**FASCIÍTE NECROTIZANTE: ABORDAGEM DERMATOLÓGICA**

Nataly Maria Bezerra de Luna¹

Tatiane Rairene de Moraes Costa2

Daniel Galdino de Araújo Pereira3

Pedro Henrique Almeida Souto4

Talita Queiroz Ferraz5

Mariana Cabral Menezes Domingues6

Kelner Araújo de Vasconcelos7

Matheus Augusto Albuquerque Costa8

Katryene Rochelly de Oliveira Cunha9

Ana Maria Marinho Diniz10

Victor Daniel Gomes Martinho11

Andressa Jurema Furtado Frazão Carniato12

Bárbara Maria Andrade Barbosa13

Rachel Franca Falcão Dantas Velôso14

**RESUMO:**

A fasciíte necrosante (FN) é infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial, associada a altos índices de morbimortalidade. A FN também tem sido referida como gangrena estreptocócica hemolítica, úlcera de Meleney, gangrena dérmica aguda, gangrena hospitalar, fasciíte supurativa e celulite necrosante sinergística. O objetivo do artigo é compreender a abordagem dermatológica da fasciíte necrotizante. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo integrativa, de natureza descritiva e explicativa. A busca na literatura foi realizada por meio do levantamento das produções científicas, utilizando bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Ao todo foram recuperados 65 estudos, nos quais após o filtro seletivo da proposta, resultaram-se 08 presentes na base de dados MEDLINE, os quais foram incluídos na análise e serviram de embasamento para a presente revisão integrativa. As infecções necrosantes dos tecidos moles (NSTIs) incluem formas necrosantes de faѕciitits, miosite e cellսlitiѕ. Essas infecções são caracterizadas clinicamente por destruição fulminante do tecido, sinais sistêmicos de toxicidade e alta mortalidade. O diagnóstico preciso e o tratamento adequado devem incluir intervenção cirúrgica precoce e antibioticoterapia. A terapia antimicrobiana empírica deve ser iniciada precocemente, cobrindo organismos gram-positivos e gram-negativos, incluindo Staphylococcus aureus resistente à meticilina, e complementada por agentes como clindamicina para inibir a produção de exotoxinas bacterianas. A administração intraoperatória e a continuidade no pós-operatório são ajustadas conforme os resultados de culturas e testes de sensibilidade, com adaptações regionais baseadas em padrões locais de patógenos. Este manejo multidisciplinar e integrado, combinado com intervenções cirúrgicas de emergência, é crucial para melhorar os desfechos em pacientes com NSTI. Na dermatologia, é fundamental reconhecer sinais iniciais que podem indicar FN, como eritema progressivo, edema, dor desproporcional ao exame físico e lesões cutâneas com necrose, bolhas hemorrágicas ou secreção purulenta. Essas manifestações devem ser diferenciadas de outras condições inflamatórias ou infecciosas cutâneas, como celulite ou abscessos. A rápida progressão da FN é atribuída à produção de exotoxinas por agentes bacterianos, como Streptococcus pyogenes, que promovem a destruição dos tecidos e desencadeiam uma resposta inflamatória sistêmica.

**Palavras-Chave:** Fasciíte Necrosante, Dermatologia, Infectologia.

**Área Temática:** Medicina.

**E-mail do autor principal:** natalyluna2001@gmail.com

¹Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, natalyluna2001@gmail.com

²Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, tatianemoraesempresa@gmail.com

3Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, danielgaldino2@hotmail.com

4Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, pedrohenriqueas404@gmail.com

5Medicina, Universidade Potiguar, Natal-Rio Grande do Norte, talitaqueiroz@icloud.com

6Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, marianacabralmd@gmail.com

7Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, kelner\_araujo@hotmail.com

8Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-Paraíba, matheus\_augusto3@yahoo.com.br

9Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, katryenne.cunha@gmail.com

10Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, anadiniz19@gmail.com

11Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, glendocrivers@hotmail.com

12Medicina, Centro Universitário de João Pessoa – Unipê, João Pessoa-Paraíba, andressajurema@hotmail.com

13Medicina, Centro Universitário de João Pessoa – Unipê, João Pessoa-Paraíba, barbaramaria02@gmail.com

14Medicina, Centro Universitário de João Pessoa – Unipê, João Pessoa-Paraíba, rachelfrancaf@hotmail.com

**1. INTRODUÇÃO**

A fasciíte necrosante (FN) é infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial, associada a altos índices de morbimortalidade. A FN também tem sido referida como gangrena estreptocócica hemolítica, úlcera de Meleney, gangrena dérmica aguda, gangrena hospitalar, fasciíte supurativa e celulite necrosante sinergística. A gangrena de Fournier é a forma de FN que atinge bolsas escrotais e região perineal. Em seu estágio inicial, a FN pode apresentar-se como uma infecção mais superficial de partes moles, como celulite ou erisipela, e com outras semelhanças quanto à etiologia e aos fatores predisponentes. E devido à alta frequência, à relativa facilidade no diagnóstico e à boa resposta ao tratamento dessas infecções mais superficiais, pode-se incorrer em falhas terapêuticas nos casos que evoluem com comprometimento da fáscia superficial e tecido subcutâneo, com elevado potencial para complicações graves (Costa *et al*., 2004).

A fasciíte necrotizante (FN) é uma infecção grave que pode ser polimicrobiana (Tipo I) ou monomicrobiana (Tipo II, geralmente por Streptococcus do grupo A). Nesse viés, atores como feridas, diabetes, obesidade e imunossupressão aumentam o risco. O diagnóstico é desafiador e depende de avaliação clínica e exames complementares (hemograma, culturas, tomografia, ressonância). A clínica inclui dor intensa desproporcional, eritema, edema, crepitações e necrose são sinais de alerta. O reconhecimento precoce e a intervenção imediata são essenciais para o sucesso do tratamento (Karunarathna *et al*., 2024).

Portanto, o objetivo do artigo é revisar e descrever as características clínicas, etiológicas e diagnósticas da fasciíte necrotizante (FN), enfatizando os fatores de risco, sinais de alerta e estratégias diagnósticas que possibilitem o reconhecimento precoce e a intervenção terapêutica eficaz.

A FN é uma infecção grave, de rápida progressão e alta letalidade, frequentemente confundida com condições menos graves, como celulite ou erisipela, em seus estágios iniciais. A dificuldade no diagnóstico precoce e os potenciais falhas terapêuticas devido à similaridade inicial com infecções superficiais reforçam a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a doença. Este artigo se justifica pela relevância de fornecer informações atualizadas e integradas sobre a FN, visando capacitar profissionais de saúde a identificar e tratar a condição de forma eficaz, reduzindo complicações e taxas de mortalidade.

**2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo integrativa, de natureza descritiva e explicativa. A revisão integrativa possibilita a incorporação das evidências na prática clínica. (Mendes kds *et al*., 2008).

Nesse contexto, verificou-se o acervo disponível nas bases de dados a respeito da fasciíte necrotizante, de modo que se questiona: qual abordagem dermatológica da fasciíte necrotizante?. A busca na literatura foi realizada por meio do levantamento das produções científicas, utilizando bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e USA National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed). Foram consideradas apenas publicações na forma de artigos científicos, conforme preconiza as regras de elaboração de revisões integrativas.

A busca foi concretizada por meio da articulação dos descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Fasciite Necrosante, Dermatologia, Tratamento, Medicina e Infectologia. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR.

A análise dos artigos foi realizada por meio dos critérios de inclusão e exclusão. Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados artigos disponíveis eletronicamente na íntegra, pertinentes ao tema, nos idiomas português e inglês, dos últimos 7 anos. Foram constituídos como critérios de exclusão: aqueles que não abordavam diretamente a temática proposta após leitura dos títulos, do resumo ou dos descritores, artigos em duplicidade, cartas ao editor, editoriais, publicados em outros idiomas, com exceção do português e do inglês, que antecederem o ano de 2018 e relatos de casos.

Após a seleção dos artigos, foram extraídas as informações dos estudos: título do artigo, autores, ano de publicação e principais achados. Os dados obtidos foram agrupados em quadro e interpretados com base na literatura.

Fluxograma 1. Esquematização referente à busca de dados da presente pesquisa.

Seleção de base de dados:

LILACS, MEDLINE, IBECS.

Busca dos estudos a partir dos descritores específicos e dos operadores booleanos.

Produções totalizadas em 75 artigos.

Seleção de 08 artigos para utilização na revisão integrativa.

Leitura prévia (título e resumo) dos artigos.

Aplicados critérios de inclusão e exclusão.

Fonte: Autores, 2025.

Ao todo foram recuperados 65 estudos, nos quais após o filtro seletivo da proposta, resultaram-se 08 presentes na base de dados MEDLINE, os quais foram incluídos na análise e serviram de embasamento para a presente revisão integrativa e melhor análise do tema em questão (Quadro 1).

Quadro 1. Estratégia de busca e quantitativo de artigos encontrados nas bases IBECS, LILACS e MEDLINE.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estratégia de busca | Artigos encontrados | Após critérios de inclusão e exclusão |
| (Fasciite Necrosante ) AND (Infectologia) AND (Dermatologia) | 10 | 0 |
| (Fasciite Necrosante ) AND (Infectologia) | 15 | 3 |
| (Medicina) AND (Fasciite Necrosante) AND (Dermatologia) OR (Tratamento) | 20 | 2 |
| (Infectologia) AND (Fasciite Necrosante) AND (Dermatologia) | 20 | 3 |

Fonte: Autores, 2025.

**3. RESULTADOS E DISCUSÕES**

As infecções necrosantes dos tecidos moles (NSTIs) incluem formas necrosantes de faѕciitits, miosite e cellսlitiѕ. Essas infecções são caracterizadas clinicamente por destruição fulminante do tecido, sinais sistêmicos de toxicidade e alta mortalidade. O diagnóstico preciso e o tratamento adequado devem incluir intervenção cirúrgica precoce e antibioticoterapia. Vários nomes diferentes têm sido usados para descrever as várias formas de infecções necrosantes. Isso está relacionado em parte à nomeação com base em características clínicas, e não em achados cirúrgicos ou patológicos. O grau de suspeição deve ser alto, pois o quadro clínico é variável e a intervenção imediata é crítica (Stevens *et al*., 2024).

A abordagem inicial para pacientes com infecção necrotizante de tecidos moles (NSTI) requer a estabilização imediata da condição fisiológica em ambiente de terapia intensiva, com ressuscitação fluídica agressiva e suporte inotrópico/vasoativo para casos de choque séptico, particularmente em infecções por Streptococcus do grupo A. A colaboração entre cirurgiões, intensivistas e anestesistas é essencial para garantir intervenções cirúrgicas oportunas, otimizando o estado do paciente sem atrasos prejudiciais. Os cuidados intensivos incluem acesso venoso central, linha arterial, cateter de Foley, alimentação enteral e, frequentemente, intubação e ventilação mecânica. Sendo assim, a anestesia geral é geralmente preferida devido à extensão subestimada da doença e ao estado crítico do paciente, que frequentemente se enquadra nas categorias mais graves da classificação ASA (Rogers *et al*., 2024).

A terapia antimicrobiana empírica deve ser iniciada precocemente, cobrindo organismos gram-positivos e gram-negativos, incluindo Staphylococcus aureus resistente à meticilina, e complementada por agentes como clindamicina para inibir a produção de exotoxinas bacterianas. A administração intraoperatória e a continuidade no pós-operatório são ajustadas conforme os resultados de culturas e testes de sensibilidade, com adaptações regionais baseadas em padrões locais de patógenos. Este manejo multidisciplinar e integrado, combinado com intervenções cirúrgicas de emergência, é crucial para melhorar os desfechos em pacientes com NSTI (Rogers *et al*., 2024).

A fasciíte necrotizante (FN) é rara em crianças, com incidência reportada de 0,03% das internações hospitalares e 0,08 casos por 100.000 crianças por ano. Em adultos, é mais comum em membros inferiores, enquanto em crianças as lesões são frequentemente no tronco. Em recém-nascidos, a FN pode surgir de onfalite. A gangrena de Fournier, uma forma de FN na região genital, ocorre principalmente em homens diabéticos ou imunossuprimidos, e raramente é relatada em crianças. A FN no pescoço é uma apresentação rara e grave, associada a alta mortalidade devido à disseminação mediastinal e complicações arteriais ou respiratórias. Os fatores predisponentes variam com a idade. Em adultos, diabetes é a principal causa, seguido por doenças crônicas como hipertensão, insuficiência renal e obesidade. Em crianças, malnutrição e imunossupressão, como leucemia linfoblástica aguda ou medicamentos imunossupressores, são fatores significativos. Apesar de relatos que associam o uso de anti-inflamatórios não esteroides ao risco de FN, essa relação permanece controversa (Fustes-morales *et al.,* 2022).

A fasciíte necrosante é uma infecção dos tecidos moles profundos que resulta na destruição progressiva da fáscia muscular e na sobreposição da gordura subcutânea. A infecção geralmente se espalha ao longo da fáscia muscular devido ao seu suprimento sanguíneo relativamente pobre. O tecido muscular é frequentemente poupado por causa de seu generoso suprimento sanguíneo. O desenvolvimento da anestesia pode preceder o aparecimento de necrose da pele e fornecer uma pista para a presença de doenças necrosantes. Inicialmente, o tecido sobrejacente pode parecer não afetado; portanto, a fаsciite necrosante é difícil de diagnosticar sem a visualização direta da fáscia (Stevens *et al*., 2024).

Na dermatologia, é fundamental reconhecer sinais iniciais que podem indicar FN, como eritema progressivo, edema, dor desproporcional ao exame físico e lesões cutâneas com necrose, bolhas hemorrágicas ou secreção purulenta. Essas manifestações devem ser diferenciadas de outras condições inflamatórias ou infecciosas cutâneas, como celulite ou abscessos. A rápida progressão da FN é atribuída à produção de exotoxinas por agentes bacterianos, como Streptococcus pyogenes, que promovem a destruição dos tecidos e desencadeiam uma resposta inflamatória sistêmica. A avaliação clínica deve ser complementada por exames de imagem, como ultrassonografia ou tomografia computadorizada, para identificar gás nos tecidos profundos, um achado típico da FN. O tratamento dermatológico é parte de um manejo multidisciplinar, envolvendo antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento cirúrgico emergencial, garantindo a preservação funcional e estética do paciente quando possível (Huang; Patil; Khan, 2023).

**4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na dermatologia, as infecções necrosantes dos tecidos moles (NSTIs), especialmente a fasciíte necrosante (FN), exigem reconhecimento precoce e integração multidisciplinar para manejo eficaz.

Dessa maneira, dermatologistas desempenham papel crucial na identificação de sinais iniciais, como eritema progressivo, dor desproporcional, necrose, bolhas hemorrágicas e secreção purulenta, além de diferenciar a FN de outras condições cutâneas, como celulite ou abscessos. A observação de anestesia cutânea em áreas aparentemente intactas pode ser um indício precoce. Apesar do foco dermatológico, a abordagem da FN exige manejo multidisciplinar, incluindo desbridamento cirúrgico emergencial e antibioticoterapia de amplo espectro. A dermatologia também é fundamental na preservação funcional e estética, com estratégias voltadas para o tratamento inicial e o manejo de cicatrizes e reconstrução após estabilização. Assim, a FN reforça a importância de avaliação clínica detalhada e suporte integrado para minimizar danos cutâneos e melhorar os desfechos estéticos e funcionais.

**REFERÊNCIAS**

COSTA, Izelda Maria Carvalho *et al*. Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 79, p. 211-224, 2004.

CUCÉ, Luiz Carlos; FESTA NETO, Cyro. Manual de dermatologia. **In: Manual de dermatologia**. 2001. p. 656-656.

FUSTES-MORALES, Antonio *et al.* Necrotizing fasciitis: report of 39 pediatric cases. **Archives of Dermatology**, v. 138, n. 7, p. 893-899, 2022.

HUANG, Ryan S.; PATIL, Nikhil S.; KHAN, Yasser. Periorbital Necrotizing Fasciitis: Case Presentation. **Interactive Journal of Medical Research**, v. 12, n. 1, p. e52507, 2023.

KARUNARATHNA, I. *et al.* Necrotizing Fasciitis: A Deadly Soft Tissue Infection. **Uva Clinical Lab.** Retrieved from ResearchGate. 2024.

MENDES KDS., *et al*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 2008; 17(4): 758–764.

RIVITTI, Evandro A. Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti. **Artes Médicas Editora**, 2014.

ROGERS, A. *et al.* Tratamento cirúrgico de infecções necrosantes de tecidos moles. **UpToDate**. 2024.

STEVENS, D. *et al*. Infecções necrosantes dos tecidos moles. **UpToDate**. 2024.