

Tétano simulando abdome agudo

Sandra Pedroso de Moraes¹
Azael Roberto Bordin²
José Alfredo dos Reis Neto³

RESUMO

Foi apresentado o caso clínico de um paciente com tétano, internado com dor abdominal sugestiva de abdome agudo. Relatou-se o quadro clínico inicial, a operação e a evolução clínica e, concluiu-se que a suspeita do tétano como diagnóstico diferencial de dor abdominal facilitaria o diagnóstico precoce diminuindo a morbidade dessa afecção.

Unitermos: tétano, abdome agudo, dor abdominal, médicos clínicos gerais, serviços médicos de emergência.

INTRODUÇÃO

Nas regiões desenvolvidas e nas zonas urbanas, o tétano é uma afecção rara, propiciando o retardo do diagnóstico^{5,7,9}. Somente 50% dos 106 pacientes analisados por LUISTO⁷ tiveram os seus diagnósticos firmados na primeira consulta médica. Nos estágios iniciais, essa moléstia é facilmente tratada e resulta em menor morbidade e mortalidade³. Porém, se além do retardo do tratamento, os pacientes são submetidos ao tratamento operatório, certamente as complicações serão freqüentes e graves. Os casos fatais têm sido pouco divulgados³.

Esta comunicação visa alertar, principalmente, o médico emergencista, para lembrá-lo do tétano como diagnóstico diferencial de abdome agudo.

RELATO DO CASO

A.J.A., sexo feminino, 55 anos, natural de São João da Boa Vista (SP) e procedente de Aguaí (SP) deu entrada no Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, com queixa de dor abdominal há sete dias. No início a dor era de fraca intensidade, difusa, em pontada e intermitente, depois

intensificou-se e tornou-se contínua. Neste período não evacuou, mas o hábito intestinal anterior era diário. Queixou-se, também, de tosse com expectoração amarelada. Referiu-se a antecedentes de hipertensão arterial não tratada.

Ao exame físico, a paciente apresentava estado geral regular, desidratada, descorada e dispnéica (+/4+), acianótica, afebril com sudorese, PA: 170/130mmHg, P: 140b/min. Dificuldade para abrir a boca, murmúrio vesicular diminuído em ambos os pulmões e com sibilos expiratórios. O abdome encontrava-se com rigidez involuntária, doloroso à descompressão brusca, globoso e com ruídos hidroaéreos diminuídos. Toque retal sem fezes na ampola e com estrias de sangue vivo na luva.

Os exames complementares: Raios-X de tórax, Raios-X de abdome simples, glicemia, sódio e potássio séricos e hemograma não foram de ajuda significativa. Uréia sérica: 94mg% e creatinina 2,5mg%.

Após quatro horas de internação, a paciente apresentou forte precordialgia, exacerbação da sudorese e foi transferida para a Unidade de Terapia Intensiva. As enzimas e o eletrocardiograma descartaram cardiopatia isquêmica e a dor cedeu com analgésicos comuns. Após 12 horas continuava com alteração dos sinais vitais, a dor aumentou, abdome em tábua e hipertermia de 38,3°C. Foi indicada laparotomia, encontrando-se somente algumas bridas em sigmóide que foram desfeitas.

(¹) Professora Adjunta do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

(²) Professor Assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

(³) Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

No pós-operatório (PO) imediato persistiram a taquicardia e a hipertermia e foi detectada com Raios-X de tórax, broncopneumonia em base pulmonar direita. No quinto dia do PO reiniciaram as dores abdominais de forte intensidade e surgiu contratura muscular no membro inferior esquerdo. No sétimo dia do PO a paciente apresentou eventração total da incisão cirúrgica. O simples toque, durante a palpação abdominal, causava forte contração da musculatura abdominal. Foi observada também pequena lesão purulenta subungueal do 5º artelho esquerdo. Procedeu-se, então, a laparotomia e desbridamento da lesão do artelho. Levantada a hipótese e confirmado o diagnóstico, iniciou-se o tratamento com soro antitetânico (30 mil UI), benzodiazepínicos, clindamicina (600mg 6/6h) e ampicilina (1g/d).

A dor e a contratura muscular cederam após 48 horas e a paciente melhorou. Esta, no entanto, permaneceu no hospital por 30 dias, para complementar o tratamento da infecção pulmonar. Recebeu alta em boas condições clínicas.

DISCUSSÃO

O diagnóstico do tétano é clínico^{9,10}. Os exames laboratoriais servem somente para excluir outras afecções e para a determinação do título de anticorpo antitetânico³.

LUISTO⁷ analisou 106 pacientes com tétano e observou que o sinal mais precoce e comum foi o trismo (95%), a dispnéia esteve presente em 7%. Os distúrbios do sistema nervoso autônomo, manifestados por arritmia cardíaca ou flutuações na pressão sanguínea foram as intercorrências freqüentes. Dos 12 pacientes que morreram, a pneumonia foi responsável por duas mortes e o infarto agudo do miocárdio por uma. O diagnóstico tardio foi responsável pela morte de três pacientes.

CARRADA-BRAVO⁴ afirmou que o trismo, conseqüente à contratura dos músculos mastigadores, foi o fenômeno mais precoce e constante nos doentes. As formas mais graves cursaram com liberação de catecolaminas por hiperatividade do sistema nervoso autônomo causando hipertensão arterial, alterações do ritmo cardíaco, sudorese profusa e íleo paralítico.

Neste estudo de caso, o trismo não foi valorizado, pois a paciente ressaltava a dor abdominal. A história de hipertensão arterial prévia impediu que esta fosse relacionada à outra afecção. A pequena lesão subungueal passou despercebida por clínicos do Pronto Socorro, cirurgiões e intensivistas, que não a associaram com o tétano.

Nos livros de cirurgia de urgência e abdome agudo, o tétano tem sido pouco mencionado^{1,2,8}. Na maioria ele

sequer foi citado. As poucas referências associadas à raridade com que os médicos confrontaram-se com essa enfermidade favoreceu o atraso do diagnóstico.

Algumas vezes, no entanto, o diagnóstico tem impedido uma conduta mais agressiva e necessária ao tratamento de complicações do tétano. No levantamento realizado por LUISTO⁷ foram realizadas seis laparotomias por complicações como: úlceras gástricas perfuradas ou sangrantes, perfuração do cólon, ruptura do baço e um dos casos foi operado por suspeita de peritonite.

JAMES & DUNKLEY⁶ relataram um caso de perfuração enteral, cuja laparotomia foi retardada porque a dor abdominal que o paciente referia foi relacionada com o tétano, já previamente diagnosticado.

Portanto, todos os médicos que trabalham em serviços de urgência devem estar atentos, não só para fazer o diagnóstico do tétano, mas, também, para detectar precocemente as complicações intra-abdominais, que, se não operadas a tempo, poderão levar à morte.

SUMMARY

Tetanus simulating acute abdomen

The diagnosis of tetanus has become difficult because this disease is rare in big urban area and few doctors see it in clinical practice. A case of tetanus with abdominal pain similar to acute abdomen was present. Initial clinical aspects, operation and clinical evolution were reported and it was concluded that the differential diagnosis of tetanus in patients with abdominal pain would be necessary in emergency centers for a better prognosis and treatment of this disease.

Keywords: *tetanus, acute abdomen, abdominal pain, physicians family, emergency medical services.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BATISTA NETO, J. *Conduitas em cirurgia de urgência*. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 1991. 269p. (Comissão Científica do Departamento de Cirurgia).
2. BIROLINI, D., UTIYAMA, E., STEINMAN, E. *Cirurgia de emergência*. São Paulo: Atheneu, 1996. 433p.
3. BLECK, T. P. Tetanus: pathophysiology, management and prophylaxis. *Disease - A - Month*, Chicago, v.37, n.9, p.545-603, 1991.
4. CARRADA-BRAVO, T. El diagnóstico y profilaxis del tétanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico, Mexico City*, v.40, n.6, p.308-314, 1983.

5. FURSTE, W. The sixth international conference on tetanus. *Lancet*, London, v.22, n.12, p.1032-1035, 1984.
 6. JAMES, M.F.M., DUNKLEY, A.S. Apparent traumatic perforation of the bowel in tetanus: a case report. *South African Medical Journal*, Cape Town, v.65, p.700-701, April 1984.
 7. LUISTO, M. Tetanus in Finland: diagnostic problems and complications. *Annals of Medicine*, Helsinki, v.22, n.1, p.15-19, 1990.
 8. SAVASSI, P.R.R., ANDRADE, J.I., SOUZA, C. *Abdomen agudo*. 2.ed. Rio de Janeiro : Medsi, 1993. 947p.
 9. STODDART, J.C. Pseudo-tetanus. *Anaesthesia*, London, v.34, n.2, p.877-881, 1979.
 10. TRUJILLO, M.H.R. Tetanos: manejo intensivo, complicaciones y mortalidad. *Medicina Crítica Venezolana*, Caracas, v.2, n.4, p.89-96, 1987.
- Recebido para publicação em 9 de maio e aceito em 25 de novembro de 1996.**