

## Trabalhos Científicos

**Título:** Síndrome De Fournier Em Paciente Pediátrico Com Múltiplas Comorbidades: Um Relato De Caso

**Autores:** ANA JÚLIA PEREIRA DE PAULA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), VICTOR HORÁCIO DE SOUZA COSTA JUNIOR (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), BRUNA SCHUSTER FRANCO DE OLIVEIRA (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE), AMANDA ROSA GREGÓRIO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), ANA CAROLINA FALZONI PONTELLO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ), ANA CAROLINA MOTTER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

**Resumo:** A Síndrome de Fournier (SF) é uma infecção polimicrobiana em que os microrganismos atuam em conjunto, determinando uma fascíte necrotizante rápida e progressiva, principalmente em região genital e perineal. Pode levar à trombose vascular cutânea e subcutânea, com consequente necrose da pele na região acometida. Masculino, 13 anos, com diagnóstico prévio de mielomeningocele e hérnia inguinal, corrigidos cirurgicamente, derivação ventrículo-peritoneal aos 8 meses, bexiga neurogênica, luxação congênita de quadril e infecção urinária de repetição. Em uso domiciliar de Oxibutinina e Nitrofurantoína. Em outro serviço, internou por 5 dias devido quadro febril há 7 dias e secreção purulenta em úlcera de pressão em glúteo direito. Realizado Ceftriaxona e sintomáticos, sem melhora do quadro. Após 3 dias, iniciou com edema testicular de piora progressiva, vômitos, hiporexia e surgimento de manchas arroxeadas em bolsa escrotal, que evoluíram com lesões de aspecto purulento e odor fétido. Foi associado ao tratamento Clindamicina e Metronidazol. Paciente evadiu e foi atendido neste serviço. Na admissão, apresentava-se séptico e com importante edema de bolsa escrotal bilateralmente, com sinais de flogose e placas purulentas extensas de aspecto necrótico circundante que se estendiam até região inguinal, expondo o testículo esquerdo, compatível com SF. Realizado expansão volêmica, coleta de hemoculturas, antibioticoterapia com Piperacilina e Tazobactam e jejum, por plano de abordagem cirúrgica. Devido a choque séptico, admitido em UTI Pediátrica. Recebeu expansão volêmica e droga vasoativa para estabilização, retirada ao atingir meta pressórica. Clindamicina e Metronidazol foram adicionados ao esquema e, posteriormente, transicionada para Oxacilina e Clindamicina. Passou por desbridamento cirúrgico de bolsa escrotal no segundo dia de internamento e realização de curativo especial com composto de prata. A SF é caracterizada por uma endarterite obliterante devido à trombose vascular subcutânea necrótica, promovendo isquemia local com efeito bacteriano sinérgico. Frequentemente é causada por infecção do tecido subcutâneo com envolvimento da fáscia superficial e profunda, podendo ser idiopática ou estar associada a fatores predisponentes, como doenças crônicas, infecções e traumas locais. Apresenta início agudo e progressão fulminante para sepse, podendo evoluir para óbito se não houver diagnóstico precoce e tratamento agressivo. A terapêutica pode incluir plano cirúrgico, com drenagem precoce ampla, ou desbridamento radical da região perineal. A antibioticoterapia de largo espectro deve ser instituída, além do suporte nutricional e curativos com reparação tecidual. A SF acomete predominantemente o sexo masculino com mais de 50 anos e é extremamente rara em crianças. É uma condição patológica de risco devido à rápida evolução e severidade das complicações. Assim, requer tratamento imediato e cuidados intensivos multidisciplinares, permitindo melhor desfecho.