

# Relato de caso: Síndrome de Fournier secundária a neoplasia de reto

## INTRODUÇÃO

A síndrome de Fournier (SF) é uma infecção polimicrobiana que evolui como uma fascíte necrotizante acometendo região perineal, perianal e genital, podendo se estender para raiz da coxa, parede abdominal e retroperitônio<sup>1, 2</sup>. A SF é uma doença extremamente rara que acomete 1,6 casos por 100.000 homens por ano, com idade média de 50,9 anos tendo uma proporção de homens para mulheres de 10:1, e se desenvolve frequentemente em pacientes imunocomprometidos, patologias colorretais, urogenitais, complicações pós-operatórias, uso de drogas intravenosas e trauma<sup>2, 3, 4</sup>. A SF relacionada ao câncer retal é raro, entretanto, um fator de risco específico é a perfuração do câncer retal e consequente fistulização<sup>5</sup>. A fisiopatologia compreende uma endarterite obliterante seguida de trombose vascular subcutânea e necrose de pele, tecido subcutâneo e circundante<sup>4</sup>. O quadro clínico apresenta-se com dor intensa, eritema e edema, até bolhas e escaras em região de bolsa escrotal e perineo, outras manifestações comuns são cianose, crepitação e secreção com forte odor fétido<sup>1</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente, masculino, 68 anos, previamente hígido. Admitido no pronto atendimento do Hospital Regional do Sudoeste, em Francisco Beltrão, PR, apresentando volume assimétrico, crepitação e enfisema subcutâneo em toda a extensão do membro inferior direito, concomitante a quadro sistêmico característico de septicemia. Paciente referiu dor de forte intensidade na região perianal há uma semana.

Ao exame físico, apresentava-se: hipocorado 2+/4+; desidratado +/4+; febril (38,8°C); hipotensão e taquicardia sinusal. Ao toque retal, apresentava área endurecida em reto médio. Aos exames laboratoriais, evidenciava-se, principalmente, leucocitose 29.000 com desvio à esquerda, PCR 483,0, ureia 239 mg/dL, creatinina 2,2 mg/dL. Realizado compensação clínica pré-operatória e protocolo de sepse. Encaminhado para abordagem cirúrgica escalonada, sendo primeiramente submetido a desbridamento, necrosectomia e fasciotomia em musculatura de coxa e perna sem fechamento primário. No dia seguinte, após cuidados da terapia intensiva, reabordado cirurgicamente, com procedimento de colostomia terminal temporária e nova necrosectomia com lavagem local. Durante os procedimentos cirúrgicos, evidenciou-se fistulização retoperineal.

Após 9 dias do atendimento inicial, paciente apresentou melhora clínica satisfatória, com alta do serviço de urgência e encaminhamento para serviço de cirurgia plástica de Curitiba, devido a necessidade de extensa área de enxertia

## DISCUSSÃO

Por apresentar início agudo e rápida disseminação, tem alta morbimortalidade. O desbridamento cirúrgico inicial e o reconhecimento imediato são fatores importantes e que contribuem para melhor sobrevida do paciente<sup>6,7</sup>. O procedimento de desbridamento consiste em retirar a parte necrótica até encontrar tecido saudável e sangramento normal<sup>8</sup>. Fator fundamental para eliminar a evolução da infecção e promover a reação cicatricial.

## REFERÊNCIAS

- 1) MOREIRA, Daniel Rosa et al. Terapêutica cirúrgica na síndrome de Fournier: relato de caso. *Revista de Medicina*, v. 96, n. 2, p. 116-120, 2017.
- 2) SILVA, Gabrielly Bertoldi et al. Relato de caso: Síndrome de Fournier consequente a carcinoma de canal anal. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 6, p. 16518-16524, 2020.
- 3) CHERNYADYEV, Sergey A. et al. Fournier's gangrene: literature review and clinical cases. *Urologia internationalis*, v. 101, p. 91-97, 2018.
- 4) DORNELAS, Marilho Tadeu et al. Fournier's syndrome: a 10-year evaluation study. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 27, p. 600-604, 2012.