

RELATO DE CASO: SOBREVIDA DE PACIENTE COM DIABETES, ERISPELA E EXTENSA FERIDA PÓS-OPERATÓRIA RESULTANTE DE MANEJO TARDIO DE FASCIÍTE NECROTIZANTE

DE LIMA, Wellen Barbosa Alves *

BARBOSA, Amanda Ferreira **

* Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sergipe; email: wellenbarbosafase@outlook.com

** Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe; email: amandabarbosaufs@outlook.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Fasciíte necrotizante (FN) é uma infecção grave, infrequente dos tecidos moles, caracterizada por necrose rapidamente progressiva, mais frequente em membros, e seus fatores predisponentes são o diabetes mellitus (DM), idade avançada, infecções cutâneas bacterianas. O tratamento deve ser precoce, embasado na antibioticoterapia, desbridamento cirúrgico (DC) e/ou amputação de membros, medidas de suporte clínico para evitar a morbimortalidade. **OBJETIVOS:** Relatar caso e desfecho de paciente, portador de DM e erisipela em membro interior (MI), tardiamente admitido no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) após trauma contuso que evoluiu para FN. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Homem, 70 anos, diabético e com MI acometido por erisipela, deu entrada no HUSE, devido à FN, cinco dias após trauma contuso no joelho direito. Paciente apresentava início de choque séptico, comprometimento cardiorrespiratório e renal, sendo submetido à fasciotomia e DC desde região maleolar até a crista ilíaca. Paciente foi mantido aos cuidados da terapia intensiva, recebendo antibioticoterapia e suporte clínico. Diariamente era realizado curativo, limpeza e desbridamento químico da extensa ferida pós-operatória (FPO). Paciente evoluiu com hipertensão, febre, dores intensas na FPO, falecendo no 17º dia pós-operatório. **CONCLUSÃO:** O relato enfatiza a gravidade da FN, destruição rápida e irreversível dos tecidos, podendo resultar em óbito, mesmo com a adequada assistência à saúde. É fundamental diagnóstico precoce e cautela com pacientes que apresentam fatores predisponentes à FN, pois elevada suspeição clínica minimiza evolução desfavorável. Cuidados com a FPO resultante da abordagem cirúrgica da FN foram fundamentais para evitar maiores complicações em paciente idoso e com comprometimento sistêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Fasciíte Necrotizante; Diabetes mellitus; Sepsis; Fasciotomia.

* Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sergipe; email: wellenbarbosafase@outlook.com

** Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe; email: amandabarbosaufs@outlook.com

INTRODUÇÃO

O paciente com diabetes mellitus (DM) frequentemente apresenta algum tipo de lesão de pele. A lesão no pé de pacientes com DM, classicamente chamado de pé diabético (lesões ulcerativas), pode ser resultante da presença de neuropatia e/ou vasculopatia, e é considerada uma complicação que determina piora na qualidade de vida do paciente, sendo um importante fator de predisposição para a presença de infecções.¹ De etiologia multifatorial, o pé diabético é responsável pelo alto índice de amputações dos membros inferiores e ocorre em aproximadamente 15% dos pacientes com DM², sendo que o risco de úlcera plantar é maior em pacientes do sexo masculino.³

Assim, algumas doenças crônicas (como o diabetes mellitus) compõem fatores predisponentes à fasciíte necrotizante (FN), assim como doenças malignas, abuso de álcool, uso de drogas endovenosas, lesões da pele como varicela, úlceras crônicas, psoríase, cirurgia, traumas abertos e fechados, entre outros, também são fatores de risco para a FN.⁴

A fasciíte necrotizante é uma infecção grave, caracterizada por necrose extensa e rapidamente progressiva, que acomete o tecido celular subcutâneo e a fáscia muscular.⁵ Sua evolução ocorre com a trombose de pequenos e médios vasos sanguíneos havendo perfusão inadequada, o que torna a pele posteriormente isquêmica e necrótica.⁶ Desta forma, a fasciíte necrotizante, que ocorre com mais frequência em pacientes diabéticos, pode ser classificada em 2 tipos:

- Tipo I: infecção mista causada por bactérias anaeróbias (como *Bacterioides* sp) e bactérias anaeróbias facultativas (como *Streptococcus* sp), acomete geralmente indivíduos de meia idade, comumente após procedimentos cirúrgicos, indivíduos com DM ou doença vascular periférica. A apresentação clínica é de celulite com sinais sistêmicos de infecção severa.⁷

- Tipo II: causada por *Streptococcus* do grupo A (em geral, principal agente etiológico da erisipela), ocorre em qualquer faixa etária. O sintoma principal é dor excruciante com mínimos achados cutâneos. Inicialmente, podem ocorrer febre, mal-estar, mialgia e diarreia. Depois de 24 a 48 horas, surge eritema, a pele escurece e adquire um tom violáceo com desenvolvimento de bolhas. Os pacientes pioram sua condição sistêmica rapidamente e podem desenvolver síndrome do choque tóxico estreptocócico.⁷

Por conta da sua gravidade, o diagnóstico de fasciíte necrotizante deve ser considerado em pacientes diabéticos com celulite ou com outras infecções de pele, mas principalmente deve-se haver o diagnóstico diferencial entre a FN e a erisipela, devido às diferentes abordagens terapêuticas e à probabilidade de evolução de erisipela à FN por conta da presença de fatores predisponentes e do agente etiológico.⁸

* Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sergipe; email: wellenbarbosafase@outlook.com

** Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe; email: amandabarbosaufs@outlook.com

Clinicamente a FN pode se manifestar através de dor intensa, edema grave, rápida progressão e a resposta pobre à antibioticoterapia isolada.⁴ Todavia, em muitos pacientes diabéticos os sinais e sintomas característicos de uma infecção podem inicialmente não estar presentes e a ausência de dor pode estar relacionada à neuropatia periférica e anestesia do sítio de infecção.⁹

Desta forma, é necessário um alto índice de suspeição para o diagnóstico clínico da FN, pois o tratamento deve ser precoce e é feito com antibióticos de amplo espectro (pois a forma polimicrobiana é responsável por 80% dos casos de FN, o que justifica a antibioticoterapia inicial empírica⁴), desbridamento cirúrgico agressivo (sendo que em casos de evolução longa há necessidade de várias abordagens para desbridamento das áreas de necrose), além de amputação em casos graves, e medidas de suporte clínico e nutricional.⁵

Assim, este estudo objetiva relatar o caso de idoso com diabetes mellitus e erisipela em membro inferior (MI) que deu entrada no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) cinco dias após sofrer trauma contuso em membro acometido pela infecção cutânea, sendo que somente após sua admissão foi diagnosticada a FN em MI. Este estudo destaca as consequências do manejo tardio da FN, como uma extensa ferida pós-operatória resultante do desbridamento cirúrgico, sendo de fundamental importância o diagnóstico e tratamento precoce para a sobrevivência do paciente com FN e os impactos desta infecção na morbimortalidade.

OBJETIVOS

Relatar caso de paciente idoso, portador de DM e erisipela em membro inferior, tardiamente admitido no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) após trauma contuso que evoluiu para fascíte necrotizante. Além disso, este estudo objetiva descrever o desfecho da abordagem tardia da FN em paciente idoso e com comorbidades, que resultou numa extensa ferida pós-operatória em MI.

DESCRIÇÃO DO CASO

Idoso, 70 anos, asmático e diabético, apresentava MI direito acometido por erisipela. Sofreu trauma contuso em região de joelho direito e evoluiu com dores, alterações na cor e integridade da pele e limitação de movimento do membro. Deu entrada no HUSE, cinco dias após o trauma contuso, sendo diagnosticado com fascíte necrotizante e áreas com necrose em MI (figura 01 e 02), além de já apresentar início de choque séptico, comprometimento cardiorrespiratório e renal.

* Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sergipe; email: wellenbarbosafase@outlook.com

** Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe; email: amandabarbosaufs@outlook.com



Figura 01 - área de fascíte necrotizante com necrose em região de joelho direito



Figura 02 - área de fascíte necrotizante tipo II em região de coxa direita, havendo a presença de bolhas e tom violáceo na pele

Paciente foi submetido à fasciotomia e DC desde a região maleolar até a crista ilíaca para eliminar as áreas de necrose no membro. Após procedimento cirúrgico, o paciente foi mantido aos cuidados da terapia intensiva, sedado e com ventilação mecânica, recebendo antibioticoterapia (sendo utilizado o cloridrato de vancomicina e o *Meropenem*) e suporte clínico (cabeceira elevada, infusão de soro fisiológico 0,9% e glicosado 10%, mudança de decúbito, nebulização com *Atrovent*), além de cuidados intensivos com a extensa ferida pós-operatória resultante do desbridamento cirúrgico (figura 03).

* Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sergipe; email: wellenbarbosafase@outlook.com

** Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe; email: amandabarbosaufs@outlook.com



Figura 03

Diariamente era realizada a troca dos curativos que continham sulfadiazina de prata em MI direito (figura 04) e a limpeza da ferida pós-operatória (FPO).



Figura 04

* Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sergipe; email: wellenbarbosafase@outlook.com

** Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe; email: amandabarbosaufs@outlook.com

No 9º dia pós-operatório, o paciente já encontra-se extubado, sem sonda vesical e evoluiu sem febre e intercorrências (mantendo-se com pressão arterial alta, porém controlada, e frequência respiratória elevada), queixando-se apenas de dor intensa na ferida pós-operatória (FPO). Além dos curativos contendo sulfadiazina de prata, foi aplicada na FPO em MI direito a *papaína* (figura 05), um composto que realiza desbridamento químico.



Figura 05

Paciente evoluiu com episódios de febre moderada à alta, dores intensas na FPO e, no 14º dia pós-operatório, insuficiência respiratória, queda na pressão arterial, pulsos arrítmicos e filiformes. No dia seguinte, o paciente manteve quadro grave, sendo sedado com fentanila e midazolam e apresentando frequência cardíaca de 100bpm, pressão arterial de 107/75 mmHg, frequência respiratória de 23rpm e temperatura de 37°C. Paciente foi à óbito no 17º dia pós-operatório.

CONCLUSÃO

O estudo apresenta este relato de caso para enfatizar a gravidade da FN e suas consequências, como destruição rápida e irreversível dos tecidos, podendo resultar em óbito, mesmo com a adequada assistência à saúde. Desta forma, é notória a importância do diagnóstico precoce e a cautela com pacientes que apresentam fatores predisponentes à FN, pois elevada suspeição clínica minimiza evolução desfavorável.

Além disso, este estudo apresenta através do relato de caso as repercussões negativas do manejo tardio da FN, como uma extensa ferida pós-operatória. O tratamento precoce, tanto cirúrgico (como desbridamento) quando clínico (como a antibioticoterapia), e o controle dos fatores

* Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sergipe; email:

wellenbarbosafase@outlook.com

** Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe;

email: amandabarbosaufs@outlook.com

predisponentes à FN é fundamental para melhorar o prognóstico do paciente. Os cuidados com a FPO resultante da abordagem cirúrgica da FN no caso relatado neste estudo foram fundamentais para evitar maiores complicações no paciente idoso e o agravo imediato do seu quadro clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RODRIGUES, T. DA C., ALMEIDA, F. K., RICARDO, E. D., BIAVATTI, K. GAMBOA, M. L. **INFECÇÕES NO PACIENTE COM DIABETES MELITO**. Rev HCPA; 30(4): 391-399. 2010.
2. APELQVIST, J., BAKKER, K., VAN HOUTUM, W. H., SCHAPER, N. C. **International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) Editorial Board. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot: based upon the International Consensus on the Diabetic Foot (2007) Prepared by the International Working Group on the Diabetic Foot**. Diabetes Metab Res Rev; 24: S181-7. 2008.
3. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Clinical Practice Recommendations 2001. **Preventive foot care in people with diabetes**. Diabetes Care; 24: S56-7. 2001.
4. COSTA, I.M, et al. **Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos**. Anais Brasileiros de Dermatologia; 79(2): 211-224. 2004.
5. SOARES, T.H, et al. **Diagnóstico e tratamento da Fasciíte necrotizante**. Revista médica de Minas Gerais; 18(2): 136-140. 2008.
6. SCHIAVETTO, R.R, et al. **Fasceíte Necrotizante cervical em lactente: Relato de Caso**. Arquivos internacionais de Otorrinolaringologia; 12(4); 596-599. 2008.
7. GURLEK, A., FIRAT, C., OZTURK, A. E., ALAYBEYOGLU, N., FARIZ, A., ASLAN, S. **Management of necrotizing fasciitis in diabetic patients**. J Diabetes Complications; 21: 265-71. 2007.
8. CAETANO, M., AMORIM, I. **Erisipela: Artigo de Revisão**. Acta Med Port; 18: 385-394. 2005.
9. AHMED, I., GOLDSTEIN, B. **Diabetes Mellitus**. Clinics in Dermatology; 26: 235-42. 2008.

* Acadêmico de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sergipe; email: wellenbarbosafase@outlook.com

** Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe; email: amandabarbosaufs@outlook.com