

MEGAÍLEO CHAGÁSICO. DESCRIÇÃO DE UM CASO.

Maricéa Rychuv SANTOS, Carlos Walter SOBRADO JR., Aderson O. M. C. DAMIÃO, Joaquim José GAMA-RODRIGUES, Kiyoshi K. IRYA, Henrique Walter PINOTTI, Agostinho BETTARELLO & Joaquim Prado P. de MORAES-FILHO.

R E S U M O

É apresentado um caso de megaíleo de natureza chagásica. O paciente, portador da Doença de Chagas, branco com 41 anos, apresentava história de 3 anos de episódios de cólicas abdominais, distensão e diarreia, que foram se tornando mais intensas e mais freqüentes. Fora das crises, apresentava-se assintomático.

O diagnóstico de megaíleo foi estabelecido por meio do estudo radiológico contrastado do intestino delgado. O estudo histológico realizado em fragmento obtido à intervenção cirúrgica mostrou diminuição do número de células ganglionares dos plexos mientéricos.

UNITERMOS: Megaíleo chagásico; Enteropatia chagásica; Visceromegalia chagásica; Tripanosomíase sul americana; Doença de Chagas

I N T R O D U Ç Ã O

A Doença de Chagas, endemia freqüente no Brasil, compromete principalmente o coração e o tubo digestivo. Neste último, esôfago e cólon^{6, 8, 11} são os segmentos mais afetados, manifestando-se clinicamente pelos "megas". A dilatação do intestino delgado é extremamente incomum, ocorrendo com maior freqüência no duodeno e jejuno^{1, 5, 6, 9, 10, 11, 13}.

O substrato histopatológico da enfermidade nas vísceras ocas digestivas é a desnervação intramural decorrente da lesão do plexo de Meissner e/ou de Auerbach pelo *Trypanosoma cruzi*.

A presente comunicação relata um caso de dilatação segmentar do íleo de etiologia chagásica, condição ainda não descrita na literatura.

Relato de Caso

E. N. B., 41 anos, branco, casado, motorista, brasileiro, natural da Bahia, procedente do Rio Grande do Sul.

Internado na Enfermaria da Disciplina de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 05.05.1986, referia que há 3 anos vinha apresentando dor em cólica, difusamente distribuída pelo abdome, com maior intensidade no lado direito, acompanhada de distensão abdominal e diarreia, com quatro a cinco evacuações ao dia, constituídas por fezes líquidas de coloração amarelo-esverdeadas, e sem muco, sangue ou pús. Não apresentava fatores de melhora e

Trabalho realizado no Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Prof. Joaquim Prado P. de Moraes Filho, Departamento de Gastroenterologia Sala 6089 — Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Eneas C. Aguiar, 255, CEP 05403 São Paulo, SP, Brasil.

piorava com a ingestão de alimentos gordurosos e de macarrão. As crises dolorosas se iniciavam 2 a 4 horas após as refeições, requerendo algumas vezes, por sua intensidade, o uso parenteral de anti-espasmódicos. Os episódios dolorosos apresentavam-se de início esporadicamente, tornando-se a seguir mais frequentes, com períodos de acalmia de uma semana.

O hábito intestinal era normal, salvo nas crises de dor e distensão abdominal, quando apresentava diarreia. Perdeu 6 kg desde o início do quadro. Não referia disfagia.

Como antecedentes mórbidos pessoais, referia tratamento para "mancha no pulmão" (sic), em 1962 e blenorragia tratada há 6 anos (sic).

Conhecia o "barbeiro", ignorando se havia sido por ele picado.

Exame físico

À internação apresentava-se o paciente em bom estado geral, corado, hidratado e afebril. A tensão arterial era de 130/80 mmHg e a frequência cardíaca de 68 batimentos por minuto.

Não havia linfonodomegalias cervicais axilares ou inguinais.

A ausculta pulmonar era semiologicamente normal e à ausculta cardíaca notaram-se bulhas rítmicas normofonéticas e ausência de sopros.

O abdome era plano, flácido, porém um pouco sensível à palpação profunda de flanco e fossa ilíaca direitos. Não foram notadas visceromegalias, nem ascite. O toque retal revelou-se sem alteração.

O exame neurológico era normal.

Exames Complementares

O hemograma, hemossedimentação, dosagem de proteínas totais e frações, mucoproteínas, proteína C reativa, parasitológico de fezes e dosagem qualitativa de gorduras nas fezes resultaram normais.

As reações sorológicas para Doença de Chagas (imunofluorescência e fixação do complemento) foram positivas.

No eletrocardiograma notou-se ritmo sinusal, porém com bloqueio de ramo direito e hemibloqueio anterior esquerdo.

O exame radiológico de tórax revelou área cardíaca normal e campos pleuro-pulmonares sem alterações.

Ao estudo radiológico contrastado de esôfago, estômago e duodeno notou-se diminuição da progressão da coluna baritada pelo esôfago, assim como a presença de ondas terciárias de contração esofágica. O estudo radiológico contrastado do intestino delgado demonstrou progressão rápida do contraste. Presença de floculação. As alças jejunais apresentavam aspecto normal. As alças ileais distais apresentavam grande dilatação (fig. 1).



Fig. 1 — Estudo radiológico contrastado do intestino delgado. Após 4 horas observa-se a região ileal dilatada.

O estudo radiológico contrastado do cólon revelou doença diverticular difusa dos cólons.

À colonoscopia notou-se diverticulose colônica predominantemente no ceco e cólon ascen-

dente, tendo-se colhido fragmentos de mucosa cecal cujo exame histopatológico revelou colite crônica inespecífica.

A cultura para BK mostrou-se negativa.

O tempo de esvaziamento gástrico com TC⁹⁹ foi normal.

À manometria do esôfago observou-se amplitude da pressão do esfíncter inferior do esôfago de 21 mmHg e aberturas completas à deglutição. No corpo esofágico notaram-se ondas sincrônicas e ausência ocasional de resposta contrátil à deglutição. Os referidos achados permitiram a conclusão de hipertonia de esfíncter inferior do esôfago e presença de ondas aperistálticas no corpo do esôfago.

Evolução

Em 18.07.86 apresentou quadro sub-oclusivo caracterizado por vômitos, distensão abdominal com peristaltismo visível, quadro diarréico concomitante. O paciente foi tratado clinicamente, com remissão completa dos sintomas. Nesta época foi repetido o estudo radiológico contrastado do intestino delgado que revelou grande dilatação segmentar ao nível do íleo terminal com lentidão do trânsito neste segmento.

Tendo-se estabelecido a suspeita diagnóstica de megaileo chagásico, o paciente foi submetido à laparotomia em 04.08.86 no Serviço de Cirurgia do Estômago e Intestino Delgado do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Já à abertura do peritônio parietal, observou-se a presença de alças ileais dilatadas e alguns linfonodos com caráter inflamatório no mesentério ileal, além de aderências frouxas entre o fígado e o peritônio adjacente.

Foi realizada ressecção segmentar, incluindo o íleo terminal, ceco e parte do cólon ascendente seguida de anastomose íleo-cólica término-terminal em plano único extramucoso.

O exame histológico de segmentos de íleo terminal e ceco revelou diminuição do número de células ganglionares nos plexos mioentéricos e miosite crônica intensa compatível com etiolo-

gia chagásica. Quanto aos linfonodos, notou-se apenas hiperplasia linfóide reacional de padrão misto.

O paciente evoluiu bem no pós-operatório, tendo alta hospitalar após nove dias.

COMENTÁRIOS

As enteromegalias podem decorrer de vários fatores etiopatogênicos^{8, 9, 10, 11, 12}. Na ausência de bloqueio mecânico da luz intestinal, as alterações fisiopatológicas podem ocorrer tanto ao nível da musculatura lisa^{4, 6, 8, 9, 10, 11, 14} como dos plexos mioentéricos^{1, 4, 6, 8, 10, 11, 14}.

Alterações isoladas ou conjuntamente, podem interferir na capacidade do intestino de se contrair e propulsionar adequadamente o seu conteúdo. A disfunção motora precede a dilatação^{6, 11}. As alterações neurais nesses pacientes podem ser decorrentes de neuropatias generalizadas¹⁰ ou da Doença de Chagas, na qual existe diminuição acentuada dos neurônios dos plexos mioentéricos^{1, 4, 6, 8, 11}.

As alterações motoras na Doença de Chagas têm sido descritas em vários segmentos do tubo digestivo, como esôfago^{6, 8, 11}, duodeno, jejuno^{5, 6, 7, 8, 9, 11, 13} e cólon^{5, 6, 11}. Do ponto de vista radiológico, FONSECA⁵, em 40 portadores de megae-sôfago chagásico, encontrou alterações funcionais no intestino delgado em 95% dos casos, sem que, contudo, fosse caracterizada ectasia.

Quanto à ectasia segmentar das alças ileais distais, não foram encontradas referências, tal como descrito no caso presente.

A menor frequência da dilatação de alças do intestino ileal em relação ao observado no esôfago e no cólon é, provavelmente, pelo menos em parte, devido ao seu conteúdo líquido e, talvez, pela menor participação esfínteriana neste segmento que nas junções esôfago-gástrico e ano-retal^{3, 5, 8, 11}. Em 250 autópsias de chagásicos crônicos, KÖBERLE detectou apenas um caso de megajejuno⁶, enquanto FONSECA relatou um caso de megajejuno analisando 200 pacientes com outras visceromegalias⁵.

O presente caso de megaileo chagásico teve como manifestação inicial dor abdominal, provaavelmente decorrente de discinesia com consequente quadro pseudo-obstrutivo funcional. É interessante observar o tempo relativamente curto de evolução, três anos, referido pelo paciente. Em geral as enteromegalias, o megaesófago em particular, se associam a história de longa duração^{6, 8, 11}.

A fisiopatologia das crises diarreicas que acompanharam os episódios dolorosos não foi esclarecida. É possível que diferentes mecanismos pudessem estar envolvidos, como modificação da flora intestinal e acompanhada de alteração no metabolismo de sais biliares, supercrescimento na flora jejunal⁷, ou dependessem de alterações funcionais do trânsito colônico.

As alterações manométricas esofágicas comprovadas no presente caso indicam que houve destruição parcial do plexo intramural ao nível daquele órgão, porém em intensidade insuficiente para determinar sintomatologia, fato que tem sido relatado na Doença de Chagas².

SUMMARY

Chagasic Megaileum. Case Report.

A patient with Chagas' Disease and megaileum is described. White, 41 years old, he presented a story of 3 years duration of crises of intestinal cramps, followed by abdominal distension and diarrhea. Between the crises, which became more intensive and more frequent, the patient did not present any complaint.

The diagnosis of megaileum was made by small bowel radiological study. At histology of a biopsy fragment obtained during laparotomy, the denervation of mienteric plexus was confirmed.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCANTARA, F. G. & COSTA, R. B. — Jejunopatia chagásica. *Rev. bras. Med.*, 23: 316-317, 1966.

2. BETTARELLO, A.; PINOTTI, H. W. & HABR GAMA, A. — Fisiopatologia da atividade motora do tubo digestivo em pacientes com doença de Chagas. In: RAIA, A. — **Manifestações digestivas da moléstia de Chagas**. São Paulo, Sarvier, 1983. p. 85-90.
3. CORRÊA NETTO, A. — Alterações cinéticas do tubo digestivo consequentes a lesões do seu sistema nervoso autônomo. In: ZERBINI, E. J. — **Clinica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto**. São Paulo, Sarvier, 1974. v.4. p. 218-221.
4. COSTA, R. B. & ALCANTARA, F. G. — Plexos submucoso e mioentérico do íleo humano na moléstia de Chagas. *Rev. bras. Med.*, 23: 399-400, 1966.
5. FONSECA, L. C. — Alguns aspectos clínico radiológicos do intestino delgado e do cólon na acalásia. *Arq. Hosp. S. Casa S. Paulo*, 1: 63-91, 1955.
6. KOBERLE, F. — Patología y anatomía patológica de la enfermedad de Chagas. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 51: 404-428, 1961.
7. MACHADO, W. M. — **Flora jejunal em pacientes com megaesófago chagásico**. São Paulo, 1986 (Tese de doutoramento — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
8. OKUMURA, M. & CORREA NETO, A. — Patogenia da doença de Chagas. *Rev. goiana Med.*, 28: 77-96, 1982.
9. RAIA, A.; ACQUARONI, D. & CORREA NETO, A. — Pathogenesis and treatment of acquired megaduodenum. *Amer. J. dig. Dis.*, 6: 757-771, 1961.
10. RAIA, A. & CORREA NETO, A. — Contribuição ao estudo da etiopatogenia do megaduodeno. *Rev. goiana Med.*, 7: 1-61, 1961.
11. REZENDE, J. M. — Manifestações digestivas da doença de Chagas. In: BRENER, Z. & ANDRADE, Z., ed. — **Trypanosoma cruzi e doença de Chagas**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979. p. 312-361.
12. SCHUFFLER, M. R.; ROHAMANN, C. A.; CHAFFEE, R. G.; BRAND, D. L.; DELANEX, J. N. & YOUNG, J. H. — Chronic intestinal pseudo obstruction: a report of 27 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*, 60: 173-196, 1981.
13. SILVA, A. L. & SANTOS, M. M. P. — Megaduodeno. *Rev. goiana Med.*, 23: 81-83, 1977.
14. ZANOTTO, A. & OKUMURA, M. — Alterações da motricidade do íleo isolado do camundongo chagásico. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 9: 98-106, 1967.

Recebido para publicação em 24/2/1988.