

Perfil clínico de pacientes com Síndrome de Fournier em um hospital terciário

Clinical profile of patients with Fournier's Syndrome in a tertiary hospital

Renata de Souza Cyrino¹, Letícia Dogakiuchi Silva¹

¹Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) - Goiânia (GO), Brasil

DOI: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v44i2.1126>

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Fournier consiste em uma fasciite necrosante que afeta tecido subcutâneo e pele do períneo e genitais externos. Caracterizada como uma urgência cirúrgica, seu tratamento é baseado em três pilares: debridamento de tecidos necróticos e infectados; controle sistêmico e antibioticoterapia; e reparação dos tecidos afetados. **Objetivo:** Identificar o perfil clínico de pacientes diagnosticados com Síndrome de Fournier em um hospital de urgências. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa. A amostra consistiu de pacientes diagnosticados com Síndrome de Fournier acompanhados pela comissão de curativos do hospital no período de agosto de 2016 a agosto de 2017, que receberam alta ou foram a óbito. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta por 14 pacientes, sendo em sua totalidade pacientes do sexo masculino, entre 21 e 82 anos e idade média de 55 anos. Em 50% dos casos, foi necessária internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Quanto ao desfecho, 78,6% (11) receberam alta hospitalar e 21,4% (3) evoluíram para óbito. **Conclusão:** A assistência a pacientes com Síndrome de Fournier ocorre de forma despadronizada, o que ocasiona altas taxas de mortalidade. A elaboração de protocolos específicos é necessária.

Palavras-chave: fasciite necrosante; gangrena de Fournier; lesões dos tecidos moles.

ABSTRACT

Introduction: Fournier's Syndrome consists of a necrotizing fasciitis that affects subcutaneous tissue and skin of the perineum and external genitalia. Characterized as a urological urgency, its treatment is based on three pillars: debridement of necrotic and infected tissues; systemic control and antibiotic therapy; and repair of the affected tissues. **Objective:** To identify the clinical profile of patients diagnosed with Fournier's Syndrome in an emergency hospital. **Methods:** This is a descriptive, retrospective and quantitative study. The sample consisted of patients diagnosed with Fournier's Syndrome and attended by the hospital curative committee from August 2016 to August 2017, who were discharged or died. **Results:** The study sample consisted of 14 medical records, all of them were male, aged between 21 and 82 years and mean age of 55 years. In 50% of the cases admittance to the Intensive Care Unit (ICU) was necessary. Regarding the outcome, 78.6% (11) were discharged from hospital and 21.4% (3) died. **Conclusion:** Assistance to patients with Fournier Syndrome is poorly standardized, resulting in high mortality rates. Development of specific protocols is necessary.

Keywords: fasciitis, necrotizing; Fournier gangrene; soft tissue injuries.

Recebido em: 20/02/2018

Revisado em: 16/08/2018

Aprovado em: 17/12/2018

Autor para correspondência: Renata de Souza Cyrino - Hospital de Urgências de Goiânia - Avenida 31 de Março, s/n - CEP: 74820-300 - São Pedro Ludovico - Goiânia (GO), Brasil - E-mail: renatacyrino@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A fasciite necrosante consiste em uma infecção grave, progressiva, de baixa incidência, porém, com alta letalidade podendo afetar qualquer área do corpo, manifesta-se frequentemente nos membros inferiores. A patologia tem como característica afetar a fáscia superficial, tecido subcutâneo e fáscia profunda, além de, em sua maioria, apresentar uma flora polimicrobiana¹.

A Síndrome de Fournier consiste em uma fasciite necrosante que afeta tecido subcutâneo e pele do períneo e genitais externos². Sua fisiopatologia está relacionada à disseminação abrupta da infecção e alterações na microvascularização de forma a limitar o aporte vascular, ocasionando trombose e consequentemente hipóxia tissular^{2,3}. A patologia é agravada quando associada a uma enfermidade de base e a deterioração da imunidade celular, que provoca avanços alarmantes à infecção, aproximadamente³ 1,5 a 2,3 cm/h.

Um estudo realizado em 2014 refere que a infecção supracitada historicamente carrega muitos mitos, no século XVIII era conhecida como a “doença que come a carne”, “gangrena de hospital”, entre outras⁴. A primeira descrição da Gangrena de Fournier foi no século XV a.C., por Hipócrates, como uma complicação da erisipela. Há inferência ainda que somente em 1863 Jean Alfred Fournier a relatou como uma gangrena genital idiopática fulminante que acomete homens saudáveis, de forma que mais tarde a doença passou a ser chamada de Síndrome de Fournier⁵ sendo caracterizada como uma urgência, seu tratamento é baseado em três pilares: debridamento de tecidos necróticos e infectados, controle sistêmico e antibioticoterapia³. Pacientes acometidos por esta síndrome devem ser rigorosamente avaliados e atentando-se principalmente para o risco de sepse⁶.

Descrita como Síndrome rara, é escassa os estudos que indicam sua incidência na população. Alguns artigos de revisão de literatura referenciados nesse estudo apontam somente estudos de casos clínicos e series de casos, guias de práticas clínicas e ensaios clínicos. É consenso em diversos estudos taxas de mortalidade alarmantes e seu acometimento predominantemente no sexo masculino, em sua quinta década de vida^{5,6,7}.

Frente à gravidade da doença e escassez de estudos relacionados ao tema, motivou-se a construção desse estudo, a fim de identificar o perfil clínico de pacientes diagnosticados com Síndrome de Fournier em um hospital de urgências e o processo de assistência a esta população.

MÉTODOS

Delineamento e população do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Este tipo de estudo consiste em uma descrição do estado de saúde de uma comunidade através de dados rotineiramente coletados, como dados secundários⁸.

O local do estudo consistiu em uma unidade hospitalar de atenção terciária no estado de Goiás e tem como principal perfil atenção aos casos de urgência e traumas graves.

A amostra constitui de pacientes diagnosticados com Síndrome de Fournier tratados e acompanhados pela comissão de curativos do hospital no período de agosto de 2016 a agosto de 2017, visto que conforme fluxo assistencial o setor é responsável pela assistência direta a feridas de alta complexidade na unidade. Constituindo-se assim uma amostra por conveniência, composta por 14 prontuários.

Procedimento de coleta e análise de dados

Os dados foram coletados de prontuários médicos disponíveis no sistema Wareline e disponíveis na comissão de curativos. O procedimento de coleta ocorreu da seguinte forma: foi realizado um levantamento no registro da comissão de curativos quanto aos pareceres solicitados referentes a pacientes com diagnóstico de Síndrome de Fournier, em seguida foram localizados no Wareline os prontuários para coleta dos dados.

A obtenção dos dados se deu por meio de um instrumento estruturado e organizado pelas pesquisadoras que foi tabulado em banco de dados no Excel. A análise dos dados foi feita através do programa TabWin.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil e aprovado, conforme o parecer nº 2.378.022 de 13 de Novembro de 2017. Foi solicitada e concedida dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido à impossibilidade de contato e por se tratarem de dados secundários.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 14 pacientes, sendo em sua totalidade pacientes do sexo masculino, entre 21 e 82 anos e idade média de 55 anos. Em 50% (7 casos) dos casos foi necessária internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo o tempo de internação apresentado na Tabela 1.

Entre os pacientes avaliados 50% (7 casos) não apresentam nenhuma comorbidade prévia, a presença destas estão descritas na Tabela 2. E identificou-se que 28,6% (4 casos) apresentaram

Tabela 1: Tempo de internação em dias dos pacientes diagnosticado com Síndrome de Fournier admitidos entre agosto de 2016 a agosto de 2017

Local de internação	Tempo mínimo	Tempo máximo	Tempo médio
UTI	1	11	5
Enfermaria	2	23	11
Total de hospitalização	4	32	24

insuficiência renal e 21,4% (3 casos) necessitaram de intervenção dialítica.

Na admissão foi prescrito antibiótico para todos os pacientes, ou seja, iniciado de forma precoce ainda no setor de Emergência na primeira hora. Foram encontrados nos prontuários o uso dos seguintes antibióticos: Ciprofloxacino, Metronidazol, Ceftriaxona, Clindamicina, Piperaciclina + Tazobactan, Daptomicina, Fluconazol, Mícafungina e Amicacina, sem concordância quanto ao tempo de uso, apresentando grande variação entre os prescritores.

Verificou-se também que todos os pacientes foram submetidos a debridamento cirúrgico, sendo que 71,4% (10 casos) realizaram um debridamento e 28,6% (4 casos) dois debridamentos. Não há registros de procedimentos de reconstrução. Quanto ao uso de dispositivos médicos invasivos estão dispostos na Tabela 3, ressalta-se que a cistostomia referida foi prévia à internação.

O tempo de encaminhamento ao Centro Cirúrgico foi no mínimo 1 hora e máximo de 18 horas, ocasionando uma mediana de 2 horas. Observou-se ainda que 43% (8 casos) da amostra obteve diagnóstico de sepse, sendo que 12,5% (1 caso) foi diagnosticado na emergência, 12,5% (1 caso) no centro cirúrgico e 75% (4 casos) na UTI.

Quanto à prescrição de curativo, com exceção de um paciente que teve como esquema terapêutico soro fisiológico 0,9% + *Brassica oleracea* + carvão ativado, os demais fizeram uso de soro fisiológico 0,9% + hidrogel, variando o uso de clorexidina degermante.

No que diz respeito ao desfecho 78,6% (11 casos) receberam alta hospitalar. Evoluíram para óbito 21,4% (3 casos), sendo que todos estes foram diagnosticados, tratados e apresentaram a sepse como causa do desfecho e foram conduzidos a UTI. Somente dois pacientes foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial com a comissão de curativos.

DISCUSSÃO

São escassos trabalhos relacionados ao tema, encontra-se na busca literária predominantemente relatos de casos, o que dificulta a discussão, visto que não há uniformidade nas condutas devido as diferentes realidades em que se organizam os serviços de saúde.

A série de casos analisada apresenta característica semelhante ao evidente na literatura no que diz respeito à maior incidência no sexo masculino e faixa etária na quinta década de vida, como já evidenciado em uma série, realizada por Abreu *et al.*⁷ onde 98,6% dos casos eram do sexo masculino e com média de idade em 50,9 anos.

Poucos estudos fazem referência ao tempo de internação deste público, um estudo realizado por Candelária *et al.*⁹ apresentam tal dado, sendo que a média deste tempo em trabalho foi de 26,4

dias, sendo mínimo 2 dias e máximo 93. Não há detalhes quanto ao local de internação, porém é consenso que os menores tempos de internação estão relacionados a óbito.

A Síndrome de Fournier se relaciona a diversas comorbidades, sendo a mais descrita a *Diabetes Mellitus*, além da obesidade, tabagismo e hipertensão arterial^{5,10}. São listados ainda o alcoolismo e doenças imunossupressoras, que não aparecem nesta série¹¹.

O tratamento da Síndrome de Fournier baseia-se no suporte hemodinâmico, debridamento cirúrgico e antibioticoterapia¹. A terapia antimicrobiana deve ser prescrita de forma endovenosa e de largo espectro, visando atingir seres gram-positivos, gram-negativos e anaeróbios⁴.

Evidencia-se que foi sugerido quanto ao o tratamento medicamentoso que deve ser iniciado de forma empírica, elencando medicamentos como cefalosporinas de terceira geração, penicilinas, aminoglicosídeos, quinolonas e metronidazol ou clindamicina, podendo usar também monoterapia com imipenem ou meropenem ou piperaciclina + tazobactam². Acredita-se que a não concordância neste estudo se deve à ausência de protocolo e gravidades dos pacientes atendidos, fato que comumente exige condutas especiais, além da disponibilidade de tais recursos.

Recomenda-se que o primeiro tempo cirúrgico ocorra de forma mais ágil possível, não ultrapassando as primeiras 24 horas da entrada do paciente na unidade hospitalar¹. No que diz respeito ao número de debridamentos não há consenso que impactem no desfecho do paciente, bem como o emprego de colostomia e cistostomia⁹.

A monitorização de sinais para identificação de sepse aparece em diversas facetas tais como cuidado de enfermagem, sintoma e desfecho do paciente, porém não tem seu impacto avaliado^{10,12}.

Foi descrito ainda como cuidado de enfermagem a atenção à ferida, fator que é de grande divergência na literatura, acredita-se

Tabela 2: Prevalência de comorbidades informadas na admissão de pacientes diagnosticado com síndrome de Fournier, admitidos entre agosto de 2016 a agosto de 2017

Variável	%	n
Diabetes Mellitus	28,6	4
Hipertensão arterial	14,3	2
Tabagismo	14,3	2
Obesidade	14,3	2
Cirurgia urológica prévia	7,1	1
Infarto agudo do miocárdio	7,1	1

Tabela 3: Uso de dispositivos invasivos por pacientes diagnosticado com Síndrome de Fournier, admitidos entre agosto de 2016 a agosto de 2017

Variável	%	n
Cateter venoso periférico	100	14
Cateter venoso central	35,7	5
Pressão arterial invasiva	21,4	3
Cateter vesical de demora	64,3	9
Cistostomia	7,1	1

que devido à disponibilidade de materiais em cada serviço¹². Em uma série de casos analisada por Larsson *et al.*¹⁰, a terapia com pressão negativa mostrou-se eficiente no tratamento de lesões ocasionadas pela Síndrome de Fournier, porém na unidade onde foi realizado esse estudo tal recurso é indisponível, de forma que nenhum dos pacientes recebeu tal terapia.

A mortalidade relacionada à Síndrome de Fournier atinge altas taxas, sendo o óbito desfecho de 21,4% (3) dos pacientes deste estudo, apesar da tecnologia disponível nos dias de hoje, uma taxa exponencialmente maior do que já demonstrado em literatura. Um estudo realizado por Dornelas *et al.*¹³ Apresentam taxa de mortalidade de 13% e outro por Abreu *et al.*⁷ de 9,8%.

Em um estudo em que a análise de mortalidade em Síndrome de Fournier foi afirmada que ainda não se sabe quais medidas seriam ideais para redução das taxas de mortalidade da doença, contudo, em todos os casos analisados foi diagnosticado sepse, a qual teve forte associação ao óbito⁹. O que corrobora com achados

desse estudo, onde todos os pacientes que foram a óbito receberam tal diagnóstico.

Assume-se a fragilidade no estudo, como o risco de percentual de óbito subestimado devido à gravidade da doença e o fato da coleta ter sido realizada na comissão de curativos, podendo ter havido perda de pacientes que foram a óbitos na emergência ou no centro cirúrgico na primeira abordagem.

No que diz respeito ao acompanhamento ambulatorial, acredita-se que o baixo número se deva ao processo de implantação de tal serviço, que atualmente está em pleno funcionamento que é conduzido por equipe de enfermagem a fim de aprimorar o atendimento.

Conclui-se que pacientes com Síndrome de Fournier vêm sendo assistidos de forma inadequada e despadronizada, o que ocasiona taxas de sepse e mortalidade alarmantes. Carecendo assim de protocolos específicos para aprimoramento da assistência em saúde a tal população.

REFERÊNCIAS

- González EHH, Betancourt MG, Salazar VR. Fascitis necrotizante. *Rev Arch Med Camagüey*. 2015;19(6):654-64.
- Blanco F, Caradonti M, Rivero D, Iborra F, Franceschelli A, Smolje L. Fascitis necrotizante perineal: Gangrena de Fournier. *Rev Hosp Aeronáut Cent*. 2014;9(2):113-20.
- Gómez MVA, Villanueva WS, Barbosa N, Werle R. Gangrena de fournier, nuevas estrategias para un viejo mal: presentacion de un caso y revision de literatura. *Rev Méd La Paz*. 2016;22(2):50-5.
- Santos EI, Vale ALVV, Reis ICPM, Neves PB, Pontes CM, Camara SGC. Evidências científicas brasileiras sobre gangrena de Fournier. *Rev Rene*. 2014;15(6):1047-55. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000600019>
- Castillo F, Moraga J, Pérez P, Alvarez C, Iglesias A. Diagnóstico y manejo precoz de la gangrena de fournier. *Rev Chil Cir*. 2015;67(2):181-4. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000200011>
- Vaz ACR, Vale MLF, Vale MF. Gangrena de Fournier. *Rev Unimontes Cient*. 2006;8(1):129-34.
- Abreu RAA, Leal Filho JMM, Corrêa M, Coimbra RAA, Figueira ALM, Speranzini MB. Síndrome de Fournier: estudo de 32 pacientes: do diagnóstico a reconstrução. *GED Gastroenterol Endosc Digestiva*. 2014;33(2):45-51.
- Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Basic epidemiology*. 2nd ed. World Health Organization; 2006.
- Candelaria PAP, Klug WA, Capelhuchnik P, Fang CB. Síndrome de Fournier: análise dos fatores de mortalidade. *Rev Bras Coloproctol*. 2009;29(2):197-202. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802009000200006>
- Larsson JC, Pires R, Fioravanti A, Beolchi M, Gradel J, Oliveira M. Abordaje quirúrgico combinado como alternativa mínimamente invasiva en el tratamiento de la Gangrena de Fournier. *Cir Plást Ibero-Latinoam*. 2017;43(1):87-96.
- Sliwinski A, Kavanag HLE, Bolton D, Lawrentschuk N, Crock JG. Fournier's gangrene - delayed pedicle flap based upon the anterior abdominal wall. *Int Braz J Urol*. 2014; 40(3):423-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2014.03.18>
- Cruz RAO, Andrade LL, Arruda AJCG. Produção científica sobre Gangrena de Fournier e os cuidados de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(5):4329-35.
- Dornelas MT, Correa MPD, Barra FML, Correa LD, Silva EC, Dornelas GV, et al. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(4):600-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000400022>

