



C A P Í T U L O 9

DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO SECUNDÁRIO A MIOSITE GANGRENOSA/FASCIÍTE NECROSANTE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO – RELATO DE CASO

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.334172510079>

Maria Eduarda Costa Santiago

Graduanda em Medicina, Universidade de Vassouras

Jodson Fernandes Rêgo

Professor orientador do curso de Medicina, Universidade de vassouras

Otávio Augusto da Silva Garcia

Médico Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário de Vassouras

RESUMO: A Gangrena gasosa é uma infecção do tecido muscular com altos riscos de mortalidade, a bactéria anaeróbica *Clostridium perfringens* é o principal causador. Tem como característica rápida propagação, que, se não tiver as devidas intervenções, pode levar rapidamente ao óbito. É relatado o caso de uma paciente feminina, 42 anos, vítima de um atropelamento com trauma no membro inferior direito. Evoluindo com piora clínica e Fascíte Necrosante. As informações foram obtidas por meio da revisão do prontuário, entrevista com o médico que realizou o procedimento cirúrgico e o auxiliar residente que participou também. Registros fotográficos e vídeos da cirurgia aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Optado por observação clínica e intervenção cirúrgica. Atualmente a paciente segue em acompanhamento ambulatorial, evoluindo bem desde o desbridamento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: Miosite, Fascíte, Infecciosa, Trauma, Gangrenosa, Clostridium, Necrose.

INTRODUÇÃO

A Gangrena gasosa é uma infecção do tecido muscular com altos riscos de mortalidade, a bactéria anaeróbica *Clostridium perfringens* é o principal causador.^(1,2) Tem como característica rápida propagação, que, se não tiver as devidas intervenções pode levar rapidamente ao óbito.^(2,3)

Tabagismo, diabetes, alcoolismo, lesão traumática, congelamento, queimadura, feridas infeciosas pós cirurgias, coágulos sanguíneos, e outros são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de gangrena.^(5,7) Sendo a Diabetes o principal fator de risco e mau prognóstico.^(4,5,6)

No relato de caso, a paciente foi infectada por essa bactéria, e por trás da gangrena, desenvolveu mutuamente o quadro raro de Fasciíte necrosante, no qual destruiu o tecido subepitelial, com topografia em membro inferior direito (face medial da coxa, joelho e perna).

Sendo necessário, além do tratamento convencional que comumente só a terapêutica de antibióticos Via Oral soluciona o quadro, o desdobramento cirúrgico para remoção do tecido necrosado.⁽⁸⁾

Nenhum exame laboratorial ou de imagem, isolado ou em combinação, é sensível e específico o suficiente para diagnosticar ou excluir a Fasciíte Necrotizante.^(8,9) Por se tratar de um quadro de extrema gravidade, deve ter uma avaliação cirúrgica de urgência quando houver suspeita.^(8,9) A terapia com antibióticos é de suma importância mas se torna adjuvante quando comparada ao tratamento cirúrgico.⁽⁹⁾ A fasciíte necrosante pode se apresentar em dois tipos clínicos principais. Tipo 1 fasciíte necrosante polimicrobiana e Tipo 2 monomicrobiania.^(10,11) Apesar de não ter um agente causador específico, os principais agentes dessa infecção são geralmente o Streptococcus hemolítico do grupo A e Staphylococcus aureus.⁽¹¹⁻¹⁵⁾

METODOLOGIA

As informações contidas nesse estudo foram obtidas por meio da revisão de prontuário, da entrevista clínica com a paciente, da revisão a partir de registros com imagens, associada a uma revisão bibliográfica na plataforma Pubmed a partir de artigos relacionados às temáticas Miosite Gangrenosa, Fasciíte necrotizante, datando a partir de 1985.

RELATO DE CASO

ANAMNESE

Paciente L.S., sexo feminino, 42 anos, procurou o Hospital Universitário de Vassouras (HUV) na cidade de Vassouras - RJ relatando que há aproximadamente 2 semanas foi vítima de um atropelamento com trauma em perna direita sendo atendida no hospital da posse na cidade de Nova Iguaçu – RJ, onde recebeu o atendimento inicial, sendo liberada e orientada a seguir as recomendações e receita.

No entanto, vem apresentando piora clínica com relato de edema, dor e hiperemia em topografia de membro inferior direito (face medial da coxa, joelho e perna) com extensão circunferencial associado a flictenas e necrose em topografia de face medial da coxa direita. Além de referir febre e queda do estado geral. Nega tabagismo ou etilismo, é hipertensa tratada com Indapamida, obesa, e relata alergia à nimesulida e à penicilina.

EXAME FÍSICO

Bom estado geral, lúcida e orientada recebida no HUV acordada, interagindo, sem queixas álgicas no momento. Normocárdica, Eupneica, Afebril, Hidratada, Corada, Anictérica e Acianótica. Estável hemodinamicamente, perfusão preservada e eliminação fisiológicas preservadas.

Aparelho cardiovascular sem alterações, ritmo cardíaco regular em dois tempos. Bulhas normofonéticas.

Aparelho respiratório: Murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios.

Abdome: Globoso, timpânico, flácido, depressível, indolor, livre de sinais de irritação peritoneal.

Membro inferior Direito: Edema supra e infra patelar, vasta área de necrose de pele e partes moles com infiltrado causando aspecto de marmoreio. Presença de crosta necrótica e bolhas de necroses rotas, crepitação palpável em subcutâneo.



Figura 1: Membro inferior direito, necrose de pele e partes moles com infiltrado causando aspecto de marmoreio.

EXAME DE IMAGEM

Tomografia Computadorizada de coxa e joelho: É observado extenso infiltrado supra patelar + infra patelar com focos gasosos de permeio, indícios de infiltração intra articular.

CONCLUSÃO

Feita a hipótese diagnóstica de Miosite Gangrenosa/Fasciíte Necrosante em membro inferior direito foi realizado o desbridamento cirúrgico do tecido necrótico e desvitalizado em pele e subcutâneo na região do joelho direito de aproximadamente 20 cm de extensão. Foi realizada também a exploração manual de loja de abscesso em subcutâneo, além disso foi feita a lavagem exaustiva com soro fisiológico e clorexidina degermante. Ademais, foi colocado dois drenos de pentose número 3 na região distal da loja de abscesso, um na região medial e outro na região lateral. Por fim, foram colocados curativos com uso de colagenase. Após a cirurgia, a paciente foi encaminhada para UTI, sendo remanejada um dia depois a enfermaria recebendo assim alta após 2 dias. Paciente evolui bem, sem complicações e recebendo acompanhamento ambulatorial mensal.

REFERÊNCIAS

1. Júnior CAO, Silva ROS, Lobato FCF, Navarro MA, Uzal FA. Gas gangrene in mammals: a review. *J Vet Diagn Invest.* 2020 Mar;32(2):175-183.
2. Mehdizadeh Gohari I, A Navarro M, Li J, Shrestha A, Uzal F, A McClane B. Pathogenicity and virulence of Clostridium perfringens. *Virulence.* 2021 Dec;12(1):723-753.
3. Sprohnle-Barrera CH, Gibson JS, Price R, Graham RM, Jennison AV, Ricca MR, Allavena RE. Fatal non-traumatic gas gangrene caused by Clostridium perfringens type A in a Siberian Husky dog. *J Vet Diagn Invest.* 2022 May;34(3):518-522.
4. Pereira de Godoy JM, Vasconcelos Ribeiro J, Caracanhas LA. Mortality and diabetes mellitus in amputations of the lower limbs for gas gangrene: a case report. *Int J Low Extrem Wounds.* 2008 Dec;7(4):239-40.
5. Park H, Copeland C, Henry S, Barbul A. Complex wounds and their management. *Surg Clin North Am.* 2010 Dec;90(6):1181-94.
6. Deschaumes O, Hubert M, Hardy PY. L'image du mois. Infection nécrosante des tissus mous [Soft tissue necrotizing infection]. *Rev Med Liege.* 2022 Feb;77(2):77-79. French. PMID: 35143125.

7. Larsen K, Paige A, Mutyala M, Weber B, Slim J. Fournier's gangrene mimicking an acute epididymitis. SAGE Open Med Case Rep. 2021 Nov 19;9:2050313X211059297.
8. Ahmadzada S, Rao A, Ghazavi H. Necrotizing fasciitis of the face: current concepts in cause, diagnosis and management. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2022 Aug 1;30(4):270-275.
9. Bellapianta JM, Ljungquist K, Tobin E, Uhl R. Necrotizing fasciitis. J Am Acad Orthop Surg. 2009 Mar;17(3):174-82.
10. Harmonson JK, Tobar MY, Harkless LB. Necrotizing fasciitis. Clin Podiatr Med Surg. 1996 Oct;13(4):635-46. PMID: 8902335.
11. Nolff MC, Meyer-Lindenberg A. Nekrotisierende Fasziitis: ein Überblick [Necrotizing fasciitis: a review]. Tierarztl Prax Ausg K Kleintiere Heimtiere. 2014 Apr 16;42(2):117-24.
12. Ogundiran TO, Akute OO, Oluwatosin OM. Necrotizing fasciitis. Trop Doct. 2004 Jul;34(3):175-8.
13. Fritzsche SD. Soft-tissue infection: necrotizing fasciitis. Plast Surg Nurs. 2003 Winter;23(4):155-9.
14. Al Shukry S, Ommen J. Necrotizing Fasciitis - report of ten cases and review of recent literature. J Med Life. 2013 Jun 15;6(2):189-94.
15. Sahu KK, Mishra AK, Lopez CA. Necrotizing fasciitis: challenges in diagnosis and management. QJM. 2020 Mar 1;113(3):220-221.