

## RELATO DE CASO

# Importância do tratamento multidisciplinar para melhor manejo clínico em pacientes com fasciite necrosante

## *Importance of the multidisciplinary treatment to better clinical management in patients with Necrotizing Fasciitis*

João Roberto Antônio<sup>1</sup>; Guilherme Bueno de Oliveira<sup>2</sup>; Marina Gagheggi Maciel<sup>2</sup>; Izabela Lidia Soares Cardeal<sup>2</sup>; Luana Rocco Pereira<sup>3</sup>; Eurides Maria de Oliveira Pozetti<sup>1</sup>

1 Professor Doutor, Chefe da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

2 Médico Dermatologista do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

3 Médico Residente de Dermatologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

**Resumo** **Introdução:** A Fasciite Necrosante (FN) é uma infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido celular subcutâneo e da fáscia superficial, associada a altos índices de morbimortalidade. **Apresentação do Caso:** Paciente masculino 39 anos, referindo ferimento na região do tornozelo esquerdo há seis dias. No exame dermatológico do membro inferior esquerdo, apresentava úlceras em vários níveis de profundidade com delimitações necróticas na face lateroposterior do terço médio e eritema e erosão com exsudação no terço inferior. O quadro evoluiu para grande área de necrose no membro associado à febre elevada. Realizou-se desbridamento da lesão e antibioticoterapia sistêmica e após melhora do quadro, enxerto de pele. Recuperação total do paciente após dois meses e doze dias de internação, com alta hospitalar no terceiro mês. Decorridos 14 anos da doença, o paciente apresenta ausência de lesões ativas, sequelas motoras e emocionais. **Discussão:** O diagnóstico precoce da FN pode impedir a progressão da doença, evitando a destruição tecidual, o prejuízo funcional e anatômico das áreas atingidas e o risco de sepse e morte. O desbridamento cirúrgico agressivo e o uso de antibióticos são medidas extremamente urgentes na conduta terapêutica. **Conclusão:** O sucesso terapêutico da FN depende fundamentalmente do diagnóstico precoce e de tratamento agressivo no início do quadro. A atuação da equipe multidisciplinar foi essencial para elucidação diagnóstica, tratamento eficaz e apoio psicológico na recuperação e cura do paciente, permitindo sua evolução saudável após 14 anos de doença.

**Palavras-chave** Fasciite Necrosante; Desbridamento; Infecções dos Tecidos Moles; Fasciite Necrosante/Diagnóstico.

**Abstract** **Introduction:** Necrotizing fasciitis (NF) is a destructive and rapidly progressive bacterial infection that affects the subcutaneous tissue and superficial fascia. The infection is associated with high mortality rates. **Case report:** The patient is a 39-year-old male who had a six-day history of a wound around the left ankle area. The dermatological examination of the left lower extremity showed ulcers at various stages. Necrotic borders were noticed on the posterolateral side of the middle third of the leg. We noticed an exudative erythema and erosion on the lower third of the leg. Condition evolved into a large area of necrosis in the limb associated with high fever. Debridement was performed on the lesions, and patient underwent systemic antibiotic therapy. Once clinical condition has improved, we performed a skin graft. Patient fully recovered after two months and twelve days of hospitalization, and was discharged in the third month. 14 years after the case, patient presents no active lesions or motor and emotional sequelae. **Discussion:** The early diagnosis of FN can prevent disease progression, avoiding tissue destruction, as well as functional and anatomical impairment of the affected areas, and the risk of sepsis and death. Aggressive surgical debridement and antibiotic prophylaxis are extremely urgent measures in the therapeutic approach. **Conclusion:** In the beginning of the clinical condition, FN therapeutic success depends crucially on early diagnosis, and aggressive treatment. The role of the multidisciplinary team was essential to the diagnosis clarification, effective treatment, and psychological support in the patient's recovery and healing, providing a healthy evolution 14 years after the event.

**Keywords** Keywords: Fasciitis, Necrotizing; Debridement; Soft Tissue Infections; Fasciitis, Necrotizing/ Diagnosis.

Recebido em 02/02/2013

Aceito em 09/04/2013

Não há conflito de interesse

## Introdução

A Fasciite Necrosante (FN) é uma infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido celular subcutâneo e da fáscia superficial, associada a altos índices de morbimortalidade se não houver tratamento precoce <sup>(1)</sup>. Caracteriza-se macroscopicamente por necrose da fáscia superficial e, microscopicamente, por infiltrado de polimorfonucleares e edema da camada reticular da derme <sup>(1,2)</sup>. *Streptococcus* beta-hemolíticos do grupo A e o *Staphylococcus aureus* isolados ou em sinergismo são, na grande maioria dos casos, os agentes iniciadores da FN. Outras bactérias podem estar presentes na doença como *Clostridium perfringens*, *Bacteróides fragilis*, *Peptostreptococcus*, *Enterobacteriaceae*, *Proteus*, *Pseudomonas* e *Klebsiella* <sup>(1,3)</sup>.

Condições associadas ao aparecimento da FN são doenças crônicas, doenças degenerativas, imunodepressão, etilismo, traumas, cirurgias, drogas endovenosas, varicela em crianças, úlceras isquêmicas e contato com pessoas infectadas por *Streptococcus* <sup>(4,5)</sup>. A incidência é maior em idosos, porém, vários relatos na literatura enfatizam a ocorrência de FN em adultos jovens. Os membros inferiores correspondem ao sítio primário mais comum (50% dos casos), mas outras regiões podem ser acometidas, tais como, membros superiores, períneo, região abdominal ou torácica <sup>(6)</sup>.

Possui evolução clínica característica, apresentando nas primeiras 24 horas área dolorosa com eritema, aumento de temperatura local e edema tecidual significativo, podendo estender-se tanto no sentido distal quanto no proximal. Após 24 a 48 horas, a região eritematosa escurece, passando a apresentar lesões purpúreas. Pode ocorrer cianose local e a formação de vesículas e bolhas com líquido amarelado ou vermelho-escuro. Em seguida, as áreas tornam-se gangrenosas, demarcadas com borda eritematosa e centro necrótico, apresentando extensa necrose do tecido celular subcutâneo. É extremamente comum que sinais de reação inflamatória sistêmica e infecção generalizada acompanhem o quadro <sup>(1,2,6)</sup>.

Os exames de imagem contribuem para selar o diagnóstico da FN. A visualização da presença do gás anormal e da necrose com espessamento assimétrico da fáscia são características que podem ser observadas na Radiografia, Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética. A Ultrassonografia evidencia edema de partes moles <sup>(7,8)</sup>.

O sucesso terapêutico depende fundamentalmente do diagnóstico precoce. O tratamento caracteriza-se por desbridamento cirúrgico radical, com ou sem a necessidade de enxertos, antibioticoterapia parenteral de amplo espectro e medidas gerais de suporte. A amputação só é realizada criteriosamente, quando o membro acometido já se tornou inviável <sup>(6,8)</sup>.

Para melhor compreensão do doente e diminuição do impacto social da doença são necessárias a visão holística do paciente e a realização do tratamento de forma mais integral. Ouvir, examinar, aconselhar e apoiar são ações de extrema importância para obter maior sucesso terapêutico.

O artigo tem como objetivo relatar um caso de Fasciite Necrosante, a abordagem clínica e terapêutica realizada e a

importância do trabalho da equipe multidisciplinar aliada à Psicoterapia na recuperação do paciente.

## Apresentação do caso

Paciente do sexo masculino, 39 anos, branco, natural e procedente de São José do Rio Preto-SP. Procurou o Serviço com queixa de ferimento na região do tornozelo esquerdo a seis dias da admissão. Relata há um dia, início de dor local, edema, eritema e formação de bolhas que progrediram, formando crostas necróticas. Junto à lesão da pele, associava o aparecimento de adenopatia inguinal ipsilateral, febre aferida de 39°C, icterícia e queda do estado geral. Negava comorbidades e referia tabagismo e etilismo social há 15 anos.

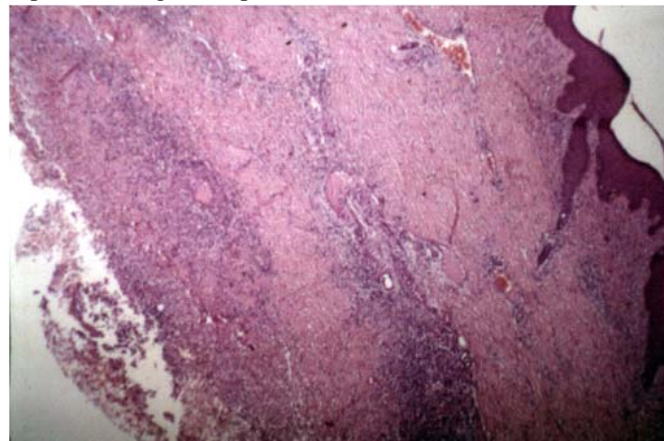
O exame dermatológico evidenciou formações ulcerosas em vários níveis de profundidade, com delimitações necróticas na face lateroposterior do terço médio do MIE; eritema e erosão com exsudação no terço inferior e tornozelo do MI; uma úlcera necrótica em forma de placa na face anterior do terço médio do MIE (Figura 1); máculas purpúreas no dorso do pé esquerdo



**Figura 1. Úlcera necrótica em forma de placa na face anterior do terço médio do MIE**

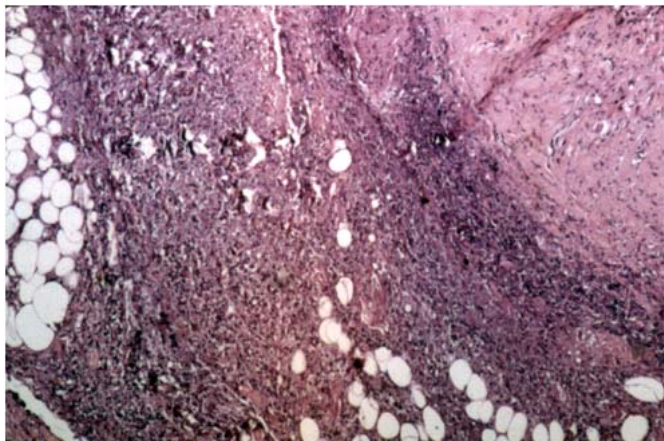
com edema; e linfadenopatia inguinal esquerda.

O ultrassom da região evidenciou edema de partes moles. A biópsia das lesões cutâneas revelou infiltrado inflamatório difuso na derme profunda, estendendo-se pela derme média e superficial (Figura 2), permeando a camada reticular da derme e



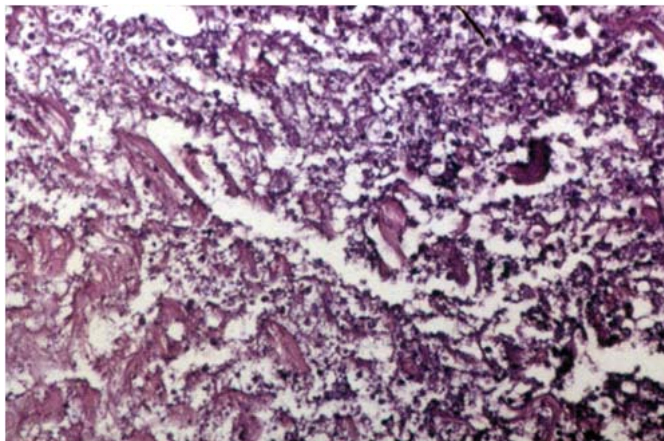
**Figura 2. Infiltrado inflamatório difuso na derme profunda estendendo-se pela derme média e superficial**

o tecido adiposo subcutâneo (Figura 3). As fibras colágenas



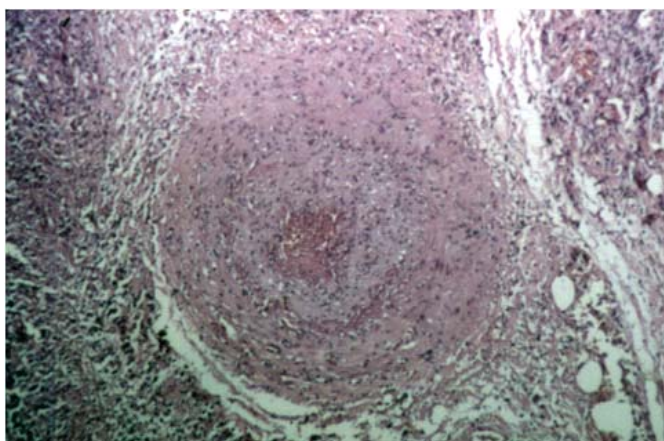
**Figura 3.** Infiltrado inflamatório permeando a camada reticular da derme e o tecido adiposo subcutâneo

estavam fragmentadas e permeadas por infiltrado inflamatório difuso mono e polimorfonuclear (Figura 4). Havia presença de



**Figura 4.** Fibras colágenas fragmentadas e permeadas por infiltrado inflamatório difuso

um vaso trombosado com sua luz completamente ocluída por fibrina (Figura 5).



**Figura 5.** Presença de vaso trombosado, com sua luz completamente ocluída por fibrina

O quadro clínico evoluiu com piora, com formação de grande área de necrose a partir das lesões cutâneas, acometendo todo membro inferior esquerdo associado a sinais de reação inflamatória sistêmica.

Iniciou-se tratamento com desbridamento da lesão (Figura 6) e



**Figura 6.** Membro após desbridamento da lesão

antibioticoterapia sistêmica com Clindamicina e Penicilina G Cristalina. No pós-operatório, com curativos diários, o paciente apresentava dor refratária à medicação analgésica, mantendo-se analgesia com cateter peridural contínuo. O paciente manifestava desejo de amputação do membro em decorrência da dor e apresentou, até mesmo, ideação suicida.

A melhora clínica e da dor do paciente foram progressivas. Posteriormente foi realizado enxerto no MIE, tendo como área doadora o membro inferior direito (Figura 7). Após dois meses e



**Figura 7.** Enxerto no MIE

doze dias de internação com curativos adequados, antibioticoterapia, suporte nutricional, psicoterapia, fisioterapia motora e respiratória, houve recuperação total do paciente (física e emocional), recebendo alta hospitalar no terceiro mês de internação (Figura 8).

Após 14 anos, o paciente apresenta-se em bom estado geral, com ausência de lesões ativas nos membros inferiores, apenas presença de cicatrizes, mantendo atividades diárias habituais.

## Discussão

A fasciíte necrosante representa uma rara infecção do tecido celular subcutâneo e fáscia superficial <sup>(1)</sup>. Consequentemente, progride com seps e resultados fatais <sup>(9)</sup>. Embora a causa ainda não esteja completamente elucidada, os pacientes geralmente apresentam uma história prévia de pequeno trauma, lesões na pele ou arranhaduras. Nos estágios iniciais, a FN e a celulite apresentam clínica bastante similar <sup>(8,9)</sup>. Vários estudos indicam que a FN se inicia com celulite e bolhas, e ambas podem ter o mesmo agente etiológico. Fatores que contribuem para o diagnóstico da FN incluem edema inelástico, cianose, palidez e hipoestesia cutâneas, crepitação, fraqueza muscular, odor fétido de exsudatos, ausência de linfangite, rápida progressão da infecção e falta de resposta à antibioticoterapia convencional <sup>(8)</sup>. Exames bacterioscópicos, a partir de materiais extraídos da própria lesão, e exames radiológicos são úteis para o diagnóstico e contribuem no diagnóstico diferencial, além de proporcionar intervenção cirúrgica mais precoce <sup>(1)</sup>.

Essa evolução mostra a dificuldade para concluir o diagnóstico da FN que se fez após um mês de investigação por meio do laudo anatomopatológico e da detecção, por meio do desbridamento cirúrgico, de lesões acometendo a fáscia da perna. Entre os diagnósticos diferenciais estavam erisipela bolhosa e celulite. A identificação dos patógenos envolvidos também foi necessária para o tratamento clínico eficaz.

A lesão dermatológica pode representar a exteriorização de um processo patológico sistêmico, ou ainda contribuir para tal. Diante de qualquer lesão, deve-se avaliar a gravidade da doença. No caso relatado, a atenção inicial dada ao paciente, a realização de exames de urgência e a discussão interdisciplinar foram de extrema importância para diagnosticar a FN e iniciar a conduta terapêutica, pois o paciente apresentava uma doença aguda, de rápida evolução e extremamente dolorosa, associada a alta morbidade e mortalidade.

Segundo laudo de avaliação da equipe de Psicologia do Serviço, o paciente apresentava sintomas leves de ansiedade (segundo o DSM III – Rev.), decorrentes do tempo de internação e das expectativas quanto ao tratamento, e sintomas depressivos (DSM III – Rev.) que melhoraram com o entusiasmo diante do prognóstico e do apoio da equipe médica. Logo, o caso traz a importância da psicoterapia e do apoio dos profissionais envolvidos com o paciente, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos, que compartilharam de sua dor, física e emocional, contribuindo para tratamento e recuperação da doença.

Decorridos 14 anos do processo de adoecimento à cura, o paciente se apresenta sem sequelas motoras e emocionais. As fotos apresentadas do membro anteriormente afetado pela FN revelam somente marcas cicatríciais.

## Conclusões

O diagnóstico precoce associado ao tratamento cirúrgico e clínico agressivo da FN é fundamental para evitar a progressão da doença e a consequente destruição tecidual com prejuízo funcional e anatômico das áreas atingidas e evolução para seps e morte. A atuação e apoio psicológico da equipe multi-

disciplinar no tratamento e recuperação do paciente foram essenciais para a sua cura e posterior vida saudável e ativa.

## Referências bibliográficas

- 1) Costa IMC, Cabra ALSV, Pontes SS, et al. Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2004; 79: 211-224.
- 2) Morgan MS. Diagnosis and management of necrotizing fasciitis: A multiparametric approach. *J Hosp Infect* 2010; 75:249-257.
- 3) Hunter J, Quarterman C, Waseem M, Wills A. Diagnosis and management of necrotizing fasciitis. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2011 Jul; 72(7):391-5.
- 4) Bellapianta JM, Ljungquist K, Tobin E, Uhl R. Necrotizing fasciitis. *J Am Acad Orthop Surg*. 2009 Mar; 17(3):174-82.
- 5) Morgan MS. Recent advances in the treatment of necrotizing fasciitis. *Curr Infect Dis Rep*. 2011 Oct; 13(5):461-9.
- 6) Salcido RS. Necrotizing fasciitis: reviewing the causes and treatment strategies. *Adv Skin Wound Care* 2007; 20: 288-93.
- 7) Wronski M, Slodkowski M, Cebulski W, Karkocha D, Krasnodebski IW. Necrotizing fasciitis: early sonographic diagnosis. *J Clin Ultrasound*. 2011 May; 39(4):236-9.
- 8) Roje Z, Roje Z, Matiaè D, Librenjak D, Dokuzoviæ S, Varvodiaè J. Necrotizing fasciitis: literature review of contemporary strategies for diagnosing and management with three case reports: torso, abdominal wall, upper and lower limbs. *World J Emerg Surg*. 2011 Dec 23; 6(1):46.
- 9) Lancerotto L, Tocco I, Salmaso R, Vindigni V, Bassetto F. Necrotizing fasciitis: classification, diagnosis, and management. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012 Mar; 72(3):560-6.