

**FASCEÍTE NECROTIZANTE TRATADA COM COBERTURAS ESPECIAIS:
RELATO DE CASO**

**NECROTIZANT FASCEITE TREATED WITH SPECIAL COVERINGS: CASE
REPORT**

Viviany Alves Soares
Fernanda Matheus Estrela
Jemima Raquel Lopes Santos
Moniky Araújo da Cruz
Eduardo Santiago
Álvaro Pereira

RESUMO

A Fasceíte Necrotizante (FN) é uma infecção de rápida progressão, que afeta a pele, tecido celular subcutâneo e fáscia superficial, levando à necrose e toxicidade sistêmica. Estudos mostram uma preocupação em descobrir novas tecnologias que cicatrizem as feridas, previnam complicações e diminua o tempo de cicatrização. Este relato teve como objetivo descrever o tratamento da FN tratada com coberturas especiais. O caso foi acompanhado em um hospital público de Salvador- Bahia, em abril de 2012, aprovado pelo comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia. Paciente com história de trauma em membro superior direito com dor local, edema, bolhas, diagnóstico de fasceíte necrotizante, com áreas de necrose, exsudato intenso e odor. Utilizou-se hidrogel, creme de barreira e espuma de poliuretano com prata com troca a cada 4 dias, durante cinco meses. Observou-se diminuição progressiva do tecido necrótico, bordas cicatrizadas, sem maceração. Realizada enxertia em setembro de 2012 para evitar que cicatrização natural provocasse limitação dos movimentos do membro. O uso das coberturas especiais apresentou resultados satisfatórios no tratamento tópico da FN.

Palavras-chave: Fasceíte; Cobertura; Tratamento

ABSTRACT

The necrotizing fasciitis (NF) is a rapidly progressive infection that affects the skin, subcutaneous tissue and superficial fascia, leading to necrosis and systemic toxicity. Studies show a concern to discover new technologies that heal wounds, prevent complications and decrease healing time. This report aims to describe the treatment of FN treated with special toppings. The case was watching in a public hospital in Salvador, Bahia, in April 2012 and approval of comitte of Ethica of University Federal of Bahia. Patient with a history of trauma in the right member with local pain, swelling, blisters, diagnosis of necrotizing fasciitis, with areas of necrosis, heavy exudate and odor. We used hydrogel barrier cream and polyurethane foam with silver exchange every 4 days for five months. Observed a progressive decrease in necrotic tissue edges healed without maceration. Grafting performed in September 2012 to prevent natural healing provoke limitation of movements. The use of special coverage showed satisfactory results in topical treatment of FN.

Keywords: Fasciitis; Coverage; Treatment.

INTRODUÇÃO

Infecções dos tecidos moles são caracterizadas por inflamação aguda, difusa, edematosa, supurativa e disseminada, que atinge a derme e o subcutâneo e a elas, frequentemente, estão associados sintomas sistêmicos, como mal-estar, febre e calafrios. (SOUZA, 2003)

A Fasceíte Necrotizante (FN) é uma infecção rara e grave, caracterizada por necrose extensa e rapidamente progressiva. Ela acomete o tecido celular subcutâneo e a fáscia muscular. Embora descrita em 1871 pelo cirurgião militar Dr. Joseph Jones, entretanto, o termo FN somente foi utilizado em 1952, por Wilson Ben, para descrever a principal característica desta infecção, que é a necrose do tecido celular subcutâneo com preservação relativa do músculo subjacente. Em maior parte dos casos, a extensão da lesão ocorre a partir de pequenos traumas, picadas de insetos ou incisões cirúrgicas. Contudo, em 20% das situações, nenhum trauma prévio pode ser identificado. Doenças como diabetes mellitus, vasculopatias, cirrose e o uso de corticosteroides são fatores agravantes. (SOARES et al, 2008)

Caracteriza-se por uma infecção invasiva com extensa necrose da fáscia superficial, com difusão dos tecidos circunjacentes, causada habitualmente por patógenos múltiplos (estreptococos, estafilococos, bactéria anaeróbias, etc), provocando trombose dos vasos que transitam entre a pele e a circulação profunda, produzindo necrose cutânea com toxicidade sistêmica extensa. (FERREIRA et al, 2009)

Nesse cenário, a FN manifesta-se principalmente por dor local, edema e hiperemia, que podem ser confundidos com uma simples celulite, podendo progredir rapidamente para infecção local grave, associada a escurecimento da pele e formação de bolhas. O indivíduo pode apresentar febre baixa, e clinicamente a pele envolvida fica lisa, tensa e brilhante, sem demarcação nítida na área envolvida. À medida que progride, surgem os sinais evidentes da doença que incluem coloração escura da pele, pequenas placas púrpuras com bordas mal definidas, formação de vesículas ou bolhas, exposição do tecido adiposo subcutâneo, necrose da fáscia, gangrena da pele sobrejacente e presença de odor característico da infecção anaeróbia. (FERREIRA et al, 2009)

A fascíte necrotizante pode evoluir para óbito em até 76% dos casos, sendo definida como uma condição potencialmente fatal. (GROBE et al, 2015) Seu tratamento é baseado no diagnóstico precoce antibioticoterapia, reposição hidroeletrólítica e desbridamento da área necrótica. (SOUZA, 2003)

Este relato foi proposto com a finalidade de descrever um caso clínico raro e de prognóstico reservado devido a possível necessidade de intervenção cirúrgica e de difícil tratamento, assim, diante da complexidade do caso clínico, optou-se pela utilização de coberturas especiais que favorecessem a cicatrização sem a necessidade de abordagens mais invasivas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso documental, que objetiva descrever um caso clínico de difícil tratamento, assim, diante da complexidade do caso clínico, optou-se pela utilização de coberturas especiais que favorecessem a cicatrização sem a necessidade de abordagens mais invasivas.

A pesquisa ocorreu em um hospital público, conveniado ao Sistema Único de Saúde, localizado em Salvador-Bahia. Utilizou-se o prontuário do paciente para coleta de dados e a avaliação da evolução foi realizada através de exame clínico e registros fotográficos por meio de máquina digital, durante todo o tratamento das lesões.

Para realização da pesquisa foi necessária a autorização do responsável legal do paciente, através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de aprovação do Comitê de Ética.

Para a preservação da identidade de todas as pessoas envolvidas, assegurando assim a sua confidencialidade, o estudo obedeceu aos princípios éticos e legais da Resolução 466/2012. O projeto foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob o protocolo 13395613.7.0000.5531.

CASO CLÍNICO

Paciente, sexo feminino, 60 anos, com história de trauma em membro superior direito que evoluiu após 03 dias com dor local, edema, bolhas e febre. Atendida no dia 19 de Maio de 2012, em um hospital no interior da Bahia, sendo iniciado o tratamento com Cefalotina e Oxacilina. Devido a piora clínica foi transferida após seis dias para um hospital público de Salvador- BA. Admitida apresentando edema importante no membro afetado com eritema e calor local, associado à flictemas rotos, não rotos e área sugestiva de necrose úmida em porção interna do braço direito, sendo diagnosticada Infecção Necrotizante de Partes Moles. Modificado tratamento sistêmico para Vancomicina e Cefepime, associado ao uso de analgésicos e curativos diários da lesão com Óleo de ácidos graxos essenciais (AGE) e gaze não aderente. Nesse momento apresentava exames laboratoriais estáveis, leucograma: 10.100/mm³, glicemia 176mg/dL, PCR de 294 mg/dL, uréia 39,1 mg/dL e creatinina 0,9 mg/dL. Mantendo picos febris.

Ao exame físico foi observada lesão extensa em região anterior e posterior de membro superior direito, bordas indefinidas, presença de flictemas rotos, região de antebraço interna e cotovelo com áreas de necrose úmida (Figura 01). Exsudato amarelado intenso, Odor nível três, conforme escala TELER (acrônimo para Treatment Evaluation by Le Roux Method).



Figura 01 – Evidencia lesão extensa em região anterior e posterior de membro superior direito, bordas indefinidas, flictemas rotos, com áreas de necrose úmida

Após avaliação de enfermeira especialista, foi proposto o tratamento com coberturas tópicas com os seguintes objetivos: 1) Delimitar a área da necrose e realizar o desbridamento autolítico associado ao tratamento da infecção local, sendo as condutas posteriores determinadas pela evolução da lesão e disponibilidade de coberturas.

Dessa forma, foi iniciado uso tópico de hidrogel estéril com alginato em áreas de necrose, associado à cobertura de espuma de poliuretano com prata, corroborando com estudos que mostram que as tecnologias a base de prata trazem benefícios ao tratamento de feridas e que o hidrogel é utilizado devido às suas propriedades absorptivas, de regeneração, biocompatibilidade, dentre outros. (ARAÚJO, 2017) Optou-se pela utilização de creme com função barreira em bordas da ferida para preservação da integridade e regeneração dos tecidos adjacentes. Utilizado gaze e atadura de crepom como cobertura secundária.

A limpeza foi realizada com soro fisiológico à 0,9% em jato, seguida para aplicação do Hidrogel que favorece o desbridamento autolítico de necroses das camadas superficiais da pele e do creme com função de barreira para proteção das bordas e nas áreas cruentas evitando a maceração; por fim utilizou-se a espuma de poliuretano com prata que tem finalidade de controle do exsudato além de tratar infecção e manter de umidade no leito da ferida. Orientou-se troca a cada quatro dias.

À primeira troca de curativo observou-se início de tecido de epitelação na área cruenta da lesão, bordas íntegras, diminuição do odor e do exsudato. Houve ainda, delimitação da área de necrose evidenciada pela demarcação das bordas e escurecimento do tecido (Figura 02). À avaliação o antebraço apresentou com tecido cruento cicatrizado (Figura 03), sendo realizada escarificação do tecido desvitalizado e mantido o uso das coberturas prescritas inicialmente; houve relato de conforto pelo paciente desde o início deste tratamento.



Figura 02 – Evolução do quadro de FN



Figura 03 – Evolução do quadro de FN

Dez dias após início do tratamento, pode-se observar significativa melhora da lesão, evidenciada por bordas cicatrizadas e visível área necrótica delimitada (Figura 04). Contudo, a manutenção do tratamento foi garantida pela escarificação e pelo descolamento das bordas da necrose, bem como, foram mantidas as orientações quanto ao tratamento tópico.

O tratamento com o Hidrogel com Alginato, Creme com Função Barreira e Espuma de Poliuretano com Prata foi mantido durante toda a etapa em que o objetivo do era o desbridamento área de necrose e controle da infecção. Este processo foi favorecido pelo uso da cobertura de espuma de poliuretano com liberação sustentada de prata. Foi realizado o desbridamento instrumental não invasivo em cada troca do curativo, nesta fase do tratamento a lesão apresentava bordas cicatrizadas, sem maceração e necrose liquefeita de fácil remoção. Neste período, houve avaliação da cirurgia plástica que postergou o desbridamento cirúrgico devido evolução satisfatória do tratamento empregado. (Figura 05)



Figura 04 - Bordas cicatrizadas e visível área necrótica delimitada



Figura 05 - Bordas cicatrizadas, sem maceração e necrose liquefeita de fácil remoção

Após 35 dias de internação com a conclusão da antibioticoterapia, a paciente apresentou melhora clínica e lesão com redução da área de necrose, sem sinais de infecção, contração e epitelização das bordas e integridade do tecido adjacente. Dessa forma a paciente recebe alta hospitalar retornando à sua cidade do interior do estado, sendo mantido uso de hidrogel com troca diária, devido inviabilidade de acompanhamento

ambulatorial frequente. A família foi orientada quanto à realização do curativo em domicílio, sendo avaliada mensalmente em Salvador pela enfermeira especialista.

Com a evolução de tecido de granulação saudável foi orientado a utilização no domicílio de óleo a base de ácidos graxos essenciais e gaze não aderente com troca diária. O cirurgião plástico sugeriu enxertia de pele para fechamento da lesão evitando que a cicatrização natural provocasse retração de tecidos moles e consequentemente a limitação dos movimentos da articulação do membro (Figura 06).

Após quatro meses e 20 dias de tratamento tópico com coberturas especiais foi realizado enxertia da lesão sem intercorrências (Figura 07).



FIGURA 06 - Tecido de granulação saudável



FIGURA 07 - Após realização da enxertia

DISCUSSÃO

A terapia tópica de feridas é norteadá pelos seguintes princípios: remover tecidos necróticos e corpos estranhos do leito da ferida, identificar e eliminar processos infecciosos, obliterar espaços mortos, absorver o excesso de exsudato, manter o leito da ferida úmido, promover isolamento térmico e proteger a ferida de traumas e invasão bacteriana. A limpeza e cobertura caracterizam as etapas da terapia tópicá (BLANES,2004). A escolha das coberturas utilizadas neste caso clínico obedeceu estes princípios, contribuindo para uma cicatrização rápida e sem complicações.

O Hidrogel Amorfo é amplamente aceito como o tratamento de escolha para promover desbridamento autolítico de feridas mantendo a umidade. Esse ambiente ajuda na autólise, ou seja, amolece e hidrata tecidos desvitalizados, facilitando sua remoção. Em feridas livres de tecidos desvitalizados, propicia o meio ideal para a reparação tecidual (BLANES, 2004).

Desta forma, constatou-se que o uso do Hidrogel com Alginato favoreceu o desbridamento autolítico da área de necrose e manteve a função de hidratação quando utilizado no tecido de granulação.

As espumas de poliuretano são curativos compostos por um hidropolímero altamente absorvente. O exsudato absorvido passará a compor a estrutura física deste polímero, expandindo suas paredes. Possui alta capacidade de absorção e a manutenção do meio úmido adequado. Indicado para feridas de qualquer etiologia, crônicas, com médio a alto exsudato. Podem estar associados à componentes ativos, como a prata iônica (PLANSERV, 2010).

No tratamento realizado, a espuma de poliuretano com liberação sustentada de prata contribuiu para a manutenção da umidade do leito da ferida, favorecendo o desbridamento autolítico e a liberação do componente ativo para controle da infecção local, comprovando sua alta capacidade de absorção e retenção do exsudato (MOFFAT, 2001).

O creme com função barreira realizou a manutenção da integridade das bordas da lesão durante todo o tratamento, corroborando com as indicações do fabricante (COLOPLAST S/A) que caracteriza o produto como um creme hidrofóbico composto de água, parafina líquida, petrolato, ciclometicone, glicerina e outros componentes que funcionam como uma barreira ideal para proteger hidratar e também recuperar o PH natural da pele. Possui propriedades efetivas de barreira para proteger a pele íntegra contra efluentes.

Além disso, mostrou-se efetivo no uso na pele peri-lesional com presença de pele macerada, permitindo a rápida regeneração, acelerando a epitelização da área cruenta.

CONCLUSÃO

O uso das coberturas especiais no tratamento tópico da Fasceíte Necrotizante mostrou resultados surpreendentes, pois além de permitir cuidados minimamente invasivos e pouco desconfortáveis, favoreceu rápida evolução de ferida complicada e com prognóstico inicial pouco favorável.

Além disso, a escolha de produtos que não necessitassem de troca diária e que não aderissem no leito da ferida permitiu um melhor conforto da paciente durante a internação hospitalar e otimização do tempo da equipe de enfermagem.

A efetividade do tratamento evitou procedimento cirúrgico invasivo para remoção da necrose e permitiu cicatrização sem complicações.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G.A. **Eficácia do curativo de hidrogel com nanopartículas de prata na cicatrização de feridas crônicas: estudo clínico randomizado**. 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Uberlândia. 2017.

BLANES, L. **Tratamento de feridas**. Baptista-Silva JCC, editor. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.bapbaptista.com>> Acesso em: 18 de Dezembro de 2017.

FERREIRA, G.M.; et al. Fasceíte necrotizante em região maxilofacial: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco Maxilo-fac. Camaragibe**, v. 9, n. 4, p. 45-48, 2009.

GROBE, S.F.; et al. Fasceíte Necrotizante por *Acinetobacter Baumannii*. **Rev. Med.**, v. 2, n. 4, p. 203-206, 2015.

MOFFAT C J. **Pain as a Predictor of Leg Ulcer Healing**. Ed. Sibbald. Las Vegas, Nevada, Symposium on Advanced Wound Care & Medical Research Forum on Wound Repair. 2001.

PLANSERV. **Normas e Diretrizes para Tratamento de Feridas**. BAHIA, Secretaria da Administração. Protocolo Clínico/Feridas. Salvador, 2010.

SOARES, T.H.; et al. Diagnóstico e tratamento de Fasceíte Necrotizante: relato de dois casos. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 2, p. 136-140, 2008.

SOUZA, C.S. Infecções de tecidos moles: Erisipela. Celulite. Síndromes infecciosas mediadas por toxinas. **Medicina**, Ribeirão preto, v. 36, n. 2/4, p. 351-356, 2003.