



Trabalhos Científicos

Título: Caso Clínico: Síndrome De Fournier

Autores: LARA SAAD VALADARES SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES); LUDMILLA QUEIROZ CABRAL COSTA (HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES); BRUNA LUISA MARTINS FERNANDES (HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES); BRUNO DE LIMA MACHADO (HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES); GABRIELA MATTOS BARROS (HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES); LISLÂNIA MACHADO PEREIRA LOPES (HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES); NATÁLIA MORAIS STELZER (HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES); IGNEZ CRISTINA SANTOS NETTO (HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES); MARILENE SILVEIRA DUARTE (HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES); POLLYANA DE FREITAS NOGUEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES)

Resumo: INTRODUÇÃO: Síndrome de Fournier (SF) forma progressiva e fulminante de fascíte necrotizante, acometendo regiões perineal e abdome. O diagnóstico é baseado na clínica e exame físico. Diagnóstico precoce e intervenção agressiva com antibióticos de amplo espectro e debridamento cirúrgico são os pilares do tratamento. CASO CLINICO: P.H.M.S., 11 anos, masculino, 06/03/2015 dor em fossa ilíaca direita (FID), vômitos e diarreia há 4 dias. Na admissão solicitado US abdominal, exames e avaliação da cirurgia. Exame físico: REG, dor em FID, Blumberg positivo. US: espessamento cecal; e leucocitose com desvio a esquerda. Iniciado metronidazol e gentamicina. Submetido à apendicectomia apresentando apêndice retrocecal necrosado com fecalitos na cavidade. Pós-cirúrgico evoluiu com taquipneia, oligúria, confusão mental, ausência de peristalse, drenagem de secreção purulenta, edema de bolsa escrotal e hiperemia em região perineal. 07/03/15 radiografia: velamento de terço médio de hemitorax direito; TGP 420; TGO 238; ureia 47,0; creatinina 0,5; LDH 683; fosfatase alcalina 43,0. Iniciado ceftriaxone devido a pneumonia e sepse. Dia 09/03/15 piora do edema escrotal associado a bolhas e celulite difusas em região de abdômen e coxofemural a direita, diagnosticado como SF. Evoluiu para ventilação mecânica (VM), transferido para UTI. Submetido a desbridamento cirúrgico. Em 11/03 piora, sem resposta a drogas vasoativas, evoluído a óbito. DISCUSSÃO: O reconhecimento e tratamento precoce da SF são fundamentais para reversão do quadro. Fatores prognósticos importantes é extensão, profundidade e envolvimento das áreas afetadas, comorbidades, evidencia de sepse, infecções anorretais e atraso no tratamento. Agentes comumente isolados são Estreptococos hemolíticos, Clostrídios, Estafilococos, Bacteróides, E. Coli, Klebsiella, Pseudomonas e Proteus, que justifica o uso de antibioticoterapia de largo espectro e desbridamentos cirúrgicos imediatos. Conclusão: A SF é uma doença grave, também na pediatria com alta taxa de mortalidade, mesmo com advento de novas técnicas, o importante é o reconhecimento precoce e o tratamento agressivo.