

Consenso do Comitê de Eletrofisiologia da "USCAS" Sobre o Tratamento das Arritmias Ventriculares na doença de Chagas

Ivan Mendoza, Alberto Guiniger, Emilio Kushnir, Eduardo Sosa, Victor Velazco, Juan Marques, João Pimenta, Frederico Moleiro, Harold Sgammini

Caracas (Venezuela), Buenos Aires (Argentina), São Paulo (Brasil), Bogotá (Colômbia)

A doença de Chagas é uma enfermidade parasitária, endêmica no trópico latino-americano, produzida pelo *Trypanozoma cruzi*, e transmitida ao homem pelos insetos hemípteros (reduvídeos) hematófagos. A sua forma clínica mais freqüente é a miocardite chagásica crônica^{1,2}, que cursa, na maioria dos casos, com transtornos da contratilidade, da condução atrioventricular ou intraventricular e arritmias ventriculares, constituindo causa freqüente de invalidez e morte súbita na América Latina³⁻⁵ onde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, mais de 20 milhões de habitantes já estão infectados com o *Trypanozoma cruzi* e, conseqüentemente, em risco de ter contraído a doença².

A forma de morte mais freqüente, em quaisquer das etapas da doença, é a morte súbita, sendo os principais mecanismos, os transtornos severos de ritmo, condução e acidentes tromboembólicos. A alta incidência de transtornos do ritmo e da condução do impulso cardíaco constitui um difícil problema terapêutico pela coexistência de múltiplas anomalias^{1,5-7,11-18} tais como: a) transtornos de condução intraventricular e atrioventricular; b) disfunção do nó sinusal; c) fibrose e inflamação difusa que podem se manifestar por ondas Q anormais; d) transtornos primários e secundários da repolarização ventricular; e) alta freqüência de arritmias ventriculares, particularmente multiformes e em salvas; f) lesões de plexos nervosos no coração que levam a disfunção autonômica; g) disfunção ventricular que pode levar à insuficiência cardíaca; h) disfunção endotelial e vasoconstricção coronária. Em tais circunstâncias, o tratamento das arritmias é difícil. Já em estudos anteriores tem-se sugerido uma menor eficácia de drogas antiarrítmicas convencionais e uma maior incidência de efeitos tóxicos das mesmas^{5,14,15}. Assim, a miocardite chagásica crônica com arritmias ventriculares malignas, tem sido apontada como modelo usado na investigação da eficácia de uma droga antiarrítmica^{5,16,19}. Por estas razões, o tratamento antiarrítmico e a droga de escolha representam pontos críticos de decisão. No entanto, atualmente utilizam-se esquemas não desenvolvidos para a doença de Chagas, mas, simplesmente,

extrapolados do tratamento da cardiopatia isquêmica e das miocardiopatias dilatadas²⁰.

Este Consenso não pretende ser um dogma sobre as condutas terapêuticas a seguir no manejo das arritmias da doença de Chagas, mas, somente, divulgar a opinião de um grupo de especialistas latino-americanos no manejo dessas arritmias. O grupo reconhece que existem vários pontos que podem ser controversos e que representam, somente, uma sugestão. Também estão conscientes sobre a completa falta de informação sobre implicações prognósticas das arritmias ventriculares na doença de Chagas e sobre as possíveis modificações advindas do tratamento.

Este documento apresenta a opinião atual de um grupo de trabalho convocado pelo Comitê de Eletrofisiologia e Arritmias da USCAS (União de Sociedades de Cardiologia da América do Sul). Reconhece-se que a decisão final do tratamento é de responsabilidade do médico que cuida do doente. Entretanto, não deverão ser excluídas outras alternativas para o tratamento individual. Finalmente é importante destacar que esta proposta requer revisão periódica para manter sua atualização.

Classificação das Arritmias Ventriculares

Para fins práticos, as arritmias ventriculares devem ser divididas em isoladas e repetitivas e, estas, subdivididas em não-sustentadas e sustentadas.

Arritmia ventricular isolada ou **não-repetitiva** corresponde à arritmia ventricular unifocal ou multifocal, não ocorrendo em salvas, independentemente da freqüência com que se apresenta.

Arritmia ventricular repetitiva é aquela que se manifesta em forma de salva de dois ou mais batimentos ventriculares sucessivos.

Arritmia ventricular repetitiva não-sustentada quando se apresenta com salva de dois ou mais batimentos ventriculares prematuros sem chegar a 30s de duração.

Arritmia ventricular repetitiva sustentada tem duração de mais de 30s ou que mereça o uso de cardioversão elétrica ou drogas para terminá-la.

Classificação dos Sintomas

De acordo com os sintomas, os pacientes serão classificados como assintomáticos, com sintomas meno-

res e com sintomas maiores.

Assintomáticos: pacientes sem sintomas

Sintomas menores: aqueles que não impedem o trabalho diário do paciente e não se acompanham de comprometimento hemodinâmico.

Sintomas maiores: aqueles que impedem o trabalho diário do paciente ou acompanham-se de comprometimento hemodinâmico.

Baseados nestas características, junto com a sua função ventricular (FV), os diferentes doentes agrupam-se nos diferentes subgrupos.

1. Arritmia Ventricular Isolada

1.A - Assintomático/Sintomas Menores com FV

Normal: Eliminar fatores potencialmente arritmogênicos tais como álcool, alterações hidro-eletrolíticas, consumo de drogas, estimulantes simpáticos, fumo, etc. Devem ter observação periódica.

1.B - Assintomático/Sintomas Menores com FV

Anormal: Eliminar fatores potencialmente arritmogênicos já mencionados. Tratamento da insuficiência cardíaca, incluindo o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina. Observação periódica.

1.C - Sintomas Maiores com FV Normal ou Anor-

mal: Eliminar fatores potencialmente arritmogênicos. Tratamento da insuficiência cardíaca no caso de FV anormal. Descartar outras causas que possam explicar a sintomatologia, já que dificilmente uma arritmia ventricular isolada é suficiente para provocar alteração hemodinâmica. Realizar estudos complementares como prova de esforço, Holter seriado para descartar a coexistência de arritmia ventricular repetitiva. Analisar a possibilidade de avaliação neurológica. Pode-se utilizar a amiodarona, em doses baixas, em doentes com fração de ejeção baixa, ou β -bloqueadores ou amiodarona, em pacientes com fração de ejeção normal.

2. Arritmia Ventricular Repetitiva Não-sustentada

2.A - Assintomático/Sintomas Menores com FV

Normal: Eliminar fatores potencialmente arritmogênicos. Observação periódica.

2.B - Assintomático/Sintomas Menores com FV

Anormal: Eliminar fatores potencialmente arritmogênicos. Tratamento ótimo da insuficiência cardíaca. Observação periódica.

2.C - Sintomas Maiores com FV Normal: Eliminar

fatores potencialmente arritmogênicos. O ideal seria realizar estudo eletrofisiológico e decidir o tratamento, de acordo com a resposta à medicação durante o estudo. Em caso de não se dispor de infra-estrutura adequada, iniciar tratamento empírico com amiodarona enquanto se realiza o estudo.

2.D - Sintomas Maiores com FV Anormal: Eliminar

fatores potencialmente arritmogênicos. Tratamento da insuficiência cardíaca. O ideal seria realizar estudo eletrofisiológico e decidir o tratamento de acordo com a resposta à medicação durante o estudo. Em caso de não se dispor de infra-estrutura adequada, iniciar tratamento empírico com amiodarona enquanto se realiza o estudo.

3. Arritmia Ventricular Repetitiva Sustentada

Eliminar fatores potencialmente arritmogênicos. Tratamento da insuficiência cardíaca em caso de fração de ejeção anormal. Independentemente da sintomatologia, realizar, em todos os casos, estudo eletrofisiológico e decidir tratamento de acordo com a resposta antiarrítmica durante o estudo. Em casos de não se dispor de infra-estrutura adequada, iniciar tratamento empírico com amiodarona enquanto se realiza o estudo. Quando indicado, deverá se considerar o tratamento cirúrgico (ex.: cirurgia do aneurisma).

O desfibrilador-cardioversor implantável tem demonstrado alta eficácia no tratamento de doentes com taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular. Lamentavelmente, os pacientes com doença de Chagas são, na sua maioria, de nível sócio-econômico baixo e os sistemas de saúde da América Latina não dispõem de condições para cobrir o custo desses dispositivos, por falta de recursos ou por um péssimo modelo administrativo. O custo de colocação nos Estados Unidos para o ano de 1992, foi aproximadamente de US\$ 25.000 a US\$ 53.000²¹.

O valor preditivo do estudo eletrofisiológico na doença de Chagas não está definitivamente estabelecido²², embora esteja demonstrado sua utilidade em doentes com síncope de causa desconhecida e cardiopatia isquêmica com história de taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular.

Referências

1. Chagas C - Nova entidade mórbida do homem: resumo geral dos estudos etiológicos e clínicos. Mem Inst Oswaldo Cruz, 1911; 3: 219-50.
2. World Health Organization. Chagas' disease. Sixth Report of Scientific Working Group on Chagas' Disease. 1982.
3. Rosenbaum M - Chagasic myocardopathy. Prog Cardiovasc Dis, 1964; 7: 199-225.
4. Anselmi A, Moleiro F, Mendoza I - Cuadro clínico de la enfermedad miocárdica de Chagas. Diagnóstico diferencial con la miocardiopatía dilatada o congestiva. Rev Latina de Cardiología, 1982; 3: 97-104.
5. Mendoza I, Camardo J, Moleiro F et al - Sustained ventricular tachycardia in chronic chagasic myocarditis: Electrophysiologic and pharmacologic characteristics. Am J Cardiol, 1986; 57: 423-7.
6. Evequoz C, Sgammini H, Kuschner E, Chuit R - Alteraciones del ritmo cardíaco en la miocardiopatía chagásica crónica grupos I y II. Estudio con monitoreo ambulatorio de 24 horas. Revista FAC, 1985; 13: 133-44.
7. Sgammini H, Kuschner R, Evequoz C, Nota C, Vera T - Caracterización de arritmias ventriculares en cardiopatía chagásica crónica con Holter. Libro de Abstracts. XII Congreso Interamericano de Cardiología. Canadá, 1985.
8. Espinoza R, Carrasco H, Blandria E et al - Life expectancy analysis in patients with Chagas' disease: Prognosis after one decade. Int J Cardiol, 1986; 8: 45-6.
9. Mendoza I - Muerte súbita y enfermedad de Chagas. Rev Fed Argentina Cardiología, 1988; 17: 222-3.

10. Bayés-de-Luna A, Coumel P - Leclerq J - Ambulatory sudden cardiac death: Mechanisms of production of fatal arrhythmia on data of 157 cases. *Am Heart J*, 1989; 117: 151-9.
11. Moleiro F, Mendoza U - 15 years prospective study in chronic cardiomyopathy. *Circulation*, 1978; 58: 113-A.
12. Acquatella H, Shiller N, Puigbó J et al - M-mode and 2-D echocardiography in Chagas' disease. *Circulation*, 1980; 62: 787-99.
13. Amorin D, Olsen E - Assessment of heart neurons in dilated (congestive) cardiomyopathy. *Br Heart J*, 1982; 47: 11-18.
14. Carrasco H, Palacios E, Mendoza E et al - Aspectos de la enfermedad de Chagas: Diagnóstico de daño miocárdico. *Interciencia*, 1983; 8: 342-52.
15. Andrade Z, Lopez E, Prata S - Alterações do sistema de condução em chagásicos acometidos de morte repentina. *Arq Bras Cardiol*, 1987; 48: 5-9.
16. Marín Neto J, Marzullo P, Marcassa C et al - Myocardial perfusion abnormalities in chronic Chagas' disease as detected by thallium-201 scintigraphy. *Am J Cardiol*, 1992; 69: 780-4.
18. Pereira Barretto AC, Mady C, Sosa E et al - Ventricular arrhythmia and ventricular function in Chagas' disease. *Eur Heart J*, 1992; 13: 389.
17. Pimenta J, Miranda M, Pereira CB - Electrophysiologic findings in long-term asymptomatic chagasic individuals. *Am Heart J*, 1983; 106: 374-80.
19. Mendoza I, Moleiro F, Posse R et al - Validez de un protocolo de estudio para el tratamiento de las arritmias ventriculares en la miocarditis crónica chagásica. Utilidad de la mexiletina. *Rev Latina Cardiol*, 1982; 3: 505-11.
20. Chiale P, Halpern S, Nou G et al - Efficacy of amiodarone long-term treatment of malignant ventricular arrhythmia in patients with chronic chagasic myocarditis. *Am Heart J*, 1984; 107: 656-65.
21. Saksena S, Camm A - Implantable defibrillators for prevention of sudden death. *Circulation*, 1992; 85: 2316-21.
22. Mendoza I, Marques J, Moleiro F - Como tratan los expertos las arritmias ventriculares en la enfermedad de Chagas. *Avances Cardiológicos*, 1990; 10: 14.