

## RELATOS DE CASOS

### MEGACÓLON CHAGÁSICO CONGÊNITO. RELATO DE UM CASO

**Marco Antonio Cardoso de Almeida<sup>1</sup> e  
Helenemarie Schaer Barbosa<sup>2</sup>**

*Os autores descrevem o caso de um recém-nascido anencéfalo com oito dias de vida, que à autópsia apresentava grande dilatação do cólon descendente, acompanhada de alterações degenerativas e inflamatórias dos plexos mioentéricos e parasitismo de células volumosas, de núcleos gigantes e vacuolados, por formas amastigotas de Trypanosoma cruzi, exclusivamente no intestino grosso. As alterações colônicas foram as únicas manifestações da doença de Chagas.*

Palavras chaves: Megacólon. Doença de Chagas. Doença de Chagas congênita. Megacólon congênito.

As lesões dos plexos mioentéricos do trato digestivo na doença de Chagas levam à disperistalse e dilatações de vísceras ocas<sup>13</sup>. Tais lesões estão representadas por inflamação crônica fibrosante e pela redução no número de células ganglionares<sup>4 5</sup>. Não se sabe por que razão as dilatações ocorrem mais frequentemente no esôfago e no cólon, embora haja algumas hipóteses aventadas<sup>4 5 11 12</sup>. Existem na literatura alguns relatos de casos de doença de Chagas congênita, com sintomatologia digestiva e/ou alterações anatômicas das vísceras<sup>6 8 9 10 14 16 17</sup>, sendo todos os casos relacionados ao envolvimento esofageano. Alguns destes casos, com manifestação precoce de distagia, eram de portadores de megaesôfago congênito. Com relação ao aparecimento de megacólon chagásico congênito, somente encontramos menção a um caso relatado por Urioste<sup>18</sup>, sem documentação dos achados.

Apresentamos o caso de um neomorto, anencéfalo, que viveu por 8 dias na maternidade e que apresentou uma dilatação acentuada do cólon descendente, associada a intenso parasitismo de células volumosas, de núcleos gigantes, ao nível dos plexos mioentéricos e na mucosa, por formas amastigotas do *T. cruzi*.

Trabalho realizado no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Prof. Edgard Santos/Universidade Federal da Bahia.

1. Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.
2. Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia. Endereço para correspondência: Dr. Marco Antonio Cardoso de Almeida, Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Prof. Edgard Santos - Rua João das Botas s/n - Canela - 40 000 Salvador, Bahia, Brasil. Recebido para publicação em 29/10/1985.

#### Descrição do Caso

*Dados maternos* - Mulher de 37 anos de idade, preta, natural de Vitória da Conquista-BA, residente em Salvador-BA. Sete gestações anteriores. Deu a luz a criança feminina, anencéfala. Parto simples natural em vértice. Negava partos prematuros, artificiais, múltiplos, abortos, pós-partos infectados ou natimortos. Não havia dados clínico-laboratoriais de doença de Chagas. Exame físico: apresentava estado geral regular, varizes de membros inferiores. TA - 200x120 mmHg, temperatura axilar - 36.8°C. Paciente pré-eclâmptica.

*Dados fetais* - Anencéfalo do sexo feminino, nascido em precárias condições. Batimentos cardíacos: 144/min., índice. APGAR: 1 no 1º min. e 2 no 5º min. de vida. Peso: 2600 gramas, comprimento: 45 cm. Feita reanimação após o parto, com aspiração de secreções. Oito dias após o parto, ainda na maternidade, apresentou-se em condições precárias, com sinais de infecção orofaríngea e ocular, vindo a falecer após sangramento pela região cefálica.

*Dados de necropsia* - Cadáver submetido a exame macro e microscópico completo de todos os órgãos, sendo realizada uma média de 7 secções histológicas de cada órgão. Os tecidos inclusos em parafina e cortados com 5 µm de espessura foram corados pelo método de hematoxilina e eosina. Havia moderada icterícia, anencefalia, infecção orofaríngea e sangue coagulado na região cefálica. O cólon descendente mostrava-se total e intensamente dilatado, medindo de circunferência 6 cm (Figura 1A), enquanto os demais segmentos colônicos mediam 2 cm de circunferência. Conteúdo intestinal fecal, pastoso, e mucosa sem alterações. Os demais órgãos internos abdominotorácicos não mostravam alterações macro ou microscópicas.

A microscopia óptica do segmento intestinal colônico mostrava plexo de Auerbach e Meissner infiltrados por moderada quantidade de linfócitos, intensa redução e mesmo ausência de células ganglionares neuronais. Outras células nos plexos mostravam vacuolizações difusas e grosseiras do citoplasma (Figura 1B). Viam-se também células volumosas, de citoplasma claro e amplo, com núcleos proeminentes e hipercrômicos, localizadas ao nível dos plexos mioentéricos e da mucosa, contendo formas amastigotas do *T. cruzi*, evidenciando-se claramente os núcleos e cinetoplastos (Figura 2C e D). Os demais órgãos e segmentos do tubo digestivo não mostravam alterações histológicas, evidenciando-se inclusive plexos mioentéricos no intestino delgado. Não se observou hipertrofia da parede muscular dos segmentos intestinais colônicos. A placenta não foi examinada.

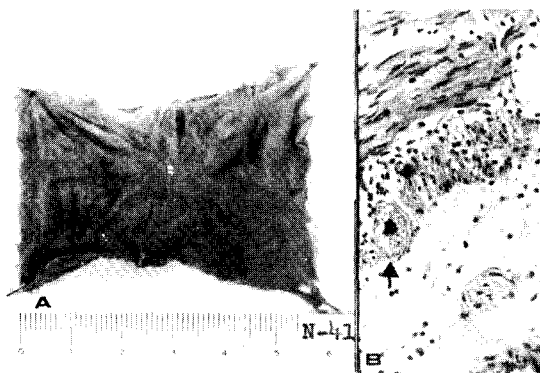


Figura 1A – Segmento do cólon descendente, fixado em formol, mostrando a circunferência da viscera.

Figura 1B – Secção histológica do cólon descendente mostrando plexo mioentérico infiltrado por linfócitos e uma célula gigante (seta) com formas amastigotas do *Trypanosoma cruzi*. H.E. 400X.

## COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Trata-se de um caso de recém-nascido de 8 dias de vida, feminino, anencéfalo, que apresentava intensa dilatação do cólon descendente, com alterações inflamatório-degenerativas dos plexos mioentéricos e parasitismo de células volumosas por formas amastigotas do *T. cruzi*, exclusivamente no cólon, sendo esta a única manifestação de transmissão congênita da doença. Os achados fazem supor que se trata provavelmente de um megacólon chagásico congênito, sem evidências de comprometimento de outros órgãos. Trata-se de um achado de necropsia, não havendo

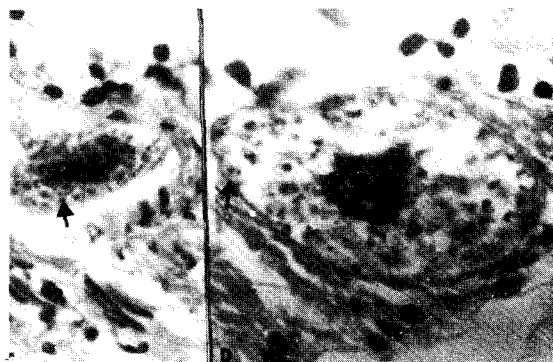


Figura 2C-D – Duas células gigantes nos plexos mioentéricos com numerosas formas amastigotas do *Trypanosoma cruzi*. Notar núcleos e cinetoplastos dos parasitos (setas). H.E. 800X e 1000X, respectivamente.

relato clínico de comprometimento funcional. Estes dados são interessantes, tendo em vista a localização puramente digestiva dos parasitos e a manifestação anátomo-patológica restrita, principalmente levando-se em conta dados anteriores<sup>10</sup>, os quais relatam sempre o envolvimento cardíaco, da pele e outros órgãos, nos casos humanos de transmissão congênita. Por outro lado, sugere que, tendo em vista o curto período de vida do caso relatado, muitos outros fatores podem estar relacionados com a formação dos megacólon chagásicos, conforme anteriormente assinalado<sup>4 17</sup>. O presente caso ilustra, ainda, a possibilidade de uma infecção chagásica manifestar-se pelo envolvimento isolado de um órgão, fato antes não relatado com relação ao cólon, podendo ser este um achado precoce na vida neonatal. A hipertrofia da camada muscular no megacólon chagásico ou de outra etiologia, como qualquer mecanismo de hipertrofia celular depende de vários fatores, tais como a intensidade da força de trabalho do órgão e mecanismos de adaptação celular que dependem do tempo, como o aumento do número de organelas citoplasmáticas, vascularização, etc. No presente caso, não poderíamos esperar hipertrofia significativa da parede muscular tendo em vista o pequeno tempo de vida do paciente, ao lado de tratar-se de um recém-nascido de baixo peso, em condições precárias. Por outro lado, vale salientar que o recém-nascido não apresenta os mecanismos de defecação do adulto, os quais são responsáveis, neste último, pela referida hipertrofia.

Embora não tenhamos o diagnóstico clínico e laboratorial da infecção chagásica da mãe e do recém-nascido em vida, o achado das células parasitadas, como as aqui descritas, tem sido assinalado, por outros autores<sup>7 15</sup>, na forma congênita da doença de Chagas e mesmo em adultos com forma crônica<sup>1 2 3</sup>. Por outro

lado, a morfologia do parasito, no presente material, é convincente. Estas células não foram descritas em outras infecções perinatais e segundo relato anterior<sup>10</sup> seriam observadas exclusivamente na doença de Chagas congênita.

Recentemente Bittencourt e cols<sup>9</sup> descreveram um caso de doença de Chagas congênita aguda, com megaesôfago, no qual o parasitismo e as lesões foram encontradas quase que exclusivamente no esôfago. O presente caso seria um exemplo de megacólon chagásico congênito, com envolvimento seletivo do cólon. A forma digestiva da doença de Chagas é referida na fase crônica da doença, muitos anos após o episódio agudo<sup>14</sup>. Neste caso, contudo, ocorreu muito precocemente, ainda na fase aguda, sendo este o primeiro relato da literatura de provável megacólon congênito chagásico, tendo em vista que não há documentação em relato anterior<sup>18</sup>. Como refere Bittencourt e cols<sup>9</sup> isto mostra que a forma crônica digestiva da doença de Chagas pode representar apenas seqüela de lesões adquiridas na fase aguda.

#### SUMMARY

*The authors report the case of an anencephalic neonate, who presented at autopsy extreme dilatation of the left colon accompanied by degenerative and inflammatory alterations of the myenteric plexus and parasitism of large vacuolated cells by amastigote forms of T. cruzi, exclusively in large bowel. The large bowel alterations were the sole manifestation of Chagas' disease.*

*Key Words: Megacolon. Chagas' disease. Congenital Chagas' disease. Congenital megacolon.*

#### AGRADECIMENTOS

À Prof<sup>a</sup> Achilêa Lisboa Bittencourt e ao Prof. Aristides Cheto de Queiroz pelas valiosas sugestões e informações.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida HO, Teixeira VPA, Oliveira ACF. Alterações nucleares em células parasitadas pelo *T. cruzi*. Revista de Patologia Tropical 10: 15-20, 1981.
2. Almeida HO, Teixeira VPA, Oliveira ACF. Flebite com parasitismo em supra-renais de chagásicos crônicos. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 36: 341-344, 1981.
3. Almeida HO. Gigantismo nuclear em célula muscular cardíaca parasitada pelo *Trypanosoma cruzi*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 18: 121-122, 1985.
4. Andrade ZA, Andrade SG. Patologia. In: Brener Z, Andrade ZA (ed.) *Trypanosoma cruzi* e Doença de Chagas. 1ª Ed. Guanabara Koogan SA, Rio de Janeiro, p. 199-248, 1979.
5. Andrade ZA. Mechanisms of myocardial damage in *Trypanosoma cruzi* infection. In: Cytopathology of parasitic disease. Pitman Books, London, p.214-233, 1983.
6. Atlas A, Almonte C. Megaesôfago en un lactante con enfermedad de Chagas probablemente congenita. Boletín Chileno de Parasitología 17: 46-48, 1962.
7. Azougue E, La Fuente C, Darras C. Congenital Chagas' disease in Bolivia: epidemiological aspects and pathological findings. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 79: 176-180, 1985.
8. Bittencourt AL, Gomes MC. Gestações sucessivas de uma paciente chagásica com ocorrência de casos de transmissão congênita da doença. Gazeta Médica da Bahia 67: 1966-1972, 1967.
9. Bittencourt AL, Vieira GO, Tavares HC, Mota E, Maguire J. Esophageal involvement in congenital Chagas' disease. Report of a case with megaesophagus. American Journal of the Tropical Medicine and Hygiene 33: 30-33, 1984.
10. Bittencourt AL. Doença de Chagas congênita na Bahia. Revista Bahiana de Saúde Pública 11: 165-208, 1984.
11. Bittencourt AL. Actual aspects and epidemiological significance of congenital transmission of Chagas' disease. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz (suplemento) 79: 133-137, 1984.
12. Bittencourt AL, Mota E, Povoá M. Isoenzyme characterization of *Trypanosoma cruzi* from congenital cases of Chagas' disease. Annals of the Tropical Medicine and Parasitology 79: 1-4, 1985.
13. Koeberle F. Patogenia do megaesôfago brasileiro e europeu. Revista Goiana de Medicina 9: 79-116, 1963.
14. Resende JM, Rassi A. Manifestações digestivas na fase aguda da doença de Chagas. In: Raia AA. Manifestações Digestivas da Moléstia de Chagas. Sarvier. São Paulo. p. 97-107, 1983.
15. Rubio M. Observaciones de celulas gigantes parasitadas por *Trypanosoma cruzi* en niños con enfermedad de Chagas congenita. Biológica 34: 50-60, 1963.
16. Rubio M. Compromiso del esôfago en dos casos de enfermedad de Chagas congenita. Boletín Chileno de Parasitología 23: 157-163, 1968.
17. Tafuri WL, Lopes ER, Sunan B. Doença de Chagas congênita. Estudo clínico-patológico de um caso com sobrevida de seis meses. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 15: 322-330, 1973.
18. Urioste AJQ, Valdivia J, Zuna H, Azougue E, Romero A, Bermudes H, Cabrera H. Primeiros casos de Chagas congênito em Santa Cruz de la Sierra (Bolivia). In: Anais do II Simposio Internacional sobre Enfermedad de Chagas. FLAP, Buenos Aires. p. 343, 1979.