



## GANGRENA DE FOURNIER: QUADRO GRAVE EM UM PACIENTE COM DIABETE MELLITUS.

MARKOSKI; Francieli <sup>1</sup>, JUNIOR; Eliseu Perius <sup>2</sup>, TOSTA; Gabriel Felipe <sup>3</sup>, GOMES; Henrique Penha <sup>4</sup>, LASTE; Henrique Py <sup>5</sup>, ESQUIA; Isabella Urdangarin <sup>6</sup>, BELING; Janaina Carine <sup>7</sup>, RODENBUSCH; João Vicente Laste <sup>8</sup>, PFEIFER; Lisiane Janine <sup>9</sup>, LASTE\*; Paulo Roberto <sup>10</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO** A Gangrena de Fournier (GF) é uma fasciite necrotizante (FN) que pode envolver a região do períneo e do sistema reprodutor, ocasionando trombose dos vasos subcutâneos do local acometido e necrose da pele. A GF possui uma incidência relativamente rara, com maior predominância no sexo masculino e normalmente em adultos, estudos apresentam que normalmente são 10 casos masculinos para 1 feminino (10:1). Além disso, na literatura sua prevalência é em média acima dos 50 anos de idade. Os fatores de risco que envolvem o paciente com GF é a presença de diabetes descompensada, hipertensão, alcoolismo e a própria idade avançada, ademais, outras doenças sistêmicas que envolvem os rins, fígado e desnutrição também estão associadas. O desenvolvimento dos sintomas clínicos da GF é rápido e agressivo com alta taxa de permanência hospitalar. A mortalidade de pacientes com GF gira em torno de 20 – 40%, porém depende do diagnóstico e seu tratamento precoce, e entre as causas de morte estão envolvidas a questão séptica, choque séptico, insuficiência renal, hepática e falência múltipla de órgãos, e paralelamente a isso, existe o aspecto da possível doença de base agravar a condição do paciente. **OBJETIVOS** Relatar o caso de gangrena de Fournier, sua rápida e progressiva evolução, em paciente com Diabetes Mellitus (DM) descompensado. **DESCRIÇÃO DO CASO** Homem, 67 anos, com DM descompensado, internado em um hospital de uma cidade próxima de Santa Cruz do Sul (SCS), devido a infecção e dor em epidídimo direito diagnosticado com epididimite. No momento da internação a glicemia estava acima de 400mg/ml e iniciado tratamento conservador com analgésicos e anti-inflamatórios. Paciente evoluiu desfavoravelmente, com abscesso em epidídimo, levando a um quadro séptico, insuficiência renal e piora do quadro geral, e após 12 dias de internação na cidade de entrada, foi transferido ao Hospital Santa Cruz, sendo submetido a cirurgia de emergência, com ressecção ampla da pele e tecido subcutâneo de bolsa escrotal, pênis, região inguinal e fossas ilíacas. Paciente encaminhado para UTI do hospital, iniciado com Piperacilina e Tazobactam, associado a cuidados de unidade terapia intensiva, evoluindo favoravelmente, e no momento, realizando curativos a vácuo em bloco cirúrgico, sob sedação, para posterior enxerto de pele. **DISCUSSÃO** A Gangrena de Fournier por se tratar de uma síndrome polimicrobiana causada por bactérias aeróbicas, sendo a *Escherichia coli* mais comum e anaeróbicas, resulta em evoluções de FN de forma rápida e muitas vezes fatal quando atrelada à fatores predisponentes como a diabetes, a exemplo do paciente em questão. O diagnóstico é clínico, com a tríade clássica de dor, edema e eritema local, além disso a febre e a taquicardia são frequentes. A primeira abordagem baseia-se em um procedimento cirúrgico agressivo e invasivo, o

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Medicina, Departamento de Biologia e Farmácia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), franmarkoski@gmail.com

<sup>2</sup> Docente do curso de Medicina, Departamento de Biologia e Farmácia, Hospital Santa Cruz, Universidade de Santa Cruz do Sul, periusmed@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmico do curso de Medicina, Departamento de Biologia e Farmácia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), gafelipet@gmail.com

<sup>4</sup> Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Santa Cruz em Santa Cruz do Sul, henriqueps@ufcspa.edu.br

<sup>5</sup> Aluno da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), hlaste25@gmail.com

<sup>6</sup> Acadêmica do curso de Medicina, Departamento de Biologia e Farmácia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), esquia@mx2.unisc.br

<sup>7</sup> Acadêmica do curso de Medicina, Departamento de Biologia e Farmácia, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), jcbelling@yahoo.com.br

<sup>8</sup> Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Ernesto Dornelles em Porto Alegre, jvrodendbusch@gmail.com

<sup>9</sup> Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Santa Cruz em Santa Cruz do Sul, lisi\_pfeifer@hotmail.com

<sup>10</sup> Docente do curso de Medicina, Departamento de Biologia e Farmácia, Hospital Santa Cruz, Universidade de Santa Cruz do Sul, paulolaste@hotmail.com

desbridamento dos tecidos necróticos e infectados, com o objetivo de conter a disseminação das bactérias pelo restante do tecido e evitar evoluções ainda mais graves como o comprometimento muscular. Parte do material desbridado deve ser analisada em cultura para definir corretamente a antibioticoterapia necessária. Ressalta-se, portanto, que apenas o tratamento com antibioticoterapia de amplo espectro pode retardar a solução efetiva dessa patologia, dando possibilidade para complicações. **CONCLUSÃO** O prognóstico dessa condição clínica varia conforme a idade, comorbidades e da severidade da síndrome séptica do paciente. A taxa de mortalidade é mais baixa em pacientes com menos de 35 anos de idade, sem doenças crônicas e comorbidades como diabetes mellitus ou doenças cardiovasculares. Na ausência de tratamento cirúrgico e com progressiva miosite a mortalidade é próxima a 100% dos casos. Portanto, são fatores essenciais para a redução da morbidade e mortalidade o diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica rápida e agressiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** "Gangrena de fournier"; "diabetes mellitus"; "fasciite necrosante";