

DO EMPRÊGO DO ACTH NA MOLÉSTIA DE CHAGAS

Dra. DENAKÊ RODRIGUES PHILOCREON
Interna da 1.ª Cadeira de Clínica Médica —
Serviço do Prof. Adriano de Azevedo Pondé

Conhecida a ação favorável do hormônio adrenocorticotrópico da hipófise sobre o processo inflamatório, (1) e o seu efeito coibindo a proliferação do tecido mesenquimatoso, sugeriu-nos o Prof. Adriano Pondé observarmos o seu emprego na moléstia de Chagas, com esperança de colher algum resultado benéfico nesses casos. Acrescia ainda que se assinala a similaridade entre as lesões da cardiopatia chagásica e da reumática, esta última beneficiada com o emprego do ACTH (2). Roble Gil e Perrin (3), experimentando em cães portadores de cardiopatia chagásica experimental, verificaram que nos animais submetidos ao tratamento pelo ACTH, havia melhora evidente, apreciada pelo estudo clínico, electrocardiográfico e radiológico, comparados os resultados com os animais não submetidos a tratamento. Os estudos histopatológicos do coração demonstraram, nestes últimos, lesões mais intensas, posto em ambos os casos, isto é, animais tratados e não tratados, fossem encontrados focos de leishmanias.

Sendo a doença de Chagas largamente difundida em nosso meio, vimos, assim, uma possibilidade de tentativa para o combate a uma das grandes causas de mortalidade entre nós. Experimentamos o hormônio adrenocorticotrópico da hipófise em 2 casos de cardiopatia chagásica do nosso ambulatório, cujos resultados apresentamos aqui.

OBSERVAÇÃO — N.º 1. M. E. L. R. — 19 anos — Sexo feminino — Cor branca — Solteira — Estudante. — Natural de Jequié — Residência: Mangueira, 2 (Nazaré).

HISTÓRIA DA DOENÇA — A paciente veio ao nosso serviço em 19.9.1949 a conselho do Prof. Adriano Pondé por quem já havia sido examinada em 1946 tendo publicado a sua observação (4). Declara nada sentir, nada ter que se quiexar. Uma sua irmã informa-nos que há 10 anos a paciente foi acometida várias vêzes por ataques sincopais seguidos de crises convulsivas durante as quais ficava cianosada, tendo sido socorrida por um médico que afirmou serem êsses ataques decorrentes de “doença do coração”. Ainda nos informa que há 4 meses a paciente vem apresentando distúrbios nervosos e temperamento muito excitável (fala sosinha, etc.).

ANTECEDENTES PESSOAIS — Sempre residiu em casa de condições higiênicas regulares, em Rio Novo, Jequié e Ilhéus; diz não conhecer triatomídeos. Alimentação mixta. Menarca aos 17 anos; tipo menstrual: 5-6/15-28. Sarampo, parotidite infecciosa, paludismo.

ANTECEDENTES FAMILIARES — Pai vivo, portador de cardiopatia (sic). Genitôra e 7 irmãos vivos e aparentemente sadios. 2 irmãos falecidos (meningite e intestino).

EXAME FÍSICO — Leptosômica. Altura: 1m,60. Peso: 45,700. Mucosas coradas. Gânglios impalpáveis. Dentes mal conservados.

Aparelho respiratório — Nenhuma alteração. Capacidade vital: 1.800 cm³.

Aparelho circulatório — “Ictus cordis” no 6.º espaço intercostal esquerdo, para fóra da linha médio-clavicular. A escuta: sôpro sistólico suave nos fôcos da base e mitral, mais audível no fóco pulmonar. Bradcardia. Pulso radial: 45 batimentos por minuto. T. A.: 130 x 60.

Abdome — Nada que mereça referência.

EXAMES RADIOLÓGICOS — Radioscopia em 30-12-49: Campos pleuro-pulmonares com bôa transparência. Aumento discreto da área cardíaca às custas da câmara de descarga do ventrículo esquerdo. (Ass. Fernando Almeida).

ELECTROCARDIOGRAMA — (5-5-50) — Bloqueio aurículo-ventricular completo. Frequência auricular: 83 /minuto; frequência ventricular: 43 /minuto. $\text{AQRS} = +54^\circ$. (Ass. Dr. Alberto Pondé).

EXAMES DE LABORATÓRIO — *Fezes*: ovos de *T. trichiura*. *Urina*: nada revelou de anormal. *Reações sorológicas da lues*: Wasserman, Khan e Kline negativas. *R. de fixação de complemento para Chagas*: (em 15-12-49) — fortemente positiva (+ + + +) em todos os tubos (I. Oswaldo Cruz). *Hemograma*: hematimetria — 4.640.000 hem. /mm³; hemoglobina: 72%; hematócitos: 43%; volume globular: 93u3; hemoglobina globular média: 26 yy; concentração média de hemoglobina globular: 28%. Leucócitos — 6.100; eosinófilos: 3%; neutrófilos: 56% (neutrófilos segmentados: 56%); linfócitos: 35%; monócitos: 6%. *Eritrosedimentação*: (em 28-2-51) — 7mm em uma hora. *Fixação de complemento para Chagas* (em 21-2-51) — negativa.

EVOLUÇÃO DO CASO — O estado da paciente decorreu sem maiores alterações. Em 28-2-1951 internou-se no Hospital Português afim de submeter-se ao tratamento com ACTH. Nêsse dia realizou um electrocardiograma que revelou: Dissociação aurículo-ventricular completa. Frequência auricular: 75 / minuto; frequência ventricular: 41 / minuto. (Ass. Dr. Alberto Pondé). O pulso radial era de 46 por minuto. T. A. 110 x 60. Escuta do aparelho circulatório: períodos de bigeminismo. Sopro sistólico (++) no fóco mitral. "Ictus" impulsivo, no 5.º espaço intercostal esquerdo na linha médio-clavicular. Fígado e baço impalpáveis.

Foi iniciado o ACTH (Preparation Pi-921-71. E. R. Squibb & Sons)* na dose de 15 mg. de 6 em 6 horas, de 28-2-51 a 4-3-51, seguidos de 10 mg de 6 em 6 horas de 5 a 11-3-51. (Dose total: 405 mg.).

Os exames electrocardiográficos realizados durante e após o ACTH não revelaram qualquer alteração (9-3-51 —

* Nossos agradecimentos ao Dr. Caldeira Algodoal, que nos ofereceu as necessárias doses do medicamento para esta pesquisa.

19-3-51 — 26-3-51 e 30-4-51): Dissociação aurículo-ventricular completa. Frequência auricular: 71 / minuto; frequência ventricular: 41 / minuto. (Ass. Dr. Alberto Pondé). *Exame radiológico* (em 26-3-51) — (radiografia). Campos pleuro pulmonares com boa transparência. A imagem caérdio-vascular apresentava as seguintes dimensões: *coração* — área: 155 cm²; diâmetro transverso; 12,2 cm.; diâmetro longitudinal: 14 cm. *Pedículo* — diâmetro transverso: 4,4 cm. Para confronto desses dados com outro anteriores ao tratamento, apresentamos as medidas cardio-vasculares observadas pelo Prof. Adriano A. Pondé e colaboradores quando da publicação da observação desta paciente em 25-6-46.: *coração* — área: 89 cm²; diâmetro transverso: 11 cm; diâmetro longitudinal: 13 cm. *Pedículo* — diâmetro transverso: 5,5 cm.

OBSERVAÇÃO — N.º 2 F. M. — 48 anos — Sexo masculino — Pardo — Casado — Natural de Santo Amaro — Residente à rua dos Bandeirantes, 112 (Brotas).

HISTÓRIA DA DOENÇA — Doente desde agosto de 1949 quando teve a primeira crise de dispnéia e palpitações, num momento em que trabalhava, crise esta que se prolongou durante 15 dias obrigando-o à atitude ortopnéica. Não refere precordialgia. Procurou este Hospital, em setembro do mesmo ano, onde conseguiu melhorar com o tratamento instituído no ambulatório. Em maio de 1950, após alguns meses de ausência, voltou ao ambulatório por sentir-se pior (edema dos membros inferiores e abdome, dispnéia intensa); em junho de 1950 conseguiu internamento em nossa enfermaria.

ANTECEDENTES PESSOAIS — Residiu em Santo Amaro até os 18 anos, sendo aí picado por triatomídeos (borrachudos). Alimentação mixta. Tabagista habitual. Etilista moderado. Sarampo, varicela, paratidite infecciosa, artralguas sem caráter migratório e apirético; aos 18 anos, paludismo. Nega passado venéreo.

ANTECEDENTES FAMILIARES — Nada de interesse.

EXAME FÍSICO — Estênico. Altura: 1m,68. Peso. 63,800. Mucosas coradas. Turgidez das jugulares. Refluxo hepato-jugular presente.

Aparelho respiratório — Nenhuma alteração. Cap. vital: 2.000 cm³.

Aparelho circulatório — Pulsações visíveis no 2.º espaço intercostal esquerdo a 5 cm da linha médio-esternal "Ictus cordis" no 6.º espaço intercostal esquerdo a 13 cm da linha médio-esternal, de caráter impulsivo. À escuta, evidenciou-se: sôpro sistólico áspero no fóco mitral. Sôpro sistólico no fóco aórtico. Desdobramento das bulhas da base. Hiperfonese das bulhas (+++) nos demais focos. Frequência cardíaca: 60 minuto, ritmo irregular, com salvas de extra-sístoles.

Tensão arterial — B. D. 11 x 7,5 — B. E. 11 x 7,5
P. D. 17 x 10,5 — P. E. 17 x 11,5

Pressão venosa — 232 mm.

Velocidade circulatória Braço-língua: 46 "
Braço-pulmão: 8 "

Abdome — Limite superior da massicês hepática no 5.º espaço intercostal direito, ao nível da linha médio clavicular, onde mede a altura do órgão 19,5 cm. ultrapassando de 10 cm a reborda costal. Sua borda anterior dista 17 cm da base do apêndice xifóide; é de consistência aumentada (+++), doloroso à palpação. O baço não é palpável.

EXAMES RADIOLÓGICOS — (Radiografia em 22-4-50): Campos pleuro-pulmonares com boa transparência. Existe estáse baritada ao nível do esôfago às custas de dificuldade de passagem ao nível de cárdia. Megaesôfago em fase inicial. Medindo a sombra cárdio-vascular verificamos as seguintes dimensões: *coração* — área: 270 cm²; diâmetro transverso: 19,3 cm; diâmetro longitudinal: 19, 2 cm. *Pedículo* — diâmetro transverso: 7, 5 cm.

ELECTROCARDIOGRAMA — (em 10-9-49): Bloqueio de ramo direito do feixe de His. Alteração primária da onda

T. (Em 22-4-50): Não apresentou outras alterações. (Em 26-4-50): Bigeminismo por extrasístolia ventricular e bloqueio de ramo direito. (Ass. Dr. Alberto Pondé).

EXAMES DE LABORATÓRIO — *Fezes*: ovos de *Áscaris lumbricoides* e *T. trichiura* (++) , *Ancilóstoma duodenale* e *Schistosoma mansoni* (+++). *Urinas*: nada revelou de anormal. *Fixação de complemento para Chagas*: (-+++) em 0,2 e (++) em 0,1. *Xenodiagnóstico*: positivo após 20 dias. *R. sorológicas para lues*: Wasserman, Khan e Kline negativos. *Proteínas totais*: 6,5 gr %.

EVOLUÇÃO DO CASO — O paciente foi submetido à medicação diurética e cardiotônica, tendo alta bastante melhorado da sintomatologia acima referida. Ficou em tratamento semelhante, no ambulatório, voltando dentro de 5 meses os sinais de descompensação. Em 5-3-51, reinternou-se em nossa enfermaria, queixando-se de dispnéia de decúbito, palpitações, sensação de plenitude gástrica, edemas.

O exame do aparelho respiratório acusava à percussão, submassicês ao nível das bases pulmonares, principalmente à esquerda. Ausculta: diminuição do murmúrio respiratório, ao nível das bases pulmonares, principalmente à esquerda. Capacidade vital: 1.500 cm³.

Aparelho circulatório — “Ictus” no 7.^a espaço intercostal esquerdo a 17 cm da linha mediana para fora da linha médio clavicular, com extensão de 4,4 cm, impulsivo. Apresenta retrações ao nível do 6.^a espaço intercostal esquerdo a 12 cm da linha médio esternal. À escuta: sôpro sistólico nos focos mitral e tricúspide; ritmo bigemino; frequência: 64 / minuto. Pulso radial: 32 / minuto.

O fígado apresentava os mesmos limites e dimensões anteriores.

ELECTROCARDIOGRAMA — (em 12-3-51): Bloqueio AV do 1.^o grau (Pr = 0, 28 de duração). Estrassístoles ventriculares multifocais, que se apresentam bigeminadas em várias derivações. Frequência: 62 / minuto.

EXAMES DE LABORATÓRIO — Eritrosedimentação: 20 mm em uma hora. *Urina:* densidade 1007; ausência de proteína e substâncias redutoras, urobilina (+,+); reação ácida. Sedimento: bactérias; alguns leucócitos mal conservados; raras células de epitélio da bexiga e vias urinárias inferiores; raros cilindros hialino-granulosos. *Cloro plasmático e globular:* sangue total: 284 mg %; Plasma: 355mm %; glóbulos: 190 mg%. *Contagem de eosinófilos:* 695 mm³. *Leucograma:* leucócitos variaram de 4.200 a 5.100; neutrófilos (segmentados): 43,5 a 47%. eosinófilos: 18,5 a 21 %; linfócitos típicos: 32,5 a 24,5 %; monócitos: 5,5 a 7,5 %; *Eritrograma:* eritrócitos: 4.660.00 / mm³; hemoglobina: 68%; hematócrito: 43 %; volume globular médio: 93 u3; hemoglobina globular média: 25 yy; concentração média de hemoglobina globular: 26 %.

Iniciamos o tratamento com ACTH (Preparation Pi. 921-71. E. R. Squibb & Sons) na dose de 25 mg de 6 em 6 horas de 13 a 15-3-51, seguidos de 15 mg de 6 em 6 horas de 16 a 20-3-51., finalizando com duas doses de 10 mg no dia 21-3-51. (Dose total: 535 mg).

O paciente não apresentou alterações no seu estado durante o uso do ACTH; continuava com dispnéia e palpitações, acrescidos de sensação de mal estar no coração (sic) quando tomava êste medicamento. Ao tomar as últimas doses do ACTH apresentava peora da dispnéia e edema dos membros inferiores e abdome; seu peso ao iniciar o ACTH era de 58,800, tendo atingido 61,200 ao fim dêste tratamento.

Os exames realizados durante e após o ACTH foram os seguintes e apresentaram os seguintes resultados:

ELECTROCARDIOGRAMA — Durante e após o tratamento (19-3-51 e 27-3-51), não revelaram qualquer alteração: Bloqueio AV do 1.º grau; bloqueio completo de ramo direito. Extrasístoles ventriculares bigeminadas, multifocais. (Ass. Dr. Alberto Pondé).

EXAME RADIOLÓGICO — (teleradiografia em 4-4-51): observamos as seguintes dimensões: *coração* — área: 280 cm²; diâmetro transverso: 19 cms; diâmetro longitudinal: 19 cm. *Pedículos* diâmetro transverso: 7,5 cm.

EXAMES DE LABORATÓRIO — *Fixação de complemento e xenodiagnóstico para Chagas*: ambos com resultados positivos. *Eritrosedimentação*: 60 mm em uma hora. *Cloro plasmático e globular*: sangue total — 300 mg %; plasma: 352 mg %; glóbulos: 221 mg %. Contagem de eosinófilos: 653 / mm³. *Leucogramas* leucócitos: 5.400; neutrófilos (segmentados): 45 %; eosinófilos: 19 %; linfócitos típicos: 28 %; monócitos: 8%.

CONCLUSÕES

Apresentamos 2 casos de cardiopatia chagásica tratados com hormônio adrenocorticotrópico da hipófise, na tentativa de obter algum efeito satisfatório na moléstia de Chagas.

Foram aplicados 405 mg no caso N.º 1 e 535 mg no caso N. 2, sem que lográssemos encontrar qualquer alteração ou melhora, quer clínica, quer semiótica.

Os traçados electrocardiográficos em ambos os casos, realizados durante e após o ACTH, não apresentaram outras modificações além das já registadas nos traçados anteriores à terapia.

No caso N.º 2, o exame radiológico revelou não ter havido redução da área cardíaca, a qual pode ser considerada inalterada, não levando em conta, assim, seu discreto aumento, em virtude da margem de erro do método.

Quanto ao xenodiagnóstico e reação de fixação de complemento realizados após o ACTH, ambos permaneceram positivos no caso N.º 2.

Do ponto de vista clínico também não evidenciamos nenhuma melhora nesses pacientes, quer nos dados subjetivos, quer nos objetivos. Os achados auscultatórios permane-

ram inalterados, e no caso N.º 2 persistiram os sinais de insuficiência cardíaca preexistentes.

Do exposto, concluímos ter sido ineficaz o hormônio adrenocorticotrópico da hipófise nos casos de cardiopatia chagásica por nós observados.

AGRADECIMENTOS

Consignamos nossos agradecimentos ao Prof. Adriano de Azevedo Pondé pela orientação e revisão crítica do presente trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — MASSEL, B. F. & WARREN, J. E.: The effect of pituitary adrenocorticotropic hormone (ACTH) on rheumatic fever and rheumatic carditis, J. A. M. A., 144:1335, 1950.
- 2) WILSON, M. G.; & HELPER, H. N.: Effect ou pituitary adrenocorticotropic hormone (ACTH) in acute rheumatic carditis, J. A. M. A., 145:133, 1951.
- 3) GIL, J. R. & PERRÍN, M.: Nota preliminar del estudio experimental sobre la acción de la hormona adrenocorticotrófica de la hipófisis en la enfermedad de Chagas, Arch. Int. Card. Mexico, 20:314, 1950.
- 4) PONDÉ, A. A.: A doença de Chagas na Bahia, Arq. da Universidade da Bahia, 56, 1946.

DESCRIÇÃO DAS FIGURAS

Fôlha I

Fig. 1 — INTERPRETAÇÃO: Bloqueio aurículo-ventricular completo. Frequência auricular = 83 por minuto. Frequência ventricular = 43 por minuto. AQRS = + 45°.

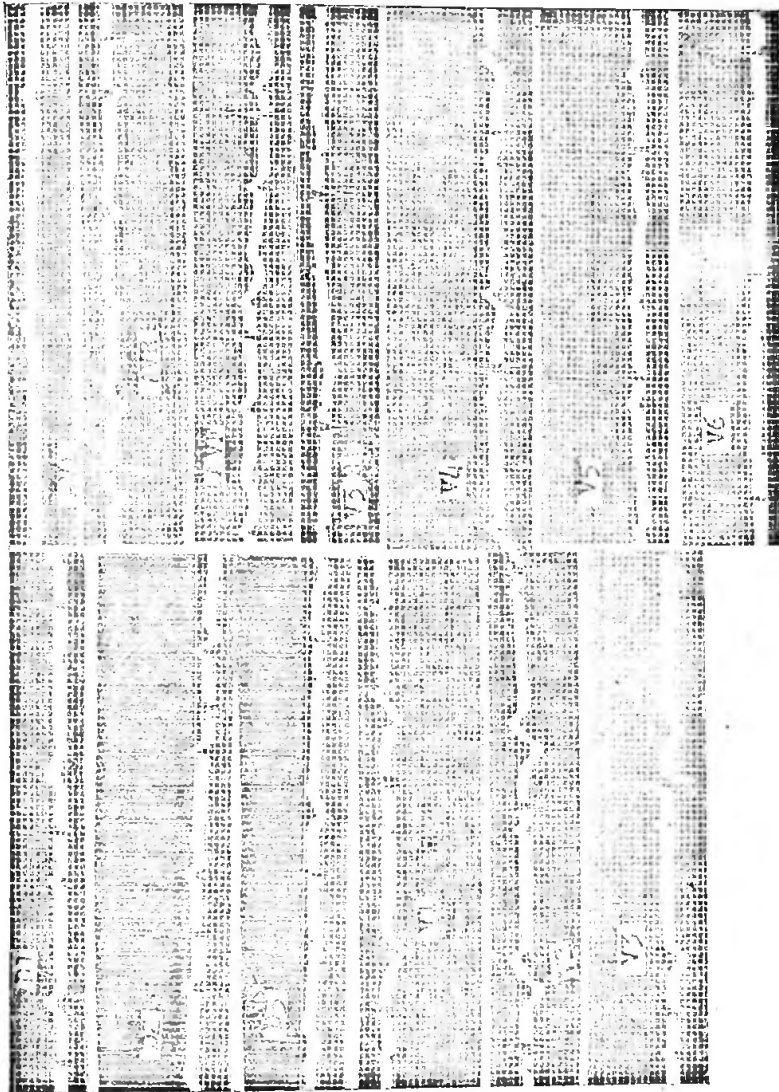


Fig. 1

Fólia II

Fig. 2 — Dissociação aurículo-ventricular completa. Frequência auricular = 75 por minuto. Frequência ventricular = 41 por minuto.

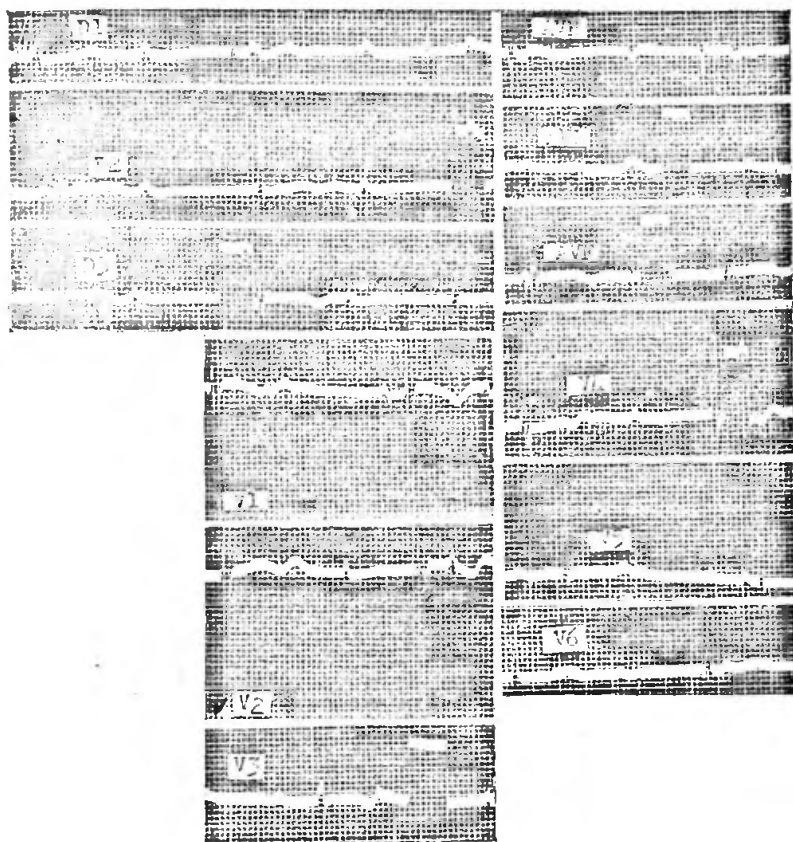


Fig. 2

Fôlha III

Fig. 3 — Dissociação aurículo-ventricular completa. Frequência auricular = 83 por minuto. Frequência ventricular = 41 por minuto.

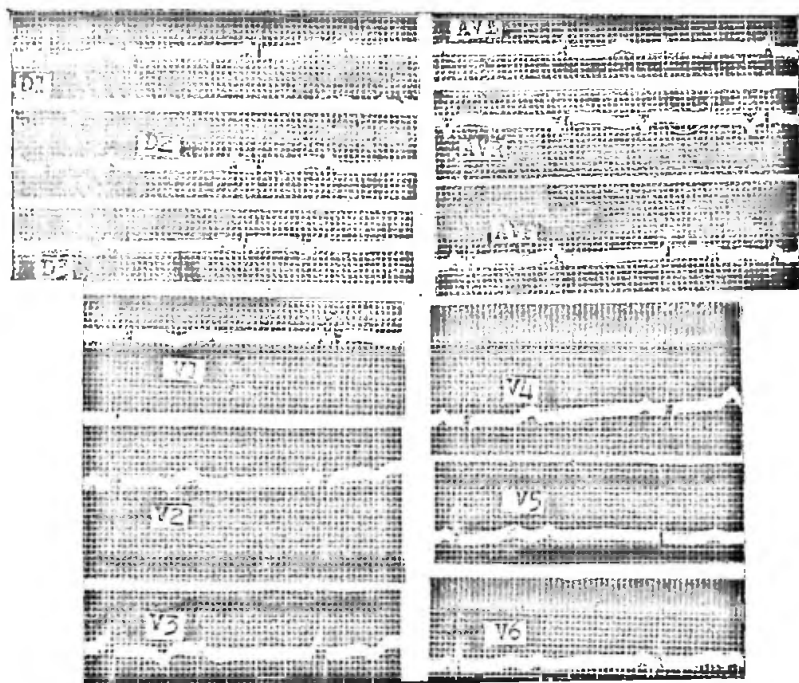


Fig. 3

Fôlha IV

Fig. 4 — Bloqueio aurículo-ventricular completo. Frequência auricular = 80 por minuto. Frequência ventricular = 42 por minuto.

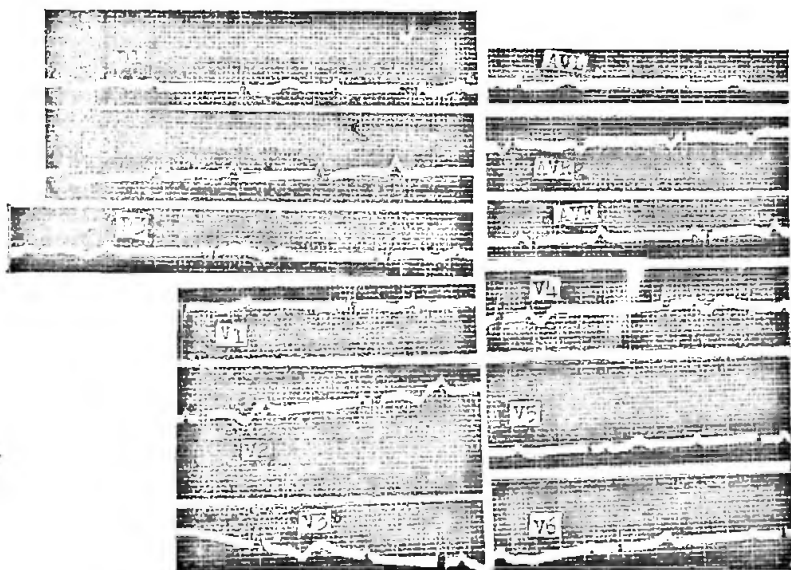


Fig. 4

Fôlha V

Fig. 5 — Bloqueio auriculo-ventricular completa. Frequência auricular = 75 por minuto. Frequência ventricular = 42 por minuto.

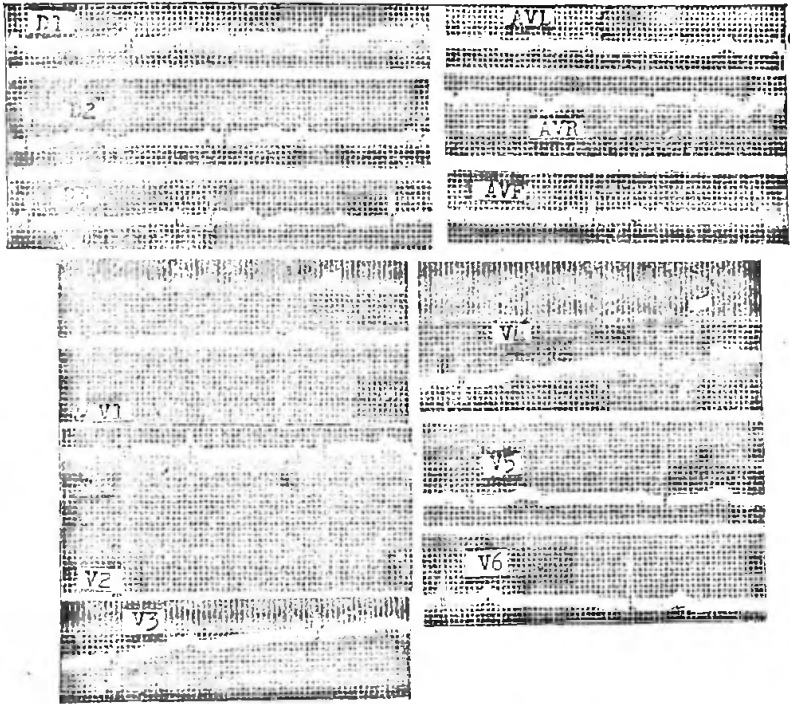


Fig. 5

Fôlha VI

Fig. 6 — INTERPRETAÇÃO: Dissociação aurículo-ventricular completa. Frequência auricular = 71 por minuto. Frequência ventricular = 41 por minuto.

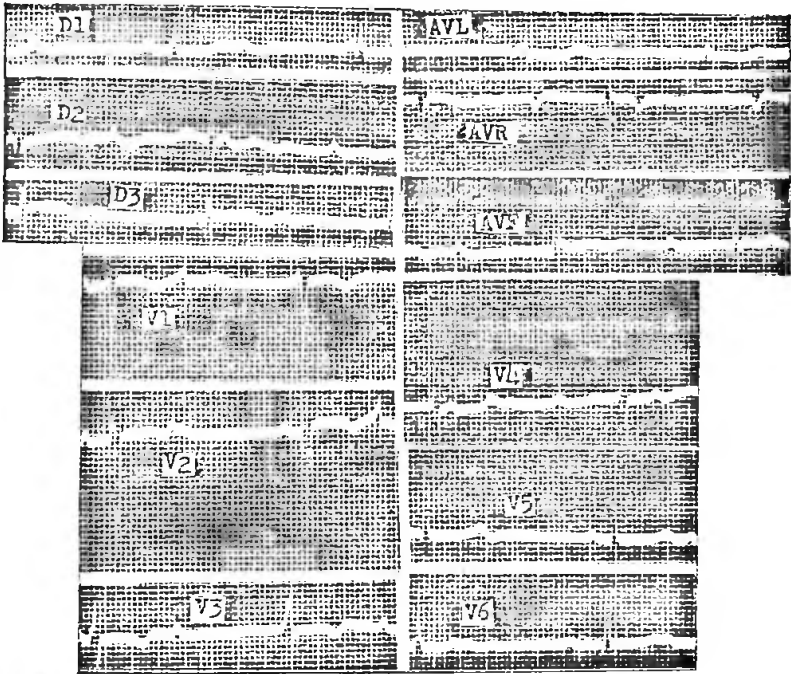


Fig. 6

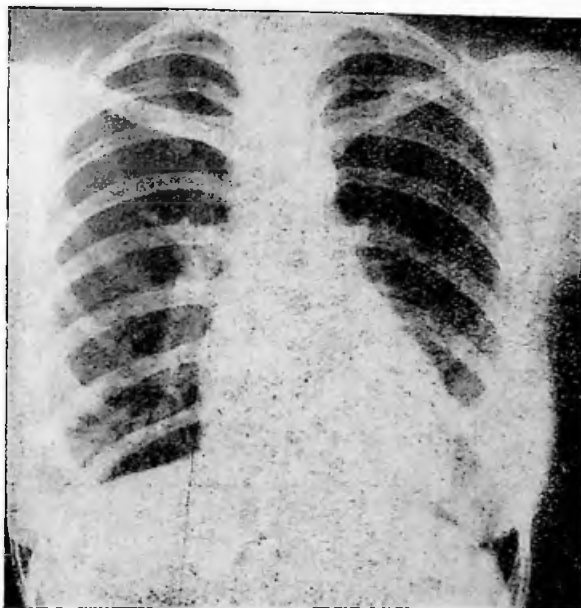


Fig. 7



Fig. 8

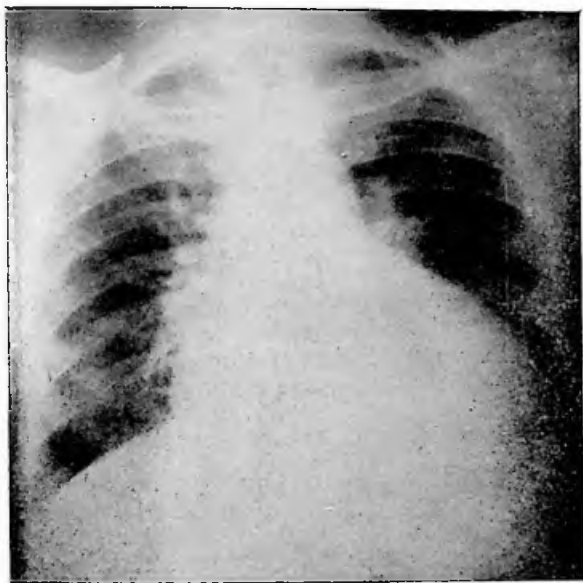


Fig. 9

Fôlha X

Fig. 10 — INTERPRETAÇÃO: Bloqueio aurículo-ventricular do 1.º grau (PR = 0,24 seg.) Bloqueio do ramo direito (completo). Extrasístoles ventriculares bigeminadas, multifocais. Frequência = 68 batimentos por minuto.

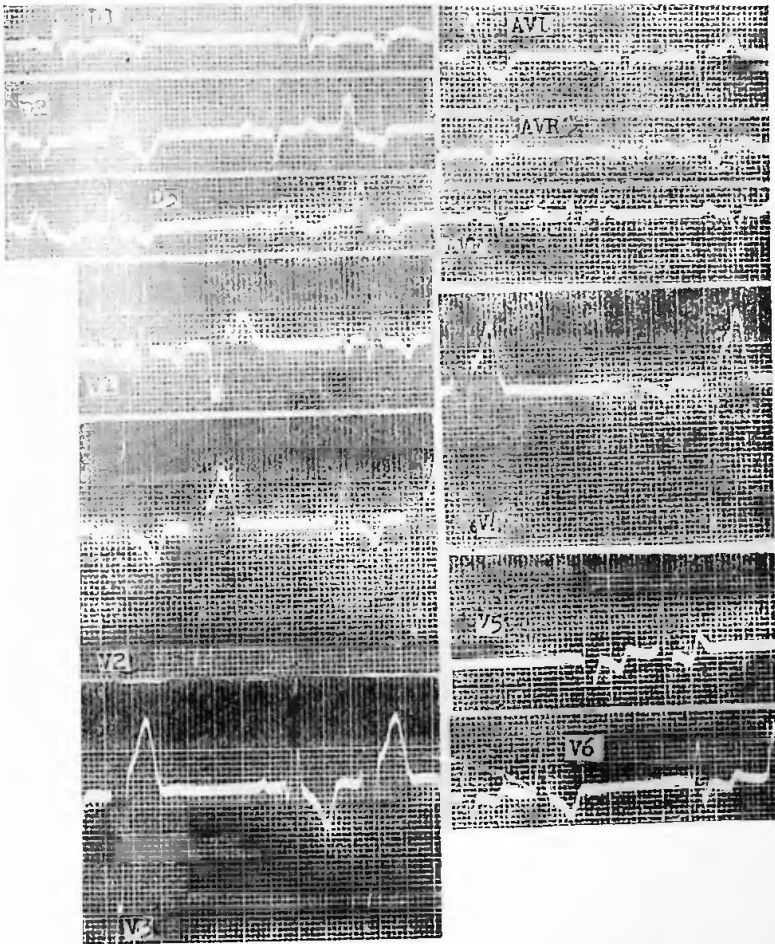


Fig. 10

Fôlha XI

Fig. 11 — INTERPRETAÇÃO: Bloqueio aurículo-ventricular do 1.º grau (PR = 0"26 de duração). Bloqueio do ramo direito (completo). Extrasístoles ventriculares bigeminadas. Frequência = 71 batimentos por minuto.

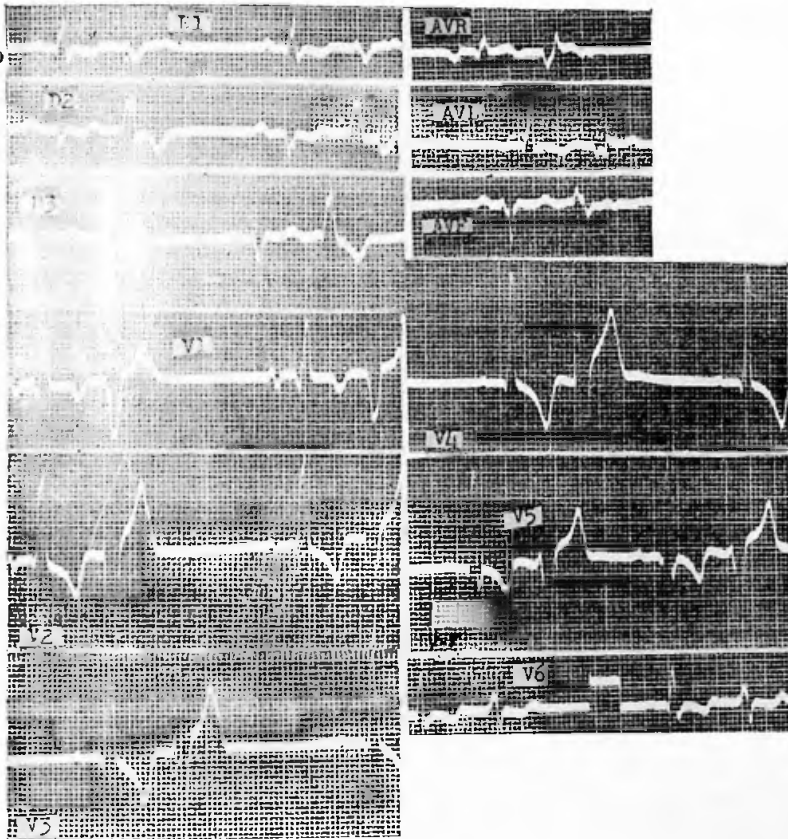


Fig. 11

Fôlha XII

Fig. 12 — INTERPRETÇÃO: Bloqueio do ramo direito (completo). Bloqueio aurículo-ventricular do 1.º grau (PR = 0'28 de duração). Extrassístoles ventriculares multifocais, que se apresem bigeminadas em várias derivações. Frequência = 62 batimentos por minuto.

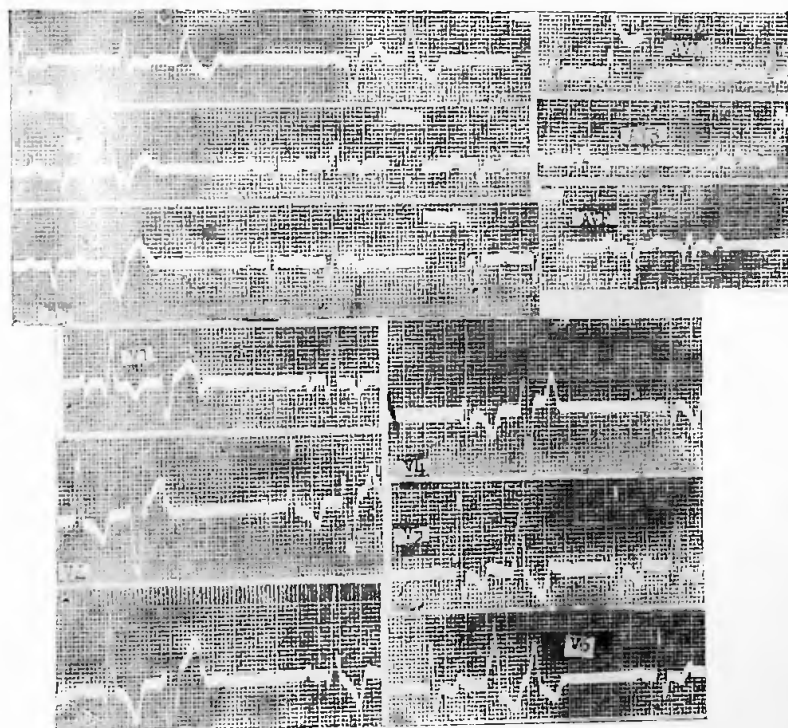


Fig. 12

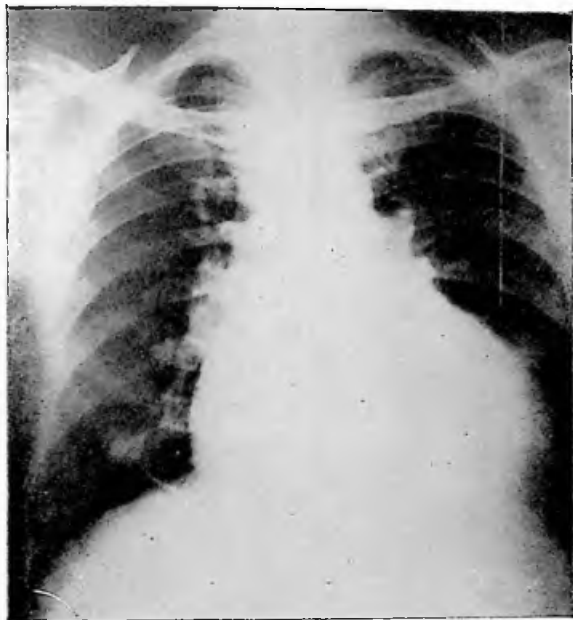


Fig 13