

DOENÇA DE FOURNIER – RELATO DE UM CASO

Marivar A. de Souza¹
Antonio Pelosi de Moura Leite(TCBC)²
Ary Pires de Souza(TCBC)³
Gastão José da Silva Santos⁴
Neuza Aleluia Matteoti (ACBC)⁵

RESUMO

Os autores realizam revisão histórica da fasciite necrotizante inicialmente relatada por Fournier. A ilustração de um caso que careceu extremados cuidados multidisciplinares, que redundaram em cura do paciente, referenda a gravidade da patologia, são finalmente ressaltados alguns pontos, considerados importantes, na condução terapêutica dos pacientes portadores da moléstia de Fournier.

Esta patologia, descrita em 1883 por *Fournier* em Paris, fora fruto da observação do acometimento de cinco indivíduos do sexo masculino, por processo gangrenoso súbito, de extrema virulência. Em seu trabalho original, *Fournier*⁷ descreve um processo de instalação explosiva, com as características que se seguem. Indivíduos aparentemente saudáveis, que começaram a apresentar mal-estar geral, febre, dor na genitália externa, edema e vermelhidão da mesma, inicialmente, seguida de perda da coloração normal, principalmente da bolsa escrotal. Estas lesões evoluíam para gangrena, com pontos de crepitação, em questão de horas. Posteriormente, os pacientes passavam a eliminar pelas lesões, pus achocolatado, de odor terrivelmente fétido. Assim foram os primeiros casos descritos desta patologia, que ficou conhecida pelo nome do primeiro relator.

Anos mais tarde, *Volterra* (1894) e *Emery* (1896), citados por *Whiting*¹, acompanharam e

estudaram casos similares, em que descreveram o mesmo tipo de quadro e evolução. Defenderam ambos, a hipótese etiológica de um estreptococo altamente virulento. Esta hipótese foi corroborada, em nosso século, por *Melaney*, citado por *Changyul*⁵. *Whiting*, em 1905, dividiu as prováveis causas etiológicas desta entidade em cinco grupos distintos dos quais citaremos apenas aqueles em que se enquadra o caso, objeto desta apresentação.

Grupo 1 – Gangrena devida à ação de uma bactéria, ou seu metabólito, com obstrução vascular.

Grupo 2 – Gangrena causada pela interferência com a nutrição local por obstrução vascular. Nosso caso parece mais facilmente enquadrado, no **grupo 1**, porém, lamentavelmente, não dispomos de provas para confirmação.

Randal em 1920² citou um caso, provavelmente único na literatura mundial, onde descreve invasão de 3 cm da túnica vaginal do testículo de

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro.

- 1 Residente(R2) do Serviço de Cirurgia Geral do HPM/Rio
- 2 TCBC. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do HPM/Rio
- 3 Cirurgião-Assistente do Serviço de Cirurgia Geral do HPM/Rio e Hospital Geral de Jacarepaguá/INAMPS
- 4 Cirurgião-Assistente do Serviço de Cirurgia Geral do HPM/Rio
- 5 Cirurgião-Assistente do Serviço de Cirurgia Geral do HPM/Rio e Hospital de Ipanema/INAMPS

– Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

um dos seus pacientes. A grande maioria dos casos reportados está ligada a uma outra lesão próxima à área de choque e as citações mais freqüentes são: fleimão urinoso, abscessos perianais, cancros, abrasões traumáticas, traumatismos de uretra, tendo sido confirmada mais recentemente sua grande relação com doenças sistêmicas, como o diabetes^{5, 16}

A taxa de mortalidade desta afecção permanece praticamente inalterada, em torno de 35%, apesar da evolução em todas as áreas da medicina, sendo bastante elevada, quando o paciente é portador de diabetes, atingindo mais de 70%^{5, 16}. Em síntese, o processo é na verdade uma fasciite superficial, gangrenosa, de instalação e evolução sumamente rápidas, conduzindo o paciente a um quadro toxêmico em poucas horas. Os germes mais freqüentemente descritos são: estreptococos hemolíticos, clostrídios produtores de gás, bacteróides, estafilococos e germes oportunistas. À luz dos conhecimentos atuais é permitido questionar se o surgimento da doença estaria ou não ligado à presença de uma lesão infecciosa já instalada, tal como o abscesso perianal. Acreditamos que o indivíduo apresenta em sua programação genética, determinada predisposição, que de certa forma facilitaria a instalação do processo, independentemente do quadro já instalado: seja um abscesso perianal ou outra lesão qualquer. Quando examinamos estas feridas notamos que são absolutamente diferentes entre si.

O abscesso comum contém pus amarelo espesso, com certo odor, porém suportável, e tem seu conteúdo limitado pela sua própria parede ou cúpula, que é um elemento comum a todas essas lesões. Não contém gás e são às vezes lesões bastante profundas. A fasciite de *Fournier* é de instalação súbita exista ou não outra lesão já em evolução. Lesa somente as fascias superficiais, preserva os testículos; produz gás e pus achocolatado de odor pútrido; sua flora é também diferente do abscesso comum, e em face do número de casos de abscessos perianais, é ínfimo o número de fasciites de *Fournier*, concomitante com estes processos.

Relato do caso

WGA, pardo, 39 anos, militar do Rio de Janeiro. Admitido em 19 de março de 1981 no HPM/Rio, por importante abscesso perianal já drenado. Queixava-se de dor local.

O exame físico mostrava abscesso perianal comum, drenando secreção purulenta espessa. O estado geral do paciente estava conservado. O

paciente estava medicado com Cloranfenicol 1g VO de 6/6 horas, Dipirona VO, calor úmido, local. Passou relativamente bem até a manhã do dia 22, quando foram observados sinais de toxemia intensa. O paciente estava pálido, com sudorese profusa, algo desorientado, febril e com dor importante na genitália e períneo. O exame físico mostrou bolsa escrotal edemaciada, violácea, dolorosa com volume bastante aumentado. O processo estava também iniciando-se no pênis e por todo períneo. Toda esta área apresentava sinais nítidos de comprometimento vascular, provavelmente a nível dos pequenos vasos da região. Tal fato foi mais tarde confirmado pelo exame histopatológico das peças. À palpação, percebiam-se pontos de crepitação em todas as áreas descritas, e havia eliminação de secreção achocolatada de odor fétido. Diante desses dados, foi aventada a hipótese diagnóstica de doença de *Fournier*. Iniciou-se penicilina cristalina EV em altas doses, e no dia seguinte, o paciente foi levado à cirurgia para exploração e debridamento, sendo feita ressecção em bloco da pele e subcutâneo da bolsa escrotal, parte do pênis e períneo até a prega glútea. Todos estes locais se mostravam comprometidos pela gangrena, sendo também procedida orquidectomia à esquerda, por suposto comprometimento do testículo correspondente. O exame histopatológico mostrou, porém, um testículo normal. Durante o desbridamento, foi feito o esvaziamento das fossas ísquio-retal direita e esquerda, ressecção da borda do grande glúteo (**Fig. 1**).

Na evolução do processo, a lesão progrediu na região inguinal esquerda até o anel inguinal interno e o paciente entrou em sepsis com intenso desequilíbrio metabólico e hidroeletrólítico.

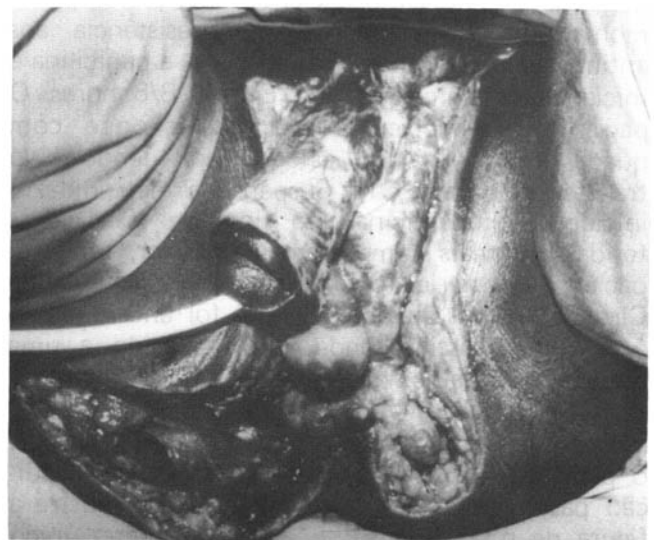


Fig. 1

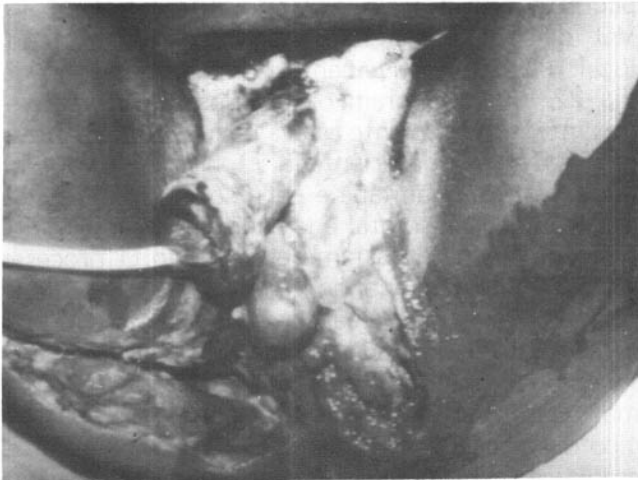


Fig. 2

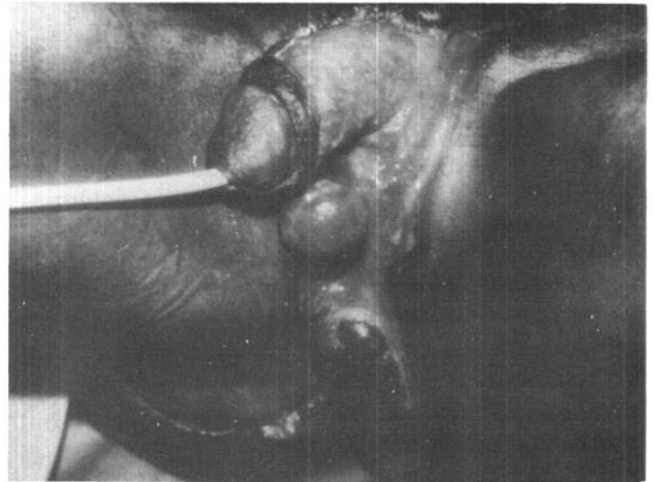


Fig. 3

Tratamento

Somado ao debridamento cirúrgico, foi iniciada antibioticoterapia intensiva, mantendo-se a penicilina e introduzindo metronidazol por via parenteral de 8/8 horas. Foi também instituído sistema de curativos diários, sob anestesia geral inalatória com limpeza local, desbridamento, rotura de novas bolhas contendo material purulento, sendo deixadas duas compressas embebidas em solução de iodopovidine no local. Devido ao grave desequilíbrio hidroeletrólítico do paciente a esta altura eram feitas várias gasometrias diárias, com dosagem de eletrólito e reposição adequada. Apesar dos cuidados intensivos a evolução foi arrastada e difícil, com manutenção de um quadro de sepsis, hemólise e icterícia. Foi iniciada nutrição parenteral total que prosseguiu por 42 dias, não tendo sido realizada colostomia, pelo perigo de contaminação da cavidade peritoneal (Fig. 2). Durante a evolução da doença, o paciente desenvolveu pneumonia por *Klebsiella* de alta resistência aos antimicrobianos, tendo sido suspensa a penicilina e iniciada gentamicina 80 mg EV de 8/8 horas. O paciente desenvolveu pulmão de choque com queda importante do estado geral tendo sido transferido para o CTI. Suspenso o metronidazol iniciou-se clindamicina. No final de 10 dias, as feridas perineais começaram a granular, sendo o paciente transferido para o setor de isolamento da Cirurgia Geral. Dias mais tarde, foi encaminhado à Cirurgia Plástica, onde foi submetido a uma rotação de retalhos pediculados⁴, com bons resultados (Figs. 3 e 4).

Dezoito meses após o primeiro episódio de dor, o paciente recuperou o peso normal, tem condição para exercer atividade sexual, como ilustra a figura de nº 5 (Fig. 5). E apresenta como único déficit, a perda da acuidade auditiva à esquerda.

CONCLUSÃO

Devido à gravidade do quadro que envolve a instalação e evolução desta patologia, é de vital importância que o diagnóstico seja feito na sua fase mais inicial, para que possa se instituir uma terapêutica clínico-cirúrgica, revestida de agressividade tal, que impeça que a doença evolua para formas mais graves, que possam levar ao êxito letal. Os cuidados de debridamento cirúrgico, limpeza e reposição hidroeletrólítica adequada, complementados por antibioticoterapia intensiva devem ser supervisionados por uma equipe composta por cirurgiões, internista, bacteriologista e enfermeiros. Após a cura das lesões, se faz necessária a intervenção do cirurgião plástico para se fazer a reconstituição da estética, com funcionalidade.

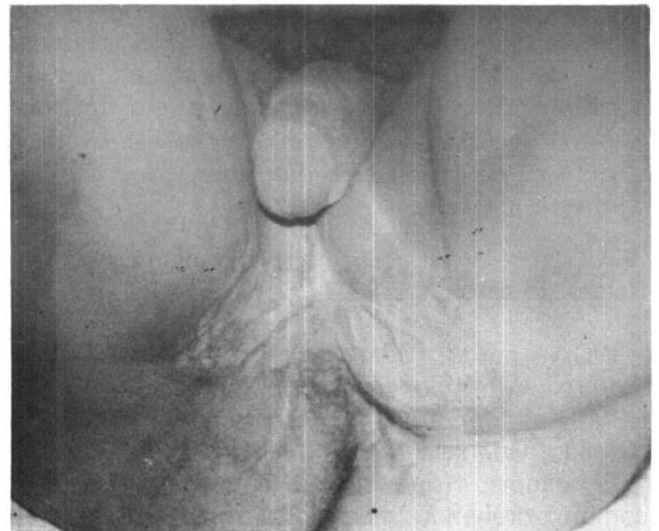


Fig. 4



Fig. 5

SUMMARY

The authors review a case of Fournier's disease. They review the history of necrotizing fasciitis, as

described by Fournier. The case was described and important surgical steps that were taken and ultimately led to patient cure, were discussed.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHITING AD – Gangrene of the scrotum. Ann of Surg, 41: 841, 1905.
2. RANDAL A – Idiopathic gangrene of the scrotum. J Urol, 4: 3, 1920.
3. ARTZ & HARDY – Management of surgical complications. Necrotizing fasciitis, W.B. Saunders, p. 173, 1975.
4. HIRSHOWITZ B, MOSCONA R, KAUFMAN T & PNINI A – One stage reconstruction of the scrotum following Fournier's syndrome using a probable arterial flap. Plast Reconst Surg, 66(4): 608, 1980.
5. CHANGYUL OH, CHONGWOOK L, JULIUS H & JACOBSON H – Necrotizing fasciitis of perineum. Surgery, 91: 49, 1982.
6. MILLARD Jr. DR – Scrotal construction and reconstruction. Plast Reconst Surg, 38: 10, 1966.
7. FOURNIER AJ – Gangrene fondroyante de la verge. Semaine Médicale, 3: 345, 1883.
8. CAMPBELL JC – Fournier's gangrene. Brit J Urol, 27: 106, 1955.
9. THOMAS JF – Fournier's gangrene of the penis and scrotum. J Urol, 75: 4, 1956.
10. WARREN J – Infecções e necrose tecidual. Simpósio Internacional sobre Infecções Mistas. Rio de Janeiro, 1: 43, 1981.
11. LE GUYADER JBK, YANGNI ANGAFE A & M'BAKOR A – A propos de 90 cas de gangrène des organes génitaux externes observés à Abdjan en 10 ans. Chirurgie, 583: 589, 1980.
12. LONGMANS GREEN & COLDT. Pathology. London, 1966.
13. MOUSTAFA MFH – Gangrene of the scrotum: Analysis of ten cases. Brit J Plast Surg, 20: 90, 1967.
14. SHERWOOD LG – Treatment of anaerobic infections. Anaerobes update, 1: 40, Boston, 1981.
15. FINEGOLD SM – Anaerobic infections. Surg Cl North Am, 60: 49, 1980.
16. SLATER DN, SMITH GT & MUNDY K – Diabetes mellitus with ketoacidosis presenting as Fournier's gangrene. J Royal Soc Med, 75: 530, 1982.