

POLINEUROPATIAS CHAGASICAS

*J. FORTES-REGO **

O surgimento, em indivíduos jovens, de manifestações neurológicas — subjetivas ou objetivas — sem uma convincente explicação etiológica, tem sido uma constatação relativamente frequente no ambulatório do Hospital Universitário de Brasília, nestes últimos 6 anos. O fato levou-nos a pensar na possibilidade da existência de uma patologia regional, surgindo como primeira hipótese, a forma nervosa da doença de Chagas, em virtude de terem tais pacientes, em comum, a procedência de área endêmica em tripanosomíase e a positividade da reação de Machado-Guerreiro no sangue, que passou a constituir um procedimento de rotina em nossa investigação.

A comprovação de tal hipótese, contudo, não é fácil, pois em que pese haver Chagas afirmado, com base em numerosas observações, ser a doença por ele descoberta, “a que talvez provoque, em patologia humana, o maior número de afecções orgânicas do sistema nervoso central” e que, já em 1913, possuía mais de 200 observações desse tipo¹, os investigadores que lhe sucederam nem sempre endossaram este conceito, alguns chegando até mesmo a negarem a existência de dita forma nervosa. A maior dificuldade certamente reside na inexistência, pelo menos até o momento, de métodos laboratoriais que permitam o estabelecimento diagnóstico em termos definitivos e com bases científicas. Os estudos com o líquido cefalorraqueano (LCR) quase sempre oferecem resultados negativos, como bem destaca Forjaz². Em colaboração com Alvarenga e Marsden, realizamos xenodiagnóstico artificial e inoculação em cobaias, utilizando LCR de 7 pacientes com quadros neurológicos crônicos diversos, de etiologia obscura, todos com reação de Machado-Guerreiro positiva no sangue. Em um, o xenodiagnóstico foi positivo e, em todos, a inoculação falhou em propiciar os resultados por nós esperados.

Diante do exposto e, na tentativa de melhor equacionar o problema, elaboramos um projeto para estudo da forma nervosa da doença de Chagas, o qual recebeu aprovação do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), encontrando-se atualmente em fase de execução. Deste modo, os dados oferecidos a seguir representam somente uma etapa da pesquisa a que nos propusemos.

Trabalho realizado na área de São Felipe (BA), em julho de 1976: *Professor Assistente de Neurologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Agradecimento — O autor agradece ao Dr. Aluízio Rosa Prata, Professor Titular do Departamento de Medicina Especializada da Universidade de Brasília, pelo estímulo à realização deste trabalho.

MATERIAL E METODO

Foram examinados 99 pacientes, com média de idade de 21 anos, sendo 47 do sexo masculino e 52 do sexo feminino. Cinco tinham antecedentes de etilismo crônico e 11 referiam a ocorrência de diabete melito nas respectivas famílias. Todos foram examinados do ponto de vista motor (reflexos estilorradaiais, bicipitais, tricpitais, patelares aquileus e cutaneo-plantares) e sensitivo (sensibilidade táctil e vibratória); cinquenta pacientes tinham duas ou mais reações de Machado-Guerreiro (MG) positivas no sangue e 49 as tinham negativas, sendo este dado desconhecido pelo examinador.

RESULTADOS

Como mostra a tabela 1, os reflexos patelares eram normais em 73 pacientes e estavam diminuídos ou abolidos em 26; destes, 18 eram MG reagente. Os aquileus eram normais em 61 e diminuídos ou abolidos em 38, dos quais 30 eram MG reagente. Em 2 pacientes o reflexo cutaneoplantar mostrava-se em extensão, sendo que ambos eram MG reagente. 61 pacientes acusaram hipoestesia em botas, sendo que 33 eram MG reagente e 32 referiram hipopalestesia com a mesma distribuição; destes, 18 eram MG reagente.

Dos 50 pacientes com MG reagente, 44 apresentavam anormalidade ao exame neurológico, enquanto que, entre os 49 com MG não reagente, esta constatação foi verificada 34 vezes. Dos 44, em 33 havia dois ou mais sinais e, dos 34, 24 também apresentavam dois ou mais sinais. Dos 20 pacientes que tinham um ou mais reflexos profundos abolidos, 18 eram MG reagente; destes, apenas 3 não tinham outras alterações associadas. Dos 14 pacientes com hipoestesia isolada, 5 eram MG reagente e 9 o eram não reagente (Tabela 2).

Achados do exame neurológico	Número de casos		
	MG +	MG -	Total
	50	49	99
Reflexos patelares normais	32	41	73
Reflexos patelares diminuídos ou abolidos	18	8	26
Reflexos aquileus normais	20	41	61
Reflexos aquileus diminuídos ou abolidos	30	8	38
Sensibilidade táctil normal	17	21	38
Hipoestesia em botas	33	28	61
Sensibilidade vibratória normal	32	35	67
Hipopalestesia em botas	18	14	32

Tabela 1 — Distribuição dos achados neurológicos nos grupos normal e chagásico: MG = reação de Machado-Guerreiro.

Sinais neurológicos	Número de casos		
	MG +	MG —	Total
	50	49	99
Pelo menos um sinal neurológico	44	34	78
Dois ou mais sinais neurológicos	33	24	57
Um ou mais reflexos profundos abolidos	18	2	20
Hipoestesia isolada	5	9	14

Tabela 2 — Sinais neurológicos presentes nos dois grupos estudados.

COMENTARIOS

Uma análise superficial dos dados obtidos, parece traduzir uma predominância do envolvimento do sensitivo sobre o motor. Contudo, consideramos que a valorização dos achados pertinentes à sensibilidade, por ser esta de cunho eminentemente subjetivo, é frequentemente de maior complexidade, estando na dependência de uma série de fatores, entre eles o nível sócio-cultural, aqui bastante rudimentar, em se tratando de uma pequena comunidade do interior nordestino. Reforça ainda nossa argumentação, a constatação de que, entre os 14 pacientes em que a hipoestesia era a única anormalidade do exame, 9 eram MG não reagente. Assim, parece lógico supor, que a importância de um achado sensitivo em pacientes chagásicos crônicos em relação a um eventual acometimento do sistema nervoso periférico, cresceria à medida que coexistisse com outros, notadamente na esfera motora.

Sem dúvida, uma evidência destaca-se por si mesma. Dos 20 pacientes que tinham um ou mais reflexos profundos abolidos, 18 eram MG reagente; destes, apenas 3 não tinham outras alterações associadas.

Como conclusão, impõe-se a caracterização de uma polineurite sensitivo-motora, na maioria das vezes apenas objetiva, numa elevada proporção entre os pacientes com MG reagente de nossa amostragem, sem que um outro eventual fator etiológico possa ser responsabilizado. O diabetes, por exemplo, cujo papel na gênese das polineurites é relevante³, pode ser excluído no presente material, pois os 11 pacientes que relataram antecedentes familiares dessa doença, e cujas idades variaram de 5 a 37 anos, apresentavam os reflexos profundos normais nos quatro membros e 7 eram MG não reagente.

RESUMO

São apresentados os resultados obtidos em pesquisa "cega" realizada na área de São Felipe (BA), num total de 99 pacientes, sendo 50 com MG reagente e 49 com MG não reagente. O autor aponta o acometimento dos reflexos profundos como o achado mais frequente entre os pacientes com MG reagente desta-

cando que, entre os 20 pacientes com abolição de um ou mais reflexos profundos em 18 a reação de fixação de complemento para o tripanosoma era positiva no sangue e conclui pela existência de uma polineurite chagásica.

SUMMARY

Chagasic polyneuritis

The results of a research realized in a small community in the countryside of the state of Bahia, Brazil, where there is high frequency of infection by *Trypanosoma cruzi*. are reported. By evaluation the neurological clinical examination of 99 individuals it was observed that the most frequent finding on those 50 patients with positive sorology there was a diminution of deep reflexes. Additionally, it was found that among the 20 patients in whom more than one altered deep reflex was present, in 18 cases there were concomitant sorological evidence of Chagas disease.

REFERENCIAS

1. CHAGAS, C. — Les formes nerveuses d'une nouvelle trypanosomiase (*Trypanosoma cruzi*) inoculé par *Tryatoma megista*. Nouv. Isonogr. Salpêtrière 26:1-9, 1913.
2. FORJAZ, S. V. — Aspectos neurológicos da doença de Chagas: sistema nervoso central. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 25:175, 1967.
3. FORTES-RÊGO, J. — Enfermidade de Alzheimer, polineurite e diabete melito. Brasília Médica 12:51, 1976.

Universidade de Brasília — Faculdade de Ciências da Saúde — Departamento de Medicina Especializada — 70910 Brasília D.F. — Brasil.