

Artigo Multiprofissional – Enfermagem

Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital filantrópico de Salvador



Darlene Silva Azevedo¹

RESUMO

INTRODUÇÃO: a Gangrena de Fournier (GF) é uma doença pouco diagnosticada, com alto índice de morbimortalidade. As causas podem ser idiopáticas ou estar associada a fatores predisponentes, entre estes, o trauma local. As manifestações clínicas caracterizam-se por lesões mínimas até comprometimento dos planos fasciais profundos. Estabelecendo o diagnóstico, a conduta inicial é a estabilização do paciente, o uso do antibiótico de largo espectro, seguido do desbridamento cirúrgico até a segunda parte do tratamento, que consiste na terapia nutricional e, principalmente, nos cuidados com a ferida. **OBJETIVO:** relatar o caso de um paciente com diagnóstico de Fratura de Quadril decorrente de acidente automobilístico, que evoluiu com GF, em um Hospital Filantrópico de Salvador (HFS), visando discutir os aspectos relacionados ao manejo de enfermagem referente à área afetada, para bom êxito no processo cicatricial da lesão. **MÉTODO:** trata-se de um relato de caso, referente a um paciente com GF, interno da UTI de um HFS, avaliando a evolução clínica e complicações durante o manejo de enfermagem na região afetada. **RESULTADOS:** a GF para uma evolução favorável é o reconhecimento precoce, o desbridamento cirúrgico, acompanhados de uma terapia com antibióticos de amplo espectro e o manejo da enfermagem referente aos cuidados com as lesões. **CONCLUSÃO:** apesar da gravidade da GF, medidas terapêuticas já adotadas, juntamente com o manejo da equipe de enfermagem nos cuidados com o paciente e, em especial, com a ferida, demonstraram-se bastante eficazes no controle da doença, permitindo reconstrução cirúrgica das áreas atingidas, a fim de diminuir a morbimortalidade da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Gangrena de Fournier; cuidados de enfermagem; enfermagem.

KEY WORDS: Fournier Gangrene; nursing care; nursing.

INTRODUÇÃO

A Gangrena de Fournier é uma doença pouco diagnosticada, com alto índice de morbimortalidade, descrita inicialmente por Baurienne, em 1764, e posteriormente pelo urologista francês J. A. FOURNIER em 1883. Recebeu o nome de Síndrome de Fournier, em homenagem ao urologista francês Jean Alfred Fournier, que a descreveu com detalhes em dois trabalhos publicados em 1863 e 1864¹. A Síndrome de Fournier é descrita na literatura como infecção polimicrobiana, causada por bactérias aeróbias e anaeróbias, que atuam de maneira sinérgica, levando a uma fascite necrotizante, rapidamente progressiva, que acomete a genitália, região perianal e a região perineal². Esta síndrome está classificada em primária, quando uma causa inicial não é identificada, e secundária, quando fatores causadores são previamente identificados³. A síndrome de Fournier inicialmente era descrita na literatura como uma síndrome exclusivamente do sexo masculino, sendo que atualmente continua apresentando incidências elevadas em homens, porém não sendo uma patologia exclusiva do público masculino, pois já existem também casos descritos sobre necrose vulvar^{4,5}. Ela é caracterizada por uma endarterite obliterante, seguida de uma isquemia e trombose dos vasos subcutâneos, que resultam em necrose da pele e tecido celular subcutâneo adjacente⁶, sendo o último secundário a uma isquemia local e efeito sinérgico das bactérias, mesmo antes da evidência de eritema, crepitação e formação de bolhas. As causas podem ser idiopáticas ou estar associadas a fatores predisponentes, que incluem diabetes mellitus, trauma local, extravasamento de urina, intervenção cirúrgica perirretal ou perineal⁷, extensão de infecção pe-

riuretral/anal^{8,9}, abscesso anorretal, infecção genitourinária^{10,11}, alcoolismo, imunossupressão e doença renal ou hepática. As manifestações clínicas caracterizam-se por lesões mínimas em estágio inicial, mas, com o alastrar do processo infeccioso, compromete os planos fasciais profundos^{12,13}. Os sinais e sintomas mais frequentes são: dor, edema, eritema, necrose de escroto ou região perianal e perineal, febre e calafrios. Outras manifestações incluem: cianose, odor fétido, crepitação, cianose e flictenas. O diagnóstico precoce é de extrema relevância para o decréscimo das taxas de mortalidade, sendo predominantemente baseado em sinais clínicos e no exame físico, além de achados laboratoriais. Exames de imagens podem ajudar a mostrar a existência de gás, se não ocorrer crepitação, mas falso-negativos podem acontecer^{14,15}. Estabelecendo o diagnóstico, a conduta inicial é a estabilização do paciente de modo global, iniciando no aspecto metabólico, hemodinâmico, antibiótico de largo espectro, seguido do desbridamento cirúrgico até a segunda parte do tratamento, que consiste na terapia nutricional e principalmente nos cuidados com a ferida.¹⁶

OBJETIVO

Relatar o caso de um paciente com diagnóstico de fratura de quadril e fratura de rádio direito, decorrente de acidente automobilístico, que evoluiu com gangrena de Fournier, em um Hospital Filantrópico de Salvador, visando discutir os aspectos importantes relacionados ao manejo e cuidados de enfermagem, referente à área afetada, para bom êxito no processo cicatricial da lesão.

MÉTODO

Trata-se de um relato de caso, compreendido entre o período de 26 de novembro 2014 e 07 de fevereiro de 2015, referente a um paciente com Síndrome de Fournier, interno da UTI de um Hospital Filantrópico de Salvador, avaliando toda evolução clínica e complicações durante o manejo e cuidados de enfermagem na região afetada. Para consubstanciar o estudo foi consultada a literatura pertinente ao tema proposto, respaldando a avaliação diária e as intervenções e cuidados de enfermagem relacionados às lesões e evolução clínica do caso.

RELATO DE CASO

Paciente SCMM, nascimento em 24/01/1989, sexo masculino, 25 anos, solteiro, proveniente de João Pessoa-PB, foi encaminhado ao Hospital Filantrópico de Salvador após história de acidente automobilístico e

posterior procedimento cirúrgico para reconstrução de quadril com colocação de prótese. Iniciou com quadro de dor peniana, com hiperemia e edema em região pubiana, com queda do estado geral, com indicação cirúrgica para retirada de prótese de região pélvica com sinais de infecção do sítio, com suspeita de osteomielite. No momento da internação apresentava-se lúcido, hipocorado e eupnéico, febril, prostrado e hemodinamicamente estável. Ao exame físico, notado área de necrose, com secreção purulenta, edema e eritema, já atingindo escroto e perineal (Figura 1).



Figura 1 - A Gangrena de Fournier – Registro fotográfico do início do tratamento, com esfacelos e infectada.

Ao exame laboratorial apresentou 37.500 leucócitos e 59% de bastões. No primeiro dia de internamento foi admitido na UTI Clínica para estabilização do quadro de sepse, no 5º DIH, após estabilização da infecção, foi realizado desbridamento onde se diagnosticou Gangrena de Fournier, e a mesma já se encontrava em estágio avançado internamente, sendo necessária intervenção agressiva. Foi necessário um tratamento intensivo com antibioticoterapia de amplo espectro, sendo interrompido por melhora clínica e laboratorial até alta hospitalar. Concomitantemente, foi iniciado curativos diários de longa duração, em média de 3 horas por dia, sendo realizada assepsia com escova embebida com digliconato de clorexidina a 2%, soro fisiológico e carvão ativado durante três dias. Depois, durante 59

dias de internação, foi realizado diariamente o desbridamento físico, utilizando lâminas de bisturi nº 11 e nº 15 na região pubiana e região perineal, realizando primeiramente assepsia em toda a extensão da lesão, com escova embebida com digliconato de clorexidina a 2%, irrigação com soro fisiológico em temperatura ambiente para retirada da solução, depois colocados gases estéreis umidificados com soro fisiológico e Ácidos Graxos Essenciais (AGE) em toda a região aberta (figuras 2 e 3), em seguida aplicado alginato de cálcio nos testículos e na base peniana e, por fim, colocado acetato de celulose + emulsão de petrolato como cobertura primária. Sendo finalizado o curativo com compressa algodoadada, com dimensão 15cm x 60cm em toda extensão da lesão e fixado com transpore.



Figura 2 - A Gangrena de Fournier – Em uso dos produtos: Ácidos Graxos Essenciais (AGE) + Alginato de Cálcio + Acetato de Celulose + Emulsão de Petrolato como cobertura primária.



Figura 3 - A Gangrena de Fournier – Registro fotográfico da lesão com melhora da infecção, apresentando tecido de granulação.

Durante o internamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi necessário a administração de sedação com propofol (8 ampolas), mais 10mg de Dimorf durante todo o procedimento do curativo para efetividade do procedimento. Após boa evolução da lesão, sendo observadas as presenças iniciais de tecido de granulação, sem fibrina ou sinais flogísticos, foi iniciado curativo diário com assepsia, utilizando escova embebida com digliconato de clorexidina a 2%, irrigação com soro fisiológico 0,9% para retirada do excesso da solução e aplicação em toda extensão de gases estéreis embebidos com Ácidos Graxos Essenciais (AGE) por toda área afetada pela lesão, utilizados como cobertura gases algodoados por toda extensão, fixando com transpore. No 73º DIH foi suspensa a antibioticoterapia e, após esse momento, o paciente evoluiu sem intercorrências, observando-se progressão do processo de cicatrização, sendo realizados mais duas trocas de curativo diárias até sua alta (figura 4).



Figura 4 - A Gangrena de Fournier – Curativo finalizado com cobertura: compressa algodoadada com dimensão 15 cm X 60 cm em toda extensão da lesão e fixado com transpore.

RESULTADOS

A Gangrena de Fournier é uma fasciíte necrotizante que acomete as regiões perineal e genital⁷. Trata-se de uma importante causa de morbimortalidade, sendo os principais determinantes para uma evolução favorável o reconhecimento precoce e um extensivo debridamento cirúrgico, acompanhados de uma terapia com antibióticos de amplo espectro e medidas de suporte multi-

profissional¹¹. Entre as medidas de suporte tornar-se de extrema relevância destacar o manejo da enfermagem referente aos cuidados com as lesões provenientes da Síndrome de Fournier. Os curativos diários com uso de antisséptico químico, soro fisiológico em temperatura ambiente para ação inicial eliminando a flora bacteriana existente e inibindo a proliferação da mesma, o desbridamento físico realizado com destreza e precisão para retirada de tecidos desvitalizados e da área necrosada, expondo tecido saudável, para proporcionar uma maior irrigação tecidual, acelerando o processo de granulação celular e, conseqüentemente, a cicatrização. Além do uso associado do AGE, Alginato de cálcio, acetato de celulose + emulsão de petrolato como cobertura primária foram imprescindíveis para o desfecho satisfatório do caso. A literatura descreve que os cuidados locais com a ferida, uma vez controlada a infecção, também devem ser motivo de atenção¹². Entre os agentes propostos para esse fim, a literatura tem suprido uma vasta relação que abrange substâncias diversas, como a colagenase liofilizada¹⁷. Independentemente da substância aplicada, a experiência mostra que o principal aspecto relevante no curativo é a assepsia mecânica com soro fisiológico associado à clorexidina degermante ou soro fisiológico sem associação e até mesmo com água e sabão neutro. Com isso, o uso da técnica asséptica na manipulação das lesões minimizam as chances de complicações e auxiliam na eficácia do tratamento, evitando, desta forma, a terapêutica com a Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), indicada na literatura como tratamento de primeira escolha para fechamento das lesões, devido sua ação proporcionar o aumento na tensão de oxigênio tecidual, que aumenta a síntese de colágeno, angiogênese, epitelização e a resistência a bactérias¹⁸, porém, apesar desta terapia ser de excelente eficácia, a mesma, por outro lado, apresenta-se como um grande impasse para sua utilização o seu alto custo no tratamento e a escassez de serviços que disponibilizem esse tratamento.

CONCLUSÃO

Apesar da reconhecida gravidade da Síndrome de Fournier, medidas terapêuticas adotadas, como rápida intervenção, desbridamento precoce e antibioticoterapia de amplo espectro, juntamente com o manejo da equipe de enfermagem nos cuidados com o paciente e, em especial, com a ferida, relacionando os curativos diários, a assepsia com antisséptico e o desbridamento mecânico, demonstraram-se bastante eficazes no controle da doença, permitindo reconstrução cirúrgica das áreas atingidas, a fim de diminuir a morbimortalidade da doença.

REFERÊNCIAS

- 1- MÁRQUEZ, J.R.; MARTÍNEZ,C.E.; ESCOBAR, J.; HORMAZA, J.A.; SÁNCHEZ, W.Fascitis necrotizante del periné: Gangrena de Fournier. Hospital Militar Central.Bogotá. Rev. Col. Gastroenterol, 2000, 3p. Disponível em: <www.bireme..br/cgibin/ wxislind.exe/iah/online/> Acesso em: 15 Jun. 2015.
- 2- Laucks SS. Fournier's gangrene. Surg Clin North Am 1994; 74: 1339-52.
- 3- Eltorai IM, Hart GB, Strauss MB, Montroy R, Juler GL. The role of hyperbaric oxygen in the management of Fournier's gangrene. Int Surg 1986;71(1): 53-8.
- 4- Adinolfi MF, Voros DC, Moustoukas NM, Hardin WD, Nichols RL. Severe systemic sepsis resulting from neglected perineal infections. South Med J. 1983;76(6):746-9. 5.
- 5- Addison WA, Livengood CH 3rd, Hill GB, Sutton GP, Fortier KJ. Necrotizing fasciitis of vulvar origin in diabetic patients. Obstet Gynecol. 1984;63(4): 473-8.
- 6- Vick R, Carson CC 3rd. Fournier's disease. Urol Clin North Am. 1999;26(8):841-9.
- 7- Klič A, Aksoy Y, Klič L. Fournier's gangrene: etiology, treatment and complications. Ann Plast Surg. 2001;47(5):523-7.
- 8- Smith GL, Bunker CB, Dinneen MD. Fournier's gangrene. Br J Urol. 1998;81(3):347-55.
- 9- Efem SE. The features and a etiology of Fournier's gangrene. Postgrad Med 1994;70(826):568-71.
- 10- Patey R, Smith A. Gangrene and Fournier's gangrene. Urol Clin North Am. 1992;19:149.
- 11- Spirnack J, Resnick M, Hampel N. Fournier's Gangrene. Report of 20 patients. J Urol.1984;131(2): 289-91.
- 12- Cardoso JB, Féres O. Gangrena de Fournier. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP [Internet]. 2007;40(4):493-9. Available from: http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n4/1_gangrena_de_fournier.pdf.
- 13- Xeropotamos NS, Nousias VE, Kappas AM. Fournier's gangrene: diagnostic approach and therapeutic challenge. The European journal of surgery = Acta chirurgica [Internet]. 2002 Jan [cited 2015JAN 10];168(2):91-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12113277>.
- 14- Bernaldo de Quirós JM, Argüelles Riera Y, Portela Carril M, Ruiz Fontán J, Pazos Riveiro A. [Fournier's gangrene: computerized tomography findings]. Arch

Esp Urol. 1997;50(3):294-6.

15- Okizukz H, Sugimura K, Yoshizako T. Fournier's gangrene: diagnosis based on MR findings. AJR Am J Roentgenol. 1992;158(5):1173-4

16- Costa IMC, Cabral ALSV, Pontes SS De, Amorim JF de. Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. Anais Brasileiros de Dermatologia [Internet]. 2004 Apr [cited 2015JUL03];79(2):211- 24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962004000200010&lng=pt&nrm=iso&tl ng=pt

17- Ullah S, Khan M, Asad Ullah Jan M. Fournier's gangrene: a dreadful disease. The surgeon:journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland [Internet]. 2009 Jun[cited 2015 AUG 08];7(3):138-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/19580176>

18- Wang C, Lau J. Hyperbaric oxygen therapy in treatment of hypoxic wounds [Internet]. Boston: CMS; 2001. Available at: <http://www.cms.gov/coverage/download/id37.pdf>

1- Serviço de Enfermagem – Comissão de Cuidados com a Pele - Hospital Santa Izabel

Endereço para contato:
darlene.silva27@yahoo.com.br