



FÓRUM ENSINO · PESQUISA EXTENSÃO · GESTÃO FEPEG

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos · Apresentações artísticas
e culturais · Debates · Minicursos e Palestras



**24 a 27
setembro**
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

Relato de caso sobre insuficiência cardíaca congestiva descompensada em paciente com Doença de Chagas

Maria Leticia Marques Pinheiro, Alexandre Abreu Mourão, Felipe Barbosa Duarte, Flávio Silva, Pedro Maurício Quintino, Renato Rabelo Miranda, Marcos Vinícius Macedo de Oliveira

Introdução

A doença de Chagas, descrita por Carlos Chagas em 1909, pode apresentar-se de três formas clínicas: a cardíaca, a digestiva e a mista. O comprometimento cardíaco é o maior responsável pela mortalidade na doença de Chagas crônica por insuficiência cardíaca, que, frequentemente, evolui para quadros de miocardiopatia dilatada, insuficiência cardíaca congestiva, além de fenômenos tromboembólicos. Os achados clínicos envolvem alterações miocárdicas e eletrocardiográficas e representam a mais letal das evoluções. Inicialmente, predominam alterações de cavidades esquerdas com dispnéia progressiva aos esforços, e em estágios mais tardios ocorre acometimento também de câmaras direitas, fase caracterizada por edema generalizado (anasarca). Quando a cardiomegalia é de grande monta ocorre sopro sistólico mitral ou tricúspide (MENDES et al., 2011).

O presente estudo relata o caso de um paciente com doença de Chagas e sua evolução, com o objetivo contribuir para esclarecimento da forma cardiopática.

Metodologia

Trata-se de um relato de caso desenvolvido no ano de 2013 no hospital Santa Casa de Montes Claros-MG. O paciente foi acompanhado durante sete dias ao leito com realização de anamnese, exame físico completo, avaliação clínica e exames complementares: radiografia de tórax pósterio-anterior e perfil, eletrocardiograma, ecocardiograma e sorologia para *T. cruzi*. Este trabalho foi realizado com consentimento livre e esclarecido do paciente, respeitando a dignidade e privacidade do mesmo, garantindo sigilo absoluto, adotando somente as letras iniciais do envolvido.

Relato do caso

J.R.S., 39 anos, operário civil, criado na zona rural da cidade de Bocaiúva- MG até os 17 anos de idade. Reside em São Paulo desde os 17 anos, onde foi diagnosticado em 2010 com a forma cardíaca e digestiva (mista) da doença de Chagas. Iniciou com quadro de dispnéia durante as atividades laborais e por meio de dados da anamnese, sugestivos de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e de megaesôfago, radiografia e ecografia foi diagnosticado, evoluindo com internações cada vez mais frequentes e disfagia progressiva.

Cerca de dois anos após o diagnóstico, as internações ficaram mais frequentes, com quadro agudo de dispnéia aos mínimos esforços e edema em membros inferiores. Em 2013, o paciente mostrou-se sintomático dez dias após a colocação de marcapasso. Fazia uso de amiodarona, ASS, Omeprazol, Carvedilol, Digoxina, Coumadim, Aldactone. Sem relato de alergia medicamentosa. Quando admitido, apresentava pressão de 90mmHg x 70mmHg, classe funcional IV, frequência cardíaca de 80bpm e presença de sopro sistólico em foco mitral de 3+/6+, com crepitações pulmonares edemas em membros inferiores 4+/4+ e abdômen globoso. A radiografia de tórax evidenciava cardiomegalia e opacificação em ápice ventricular (figura 1). O eletrocardiograma apresentava ritmo sinusal, com alterações difusas da repolarização ventricular em parede anterior e baixa progressão da onda R nas derivações precordiais (figura 2).

Na internação, foi prescrita uma dieta hipossódica, com repouso absoluto no leito, cabeceira elevada e administrados os medicamentos: Dipirona IV, Plasil IV, Lasix IV, Aldactone VO, Carvedilol VO, Dobutrex IV, Clexane (enoxaparina) e oxigênio por cateter nasal. Embora estivesse em uso otimizado dos medicamentos, o paciente não teve resposta clínica favorável, portanto, o desfecho do caso foi o transplante cardíaco.

Discussão

Já na primeira análise do eletrocardiograma e a radiografia de tórax, observou-se comprometimento miocárdico acentuado pela doença de Chagas, evidente por distúrbio de condução intra-ventricular com bloqueio completo de ramo direito associado à hemibloqueio anterior esquerdo, má progressão de R nas precordiais e aumento importante da área cardíaca. Tais achados associados aos sintomas do paciente levam-nos a inferir a presença de uma miocardiopatia chagásica dilatada grave. Estudo realizado por *Barbosa et al. (2006)* demonstrou que o bloqueio completo de ramo direito e o hemibloqueio anterior esquerdo estão presentes em 40.0% e 40.2% dos pacientes com cardiopatia chagásica



FÓRUM ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO

FEPEG

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos • Apresentações artísticas
e culturais • Debates • Minicursos e Palestras



24 a 27
setembro

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

em oposição à miocardiopatia dilatada idiopática, onde os mesmos estão presentes em 12,0% e 22,6%, respectivamente. Por sua vez, a avaliação ecocardiográfica nos portadores de miocardiopatia dilatada de etiologia chagásica é importante, ao considerarmos que o aneurisma de ponta esteve presente em 52% de 1153 necrópsias em doentes chagásicos. (SANTANA, 2013)

O escore elaborado por *Rassi et al. (2006)* que avalia risco de óbito em pacientes chagásicos, leva em consideração: classe funcional III e IV da NYHA (5 pontos), evidência de cardiomegalia na radiografia de tórax (5 pontos), disfunção sistólica do ventrículo esquerdo no ecocardiograma (3 pontos), taquicardia ventricular não-sustentada no Holter (3 pontos), baixa voltagem do QRS no eletrocardiograma (2 pontos) e sexo masculino (2 pontos). Nessa análise, J. R. S. obteve pontuação 17, sendo incluído no grupo de alto risco, com mortalidade de 63% em cinco anos e 84% em dez anos.

Pior prognóstico da forma crônica da cardiomiopatia chagásica está associado com menor fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FE), também se relaciona com a classe funcional e o consumo de oxigênio. A doença se mostra mais agressiva em homens, razão esta ainda desconhecida (DUARTE et al., 2011).

A forma mista da doença de Chagas consiste na associação das manifestações digestivas e cardíacas na fase crônica (MENDES et al., 2011). Os indivíduos podem apresentar dificuldade para alimentação, devido à perda da peristalse, podendo haver constipação crônica e até desnutrição. (NASCIMENTO et al., 2010)

O tempo de evolução da doença de Chagas muitas vezes é superior a vinte anos, de forma que o coração pode otimizar todos os mecanismos compensatórios, mantendo os pacientes assintomáticos ou oligossintomáticos. A descompensação ocorre quando o dano miocárdico suplanta todos os mecanismos compensatórios, tornando a doença mais grave (SILVA et al., 2008).

Do ponto de vista clínico os pacientes portadores de miocardiopatia dilatada chagásica precisam de maior suporte inotrópico e apresentam menor gravidade funcional, além disso fazem proporcionalmente menos uso de beta bloqueadores em comparação com os portadores de miocardiopatia dilatada idiopática. A necessidade de suporte inotrópico denota mau prognóstico já que a sobrevivência destes pacientes em relação aos que não fazem uso do mesmo é de 28%, muito menor que a daqueles que não necessitam de suporte inotrópico, onde a sobrevivência chega a 63% em 47 meses. Os beta bloqueadores, por outro lado, parecem ter um efeito contrário; o uso dos mesmos leva à uma sobrevivência de 77% em 47 meses, por outro lado a mesma chega a 30% nos que não fazem uso (BARBOSA et al., 2011).

O transplante cardíaco é indicado para pacientes sintomáticos com insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV (NYHA) na vigência de terapêutica medicamentosa adequadamente otimizada com expectativa de vida inferior a um ano e sem possibilidade de outro tratamento clínico ou cirúrgico convencional (BOLONHEZ et al., 2009). J. R. S. evoluiu para estágio D da insuficiência cardíaca e não apresentou estabilidade clínica mesmo após o uso otimizado das drogas, era, pois, candidato coerente com o transplante cardíaco. Ele apresenta classe funcional IV evoluindo com internações frequentes e necessidade de suporte inotrópico, em uso de drogas em doses otimizadas e marcapasso apresentando necessidade de transplante cardíaco, o que remonta a evolução mais impactante dessa forma da doença (FREITAS et al., 2005).

Pudemos concluir com este relato, a necessidade de mais estudos sobre o tema, para nortear ações eficazes no controle epidemiológico da doença, bem como propiciar um suporte assistencial adequado e criterioso aos pacientes com esta moléstia, evitando a evolução para sua forma mais grave e incapacitante.

Referências

BARBOSA, Amanda Pires et al . Comparação do desfecho entre a cardiopatia chagásica e a miocardiopatia dilatada idiopática. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 97, n. 6, 2011.

BOLONHEZ, Angela Cristina Matera et al . Caso 4/2009: homem de 55 anos com cardiomiopatia da doença de Chagas que evoluiu com dispnéia progressiva, dor torácica e infiltrado intersticial pulmonar. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 93, n. 3, 2009 .

DUARTE, Jussara de Oliveira Pinheiro et al . Prevalência e valor prognóstico da dissincronia ventricular na cardiomiopatia chagásica. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 96, n. 4, 2011 .

FREITAS HFG, Chizzola PR, Paes AT, Lima AC, Mansur AJ. Risk stratification in a Brazilian hospital-based cohort of 1220 outpatients with heart failure: role of Chagas' heart disease. *Int J Cardiol.* 2005;102(2):239-47.



FÓRUM ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO
FEPEG

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos • Apresentações artísticas
e culturais • Debates • Minicursos e Palestras



24 a 27
setembro
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

MENDES, Larisse Vieira et al. Universidade Federal do Ceará. In: ENCONTRO UNIVERSITÁRIO DA UFC, 3., 2011, Cariri. **Relato de caso: Aspectos anatomopatológicos da cardiopatia chagásica crônica.** Juazeiro do Norte, 2011.

NASCIMENTO, Weslania Viviane do; CASSIANI, Rachel de Aguiar; DANTAS, Roberto Oliveira. Disfagia em pacientes com doença de Chagas e divertículo de Zenker. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2010.

RASSI A Jr., RASSI A, LITTLE WC, Xavier SS, RASSI SG, RASSI AG *et al.* Development and validation of a risk score for predicting death in Chagas' heart disease. *N Engl J Med* 2006; 355 (8): 799-808.

SANTANA, Glauco Franco. Aneurisma ventricular direito chagásico diagnosticado pelo ecocardiograma. **Rev. Bras. Ecocardiogr. Imagem cardiovasc.** Belo Horizonte, v. 26, n.2, 2013.

SILVA, Christiano Pereira et al. Por que os portadores de cardiomiopatia chagásica têm pior evolução que os não-chagásicos?. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 6, 2008.

Figuras

Figura 1 - Radiografia de tórax com incidência pósterio-anterior. Observar crescimento da área cardíaca com índice cárdio-torácico 0.6 e grande congestão pulmonar demonstrada pela opacificação e cefalização de fluxo.



Figura 2 - Eletrocardiografia do paciente. Observar bloqueio completo de ramo direito associado à hemibloqueio anterior esquerdo.



FÓRUM ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO
FEPEG

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos • Apresentações artísticas
e culturais • Debates • Minicursos e Palestras

REALIZAÇÃO:



Unimontes
Universidade Estadual de Montes Claros

APOIO:



FAPEMIG



FADENOR

**24 a 27
setembro**

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

