

**FERNANDO CORDEIRO, TSBCP**  
**SILVIO AUGUSTO CIQUINI, TSBCP**  
**FERNANDO ZARONI SEWAYBRICKER, TSBCP**  
**AFONSO CALIL MURY MALLMANN, TSBCP**  
**CARLOS BRUNETTI NETTO, TSBCP**  
**JAYME VITAL DOS SANTOS SOUZA, TSBCP**

---

CORDEIRO F, CIQUINI SA, SEWAYBRICKER FZ, MALLMANN ACM, BRUNETTI NETTO C, SOUZA JVS - Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(2): 157-159

---

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamento dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax (019) 254-3839 ou E.mail: scut@lexxa.com.br.

O tema desta edição será **SÍNDROME DE FOURNIER** e contamos com a colaboração de cinco membros titulares da nossa Sociedade:

1. Silvio Augusto Ciquini
2. Fernando Zaroni Sewaybricker
3. Afonso Calil Mury Mallmann
4. Carlos Brunetti Netto
5. Jayme Vital dos Santos Souza

### **1. O que você considera como sendo uma Síndrome de Fournier? Há necessidade do envolvimento escrotal para definição clara da mesma ou não?**

**(Silvio Augusto Ciquini)** - Esta síndrome foi descrita por Fournier em 1883, como entidade nosológica caracterizada por gangrena escrotoperineal em adultos, de forma fulminante e de causa idiopática. Desde então, vários relatos da literatura trouxeram novos conhecimentos, definindo-a como um processo vascular da região perineal de origem infecciosa acarretando uma gangrena tecidual.

Sua etiologia, está relacionada à flora bacteriana mista que atua de maneira sinérgica, tendo como via de contaminação enfermidades infecciosas proctológicas, urológicas, pélvicas e até de origem iatrogênica entre outras. A mesma, ocasiona importantes repercussões clínicas, tanto locais quanto sistêmicas, sempre de cunho séptico.

Embora o envolvimento escrotal seja comum no sexo masculino e caracterize a Síndrome, pode ocorrer também no sexo feminino, com maior raridade, acometendo a região vulvar.

**(Fernando Zaroni Sewaybricker)** - O que caracteriza a S. de Fournier é a infecção seguida de necrose do períneo, causada por um sinergismo de germes aeróbios e predominantemente anaeróbios. A infecção pode ter origem na pele perianal, no reto e canal anal, nas vias urinárias inferiores ou na própria bolsa escrotal. Não é necessário o envolvimento obrigatório da região da bolsa escrotal para caracterizarmos a síndrome, embora esteja quase sempre acometida. O que caracteriza a síndrome é a presença de necrose extensa e progressiva.

**(Afonso Calil Mury Mallmann)** - Síndrome de Fournier é uma fasciite necrotizante sinérgica peri-retal, perineal ou também genital com trombose dos pequenos vasos subcutâneos que resulta no desenvolvimento de gangrena da pele e subcutâneo desta região. Não há necessidade de comprometimento escrotal para ser considerada síndrome de Fournier.

**(Carlos Brunetti Netto)** - Considero a Síndrome de Fournier ou fasciite necrotizante, o acometimento infeccioso do subcutâneo e/ou fâscias, de maneira extensa e progressiva em extensão, distanciando-se do local original de contaminação. Embora a síndrome original inclua o acometimento da bolsa escrotal, hoje uso esta denominação para processos infecciosos graves, necrotizantes, mesmo que não haja acometimento da bolsa, e por este motivo coloco o Fournier entre aspas.

**(Jayme Vital dos Santos Souza)** - Gangrena de Fournier ou gangrena escrotal e perineal foi descrita pela primeira vez por Jean Alfred Fournier em 1883, durante uma aula na Academia Francesa de Medicina, ocorrida em um paciente masculino com 16 anos. Caracteriza-se basicamente por uma gangrena da região perineal, do escroto ou do pênis, de origem bacteriana. Inicialmente considerada como idiopática, atualmente tem seu diagnóstico etiológico conhecido segundo a literatura, em cerca de 70 a 100% dos casos. A porta de entrada usualmente se origina do trato urinário ou gastrointestinal. Numa revisão recente, Cataldo e cols. encontraram 41% dos pacientes tendo como porta de entrada o trato gastrointestinal e 30% no trato urinário. Abscesso anorretal, fístulas, são as patologias mais frequentes do tra-

to gastrointestinal na etiologia da gangrena de Fournier. Na esfera genitourinária, estenose uretral, dilatações, seguidas de infecção das glândulas periuretrais são as causas mais comuns.

## 2. Qual o seu procedimento cirúrgico, se o faz, e em que momento realizá-lo?

**(Silvio Augusto Ciquini)** - A cirurgia é indicada imediatamente após a suspeita diagnóstica, juntamente com medidas gerais que visam o reequilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, além do controle de enfermidades sistêmicas associadas. Medidas específicas como a identificação dos germes envolvidos e antibioticoterapia precoce também são fundamentais.

A técnica cirúrgica de escolha consiste no desbridamento amplo de todos os tecidos desvitalizados, com drenagem de todas as coleções purulentas. Este procedimento deve ser repetido tantas vezes quanto necessário, de acordo com a progressão da necrose tecidual, a cada 24 ou 48 horas.

**(Fernando Zaroni Sewaybricker)** - A cirurgia é mandatória em todos os casos e em caráter emergencial assim que o diagnóstico é feito. Frequentemente encontramos um ponto de necrose na pele, que aumenta rapidamente em poucas horas, não deixando dúvidas quanto ao diagnóstico. As condições hemodinâmicas do paciente devem ser restabelecidas e a cirurgia indicada é de amplo desbridamento das áreas de necrose, drenagem ampla dos abscessos, incisões de drenagem nas áreas com celulite.

Alguns autores indicam estas incisões nas áreas próximas a celulite, como forma de tentar parar a progressão da necrose. Em geral a infecção atinge mais a pele e tecido celular subcutâneo preservando a musculatura esfíncteriana e os testículos, que devem ser, sempre que possível, poupados. Com o caráter evolutivo e rápido da doença, são necessários, em geral, de dois a quatro desbridamentos cirúrgicos com intervalo de aproximadamente 12 a 24 h, para que o processo se estabilize. Temos usado após os desbridamentos e na fase de resolução, um curativo cirúrgico de gaze com uma malha de carbono ativado (que absorve a secreção) e prata (que é bacteriana) com bom resultado na limpeza da ferida e início do processo de granulação.

**(Afonso Calil Mury Mallman)** - O procedimento cirúrgico deve ser instituído tão logo seja firmado o diagnóstico. É importante salientar que o desbridamento cirúrgico deve ser executado o mais precoce e amplo possível.

**(Carlos Brunetti Netto)** - Uma vez suspeitado o diagnóstico, início a antibioticoterapia de amplo espectro, e encaminho o paciente para o centro cirúrgico assim que haja condições cardíaco-circulatórias mínimas para uma sedação ou anestesia. O procedimento que costumo realizar, engloba inicialmente o desbridamento importante e ressecção de tecido desvitalizado, o mais breve e agressivo possível. Este procedimento é repetido após 36 a 48 horas em cento cirúrgico,

pelo menos com a finalidade de se avaliar se houve extensão ou não do processo.

**(Jayme Vital dos Santos)** - Uma vez firmado o diagnóstico, que na grande maioria das vezes é muito fácil, o tratamento é instituído imediatamente. O sucesso na abordagem desta patologia consiste num desbridamento extenso de toda a área acometida. Costumo dizer aos nossos residentes que quando pensarem estar a operação terminada, dupliquem a extensão ressecada. Claramente, se faz necessário que o tecido que permaneça tenha completa viabilidade. Para isto, ressecções de toda a pele perineal comprometida, bolsa escrotal, da região inguinal, e muitas vezes da parede anterior do abdômem ou até do dorso sejam removidas. De grande importância é o re-exame destas pacientes cerca de 12 a 24 horas após, sob anestesia, quando em muitas oportunidades novas ressecções são realizadas. Utilizamos de rotina açúcar mascavo no curativo das feridas.

Como conclusão podemos dizer que para o tratamento da gangrena de Fournier é necessário: suporte sistêmico, antibioticoterapia de amplo espectro, cirurgia agressiva e fechamento retardado da ferida.

## 3. Costuma praticar colostomia derivativa ou não? Em que oportunidade utilizá-las caso negativo.

**(Silvio Augusto Ciquini)** - A colostomia derivativa não deve ser prática rotineira na Síndrome de Fournier, uma vez que o processo infeccioso não está relacionado com o trânsito intestinal. Poderá, entretanto, ser realizada, quando houver comprometimento extenso dos planos musculares profundos com importante alteração da continência fecal. Sua realização com o intuito de acelerar o processo cicatricial não parece adequada por se tratar de ferida aberta e que requer apenas cuidados higiênicos locais.

**(Fernando Zaroni Sewaybricker)** - Utilizamos preferencialmente transversostomia, em alça, à direita ou esquerda, nos casos em que a área de necrose é mais ampla e rapidamente progressiva, envolvendo mais da metade da bolsa escrotal, região inguinal e ou parede abdominal. Em geral indicamos a colostomia no 2º desbridamento, quando podemos avaliar a evolução da doença. Evitamos a sigmoidostomia, pelo risco de progressão da necrose para as regiões inferiores da parede abdominal, podendo chegar a área da ostomia. Nos casos restritos ao períneo, com melhora significativa após o 1º desbridamento, evitamos a colostomia.

**(Afonso Calil Mury Mallman)** - Não faço colostomia derivativa de rotina em todos os pacientes, porém faço em casos selecionados como: comprometimento esfíncteriano importante, perfuração colônica ou retal, ferida perineal muito ampla, paciente imunossuprimido ou com incontinência fecal.

**(Carlos Brunetti Netto)** - Não tenho realizado a colostomia como regra, mas na grande maioria dos casos, em função do acometimento extenso da borda anal, sendo aí sua origem

ou não, ou apenas para facilitar a higiene e a evacuação, tenho utilizado a transversostomia em alça. Utilizo o transverso na maioria das vezes, pois em vários casos havia acometimento das regiões ingüinais.

Na minha pequena experiência, não realizei colostomia apenas em três casos, nos quais o tratamento inicial e sua revisão após 48 horas mostraram que o processo infeccioso estava regredindo e portanto, achei que poderia evitá-la.

**(Jayme Vital dos Santos)** - Não utilizamos de rotina. Na nossa série que compreende cerca de 43 pacientes operados num período de 12 anos, só a realizamos em três doentes. Todos no período tardio, quando da reconstrução feita pelo cirurgião plástico. Acharmos que deverá ser realizada por exemplo por contaminação fecal persistente (perfuração retal ou fístula de difícil controle), ou por perda de controle local no curso de mionecrose grave em especial da musculatura esfíncteriana.

#### 4. Qual a sua cobertura antibiótica? Utiliza-se do metronidazol?

**(Silvio Augusto Ciquini)** - Por se tratar de flora bacteriana mista, a cobertura antibiótica deve ser a de mais amplo espectro, e sempre monitorizada através de bacterioscopia e cultura das secreções. O uso de cefalosporina de 2ª ou 3ª geração associada ao metronidazol vem sendo o tratamento de escolha em nosso serviço.

**(Fernando Zaroni Sewaybricker)** - Iniciamos com o uso de aminoglicosídeo associado sempre ao metronidazol. Dependendo da evolução e dos estudos bacteriológicos, utilizamos cefalosporinas de 3ª geração e a vancomicina.

**(Afonso Calil Mallmann)** - Considerando que a flora bacteriana da Síndrome de Fournier é polimicrobiana, utilizo como primeira escolha o esquema seguinte: penicilina cristalina, gentamicina e metronidazol. A utilização do metronidazol é feita de maneira rotineira visando tratar os germes anaeróbios.

**(Carlos Brunetti Netto)** - Como já mencionado, a antibioterapia é o primeiro procedimento que realizamos. Deve ser sempre de amplo espectro, e temos utilizado na maioria das vezes a associação de: Ampicilina, Aminoglicosídeo e Metronidazol, (ou Cefalosporinas de 3ª geração e Metronidazol) até a chegada das culturas (secreção e tecidos) com antibiograma, que são colhidas sempre em todos os procedimentos.

**(Jayme Vital dos Santos)** - A gangrena de Fournier é uma infecção bacteriana sinérgica com componentes de gangrena cutânea, fasciite necrotizante e mionecrose. Apresenta portanto flora mista. Em 141 pacientes observados por Rodnig, as cepas mais encontradas foram: Bacteróides, E. coli, Estreptococos, Proteus e Clostrídios. No nosso serviço utilizamos como rotina a associação metronidazol, ampicilina, cefalosporina e ou penicilina cristalina.

#### 5. Alguma terapêutica alternativa? Quando usá-las?

**(Silvio Augusto Ciquini)** - A câmara hiperbárica representa a terapêutica alternativa no tratamento desta síndrome, porém, pelas dificuldades de disponibilidade e manuseio, aliados aos resultados semelhantes aos encontrados com as medidas citadas não representa melhor opção de tratamento. Gostaríamos de citar que no exemplar de setembro de 1993 desta mesma revista, publicamos um artigo intitulado: Aspectos clínicos e terapêuticos da Síndrome de Fournier.

**(Fernando Zaroni Sewaybricker)** - Alguns autores fazem referência ao uso de câmara hiperbárica com bons resultados. É um tratamento caro e na prática inacessível à maioria dos hospitais. Não temos experiência.

**(Afonso Call Mury Mallman)** - Além do tratamento através de desbridamentos amplos e repetidos, utilizado em alguns casos com feridas extensas, curativos sob anestesia para avaliar a viabilidade dos tecidos e desfazer as coleções e exsudatos que difíceis de serem realizados sem analgesia adequada. Nenhuma terapêutica alternativa como oxigenoterapia hiperbárica, etc., faz parte do tratamento de rotina.

**(Carlos Brunetti Netto)** - Não lanço mão de nenhuma outra terapêutica alternativa, ab initio, mas sim de terapêuticas adjuvantes, como por exemplo, a hipernutrição (enteral ou parenteral) desde a primeira intervenção.

Em casos específicos cujo agente etiológico é ou sua evolução sugere ser microorganismo anaeróbio, utilizamos a câmara hiperbárica, que tem se revelado um fator adjuvante de muito valor.

**(Jayme Vital dos Santos Souza)** - Não utilizamos nenhuma terapêutica alternativa. A oxigenoterapia hiperbárica tem sido relatada como benéfica no tratamento desta condição tão grave. Embora não existam até o momento trabalhos prospectivos randomizados que comprovem sua eficácia, pela análise das publicações podemos tirar algumas conclusões: a terapia hiperbárica não deve nunca ser trocada pela cirurgia ou retardar esta; pode em associação à cirurgia e antibioticoterapia melhorar os resultados, diminuindo a perda tecidual e a morbidade; na nossa realidade é de difícil utilização.

Rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva independente de sua titulação dentro da sociedade e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso fax é: **(0192) 543839** e Email: **scut@lexxa.com.br**. Participe.

Fernando Cordeiro