cardiol, 1982; 3: 97-104.
5. Mendoza I, Camardo J, Moleiro F et al - Sustained ventricular tachycardia in chronic chagasic myocarditis: electrophysiologic and pharmacologic characteristics. Am J Cardiol 1986; 57: 423-7.
6. Espinoza R, Carrasco H, Beldandia F et al - Life expectancy analysis in patients with Chagas' disease: prognosis after one decade. Int J Cardiol, 1986; 8: 45-6.
7. Mendoza I - Muerte súbita y enfermedad de Chagas. Rev Fed Argentina Cardiología, 1988; 17: 222-3.
8. Bayés de Luna A, Coumel P, Leclercq J - Ambulatory sudden cardiac death. Mechanisms of production of fatal arrhythmia on data of 157 cases. Am Heart J, 1989; 117: 151-9.
9. Moleiro F, Mendoza I - 15 years prospective study in chronic cardiomyopathy. Circulation, 1978; 58: 113A.
10. Acquatella H, Schiller N, Puigbó J et al - M-mode and 2-D echocardiography in Chagas' heart disease. Circulation, 1980; 62: 787-99.
11. Amorim DS, Olsen EGJ - Assessment of heart neurons in dilated (congestive) cardiomyopathy. Br Heart J, 1982; 47: 11-8.
12. Carrasco H, Palacios E, Mendoza R et al - Aspectos de la enfermedad de Chagas: diagnóstico de daño miocárdico. Interciencia, 1983; 8: 342-52.
13. Andrade Z, Lopes ER, Prata SP - Alterações do sistema de condução do coração através de chagásicos acometidos de morte repentina. Arq Bras Cardiol, 1987; 48: 5-9.
14. Mendoza I, Moleiro F, Posse R et al - Validez de un protocolo de estudio para el tratamiento de las arritmias ventriculares en la miocardiitis crónica chagásica. Utilidad de la mexiletina. Rev Latina Cardiol, 1982; 3: 505-11.
15. Chiale P, Halpern S, Nau G et al - Efficacy of amiodarone long-term treatment of malignant ventricular arrhythmia in patients with chronic chagasic myocarditis. Am Heart J, 1984; 107: 656-65.
16. Mendoza I, Marques J, Moleiro F - Como tratan los expertos las arritmias ventriculares en la enfermedad de Chagas. Avances Cardiológicos, 1990; 10: 14.
17. Mendoza I - La enfermedad de Chagas - Boletín Departamento de Enfermedades Cardiovasculares del MSAS, Venezuela. 1986; 1: 46-7.
18. Kircher T, Nelson J, Burdo H - The autopsy as a measure of accuracy of the death certificate. N Engl J Med, 1985; 313: 1263.
19. Pifano F, Anselmi A, Maeckelt G et al - Estudios sobre la miocardiopatía chagásica en el medio rural venezolano. Arch Venez Med Trop Parasitol Med, 1965; 5: 3-67.