

RELATO DE CASO

SÍNDROME DE FOURNIER EM IDOSO: UM RELATO DE CASO

FOURNIER SYNDROME IN ELDERLY: A CASE REPORT

Aloísio Gomes Barbosa Sobrinho¹; Thainá Vergínio Geraldelli¹; Evandro Leite Bitencourt¹; Raphael Guilherme D'Angelis Brandão¹; Guilherme Parreira Vaz¹; Joelma Amarão Galvão¹; Luciane Pereira de Cerqueira Braga¹; Juliana Silva Alves¹; Kariny Rodrigues de Oliveira²; Maurício Pereira da Silva Filho²; Pedro Manuel Gonzalez Cuellar^{1,2}.

RESUMO

Introdução: A síndrome de Fournier pode ser definida como uma fasciíte necrotizante que acomete as partes moles do períneo e parede abdominal, tendo início na genitália masculina com gangrena de evolução rápida, podendo acometer também mulheres e crianças. É caracterizada como infecção poli microbiana de bactérias Gram negativas, positivas e fungos. Pesquisas recentes mostram que essa síndrome possui maior incidência em pacientes entre 20 e 60 anos, com comorbidades que levam a predisposição, como: diabetes mellitus, trauma local, desnutrição dentre outras. **Descrição:** O presente relato de caso descreve a ocorrência dessa morbidade em um paciente do sexo masculino, diabético e residente no município de Palmas-TO. O mesmo foi admitido no Hospital Geral Público de Palmas com lesão em bolsa escrotal com áreas de necrose, sinais flogísticos e edema importante. Foram solicitados exames laboratoriais e encaminhado para realização de um desbridamento da região perineal abrangendo bolsa escrotal com orquiectomia esquerda e confecção de colostomia protetora, bem como envio de material para cultura e antibiograma. Além disso, iniciou-se isolamento e antibioticoterapia de amplo espectro na admissão (Ceftriaxona+ Metronidazol). Paciente seguiu com curativos diários de 12/12h com Papaína 5% e AGE. Após internação 5 dias em UTI, recebe alta para enfermagem com melhora clínica progressiva. **Conclusão:** Dessa forma, o relato de caso destaca a importância do início precoce do tratamento englobando três aspectos: estabilização inicial dos pacientes, antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento cirúrgico extenso de toda a área necrótica.

Descritores: Síndrome de Fournier. Infecção. Tratamento precoce.

 ACESSO LIVRE

Citação: Sobrinho AGB, Geraldelli TV, Bitencourt EL, Brandão RGD, Vaz GP, Galvão JÁ, Braga LC, Alves JS, Oliveira KR, Filho MP, Cuellar PMG (2021) Imunodeficiência comum variável: relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins, 8(3).

Instituição: 1Universidade Federal do Tocantins, Faculdade de Medicina, Palmas, TO, Brasil. 2Universidade Federal do Tocantins, Departamento de Cirurgia Geral, Palmas, TO, Brasil.

Autor correspondente: Evandro Leite Bitencourt; evandroleite7@gmail.com
Quadra 305 Sul, Rua 7, nº 2, Plano Diretor Sul, Palmas, Tocantins.

Editor: Rosa A. C. G. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 05 de novembro de 2021.

Direitos Autorais: © 2021 Bitencourt et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

ABSTRACT

Introduction: Fournier's syndrome can be defined as a necrotizing fasciitis that affects the soft tissues of the perineum and abdominal wall, beginning in the male genitalia with rapidly evolving gangrene, which can also affect women and children. It is characterized as poly microbial infection of Gram negative, positive bacteria and fungi. Recent research shows that this syndrome has a higher incidence in patients between 20 and 60 years of age, with comorbidities that lead to predisposition, such as: diabetes mellitus, local trauma, malnutrition, among others. **Description:** The present case report describes the occurrence of this morbidity in a male patient, diabetic and resident in the city of Palmas-TO. The same was admitted at the Hospital Geral Público de Palmas with a scrotum lesion with areas of necrosis, phlogistic signs and major edema. Laboratory tests were requested and sent for a perineal region debridement covering the scrotum with left orchiectomy and protective colostomy, as well as sending material for culture and antibiogram. In addition, isolation and broad-spectrum antibiotic therapy was initiated upon admission (Ceftriaxone + Metronidazole). The patient followed up with daily dressings of 12 / 12h with 5% papain and AGE. After 5 days in the ICU, he is discharged to the hospital with progressive clinical improvement. **Conclusion:** Thus, the case report highlights the importance of early treatment initiation encompassing three aspects: initial stabilization of patients, broad-spectrum antibiotic therapy and extensive surgical debridement of the entire necrotic area.

Keywords: Fournier's syndrome. Infection. Early treatment.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Fournier foi primeiramente descrito por Jean Alfred Fournier em 1883, o qual relatou 5 casos de gangrena em região escrotal em pacientes jovens sem causa aparente¹. Em seus relatos, ele descreve três aspectos fundamentais na síndrome: início abrupto, rápida progressão e ausência de agente causador específico^{2,3}.

A gangrena de Fournier é uma fasciíte necrotizante que acomete as partes moles do períneo e parede abdominal, tendo início na genitália masculina como gangrena de evolução rápida, podendo acometer, em poucos casos, também mulheres e crianças^{4,5}.

É descrita como infecção poli microbiana, podendo encontrar bactérias Gram negativas (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella sp*, *Pseudomonas*, *Bacteroides*, *Acinetobacter sp*), bactérias Gram positivas (*Estafilococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Clostridium*) e fungos⁶. Sendo causa identificável em 95% dos casos, que se inicia na genitália e períneo⁷. Sua fisiopatologia é marcada por endarterite obliterante levando a isquemia e trombose dos vasos, gerando, conseqüentemente, necrose da pele e tecido subcutâneo e adjacente^{8,9}.

Estudos recentes mostram que essa síndrome possui maior incidência em pacientes entre 20 e 60 anos, como comorbidades que levam a predisposição, como: diabetes mellitus, trauma local, desnutrição, alcoolismo crônico, trauma local, intervenção cirúrgica perineal ou perirretal, doenças colorretais e urológicas, imunossupressão, além de uso de drogas venosas^{6,10,11}.

A síndrome de Fournier é rara e mesmo com todo conhecimento fisiopatológico, permanece uma doença de alta morbi-mortalidade^{8,12,13}, visto que a terapia antimicrobiana e cuidados médicos não interferem tanto na história natural da doença¹⁴.

DESCRIÇÃO DO CASO

P.S.S, 56 anos, sexo masculino, pardo, residente em Palmas - TO, casado, diabético. Admitido no Hospital Geral Público de Palmas em outubro de 2019, com queixa de dor e edema testicular. No exame físico da admissão o paciente encontrava-se hemodinamicamente estável, consciente e orientado, abdômen inocente com lesão em bolsa escrotal com áreas de necrose, sinais flogísticos e edema importante. Foi realizado o primeiro atendimento do paciente, solicitado exames laboratoriais e encaminhado para procedimento no Bloco cirúrgico.

Foi realizado um desbridamento amplo da região perineal abrangendo bolsa escrotal com orquiectomia esquerda e confecção de colostomia protetora com alça do Colón Transverso, envio de material para cultura com Antibiograma (Figuras 1 e 2).

Figura 1: Aspecto da ferida após abertura.



Figura 2: Presença de coleção purulenta após abertura.



Solicitado vaga na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para pós operatório (PO) e isolamento, iniciado antibioticoterapia de amplo espectro na admissão (Ceftriaxona+ Metronidazol). Já em UTI no terceiro dia evoluiu com pequena necrose em região de bolsa escrotal necessitando de novo desbridamento realizado no leito. Paciente seguiu com curativos diários de 12/12h com Papaína 5% e AGE.

Após internação 5 dias em UTI recebe alta para enfermaria com melhora clínica progressiva e da cicatrização da FO (Figura 3). Recebe alta com 22 dias com retornos agendados para avaliação da FO ambulatorialmente.

Figura 3: Aspecto da ferida operatória após 5 dias de procedimento cirúrgico.



DISCUSSÃO

O paciente do presente relato de caso é portador de diabetes mellitus, doença considerada fator de risco para desenvolvimento da Síndrome de Fournier¹⁴. Como descrito na literatura, a síndrome se manifestou de maneira rápida e o diagnóstico precoce contribuiu para que o paciente não tivesse um mau prognóstico¹⁵.

Nesse sentido, o diagnóstico desta morbidade é clínico e deve ser o mais precoce possível¹⁵. O tratamento deve ser iniciado rapidamente, englobando três aspectos: estabilização inicial dos pacientes, antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento cirúrgico extenso de toda a área necrótica, com realização de estomas quando preciso, e com troca de curativos diários^{15,16}.

As duas primeiras condutas são de suma importância, porém não devem atrasar o tratamento cirúrgico¹⁶. Há autores que preconizam antibioticoterapia combinada devido ao sinergismo poli microbiano de bactérias aeróbias, principalmente *Streptococcus* sp, com as anaeróbias, produzindo vasculite com êmbolos sépticos¹⁶.

É interessante compreender que a Síndrome de Fournier continua ainda como uma afecção clínica grave, que

provoca amplas deformidades, requerendo diversas intervenções e hospitalização prolongada¹⁷. Além disso é ainda responsável por mortalidade elevada¹⁷. E é necessário que haja uma intervenção rápida, com tratamento mais agressivo para abaixar esse índice¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Fournier é uma grave afecção que necessita de diagnóstico precoce para que uma correta abordagem possa ser conduzida. O relato de caso permitiu evidenciar que as medidas terapêuticas como rápida intervenção, desbridamento precoce e antibioticoterapia de amplo espectro, juntamente com abordagem multidisciplinar são extremamente eficazes no controle da doença. Tais condutas integradas permitem a reconstrução cirúrgica das áreas atingidas e contribuem para a baixa mortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Fournier AJ. Etude clinique de le gangrene foudroyante de la verge. *Semaine Med.* 1884;4:69.
- 2- Lee C, Oh C. Necrotizing fasciitis of genitalia. *Urology.* 1979;13(6):604-6.
- 3- Ledingham IM, Tehrani MA. Diagnosis, clinical course and treatment of acute dermal gangrene. *Br J Surg.* 1975;62(5):364-72
- 4- Korhonen K, Hirn M, Niinikoski J. Hyperbaric oxygen in the treatment of Fournier's gangrene. *Eur J Surg.* 1998;164(4):251-5.
- 5- Basoglu M, Gül O, Yildirgan I, Balik AA, Ozbey I, Oren D. Fournier's gangrene: review of fifteen cases. *Am Surg.* 1997;63(11):1019-21.
- 6- Candelária PAP, Klug WA, Capelhuchnik P, Fang CB. Síndrome de Fournier: análise dos fatores de mortalidade. *Rev Bras Colo-proctol.* 2009;29(2):197-202.
- 7- Klič A, Aksoy Y, Klič L. Fournier's gangrene: etiology, treatment and complications. *Ann Plast Surg.* 2001;47(5):523-7.
- 8- Norton KS, Johnson LW, Perry T, Perry KH, Sehon JK, Zibari GB. Management of Fournier's Gangrene: an eleven year retrospective analysis of early recognition, diagnosis and treatment. *Proceedings of the 70th Annual Meeting of the Southeastern Surgical Congress; 2002 Feb 3-4; Nashville, Tennessee: ETATS-UNIS; 2002. p. 709-13.*
- 9- Vick R, Carson CC 3rd. Fournier's disease. *Urol Clin North Am.* 1999;26(8):841-9.
- 10- Mehl AA, Nogueira Filho DC, Mantovani LM, Grippa MM, Berger R, Krauss D, et al. Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba. *Rev Col Bras Cir.* 2010;37(6):435-41.
- 11- Andrade ACH, Amarante MTJ, Ferreira MC, Lodovici O. Cirurgia reparadora na sequela da síndrome de Fournier. *Rev Assoc Med Bras.* 1991;37(1):22-6.
- 12- Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. *Br J Surg.* 2000;87(6):718-28.
- 13- Stephens BJ, Lathrop JC, Rice WT, Gruenberg JC. Fournier's gangrene: historic (1764-1978) versus contemporary (1979-1988) differences in etiology and clinical importance. *Am Surg.* 1993;59(3):149-54.

13. 14- Yaghan RJ, Al-Jaberi TM, Bani-Hani I. Fournier's gangrene: changing face of the disease. *Dis Colón Rectum*. 2000;43(9):1300-8.
14. 15- Guimarães IR et al. Síndrome de Fournier: Relato de Caso. *Braz. J. Hea. Rev., Curitiba*, v. 2, n. 6, p.5364-5370 nov./dec. 2019.
15. 16- Hoffman AL et al. Síndrome de Fournier: Relato de Caso. *Arquivos Catarinenses de Medicina - Volume 38 - Suplemento 01 – 2009*.
16. 17- Dornelas MT et al. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. *Rev. Bras. Cir Plást.* 2012;27(4):600-4.