

COMUNICAÇÕES

ASPECTOS CLÍNICO-DIAGNÓSTICOS RELATIVOS À FASE AGUDA DA DOENÇA DE CHAGAS, EM PACIENTES SUBMETIDOS À TRANSPLANTE DE RIM E IMUNODEPRIMIDOS

**Pedro Renato Chocair, Vicente Amato Neto, Emil Sabbaga
e Pedro Henrique Torrecillas**

Em sete pacientes submetidos a transplante de rim e imonodeprimidos reconheceram os Autores a ocorrência de doença de Chagas, em fase aguda. Tais eventos permitiram verificações sem dúvida expressivas e, entre elas, afigurou-se conveniente salientar as seguintes: presença de febre como manifestação proeminente; valor elucidativo da pesquisa do Trypanosoma cruzi no "creme" leucocitário em etapa de realização de diagnóstico diferencial, quando escassos os elementos orientadores; utilidade da evidenciação, por imunofluorescência, de anticorpos IgM antitripanossomo no soro; falta de participação de enfartamento de linfonodos superficiais ao exame clínico e de linfocitose, com linfócitos atípicos, ao hemograma; decurso não grave, sendo que, para tanto, pode ter contribuído a administração de benzonidazol; possibilidade de manutenção do uso de medicamentos imonossuppressores; ausência de prejuízo quanto ao transplante. Julgaram os Autores oportuno relatar esses fatos, em virtude de implicações que eles ensejam quando em desenvolvimento trabalhos de natureza assistencial.

Palavras chaves: Doença de Chagas. Fase aguda. Transplante de rim. Imunossupressão.

A infecção humana pelo *Trypanosoma cruzi* habitualmente depende da participação de triatomíneos, mas já está categoricamente demonstrado que mecanismos alternativos também possibilitam a aquisição da protozoose. A propósito, lembramos as transmissões por transfusão de sangue, congênita, pelo leite materno e acidental em laboratório, sendo que outras modalidades ainda necessitam confirmações definitivas. Em 1981 sucedeu comunicação de que transplante de rim pode, outrossim, veicular a parasitose em questão, conforme deduções obtidas na Unidade de Transplante Renal do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo³. No contexto da publicação pertinente ficou referido que aspectos clínicos relacionados com tais eventos específicos, notados após transplantes, seriam oportunamente divulgados. Assim sendo, em virtude da observação, até agora, no ambiente profissional citado, de

sete ocorrências representadas por doença de Chagas em fase aguda, no decurso da evolução da medida terapêutica destinada a opor-se à insuficiência dos rins, tornou-se oportuno relatar alguns fatos documentados, certamente valiosos no sentido de favorecer trabalhos assistenciais, de permitir especulações doutrinárias e de motivar futuras avaliações científicas correlatas.

CASUÍSTICA

Na Unidade de Transplante Renal, desde 1965, sucederam sete diagnósticos de doença de Chagas em fase aguda e dados sobre essas verificações estão consignados na Tabela 1. Cinco doadores tiveram infecção pelo *T. cruzi*, conforme resultado de prova de fixação do complemento; no que diz respeito aos outros dois, essa condição não ficou definida, já que corresponderam a cadáver e a indivíduo não analisado sob esse ponto de vista, mas que residia em Santa Cruz de la Sierra, na Bolívia, onde a infecção é muito comum.

Trabalho da Unidade de Transplante Renal e da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Recebido para publicação em 01/8/1984.

Tabela 1 – Doença de Chagas, na fase aguda, em pacientes submetidos à transplante de rim e imunossuprimidos: dados sobre a casuística.

Paciente	Sexo	Idade (anos)	Tipo de doador	Data do Transplante	Reação de fixação do complemento (doador)	Período entre o transplante e o aparecimento da febre (meses)
1 – D.P.L.F.	M	18	VR	8. 3.1974 15. 1.1975	+	3
2 – L.B.	M	41	VNR	30. 6.1976	+	1
3 – M.J.	M	44	VNR	27. 7.1977	+	14
4 – L.M.N.	F	42	VNR	8.11.1978	+	4
5 – T.M.C.	M	50	C	5. 6.1979	ND	3
6 – S.S.	M	23	VNR	20 3.1980	ND	1
7 – L.M.	M	30	VR	19. 6.1980	+	3

VR: vivo, relacionado; VNR: vivo, não relacionado; C: cadáver; ND: não disponível;
Observação: no que se refere ao paciente nº 1, dois transplantes foram realizados, por motivo independente da doença de Chagas.

Até agora, houve efetivação de 926 transplantes, por vezes repetidos duas ou três vezes em um mesmo indivíduo. Antes de 1974, época na qual começamos a identificar casos de infecção chagásica registrou-se número claramente menor de intervenções e os doadores quase sempre residiam na cidade de São Paulo, sem ter doença de Chagas.

Desejamos basicamente destacar circunstâncias de natureza clínica notadas nessas pessoas receptoras de rim e mantidas em regime terapêutico de imunossupressão. Assim, registramos a presença de febre e de hepatoesplenomegalia em todos e a existência de arritmia cardíaca em três (extrassístoles supraventriculares e ventriculares em dois e fibrilação atrial em um). Não detectamos enfartamento de linfonodos superficiais, de molde a ficar patente diferença com o verificado nos enfermos contaminados de maneira diferentes e sem deficiência imunitária.

A febre, habitualmente bastante elevada, surgiu em momento variável pós-transplante e essa fase oscilou de 1 a 14 meses. Persistiu de quatro a 40 dias (média: 29) e, em seguida ao começo de uso de benzonidazol, sempre desapareceu (média: 10 dias).

É muito importante frisar que diante da preponderância da hipertermia e falta de evidência de eventual participação de outro processo mórbido superajuntado, passou a constituir atitude rotineira, na Unidade de Transplante Renal, a procura do *T. cruzi* no “creme” leucocitário, tendo dessa conduta

advindo confirmações etiológicas bastante desejáveis em termos assistenciais.

Três exames laboratoriais requerem especial citação: a evidenciação do *T. cruzi* em análise a fresco e direta do “creme” leucocitário, a demonstração de anticorpos IgM antitripanossomo no soro por imunofluorescência (1/160 a 1/640) e, por fim, o hemograma. Os dois primeiros exibiram sempre positividade e o último teve, ao contrário, comportamento diverso do habitualmente visto quando a forma aguda da doença de Chagas instala-se em outros pacientes, não imunossuprimidos e infectados como decorrência de processo habitual, pela participação de triatomíneos, ou alternativos. Referimo-nos à não percepção da costureira linfocitose, em parte consumada por linfócitos atípicos.

Depois da utilização do benzonidazol não procedemos a seguimento programado e sistemático, por intermédio de reações sorológicas atinentes à doença Chagas e de xenodiagnóstico.

Sob o ponto de vista terapêutico os informes mais importantes e dignos de referência são: administração de benzonidazol (400 a 600 mg/dia, durante 60 dias), logo depois da confirmação do diagnóstico do processo parasitário; manutenção do uso dos medicamentos que promovem a imunossupressão (prednisona, 10 a 20 mg/dia e azatioprina, 2 a 3 mg/dia); emprego de succinato sódico de metilprednisolona (3

ou 4 g) em dois enfermos, para debelar a redução da função renal, que ocasionalmente ocorreu. O benzonidazol, prescrito com a finalidade de coibir a atuação do *Trypanosoma cruzi*, não desencadeou distúrbios colaterais citáveis.

DISCUSSÃO

As verificações que relatamos conduzem, sem dúvida, a deduções que permitem convenientes posicionamentos no campo assistencial.

Assim, como fatos essenciais destacamos o quadro clínico alterado, no qual passou a predominar a febre como elemento dominante, deixando de ter expressão o aumento de tamanho de linfonodos superficiais, componente comum das anormalidades que compõem a forma aguda da doença de Chagas em outras situações¹. Também é imperioso salientar o valor elucidativo do exame microscópico do "creme" leucocitário, para demonstração do *T. cruzi*, e a contribuição prestada pela positividade de anticorpos IgM antitripanossomo, detectados no soro por técnica de imunofluorescência e face à necessidade de efetuar diagnóstico diferencial, envolvendo diversas afecções febris². Não obstante, o hemograma deixou de propiciar o auxílio costumeiro, pois reiteradamente não contamos com a linfocitose e com os linfócitos atípicos, que prestam muitas vezes orientação e colocam a doença de Chagas aguda no âmbito da síndrome da mononucleose ou dos processos mononucleose-similes, ao lado de outras moléstias, como a toxoplasmose adquirida modalidade ganglionar, a mononucleose infecciosa com prova de Paul-Bunnell-Davidsohn positiva ou negativa, a citomegalovirose, a hepatite por vírus e a hipersensibilidade a hidantoínatos, por exemplo⁴.

O decurso evolutivo é, outrossim, merecedor de enfático comentário. A despeito da imunossupressão, a parasitose não assumiu gravidade especial. Na verdade, a infecção pelo *T. cruzi* não motivou óbitos e pôde ser tida como controlada, afigurando-se provável que o benzonidazol tenha-se oposto ao advento de piores repercussões, contribuindo para o desenvolvimento não grave antes citado.

Não houve necessidade de interromper a imunossupressão medicamentosa e, por seu turno, o transplante intrinsecamente não sofreu prejuízo pela super-veniência da tripanossomose.

Aproveitamos o presente ensejo para expor que dois receptores com doença de Chagas crônica não sofreram prejuízos clinicamente valorizáveis, durando 14 anos o seguimento de um deles.

O que constatamos servirá, evidentemente, para melhor entendimento, no terreno assistencial e doutrinário, da relação entre parasitismo devido ao *T. cruzi* e imunossupressão, com conseqüências em trabalhos cotidianos e, inclusive, em ilações patogênicas.

SUMMARY

The Authors detected the acute stage of Chagas' disease in seven immunosuppressed patients, following renal transplantation. The outstanding clinical and diagnostic features seen in these patients were as follows: fever was an important clinical sign of disease; the direct microscopic demonstration of Trypanosoma cruzi in the buffy layer of blood samples yielded positive results; immunofluorescent IgM antibodies may be found in sera; no lymph node enlargement was noticed on clinical examination and lymphocytosis was not seen on blood smears. The clinical course of the disease was not severe, although this could in part be due to treatment with benznidazole. The immunoppressive therapy could be maintained and no damage occurred to the transplanted organ.

Key words: Chagas' disease. Acute stage. Renal transplantation. Immunosuppression.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amato Neto V. Contribuição ao conhecimento da forma aguda da doença de Chagas. Tese de livre-docência. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1958.
2. Camargo ME, Amato Neto V. Anti-*Trypanosoma cruzi* IgM antibodies as serological evidence of recent infection. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 16:200-202, 1974.
3. Chocair PR, Sabbaga, E, Amato Neto V, Shiroma M, Góes G.M. Transplante de rim: nova modalidade de transmissão da doença de Chagas. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 23:280-282, 1981.
4. Jamra MA, Freitas JLP, Amato Neto V, Silva LHP, Tartari JTA. Aspectos hematológicos da doença de Chagas nas fases iniciais. Revista Paulista de Medicina 45:544-552, 1954.