

Relato de caso: Síndrome de Fournier consequente a carcinoma de canal anal

Case Report: Fournier syndrome due to anal carcinoma

DOI:10.34119/bjhrv3n6-073

Recebimento dos originais: 19/10/2020

Aceitação para publicação: 18/11/2020

Gabrielly Bertoldi Silva

Residente do segundo ano em pré-requisito de cirurgia básica pela Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Instituição: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Endereço: Rua Doutor Júlio Cardoso, 1826, Bairro Centro – Franca, São Paulo, CEP: 14400-730

E-mail: gabybertoldi@gmail.com

Maria Paula de Paula Nascimento

Residente do segundo ano em pré-requisito de cirurgia básica pela Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Instituição: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Endereço: Rua Doutor Júlio Cardoso, 1826, Bairro Centro – Franca, São Paulo, CEP: 14400-730

E-mail: nmariapaulan@gmail.com

Maria Clara Nóbrega Pereira

Residente do segundo ano em pré-requisito de cirurgia básica pela Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Instituição: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Endereço: Rua Professor Dário Veloso, 361, Vila Isabel – Curitiba, Paraná, CEP: 80320-050

E-mail: mclaranobrega@gmail.com

Alessandra Bassinello Migliari

Graduando em Medicina, pela Universidade de Franca

Instituição: Universidade de Franca

Endereço: Rua Dom Pedro II, 228, Vila Setti – Jacarezinho, Paraná, CEP: 86400-000

E-mail: alessandrab_08@hotmail.com

Isadora Cecílio Name Teles

Graduando em Medicina, pela Universidade de Franca

Instituição: Universidade de Franca

Endereço: Rua Padre Anchieta, 1563, Bairro Centro – Franca, São Paulo, CEP: 14400-740

E-mail: isadora.cecteles@gmail.com

Paulo Gabriel de Melo Rosa Oliveira

Graduando em Medicina, pela Universidade de Franca

Instituição: Universidade de Franca

Endereço: Rua João da Silva Ranhel, 1850, Nuc. Agr. Alpha - Franca, São Paulo, CEP: 14403-175

E-mail: paulogabrielmro@gmail.com

Bruna Lima Daher

Cirurgiã Geral da Santa casa de Franca

Instituição: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca

Endereço: Rua Professora Maria Faleiros, 1495, Bairro Vila Industrial - Franca, São Paulo, CEP: 14403-363

E-mail: brunadaher@gmail.com

RESUMO

O tumor de canal anal evolui com importante morbidade, tendo a relação de morbi-mortalidade com a localização, extensão e tempo de evolução da doença. A associação com a Gangrena de Fournier é rara, pouco descrita na literatura e mais complexa no sentido de possibilidades terapêuticas. O presente relato demonstra um caso de câncer de canal anal tipo basalóide complicado com síndrome de Fournier e uma revisão bibliográfica a fim de contribuir com o conhecimento da comunidade a respeito dessa enfermidade e de sua evolução rara e possivelmente letal.

Palavras-chave: Gangrena de Fournier, Carcinoma, câncer anal.**ABSTRACT**

The anal canal tumor evolves with important morbidity, with a morbidity-mortality relationship with the location, extent and time of the disease's evolution. The association with Fournier's Gangrene is rare, little described in the literature and more complex in terms of therapeutic possibilities. The present report demonstrates a case of basaloid anal canal cancer complicated with Fournier syndrome and a literature review in order to contribute to the community's knowledge about this disease and its rare and possibly lethal evolution.

Keywords: Fournier Gangrena, Carcinoma, Anal cancer**1 INTRODUÇÃO**

O câncer de canal anal é pouco frequente, correspondendo a 2% das neoplasias de intestino grosso e a 4% de todas as neoplasias malignas do trato digestivo baixo. Possui maior prevalência no sexo feminino, na proporção de 2 mulheres para 1 homem, entre os 60 a 70 anos (1). O vírus do papiloma humano (HPV) é fortemente associado à sua origem, o que leva a presença de condiloma anal, história de doenças sexualmente transmissíveis, múltiplos parceiros sexuais, história de câncer cervical, vulvar ou vaginal a serem fatores de risco, além de imunossupressão e tabagismo (2).

A clínica e a gravidade do caso dependem da extensão e localização tumoral. Lesões menores que 2 cm têm cerca de 80% de probabilidade de resposta ao tratamento, enquanto tumores maiores que 5 cm tem menos de 50% de cura, por serem invasivos e cursarem com maior comprometimento de cadeias linfonodais. Quanto à localização, os tumores que surgem na borda anal são classificados como lesões dermatológicas, com tratamento mais simples por excisão local. Já os tumores de canal anal ou na zona de transição do canal anal com o reto recebem atenção

cirúrgica mais agressiva. O carcinoma epidermóide é o câncer anal mais comum, enquanto cloacogênicos, escamosos, epitelióides e basalóides, como da paciente, são mais raros. (2)

Cerca de 20% dos pacientes são assintomáticos, entretanto, dor associada à sensação de tumoração anal e sangramento são os sintomas e sinais mais frequentes, respectivamente. Lesões verrucosas perianais são encontradas em 50% dos homens homossexuais com câncer anal e 20% das mulheres e homens não homoafetivos (2).

A Síndrome de Fournier, ocasionada pela neoplasia colorretal da paciente, é uma infecção polimicrobiana (aeróbicos e anaeróbicos), que evolui com fascíte necrosante de forma rápida e progressiva, principalmente em região genital e perineal. A evolução leva à trombose vascular, cutânea e subcutânea, com conseqüente necrose (3).

A gangrena de Fournier afeta pacientes da segunda à sexta décadas de vida que têm alguma comorbidade prévia, como desnutrição, sepse ou condições imunossupressoras (diabetes mellitus, alcoolismo crônico, uso de quimioterápicos, leucemias), além de patologias colorretais (apendicite, diverticulite, úlcera, doença inflamatória intestinal e neoplasia colorretal avançada) e urogenitais (estenose uretral e adenocarcinoma de próstata avançado), pós operatório (herniorrafia, hemorroidectomia, orquiectomia, prostatectomia, vasectomia), uso de instrumentação urológica, uso de medicações endovenosas e trauma perineal (3) (5). Embora citado na literatura, o câncer colorretal não é encarado na prática clínica como uma afecção amplamente correlacionada à síndrome de Fournier, embora toda manifestação oncológica desencadeie um quadro de imunossupressão no paciente.

2 JUSTIFICATIVA

O tumor de canal anal evolui com importante morbidade, tendo a relação de morbimortalidade com a localização, extensão e tempo de evolução da doença. A associação com a Gangrena de Fournier é rara, pouco descrita na literatura e mais complexa no sentido de possibilidades terapêuticas (4). Desta maneira, visto a escassez de dados de literatura, este relato de caso contribuirá para a disseminação do conhecimento quanto ao diagnóstico e as condutas clínicas para casos semelhantes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Relatar um caso de câncer de canal anal complicado com síndrome de Fournier a fim de contribuir com o conhecimento da comunidade a respeito dessa enfermidade e de sua evolução rara e possivelmente letal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisão bibliográfica sobre carcinoma de canal anal e sua associação com Fournier, atribuindo os dados do caso clínico apresentado.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo Relato de Caso, sendo realizado de forma retrospectiva, com informações colhidas diretamente do prontuário da paciente, incluindo notas clínicas e resultados de exames complementares.

Apresenta como risco o desconforto da família à exposição da patologia da paciente já falecida. Porém, a concordância com o Termo de Responsabilidade do Pesquisador garante o sigilo dos dados coletados e preserva a identidade e o direito de se desvincular do trabalho a qualquer momento.

Em contrapartida, o relato de caso tem como finalidade expor à comunidade científica a possibilidade de uma apresentação incomum da neoplasia de canal anal com fascíte necrotizante, alertando a necessidade de realização de biópsias em áreas suspeitas para averiguar a associação entre as patologias.

5 RELATO DO CASO

Paciente, feminina, 67 anos, acamada devido à amputação transfemoral bilateral traumática e acidental há quatorze anos. Admitida no Pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Franca, com quadro de ulceração sacral infectada concomitante à febre, queda do estado geral e confusão mental. Referiu que há cerca de três meses estava apresentando dor em região sacral, diária, de intensidade progressiva, associado ao sangramento local há 1 mês. Negava outras comorbidades.

Ao exame físico, apresentava-se: mau estado geral; sonolenta; hipocorada 3+/4+; desidratada +/4+; febril (38,4°C); eupneica, com murmúrio vesicular presente e sem ruídos adventícios; hipotensão e taquicardia sinusal; abdômen com ruídos hidroaéreos presentes,

normotimpânico, normotenso e indolor à palpação; presença de lesão ulcerada extensa em região interglútea com extensão para região perineal e proximal das coxas, de aspecto necrótico, com saída de secreção purulenta fétida em grande quantidade.

Aos exames laboratoriais, evidenciava-se anemia microcítica e hipocrômica (hemoglobina 7 g/dL), leucocitose 12100 com 24% bastões e 66,7% segmentados, plaquetas 299 mil mm³, PCR 166,1, ureia 169 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL e INR 2,22.

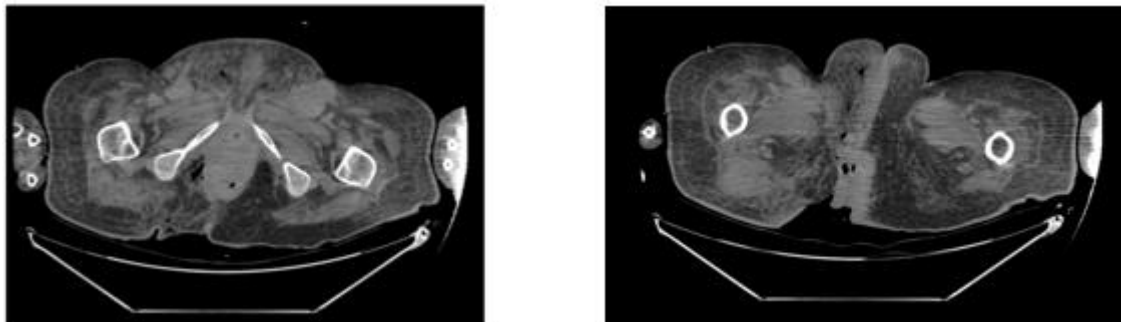
Indicada abordagem cirúrgica e realizada compensação clínica pré-operatória com hemotransfusão, expansão volêmica e protocolo de sepse, com a solicitação de duas amostras de hemoculturas e uma amostra de urocultura e início de antibioterapia empírica - ceftriaxona e metronidazol.

Submetida à drenagem de abscesso da região perianal à esquerda até região glútea, sob raqui-anestesia, com saída de pequena quantidade de secreção amarelada, de odor fétido. Realizada necrosectomia e limpeza local, hemostasia e curativo compressivo com colagenase. Identificada comunicação entre a área de drenagem e região supra-púbica através do subcutâneo. Além disso, visualizadas e biopsiadas duas lesões vegetantes em região perianal à direita, de cerca de cinco centímetros cada, e outra lesão polipoide, pedicular, de cerca de três centímetros, em região dos grandes lábios à esquerda. Manteve-se estável hemodinamicamente durante o procedimento. Paciente encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no pós-operatório imediato, mantendo a antibioticoterapia empírica.

No primeiro pós-operatório, devido à piora do estado geral e à presença de dor abdominal associada a progressiva extensão de área necrótica e saída de secreção purulenta em ferida operatória, ampliado espectro antimicrobiano para piperacilina e tazobactam, solicitada tomografia de abdome total e indicada reabordagem cirúrgica.

À tomografia de abdome total sem contraste (dada à função renal alterada), evidenciou-se derrame pleural de pequeno volume bilateral, lesão ulcerada em região da nádega à direita, com enfisema de partes moles estendendo-se para a gordura perineal e periretal também a direita que poderia corresponder a gangrena gasosa, além de edema difuso de aspecto linfático, envolvendo o subcutâneo, e discreta quantidade de líquido livre nos recessos pélvicos.

Figuras: Tomografia de abdome total sem contraste, em corte axial.



Sob anestesia geral, submetida a debridamento do tecido necrótico em região perianal e a biópsia de lesão de canal anal de aspecto vegetativo. Devido a extensão e comunicação com região supra-púbica, realizada laparotomia exploradora, na qual evidenciou-se secreção purulenta na pelve e foi optado por realizar transversostomia em alça em flanco esquerdo além de debridamento e limpeza exaustiva. Paciente manteve-se instável hemodinamicamente durante o procedimento, necessitando de drogas vasoativas, e também dependente de suporte ventilatório, sendo encaminhada à UTI onde evoluiu para óbito no primeiro dia pós-operatório da reabordagem.

As amostras de culturas resultaram negativas. O anatomopatológico da primeira abordagem constatou carcinoma basocelular nodular com focos ceratinizante, enquanto que o da segunda, carcinoma de células escamosas de padrão basaloide.

REFERÊNCIAS

- 1) Lucena MT, Barros A, Booz A, Loyo C, Uchôa C, Roeler E. Tratamento com radio e quimioterapia do carcinoma epidermóide do canal anal: experiência do hospital Barão de Lucena. Rev bras. colo-proctol, v. 30, n. 2, 2010.
- 2) SANTOS, J. C. M. J. Câncer Ano-Reto-Cólico - Aspectos Atuais: I – Câncer Anal. RevbrasColoproct, vol 27, n 2, p. 219-223, 2007.
- 3) AZEVEDO, C. C. S. F.; ARAUJO, A. N. L.; MARIN, C. V.; BALDI, D.; ALVES, J. P. F. Síndrome de Fournier: um artigo de revisão. Disponível em: periodicos.univag.com.br > CONNECTIONLINE > article > download [acesso em 16 out 2019].
- 4) YOSHINO, Y.; FUNAHASHI, K.; OKADA, R.; MJURA, Y.; SUZUKI, T.; KODA, T. Gangrena grave de Fournier em paciente com câncer retal: relato de caso e revisão de literatura. Mundo J SurgOncol, v 14, n 1, p. 234, 2016.
- 5) MOREIRA, D.R.; GONÇALVES, A. L. S.; AUCELIO, R. S.; SILVA K. G. Terapêutica cirúrgica na síndrome de Fournier: relato de caso. Rev Med (São Paulo), v. 96, n 2. p. 116-120, 2017.