

## **REL097 - DOENÇA DE CHAGAS POR TRANSMISSÃO ORAL CURSANDO COM EPISTAXE: RELATO DE CASO CLÍNICO.**

VALERIA REGINA CAVALCANTE DOS SANTOS<sup>1</sup>; ELOISA DE FÁTIMA DA COSTA RIBEIRO<sup>2</sup>; DILMA DO SOCORRO MORAES DE SOUZA<sup>1</sup>; JOSÉ RICARDO DOS SANTOS VIEIRA<sup>3</sup>

valregsantos@yahoo.com.br

<sup>1</sup>Mestrado, <sup>2</sup>Especialização, <sup>3</sup>Doutorado

Secretaria de Saúde Pública (SESPA), Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), Universidade Federal do Pará (UFPA)

**Introdução:** A doença de Chagas descoberta por Carlos Chaga, causada por *Trypanosoma cruzi*, na Amazônia brasileira foi considerada como uma enzootia silvestre, associada a populações mais carentes e com modo de transmissão vetorial no Estado do Pará. O controle da transmissão vetorial da doença de Chagas no país, institucionalizado em 1950 pelo Serviço Nacional de Malária, foi sistematizado e estruturado na forma de programa de alcance nacional apenas a partir de 1975. No que diz respeito à morbidade e à mortalidade, a doença de Chagas ainda é considerada como um dos grandes problemas de saúde pública na América Latina. Na década de 90, no Brasil, a estimativa estava em torno de 2 a 3 milhões de pessoas infectadas, com uma incidência de 100 novos casos por ano. A transmissão do *Trypanosoma cruzi* por via oral tem caráter habitual no ciclo enzoótico primitivo deste parasita, através da ingestão por mamíferos suscetíveis de vetores e reservatórios infectados. No caso do homem, esta transmissão pode ocorrer de maneira esporádica, através da ingestão de alimentos contaminados com o parasita ou suas dejeções. Essa forma de transmissão foi descrita em 1921 por Nattan-Larrie (1921), que relatou pela primeira vez a viabilidade de transmissão do *T. cruzi* por via oral. Somente em 1933 foi confirmada a transmissão oral do *T. cruzi* através de infecção experimental em animais. A doença de Chagas, como problema prioritário de saúde pública, torna-se mais importante hoje que em períodos precedentes. Nos últimos 10 anos, o número de casos agudos da doença de Chagas aumentou na Amazônia brasileira, a maioria por contaminação por via oral. Hoje, a doença apresenta um novo cenário com a ocorrência de casos e surtos na Amazônia Legal, relacionados à ingestão de alimentos contaminados (caldo de cana, açaí, bacaba, outros). A prevenção da transmissão oral é relativamente difícil, dado o caráter aleatório e inesperado de seu acontecimento. Medidas gerais de higiene e boa seleção alimentar impõem, assim como a boa cocção de carnes silvestres de áreas endêmicas. No caso de alimentos produzidos artesanalmente em áreas com triatomíneos, normas de boa cocção e/ ou pasteurização tornam-se essenciais. Em síntese, os principais cuidados pertinentes a transmissão por via oral dizem respeito ao tratamento específico imediato de indivíduos com alta parasitemia e a boa higiene alimentar. **Objetivos:** Enfatizar o aspecto clínico e laboratorial da doença de Chagas por transmissão pela ingestão de alimentos contaminados com vetores triturados ou com seus dejetos. Avaliar a evolução do caso de doença de Chagas por via oral cursando com epistaxe. **Descrição da Experiência:** Mulher branca de 42 anos, residente de Belém no Estado do Pará, procurou hospital com quadro clínico e laboratorial de Doença de chagas Aguda (DCA) queixando-se de indisposição, dor abdominal, dispneia, edema de face e membros inferiores, após ingestão, há 26 dias, de bacaba. Dizia ser hipertensa. No ato da internação apresentava pressão arterial de 240x170mm/Hg, abdome com dor difusa à palpação e epistaxe. Este caso foi associado a contaminação por via oral, tendo como possível fonte de contaminação a bacaba, pois

apresentou exame parasitológico positivo, reside em zona urbana e também houve mais dois casos confirmados para DCA na mesma residência no mesmo período, característica de surto com adoecimento em dias próximos e uma fonte comum referente a um evento alimentar, em um mesmo lugar. A busca ativa de contatos é imprescindível, para delimitação do surto e tratamento específico. A paciente evoluiu com recuperação progressiva após dez dias de internação em tratamento com benzonidazol 5mg/kg/dia, por via oral, durante 60 dias recebeu alta médica, continuando a medicação em domicílio. **Resultados:** Trata-se de paciente de 42 anos que se infectou em área urbana no Estado do Pará. Dentre os achados laboratoriais, ressalta-se parasitológico positivo por método da gota espessa, sorologia reagente por imunofluorescência indireta para pesquisa de anticorpos IgM e IgG anti- *Trypanosoma cruzi*. Anticorpos IgM contra *Trypanosoma cruzi* foram detectados em soro pelo método de hemaglutinação indireta. A avaliação clínica cardiológica foi feita pela médica cardiologista e resultado do eletrocardiograma mostrando área cardíaca aumentada, baixa voltagem e alteração difusa da repolarização ventricular. A epistaxe pode ser ocasionada por fatores sistêmicos, dentre os quais podemos citar a hipertensão arterial e coagulopatias (hemofilias, doença de Von Willebrand, hepatopatias). O hemograma e coagulograma, além da ausência de relato de casos de hemorragias familiar, sugere a inexistência de coagulopatias. Não descarta-se a hipótese de crise hipertensiva, assim como também de um processo inflamatório provocado pela penetração e propagação do *Trypanosoma cruzi*, com infecção por amastigotas de órgãos e sistemas como o músculo cardíaco, músculos esqueléticos e lisos, células sanguíneas e do sistema fagocítico mononuclear, sendo necessário uma avaliação mais detalhada de células sanguíneas, citocinas e dos fatores de coagulação. **Conclusão ou Considerações Finais:** O quadro clínico descrito na literatura de DCA é variado, sem lesões de porta de entrada, ocorrendo febre, fenômenos de irritação gástrica, dores abdominais, vômitos, melenas e icterícia em muitos casos. Sobrevêm com o tempo, em casos mais graves, cardiopatia aguda e sinais de irritação meníngea. Em infecção aguda experimental por *Trypanosoma cruzi* demonstrou-se, que entre as alterações medulares incluem a trombocitopenia. Faz-se necessário uma avaliação mais detalhada de células sanguíneas, citocinas e dos fatores de coagulação em pacientes com doença de Chagas por transmissão pela via oral.

#### **Referências Bibliográficas:**

- Coura JR. Transmission of chagasic infection by oral route in the natural history of Chagas Disease. *Rev Soc Bras Med Trop*, São Paulo. 2006; 39(3): 113-117.
- Dias JP, Bastos C, Araujo E, Mascarenhas AV, Martins Netto E. Acute Chagas disease outbreak associated with oral transmission. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2008; 41: 296-300.
- Eickhoff CS, Dunn BA, Sullivan NL, Hoft DF. Comparison of the infectivity of *Trypanosoma cruzi* insect-derived metacyclic trypomastigotes after mucosal and cutaneous contaminative challenges. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2013; 108: 508– 511. doi: 10.1590/S0074-02762013000400018 PMID: 23828001.
- Marcondes MC, Borelli P, Yoshida N, Russo M. Acute *Trypanosoma cruzi* infection is associated with anemia, thrombocytopenia, leukopenia and bone marrow hypoplasia: reversal by nifurtimox treatment. *Microbes and infection/Institut Pasteur* 2000 2:347-352, 2000.
- Noya BA, Díaz-Bello Z, Colmenares C, Ruiz-Guevara R, Mauriello L, Muñoz-Calderón A1, Noya O. Update on oral Chagas disease outbreaks in Venezuela: epidemiological,

clinical and diagnostic approaches. Mem. Inst. Oswaldo Cruz [online]. 2015, 110(3): 377-386.