

FASCIITE NECROSANTE: UM RELATO DE CASO

RODRIGO B. COLOMBERO; JULIO CEZAR F. NETO; CLAUDIO R. M.
XAVIER; ROBERTO D. TORRE
INSTITUTO DE ASSISTENCIA MEDICA DO SERVIDOR PUBLICO
ESTADUAL - IAMSPE, SAO PAULO

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Apesar de bem descrito na literatura a fascíte necrosante é um evento raro com consequências catastróficas ao paciente e que desafia os mais experientes cirurgiões. O diagnóstico é eminentemente clínico e corroborado pelos achados cirúrgicos e laboratoriais. O presente caso traz um relato sobre um trauma não convencional associado a fascíte necrosante.

MATERIAL E MÉTODO

Paciente sexo masculino, 58 anos, diabético, hipertenso, cardiopata e ex-etilista, com um relato de ter sofrido uma bicada de galinha na face dorsal da mão direita evoluindo com eritema, dor lancinante e saída de secreção fétida pelo orifício. Inicialmente internado em um serviço de atenção secundária onde realizou antibioticoterapia com ceftriaxona e clindamicina durante 3 dias, optou por evadir do serviço de origem devido ausência de melhora. Compareceu em nosso serviço com 12 dias de evolução apresentando mal estar geral, febre, edema 3+/4+ em mão e antebraço direito, eritema mal delimitado com predominância no dorso do primeiro espaço intermetacarpal direito, descamação epitelial, orifício na base do polegar direito envolto por tecido necrótico e saída ativa de secreção purulenta. Pulsos arteriais radial e ulnar presentes e simétricos. Dor desproporcional a palpação de mão e antebraço direitos. Radiografias de punho direito foram observados sinais indiretos de conteúdo gasoso entremeadado nos tecidos moles, sem alterações ósseas. Optado por realização de desbridamento local, limpeza da ferida e fasciotomia de mão e antebraço, bem como reintrodução de antibioticoterapia endovenosa. No intraoperatório, notado pouca aderência do tecido subcutâneo, bem como pequena liquefação de tecido gorduroso. Paciente evoluiu em 24 horas com quadro séptico associado a cetoacidose diabética e ascensão rápida da área necrótica com progressão para antebraço direito. Associado, apresentou bolhas, saída de secreção fétida, ausência de pulso distal e livedo reticular difuso. O paciente foi classificado como risco moderado de fascíte necrosante pelo escore LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) que pontua parâmetros laboratoriais como PCR, Leucócitos, Hemoglobina, sódio, creatinina e glicose. Devido ascensão rápida e progressiva, instabilidade e má resposta às medidas clínicas e de intervenção prévia, optou-se por desarticulação ao nível do ombro direito, com melhora clínica e evolução satisfatória, preservando a vida do paciente.

CONCLUSÃO

Fascíte necrosante é uma afecção rara e de evolução agressiva. O diagnóstico é eminentemente clínico e, apesar de classificações que norteiam o médico, não devem ser impeditivos de intervenção se houver suspeita clínica. O caso traz um trauma não convencional cuja evolução agressiva acende um alerta para necessidade de um diagnóstico rápido e que poderia ter sido evitado caso houvesse intervenção precoce no primeiro atendimento.

