

## A CONJUNTIVITE TRIPANOSOMÓICA OU CHAGÁSICA

Romeu Beltrão — S. Maria — Est. Rio Grande do Sul

---

Faz parte do quadro sintomatológico da moléstia de Chagas, ou tripanosomíase americana, um sintoma do mais alto valor diagnóstico e que bem de perto interessa aos oftalmologistas: é o denominado  **sinal do olho**.

Consiste êle num edema bpalpebral unilateral, de intensidade variavel até a oclusão completa do olho, indolor, duro, não depressivel, sem alteração de coloração da pele e de duração oscilando entre dias e meses. Além do edema verifica-se quemose e outros sintomas oculares, tais como hiperemia conjuntival, secreção, dacrioadenite, dacriocistite, ceratite, úlcera corneana, exoftalmia e etc. Ao lado do edema existe a reação ganglionar regional, cuja ausencia é excepcional. O gânglio preferido é o preauricular, vindo depois os submaxilares.

O  **sinal do olho** serviu-me para o diagnóstico do segundo caso agudo de moléstia de Chagas verificado no Rio Grande do Sul, e que serviu de ponto de partida para o encontro de muitos outros. Pessoalmente, tenho em meu haver quatro casos, todos êles devidamente comprovados e mostrando um bello edema bpalpebral unilateral. As fotografias ilustram melhor do que a descrição a berrante sintomatologia evidenciada, e só o caso n.º 3 mostra menor acentuação do edema porque a foto foi apanhada num periodo adeantado da evolução, quando o sintoma já estava em regressão.

Êste sinal capital para o diagnóstico de muitos e muitos casos agudos de moléstia de Chagas tem suscitado controvérsias, uma das quais toca a fundo a oftalmologia. É a que se refere á existência de uma conjuntivite individualizada tripanosomóica, ou chagásica. Dos vários conceitos nasceram outras tantas denominações para o  **sinal do olho**. Eis as principais: sinal de Romaña (Emanuel Dias e Evandro Chagas); sinal de Romaña-Mazza; conjuntivite esquizotripanósica unilateral; complexo primário oftalmo-ganglionar (Germinal e Redento Basso); sinal da MEPRA (Mission de Estudios de Patologia Regional Argentina); oftalmia esquizotripanósica unilateral (Olle); signo de la Mission; etc.

Sendo a moléstia de Chagas uma entidade mórbida que interessa diretamente á medicina brasileira, não só pelo fato de ter sido descoberta e estudada de maneira tão brilhante pelo inegualavel cientista que foi Carlos Chagas, como também pela sua existência em boa parte do território nacional, fato êste hoje perfeitamente comprovado pe-

las contínuas publicações de novos casos, a questão da existência ou não de uma conjuntivite chagásica ou tripanosómica merece estudo especial e o carinho dos oftalmologistas brasileiros.

Negada pelos pesquisadores argentinos chefiados por Salvador Mazza e afirmada por algumas autoridades brasileiras, como Evandro Chagas, já desaparecido, Emanuel Dias e o próprio Romaña, atualmente fazendo suas investigações em Manguinhos, a conjuntivite chagásica merece novos e acurados estudos para sua completa elucidação.

A questão fundamental é esta: existe ou não uma conjuntivite unilateral esquizotripanósica, ou tripanosomósica?

De acordo com a opinião corrente dos tratadistas, dois elementos sintomáticos condicionam a conjuntivite: **a hiperemia conjuntival e a secreção**. Terrien, com sua autoridade incontestada, á pgs. 86 de sua "Ophtalmologie", escreve: Les caracteres essentiels de toute conjunctivite peuvent se ramener à deux principaux: injection de la muqueuse, qui est vascularisée, et sécretion plus ou moins abondante". O mesmo Terrien, em "Affections de l'oeil en médecine general", em colaboração com Cousin, á pgs. 213, repete que a hiperemia da mucosa em toda a sua extensão e secreção constituem os sinais patognomônicos da conjuntivite. Römer acrescenta a tumefação da mucosa conjuntival á hiperemia e secreção para formar os sinais cardinaes da conjuntivite.

O conceito é mais ou menos uniforme nos demais tratadistas, cujas classificações das conjuntivites podem variar, mas conservando sempre como sinais essenciais os dois acima enunciados.

Nas observações de casos agudos de moléstia de Chagas com "sinal do olho", é quasi a regra encontrar referência á maior ou menor hiperemia da conjuntiva. Encontrei-a nos meus quatro casos, cujas fotografias publico. Dentre os 9 casos publicados por Cecilio Romaña no seu trabalho inicial sobre a constância do "sinal do olho", 6 dêles apresentavam hiperemia conjuntival. Na vasta casuística publicada pela MEPRA é muito comum a consignaçoão dêste sintoma.

A secreção é elemento menos constante e de intensidade variavel, como acontece com outras variedades de conjuntivites. Si ha um tipo de conjuntivite com secreção superabundante, como é o caso da gonocócica, outro existe no qual a secreção é, ás vezes, nula, como sucede na conjuntivite granulosa ou tracoma.

As observações dos casos de moléstia de Chagas assinalam menos frequentemente a secreção, mas algumas falam de abundante produção amarelenta e outras da aglutinação das pálpebras devido á secreção. Em dois dos meus casos havia secreção purulenta discreta. Infelizmente não me ocorreu submetê-la a exame laboratorial.

Carlos Chagas, na primeira publicação a respeito de sua descoberta, feita nas **Memorias do Instituto Oswaldo Cruz**, refere-se a "inflamação dos olhos" nas observações dos seus primeiros casos.

Rodolfo Talice, em sua notavel monografia sobre a moléstia de Chagas, escreve: "La conjuntivitis es un síntoma bastante inconstante, pero en relación con la tripanosomiasis;... La conjuntivite tripanosómoica es bulbar y **sobretudo palpebral** (fondos de saco conjuntivales. Es una conjuntivitis congestiva y poco exudatoria. La exudación, cuando existe, es serosa e puriforme, nunca — salvo complicaciones — francamente purulenta. El paciente se despierta entonces con las pestañas aglutinadas."

A quemose vem apontada seguidamente nas observações. Não a verifiquei nos meus casos.

A reação ganglionar satélite, principalmente do pre-auricular, é um sinal quasi constante, evidenciando um processo inflamatório e infeccioso no terreno ocular.

A histopatologia já revelou interessantes aspectos e merece, neste particular, ser citada por extenso o laudo de autopsia de um caso mortal de forma aguda, publicado por Salvador Mazza, G. e R. Basso, na parte que relata as verificações feitas na conjuntiva. Ei-lo:

"Conjuntiva ocular. (Se extraje del cadaver el párpado inferior derecho): De este material hemos examinado diversas zonas. Sobresale la infiltración que existe en todos los trozos estudiados y que adquiere su mayor intensidad en torno a los conductos excretores glandulares y linfáticos. En esa zona de conjuntiva propia predominan otras modificaciones (Figs. 23 y 24).

El epitelio presenta hiperplasia intensa pero sumamente irregular: en ciertas zonas toma el aspecto poliposo y en otras se reduce a un proceso explicable como edema intraepitelial, pues la capa ectodérmica se ensancha considerablemente por inchazón y aumento de tamaño de las células que lo integran. Obsérvase asimismo intenso aumento numérico de las células mucógenas intraepiteliales. No hemos podido determinar existencia de ulceraciones.

En el córion que suporta al epitelio conjuntival hay infiltración pavicular difusa y escasa, pero es muy evidente um processo de carácter proliferativo que se traduce por presencia de abundantes folículos histiocitarios gigante-celulares, algunos dellos con la misma infiltración difusa en su derredor, mientras otros están situados en medio de un magna esclerótico (fig. 29) traduciendo processo ya evolucionado de carácter granulamatoso (Figs. 25 y 26).

Estos folículos gigante-celulares frecuentemente alojados cerca del epitelio lo levantan en forma de nódulos o granulaciones. En estos folículos y buscando con minuciosidad com objetivo de inmersión se aprecia la presencia de formas leishmanias de reproducción del *S. cruzi* (Figs. 27 y 28) dentro de células de aspecto histiocitario".

Vem a propósito recordar aqui a classificação das conjuntivites feita por Poulard, em seu tratado de Oftalmologia, á pags. 60. Êle as divide em conjuntivites com secreção e sem secreção. Estas últimas não apresentam reação superficial e sim infiltração intersticial, com espessamento da conjuntiva e processos inflamatórios no interior dos tecidos subjacentes. Não foi o que se constatou nêsse caso mortal de Mazza e os dois Basso?

A presença da forma evolutiva do *T. cruzi* na própria intimidade da conjuntiva parece demonstrar que, ao menos nêsse caso, não houve simples passagem do parasita e sim um processo local de reação conjuntival, uma conjuntivite e outras palavras, porque uma reação de tal ordem, com formação de infiltração intersticial, é mais do que uma banal irritação.

Mazza e Benitez, relatando o achado histopatológico num caso de dacrioadenite chagásica, escrevem: “Los trozos de conjuntiva que vienen adheridos a la glándula lacrimal, presentan intenso proceso inflamatorio con tendencia a la hiperplasia terminal fibrosa”. E, mais adiante, na mesma publicação n.º 31 da MEPRA, na observação do caso J. J. E., que apresentava “sinal do olho”, acrescentam:

“La conjuntiva, sobre cuyas lesiones deseamos detenernos, presentaba conjuntivitis (grifo do autor) con grande foliculos sobre todo el párpado inferior. Este se apreciaba muy infiltrado, con la piel de coloracion rosada; el edema era blando y elástico, no doloroso... Hay secreción serosa. No se percibe sitio de picadura. Lunula muy hipertrofiada, con grande semejanza con la de las aves. Hay en la conjuntiva bulbar un gran rodete quemótico periférico”.

E, mais adiante: “Otra de las manifestaciones oculares que presentó el enfermo y sobre la cual deseamos insistir, fué la presencia de granulaciones sobretudo en la conjuntiva tarsal, inferior (ver fig. 18). Esta misma observación ya la habiamos consinado, por primeira vez, en el caso de un enfermo, que tambien presentó dacrioadenitis (Publicación n.º 28, II de la MEPRA, Mazza y Benites) y más adelante Olle la menciona en las historias clínicas de sus enfermos del Chaco (Publicación n.º 30 de la MEPRA). “A biopsia de uma das granulações tarsais acusou: “Epitelio pluriestratificado plano con alteraciones sobre todo edematosas con vacuolización y separación por serosidad de muchos elementos, sobre todo superficiales; transformación mucosa de células de la misma capa. El tejido celular submucoso, con hipertrofia de sus componentes mesenquimáticos, más separados entre si que lo habitual por presencia de manifiesto edema seroso y constitución en su intimidad de nódulos de limites difusos que pueden verse en la figura topográfica 19, en la cual, tambien se notam ya linfangiectasias y dilatación vascular. Del edema del epitelio de cubierta y transformación de algunas de sus células, asi como de la migración por entre ellas de polimorfonucleados, en ciertos casos eosinófilos, dá una imagem con

mayor aumento la figura 20. En la figura 21 se nota la acumulación perivascular de elementos monocitoides y plasmocelulares mezclados con otros de naturaleza adverticial vascular, hiperplásticos. Entre estos nódulos sin límites precisos, llama la atención sobre todo uno, por la presencia de una célula plasmoidal multinucleada, con núcleos dispuestos en corona irregular en su periferia y que está rodeada de histiocitos tumefactos y plasmacélulas, y, lo que es más peculiar, de eosinófilos polimorfonucleados. (Fig. 22)... No solamente es análoga la estructura de esta granulación tarsal a la del nódulo tuberculoso (del cual difiere por la presencia de eosinófilos, ausencia de necrosis y calcificación) y a la de la llamada **conjuntivitis nodosa** (Pagenstecher) provocadas por pelos vegetales o de orugas (de ella difiere por la falta del cuerpo extraño, por no haber la multiplicidad de células gigantes de este proceso, y por la carencia de límites fibrosos del nódulo), sino que tiene gran semejanza con la granulación de la conjuntivitis de Parinaud, enfermedad que muchas veces suministra quadros histológicos de tal semejanza con los del folículo tuberculoso, que ha llegado a ser considerada como efecto de tuberculosis local de origen animal (aunque **sin pruebas evidentes hasta ahora**). Esta semejanza histológica es también clínica, por afectar como se sabe la conjuntivitis de Parinaud, un solo ojo, producir fiebre, edema de los párpados (aunque no propagado al resto de la cara) e infarto de ganglios preauricular y submaxilar y presentarse las granulaciones sobre todo em conjuntiva tarsal inferior aunque siempre evidentemente em menor cantidad en la **conjuntivitis chagásica** (o grifo é meu). Las adenopatias supuran con frecuencia en la conjuntivitis de Parinaud y **nunca en la de Chagas** (o grifo é meu)".

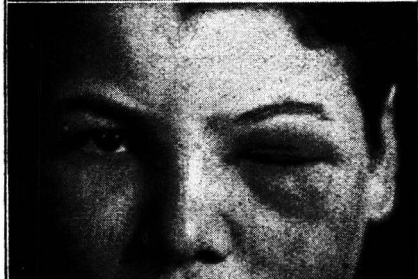
Fiz propositadamente tão extensas citações porque elas assumem uma importância transcendental na discussão da existência da conjuntivite chagásica ou tripanosomósica, que me parece mais familiar do que a denominação esquizotripanósica.

Interpretados desta ou daquela forma, pouco importa, mas os fatos clínicos e as verificações histopatológicas falam em favor da existência da conjuntivite chagásica. Nem sei porque motivo Mazza, que já se referiu claramente à conjuntivitis chagásica, como acima transcrevi, hoje a combate encarniçadamente.

O **sinal do ôlho**, simples na sua manifestação e berrante até para o leigo, tornou possível, não só na Argentina e no Uruguai, como entre nós, o diagnóstico de uma quantidade apreciável de casos agudos de tripanosomíase americana, ou doença de Chagas. A êle devo a descoberta do meu primeiro caso, que iniciou, incontestavelmente, a pesquisa e o estudo da doença no Rio Grande do Sul, onde os casos se sucedem rapidamente, demonstrando sempre a presença dêsse precioso sinal.



2.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO



3.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO



4.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO

NOTA: A 1.<sup>a</sup> observação foi publicada nos **Archivos de Biologia**, no seu numero 230, de Agosto de 1930 e republicado nos **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, vol. 3, pagina 310, 1940.

E a conjuntivite tripanosomósica, esquizotripanósica, ou chagásica, porque assim se reverencia a memória do insigne brasileiro que foi Carlos Chagas, tem credenciais para ocupar o seu lugar entre as afecções oculares.

Este nosso patricio, ao descobrir e descrever a doença que traz seu nome, o fez de maneira tal que a incorporou definitiva e irretorquivelmente à patologia. A questão da filiação do bócio à tripanosomiose não a deslustrou, antes consolidou o valor da sua firmeza científica, filha de sua convicção de apóstolo da ciência.

Aos oftalmologistas brasileiros incumbe a tarefa de tornar o conceito da conjuntivite chagásica insofismavel.