

FORMA PARAPLÉGICA DE TÉTANO ASSOCIADA A LESÃO MEDULAR PREGRESSA

ROBERTO MELARAGNO *

RICARDO VERONESI **

SILVIO SARAIVA ***

Um dos argumentos mais convincentes a favor da teoria da propagação da toxina tetânica por via nervosa consiste na limitação da fenomenologia às patas posteriores dos animais de laboratório quando, prèviamente à injeção de toxina numa dessas patas, tenha sido provocada lesão medular. O caso clínico ora relatado parece repetir, na patologia humana, essas experiências, donde o interêsse do presente registro.

I. G. A., 38 anos, branco, masculino, internado na Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas em 25-2-1957 (R.G. 464.672). Em 21-4-1953, sem sintomatologia premunitória ou traumatismo prèvio, o paciente bruscamente acusou sensação de fraqueza no membro inferior direito que o impossibilitou de se manter de pé; no dia seguinte, sentiu dores intensas por tóda a coluna vertebral, ao mesmo tempo que percebeu estarem insensíveis os membros inferiores. Nessa ocasião o exame de líquido cefalorraquidiano, colhido por via lombar, mostrou hipercitose de 245 leucócitos por mm³ (52% de polimorfonucleares, 41% de linfócitos e 7% de mononucleares) e leve hiperproteinorraquia (50 mg/100 ml); as provas manométricas de Stookey resultaram normais. Desde então o paciente não pôde caminhar a não ser com o apóio de bengala; intermitentemente acusava disfunção esfinctérica, ora retenção ora incontinência. O quadro clínico permaneceu inalterado até 5 dias antes da internação, quando surgiram dores e contratura intensa da musculatura dos membros inferiores e abdome, acompanhadas de espasmos.

Exame físico — Discreta hipertermia (37,6°C). Bólha ulcerada no calcanhar direito, em precárias condições higiênicas.

Exame neurológico — Hipertonía acentuada dos músculos intercostais inferiores (limitando a respiração à ação do diafragma), dos músculos paravertebrais lombares, da musculatura abdominal e dos músculos dos membros inferiores; a contratura era de tal intensidade que impedia qualquer movimentação ativa ou passiva dos segmentos inferiores; êsse estado de hipertonía era acompanhado de espasmos musculares dolorosos que surgiam ou se agravavam por estímulos externos, tácteis e auditivos. Sinais de libertação piramidal nos membros inferiores e apalestesia nos artelhos bilateralmente; à esquerda, havia também apalestesia abaixo do tærço inferior da perna. Hiperidrose intensa, atingindo o tærço superior do tórax, o pescoço e a face. Ausência de trismo, de rigidez de nuca e de qualquer fenômeno anormal nos membros superiores.

Trabalho do Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo. * Livre Docente de Clínica Neurológica. ** Assistente da Clínica de Moléstias Infecciosas e Tropicais. *** Assistente voluntário da Clínica Neurológica.

Exames complementares — Foi repetido o exame de líquido cefalorraquidiano, colhido por via lombar: normais as propriedades físicas e citoquímicas; a prova de Stcokey mostrou apenas queda lenta à compressão jugular. As radiografias da coluna vertebral mostraram sinais de discopatia degenerativa com vários nódulos de Schmorl. O estudo radiológico contrastado do canal raquidiano (lipiodol descendente e, ulteriormente, retrógrado) revelou paradas transitórias, pouco duradouras, mas com progressão do contraste, sem sinais convincentes de bloqueio. O exame bacterioscópico de material colhido na ulceração do pé foi negativo. A cistometria revelou aumento brusco e duradouro da pressão intravesical, acompanhado de desejo de urinar e, ulteriormente, queda leve de pressão (espasmos de musculatura lisa vesical).

Diagnóstico, terapêutica e evolução — Com êsse quadro foi aventado que se tratasse de um caso de tétano localizado (forma paraplégica); nesse sentido foi administrada medicação correspondente: soro anti-tetânico (20.000 U por via intramuscular) e Tolserol (por via intravenosa). Com essa terapêutica houve gradual diminuição dos espasmos musculares. A contratura também se beneficiou, de modo que, em breve tempo, o paciente conseguia fletir os diferentes segmentos dos membros inferiores, podendo sentar-se e, logo depois, caminhar. Ao ter alta, o exame neurológico revelou, em síntese, paresia espástica dos membros inferiores, com quadro de libertação piramidal e persistência das alterações subjetivas da sensibilidade. Nova cistometria mostrou que a bexiga funcionava segundo o tipo reflexo.

COMENTARIOS

Precedendo a instalação do grave quadro infeccioso que exigiu sua internação, o paciente apresentava, desde 4 anos antes, sintomatologia neurológica medular, cuja natureza não pudemos precisar (inflamatória? desmielinizante?). De qualquer forma, o complexo sintomático anteriormente desenvolvido não encontrava explicação na afecção medular progressiva. Com efeito, espasmos paroxísticos da musculatura dos membros inferiores e tronco (mais intensamente no abdome e parte inferior do tórax) não fazem parte do coitejo sintomático das afecções medulares. Havia, pois, uma afecção superajuntada ao antigo quadro de paresia espástica, responsável pela ocorrência de intensíssima hipertonia e de espasmos dolorosos. Formulamos a hipótese de tétano localizado (forma predominantemente paraplégica) apoiados nos seguintes sintomas e sinais: hipertermia discreta, hipertonia de todos os grupos musculares do tórax inferior do tórax para baixo, espasmos musculares paroxísticos, sudorese intensa e exagêro da hipertonia aos estímulos sonoros e tácteis. A presença de um foco suspeito no calcanhar direito (ulceração) reforçou a hipótese, embora não se conseguisse isolar o bacilo tetânico em meios de cultura adequados, o que aliás é a regra em nossa experiência no manuseio de tetânicos no Hospital das Clínicas. Os sinais de libertação piramidal e as alterações da sensibilidade dependiam da lesão progressiva, pois o tétano não se acompanha de tais distúrbios.

A peculiaridade desta observação reside na localização dos sintomas do tétano no segmento inferior do corpo, em zona já comprometida pela afecção medular anterior. É fato, já comprovado experimentalmente, que a secção prévia da medula espinal de animais de laboratório limita o tétano a seus membros posteriores quando se injeta toxina tetânica numa das patas posteriores. Estas experimentações foram realizadas em gatos por Meyer e

Ranson (1903)¹ e confirmadas mais tarde (1941) por Friedemann e col.² em macacos, por Baylis e col.³ (1952) em coelhos. Por outro lado, Baylis e col.⁴ conseguiram impedir a progressão da toxina tetânica através do nervo ciático esclerosando o tronco deste nervo acima do ponto de inoculação da toxina; é interessante considerar que tal esclerose não impedia os movimentos da perna correspondente, mas apenas limitava os sintomas do tétano ao segmento abaixo da esclerose; quando a toxina era injetada acima da zona esclerosada, o tétano se generalizava à outra perna e ascendia pela medula lombar. Aliás, fenômeno semelhante foi verificado com o vírus da poliomielite, que somente é conduzido através das vias nervosas anatômica e fisiologicamente normais⁵.

No caso em aprêço o diagnóstico foi confirmado pelo sucesso terapêutico obtido com a medicação antitetânica (sêro antitetânico e medicamentos músculo-relaxadores). A regressão dos sintomas do tétano se fez progressivamente como é de regra nos casos que evoluem para a cura. Os reliquats com que o doente teve alta são atribuíveis à lesão medular pré-existente.

Parece lícito supor que o processo medular pré-existente impediu a progressão da toxina em sentido ascendente na medula, de forma a limitar a sintomatologia do tétano ao segmento inferior do corpo, assim como sucede nas experiências em animais. Desconhecemos casos semelhantes na literatura compulsada, o que nos leva a apresentar, com reservas, nossa observação e nosso raciocínio, que se apoia apenas na analogia entre o que sucede experimentalmente com o que verificamos no paciente. É preciso lembrar que o tétano pode ficar localizado seja por ser insuficiente a quantidade de toxina inoculada ou pelo emprêgo precoce de sêro antitetânico. Casos de tétano localizado já foram objeto de publicação anterior feita por um de nós⁶. Desconhecíamos, no entanto, exceção feita quanto à experimentação animal, casos de limitação da sintomatologia a determinados segmentos do corpo condicionada por lesão anatômica progressa decorrente de processo mórbido do neuro-eixo.

RESUMO

Apresentação de um caso de forma paraplégica de tétano, com ponto de partida no pé, verificada em paciente portador de lesão medular progressa (inflatória? desmielinizante?). Os autores levantam a hipótese de que seu caso seria a reprodução, na patologia humana, das conclusões experimentais de Meyer, Ranson e outros, que conseguiram limitar o tétano aos membros posteriores de animais de laboratório quando, previamente à injeção de toxina na pata posterior, seccionavam a medula espinal.

SUMMARY

Paraplegic form of tetanus in a patient with a progress spinal cord disease

Report of a paraplegic form of tetanus, after a foot's wound, in a patient with a progress spinal cord disease (inflammatory, demyelinating?). The

authors suggest that this case would be the reproduction in human pathology of the experimental works of Meyer, Ranson and others, demonstrating the possibility to limit the process to the posterior train of animals when, previously to the toxin injection in one of the posterior limbs, the spinal cord was transected.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MEYER, H. H.; RANSON, F. — Cit. por Friedemann e col.²
2. FRIEDMANN, U.; HOLLANDER, A.; TARLOV, I. M. — Investigations on the pathogenesis of tetanus. *J. Immunol.*, 40:325-364, 1941.
3. BAYLIS, J. H.; MACKINTOSH, J.; WRIGHT, G. P. — The effect of transection on the ascent of tetanus toxin in the rabbit's spinal cord. *J. Path. Bact.*, 64:47-52, 1952.
4. BAYLIS, J. H.; MACKINTOSH, J.; WRIGHT, G. P. — The effect of sclerosis on the nerve trunk on the ascent of tetanus toxin in the sciatic nerve of rabbits and on the development of local tetanus. *J. Path. Bact.*, 64:33-45, 1952.
5. BODIAN e HOWE — Apud Rhodes e Van Rooyen: *Textbook of Virulogy*, 2ª ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1953, pág. 388.
6. VERONESI, R.; CASTRO, R. M. — Tétano bulboparalítico de Worms e tétano monoplégico. *Rev. de Med. e Cir. de São Paulo*, 15:21-27, 1955.

Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo — São Paulo, Brasil.