

TERAPÊUTICA CIRÚRGICA DA SÍNDROME DE FOURNIER: UM RELATO DE CASO

SURGICAL THERAPY OF FOURNIER SYNDROME: A CASE REPORT

TERAPIA QUIRÚRGICA DEL SÍNDROME DE FOURNIER: REPORTE DE UN CASO

Eduardo de Souza Andrade¹

Lucas Auada da Silva²

Rodrigo Krieger Koeche³



Aviso: Este texto contém conteúdo sensível e imagens de caráter explícito, que podem não ser adequados para todos os leitores.

Como citar: ANDRADE, E.S.; SILVA, L.A.; KOECHE, R.K. terapêutica cirúrgica da síndrome de fournier: um relato de caso. **Revista Saúde e Comportamento**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p.44-49, 2024.

Resumo

A Síndrome de Fournier é uma fascíte necrotizante que afeta principalmente as regiões perineal, perianal e genital. Este artigo apresenta o relato de um caso envolvendo um paciente masculino, de 53 anos, que foi tratado com desbridamento cirúrgico, antibioticoterapia e suporte intensivo. A abordagem multidisciplinar, incluindo a realização de colostomia e o uso de curativos específicos, foi fundamental para a recuperação do paciente. A discussão aborda as principais estratégias terapêuticas, com ênfase na importância da intervenção precoce e no manejo integrado para redução da mortalidade relacionada a essa enfermidade.

Palavras-chave: gangrena de Fournier; fascíte necrosante; desbridamento; cirurgia.

Abstract

Fournier's Syndrome is a necrotizing fasciitis that primarily affects the perineal, perianal, and genital regions. This article presents a case report of a 53-year-old male patient who was treated with surgical debridement, antibiotic therapy, and intensive care support. A multidisciplinary approach, including the performance of a colostomy and the use of specific dressings, was crucial for the patient's recovery. The discussion highlights the main therapeutic strategies, emphasizing the importance of early intervention and integrated management in reducing the mortality associated with this condition.

Key-words: fournier gangrene; fasciitis necrotizing; debridement; surgery.

Resumen

El Síndrome de Fournier es una fascitis necrotizante que afecta principalmente a las regiones perineal, perianal y genital. Este artículo presenta el reporte de un caso de un paciente masculino de 53 años, quien fue tratado con desbridamiento quirúrgico, terapia antibiótica y soporte

¹ Médico Coloproctologista do Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos. Mestre em Ambiente e Saúde pela Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: e_sandrade@hotmail.com Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8963114241126767>

² Acadêmico do 6º ano do curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: auadalucas@gmail.com Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1167278354908919>

³ Acadêmico do 6º ano do curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: koecherodrigo@gmail.com Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5709773140876321>

intensivo. El abordaje multidisciplinario, incluida la realización de una colostomía y el uso de apósitos específicos, fue fundamental para la recuperación del paciente. La discusión aborda las principales estrategias terapéuticas, con énfasis en la importancia de la intervención temprana y el manejo integrado para reducir la mortalidad relacionada con esta enfermedad.

Palabras clave: gangrena de Fournier; fascitis necrotizante; desbridamiento; cirugía;

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Fournier (SF) é definida como uma fascíte necrotizante que acomete principalmente as regiões perineal, perianal e genital. Essa enfermidade tem relação com comorbidades como Diabetes Mellitus, obesidade, tabagismo, imunossupressão e hipertensão arterial. ⁽¹⁾

A fisiopatologia da SF está relacionada à bacteremia, cuja resposta imune leva a uma endarterite obliterante, resultando em isquemia e trombose dos vasos sanguíneos nos tecidos moles, culminando na necrose da pele e do tecido subcutâneo. A condição é geralmente causada por uma infecção polimicrobiana, envolvendo bactérias *gram* negativas como *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella sp*; *gram* positivas como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, entre outros e anaeróbios. ^(2,3)

A fascíte necrotizante é uma doença de curso rápido e agressivo que pode culminar com sepse, falência de múltiplos órgãos e morte. ^(3,4)

Logo, a Síndrome de Fournier é uma emergência cirúrgica que exige intervenção rápida para evitar complicações graves e altas taxas de mortalidade. ^(5,6) O tratamento eficaz geralmente envolve desbridamento cirúrgico agressivo, antibioticoterapia de amplo espectro e suporte intensivo. Como observado por Dornelas *et al.*, a taxa de mortalidade é de 13%, podendo variar de 20 a 40%, dependendo da rapidez do diagnóstico e da intervenção terapêutica. ⁽⁷⁾

O objetivo desse estudo é apresentar o relato de um caso envolvendo um paciente com diagnóstico de Síndrome de Fournier que foi tratado com desbridamento cirúrgico, antibioticoterapia e suporte intensivo.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de caso único de paciente diagnosticado com fascíte necrotizante do tipo Síndrome de Fournier. Os dados foram coletados a partir do prontuário do paciente que realizou acompanhamento ambulatorial em clínica de proctologia situada em município do Planalto Serrano de Santa Catarina, após alta hospitalar. O estudo foi submetido a apreciação do Comitê de Ética em pesquisa e aprovado seguindo as diretrizes das Resoluções CNS/MS 510/2016 e 466/2012. Foi obtido termo de consentimento livre do paciente com autorização

para divulgação das imagens de interesse clínico e científico, com preservação dos dados de identificação. O estudo foi realizado em atividade de ensino de graduação em medicina.

RELATO DE CASO

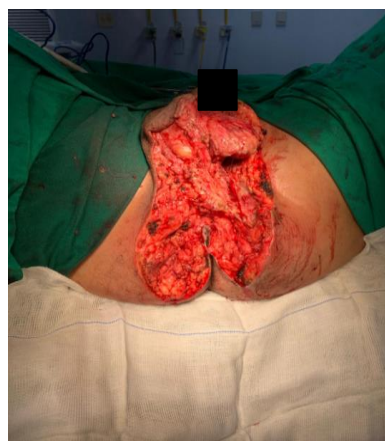
Paciente masculino, 53 anos, apresentou-se à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com histórico de febre há três dias e dor intensa na região anal. Na anamnese constatado histórico de Diabetes Mellitus Tipo 2. Ao exame físico realizado pelo coloproctologista de plantão, foi identificada uma área endurecida na região perineal, sendo diagnosticada a Síndrome de Fournier (Figura 1). Diante da gravidade do quadro, o paciente foi hospitalizado e imediatamente levado ao centro cirúrgico, onde foi realizada drenagem e desbridamento dos tecidos necrosados, abrangendo desde o períneo até a região inguinal esquerda (Figura 2). Também foi realizada colostomia em dupla boca (Figura 3) para facilitar o manejo da ferida e permitir a cicatrização por segunda intenção, auxiliada por curativos úmidos com ácidos graxos essenciais (AGE).

Figura 1 - Lesão perineal relativa à síndrome de Fournier



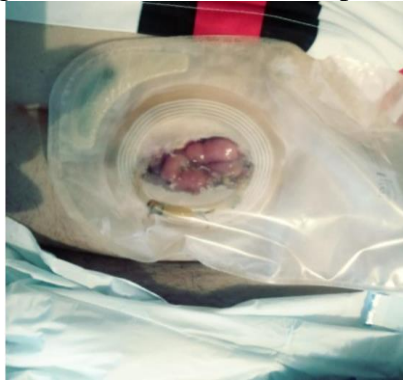
Fonte: Dos autores, 2024

Figura 2 - Desbridamento do tecido necrosado.



Fonte: Dos autores, 2024

Figura 3 - Colostomia em dupla boca



Fonte: Dos autores, 2024

O paciente permaneceu internado sob antibioticoterapia por sete dias, apresentando boa cicatrização da ferida e melhora clínica significativa, sendo então liberado com alta hospitalar (Figura 4). Dez dias após a alta, retornou à UPA com sinais de confusão mental, desidratação, hipotensão e taquicardia. O exame físico revelou boa cicatrização da ferida perineal e colostomia funcionante. Novos exames laboratoriais, além de urocultura, hemocultura e cultura da secreção perineal com antibiograma, foram solicitados para investigar a possível origem de uma nova infecção. A antibioticoterapia empírica com meropenem foi iniciada.

A cultura de secreção perineal revelou a presença de *Staphylococcus aureus*, mas, devido à ausência de complicações na ferida, a conduta foi manter a antibioticoterapia. O paciente apresentou boa evolução clínica após o tratamento, com melhora dos sinais de sepse e estabilização do quadro geral.

Figura 4 - Processo de cicatrização por segunda intenção da ferida após desbridamento de tecido necrosado. (A): cicatrização da bolsa escrotal por segunda intenção. (B): cicatrização em regiões perianal e perineal por segunda intenção.



A. B.

Fonte: Dos autores, 2024

DISCUSSÃO

O tratamento da Síndrome de Fournier deve ser rápido e agressivo para reduzir o risco de complicações graves e mortalidade. O desbridamento cirúrgico precoce, que remove todo o tecido necrosado, é considerado o pilar central da terapia, associado a antibioticoterapia, além da estabilização inicial do paciente. “Visto que, a velocidade de extensão da necrose chega a 2-3 cm por hora”, na SF ^(8:643), este caso ilustra a importância dessa abordagem, uma vez que o paciente foi levado imediatamente ao centro cirúrgico para remoção dos tecidos comprometidos, resultando em uma boa evolução clínica.

A despeito da presença de DM como fator de risco para morbidade e mortalidade, devido ao comprometimento do metabolismo energético, a cicatrização por segunda intenção, auxiliada por curativos específicos, priorizando a umidade local e ação do AGE, foi uma prática recomendada que garantiu a drenagem adequada e a formação de tecido de granulação saudável.

A cicatrização por segunda intenção, embora mais lenta, reduz o risco de complicações e promove uma recuperação mais controlada.⁽⁹⁾ A decisão de realizar uma colostomia em dupla boca também se mostrou eficaz, minimizando a contaminação fecal da ferida e facilitando o manejo pós-operatório, conforme descrito por Moreira *et al.* ⁽¹⁰⁾

A antibioticoterapia é outro componente crucial no manejo da SF. O tratamento inicial deve ser empírico, de forma endovenosa sendo a cobertura de amplo espectro. ^(1,11) Neste caso, a utilização de meropenem foi apropriada, especialmente após o isolamento de *Staphylococcus aureus* na cultura da secreção perineal, o que permitiu o tratamento eficaz e a recuperação do paciente.

CONCLUSÃO

A evolução positiva deste paciente destaca a importância de uma abordagem multidisciplinar e integrada no tratamento da SF com destaque à intervenção cirúrgica precoce. O uso adequado de antibióticos e o suporte pós-operatório se configuraram em elementos importantes para o sucesso no manejo dessa condição grave. Destaca-se que, frente ao controle do processo infeccioso com as condutas terapêuticas utilizadas, não houve necessidade de nova abordagem cirúrgica, prevenindo-se morbimortalidade

REFERÊNCIAS

(1)CYRINO, R. S.; SILVA, L. D. Perfil clínico de pacientes com síndrome de Fournier em um hospital terciário. **Abcs Health Sciences**, v. 44, n. 2, p. 92-95, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1022339>. Acesso em: 14 out. 2024.

- (2)CARMO, G. A. S.; COSTA, G. E.; ROCHA SOBRINHO, H. M. da. Gangrena de Fournier: revisão sobre o diagnóstico e a fisiopatologia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 5, p. e12601, maio, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12601>. Acesso em: 14 out. 2024.
- (3)COVER, S. *et al.* Reconstrução perineal após síndrome de Fournier: experiência de três anos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. **International Journal of Health Management Review**, v. 8, n. 2, e0323, 2022. Disponível em: <https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/323>. Acesso em: 14 out. 2024.
- (4)NARANJO-ZÚÑIGA, G. *et al.* Epidemiología, manifestaciones clínicas y microbiología de los pacientes con fascitis necrosante en el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica. **Rev Chilena Infectol**, v. 37, n. 4, p. 446-449, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33399665/>. Acesso em: 14 out. 2024.
- (5)ABREU, R. A. A. de *et al.* Síndrome de Fournier: estudo de 32 pacientes do diagnóstico à reconstrução. **Ged Gastroenterol. Endosc. Dig**, v. 2, n. 33, p. 45-51, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-763851>. Acesso em: 14 out. 2024.
- (6)FERREIRA, F. A. *et al.* Gangrena de Fournier: novas abordagens terapêuticas com o uso de pressão negativa e oxigenoterapia hiperbárica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e46410716686- e46410716686, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/352979376_Gangrena_de_Fournier_Novas_abordagens_tera_peuticas_com_o_uso_de_pressao_negativa_e_oxigenoterapia_hiperbarica. Acesso em: 14 out. 2024.
- (7)DORNELAS, M. T. *et al.* Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 27, n. 4, p. 600-604, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/Jpwywc6YHkvWvtcJHW4YNhp/?lang=pt#>. Acesso em: 14 out. 2024.
- (8)ANDRADE, C. M. F. *et al.* Manejo terapêutico do paciente com gangrena de Fournier: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. v. 6, n. 2, p. 640-649, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1414>. Acesso em: 14 out. 2024.
- (9)CARBINATTO, F. M.; AQUINO JR., A. E.; BAGNATO, V. S. **Condutas e inovações nos cuidados com feridas crônicas**. São Carlos: Edição online, 2024. Disponível em: <https://www2.ifsc.usp.br/portal-ifsc/wp-content/uploads/2024/07/Condutas-e-Inovacoes-nos-cuidados-com-Feridas-Cronicas>. Acesso em: 14 out. 2024.
- (10)MOREIRA, D. R. *et al.* Colostomia em dupla boca. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 2, p. 116. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/116527>. Acesso em: 14 out. 2024.
- (11)FERRARINI, K. R. *et al.* Fasceíte necrosante em região de tórax de recém-nascido. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 3735-3747, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/375903960_FASCEITE_NECROSANTE_EM_REGIAO_DE_TORAX_DE_RECEM_NASCIDO/fulltext/6561ea90b86a1d521b0b15af/FASCEITE-NECROSANTE-EM-REGIAO-DE-TORAX-DE-RECEM-NASCIDO. Acesso em: 14 out. 2024.

Recebido em 16/10/2024 • Aceito para publicação em 31/10/2024 • Publicado em 21/11/2024

Declaração de conflito de interesse: nenhum. • **Copyright:** O texto é de inteira responsabilidade dos autores quanto ao conteúdo, forma, opinião, respeito aos direitos autorais e demais aspectos.