



DOENÇA DE CHAGAS COM DERRAME PERICÁRDIO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM ESTUDO DE CASO

ARIMATÉIA PORTELA DE AZEVEDO, FRANCISCO MAILON PEREIRA BARROSO, HERCULES MORAES DE MATTOS, DENILSON MORAES VIEIRA, YASMINE CASTRO ALMEIDA BRILHANTE, KÁTIA SUELLEN SILVA MACIEL, JESSICA CARVALHO SANTOS, CHRISTIANNI DI LORENZO, VALÉRIA SILVA DE MORAES, SUZETE GOMES FARIAS, SÂMARA VENTURADE SOUZA



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p554-562>

Artigo publicado em 04 de Fevereiro de 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Introdução: O parasita *Trypanosoma Cruzi* danifica o tecido cardíaco ao longo do tempo, levando a uma série de complicações. **Objetivo:** realizar um estudo de caso descrevendo sobre as manifestações da doença de **Chagas com derrame pericárdio em paciente pediátrico**. **Metodologia:** Tratou-se de um levantamento de informações secundárias existentes no prontuário eletrônico de um paciente pediátrico. **Estudo de caso:** Gênero masculino, 14 anos de idade, procedente de Maraã, Amazonas, deu início com quadro de febre, cefaleia, artralgia, calafrios, falta de apetite e êmese. Foram realizados testes rápidos para dengue e lâmina com gota espessa para malária com resultados negativos. No entanto, deu resultado positivo para *Trypanossoma Cruzi*. Paciente visitou o sítio da avó 1 semana antes do início dos sintomas. De imediato iniciou tratamento específico com Benznidazol 100mg. Também coletou exames, como sorologias e nova gota espessa para controle, Xenodiagnóstico, cultura para *T. Cruzi*, ECG para controle diário. Fez ecocardiograma que evidenciou anatomia cardíaca normal, mas com derrame pericárdico discreto (6mm). Sugerido furosemida 1mg/kg/dia e refazer todos os exames antes da alta. Paciente continuando emagrecido, hipocorado +/4+, mas hidratado, acianótico, anictérico, afebril, e eupneico. Refere mialgia em panturrilha esquerda. Em dias subsequentes segue assintomático com resultado de exames laboratoriais normais. Os resultados do *Holter*, ECO e ECG também dentro da normalidade. Recebe alta por melhora do quadro com retorno periódico para consulta ambulatorial. **Conclusão:** Manter condutas de diagnóstico precoce é essencial, mas o rastreamento e prevenção da doença de Chagas com orientação para que a população evite que o “barbeiro” forme colônias dentro das residências, por meio da utilização de inseticidas residuais por equipe técnica habilitada, pode salvar vidas no futuro.

Palavras-chave: Epidemiologia. Infectologia. Doença de Chagas. Apresentação de caso

CHAGAS DISEASE WITH PERICARDIAL EFFUSION IN A PEDIATRIC PATIENT: A CASE STUDY

ABSTRACT

Introduction: The parasite *Trypanosoma Cruzi* damages cardiac tissue over time, leading to a series of complications. **Objective:** to conduct a case study describing the manifestations of Chagas disease with pericardial effusion in a pediatric patient. **Methodology:** This was a survey of secondary information from the electronic medical record of a pediatric patient. **Case study:** A 14-year-old male from Maraã, Amazonas, began with fever, headache, arthralgia, chills, loss of appetite, and vomiting. Rapid tests for dengue fever and a thick smear for malaria were performed with negative results. However, the result was positive for *Trypanosoma Cruzi*. The patient visited his grandmother's farm 1 week before the onset of symptoms. He immediately began specific treatment with Benznidazole 100mg. He also collected tests, such as serology and a new thick smear for control, xenodiagnosis, culture for *T. Cruzi*, ECG for daily control. An echocardiogram was performed, which showed normal cardiac anatomy, but with discrete pericardial effusion (6 mm). Furosemide 1 mg/kg/day was suggested, and all tests were repeated before discharge. The patient continued to be thin, pale +/4+, but hydrated, acyanotic, anicteric, afebrile, and eupneic. He reported myalgia in the left calf. In subsequent days, he remained asymptomatic with normal laboratory test results. The Holter, ECHO, and ECG results were also normal. He was discharged due to improvement in his condition and would return for periodic outpatient consultations. **Conclusion:** Maintaining early diagnosis procedures is essential, but screening and prevention of Chagas disease with guidance for the population to prevent the “barber” from forming colonies inside homes, through the use of residual insecticides by a qualified technical team, can save lives in the future.

Keywords: Epidemiology. Infectology. Chagas disease. Case presentation

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A doença de Chagas (DC), também é conhecida popularmente por "doença do coração crescido e Tripanosomíase Americana" é causada pelo parasita protozoário *Trypanosoma cruzi*, que causa uma miocardite aguda e, posteriormente, uma miocardite crônica fibrosante, de baixa intensidade e incessante, que produz dano miocárdico progressivo e resulta tardiamente na cardiomiopatia crônica da doença de Chagas (CCDC)¹.

Algumas formas de transmissão são por via oral, pela ingestão de alimentos contaminados com os parasitas; da mãe para o filho ou de forma congênita; transplante de órgãos e até por acidentes laboratoriais, além disso, as formas de diagnóstico são o exame parasitário, sorológico e métodos indiretos como a hemocultura e o xenodiagnóstico².

Desde a sua descoberta em 1909 pelo médico Carlos Chagas, a doença foi identificada em outros países da América Latina. Ela está distribuída por todo o território nacional, sendo que as regiões norte e nordeste são as de maior concentração de infectados. Atualmente existem apenas dois fármacos usados no tratamento da doença de Chagas, nifurtimox e benzonidazol. Apesar de terem uma ótima taxa de cura na fase aguda da doença, a sua eficácia na fase crônica se torna menor e, somado a isso, há uma série de efeitos adversos causados durante o tratamento que faz com que o paciente descontinue o tratamento³.

Também, é importante salientar que as doenças negligenciadas têm como principais características o fato de se relacionarem com condições de pobreza e as opções terapêuticas seguras e eficazes são escassas. Neste grupo, a Doença de Chagas (DC) destaca-se como uma parasitose endêmica em países do continente americano⁴.

Ela, a doença de Chagas, é considerada uma das treze principais doenças tropicais negligenciadas que ainda hoje aflige muitos países da América Latina, incluindo o Brasil⁵.

A doença de Chagas, além de se encontrar disseminada no continente americano, com cerca de seis milhões de pessoas infectadas, atualmente está presente em diversas regiões do mundo em consequência da migração de pessoas com a doença⁶.

O ambiente natural vem se deteriorando em processos dinâmicos de cunho evolutivo e histórico. Neste pensar, décadas se passaram e as perdas e alterações desse patrimônio natural são visíveis se mostrando adoecido e danificado. O fruto dessa desordem tem muitos nomes chamados, mudanças ambientais, desmatamento, queimadas, poluição hídrica, alterações climáticas, desigualdades sociais, surgimento e ressurgimento de doenças. Entre estas podemos destacar a epidemiologia da doença de Chagas que desde sua descoberta por Carlos Chagas, essa enfermidade continua cada vez mais crescente e presente nos diferentes estados da Amazônia Brasileira⁷.

Nas últimas duas décadas, um novo perfil epidemiológico da doença de Chagas (DC) foi registrado na Amazônia brasileira, onde a transmissão oral foi indicada como responsável pelo aumento dos casos agudos. No estado do Amazonas, foram registrados cinco surtos da doença desde 2004. As manifestações cardíacas nesses casos podem ser caracterizadas por miocardite difusa, com alteração nos resultados eletrocardiograma (ECG) e ecocardiografia transtorácica (ETT)⁸.

Na Amazônia brasileira, as baixas taxas de prevalência de DC e de



morbimortalidade, apontou os últimos anos, a identificação de um número crescente de DC aguda e casos crônicos, ocorrentes por contaminação na forma vetorial, transfusões, vertical, oral e Acidental⁹.

Por fim, constatou-se, em tudo que se analisa de publicações, que é necessário implementar um serviço de controle epidemiológico eficaz para monitoramento da via de transmissão DC e de seus vetores, pois trata-se de um problema de saúde pública que pode estar ligada a determinantes sociais e culturais, sendo indicado a promoção de atividades educativas para a conscientização da comunidade a respeito desta enfermidade¹⁰.

Mediante o que foi referenciado acima enfatiza-se que o objetivo principal deste estudo foi realizar um estudo de caso descrevendo sobre as manifestações da doença de chagas com derrame pericárdio em paciente pediátrico.

METODOLOGIA

Tratou-se de um levantamento de informações secundárias existentes no prontuário eletrônico de um paciente pediátrico, oriundo do interior do estado do Amazonas, 10 anos de idades, gênero masculino, que deu entrada com diagnóstico de doença de Chagas e manifestação cardíaca aguda (derrame pericárdio). A pesquisa só teve início após a apreciação ética como determina a 466/12 e suas complementares. O local onde ocorreu o estudo é um hospital terciário, referência em doenças infectocontagiosas no Amazonas que tem suas ações voltadas ao diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, com características endêmicas, emergentes e ré emergentes na região.

ESTUDO DE CASO

Paciente pediátrico, acompanhado da mãe e da tia, procedente de Marã, com histórico de febre, mialgia, anorexia, cefaleia, calafrios, artralgia e dois episódios de vômitos, falta de apetite, cerca de doze dias sem evacuar, sendo tratado em casa com sintomáticos. Sintomas persistiram quando a mãe o levou a um posto de saúde de sua cidade quando foi prescrito apenas xarope (ambroxol) e liberado para casa. Sintomas continuaram persistindo outra vez a mãe o levou, agora, ao hospital da cidade onde foi internado por 6 dias com quadro de febre com origem inespecífica (suspeita de infecção do trato urinário-ITU). Iniciou antibióticoterapia com Ceftriaxone. Foram realizados testes rápidos para dengue e colhido gota espessa para malária com resultado positivo para malária em primeira amostra e, somente no segundo teste para revisão de lâminas foi constatado que se tratava de uma infecção por *Trypanossoma Cruzi* com isso negatividade para malária e dengue, sendo então encaminhado para o hospital de referência em infectologia para iniciar o tratamento da doença de Chagas.

Tem história neonatal de parto precipitado aos 7 meses devido a mãe ter caído da própria altura. Nasceu com 2,350kg, ficou internado junto a mãe por 1 semana em fototerapia (segundo informações colhidas da mãe).

O encaminhamento do hospital da cidade de origem informava uso de



ceftriaxona e sintomáticos prescritos por profissional médico do hospital do município. Motivo da vinda é a e o resultado positivo para Doença de Chagas ausência de especialistas infectologistas no município.

Paciente mora com os pais e a irmã em casa de alvenaria, com água encanada. Possuem gatos, cachorros e galinhas que têm acesso ao interior da casa. Visitou o sítio da avó 1 semana antes do início dos sintomas. Tem alergia a Benzetacil. Nega internações prévias e cirurgias.

Ao exame físico, regular estado geral, lúcido, orientado no tempo e espaço, anictérico, acianótico, hipocorado (++/4+), mas hidratado, febril. Couro cabeludo com cabelos normoimplantados e pavilhão auricular sem linfonodos palpáveis. Orofaringe e otoscopia sem alteração. Abdome plano, flácido, indolor a palpação com presença de ruídos hidroaéreo, sem viceromegalia, sem sinais de irritação meníngea, sem sinais flogísticos em região periorbitária, linfonodo axilar direito, móvel e <1cm, indolor. Extremidades sem edemas, pulsos periféricos palpáveis e simétricos.

Realizados exames complementares, a saber: outra gota espessa para malária o qual o resultado deu negativo, hemoglobina-HMG 10,94, hematócrito 32,16, leucócitos 5.757, segmentados 67,79% Linfócitos 21,1% plaquetas 236.100 TAP 16,9 em segundos, INR 1,33 FA 229 GGT 27 Glicose 98 K 4,67 NA 134 TGO 28 TGP 17 Ureia 26 Creatinina 0,3 Cloreto 107.

Em dia subsequente, paciente deitado no leito, acompanhado da mãe que relata febre contínua de 39 graus (especificamente no período da tarde e noite: entre às 14:00 e 22:00), sem outros sintomas, não está aceitando bem dieta oral ofertada, diurese preservada, sem evacuar.

Segundo o parecer da psicologia, ao fazer visita o encontrou acompanhado pela genitora, em uso de dispositivo eletrônico como estratégia de distração, vigil, lúcido, orientado auto e alopsiquicamente, comunicativo, com boa receptividade e interação durante abordagem psicológica. Pensamentos organizados, afeto consonante, humor eutímico com traços de ansiedade circunstancial associada aos procedimentos realizados (exames, AVP, avaliação clínica), no entanto, sem maiores repercussões psicológicas. Refere sono reparador. Genitora apresenta compreensão satisfatória quanto ao quadro clínico atual e programação médica em curso.

Já a descrição do parecer do infectologista, especialista em doença de Chaga, indica a seguinte conduta: manter a criança internada, iniciar tratamento específico com Benznidazol 100mg 12/12h por 60 dias após a coleta de exames (esse fármaco é considerada droga de primeira linha para o tratamento etiológico da doença de Chagas, por apresentar melhor tolerância e causar menos efeitos colaterais). Solicitado cultura, sorologia, ECG e gota espessa para controle. Insistir em gota espessa e Xenodiagnóstico, Sorologia, cultura para *T. Cruzi*, eletrocardiograma-ECG para controle diário.

O resultado do ecocardiograma evidenciou anatomia normal, mas com derrame pericárdico discreto (6mm). Sugerido furosemida 1mg/kg/dia de 8/8h e refazer esse exame antes da alta. Paciente continua emagrecido, hipocorado +/4+, mas hidratado, acianótico, anictérico, afebril, e eupneico.

Mãe já relata melhora da febre, com um episódio apenas no início da noite. Paciente refere mialgia em panturrilha esquerda com início hoje (cãimbras). Sem outros sintomas. Aceitando melhor dieta oral ofertada, diurese preservada e deambulando normalmente.



O cardiologista pediátrico, após parecer, sugeriu manter cuidados pediátricos, suspender diuréticos, alta da cardiologia. Um novo ecocardiograma foi realizado e o mesmo apresentou-se sem alterações pela ausência de derrame pericárdico. Realizado também exame de gota espessa com resultados negativos para malária e doença de Chagas.

Novamente a psicologia fez visita em beira-leito e constatou que o paciente estava vigil, lúcido, orientado auto e alopsiquicamente, comunicação lacônica, pensamento organizado, afeto embotado, humor disfórico, com ansiedade circunstancial associada a expectativa pela alta hospitalar, genitora refere episódio de êmese pela manhã.

Paciente segue assintomático, com resultado de exames laboratoriais normais (Sorologia negativa). Paciente com *Holter*, ECO e ECG dentro da normalidade. Recebe alta por melhora do quadro com retorno periódico a nível de ambulatório.

DISCUSSÕES

Os estudos sobre a doença de Chagas iniciaram-se no ano de 1909. Nessa época Carlos Chagas, foi designado para investigar a malária que afetava operadores do norte de Minas Gerais, e descobriu essa parasitose, que infectava grande parte da comunidade que ali habitava, Chagas verificou a existência de um novo protozoário, encontrado no tubo digestivo de insetos hemípteros, e o designou de *Trypanosoma cruzi*, em homenagem a seu amigo e colega de trabalho Oswaldo Cruz. Com o aumento do contato entre o homem e o vetor em áreas rurais, a doença se espalhou aos locais domésticos, por meio de animais sinantrópicos (SIMIONI, P U et al., 2019).

O Amazonas é o maior estado brasileiro com uma área de 1.570.745,680 km² e se constitui na nona maior subdivisão mundial, sendo maior que as áreas da Alemanha, França, Reino Unido e Japão somadas. Grande parte do estado é ocupado por reserva florística e pela água. Com uma geografia rica, diversa e dinâmica, o estado conta com a maior rede hidrográfica do país, clima tropical úmido, maior área de Floresta Amazônica preservada, regime de chuvas o ano todo, e ampla área de relevo fluvial, fator esse que favorece a navegação como meio de transporte e distribuição¹⁵.

O paciente participante do estudo é oriundo da cidade de Maraã, interior do estado do Amazonas. Localiza-se a noroeste de Manaus, capital do estado, distando desta cerca de 615 quilômetros. Sua população, estimada em mais de 18. 261 habitantes, sendo assim o quadragésimo quarto município mais populoso do estado do Amazonas e o mais populoso de sua microrregião.

Pessoas que vivem ou visitam áreas onde há a presença do vetor (barbeiro) correm mais riscos. Tais alados vivem próximos a fonte de alimento escondendo-se em ninhos de pássaros, tocas de animais, copas de palmeiras e casca de tronco de árvores. São insetos que quando adultos possuem asas e voam podendo eventualmente sair da mata e adentrar quintais e residências.

O Amazonas é o segundo estado com maior incidência da doença de Chagas no Brasil, atrás apenas do Pará e do Amapá. Segundo o Ministério da Saúde, em 2023, foram 11 e em 2024 foram 27 infecções pela doença. Até o ano de 2022 não se ouvia falar dessa doença nesse município¹¹.

A doença de Chagas ainda endêmica na região Norte e um problema latente no Amazonas e a melhor forma de quebrar a cadeia de contágio é a prevenção, que está



intimamente relacionada à forma de transmissão e uma das formas de controle é evitar que o vetor “barbeiro” forme colônias dentro das residências, por meio da utilização de inseticidas residuais por equipe técnica habilitada¹².

Na Amazônia a principal forma de transmissão da doença de Chagas aguda (DCA) tem sido a oral, responsável pelo aumento dos casos devido principalmente ao consumo de açaí. O açaí tem grande relevância na alimentação dos amazonenses, que consomem o equivalente a 10 litros da fruta/ano/pessoa, que também destaca que o fruto é o segundo produto mais importante da agricultura amazonense, depois da mandioca¹³.

O paciente deste estudo deu entrada com derrame pericárdio (so porque, ao picar o ser humano, o inseto transmite um microorganismo protozoário (Trypanosoma Cruzi), que ao entrar na corrente sanguínea, pode ir até as células do coração e gerar a doença cardíaca

CONCLUSÃO

Sabe-se que a doença de Chagas é mais comumente transmitida quando um barbeiro pica uma pessoa ou animal infectados (como cães, gatos, gambás, ratos e muitos outros animais) e depois pica outra pessoa. Quando os insetos (barbeiros) infectados picam, eles depositam fezes que contêm os protozoários. Eles vivem nas casas escondem-se nas frestas, buracos das paredes, nas camas, colchões e baús, além de serem encontrados em galinheiro, chiqueiro, paiol, curral e depósitos. A doença pode ser leve, causando inchaço e febre, ou pode durar muito tempo. Se não for tratada, pode causar insuficiência cardíaca congestiva. O paciente, participante deste estudo de caso, teve um atendimento relativamente rápido, considerando que morava em área rural de um dos municípios do Amazonas e que, após diagnóstico, foi transferido com urgência para o hospital de referência na capital do estado. O resultado do ecocardiograma do paciente evidenciou anatomia normal, mas com derrame pericárdico discreto (6mm). Cerca de 30% das pessoas com doença de Chagas crônica desenvolvem danos ao coração que podem levar à morte, como arritmia e insuficiência cardíaca. Sem tratamento específico para combater o problema, estes pacientes são medicados com drogas usadas para outras doenças do coração. Portanto, alerta-se que os cuidados com a conservação das casas, aplicação sistemática de inseticidas e utilização de telas em portas e janelas são algumas das medidas preventivas que devem ser adotadas, principalmente em ambientes rurais. A melhor forma de prevenção é o combate ao inseto transmissor

REFERÊNCIAS

1. SIMÕES, M V et al. Cardiomiopatia da doença de Chagas. International Journal of Cardiovascular Sciences, v. 31, p. 173-189, 2018.
<https://www.scielo.br/ijcs/a/X6TQyt7tnM7cQn5SLVTnYpz/?lang=pt>



2. DE SOUSA LIMA, R et al. Doença de Chagas: uma atualização bibliográfica. RBAC, v. 51, n. 2, p. 103-06, 2019. <https://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2019/10/RBAC-vol-51-2-2019-ref-727.pdf>
3. GALL, P O et al. Desenvolvimento de formulações buscando melhoria de solubilidade do benzonidazol: uma alternativa no tratamento da doença de Chagas. 2021. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/223286>
4. ALENCAR, M M F et al. Epidemiologia da Doença de Chagas aguda no Brasil de 2007 a 2018. Research, Society and Development, v. 9, n. 10, p. e8449109120-e8449109120, 2020. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9120/8278>
5. FERREIRA, AM et al. Doença de Chagas. 2021. Tese de Doutorado. <https://repositorio.unimontes.br/handle/1/594>
6. SOBRAL, DC et al. Manuseio Clínico da Doença de Chagas na Fase Aguda: O Desafio Continua no Século 21. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 112, p. 247-248, 2019. <https://www.scielo.br/j/abc/a/Ky5bmDpRtHmDmMLJxhs5Lbp/?lang=pt>
7. ASSIS, S N S et al. Contexto socioambiental e percepção da doença de Chagas no Alto Solimões, Amazonas. 2022. <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/8848>
8. ORTIZ, JV et al. Avaliação cardíaca na fase aguda da Doença de Chagas com evolução pós-tratamento em pacientes atendidos no Estado do Amazonas, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 112, p. 240-246, 2019. <https://www.scielo.br/j/abc/a/NtqVtS55Sw5RrcBpLvdnF8D/?lang=pt>
9. MENEZES, A L R et al. Panorama epidemiológico da tripanosomíase Americana no estado do Amazonas, no período de 2004 A 2014. South American Journal of Basic Education, Technical and Technological, v. 7, n. 1, p. 724-725, 2020. <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/3633>
10. MENEZES, A L R et al. Epidemiological overview of chagas disease in the state of Amazonas, from 2004 to 2014. Revista de epidemiologia e controle de infecção, v. 9, n. 2, p. 116-121, 2019. <https://www.redalyc.org/journal/5704/570464096004/570464096004.pdf>
11. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde e ambiente. Boletim Epidemiológico. Análise descritiva: um ano de implementação da notificação de



- doença de Chagas crônica no Brasil. Vol 55, 2024. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo>
12. LOPES, Natany Costa; PORTO, Yara Christie Moreira; ALVES, Joniomá Evangelista. Descrição do perfil epidemiológico da doença de chagas no Amazonas. RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, v. 5, n. 12, p. e5125980-e5125980, 2024. <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/5980/4092>
13. DE SOUSA, DRT et al. VI surto da doença de chagas aguda após consumo de açaí, registrado no estado do Amazonas: características clínicas e cardiológicas de pacientes com parasitemia evidente. <http://www.adaltech.com.br/anais/medtrop2018/resumos/PDF-eposter-trab-aceito-0372-2.pdf>
14. BRASIL. IBGE divulga estimativa da população dos municípios para 2020. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>
- SIMIONI, P U et al. Métodos de Prevenção e Tratamento para a Doença de Chagas. Ciência & Inovação, v. 4, n. 1, 2019. https://faculdadedeamericana.com.br/ojs/index.php/Ciencia_Inovacao/article/view/129/546