



Síndrome de fournier em paciente submetido a prostatectomia transvesical

Rafael de Cunto Romero (1), Felipe Domingues de Vasconcelos (1), Conrado Garrigos Pascini (1), Caio Lyra, Guilherme Cardinali Barreiro (1), Luis Augusto Seabra Rios (1)

(1) Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil

» Resumo

OBJETIVO: RELATAR O CASO DE UM PACIENTE ADMITIDO COM SÍNDROME DE FOURNIER APÓS SER SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL. ABORDAR ASPECTOS REFERENTES A AVALIAÇÃO CLÍNICA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

RELATO DE CASO: PACIENTE MASCULINO DE 69 ANOS, DIABÉTICO, QUE FOI SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL, EVOLUINDO COM INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO E POSTERIORMENTE A SÍNDROME DE FOURNIER. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR, CONTENDO DIVERSAS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS PARA CORREÇÃO DAS COMPLICAÇÕES ORIUNDAS DA INFECÇÃO.

CONCLUSÃO: A SÍNDROME DE FOURNIER É UMA PATOLOGIA DE GRAVES REPERCUSSÕES CLÍNICAS QUANDO NÃO DIAGNOSTICADA E TRATADA PRECOCEMENTE. O ALTO ÍNDICE DE SUSPEIÇÃO, ALIADO A INTERVENÇÃO PRECOCE, BEM COMO O TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR SÃO FATORES QUE INFLUENCIAM NOS DESFECHOS CLÍNICOS DOS PACIENTES.

Palavras chaves:

síndrome de fournier; urologia; tratamento multidisciplinar; cirurgia plástica; câmara hiperbárica

INTRODUÇÃO

A Gangrena de Fournier é uma infecção necrotizante polimicrobiana, que pode acometer a região perianal, perineal ou genital. Incide principalmente em indivíduos do sexo masculino (10: 1), podendo também ocorrer em mulheres e crianças (1). É uma patologia rara, tendo incidência de 1.6 / 100.000 homens, com pico entre a quinta e sexta décadas de vida (2). Apesar dos avanços na abordagem terapêutica, mantém altas taxas de mortalidade, atingindo níveis entre 3 a 67% dos casos (3).

O caso relatado a seguir visa demonstrar a evolução e o tratamento de um paciente transferido ao serviço de Urologia do HSPE - SP com Gangrena de Fournier após realização de Prostatectomia Transvesical. Visa discutir a evolução bem como a condução dessa patologia que possui altos índices de morbidade e mortalidade, quando não tratadas adequadamente.

RELATO DE CASO

A.N. 69 anos, sexo masculino, diabético e ex-tabagista, transferido ao HSPE dia 26/10/2016, em 9º PO de Prostatectomia Transvesical Laparotômica (Anatomopatológico PTV: Espécime pesando 67 g demonstrando hiperplasia de ambos os componentes - estroma e glândulas - sem atipias) e 1º PO de drenagem de coleção em bolsa testicular. Foi admitido no setor de emergência em REG, taquicárdico (102 bpm), dispnéico, sendo observada saída de secreção seropurulenta por ferida operatória. Exames laboratoriais de entrada demonstravam leucocitose (18.35mil) e aumento de PCR (14.63 mg/dl), sem outras alterações (Figura 1).

Figura 1. Foto da admissão 26/10/16



Foi indicado abordagem com desbridamento em centro cirúrgico, verificando-se que a área cruenta testicular comunicava-se com o espaço pré-vesical drenando secreção urinosa através do mesmo. Realizado amplo desbridamento em bolsa testicular, seguido de acesso infraumbilical para exploração do espaço de Retzius. Identificada fístula urinária na região da cúpula vesical,

com intensa reação inflamatória. Feita lavagem e drenagem da cavidade e mantidas as sondas uretral e a cistostomia (Figura 2).

Figura 2. POI desbridamento 26/10/16



Equipe multidisciplinar foi envolvida no tratamento, com realização de curativo diário pela Estomaterapia (inicialmente com Carvão Ativado e posteriormente com Hidrogel), suporte imunonutricional pela equipe de Nutrição, antibioticoterapia (Meropenem, Vancomicina e Metronidazol) sob orientação da Infectologia, controle glicêmico pela Endocrinologia além de dez sessões em Câmara Hiperbárica. Paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial, com controle satisfatório do foco infeccioso. Todavia persistiu com alto débito da fístula urinária, sendo indicado novo procedimento cirúrgico, o qual fora realizado dezesseis dias após.

No intraoperatório havia moderada quantidade de líquido em espaço perivesical e orifício fistuloso de aproximadamente dois centímetros em cúpula vesical. Realizada abertura da bexiga em local de incisão prévia para melhor exposição. Não foram identificados outros pontos de perfuração. Realizada cistostomia e sutura vesical em dois planos com pontos separados de Vycril 2-0 (Figura 3).

Passados 39 dias de tratamento clínico otimizado e com resolução de fístula vesical, foi discutido com a equipe da Cirurgia Plástica a confecção de retalho miocutâneo de músculo vasto-lateral da coxa (Figura 4).

Figura 3. Aspecto da ferida 14 po rafia vesical e redesbridamento - 24/11/16



Figura 5 & 6. POT dois meses Retalho Antero Lateral coxa esquerda.



Figura 4. POI Retalho Antero Lateral coxa esquerda



O paciente foi de alta no décimo dia pós-operatório, sem cistostomia, com retorno ambulatorial precoce, permanecendo com cuidados multidisciplinares após as intervenções. No retorno ambulatorial foi retirada a sonda uretral e examinada a região enxertada, que estava em boas condições de cicatrização e sem sinais infecciosos. Atualmente está sendo acompanhado pela Urologia, mantendo diurese via uretral (Figura 5 & 6).

DISCUSSÃO

Descrita pela primeira vez em 1883, pelo médico dermatologista Jean Alfred Fournier, a síndrome de Fournier se origina de infecções de pele, uretra e anorretal. A etiologia está associada a condições que reduzam a imunidade sendo mais

comum o diabetes mellitus seguido por alcoolismo, traumas, imunossupressão pós-transplantes, infecções geniturinárias, SIDA (4) e neoplasias malignas (5).

Está associada ao crescimento de flora bacteriana mista, composta por aeróbios e anaeróbios, que possuem atividade sinérgica. Há produção de gás, que é oriundo do metabolismo de bactérias anaeróbias, acumulando-se no espaço subcutâneo, podendo ser palpado através do exame físico. Pode também ser detectado por meio de exames de imagem como Ultrassonografia (USG), Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética ou até mesmo Radiografia. A USG pode ser útil em casos de pacientes com suspeita de SF, sendo exame de fácil reprodução, custo-efetivo e rápida avaliação.

Em cerca de 95% dos casos é possível identificar o sítio infeccioso (6), sendo mais comum o trauma, seguido por infecções do trato geniturinário e anorretal. Com a evolução infecciosa do sítio primário há disseminação para a parede abdominal, levando a trombose vascular, que é secundária a endarterite obliterante, o que promove crescimento e disseminação bacteriana através de espaços previamente estéreis (7). Via de regra, essa disseminação poupa pênis e testículos devido a barreira anatômica composta pela fâscias de Dartos no pênis e escroto, Colles no períneo e Scarpa na parede abdominal anterior.

O diagnóstico da síndrome de Fournier é essencialmente clínico e se caracteriza por 4 fases distintas (8). A primeira fase dura entre 24 e 48h e se mostra de forma insidiosa, com prurido, edema e endurecimento do local acometido. A segunda fase tem duração mais curta e é denominada invasiva, apresentando sinais flogísticos locais, podendo ocorrer episódios febris. Na terceira fase há necrose tecidual, com agravamento do estado geral e evolução para choque séptico em 50% dos casos. Na quarta fase ocorre a restauração dos tecidos necrosados, com cicatrização lenta, inicialmente com granulação profunda e posteriormente com epiteliação que pode levar meses.

O tratamento deve ser prontamente realizado, envolvendo abordagem cirúrgica e antibioticoterapia de amplo espectro. Evidências demonstram que há progressão de 2-3 cm/h de comprometimento tecidual, revelando a importância da agilidade na tomada de decisão (9). O desbridamento deve ser amplo, excisando todos os tecidos desvitalizados e deixando a ferida aberta. Após 24 - 48h o aspecto local deve ser reavaliado e caso haja tecido necrótico ou progressão da

infecção, uma nova abordagem deve ser realizada. Derivações urinárias suprapúbicas e confecção de colostomias podem se fazer necessárias (10).

No caso descrito, notamos que na admissão, a primeira abordagem se mostrou inadequada, tendo em vista o não desbridamento amplo, além do fechamento primário do leito cirúrgico. A conduta de desbridamento precoce, realização de cistostomia e revisão devido a evolução desfavorável foram seguidas de acordo com a literatura vigente (11).

Na condução posterior foi optado por sessões de câmara hiperbárica, algo não padronizado no tratamento de recuperação da ferida. Há trabalhos que mostram utilidade no manejo de pacientes com Síndrome de Fournier, demonstrando melhora na recuperação (12). Além disso, foi optado pela rotação de retalho miocutâneo de músculo vasto lateral da coxa para cobertura da área cruenta, com poucos casos similares publicados na literatura.

CONCLUSÃO

A síndrome ou gangrena de Fournier é uma condição rara, caracterizada pelo início agudo e progressão fulminante para sepse com altos índices de morbi-mortalidade. A abordagem multidisciplinar, posteriormente à intervenção cirúrgica inicial se mostra fundamental diante da complexidade de disfunções que podem ocorrer, bem como no controle infeccioso local.

Terapia com câmara hiperbárica adjuvante tem se mostrado efetiva na redução do tempo de internação (13), melhora do aspecto da lesão e controle da infecção, sendo usada como terapia de ponte para posteriores reconstruções com retalhos miocutâneos, por exemplo.

Este relato de caso também demonstra a evolução desfavorável quando se faz a abordagem primária com fechamento da bolsa testicular, reiterando a importância do amplo desbridamento e cicatrização do leito cirúrgico por segunda intenção. No paciente em questão, foi optado juntamente à equipe de cirurgia plástica, pela rotação de retalho miocutâneo de músculo vasto-lateral com boa evolução após tratamento tópico e sistêmico.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.



REFERÊNCIAS

1. Thwaini A, Khan A, Malik A, Cherian J, Barua J, Shergill I, et al. Fournier's gangrene and its emergency management. *Postgrad Med J*. 2006;82:516-9.
2. Benjelloun el B, Souiki T, Yakla N, Ousadden A, Mazaz K, Louchi A, et al. Fournier's gangrene: our experience with 50 patients and analysis of factors affecting mortality. *World J Emerg Surg*. 2013;8:13.
3. Ersay A, Yilmaz G, Akgun Y, Celik Y. Factors affecting mortality of Fournier's gangrene: review of 70 patients. *ANZ J Surg*. 2007;77:43-8.
4. Paty R, Smith AD. Gangrene and Fournier's gangrene. *Urol Clin North Am*. 1992;19:149-62.
5. Smith GL, Bunker CB, Dinneen MD. Fournier's gangrene. *Br J Urol*. 1998;81:347-55.
6. Schechter SC, McAninch JW, Schechter WP. Subcutaneous unilateral testicle implantation following contralateral orchiectomy and radical debridement for Fournier's gangrene: 24-year follow-up. *J Trauma*. 2008;65:476-8.
7. Morpurgo E, Galandiuk S. Fournier's gangrene. *Surg Clin North Am*. 2002;82:1213-24.
8. Cakmak A, Genç V, Akyol C, Kayaoğlu HA, Hazinedaroğlu SM. Fournier's gangrene: is it scrotal gangrene? *Adv Ther*. 2008;25:1065-74.
9. Torremadé Barreda J, Millán Scheiding M, Suárez Fernández C, Cuadrado Campaña JM, Rodríguez Aguilera J, Franco Miranda E, et al. [Fournier gangrene. A retrospective study of 41 cases]. *Cir Esp*. 2010;87:218-23.
10. Oktar SO, Yucel C; Ercan NT, Çaplan D, Ozdemir H. Fournier's gangrene: U.S. and M.R.I. imaging findings. *Eur J Radiol Extra*. 2004;4:81-7.
11. Jallali N, Withey S, Butler PE. Hyperbaric oxygen as adjuvant therapy in the management of necrotizing fasciitis. *Am J Surg*. 2005;189:462-6.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Rafael de Cunto Romero, MD.
Hospital do Servidor Pública Estadual (IAMSPE)
Av. Ibirapuera, Nº 981, Vila Clementino
São Paulo, SP - CEP: 04029-000
Tel.: (11) 5082-4729
E-mail: ceucoordenadora@uol.com.br