

GANGRENA DE FOURNIER: Um Estudo de Caso

Ana Cristina Eberhardt¹
Fernanda Moraes¹
Rosane C. Gonçalves Mastella²

RESUMO

A Gangrena de Fournier é caracterizada por uma infecção polimicrobiana que evolui com fasciite necrotizante, afetando as regiões genital, perineal e perianal. Geralmente tem uma rápida evolução e pode complicar com sepse, falência de múltiplos órgãos e óbito. O presente trabalho tem por objetivo relatar um estudo de caso de um paciente, sexo masculino, 72 anos, em tratamento para Gangrena de Fournier e complicações sistêmicas. Este estudo foi realizado durante as atividades práticas do estágio em UTI do componente curricular Enfermagem em Saúde do Adulto III, no período de setembro de 2010, utilizando-se de revisão do prontuário para coleta de dados e realização do Histórico de Enfermagem. Além de ampliarmos os conhecimentos teórico-práticos e também o olhar clínico a respeito da patologia do paciente, percebemos que o caso relatado tem características que condizem em grande parte com a literatura sobre o tema.

Palavras-chave: Gangrena de Fournier; Fasciite Necrosante; Estudo de Caso

¹ Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem da Unijuí

² Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Intensivismo, Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Unijuí. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/UNIJUI. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Endereço eletrônico para correspondência: anacristinae@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Gangrena de Fournier é caracterizada por uma infecção polimicrobiana, causada por microorganismos anaeróbios e aeróbios que, atuando sinergicamente, determinam uma fasciíte necrosante, que acomete principalmente as regiões genitais, perineal e perianal. O processo infeccioso dá-se através de uma endarterite obliterante que leva a trombose dos vasos cutâneos e subcutâneos com conseqüente necrose da região. Sem tratamento, o processo pode estender-se rapidamente atingindo a região abdominal, dorsal e retroperitônio, bem como induzir a sepse, falência de múltiplos órgãos e levar à morte em mais ou menos 40 à 67% dos casos.

Conforme VAZ, VALE&VALE (2006), é uma doença geralmente descrita no sexo masculino, hoje não se restringe a estes, porém ainda com percentual elevado de 10 casos masculinos para um feminino, atingindo todas as faixas etárias, com maior prevalência em torno dos 50 anos. Sua incidência ainda é relativamente incomum. Os principais fatores de risco associados à Gangrena de Fournier são as doenças sistêmicas, como Diabetes Mellitus, com 40 a 60% de risco de desenvolvimento, alcoolismo (25 a 50%), hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e condições de imunossupressão tais como HIV +, tratamentos com quimioterapia, leucemia. Na maioria dos casos ocorre um processo infeccioso adjacente, embora em um número expressivo de pacientes a causa não possa ser determinada. Geralmente a porta de entrada é no trato urogenital, digestivo ou afecções cutâneas.

O quadro clínico é caracterizado por dor, eritema, edema e necrose do escroto ou região perineal e perianal, associada a febre e calafrios, pode ter drenagem de exudato com odor fétido. As manifestações cutâneas constituem a “ponta do iceberg”: externamente a lesão pode ser pequena, porém alastra-se rápida e agressivamente nos planos fasciais profundos. A falta de resposta ao tratamento de celulite pode ser um indício importante que requer atenção, é fundamental observar e suspeitar quando as manifestações ocorrem em indivíduos com fatores de risco, lembrando que ela pode ser a primeira manifestação do HIV. Alertar também quan-

do as manifestações clínicas (febre, toxemia, prostração, taquicardia), são desproporcionais às manifestações locais.

O tratamento visa à correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, ácido-básico e hemodinâmicos, utilizando antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento cirúrgico de emergência. Este último objetiva remover o tecido necrótico, interromper o processo infeccioso e minimizar os efeitos tóxicos, em média são necessários 3 a 4 procedimentos, e em alguns casos mais de 15. Para conter a contaminação por fezes ou urina, às vezes é indicado colostomia, cateterismo vesical ou cistostomia. A antibioticoterapia é coadjuvante, porém fundamental e deve abranger polimicroorganismos, deve ser iniciada empiricamente e após adequada ao antibiograma e culturas. Dois esquemas de ATB podem ser utilizados sendo o primeiro com uso de Metronidazol ou Clindamicina associado a Cefalosporina de 3ª geração ou aminoglicosídeos e segundo utilizando-se penicilinas inibidoras de 2-lactamase ou carbapenênicos. Para o curativo, podem ser utilizados vários produtos, por exemplo: colagenase (a enzima digere os tecidos necróticos), carvão ativado, açúcar, mel, papaína, hidróxido de magnésio, entre outros. Independente da substância, o principal aspecto relevante é a limpeza mecânica com solução fisiológica. Pode-se utilizar oxigenoterapia hiperbárica, como tratamento coadjuvante, terapia que facilita a cicatrização, exercendo um efeito sobre os microorganismos anaeróbios. Pode reduzir a necessidade de desbridamentos. Os principais fatores relacionados à mortalidade são o tempo decorrido entre o início dos sintomas e o tratamento cirúrgico; a extensão da necrose e as repercussões sistêmicas.

O presente estudo de caso faz referência a um paciente com diagnóstico de Gangrena de Fournier e compara os dados encontrados no paciente com o que traz a literatura sobre o assunto.

MÉTODOS

A metodologia utilizada constou de coleta de dados em prontuário e entrevista, realizada com a esposa e o filho mais velho do paciente, exame físico

realizado com o paciente, no leito 01 da Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Geral do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, na manhã do dia 29 de Setembro de 2010.

RELATO DE CASO

L.M, sexo masculino, 72 anos, casado, cinco filhos, aposentado. Há 13 anos descobriu ser portador de diabetes tipo II, iniciou tratamento com hipoglicemiantes orais, além de anti-hipertensivos. Dois anos atrás tornou-se necessário associar insulina NPH à medicação oral, em função das dificuldades em realizar os cuidados necessários, ele parou de trabalhar, aderiu mais ao tratamento, controlava mais a alimentação, porém não realizava atividades físicas por sentir dores nos MMII e dificuldade respiratória aos pequenos esforços.

Em torno de 15 dias antes da internação, o paciente começou a referir cansaço e mal estar geral, dor na região anal, que ele mesmo acreditava ser hemorróidas, problema do qual já sofria há alguns anos. Consultou na Unidade 24 horas do município. Não havendo melhora dos sintomas, e cada vez mais referindo mal estar e cansaço, dirigiu-se à Unidade Básica de Saúde do bairro onde o médico da unidade solicitou exames e internação investigatória. Como não havia leito disponível num hospital de médio porte da cidade, foi internado em um hospital de pequeno porte onde realizou exames de sangue, e iniciou tratamento com antimicrobianos para hemorróidas, segundo a esposa. Passaram-se 3 dias e o paciente não apresentava nenhuma melhora, apresentava febre, e referia fortes dores, persistindo o mal estar geral. Somente neste momento que o médico realizou exame físico, com o qual constatou já existir um abscesso na região perianal. Neste momento foi solicitada avaliação com um cirurgião geral que orientou a transferência para o hospital de médio porte, para realização da drenagem do abscesso e continuidade do tratamento. Lá foi realizado desbridamento cirúrgico da lesão, onde se diagnosticou Gangrena de Fournier, e que a lesão já se encontrava em estágio avançado internamente, sen-

do necessária uma intervenção agressiva. Foi necessário um tratamento intensivo com antibioticoterapia de amplo espectro.

O paciente apresentou complicações, como pneumonia e insuficiência renal aguda sendo necessária, durante o período de internação, a ventilação mecânica, traqueostomia e hemodiálise. Ao exame físico: pele clara, pálida, desidratada e descamativa, apresentando lesões do tipo úlceras por pressão. Couro cabeludo íntegro, sem lesões. Cabelos de coloração acinzentada, curtos, macios, com distribuição proporcional. Não apresenta alteração quanto ao tamanho e forma do crânio. Olhos simétricos, cílios bem distribuídos, as pálpebras abrem-se e fecham-se completamente. Pupilas isocóricas, fotorreagentes, mucosa palpebral umedecida. Orelhas limpas, sem secreções, alinhadas ao globo ocular. Ausência de processos inflamatórios. Aparenta acuidade auditiva normal. Nariz sem anormalidades, formato e tamanho normais. Não apresenta sujidade, coriza ou obstruções nasais. Mantendo SNG na narina esquerda para alimentação. Lábios rosados e secos. Cavidade oral desidratada, apresentando pequenas lesões na língua. Apresenta traqueostomia de cânula descartável, com pouca secreção traqueal de aspecto límpido. Sem presença de linfonodos palpáveis. Veias jugulares não distendidas. Tórax simétrico, à palpação não apresenta dor, nódulos ou abaulamentos. Apresenta acesso venoso de triplo lúmen em subclávia direita, com curativo limpo e sem secreções. Na ausculta do sistema respiratório, foram ouvidos murmúrios vesiculares sem achados anormais. Respiração em movimentos tóraco-abdominais simétricos profundos, com leve esforço respiratório. Sistema cardiovascular apresentando ausculta de bulhas normais e rítmicas. Pulso periférico forte e rítmico. Abdome de formato simétrico, globoso, sem abaulamentos. À ausculta intestinal, presença de ruídos hidroaéreos nos quadrantes superior e inferior esquerdo. Eliminações vesicais presentes em sistema de drenagem fechado, com Sonda Foley nº 18, drenando urina em média quantidade, de coloração amarelo ouro, com presença de fibrina em pequena quantidade. Apresenta pênis hiperemiado, uretra com secreção purulenta. Região do escroto apresentando-se edemaciada e hiperemiada. Região anal e da nádega com sinais caracte-

rísticos de infecção, com tecido necrótico e grande quantidade de esfacelos. Na nádega direita apresenta dreno de penrose drenando exudato purulento em grande quantidade. Nos membros superiores, apresentando edema nos antebraços e mãos e úlceras por pressão nos antebraços direito e esquerdo. Nos membros inferiores, apresenta edema nos pés, úlcera por pressão na região do calcâneo direito e esquerdo.

DISCUSSÃO

O caso relatado apresenta muitas semelhanças com o que se tem na literatura sobre Gangrena de Fournier. Mehl *et al.* (2010) relata que, em sua pesquisa, a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, a localização e extensão da lesão mais freqüente foi a perineal e todos foram submetidos à desbridamento cirúrgico. Costa *et al.* (2004) aponta como fator predisponente a diabetes mellitus, dentre outras doenças crônicas. Berindoague *et al.* (2001) aponta que para melhor evolução do quadro, o diagnóstico deve ser rápido e tratamento clínico deve ter início o mais breve possível após o diagnóstico, baseando-se em estabilização hemodinâmica, antibioticoterapia de amplo espectro, que deve ser adotada mesmo antes dos resultados das culturas. No caso do paciente L.M., o diagnóstico foi tardio pois se confundiu com outras afecções. Quando concluído o diagnóstico, iniciou tratamento que condiz com o que traz a literatura utilizando-se antibioticoterapia de largo espectro associada ao desbridamento radical do tecido necrosado e a curativos locais.

Diante do caso estudado, percebemos que esta é uma doença pouco conhecida, mas que tem aparecido com mais freqüência. Observa-se a dificul-

dade de diagnóstico, sendo que pode ser confundida com diversas outras patologias e o que chama atenção ainda, é a relevância de se ter um diagnóstico precoce e terapêutica adequada a fim de preservar estruturas atingidas pela Gangrena de Fournier e evitar sua disseminação e complicações sistêmicas.

CONCLUSÃO

Concluimos que o caso em questão tem características muito semelhantes e por momentos idênticas ao que é abordado na literatura, sendo este trabalho de grande importância na formação acadêmica, além de ampliarmos os conhecimentos teórico-práticos e o olhar clínico a respeito desta patologia.

REFERÊNCIAS

- BERINDOAGUE, D. et al. *Síndrome de Fournier*. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 76 Rio de Janeiro, 2001.
- COSTA, I.M.C et al. *Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos*. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, 2004.
- MEHL, A.A. et al. *Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 37. Rio de Janeiro 2010.
- VAZ, A. C. R.; VALE, M. L. F.; VALE, M. F. *Relato de caso: Gangrena de Fournier* Unimontes Científica, v. 8, num 1. 2006