

Bia Yamashita Fonseca;<sup>1</sup> Luciana Bitencourt Carvalho;<sup>1</sup> Tulio Kersul De Souza;<sup>1</sup> Volney Marques Passos;<sup>1</sup> Ricardo Vinicius Carvalho Teixeira;<sup>1</sup> Alexandre Coelho Dos Santos;<sup>1</sup> Fabrizia Serra Pereira Guerrieri;<sup>1</sup> Antônio Carlos De Souza;<sup>1</sup> Allan Bruno Frade Bedetti;<sup>1</sup> Gabriela Vitória Rezende<sup>2</sup>

1. Hospital das Clínicas Samuel Libânio - Pouso Alegre - MG  
2. Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre - MG

## Introdução e Objetivo

A doença de Fournier, também conhecida como gangrena de Fournier, é uma infecção grave e rara que afeta os tecidos moles da região genital e perineal. Ela foi nomeada em homenagem ao cirurgião francês Jean Alfred Fournier, que a descreveu pela primeira vez em 1883. A doença de Fournier é causada por uma infecção bacteriana polimicrobiana. Geralmente, a infecção tem início a partir de uma lesão na área genital, como um ferimento, abscesso, úlcera ou cirurgia. As bactérias, normalmente presentes na pele ou no trato urinário e gastrointestinal, invadem os tecidos moles, causando uma infecção agressiva e progressiva. A literatura demonstra a importância do desbridamento, pois os pacientes não submetidos a esse procedimento têm mortalidade igual a 100% e, da rápida intervenção, uma vez que a gangrena evolui 2,5 cm<sup>2</sup>/h. A mortalidade relacionada à síndrome de Fournier reportada na literatura, desde a antiguidade até os dias atuais, fica em torno de 30% a 50%.

## Método

Foi realizado estudo retrospectivo, baseado na análise de prontuários médicos de 11 pacientes portadores de síndrome de Fournier, tratados em regime de internação hospitalar, no período de janeiro de 2021 a junho de 2023, no Serviço de Urologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, em Pouso Alegre, Minas Gerais. Foram analisados dados como a idade, o tempo de internação, a realização de colostomia e cistostomia e a evolução para alta ou óbito. Todos foram submetidos à excisão da área de necrose, estendendo a ressecção até haver sangramento das bordas. Em alguns realizou-se colostomia por extensa área de necrose perianal e cistostomia, se dificultada a micção. O número e o tipo de cirurgias também foram estatisticamente analisados. Realizaram-se culturas das secreções e antibiograma. A terapia antibiótica variou consoante as equipes que inicialmente conduziram os tratamentos. O esquema mais utilizado foi associação ceftriaxona e metronidazol.

## Figuras



Imagem 1: Resultado pós desbridamento

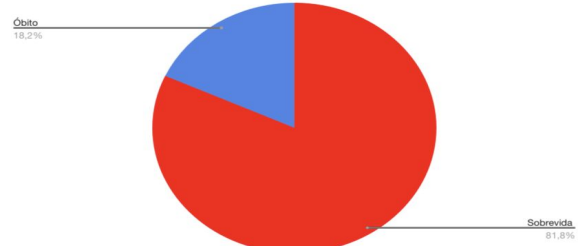


Tabela 1: Taxa de Sobrevida

## Resultados

Foram analisados 11 pacientes, sendo a idade média 66,18 anos. O tempo médio entre a admissão e o desfecho foi de 18,81 dias. Oito (72%) pacientes apresentavam comorbidades pré-existentes, como diabetes, doença colorretal (fístula) e cardiopatia. Nos demais pacientes não foi identificado nenhum fator de comorbidade. Houveram 2 óbitos (18%), porcentagem significativamente menor em relação aos dados encontrados na literatura, onde a mortalidade varia entre 30 a 50%. Estes pacientes tiveram o quadro piorado por apresentação de doença renal aguda, com necessidade de diálise. Os sintomas mais citados foram dor intensa na região genital e perineal, mau cheiro e secreção purulenta. Além disso, 80% dos pacientes apresentaram sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar e prostração. Em todos os casos, os pacientes diagnosticados foram submetidos à desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia de largo espectro, recebendo alta em bom estado de saúde. Em relação à área do comprometimento inicial e sua extensão, os resultados indicaram que a letalidade foi independente do local do início, como também do tamanho da lesão inicial, maior ou menor que 5 cm. Cistostomias, realizadas em três (um óbito) e colostomias, realizadas em cinco (um óbito), não foram estatisticamente significantes por não terem sido fator de proteção contra óbito.

## Conclusão

Apesar da reconhecida gravidade da Síndrome de Fournier, as medidas terapêuticas adotadas, como rápida intervenção, desbridamento precoce e antibioticoterapia de amplo espectro, juntamente com abordagem multidisciplinar, demonstraram-se bastante eficazes no controle da doença, permitindo reconstrução cirúrgica das áreas atingidas, com baixa mortalidade.

## Referências

- de Souza NS, Santos DR dos, Westphalen AP, Spencer Netto FAC. Fournier's gangrene by perianal abscess. Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro). 2020 Dec 7; 40:334-8
- Cyrino R de S, Silva LD. Perfil clínico de pacientes com Síndrome de Fournier em um hospital terciário. ABCS Health Sciences. 2019 Aug 30; 44(2).
- Díaz-Martínez AR, Cobos-Gutiérrez ED los, Hernández-Ávila PH, Cruz YA la, Hernández-González N, Díaz-Martínez AR, et al. Caracterización clínica de pacientes con gangrena de Fournier del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", 2008-2018. Revista Información Científica. 2021 Aug 1; 100(4)