

RECONSTRUÇÃO DE BOLSA ESCROTAL E PÊNIS EM PACIENTE COM SÍNDROME DE FOURNIER:UM RELATO DE CASO

Autor:

Nicole Ptak Birman¹

Coautores:

Angélica Maria Schettino²

Fernando Christian de Souza Alves Lara Lins³

Jéssica Zanatta Jorge Elias⁴

1- Residente de Cirurgia Plástica do Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

E-mail: nicolepbirman@hotmail.com

Rua César Zama, 185 – Lins de Vasconcelos -RJ

2- Chefe de Clínica de Cirurgia Plástica do Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

E-mail: angelicaschettino@yahoo.com.br

Rua César Zama, 185 – Lins de Vasconcelos -RJ

3- Residente de Cirurgia Plástica do Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

E-mail: fernandogflins@gmail.com

Rua César Zama, 185 – Lins de Vasconcelos -RJ

4- Residente de Cirurgia Plástica do Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

E-mail: jeh_zanattajorgeelias@hotmail.com

DESCRITORES

Gangrena de Fournier;Fasciite Necrotizante;Pênis;Escroto;Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Retalhos cirúrgicos

RESUMO

A síndrome de Fournier é uma infecção polibacteriana, causada por bactérias anaeróbias e aeróbias, sendo caracterizada por uma fasciite necrosante escrotal e perineal. Geralmente causa perda de grande área de tecido, podendo espalhar-se para outras áreas além do períneo, como abdome, membros inferiores, dorso, tórax e retroperitônio. Seu tratamento inclui desbridamento, antibioticoterapia de amplo espectro e terapia com oxigênio em câmara hiperbárica. A reconstrução com descolamento de retalhos e liberação de tecidos mostrou-se uma boa opção para cobertura cutânea peniana e de bolsa escrotal.O objetivo desse trabalho é relatar o caso de um paciente com Gangrena de Fournier, onde foi optado como tratamento cirúrgico,após desbridamento, a reconstrução com retalho de avanço de bolsa escrotal e enxerto de espessura total de pênis.

ABSTRACT

Fournier's syndrome is a polybacterial infection, caused by anaerobic and aerobic bacteria, and is characterized by scrotal and perineal necrotizing fasciitis. It usually causes loss of a large area of tissue, and may be restricted to areas other than the perineum, such as the abdomen, lower limbs, back, chest and retroperitoneum. Its treatment includes debridement, broad-spectrum antibiotic therapy and oxygen therapy in a hyperbaric chamber. Reconstruction with flap detachment and tissue release proved to be a good option for covering penile skin and scrotum. , reconstruction with scrotum advancement flap and full-thickness penile graft.

KEYWORDS:

Fournier's Gangrene; Necrotizing Fasciitis; Penis; Scrotum;Reconstructive Surgical Procedures; Surgical Flaps

INTRODUÇÃO

Gangrena de Fournier é um termo que foi descrito pela primeira vez em 1883 por Alfred Fournier para designar fasciites necrosantes que acometem o escroto e o períneo. Fournier concluiu que três achados caracterizavam a síndrome: início súbito em homens jovens e saudáveis, rápida progressão e ausência de agente etiológico específico¹.

Em 1889, Manchot descreveu em detalhes o suprimento arterial da região perineal. Dividiu a região genital em duas áreas de vascularização, porção anterior e posterior. A região anterior é vascularizada na sua maior parte pela artéria pudenda superficial externa e artéria pudenda profunda externa. A região posterior é suprida pela artéria pudenda interna, que dá ramos medial e lateral. Os ramos laterais alcançam a porção ínfero-medial do músculo glúteo máximo e vascularizam a região. Os ramos mediais vascularizam a pele da região perianal e da região ínfero-medial do músculo glúteo máximo. A artéria glútea inferior também contribui com o suprimento sanguíneo da pele, anastomosando-se com os ramos da artéria pudenda interna².

Em geral a Gangrena de Fournier acontece em pacientes imunodeprimidos, como diabéticos, HIV positivos, alcoólatras, idosos, pacientes de baixo índice socioeconômico e desnutridos. O foco inicial da doença se deve por trauma ou infecção na região perianal ou da via urinária. Essa infecção causa necrose tecidual rápida e estado toxêmico significativo, e se não for tratada precoce e agressivamente pode causar a morte do paciente³.

O quadro clínico pode se manifestar com dor, eritema e edema, cianose e crepitação em bolsa escrotal e períneo, associada ou não a febre e calafrios⁴.

O tratamento inclui extenso debridamento, antibioticoterapia de amplo espectro e oxigenioterapia hiperbárica, para eliminar a infecção e proteção dos testículos expostos, com reconstrução da região perineal e peniana. O defeito de cobertura resultante do debridamento dos tecidos afetados pode ser extenso, com exposição dos testículos, pênis, parede abdominal e funículo espermático. Há diversas alternativas para fechamento do defeito resultante do tratamento cirúrgico inicial⁵.

De um modo geral, feridas pequenas, com perdas teciduais de até 50% do escroto, podem ser tratadas com cicatrização por segunda intenção, síntese primária e enxerto de pele. Perdas maiores costumam ser tratadas utilizando retalhos cutâneos, fasciocutâneos ou miocutâneos⁵.

O objetivo desse relato é descrever um caso da Clínica de Cirurgia Plástica do Hospital Naval Marcílio Dias em reconstruções de pênis e bolsa escrotal em paciente com Gangrena de Fournier.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um relato de caso de um paciente do sexo masculino, com 70 anos, pardo, que deu entrada no Hospital Naval Marcílio Dias no dia 02/12/2022, apresentando tecido necrótico extenso em região genital associado à dor, prurido, disúria e eritema. Neste mesmo dia, paciente foi submetido à desbridamento de todo tecido necrótico em pênis e escroto (poupando corpos carvenosos, uretra e testículos). O material foi enviado para cultura e iniciado ciclo de antibioticoterapia desde o momento do diagnóstico com objetivo de atingir germes Gram positivos, Gram negativos e anaeróbios.

Os cuidados locais com a ferida consistiram de limpezas diárias com clorexidina degermante, uso de creme de sulfadiazina de prata a 1%, uso de malha de baixa aderência impregnada com prata nanocristalina, Aquacell® e fibras de alginato de cálcio.

No dia 30/01/2023, o paciente foi submetido à desbridamento residual de todo tecido de granulação aparente, reavivamento de bordos de bolsa escrotal, avanço de bolsa escrotal residual, com fechamento completo da mesma sem

tensão e colocação de dreno penrose. Além disso, foi realizado no mesmo ato cirúrgico, enxertia de corpo de pênis(àrea doadora em Fossa Ilíaca Direita).

RESULTADOS

O paciente segue após o tratamento cirúrgico aos cuidados na enfermaria. Não houve necessidade de derivação do trânsito intestinal para controle do processo infeccioso. Não houve intercorrências no período pós-operatório imediato e o paciente apresentou cobertura cutânea de bolsa escrotal adequada.

DISCUSSÃO

A gangrena de Fournier é uma condição rara, mas grave, que afeta a área genitourinária, incluindo a bolsa escrotal e o pênis. É causada por uma infecção bacteriana aguda que afeta a pele e os tecidos moles dessa região. A reconstrução da bolsa escrotal com retalho de avanço residual e enxertia de pele total em corpo de pênis é uma opção cirúrgica para pacientes com gangrena de Fournier¹.

Os tecidos residuais do escroto são os mais adequados para cobrir os testículos expostos. Para tal, é necessário descolar e retirar os debrís residuais que encarcera as estruturas da área cruenta, para permitir a expansão da pele retraída. Esta dissecação é realizada em plano abaixo do músculo de dartos e é facilitada pela disposição estratiforme das estruturas anatômicas, que cria um bom plano de clivagem e, feita de forma cuidadosa, pode atingir toda a extensão da bolsa remanescente³.

É orientado no pós operatório, o repouso e a utilização de suspensório escrotal por um período de pelo menos 3 semanas. Estes cuidados servem para reduzir o edema, a tensão sobre a ferida, devido ao peso das estruturas, favorecendo assim a ocorrência de uma boa cicatrização.⁵

No paciente em questão, na abordagem cirúrgica, foi realizado avanço de bolsa escrotal residual, com fechamento completo da mesma sem tensão. Além disso foi realizado enxerto de pele total em corpo de pênis. O enxerto de pele é um método simples que pode ser utilizado na reconstrução penoescrotal, fornecendo uma cobertura fina, rugosa, facilmente adaptável que se assemelha ao aspecto natural da região. É um bom método para a cobertura do pênis, mas apresenta maior morbidade para o tratamento da bolsa escrotal, devido a seu relevo. Costuma ser seguro e simples. Porém, o enxerto sofre intensa contração ao longo do tempo, tem difícil fixação ao leito receptor, é exposto à maceração pela urina, contaminação pelas fezes e risco de perda por infecção local.

CONCLUSÃO

Para reconstrução de bolsa escrotal outros tipos de abordagem cirúrgica são: retalho de transposição, retalho miocutâneo de grácil e retalho anterolateral da coxa. Já para reconstrução de pênis há técnicas como retalhos fasciocutâneos da região medial das coxas, retalho escrotal (retalho de dartos) e retalho prepucial.

Nesse relato de caso, a reconstrução com liberação de tecidos mostrou-se uma boa opção para cobertura cutânea de bolsa escrotal, assim como uso de enxerto de espessura total em região peniana. Com essas duas técnicas cirúrgicas, conseguimos prover uma boa vascularização e manter a permeabilidade uretral.

REFERÊNCIAS:

1. Kılıç A, Aksoy Y, Kılıç A. Fournier's gangrene: etiology, treatment, and complications. *Ann Plast Surg*, 2001 PMID: 11716264
2. Candelária PAP, Klug WA, Capelhuchnik P, Fang CB. Síndrome de Fournier: análise dos fatores de mortalidade. *Rev Bras Colo-proctol*. 2009;29(2):197-202.
3. Andrade ACH, Amarante MTJ, Ferreira MC, Lodovici O. Cirurgia reparadora na sequela da síndrome de Fournier. *Rev Assoc Med Bras*. 1991;37(1):22-6
4. LÓPEZ, M. LAURENTYS-MEDEIROS, J. *Semiologia Médica, as Bases do Diagnóstico Clínico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda, p. 827, 2001.
5. NORTON, KS JOHNSON, LW PERRY, KH SEHON, JK ZIBARI, GB. *Management of Fournier's gangrene: an eleven year retrospective analysis of early recognition, diagnosis, and treatment*. Louisiana State University Health Sciences Center-Shreveport, USA. Aug; 68(8) p. 709-13, 2002.

FIGURA 1- Fascite necrosante em fase aguda



FIGURA 2 - Desbridamento de lesão em região genital



FIGURA 3 - Sequela de fascite necrosante com exposição testicular e peniana



FIGURA 4 - Imagem após descolamentodos retalhos e liberação da pele do tecido de granulação



FIGURA 5 – Reconstrução de bolsa escrotal e enxertia de pênis

