

SÍNDROME DE FOURNIER: RELATO DE CASO

FOURNIER'S SYNDROME: CASE REPORT

ARTHUR LEOPOLDO HOFFMANN

Médico residente em cirurgia geral (R2) do Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST), Joaçaba/SC.

LUIZ FERNANDO IGLESIAS

Médico cirurgião plástico, associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, responsável pelo serviço de cirurgia plástica do Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST), Joaçaba/SC.

WALTER WENDHAUSEN ROTHBARTH

Médico cirurgião do aparelho digestivo, chefe da residência de clínica cirúrgica do Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST), membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Arthur Leopoldo Hoffmann. Rua Salgado Filho, 131/101 - Joaçaba - SC - CEP: 89.600-000

Email: arthof@click21.com.br

DESCRITORES

GANGRENA, FASCIITE, TERAPÊUTICA, ESCROTO, DESBRIDAMENTO.

KEYWORDS

GANGRENE, FASCIITIS, THERAPEUTIC, SCROTUM, DEBRIDEMENT.

RESUMO

Os autores relatam um caso de síndrome de Fournier, em um paciente do sexo masculino, de 62 anos de idade, discutem aspectos etiológicos, clínicos e terapêuticos, ressaltando a importância de um diagnóstico precoce e tratamento imediato.

ABSTRACT

The authors report a case of syndrome Fournier, in a patient, 62 years of age, discusses etiological aspects, clinical and therapeutic, emphasizing the importance of early diagnosis and immediate treatment.

INTRODUÇÃO

A gangrena de Fournier é uma infecção polimicrobiana causada bactérias aeróbias e anaeróbias que, atuam de maneira sinérgica, levando a uma fasciite necrotizante e acometendo principalmente as regiões genital, perianal e perineal¹.

Relatada pela primeira vez em 1764 por Baurienne e referida na literatura com uma rica sinonímia recebeu o nome de gangrena de Fournier em homenagem ao urologista francês Jean Alfred Fournier que a relatou com detalhes em trabalhos publicados em 1863 e 1864².

Nesta enfermidade ocorre endarterite obliterante causando trombose vascular subcutânea e necrose de tecidos. Esta última secundária a isquemia local e efeito sinérgico das bactérias. A necrose dos tecidos por sua vez, favorece a entrada de bactérias a áreas previamente estéreis³.

A gangrena de Fournier pode ser idiopática ou estar associada a fatores predisponentes, como diabetes mellitus, alcoolismo, trauma mecânico, procedimentos cirúrgicos, pacientes

imunossuprimidos, infecções do trato urinário ou perianais, entre outras⁴.

Apesar de tratamento cirúrgico imediato a mortalidade permanece elevada, alcançando em alguns estudos 30% a 50%, aumentando para até 80% em diabéticos e idosos⁵.

RELATO DO CASO

J.B.S., 62 anos, do sexo masculino, pardo, casado, agricultor, portador de diabetes mellitus tipo II, iniciou com quadro de dor perianal com evolução de sete dias onde começou a apresentar um abaulamento com hiperemia e edema com queda do estado geral.

No momento da internação apresentava-se lúcido, hipocorado e eupnéico, febril, prostrado e hemodinamicamente estável. Ao exame físico notamos área de necrose, com secreção purulenta, edema e eritema já atingindo escroto, região perianal e perineal. (Figura 1)

Ao exame laboratorial apresentou 38.000 leucócitos e 58% de bastões. No primeiro dia foi realizado desbridamento cirúrgico extenso (Figura 2) do tecido necrótico e enviado para cultura, realizou-se colostomia em alça para desvio de trânsito intestinal, iniciado sulbactam sódico 3g/dia e ampicilina sódica 6g/dia associado a metronidazol 500mg/dia durante 25 dias, sendo interrompido por melhora clínica e laboratorial. A cultura da secreção mostrou crescimento de *Pseudomonas Aeruginosa*. Foi usada insulina regular subcutânea no início da internação para controle do diabetes, a qual foi substituída por hipoglicemiantes orais até a alta hospitalar. Concomitantemente, foram feitos curativos com soro fisiológico e dersani, com desbridamento quando necessário.

No vigésimo quarto dia de internação foi submetido à enxertia de pele parcial obtida das coxas, (Figura 3 e 4) alta após o trigésimo oitavo dia de internação. O paciente encontra-se em

excelente estado clínico, em acompanhamento ambulatorial.



Fig.1 – Necrose em escroto, região perineal e perianal



Fig.2 – Desbridamento cirúrgico



Fig.3 - 24º dia pós-operatório, tecido de granulação



Fig.4 – Enxertia de pele parcial

DISCUSSÃO

A síndrome de Fournier ocorre principalmente em indivíduos do sexo masculino, na proporção de 10 para 1, afetando todas as faixas etárias, com média das idades ao redor dos 50 anos⁶.

Tratando-se de um paciente idoso, diabético tipo II, com perda de revestimento cutâneo após desbridamento de 9%, o índice de mortalidade na literatura é de 80%⁵.

Em nosso caso, notamos que o reconhecimento precoce, com tratamento agressivo e imediato com o desbridamento de toda área afetada associada à antibioticoterapia de amplo espectro com medidas de suporte clínico intensivo e se possível oxigenioterapia hiperbárica são essenciais para o prognóstico do paciente. A colostomia mostrou-se favorável, pois esta reduz a taxa de mortalidade em pacientes com infecção anorretal^{3,8}.

REFERÊNCIAS

1. Laucks SS. Fournier's gangrene. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1339-52.
2. Cardoso JB, Féres O. Fournier's Gangrene. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007; 40 (4): 493-9 oct./dec.
3. Urdaneta Carruyo E, Méndez Parra A, Urdaneta Contreras A. Gangrena de Fournier. *Perspectivas actuales. An Med Interna (Madrid)* 2007; 24: 190-4.
4. *An bras Dermatol*, Rio de Janeiro, 76(1): 79-84, jan./ fev.2001.
5. Scott SD, Dawes RFH, Tate JJT, Royle GT, Karan SJ. The practical management of Fournier's gangrene. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* (1988); 70.
6. Yaghan RJ, Al-Jaberi TM, Bani-Hani I. Fournier's gangrene. Changing face of the disease. *Dis Colon Rectum* 2000; 1300-8.
7. Safioleas M, Stamatakos M, Mouxopolus G, Diaba A, Kontzoglou K, Papachirstodoulou A. Fournier's gangrene: exists and it is still lethal. *Int Urol Nephrol* 2006; 38: 653-7.
8. Mélega JM, Bastos JAV, Re LMM. *Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte: Princípios Gerais*. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.