

**SANDRA CARVALHO GONZAGA DO  
NASCIMENTO**

*Universidade Municipal de São Caetano do  
Sul, USCS, São Caetano do Sul, SP, Brasil.*

**FRANCISCO SANDRO MENEZES RODRIGUES**

*Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP,  
São Paulo, SP, Brasil.*

**WILLIAM MALAGUTTI**

*Universidade Municipal de São Caetano do  
Sul, USCS, São Caetano do Sul, SP, Brasil.*

**RENATO RIBEIRO NOGUEIRA FERRAZ**

*Universidade Nove de Julho, UNINOVE, São  
Paulo, SP, Brasil.*

*Recebido em novembro de 2018.  
Aprovado em março de 2019.*

## ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO REFERÊNCIA EM CURATIVO AO PORTADOR DA SÍNDROME DE FOURNIER: RELATO DE CASO

### RESUMO

**Introdução:** A gangrena de Fournier, também conhecida como fascite necrosante, foi relatada pela primeira vez em 1883 por Jean Alfred Fournier, como uma patologia do sexo masculino. De origem bacteriana, apresenta elevada taxa de mortalidade devido à progressão rápida do processo infeccioso. **Objetivo:** Descrever a assistência do enfermeiro referência em curativo na condução e monitoramento até a cicatrização total da lesão. **Método:** Trata-se da descrição do caso de um paciente atendido em um hospital verticalizado pertencente a uma operadora de saúde no Município de São Paulo - SP, no período de abril a junho de 2017, com acompanhamento supervisionado hospitalizado e domiciliar, além de retorno agendado em consulta ambulatorial. **Conclusão:** Ocorreu a cicatrização total da lesão sem nenhuma perda de função. O conhecimento científico do enfermeiro referência em curativo foi a base fundamental na assertividade da cobertura ideal, no monitoramento assistido e o vínculo com paciente contanto com a participação em todo o processo.

**Palavras-Chave:** Gestão em Saúde; Síndrome de Fournier; Gangrena Necrosante; Curativo; Assistência de Enfermagem; Oxigenação Hiperbárica.

### NURSING REFERENCE ASSISTANCE TO FOURNIER SYNDROME: CASE REPORT

#### ABSTRACT

**Introduction:** Fournier's gangrene, also known as necrotizing fasciitis, was first reported in 1883 by Jean Alfred Fournier as a male pathology. Of bacterial origin, it presents a high mortality rate due to the rapid progression of the infectious process. **Aim:** To describe the nurse's referral assistance during the conduction and monitoring until the total wound healing. **Method:** This is the case description of a patient attended in a vertical hospital belonging to a health care provider in the city of Sao Paulo - SP, from April to June 2017, with supervised hospitalized and home follow-up, in addition to return scheduled on outpatient visit. **Conclusion:** The total wound healing occurred without any loss of function. The scientific knowledge of the nurse reference was the fundamental basis in the assertiveness of the ideal coverage, in the assisted monitoring and the tie with patient, including participation in the whole process.

**Keywords:** Management in Health; Fournier's Syndrome; Necrotizing Gangrene; Wound Care; Nursing Care; Hyperbaric Oxygenation.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de Fournier, também conhecida com gangrena ou fascite necrosante, relatada pela primeira vez em 1883 por Jean Alfred Fournier como uma patologia inicialmente apenas do sexo masculino, atualmente afeta ambos os sexos. Nos homens tem origem no escroto e no pênis, e nas mulheres, em vulva e virilha (CARDOSO; FÉRES, 2007; DORNELAS et al., 2012). De origem bacteriana, está associada a microrganismos aeróbios e anaeróbios, e a taxa de morte associada à doença está relacionada com a progressão do processo infeccioso (RUZZARIN apud FIGUEREDO, 1997).

Fatores que corroboram com o aparecimento da lesão estão associados à higiene ineficaz, pregas cutâneas exacerbadas, traumatismo mecânico, cateterismos prolongados e procedimentos invasivos cirúrgicos ou não, além de comorbidades como Diabetes Mellitus, tabagismo, obesidade, alcoolismo, hipertensão, imunossupressão, AIDS, além de pacientes oncológicos e hematológicos (CANDELARIA et al., 2009).

Sua etiopatogenia se caracteriza por endarterite obliterante, que resulta em necrose da pele e do tecido celular subcutâneo e adjacente. Pode invadir fáscia e músculo, tornando possível a entrada na microbiota normal da pele, à medida que ocorre a disseminação de bactérias aeróbias e anaeróbias. A concentração de oxigênio nos tecidos é reduzida com a hipóxia e a isquemia tecidual. O metabolismo fica prejudicado, provocando maior disseminação de microrganismos facultativos que se beneficiam das fontes energéticas das células, formando gases hidrogênio e nitrogênio responsáveis pela crepitação, demonstrada nas primeiras 48 a 72 horas de infecção (DORNELAS et al., 2012; SMANIOTTO et al., 2012).

O tratamento pode ser o manejo cirúrgico, como drenagem ou desbridamento radical com ou sem derivações fecais ou urinárias; antibióticos de largo espectro; suporte nutricional; curativo como tratamento para a reparação tecidual, e medidas adjuvantes como oxigenioterapia hiperbárica (OHB) para prevenir a extensão da necrose, reduzir sinais sistêmicos da infecção e melhorar a sobrevida do tecido isquêmico. A OHB é um tratamento consagrado e eficaz como acelerador do processo de cicatrização, que consiste na inalação de oxigênio a 100% sob pressão maior que a atmosfera, no interior de uma câmara (MEHL et al., 2010; SMANIOTTO et al., 2012).

Com a gravidade potencial para evolução de um quadro de infecção, apesar de todo o conhecimento fisiopatológico, melhora na terapia antimicrobiana e medidas adjuvantes, surgiu o desafio de acompanhar um caso de Síndrome Fournier visando fornecer informações que possam ser utilizadas para melhor atender os indivíduos acometidos pela referida condição clínica.

## OBJETIVO

Descrever a assistência do enfermeiro referência em curativo na condução e monitoramento de um paciente com Síndrome de Fournier até a cicatrização total da lesão.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de caso, abordagem qualitativa realizado em um hospital verticalizado de uma Operadora de Saúde no Município de São Paulo - SP, no período de abril a junho de 2017, por meio da coleta de dados em prontuário eletrônico, acompanhamento supervisionado, hospitalizado, domiciliar, e retorno agendado em consulta ambulatorial. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa Científica (COEP) do Hospital Pró Cardíaco, localizado na cidade do Rio de Janeiro - RJ, segundo CAAE número 79367317.7.0000.5533 de 26 de outubro de 2017, a aprovado com base no parecer consubstanciado número 2.367.737, de 06 de novembro de

2018. O paciente aprovou a utilização das informações e fotografias por meio de assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

## RELATO DE CASO

M.A.N. 58 anos, masculino, casado, oriental, portador de Diabetes Mellitus tipo 2, não insulínica, tabagista, hipertensão arterial, dislipidemia, hiperuricemia e artrite gotosa. Deu entrada no pronto socorro em 29/03/2017 com histórico de abscesso perianal iniciado há 12 dias, fazendo uso de ciprofloxacino 500 mg 12/12h via oral, com piora do quadro há 3 dias. No exame físico em região perianal e escrotal, apresentava saída de exsudato purulento e fétido, edema de bolsa escrotal associado, doloroso com crepitações à palpação.

Transferido para unidade de terapia intensiva (UTI) em virtude da disfunção orgânica renal, evidenciou-se choque séptico. Seguem dados dos exames laboratoriais: ureia 84, creatinina 2.82, sódio 135, potássio 4.9, hemoglobina 11.6, hematócrito 35,6%, plaqueta 410.000, INR 1,41. Dados relacionados à infecção: leucócitos 14.100 com 17% bastões, PCR 30,0. Pressão arterial 80 x 40 mmHg (PAM 53mmHg, não responsivo a volume). Encaminhado para centro cirúrgico em 30/03, sendo submetido à desbridamento cirúrgico por Síndrome de Fournier periescrotal e perianal. Após procedimento retornou para unidade de terapia intensiva, iniciando a seguinte antibioticoterapia: piperacilina com tazobactam 4,5 g 6/6 horas, e fosfato de clindamicina 600 mg /4 ml 6/6 horas, inicialmente por 10 dias. Durante o período pós-operatório na unidade intensiva, o curativo foi realizado com solução fisiológica 0,9%, e ácido graxo essencial até o dia 04/04/2017.

No dia 05/04/2017, 5º PO de fasciotomia perianal e periescrotal unilateral direita, recebeu alta da unidade terapia intensiva. Foi transferido para unidade de internação, e a equipe médica responsável solicitou o acompanhamento do enfermeiro referência em curativo, para dar seguimento aos cuidados e conduta relacionada ao curativo.

Ao exame físico apresentou-se consciente, orientado, corado, hidratado, recebendo alimentação via oral, sem referir algia no local da lesão. Deambulava sem auxílio e apresentou índices glicêmicos controlados. Realizado o exame de inspeção da lesão, observou-se:

Região escrotal e perianal à direita: estágio 3, dimensões: 7,0 cm de largura, 15,0 cm de comprimento, e 1,0 cm de profundidade; presença de tecido de granulação em 10% e esfacelos aderidos em 90%; saída de exsudato purulento em grande quantidade, sem odor; bordas aderidas com exposição dos testículos.

Região escrotal superior à esquerda, estágio indeterminado, dimensões: 3,0 cm largura, 4,0 cm comprimento, profundidade indeterminada, presença de necrose branca, sem odor.

Iniciado curativo primário em região periescrotal e perianal nas laterais com hidrogel, um gel transparente, incolor, composto por água, carboximetilcelulose e propileno-glicol, que amolece e remove tecido desvitalizado por meio do desbridamento autolítico. Na cavidade e nos testículos foram colocadas fibras de puro alginato de cálcio derivado de algas marinhas. O mecanismo de ação se baseia no fato de que o sódio, presente no exsudato e no sangue, interage com o cálcio, auxiliando no desbridamento autolítico e mantendo o meio úmido para cicatrização, além de induz a hemostasia. Em região escrotal superior foi realizado curativo primário com hidrogel (SMANIOTTO et al., 2012). Na cobertura secundária devida grande quantidade de exsudato, foi utilizada manta de algodão hidrófilo puro, envolto por tecido de gaze de baixa densidade de fios, inodoro e insípido estéril. Utilizou-se fita adesiva na fixação visando o conforto do paciente e sua mobilidade, sustentado o curativo com o

uso de roupa íntima, com a frequência da troca do curativo primário e secundário duas vezes ao dia (manhã e noite), associados aos episódios de evacuações.

Figura 1: Regiões: escrotal bilateral, inferior e superior e perianal direta (A: 5º PO desbridamento cirúrgico na admissão; B: 7º PO desbridamento. 2º dia curativo tópico).



Fonte: Arquivo pessoal.

Foi solicitado acompanhamento do departamento de nutrição, que prescreveu dieta hipossódica para diabético laxativa, com a finalidade de aumentar motilidade intestinal para facilitar a evacuação. Foi prescrito o suplemento alimentar oral uma vez ao dia, desenvolvido para o paciente diabético, aumentando o aporte calórico e protéico, auxiliando no processo cicatricial.

No dia 07/04 foi introduzida sonda retal, com a finalidade de evitar contaminação da ferida operatória. A sonda causou desconforto e constrangimento para deambular, sendo retirada em 24 horas. As frequências das evacuações continuavam duas vezes ao dia. Foi realizada nova avaliação da lesão, onde se observou melhora da quantidade de exsudato, tecido de granulação, e exposição de tecido desvitalizado na parte escrotal superior à esquerda. Manteve-se a conduta do curativo inicial, sendo realizado desbridamento mecânico em região perianal. Seguindo com curativo diário, acompanhamento clínico, D8 piperacilina com tazobactam 4,5g 6/6 horas e clindamicina, fosfato, além de 600 mg/4 ml 6/6 horas. No dia 08/04 realizou-se exame laboratorial contatando PCR 2,2 sem leucocitose. Após avaliação do infectologista recomendou-se estender os antibióticos em uso por 21 dias. Solicitou-se serviço de atendimento domiciliar para curativo diário, juntamente com a equipe médica a indicação do tratamento com oxigenioterapia câmara hiperbárica - OHB.

Para o tratamento com câmara hiperbárica foi necessário realizar classificação de gravidade de acordo com a escala "USP" - Universidade de São Paulo. Nessa escala considera-se a seguinte mortalidade de acordo com os grupos: G I = 1,2%; G II = 7%; G III = 30%; G IV = 66%. No caso descrito a pontuação foi 35, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1: Avaliação para tratamento com OHB.

ITENS	PONTOS		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 51 anos
Tabagismo		Leve / moderado	Intenso

ITENS	PONTOS		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Diabetes		Sim	
Hipertensão arterial sistêmica		Sim	
Queimadura		< 30%	> 30%
Osteomielite		Sim	c/ exposição óssea
Toxemia		Moderada	Intensa
Choque		Estabilizado	Instável
Infecção / secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > lesão	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
Crepitação subcutânea	< 2 cm	2 a 6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
Insuficiência arterial aguda		Sim	
Insuficiência arterial crônica			Sim
Lesão aguda		Sim	
Lesão crônica			Sim
Alteração linfática		Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de tórax		Sim	
Ventilação mecânica		Sim	
Períneo / mama / face			Sim

Fonte: [http://www.porta1medico.org.br/pareceres/cfm/2011/8\\_2011.htm](http://www.porta1medico.org.br/pareceres/cfm/2011/8_2011.htm)

Dia 11/04 foi avaliado pela equipe da cirurgia plástica com conduta de abordagem para reconstrução após tratamento hiperbárico. Encaminhado para avaliação do tratamento hiperbárico em 17/04, iniciou a primeira sessão, no total de dez. Mantida conduta do curativo, houve evolução da lesão com aumento da área de tecido de granulação em 30%, esfacelos aderidos em 70%, além de saída de exsudado purulento (Figura 2).

Figura 2: 12º dia curativo tópico. Antes do tratamento de Câmara Hiperbárica (A: Região Escrotal superior esquerda; B: Região: Escrotal Bilateral inferior e perianal direita).



Fonte: Arquivo pessoal.

O término dos antibióticos ocorreu em 21/04, totalizando 21 dias. Recebeu alta hospitalar para atendimento domiciliar com curativos duas vezes ao dia, com a mesma prescrição do curativo no período de hospitalização (Figura 3).

Figura 3: 28º dia curativo tópico e 10º dia de sessão hiperbárica (A: Região: Escrotal Bilateral inferior e perianal direita; B: Região Escrotal superior esquerda).



Fonte: Arquivo pessoal.

Em 26/04/2017 foi submetido a uma segunda avaliação no serviço de tratamento hiperbárico, solicitada a continuidade das sessões para mais 10, totalizando 20 sessões de segunda a sexta-feira, exceto feriados. Foi realizada nesta data uma avaliação da lesão em consulta ambulatorial, apresentando melhora, com área de granulação de 80%, tecido desvitalizado em 20%, redução do diâmetro, com fibrinas dispersas. Realizou-se desbridamento mecânico na parte escrotal superior à esquerda.

Foi avaliado pelo cirurgião plástico em atendimento ambulatorial pela segunda vez, quando completou 45 dias do pós-operatório de desbridamento cirúrgico. Nesta consulta foi indicada a reconstrução do escroto bilateral e perianal, além de solicitados exames pré-operatórios e avaliação cardiológica.

Recebeu alta do atendimento domiciliar após 30 sessões de câmara hiperbárica, não sendo realizada reconstrução do escroto, visto que no período que

estava realizando os exames pré-operatórios à lesão apresentou aumento do tecido de epiteliação e aproximação de bordas, com cicatrização total da lesão (Figura 4).

Figura 4: A: 58º dia de acompanhamento; B: 76º dia de acompanhamento.



Fonte: Arquivo pessoal.

## CONCLUSÃO

Este trabalho relatou 76 dias de acompanhamento de um paciente com Síndrome de Fournier. O conhecimento científico do enfermeiro referência em curativo foi fundamental na assertividade da cobertura ideal e no monitoramento assistido em todo o processo. O acompanhamento hospitalar resultou na diminuição do tempo de internação, e o retorno ambulatorial semanal proporcionou vínculo e confiança do paciente com o enfermeiro. O paciente participou em todo processo do autocuidado. Não houve interrupção na conduta durante a condução deste caso, que transcorreu sem intercorrências.

## REFERÊNCIAS

- CARDOSO, J. B.; FÉRES, O. Gangrena de Fournier. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 40, n. 4, p. 493-499, 2007.
- DORNELAS, M. T. et al. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. Rev Bras Cir Plást, v. 27, n. 4, p. 600-4, 2012.
- MEHL, A. A. et al. Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba. Rev Col Bras Cir, v. 37, n. 6, p. 435-41, 2010.
- QUEIRÓS, P. J. P.; VIDINHA, T. S. DOS S.; FILHO, A. J. DE A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, v. serIV, n. 3, p. 157-164, dez. 2014.
- SMANIOTTO, P. H. DE S. et al. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 27, n. 4, p. 623-626, 2012.