

## DEFICIÊNCIA DIAGNÓSTICA DA DOENÇA DE CHAGAS NO RIO GRANDE DO SUL

RAUL DI PRIMIO \*

Com referência à doença de Chagas no Rio Grande do Sul, ainda há deficiência quanto ao diagnóstico como ocorre, aliás, em outros Estados e demais zonas da região neotropical. Há, entretanto, centros onde o assunto tem sido satisfatoriamente estudado, pesquisado e publicado.

Vários são os fatores que explicam essa lacuna em um dos Estados mais cultos do Brasil.

Dos motivos dessa estranha situação, que tanto compromete a Ciência Brasileira, ressaltam as seguintes considerações:

1) Displicência dos médicos do interior, mais preocupados com os problemas da clássica e absorvente policlínica do que da parte científica, justamente na zona rural onde a incidência da tripanossomose é, naturalmente, mais acentuada ou de mais provável ocorrência.

2) Preocupação precípua para o lado material da profissão, sem interesse do estudo acurado dos nossos principais problemas nosológicos, para os quais pouca contribuição os clínicos do interior apresentam e onde os casos são, muitas vezes, interessantes e inéditos.

Há, todavia, médicos, de muitas cidades do Rio Grande do Sul, altamente ilustrados e atualizados com os grandes problemas da Medicina, com renovadas viagens e estágios nos centros mais desenvolvidos do País e do estrangeiro, onde podem condignamente representar a ci-

ência médica em qualquer contingência.

3) Pouca atualização dos conhecimentos da Medicina hodierna no que tange à interessante epidemiologia da doença de Chagas, a despeito dos inúmeros trabalhos ultimamente publicados.

4) Apêgo ou vinculação de muitos clínicos às antigas concepções da tripanossomose como à etiologia do bócio endêmico comum e outras supostas manifestações chagásicas, inicialmente descritas e atualmente derogadas.

5) Desconhecimento da distribuição geográfica dos triatomíneos e dos respectivos índices de infecção pelo *Trypanosoma cruzi* nas mais variadas regiões do Estado, algumas altamente infestadas de vectores infectados. O levantamento parasitológico é importante e básico relativamente à epidemiologia e à clínica.

6) Ausência ou deficiência de laboratórios em muitas cidades do interior do Estado onde simples pesquisas materialmente não podem ser efetuadas.

7) Freqüente descaso ou marasmo das autoridades sanitárias para as magnas questões de Saúde Pública. Assim apresentam, com algumas exceções, pouca preocupação, ou nenhuma, para a solução humana e radical das nossas epidemias, como atesta, entre outros exemplos, o alto índice de helmintoses, de fácil erradicação e praticamente insolúvel no Estado.

8) Constante confusão que muitos médicos, laboratoristas e leigos fazem entre triatomíneos e insetos predadores e

\* Catedrático de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre da Universidade do Rio Grande do Sul.

fitófagos dos mais variados grupos de artrópodes.

9) Pecado original, com poucas exceções, dos alunos de Medicina não atentarem devidamente para a solução dos nossos problemas nosológicos, principalmente médico-sociais.

10) As entidades mórbidas não são estudadas e analisadas de acôrdo com os fatores regionais do Rio Grande do Sul, em confronto com outras latitudes, o que traria melhores conclusões clínicas e epidemiológicas.

11) A nosologia chagásica deve ser melhor estudada e dinamizada pelas Sociedades de Medicina do Rio Grande do Sul, muitas em proeminência notória.

A simples citação desses diferentes itens, explicitamente, já demonstra e justifica a nossa assertiva quanto à deficiência do diagnóstico clínico e laboratorial da doença de Chagas no Rio Grande do Sul, principalmente no interior onde se caracteriza a endemicidade.

Paralelamente ocorre o mesmo com outras entidades mórbidas, devido à falta ou insuficiência de laboratórios clínicos, como, por exemplo, nas helmintoses, protozooses, etc., tanto para elucidação diagnóstica como para contróle de tratamento e outras contingências.

É uma situação conflagrada, contra a qual eu me debato nas Cátedras de Parasitologia nas Faculdades de Medicina e de Farmácia, ambas da U.R.G.S., para melhor solução dos problemas clínicos e laboratoriais.

Em algumas regiões observa-se, de fato, discordância entre a distribuição geográfica dos triatomíneos, seus índices de infecção e a incidência da doença de Chagas, o que se justifica pelas condições sócio-econômicas do meio, tipos de habitações, probabilidades de contaminações, intercorrência dos animais reservatórios do parasito e outros fatores dependentes de transmissão, virulência ou raça do *Trypanosoma cruzi*.

Mesmo variando a prevalência da doença ou das formas clínicas, o que não resta dúvida é que a tripanossomose ocorre em graus variáveis, passando, quiçá despercebida, principalmente os casos ambulatoriais, inaparentes ou frustos no extenso território gaúcho.

Pelas inúmeras peregrinações que venho realizando sistematicamente nes-

ses últimos 14 anos, a expensas próprias, tenho surpreendido, eventualmente, casos de doença de Chagas no período agudo com o clássico sinal de Romana em ranchos e casas com *Triatoma infestans* infectados pelo *Trypanosoma cruzi*, como os observados em Santa Maria, Bagé, São Gabriel e Encruzilhada do Sul.

### Desinterêsse médico

Os resultados da cooperação da classe médica do Rio Grande do Sul variaram em tôda gama: do descaso ao evidente interêsse científico.

Ainda perduram entre os clínicos não atualizados ou mais antigos, concepções errôneas sobre a doença de Chagas, principalmente no que tange à etiologia do bócio endêmico comum, como já foi referido.

Há fatos que demonstram inadvertência ou despreocupação de muitos médicos à nosologia chagásica, dos quais destaco dois.

Nos arredores de uma cidade da Fronteira, na dependência de ótima vivenda de verão de distinto clínico, encontrei vários exemplares de *Triatoma infestans* infectados e contaminação chagásica em animal doméstico sem que, até então, o ilustre médico vislumbrasse tal situação.

Outro exemplo confirma a asserção. Em um hospital de construção mista surpreendi, sob ação do pietro, vários espécimes de *Triatoma infestans* infectados, na parte de madeira que seria demolida, sem que os médicos proprietários do nosocômio tivessem percebido a presença de tais vectores.

Relembro o criminoso indiferentismo de alguns médicos quando se tornam estancieiros e que, sob a dupla responsabilidade de profissionais e potentados, não se preocupam com os problemas de saúde coletiva nem dos seus imediatos e abnegados auxiliares.

Aos clínicos do interior, das zonas rurais, onde incidem triatomíneos domiciliários, impõe-se sempre o diagnóstico presuntivo da doença de Chagas, para o que devem permanecer todos na expectativa dos casos, infelizmente sem possibilidade de cura, o que ocasiona, quase

sempre, verdadeiro e justificado impacto ao profissional e à família do doente.

Exatamente um dos motivos de indiferença ou desestímulo à diagnose da tripanossomose é o problema insolúvel da terapêutica na maior descoberta da ciência brasileira.

### Descaso oficial

Se muitas autoridades sanitárias saíssem do ostracismo em que se encontram, e se, particularmente, os Centros e Postos de Saúde do Estado volvessem mais atenção para a educação sanitária e profilaxia específica, a luta contra a tripanossomose e outros males endêmicos teria alcançado resultados benéficos em todo o Rio Grande do Sul.

No programa das atividades dos candidatos aos laboratórios do então D.E.S. não constava até 1960 nenhuma referência sobre a doença de Chagas.

Há inúmeros exemplos de displicência oficial no interior. Cito apenas o que observei com o chefe do Posto de Higiene, que ignorava a presença de triatomíneos no centro e nos arredores da cidade, de cujos habitantes era responsável pela saúde coletiva.

De autoridades sanitárias dêsse garbato não pode emanar estímulo ou interesse à resolução dos problemas médicos regionais.

A cardiopatia chagásica mata inexoravelmente com o silêncio e complacência dos responsáveis pela Saúde Pública.

### Conferências e educação sanitária

Percorri, para levantamento dos triatomíneos e inquérito sobre a doença de Chagas, todos os quadrantes do Rio Grande do Sul, desde os centros mais desenvolvidos até a zona dos nossos remanescentes índios no município de Sarandi.

As conferências e palestras que realizei produziram surpreendentes resultados com a evidência da ótima e perfeita receptividade e elevada cultura do povo gaúcho.

Entre outros exemplos atesta esta asserção o caso ocorrido em São Gabriel,

onde um circunstante prestimoso, tenente do Exército, que acompanhou a conferência, retendo as imagens projetadas, por simples analogia e indução, no dia seguinte, apresentou-me um menino, seu vizinho, portador de sinal de Romaña.

Como resultado da distribuição de folhetos sobre triatomíneos e doença de Chagas, obtive, relativamente, mais cooperação de engenheiros, advogados, comerciantes, fazendeiros e outros do que propriamente de médicos e farmacêuticos no Rio Grande do Sul.

### Diagnóstico clínico

Eu me permito consignar aqui algumas considerações de importância diagnóstica e ligadas à rotina da árdua clínica do interior.

As portas de entrada, sinal de Romaña ou chagoma de inoculação, nem sempre se manifestam objetivamente características.

Os casos de sinal de Romaña, sem assistência médica, pelo tempo limitado de evolução e natural regressão do processo, comumente passam despercebidos ou às mais das vezes, tratados por meios caseiros, enquanto outros são enviados aos médicos pelas pessoas leigas despreocupadas ou já advertidas do assunto através de leitura ou como reflexo da educação sanitária sempre acessível à nossa gente.

Após o período de incubação, em média de 10 dias, surgem os sintomas da forma aguda da tripanossomose, consistindo em: sinal de Romaña, febre irregular, adenopatias, edemas, reações hepáticas e esplênicas, perturbações nervosas, queda da pressão arterial e variável comprometimento cardíaco.

A forma de cardiopatia crônica chagásica apresenta alterações diversas: cardiomegalia, hipotensão, taquicardia, arritmia extrassistólica e outras.

É elucidativo, e de significativa orientação prática, o seguinte trecho do Dr. Francisco Laranja: "O quadro eletrocardiográfico da cardiopatia crônica da moléstia de Chagas constitui um dos mais variados e curiosos que se encontram em cardiopatologia, estando nêlo representados quase todos os tipos de alterações do

eletrocardiograma. Destacam-se, por sua frequência particular, as extra-sístoles ventriculares, o bloqueio de ramo direito, os bloqueios aurículo-ventriculares de todos os graus, as alterações primárias da onda T, que algumas vezes assume o "contorno coronário", e alterações atípicas da fase inicial do complexo ventricular."

A forma crônica abrange, também, as manifestações nervosas e os megas.

A cardiopatia crônica chagásica com frequência se encontra fora das zonas de endemicidade, em consequência da migração dos pacientes que afluem para as capitais e grandes centros urbanos.

As investigações revelam índices variáveis de infestação triatomínica em diversas regiões do Estado. Ademais, em muitas cidades tem sido assinalado o transmissor, como precisamente ocorre em Porto Alegre, onde verifiquei, em vários pontos, *Panstrongylus megistus* infectado pelo *Trypanosoma cruzi*. Em qualquer hipótese a presença do transmissor constitui um perigo potencial à tripanossomose.

Com facilidade passam despercebidas certas formas clínicas com anamnese incompleta ou divorciada da epidemiologia específica ou os casos assintomáticos, razão pela qual muitos doentes não são desvendados. Fogem ainda ao diagnóstico: pessoas sem assistência médica ou tratadas por curandeiros; os que morrem subitamente; consequências de erros profissionais e de outros motivos.

As dificuldades, em certos meios, se apresentam ao diagnóstico da cardiopatia chagásica, de alta percentagem dos casos, ao lado de outras cardiopatias como: luética, reumática, arterio-esclerose, hipertensiva e congênita.

Já diversos autores assinalaram experimentalmente a transmissão congênita do *Trypanosoma cruzi*. No homem casos foram observados com miocardite, encefalite e manifestações diversas, problema que interessa sobretudo à Pediatria e, pela raridade, pouco lobrigado.

Os eletrocardiogramas não são solicitados diante dos fatores que determinam a doença de Chagas no interior do Rio Grande do Sul, onde há cardiologistas ilustres e que amiúde vislumbram alterações denunciadoras de cardiopatias chagásicas.

## Manifestações nervosas

Nos primórdios dos estudos sobre a tripanossomose, Carlos Chagas assinalou a ação do *Trypanosoma cruzi* no sistema nervoso, descrevendo as formas meningo-encefálicas que, aliás, podem passar facilmente despercebidas nas zonas de endemicidade e alhures. Posteriormente diversos autores, no país e no estrangeiro, confirmaram a forma clínica estudada pelo meu insigne Mestre, com a descrição de lesões nas meninges, encéfalo, medula e outras partes do sistema nervoso, de preferência na microglia.

As manifestações nervosas são mais frequentes do que se supõe.

Em Encruzilhada do Sul, conforme comunicação verbal em 1952, do saudoso Dr. Clovis Trindade, o exame direto do líquido céfalo-raquidiano, com os meios locais de recursos laboratoriais, revelou a presença do *Trypanosoma cruzi*.

## Megas

Variáveis na evolução e intensidade são as manifestações do aparelho digestivo, constituindo as aperistalses chagásicas do esôfago, mega-esôfago ou aperistalses do intestino grosso ou megacólon. Além de outros segmentos de tubo digestivo, pode ser comprometido o duodeno, todos passíveis de alterações cardíacas.

A questão dos megaesôfago e megacólon, não foi ainda satisfatoriamente abordada no nosso Estado, posto que possíveis casos tenham ocorrido nos municípios de São Luiz Gonzaga, Porto Lucena e Cerro Largo, (zonas de triatomíneos), em adultos e em criança, segundo comunicação pessoal do Dr. Rubem Haase, médico residente em Tuparandi.

As acalásias no Rio Grande do Sul necessitam, pois, maior investigação, devendo sua frequência ser mais do que se presume, para cuja evidência são indicados a reação de Machado-Guerreiro e exames radioscópicos e radiográficos sistemáticos.

É uma questão que deve ser analisada de acordo com os fatores sócio-econômicos e sobretudo epidemiológicos e comparada paralelamente com regiões de latitudes correspondentes ou próximas ao Rio Grande do Sul, como o Uruguai e Argentina. No Chile o assunto já foi desvendado.

## Subsídio laboratorial

Em trabalho anterior "Laboratórios do interior e doença de Chagas no Rio Grande do Sul" classifiquei os laboratórios de análises clínicas do Estado em dez categorias. Consigno na presente contribuição sucintas considerações a respeito do assunto.

Há lugares sem laboratórios onde a Medicina decorre em franco empirismo com despercebimento de casos chagásicos e de outras entidades mórbidas.

Existem nas sedes e no interior de muitos municípios hospitais bem instalados, pertencentes a médicos, verdadeiros centros de intensa policlínica sem nenhuma orientação laboratorial.

Na zona de endemicidade chagásica e alhures, o êxito da pesquisa depende, entre outros fatores, da oportunidade da colheita do material e da técnica empregada. Os exames devem ser realizados em laboratórios capacitados e de rigorosa técnica.

Na doença de Chagas muitos exames são exequíveis no interior, enquanto outros necessitam recursos subsidiários de centros mais evoluídos.

A tríade ainda de valor incontestado no diagnóstico da doença de Chagas na fase aguda, consistindo na gôta espessa + xenodiagnóstico + sinal de Romaña não é considerada como as circunstâncias exigem.

A confirmação diagnóstica da tripanossomose baseia-se no emprêgo de métodos seguros de laboratório, conforme a forma aguda ou crônica da doença.

Na forma aguda os exames, partindo do simples para o complexo, são: exame do sangue a fresco; lâminas coradas; gôta espessa; xenodiagnóstico; inoculações experimentais em animais sensíveis; hemocultura e reação de precipitina.

Na forma crônica são: reação de fixação de complemento de Machado-Guerreiro e xenodiagnósticos seriados, os exames indicados.

A reação de precipitina é preconizada na forma aguda, enquanto a fixação de complemento emprega-se na forma crônica como meio seguro para o diagnóstico da tripanossomose, o que, aliás, deveria constituir um método de rotina nos grandes centros médicos.

A reação de Machado-Guerreiro não

se realiza nas devidas proporções em relação aos casos crônicos da tripanossomose, tanto na clínica privada e hospitalar, como para o diagnóstico em massa das populações ou grupos humanos, ou para seleção dos candidatos ao Exército, doadores de sangue, e outros imperativos médicos.

O problema da possibilidade de transmissão do *Trypanosoma cruzi* pela transfusão de sangue não foi, até então, encarado devidamente no Rio Grande do Sul, fato eventual, mas possível como tem ocorrido em outros lugares, o que exige, obviamente, rigorosas medidas profiláticas e maior atenção prática.

## Contribuição anátomo-patológica

Desde que Gaspar Vianna descreveu as formas de leishmânias do *Trypanosoma cruzi* nos tecidos, a Anatomia Patológica teve sempre papel preponderante na infecção chagásica.

O estudo histopatológico das biópsias e das necrópsias torna-se indispensável face à endemia tripanossômica, uma das mais graves da região neotropical.

Aos médicos eu me permito lembrar, como verdadeiro e precioso roteiro, a valiosa contribuição anátomo-patológica do Prof. C. Magarinos Torres, autoridade máxima no assunto.

O ilustre Mestre assinala na infecção congênita evolução benigna com forma recuperável de meningoencefalite e no coração formas de multiplicação do *Schizotrypanum cruzi*.

Aponta lesões superficiais de grande significado diagnóstico na forma aguda: "dacrioadenite, edema palpebral unilateral, nódulos cutâneos de consistência firme, lipochagomas que sofrem resorção completa por volta do 30.º dia de infecção."

Na forma aguda consigna fenômenos mais pronunciados no tecido conjuntivo do baço, fígado e gânglios linfáticos e outras localizações, com lesões de maior importância no coração e no sistema nervoso central.

Registra também o fato importante de que "as lesões iniciais do miocárdio não guardam relação com a presença imediata do *S. cruzi* nos tecidos, mas que dependeriam da liberação de proteínas

heterólogas, oriundas dos próprios parasitos, atuando com antígenos sensibilizadores (lesões alérgicas)."

As alterações cardíacas, muito bem estudadas por Evandro Chagas, Emmanuel Dias, Francisco Laranja e outros cientistas, estão descritas e definidas plenamente.

Para melhor orientação diagnóstica dos médicos, transcrevo ainda parte do resumo do mesmo magistral trabalho do Prof. Magarino Torres, referente à forma crônica, apresentado ao "Congresso Internacional sobre a doença de Chagas".

"A forma crônica (cardiopatia crônica chagásica) não associada ao megae-sôfago e megacólon, reconhece uma patogenia complexa, da qual participam: a) lesões inflamatórias (miocardite esquizotripanósica) assestadas preferentemente na base dos ventrículos, ápice do ventrículo esquerdo e sistema de condução; b) lesões vasculares obstrutivas (coronarite e arteriosclerose chagásica), ocasionando infartos anêmicos e infartos miliares do miocárdio; c) lesões esquêmicas produzindo a miocitolise focal do miocárdio e outras, com caracteres próprios (miocitolise chagásica) as quais dependem de alterações metabólicas do coração. A morte súbita é freqüente, sobrevindo, em outros pacientes, em insuficiência cardíaca congestiva."

#### Estatística e diagnóstico

Deficientes ou nulas são as notificações ou registros da doença de Chagas

nas Unidades Sanitárias do Estado, o que conduz à falta de dados estatísticos seguros. Muitos casos não são notificados, uns por desídia ou displicência, outros pela falta de comprovação diagnóstica. Assim, médicos, com dados incompletos, não se atrevem notificar os casos suspeitos que poderiam ser devidamente elucidados pelos processos técnicos oportunos e adequados.

Não obstante, nos últimos tempos, tem havido muito maior interesse para o diagnóstico da tripanossomose não só no interior do Estado como, notadamente, na Capital.

#### SUMMARY

The author studies the diagnostical deficiencies in the diagnosis of Chagas' Disease in the State of Rio Grande do Sul, Brazil; a work of regional significance. He analyzes the different causes for such a situation, mainly doctor's indifference and lack of interest by state agencies. He shows the importance of lectures and health education. He points up the diagnosis of acute forms, chronic cardiac form Chagas' disease, digestif and nervous manifestations; emphasizing the importance of anatomo-pathological and laboratory cooperation in the diagnosis of the disease. He concludes with the mention of the low index of notification to appropriate authorities, of clinical cases.