

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVI Jornada de Extensão

GANGRENA DE FOURNIER¹

Cristiane Lamberty², Elisangela Salete Vetoratto³.

¹ RELATO DE EXPERIENCIA

² ACADÊMICA DO 7 SEMESTRE DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIJUI

³ ACADÊMICA DO 7 SEMESTRE DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIJUI

Resumo

Relato de experiência de um caso de síndrome de Fournier, em um paciente do sexo masculino, de 62 anos de idade, discutem aspectos etiológicos, clínicos e terapêuticos, ressaltando a importância de um diagnóstico precoce e tratamento imediato.

Introdução

A Gangrena de Fournier é uma doença rara, provocada por uma infecção bacteriana que afeta as regiões genitais, perineal e perianal, que atinge a camada interna da parede de uma artéria provocando a morte das células e ocasionando uma fasciite necrotizante, geralmente é consequência de uma sífilis terciária, que leva a uma trombose dos vasos cutâneos e subcutâneos, gerando necrose da pele, odor fétido e edema da região acometida.

Essa patologia ocorre mais frequentemente em homens de todas as idades, podendo acometer também as mulheres. A predisposição à gangrena de Fournier está associada também a estados de imunossupressão, doenças crônicas, alcoolismo, senilidade, obesidade, anormalidades no sistema urológico e doenças de colos-retais (GUIMARÃES, 1995)

O diagnóstico é realizado através de RX e US quais apresentam a presença de gás, a tomografia demonstra a extensão da infecção.

O tratamento é realizado através da imediata correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, ácido-base e hemodinâmicos, antibioticoterapia de largo espectro e debridamento cirúrgico de emergência. O objetivo do tratamento cirúrgico é remover todo o tecido necrótico, interromper a progressão do processo infeccioso, minimizar os efeitos tóxicos sistêmicos. A colostomia está indicada nas situações que facilitam a contaminação fecal e a cistostomia está indicada quando a urina for fator de contaminação. O tratamento precoce e agressivo é a única chance de sobrevivência para o paciente, pois se tratada de maneira inadequada a Gangrena de Fournier leva à falência progressiva de órgãos e sistemas e ao êxito letal.

Os cuidados locais com a ferida, uma vez controlada a infecção também devem ser motivo de atenção limpeza mecânica de forma asséptica com soro fisiológico e até com água e sabão neutro. O tempo decorrido entre o início da doença e o tratamento cirúrgico é o fator mais importante na indução de mortalidade. A duração dos sintomas do início do quadro até a internação é um fator contribuinte para a mortalidade.

Metodologia

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XVI Jornada de Extensão

Relato de experiência realizado por acadêmicas do 5º semestre do Curso de Enfermagem da UNIJUÍ, no 2º semestre de 2014 durante o transcorrer do componente curricular de Prática em Saúde do Adulto II em uma unidade de UTI Adulto de uma instituição hospitalar de porte IV, da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, as atividades foram realizadas durante os meses de agosto a novembro de 2014.

Objetivo

O objetivo do estudo da patologia foi saber quais as causas que acometem a doença e o porque do maior índice estar relacionado a homens, qual os fatores de riscos, os sintomas, o tratamento da doença, bem como a antibioticoterapia e o debridamento da região acometida.

Resultados e discussão

J.B.S., 62 anos, do sexo masculino, pardo, casado, agricultor, portador de diabetes mellitus tipo II, iniciou com quadro de dor perianal com evolução de sete dias onde começou a apresentar um abaulamento com hiperemia e edema com queda do estado geral. No momento da internação apresentava-se lúcido, hipocorado e eupnéico, febril, prostrado e hemodinamicamente estável. Ao exame físico notamos área de necrose, com secreção purulenta, edema e eritema já atingindo escroto, região perianal e perineal. Ao exame laboratorial apresentaram 38.000 leucócitos e 58% de bastões. No primeiro dia foi realizado desbridamento cirúrgico extenso do tecido necrótico e enviado para cultura, realizou-se colostomia em alça para desvio de trânsito intestinal, iniciado sulbactam sódico 3g/dia e ampicilina sódica 6g/dia associado a metronidazol 500mg/dia durante 25 dias, sendo interrompido por melhora clínica e laboratorial. A cultura da secreção mostrou crescimento de *Pseudomonas Aeruginosa*. Foi usada insulina regular subcutânea no início da internação para controle do diabetes, a qual foi substituída por hipoglicemiantes orais até a alta hospitalar. Concomitantemente, foram feitos curativos com soro fisiológico e ácido graxos, com desbridamento quando necessário. No vigésimo quarto dia de internação foi submetido à enxertia de pele parcial obtida das coxas, alta após o trigésimo oitavo dia de internação. O paciente encontra-se em excelente estado clínico, em acompanhamento ambulatorial.

O trabalho em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é complexo e intenso, devendo o enfermeiro estar preparado para a qualquer momento, atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo hábil. Desta forma, pode-se supor que o enfermeiro desempenha importante papel no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva.

O Cuidado com paciente acometido por Gangrena de Fournier é de fundamental importância em sua recuperação devido as consequências drásticas que esta patologia acomete, no que se refere a vigilância dos sinais e sintomas das infecções como também na realização dos curativos que além de serem extenso exigem dos profissionais muita atenção e paciência, pois demandam todos os cuidados com a técnica asséptica para não haver transmissão para outros pacientes e nem para as áreas que já apresentavam regressão das infecções. A síndrome ocorre principalmente em indivíduos do sexo masculino, na proporção de 10 para 1, afetando todas as faixas etárias, com média das idades ao redor dos 50 anos. Tratando-se de um paciente idoso, diabético tipo II, com perda de revestimento cutâneo após desbridamento de 9%, o índice de mortalidade na literatura é de 80%. Em nosso caso, notamos que o reconhecimento precoce, com tratamento agressivo e imediato

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XVI Jornada de Extensão

com o desbridamento de toda área afetada associada à antibioticoterapia de amplo espectro com medidas de suporte clínico intensivo e se possível oxigenioterapia hiperbárica são essenciais para o prognóstico do paciente. A colostomia mostrou-se favorável, pois esta reduz a taxa de mortalidade em pacientes com infecção anorretal.

Conclusão

O estudo realizado nos proporcionou observar que vários fatores são desencadeantes do desenvolvimento da Gangrena de Fournier, sendo necessário um diagnóstico precoce, terapêutica adequada, e a assistência de enfermagem com intervenções precisas para diminuir o índice de mortalidade pela doença sendo necessário que toda equipe de enfermagem tenha o pleno conhecimento da patologia, para diagnosticar precocemente os sinais de complicações da doença. Como é uma patologia mutiladora para o paciente é importante o acompanhamento de Enfermagem junto ao paciente, esclarecendo dúvidas, levando o paciente a confiar na equipe e no tratamento.

Palavras-chave: Gangrena, diagnóstico, assistência.

Referências bibliográficas

1. GRATTON, L. Palavras ao vento. Exame, 719 ed., ano 34, n.15, p. 36-40, 2000.
 2. LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. Nursing, 2001.out.;41(4):25-29.
 3. ARAÚJO, C. J. Gangrena de Fournier, São Paulo. Disponível em <<http://www.cirhab.com.br>>. Acesso em: 25 agosto, 2014.
 4. ALMEIDA Cirurgia de Urgência. O que é Síndrome de Fournier? São Paulo, - Vol. II - 2ª Edição. Aualização em: 19 jan 06. Copyright © 2006 Bibliomed, Inc. Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?>. Acesso em: 25 agosto, 2014.
 5. FIGUEREDO L.N.P.F. de et al. Fascíte necrotizante (Síndrome de Fournier). e
 6. revisão da literatura. Revista da Universidade de Alfenas, Alfenas. v.3, n.1, Supl. 1, p.11- 17, ago.,1997.
 7. GUIMARÃES A.S. et al. Síndrome de Fournier. Medicina Ribeirão Preto. v.28, n.4, p.722-724, out/dez, 1995.
 8. Cavalini F, Moriya TM, Pelá NTR. Síndrome de Fournier: a percepção do seu portador. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(2):108
- Mauro V. Retalho fasciocutâneo de região interna de coxa para reconstrução escrotal na síndrome de Fournier. Rev Bras Cir Plást. 2011;26(4):707-9.