MEDTROP
54º CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL
02 a 05 Setembro 2018 Centro de Convenções de Pernambuco | Olinda PE

Maria Júnia Lira
lirajunia@gmail.com
(81)993392521

Ambulatório Chagas / IC PROCAPE-UPE
desde 1987
"Humanizar para cuidar"

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS COM E SEM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Maria Júnia Lira e Silva [1], Tayne Fernanda Lemos da Silva [1], Fabiano Wlandemir Rodrigues de Albuquerque Cavalcante [5], Gênova Maria de Azevedo Oliveira [4], Carolina de Araújo Medeiros [2], Cristina de Fátima Velloso Carrazzone [2], Maria das Neves Dantas da Silveira Barros [2], Sílvia Marinho Martins Alves [2], Luciana Patrizia Alves de Andrade Valença [3,5], Eduardo Sousa de Melo [3,5], Wilson Alves Oliveira Júnior Oliveira Júnior [2,1]

[1] UPE - Universidade de Pernambuco (Recife, PE, Brasil), [2] PROCAPE - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (Recife, PE, Brasil), [3] HUOC - Hospital Universitário Osvaldo Cruz (Recife, PE, Brasil), [4] SES-PE - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (Recife, PE, Brasil), [5] UFPE - Universidade Federal de Pernambuco (Recife, PE, Brasil)

INTRODUÇÃO

A doença de Chagas (DC) constitui-se em fator de risco independente para acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) o qual é uma das formas mais graves de tromboembolismo nessa afecção. O manejo e a prevenção desses casos são baseados em informações incompletas ou extrapolações do conhecimento sobre outras etiologias. A ocorrência de AVC sem acometimento cardíaco também tem sido documentada.

MÉTODO

Estudo retrospectivo que incluiu 678 pacientes atendidos em um ambulatório público de DC e Insuficiência Cardíaca entre os anos de 2016 a 2018. Foram analisadas variáveis clínicas, laboratoriais, eletrocardiográficas e ecocardiográficas. A análise estatística foi feita com o software SPSS 23.0. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste exato de Fisher e para as contínuas, o este t-student ou Mann-Whitney de acordo com a normalidade da amostra. Foi definido como significante $p<0.05$.

RESULTADOS

75 pacientes (11%) tiveram AVC, sendo a maioria do sexo feminino (68%) com mediana de idade igual a 66 anos (28-85). Apresentaram significante diferença entre os grupos, com predomínio dos agravos no grupo DCAVC: doença arterial coronariana (*p:* 0.004; OR: 7,54; IC 95%: 2,11-26,26), insuficiência cardíaca (*p*:0.004; OR: 1,45; IC: 0,37-5,65), alteração segmentar (*p*:0.021; OR: 1,06; IC 95%: 0,27-4,09), disfunção (*p*:0.017; OR:4,85; IC: 0,30-76,26) e dilatação do ventrículo direito (*p*:0.032; OR: 0,89; IC 95%: 0,08-9,58), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE) (52.4 ± 17; *p*:0.006), diâmetro diastólico do VE (55.5 ± 9.5; *p*:0.019), número de extrassístoles (772 ± 1776; p:0.019) e estágio da DC (A: 9.3%; B1/B2: 46.6%; C: 42.6%; *p*:0.002; OR: 2,22; IC 95%: 1,35-3,64) conforme classificação da diretriz Latino-Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica.

Análise descritiva de portadores da doença de Chagas com e sem AVC

	Com AVC	Sem AVC	p valor
	(n = 75)	(n = 603)	
Sexo feminino, n (%)	51 (68)	417 (69.1)	0.895
Idade, mediana (intervalo)	66 (28-85)	64 (14-94)	0.065
Raça/cor, n (%)			
Preto	17 (22.6)	81 (13.4)	0.137
IMC, média (intervalo)	26.34 (16.89-39.24)	26.86 (14.45-48.32)	0.375
HAS, n (%)	62 (82.6)	455 (75.4)	0.196
DM, n (%)	15 (20)	98 (16.2)	0.413
DAC, n (%)	14 (18.6)	45 (7.4)	**0.004***
DLP, n (%)	39 (52)	280 (46.4)	0.392
Tabagismo atual ou prévio, n (%)	23 (30.6)	232 (38.4)	0.208
Etilismo atual ou prévio, n (%)	15 (20)	162 (26.8)	0.264
DPOC, n (%)	5 (6.6)	28 (4.6)	0.397
Insuficiência cardíaca, n (%)	32 (42.6)	156 (25.8)	**0.004***
ECG, n (%)			
BRD	8 (10.6)	76 (12.6)	0.713
BRE	0 (0)	9 (1.4)	0.608
Marcapasso	15 (20)	91 (15)	0.310
FA	5 (6.6)	18 (2.9)	0.165
Ecocardiograma			
FE, média (intervalo)	52.40 (20-78)	58.34 (20-85)	**0.006***
DDVE, mediana (intervalo)	55.5 (41-75)	52 (0-88)	**0.019***
Alteração segmentar, n (%)	32 (42.6)	174 (28.8)	**0.021***
Disfunção sistólica de VD	7 (9.3)	19 (3.1)	**0.017***
Dilatação de VD	8 (10.6)	31 (5.1)	**0.032***
Holter			
TVNS, n (%)	8 (10.6)	50 (8.2)	0.660
TVS, n (%)	1 (1.3)	6 (0.99)	0.601
Extra sístoles, mediana (intervalo)	772 (0-7061)	139 (0-17998)	**0.019***
Medicações, n(%)			
Amiodarona	21 (28)	103 (17)	**0.039***
AAS	22 (29.3)	95 (15.7)	**0.009***
Anticoagulante	13 (17.3)	31 (5.1)	**0.000***
Classe			
A	127	7 (9.3)	**0.002***
B1/B2	313	35 (46.6)	
C	151	32 (42.6)	

***p<0;05**

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Estudos recentes sugerem que a associação entre infecções crônicas e AVC pode ser consequência da ativação das cascatas inflamatórias e de coagulação, bem como da disfunção endotelial e aterogênese. O presente trabalho corrobora com essa hipótese a medida que outros preditores conhecidos para AVC (fibrilação atrial, taquicardia ventricular sustentada ou não, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e tabagismo/etilismo atual ou prévio) não tiveram significância. Segundo a análise, pacientes com DCAVC têm um acometimento cardíaco mais grave. Uma acurada caracterização desse grupo pode contribuir para reduzir o número de casos com etiologia indeterminada o que é essencial para correta prevenção secundária.

REFERÊNCIAS

CAROD-ARTAL FJ, GASCON J (2010) Chagas disease and stroke. Lancet Neurol 9:533–542.

MONTANARO, VVA; SILVA, CM; SANTOS, CVV, et al. Ischemic stroke classification and risk of embolism in patients with Chagas disease. J Neurol. DOI 10.1007/s00415-016-8275-0.