

Só uma infecção da pele?

Quando o problema é mais profundo, a importância de reconhecer o inesperado

Autores: Filipa Meruje*, Sara Correia**, Otília Courela***, Isabel Costa****, Aida Paulino *****

Co-Autores: João Roque Gomes*, Rita Gonçalves Monteiro*, Joana Peliteiro*, Manuel Moutinho Teixeira*, Tatiana Brito Neves*

Introdução

A Fascíte Necrotizante (FN) é uma entidade rara, mas de marcada gravidade. É uma infecção rapidamente progressiva da fáscia, com necrose secundária do tecido subcutâneo. Muitas vezes associada à síndrome da resposta inflamatória sistémica, com risco de disfunção multiorgânica, e com elevada morbimortalidade.

A frequência da FN tem vindo a aumentar devido à maior prevalência dos seus fatores de risco, como a diabetes mellitus e a doença oncológica.

A FN pode ocorrer como uma complicação de procedimentos médicos e cirúrgicos, ou surgir como entidade primária. A sua apresentação inicial é frequentemente inespecífica e a ferida que lhe serve de ponto de partida é, muitas vezes, *minor*. Um dos principais desafios da FN reside no reconhecimento precoce do atingimento das camadas profundas e das fáscias, uma vez que mimetiza as demais infecções da pele e tecidos moles. O que aparenta atingir somente a pele é a ponta do *iceberg* de um problema mais profundo. Assim, o diagnóstico precoce da FN é uma das chaves para o sucesso do tratamento.

O tratamento da FN é frequentemente agressivo e prolongado, com necessidade de várias intervenções cirúrgicas, tendo inerentes vários desafios no processo para a cicatrização.

Caso Clínico

Homem, 38 anos, inicialmente observado no Serviço de Urgência (SU) por edema e eritema da coxa esquerda. Foi feito o diagnóstico de Celulite. Teve alta, sob antibioterapia oral. Regressou ao SU passados 3 dias por dor incapacitante e drenagem purulenta. Foi diagnosticada FN do membro inferior esquerdo.

Figura 1 - TC mostrou aumento de volume da coxa esquerda, com densificação dos planos cutâneos. Imagens gasosas na região inguinal esquerda e prolongando-se nos planos musculares, no grupo interno da coxa esquerda, de acordo com a hipótese diagnóstica de FN



Internado para antibioterapia de largo espectro e tratamento cirúrgico, foi submetido a múltiplas intervenções



Figuras 2 e 3 - Apresentação inicial



Figura 4 e 5 - Após primeira intervenção cirúrgica - fasciotomia e drenagem. Penso com compressas embebidas em iodopovidona

Figuras 5 e 6 - Após 2ª e 3ª intervenções - desbridamento e drenagem cirúrgica - em D5 e D7, respetivamente. Aplica-se dispositivo na local para instilar iodopovidona e assim embeber as compressas



Figura 7 - Aplicação de terapia de pressão negativa com instilação, em D9, na 4ª intervenção cirúrgica



Figura 8 - Após técnica de *vessel loop shoelaces*, em D24 (5ª intervenção)



Figura 9 e 10 - D32 Aproximação da extremidade inferior da ferida com pontos e aplicação de terapia de pressão negativa ultra portátil com tecnologia *hydrofiber*



Figuras 12 e 13 - Evolução após ter tido alta do internamento, ao 40º dia, ao longo do seguimento do doente em consulta externa. Aplicação de penso de alginato com mel.



Figura 14 - Ferida cicatrizada, aquando da alta, ao 169º dia.

Conclusão

O diagnóstico da FN é sobretudo clínico, pelo que o reconhecimento precoce dos sinais desta entidade é determinante numa marcha diagnóstica e terapêutica adequada. O tratamento deve ser, inicialmente, cirúrgico, requerendo limpeza alargada e extensa dos tecidos envolvidos, aliado a antibioterapia de largo espectro e uma vigilância apertada no pós-operatório.

A FN pode ser responsável por defeitos importantes da morfologia e função corporal. No caso apresentado, estas foram conservadas, sem necessidade de técnicas de reconstrução mais complexas.