

Um caso de evolução de Paroníquia para Fasciíte Necrosante.

A case of evolution of Paronychia to Necrotizing Fasciitis

Maria Fernanda Trepin Granato Acciarito
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
mariafernanda_granato@hotmail.com

Gustavo Rodrigues Prado
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
gustavo2001prado@gmail.com

Vinicius Rodrigues Prado
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
viniciusprado_2001@hotmail.com

Victor Hugo Bigotto Maximiano
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
victorhugobigotto@gmail.com

Filippo Gustavo do Carmo Coutinho
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
filippocoutinho@yahoo.com.br

Luciana Ferreira de Oliveira
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
Lu.oliveira.md@gmail.com

RESUMO

A Fasciíte Necrosante é uma condição grave que requer diagnóstico e tratamento imediato. É essencial considerar os fatores de risco, estar atento aos sinais e sintomas característicos, realizar uma exploração cirúrgica adequada dos tecidos moles, iniciar o tratamento com desbridamento cirúrgico agressivo e antibioticoterapia de amplo espectro. A colaboração interdisciplinar entre clínicos, cirurgiões e equipe de saúde é fundamental para garantir um manejo eficaz e reduzir as complicações e mortalidade associadas a essa condição grave

Palavras-chave: Paroníquia. Fascite necrosante. Diagnóstico. Fatores de risco.

ABSTRACT

Necrotizing Fasciitis is a serious condition that requires prompt diagnosis and treatment. It is essential to consider risk factors, be aware of characteristic signs and symptoms, perform adequate surgical exploration of soft tissues, and initiate treatment with aggressive surgical debridement and broad-spectrum antibiotic therapy. Interdisciplinary collaboration between clinicians, surgeons and healthcare staff is critical to ensure effective management and reduce complications and mortality associated with this serious condition.

Keywords: Paronychia. Necrotizing Fasciitis. Diagnosis. Risk factors

1 CONTEXTO

Esse trabalho objetiva relatar o caso de uma paciente que evoluiu com Fasciíte Necrotizante após sessão com pedicure e entorse de tornozelo direito subsequente.

A Fasciíte Necrosante é uma infecção grave dos tecidos moles profundos que resulta na destruição progressiva da fáscia muscular e da gordura subcutânea sobrejacente e que necessita de diagnóstico precoce. 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 aparecimento de necrose cutânea e fornecer uma pista para a presença de fasciíte necrotizante. Inicialmente, o tecido sobrejacente pode parecer inalterado. Portanto, é difícil de diagnosticar sem a visualização direta da fáscia (STEVENS, 2022).

A doença tem incidência que varia de 0,3 a 15 casos por 100.000 habitantes e pode ser dividida em duas categorias microbiológicas:

- A infecção necrosante polimicrobiana (tipo I) é causada por bactérias aeróbicas e anaeróbicas e, geralmente ocorre em indivíduos com comorbidades subjacentes – como doença vascular associada à diabetes (STEVENS, 2022).

- A infecção necrosante monomicrobiana (tipo II) pode ocorrer em qualquer faixa etária e em indivíduos sem comorbidades subjacentes e, geralmente é causada por *Streptococcus* do grupo A (SGA) ou outros estreptococos beta-hemolíticos, podendo também ocorrer como resultado de *Staphylococcus aureus*. A infecção sem porta de entrada clara ocorre em cerca de metade dos casos; em tais circunstâncias, a patogênese da infecção provavelmente consiste na translocação hematogênica da garganta (faringite assintomática ou sintomática) para um local de trauma contuso ou tensão muscular (STEVENS, 2022).

Manifestações clínicas da infecção necrosante, de acordo com Stevens et al incluem:

- Eritema (sem margens nítidas); edema que se estende além do eritema visível; dor intensa (fora de proporção com os achados do exame em alguns casos); febre; crepitação; bolhas cutâneas, necrose ou equimose. Podem ser observadas ainda: febre elevada, taquicardia e toxicidade sistêmica; hipotensão pode estar presente inicialmente ou se desenvolver com infecção progressiva. Outros sintomas incluem mal-estar, mialgias, diarreia e anorexia. No quadro, desenvolve-se diminuição da sensação de dor na área envolvida, devido à trombose de pequenos vasos sanguíneos e destruição de nervos superficiais no tecido subcutâneo. Isso pode preceder o aparecimento de necrose cutânea e fornecer uma pista para a presença da doença. O gás subcutâneo está frequentemente presente na forma polimicrobiana (tipo I), particularmente em pacientes diabéticos (STEVENS, 2022).

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Este trabalho está sob o escopo “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

Paciente, feminino, 24 anos, natural e procedente de Volta Redonda – RJ. Foi admitida no Hospital São João Batista (HSJB) em 03 de Março de 2023 no setor do Pronto Socorro Adulto (PSA) relatando ter sofrido entorse do tornozelo direito há 10 dias, fato que ocorreu após ter sido lesionada na região ungueal do hálux direito em procedimento feito com “pedicure”. Procurou atendimento hospitalar por duas vezes anteriormente, onde foi prescrito o uso de anti-inflamatório não esteroideal (AINE) e analgésico, além de

ter sido feita imobilização do local com tala gessada. Por conta da piora da dor no membro inferior direito (MID), procurou novamente o pronto socorro do HSJB.

A paciente se apresentou à ectoscopia com fácies de dor, dificuldade de deambulação, febril com 38,8°C em aferição de temperatura axilar (Tax). Membro inferior direito com área de hiperemia bem delimitada, edemaciado, sensação quente ao toque, com pequenas flictenas.

Foi feita a internação da paciente já no pronto socorro, pois esta encontrava-se com padrão de erisipela bolhosa. Foi realizada coleta de material para exame de cultura. A paroníquia do hálux direito foi abordada pela equipe cirúrgica no mesmo dia (03/03). Foi iniciada imediatamente a antibioticoterapia (a qual sofreu diversas alterações no decorrer da internação por conta de provável infecção polibacteriana multirresistente) com Oxacilina. Após 3 dias de internação, o resultado parcial da hemocultura foi negativo. Realizou-se ecocardiograma transtorácico (ECOTT), cujo resultado afastou endocardite infecciosa, além de ecodoppler venoso do MID, que evidenciou apenas linfedema. No dia 07/03, a paciente encontrava-se séptica – mantendo febre 38,5°C (Tax), taquicárdica, taquipneica (25 irpm com saturação de O₂ = 92%) e, com dor no local da lesão inicial. Após transferência para leito de terapia intensiva, foi realizada a substituição do antibiótico, suspendendo a Oxacilina e introduzindo Piperacilina com Tazobactam (Tazocin). Além disso, foi realizada

Tomografia Computadorizada (TC) de tórax que constatou êmbolos sépticos pulmonares, acompanhados de derrame pleural bilateral de pequena monta e empiema à direita.

No dia 08/03 a paciente encontrava-se mais estável, sendo então realizada a drenagem torácica (tanto do derrame pleural, quanto do empiema), com permanência de dreno em hemitórax direito. Além disso, a equipe cirúrgica também abordou a lesão do MID, realizando o desbridamento de tecido desvitalizado associado com fasciotomia sob raqui-anestesia – sem intercorrências. Neste momento, ao perceber o acometimento da fáscia superficial, o diagnóstico da paciente foi alterado para Fasciíte Necrosante e foi associado Vancomicina ao esquema terapêutico.

No dia 09/03 foi suspenso o Tazocin e acrescentado o Imipeném, por piora clínica. No dia 11/03, a paciente encontrava-se sob regular estado geral, em recuperação das abordagens cirúrgicas e, ainda, em observação no leito de terapia intensiva. Após resultados parciais negativos em 2 resultados parciais anteriormente, a cultura foi positiva para “*Klebsiella pneumoniae*” em 28/03.

3 TRATAMENTO

A antibioticoterapia foi realizada via endovenosa (EV) por 22 dias, sendo: Vancomicina, 15mg/kg/dose, a cada 12 horas, associada com Imipenem, 500mg, a cada 6 horas. A administração teve início em veia periférica, passando posteriormente para acesso venoso central.

4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

A paciente apresentou boa recuperação, com melhora do estado geral, retornando para a enfermaria após 5 dias de observação em leito de terapia intensiva. A lesão em membro inferior direito, apesar de extensa, apresentava tecido de granulação, sem excesso de fibrina ou sinais flogísticos. Foi realizado acompanhamento com equipe de cirurgia geral e estomatologia para manejo da ferida e dos curativos. Após alta hospitalar, a paciente foi encaminhada para seguimento e acompanhamento no ambulatório de cirurgia e, realizará 10 sessões terapêuticas em câmara hiperbárica com a finalidade de otimizar o pro-

cesso de cicatrização, juntamente com sessões de fisioterapia. Não havendo o completo fechamento da ferida, será necessária reabordagem cirúrgica com realização de enxerto cutâneo.

5 DISCUSSÃO

O caso se tratou de disseminação bacteriana por conta de infecção iniciada no hálux, distribuindo-se para a face lateral do membro inferior direito, agravado por entorse do tornozelo, evoluindo para erisipela bolhosa e posteriormente fasciíte necrotizante. Durante a internação, múltiplos esquemas de antibioticoterapia foram utilizados, além do acompanhamento pela estomatologia e cirurgia geral. Apesar da paciente ter apresentado complicações, o manejo da equipe e sua boa resposta clínica possibilitaram que a mesma recebesse alta hospitalar, realizando acompanhamento ambulatorial com a cirurgia geral e início de tratamento em câmara hiperbárica.

O uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) após o episódio de entorse no tornozelo pode estar associado à atenuação de sinais e sintomas de inflamação consequentes do desenvolvimento ou progressão de infecção estreptocócica, atrasando assim o diagnóstico da paciente.

Assim como ocorreu neste caso, muitas vezes os resultados laboratoriais geralmente são inespecíficos e podem incluir leucocitose com desvio à esquerda, acidose, coagulopatia, hiponatremia, elevação de marcadores inflamatórios (como proteína C reativa e/ou taxa de sedimentação de eritrócitos), além do aumento dos níveis séricos de creatinina, lactato, creatina quinase (CK) e aspartato aminotransferase (AST). Valores elevados de CK e AST sugerem uma infecção profunda envolvendo músculos ou fáscia, ao contrário da celulite. As culturas sanguíneas podem ser positivas em aproximadamente 60% dos casos de Fasciíte Necrosante monomicrobiana, mas são menos frequentes em pacientes com miosite necrotizante (20%) e podem não refletir todos os organismos envolvidos (STEVENS, 2022).

A suspeita de Fasciíte Necrosante deve ser considerada quando pacientes apresentam infecção dos tecidos moles - com sinais flogísticos associados aos sinais de doença sistêmica (febre e instabilidade hemodinâmica), juntamente com crepitação e rápida progressão dos sintomas clínicos ou dor desproporcional à aparência da pele (CAETANO, 2005).

Para estabelecer um diagnóstico preciso de Fasciíte Necrosante, a exploração cirúrgica dos tecidos moles é a única maneira de examinar minuciosamente desde a epiderme até os planos fasciais e musculares. Isso permite identificar a presença de tecido necrótico e determinar a extensão da infecção para guiar o tratamento adequado, que consiste em desbridamento cirúrgico agressivo de tecidos que apresentem aparência edemaciada e acinzentada da fáscia, exsudato fino sem purulência evidente e separação fácil dos planos de tecido por dissecação; além de antibioticoterapia de amplo espectro. A intervenção cirúrgica deve ser realizada o mais rápido possível em casos suspeitos de infecção necrosante, enquanto aguardam-se outras informações diagnósticas.

Alguns fatores clínicos podem dificultar o diagnóstico, como os pacientes sem uma porta de entrada clara, os quais podem apresentar infecção profunda dos tecidos moles via translocação bacteriana sem desenvolver sinais superficiais até o estágio avançado da doença, ou pacientes com cirurgias recentes ou outras doenças conhecidas, atribuindo - se a dor intensa e/ou sintomas sistêmicos a tais causas (STEVENS, 2022).

Deve - se ressaltar ainda, o diagnóstico diferencial com a Erisipela: infecção aguda da pele e tecido subcutâneo, geralmente causada pelo estreptococo β -hemolítico do grupo A. O diagnóstico da erisipela é principalmente clínico e baseia-se na presença de uma placa inflamatória bem delimitada, associada a febre, linfangite, linfonodomegalia e leucocitose (CAETANO, 2005).

Em suma, a Fasciíte Necrosante é uma condição de difícil diagnóstico e requer uma abordagem terapêutica rápida devido à sua evolução desfavorável, podendo resultar em destruição extensa, toxicidade sistêmica, perda de membros e/ou morte. Os fatores de risco associados à Fasciíte Necrosante incluem: trauma grave penetrante, laceração ou trauma contuso (como distensão muscular, entorse ou contusão), lesões cutâneas, cirurgia recente, rompimento da mucosa, imunossupressão, malignidade, obesidade, alcoolismo, gravidez, parto, abortamento e/ou procedimentos ginecológicos (STEVENS, 2022).

EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

QUESTÃO 1:

Como é realizado o diagnóstico da Fasciíte Necrosante?

- A) Por meio da quantificação do marcador de necrose tumoral alfa (TNF- α).
- B) Ao desbridar tecidos mortos da lesão verificando necrose da fáscia muscular.
- C) Por meio de exame de imagem - Ultrassonografia / Tomografia Computadorizada.
- D) O diagnóstico é clínico por conta dos sinais e sintomas patognomônicos.

QUESTÃO 2:

Sobre a fasciíte necrotizante, assinale a alternativa correta:

- a) O desenvolvimento da fasciíte necrotizante ocorre necessariamente em regiões onde houve previamente uma ferida infectada
- b) O eritem com margens nítidas é uma das manifestações clínicas da doença
- c) Constituem fatores de risco: feridas traumáticas ou cirúrgicas, diabetes, alcoolismo crônico, arteriopatia, e terapêutica prévia com anti-inflamatórios
- d) Ao contrário da erisipela, a fasciíte necrozante se apresenta clinicamente com dor intensa e adenopatia

QUESTÃO 3:

Acerca da etiologia da fasciíte necrotizante do tipo I é causada por qual classe de bactérias, e qual sua justificativa?

GABARITO:

- 1: B) exploração cirúrgica dos tecidos moles é a única maneira (STEVENS, 2022).
- 2: C) Constituem fatores de risco: feridas traumáticas ou cirúrgicas, diabetes, alcoolismo crônico, arteriopatia, e terapêutica prévia com anti-inflamatórios (STEVENS, 2022)
- 3: A infecção necrosante do tipo I é causada apenas por bactérias anaeróbias, devido ao suprimento sanguíneo relativamente pobre da fáscia muscular (STEVENS, 2022)

REFERÊNCIAS

CAETANO, Mónica; AMORIM; Isabel. Erisipela. *Acta Medica Portuguesa*, v.18 n. 5, p. 385-394. 2005.

CASAGRANDE, M. et al. **Oxigenoterapia Hiperbárica como adjuvante no tratamento de feridas**. *Brazilian Journal of Health Review*, v.4, n.2, p. 7154-7158, 2021.

BARBOSA, P. et al. **Oxigenoterapia hiperbárica no processo de cicatrização de feridas: revisão de literatura**. *Revista Enfermagem Atual In Derme*. Ceará, v. 93, n. 31, 8 págs, 2020.

STEVENS, Dennis L. et al. (2022). **Necrotizing soft tissue infections**. *UpToDate*. Acesso em: 04 jun 202

GESTAÇÃO ectópica. In: LOPES RAMOS, José Geraldo et al. **Rotinas em Obstetrícia (Rotinas)**. 8. ed. [S. l.]: Artmed, 2023. cap. 40, p. 674-681.