

SÍNDROME DE FOURNIER: RELATO DE UM CASO

MILTON ROSA JUNIOR¹; FRANCISCO PILAR RIBEIRO DANTAS²; LARISSA HALLAL RIBAS³; ADELITA CAMPOS ARAÚJO⁴

¹ Universidade Católica de Pelotas – miltonrosaj@gmail.com

² Universidade Católica de Pelotas – quinho_25@hotmail.com

³ Universidade Católica de Pelotas – larissahallalribas@gmail.com

⁴ Universidade Católica de Pelotas – adelitacam@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Fournier (SF), também conhecida como Fascíte Necrosante, consiste em um processo infeccioso polimicrobiano destrutivo e de rápida progressão, onde há ação de bactérias aeróbias e anaeróbias produtoras de toxinas, atuando de forma sinérgica, ocasionando infecção e destruição de tecidos moles das regiões genital, perineal e perianal do indivíduo (BOCIC et al., 2010). Atualmente, esta enfermidade é conhecida como “bactéria comedora de carne” e “gangrena galopante”, caracterizada por necrose ampla do tecido celular subcutâneo, que avança rapidamente em extensão aos músculos adjacentes (GONZALEZ, et al., 2010).

A Gangrena de Fournier (GF), como também é chamada, atinge tanto homens quanto mulheres, sem predileção por sexo. Pode afetar todas as faixas etárias, mas é mais prevalente a partir dos 50 anos. A mortalidade é de aproximadamente 25-32% (MAURO, 2011). Apresenta tanto etiologia idiopática, quanto associação a fatores predisponentes como Diabete Mellitus em 40 a 60% dos casos, trauma mecânico, infecções do Trato Urinário, Alcoolismo, Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica, procedimentos cirúrgicos prévios, gestantes durante o segundo e terceiro trimestres de gravidez, puérperas, Imunossupressão, causada, por exemplo, por uso crônico de corticoides, AIDS, radio e quimioterapia, entre outros (AZOLAS, 2011).

O objetivo do presente relato de caso é discutir aspectos etiológicos, clínicos e terapêuticos acerca desta patologia. Uma vez que essa condição é extremamente prejudicial ao bem estar do paciente, tanto física quanto psicologicamente, pois cursa com graves mutilações e elevado índice de mortalidade, salienta-se a importância de diagnóstico precoce e tratamento imediato (DORNELAS, et al., 2012).

2. METODOLOGIA

Relato de um caso atendido na Enfermaria de Clínica Cirúrgica do Hospital São Francisco de Paula, situado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Acompanhou-se o paciente desde o primeiro dia de internação até a alta hospitalar, no período de 12 de Junho a 12 de Julho de 2013. Para a realização da revisão de literatura relatada em Introdução e Discussões, utilizaram-se as bases de dados Bireme, Scielo e Uptodate, utilizando como descritores: Síndrome de Fournier e Gangrena de Fournier. Foram selecionados os 14 artigos mais atuais, publicados entre 2010 e 2013, por elucidarem fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da SF.

3. RELATO DE CASO

J.A.P.D, 51 anos, sexo masculino, branco, solteiro, natural e procedente de Pelotas, comerciante, chegou ao Pronto Socorro de Pelotas (PSP) no dia 12/06/2013 queixando-se de cólica renal, referindo outros vários episódios prévios ao longo da vida, além de polaciúria e ardência miccional. Revelou ter Diabetes Mellitus e, apesar de ter prescrição prévia de Metformina 850 mg, 3 vezes ao dia, e Glibenclamida 5mg, 2 vezes ao dia, não aderiu ao tratamento há 3 meses. Encontrava-se em tratamento vigente para infecção do trato urinário (ITU), com Sulfametoxazol/Trimetropim. Sem demais queixas.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral; lúcido, orientado e coerente; com mucosas úmidas e coradas, e níveis pressóricos normais. Sem alterações nas ausculta cardíaca e pulmonar. O abdome tinha ruídos hidroaéreos presentes e à palpação referiu leve desconforto em baixo ventre. Apresentava Punho Percussão Lombar positiva. Após, solicitou-se Exame Qualitativo de Urina (E.Q.U) e Hemograma, evidenciando-se ITU. O paciente foi, então, internado no PSP, onde permaneceu por uma semana, para tratamento de Pielonefrite.

No quarto dia de internação, o indivíduo apresentou piora laboratorial devido Leucocitose com desvio à Esquerda, 19.490 Leucócitos e 8% de Bastões. Evoluiu também com declínio clínico, com surgimento de dor genital e edema local, e região eritematosa em períneo, com sinais flogísticos, e posterior escurecimento da pele e crepitação subcutânea, sugestiva de GF. Foi submetido ao Bloco Cirúrgico para desbridamento de tecido desvitalizado. Neste mesmo dia, iniciou-se antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Clindamicina.

No terceiro dia de pós operatório, percebeu-se presença de fístula urinária através da ferida operatória (FO), tendo sido solicitada avaliação de especialista em Urologia para avaliação e conduta. Conforme orientação, foi realizada Tomografia Computadorizada da Pelve e Abdome Superior, mostrando sonda vesical fora de trajeto, Bexigoma e lesão de uretra peniana. Logo, foi necessária nova intervenção cirúrgica para realização de Cistostomia.

Enquanto internado, também foi necessário tratamento clínico de suporte, para melhor controle glicêmico com a substituição dos hipoglicemiantes orais por insulina NPH e Regular. O curativo da FO foi realizado diariamente pela equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, com constante avaliação e lavagem exaustiva da lesão.

Após 30 dias, encontrava-se em condições satisfatórias de alta hospitalar, com resolução espontânea da fístula urinária, cura da Pielonefrite e FO sem flogose. Foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial e também orientado a consultar nos serviços de Urologia e Clínica Médica.

4. DISCUSSÕES

A SF é acompanhada de trombose microvascular subcutânea, devido a uma disseminação bacteriana que leva à necrose extensa dos tecidos de áreas antes estéreis (CORREA, et al., 2012). Há presença de microorganismos aeróbios e anaeróbios, com prevalência de *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus y albus*, bacteroides, *Klebsiella*, *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Proteus*, *Citrobacter* (CARVALHO et al., 2013).

A doença tem origem no escroto e pênis, no homem, e vulva e virilha, na mulher (GOMEZ et al., 2013). Várias sugestões existem para esta localização: falta de higiene, evaporação menor de suor, pregas de pele que albergam muitos germes

penetrantes após pequenos traumas, as rugas da pele impedem uma circulação livre com baixa resistência à infecção, o tecido subcutâneo é muito frouxo, facilitando a disseminação (HERNANDEZ et al., 2013).

Apresenta-se em quadro agudo ocasionando necrose da fáscia superficial, edema de derme reticular, gordura subcutânea e também de fáscia superficial, além de trombose vascular subcutânea e celulite secundárias a ação polimicrobiana (MEDINA, et al., 2013). Geralmente, os sintomas começam no sétimo dia após o processo infeccioso (MONTROYA et al., 2013). Os primeiros sinais são o surgimento de área de celulite eritematosa, ruborizada e quente, geralmente precedida por dor local muito intensa. O tecido epitelial torna-se escuro, e progride para gangrena, com odor muito fétido, semelhante ao de mortificação, e enfisema subcutâneo locorregional (URDANETA, 2013).

O tratamento é cirúrgico, com anestesia geral, preferência pelo cautério, abertura ampla da pele pela possibilidade de necrose profunda à celulite, desbridamento do tecido necrótico, biópsia e cultura do material excisado e antibióticos de amplo espectro até o resultado dos culturais, iniciado empiricamente (AZOLAS, 2011). No manejo do doente, é necessária a precaução de contato, ou seja, luvas, capote, e quando tiver de aspirar secreções, recomenda-se máscara e óculos, mesmo sabendo-se que não há SF em vias aéreas (ITURRALDE, et al., 2010).

5. CONCLUSÕES

O caso relata um quadro clássico de SF em um homem de 51 anos, com Diabetes Mellitus e ITU, ou seja, faixa etária e fatores de riscos prevalentes e elucidados na literatura. Conclui-se que reconhecimento precoce e a disponibilidade de tratamento imediato, com desbridamento da área afetada e antibioticoterapia de amplo espectro foram essenciais para a resolução do quadro. Além dessas medidas foi de extrema importância a disponibilidade de acesso a outras especialidades médicas, o que muito contribuiu para o desfecho favorável, por ter sido o cuidado ao paciente abrangente e multidisciplinar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOCIC, AG et al. Enfermedad de Fournier: Tratamiento. **Revista Chilena de Cirugia**, Santiago, v.62, n.6, p.635-638, 2010.

GONZALEZ, GS et al. Gangrena de Fournier. **Revista Cubana de Cirurgia**, Ciudad de la Habana, v.49, n.3, p.5-15, 2010

MAURO, V. Fasciocutaneous flap of the inner thigh for scrotal reconstruction in Fournier syndrome. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v.26, n.4, p.707-709, 2011.

AZOLAS, RM. Factores de riesgo para mortalidad en gangrena de Fournier. **Revista Chilena de Cirurgia**, Santiago, v.63, n.3, p.270-275, 2011.

DORNELAS, MT et al. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v.27, n.4, p.600-604, 2012.

CORREA, IJFN et al. Clinical outcomes of Fournier's gangrene from a tertiary hospital. **Jornal de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v.32, n.4, p.407-410, 2012.

CARVALHO, JP et al. Relation between the area affected by Fournier's gangrene and the type of reconstructive surgery used. A study with 80 patients. **Jornal de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v.33, n.4, p.510-514, 2010.

GOMEZ, LP et al. Gangrena de Fournier con afectación uretral: reepitelización uretral con tratamiento conservador. **Actas Urológicas Españolas**, Madrid, v.30, n.1, p.101, 2013.

HERNANDEZ, AC et al. Gangrena de Fournier en imágenes. **Archivos Españoles de Urologia**, Madrid, v.62, n.6, p.508-509, 2013.

MEDINA, JP et al. Gangrena de Fournier: estudio de los factores pronósticos en 90 pacientes. **Actas Urológicas Españolas**, Madrid, v.32, n.10, p.1024-1030, 2013.

MONTOYA, RC et al. Gangrena de Fournier: Análisis descriptivo de 20 casos y revisión de la bibliografía científica. **Actas Urológicas Españolas**, Madrid, v.33, n.8, p.873-880, 2013.

URDANETA, EC. Gangrena de Fournier: Perspectivas actuales. **Anales de Medicina Interna**, Madrid, v.24, n.4, p.190-194, 2013.

AZOLAS, RM. Factores de riesgo para mortalidad en gangrena de Fournier. **Revista Chilena de Cirugía**, Santiago, v.63, n.3, p.270-275, 2011.

ITURRALDE, CA et al. Gangrena fulminante de Fournier. **Archivos Españoles de Urologia**, Madrid, v.63, n.3, p.245-246, 2010.