

VOL. 32:SUPLEMENTO II, 1999
ISSN-0037-8682



REVISTA DA
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE MEDICINA TROPICAL



**REVISTA DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
MEDICINA TROPICAL**

**Volume 32
SUPLEMENTO II, 1999**

**XV REUNIÃO ANUAL DE PESQUISA APLICADA
EM DOENÇA DE CHAGAS**

E

**III REUNIÃO DE PESQUISA APLICADA EM
LEISHMANIOSES**

PROGRAMA E RESUMOS

Uberaba, 5 a 7 de novembro de 1999

marcadores da miocardiopatia chagásica crônica. Identificaram os sintomas disfagia progressiva e constipação intestinal de longa duração como prováveis marcadores clínicos, respectivamente, de megaesôfago e megacolon. Indicaram variações regionais na distribuição dos vetores, nas prevalências das formas clínicas, nos índices de parasitemia na fase crônica, na positividade do teste da Polymerase Chain Reaction, nos níveis séricos de Ig G anti-*T. cruzi*. E, entre outros aspectos, mostraram que a evolução das formas clínicas oscila entre o inalterado e a progressão continuada.

Sobre a evolução das formas clínicas, em trabalho realizado recentemente em Virgem da Lapa, MG, no período de 17 anos, observamos que dos 136 pacientes na forma clínica indeterminada, 79 (58,1%) permaneceram nesta forma, 51 (37,5%) evoluíram para a forma cardíaca, 4 (2,9%) para a forma digestiva (megaesôfago) e 2 (1,5%) para a forma mista (megaesôfago + cardiopatia), caracterizadas principalmente pela incidência de palpitações, dor precordial, disfagia, extra-sístoles ventriculares, bloqueio completo do ramo direito, hemibloqueio anterior esquerdo e zona eletricamente inativa. Ainda neste estudo, dos 68 pacientes na forma cardíaca ao exame inicial, 33 (48,5%) permaneceram dentro dos níveis da cardiopatia inicial e 35 (51,5%) evoluíram com progressão para níveis mais graves. A análise destes resultados induz à hipótese de que o processo evolutivo da doença de Chagas crônica é regulado por mecanismos relacionados com as características da interação *T. cruzi*-homem.

Diante da proposta de trabalho desta oficina e dos resultados obtidos nos estudos clínico-epidemiológicos podemos considerar as manifestações clínicas, eletrocardiográficas, radiológicas e ecocardiográficas mencionadas como marcadores da evolução da doença de Chagas crônica, sem a especificidade capaz de identificar quais os pacientes terão evolução progressiva. Assim sendo devemos prosseguir com as investigações em busca de marcadores com especificidade suficiente para identificar os pacientes com o potencial de progressão da doença, abrindo caminhos para as ações de bloqueadores que modifiquem a história natural da doença, produzindo melhores condições de vida a milhões de chagásicos.

O3B.

MARCADORES DE EVOLUÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS NA DOENÇA DE CHAGAS: O PAPEL DO ECOCARDIOGRAMA. S.S. Xavier, A.S. Sousa, J. Borges-Pereira, A. Hasslocher-Moreno. Hospital Evandro Chagas/FIOCRUZ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ.

INTRODUÇÃO: O acometimento cardíaco é o maior determinante prognóstico na fase crônica da doença de Chagas (DC). Estudos longitudinais realizados no campo têm identificado, através de análise univariada, diversos marcadores prognósticos clínicos, eletrocardiográficos e radiológicos, que refletem, de forma indireta, a extensão da lesão miocárdica. O ecocardiograma (ECO) é um método não invasivo, de baixo custo e relativamente disponível, capaz de identificar, de forma direta, a presença e extensão do acometimento miocárdico, sendo, portanto, de grande valor potencial na avaliação prognóstica da DC. Um único estudo longitudinal, incluiu o ECO na avaliação de preditores não invasivos de mortalidade em pacientes com cardiopatia chagásica. Na análise multivariada, somente a fração de ejeção de VE manteve valor prognóstico independente para mortalidade. Este estudo, apesar da importância do seu pioneirismo, analisou uma casuística muito pequena (apenas 56 pacientes) e selecionada (derivada de hospital), com 93% dos pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e a extrapolação dos seus resultados para a população geral de pacientes portadores de DC pode ser inadequado. Em função destas limitações, um estudo longitudinal foi realizado em nossa instituição com objetivo de avaliar o papel do ECO na avaliação prognóstica em uma grande população, não selecionada por sintomas, de portadores de DC.

PACIENTES E MÉTODOS: Estudo longitudinal de coorte, constituída por 604 pacientes recrutados no período de 03/90 a 12/97 e seguidos até 12/98. Todos foram submetidos a avaliação clínica, eletrocardiográfica, radiológica e ecocardiográfica. Os primeiros 219 pacientes também realizaram Holter de 24 horas. Análise multivariada foi utilizada para identificar preditores prognósticos e curvas atuarias de sobrevida foram construídas para a coorte e para subgrupos específicos.

RESULTADOS: A média de idade foi de 47 ± 12 anos, com predomínio do sexo feminino (55%). O tempo médio de acompanhamento foi de 46 ± 28 meses, com seguimento completo obtido em 94% dos pacientes. A mortalidade foi de 9,3% durante este período (em 82% dos casos a *causa mortis* foi cardíaca) e a probabilidade estimada de sobrevida em 5 anos foi de 90,5%. Na análise univariada,

dive
mos
no e
sistc
proc
proc
ecoc
prog
aum
regre
diám
com
enqu
sobre
deter
anos
de di
C
ventr
e ajuz
de pa
como

O3C.
DENI
ANOI
CHAC
Neto.
USP.

IN
(PM)
patog
distúrl
CA
anos,
estági
simpá
resulte
deserr
RE
dos pa
total d
grupo
fixos e
área tc
do esta
com a
mostro
ventric
CO
segme
associ
desem
estejan

diversas variáveis clínicas, eletrocardiográficas e radiológicas, já descritas em estudos anteriores, mostraram associação significativa com a mortalidade. Quando submetidas a análise multivariada, no entanto, apenas cardiomegalia na avaliação radiológica, zona eletricamente inativa (ZEI), extrasístolia ventricular (EV), associação BRD+HBAE e insuficiência cardíaca (IC), mantiveram valor prognóstico independente. Quando as variáveis tradicionalmente utilizadas como preditores prognósticos foram testadas em um modelo de regressão logística que incluía variáveis ecocardiográficas, apenas IC, EV e ZEI mantiveram valor independente, e 2 variáveis ecocardiográficas prognósticas independentes foram identificadas: a presença de disfunção moderada ou severa e o aumento do diâmetro sistólico de VE. Quando eventos evolutivos foram incluídos no modelo de regressão, os preditores prognósticos passaram a ser: fibrilação atrial, síncope, IC, ZEI e aumento do diâmetro sistólico de VE. A análise de curvas de sobrevida específicas demonstrou que os pacientes com ECG normal (n=259) apresentaram excelente prognóstico (nenhum óbito de causa cardíaca), enquanto os pacientes com IC (n=52) apresentavam o pior prognóstico (probabilidade estimada de sobrevida em 2 anos de 48%). Entre os pacientes com ECG anormal sem IC, o prognóstico foi determinado pela função ventricular estimada ao ECO: A probabilidade estimada de sobrevida em 2 anos foi de 99,8% na presença de função normal ou levemente deprimida (n=240), de 89% na presença de disfunção moderada (n=38) e de 79% na presença de disfunção grave (n=15).

CONCLUSÃO: Mesmo com a utilização de marcadores ecocardiográficos de função e remodelação ventricular, algumas variáveis clínicas e eletrocardiográficas mantêm valor prognóstico independente e ajudam a identificar os pacientes de maior risco. O ECO é particularmente importante para o grupo de pacientes com ECG anormal e sem IC, no qual o conhecimento da função ventricular é decisivo como marcador prognóstico e na definição terapêutica.

03C.

DENERVAÇÃO SIMPÁTICA REGIONAL E ISQUEMIA MIOCÁRDICA PRECEDEM AS ANORMALIDADES SEGMENTARES DE CONTRAÇÃO VENTRICULAR NA CARDIOPATIA CHAGÁSICA. M.V. Simões, A.O. Pintya, A.V.L. Sarabanda, C.M. Antloga, B.C. Maciel, J.A. Marin-Neto. Divisão de Cardiologia – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: Denervação autonômica (DA) e distúrbios da perfusão miocárdica (PM) são fenômenos bem documentados na cardiopatia chagásica crônica (CCC), cujo papel patogênico ainda resta por ser provado. Esta investigação objetivou estudar a participação desses distúrbios no desenvolvimento da lesão miocárdica em diversas fases evolutivas da CCC.

CASUÍSTICA E MÉTODOS: Foram prospectivamente investigados 18 indivíduos controles (38 ± 12 anos, 9 masc.); 12 pactes com CCC no estágio I de evolução (43 ± 14 anos, 7 masc.), 18 pactes no estágio II (52 ± 12 anos, 12 masc.), 8 pactes no estágio III (56 ± 8 anos, 5 masc.). Avaliou-se a inervação simpática cardíaca mediante cintilografia tomográfica com ^{123}I -MIBG, correlacionando-se esses resultados com alterações da PM em esforço/repouso mediante cintilografia com ^{201}Tl e com o desempenho ventricular esquerdo por meio da angiocardiorrafia nuclear.

RESULTADOS: Cintilografia com ^{123}I -MIBG mostrou áreas de hipocaptação segmentar em 33% dos pactes do estágio I, 89% do estágio II, 86% do estágio III. A análise quantitativa mostrou área total de denervação nos pactes no estágio I ($3,7 \pm 7,2$) significativamente menor que a encontrada no grupo II ($11,8 \pm 10\%$) e grupo III ($17 \pm 13\%$), teste ANOVA, $p < 0,001$. Defeitos perfusionais (isquêmicos, fixos e paradoxais) ocorreram nos pactes do estágio I (83%), estágio II (83%), estágio III (100%). A área total de defeitos de perfusão no estágio I ($5,6 \pm 5\%$) foi significativamente menor do que a área do estágio III ($25 \pm 24,6\%$), ANOVA $p < 0,01$. Os distúrbios de PM e DA tiveram associação significativa com alterações de mobilidade parietal segmentar em todos os grupos. Regressão linear múltipla mostrou correlação significativa das áreas de hipoperfusão e denervação com a fração de ejeção ventricular esquerda.

CONCLUSÕES: DA e alterações da PM precedem o estabelecimento de alterações contráteis segmentares na CCC. Nas fases com maior disfunção ventricular esses distúrbios apresentam associação topográfica com alterações segmentares da contração e correlação com queda do desempenho global ventricular esquerdo. Esses aspectos sugerem fortemente que esses distúrbios estejam envolvidos no estabelecimento do dano miocárdico na CCC.