

MIOCARDITE AGUDA DECORRENTE DA REATIVAÇÃO DA DOENÇA DE CHAGAS POR SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Ana Carolina Vaz Ribeiro
Pedro Octávio Silva Pereira
Thiago Alvares da Costa



UniAtenas
Centro Universitário Atenas

INTRODUÇÃO

Defendido por PICKENHAYN et al. (2008), a urbanização dos vetores afeta a epidemiologia das endemias rurais. Essa verdade acerca da doença de chagas (DC) fica ainda mais aplicável quando se percebe a relevância das manifestações da reativação da DC, sendo a principal causa a co-infecção *Trypanosoma cruzi*/HIV relacionada à recorrência de miocardite.

OBJETIVO

Relacionar a coinfeção *Trypanosoma cruzi*/HIV à reativação da DC causando miocardite.

METODOLOGIA

Foram realizadas buscas nas plataformas PubMed e SciELO, selecionando 9 artigos entre 2010 e 2019 que atendiam às palavras-chave: coinfeção *Trypanosoma cruzi*/HIV e miocardite por reativação da DC.

RESULTADOS

A DC é um processo infeccioso de relevância na saúde pública brasileira que varia de 1,9 a 4,6 milhões de pessoas infectadas no país. Contudo, essa estimativa pode ser maior devido a dificuldade de diagnóstico precoce decorrente da inespecificidade de sinais e sintomas na fase aguda. Diante da dificuldade apresentada e, conseqüentemente, a detecção da doença quando alcançada sua fase crônica, é comum serem observadas comorbidades já instaladas em

cada paciente - tais quais megaesôfago, bloqueios de ramo direito e extra-sístoles ventriculares, variabilidade clínica dada pelas diferentes cepas do agente etiológico. Ademais, é comum a apresentação de comorbidades concomitantes, como: a síndrome da imunodeficiência humana, a qual estima-se que existiam por volta de 19.384 casos de co-infecção no Brasil até junho de 2014. Essa interação é tida como um evento clínico de grande importância, uma vez que devido aos episódios de imunossupressão causados pelo HIV, pode ocorrer a reativação da doença de Chagas, quando o parasito *Trypanosoma cruzi* é novamente visualizado no sangue periférico. Nesse ínterim, o estudo identificou índice bastante elevado da incidência de meningoencefalite e miocardite (juntos, somam cerca de 80% dos casos de reativação) mesmo em pacientes que não apresentaram afecções cardíacas prévias, indicando o aumento da parasitemia associada a baixa contagem de linfócitos T CD4 (menores que 200/mm³; VR:>500/mm³). Nesse cenário, observou-se que a miocardite aguda chagásica por imunossupressão pode manifestar diferentes graus de insuficiência cardíaca letais, como: taquicardia, edema, hepatomegalia, e arritmias graves.

CONCLUSÃO

O vírus do HIV promove uma imunossupressão que permite a reativação da DC e leva a quadros de miocardite mesmo em pacientes sem acometimentos cardíacos prévios.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Eros Antonio de et al. Co-infection *Trypanosoma cruzi*/HIV: systematic review (1980-2010). *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 44, p. 762-770, 2011.
- CORDEIRO, Mariane et al. Perfil epidemiológico de pacientes HIV positivos coinfectados com o *Toxoplasma gondii*, Citomegalovírus e *Trypanosoma cruzi*. *Itinerarius Reflectionis*, v. 17, n. 1, p. 01-18, 2021.
- DIAS, João Carlos Pinto et al. II Consenso Brasileiro em doença de Chagas, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 7-86, 2016.
- Martins-Melo FR, Ramos Júnior AN, Alencar CH, Heukelbach J. Prevalence of Chagas disease in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Acta Trop*. 2014 Feb;130:167-74.
- PÁEZ, Rubén Carrizo; PICKENHAYN, Jorge; PÁEZ, Mario Carrizo. Chagas urbano en San Juan. Diagnóstico, revisión y propuesta para un sistema integrado de ataque. *Revista argentina de cardiología*, v. 76, n. 6, p. 480-487, 2008.