



Retalho dermocutâneo abdominal para reconstrução de área cruenta pós-fasceíte necrotizante

Abdominal dermocutaneous flap for reconstruction of a bleeding area in necrotizing fasciitis

ROGER NAYEF FAKHOURI ^{1*}
RICARDO BAROUDI ²

■ RESUMO

Introdução: As sequelas decorrentes da síndrome de Fournier são extensas, de repercussão sistêmica, debilitantes e deformantes, que exigem tratamento geral e local com o uso de antibióticos e sucessivos desbridamentos para delimitar os limites sem necroses resultando áreas cruentas e extensas. **Métodos:** O caso presente envolveu o terço superior da coxa direita. A proposta foi a de utilizar o excedente dermocutâneo, que normalmente é eliminado nas abdominoplastias. A abdominoplastia foi realizada dentro da rotina em que este excedente cutâneo do hipogástrio foi transferido para cobrir a área cruenta em toda a sua extensão no terço superior da coxa. A oclusão foi adequada na área cruenta, com um tecido semelhante em espessura e elasticidade, minimizando a deformidade tanto na área doadora quanto na receptora. **Resultados:** Foi obtida total cobertura da área cruenta num único tempo operatório. **Conclusão:** A utilização dos excessos cutâneos do hipogástrio para recobrir a área cruenta no terço superior da coxa segue como mais uma opção técnica num único tempo operatório em pacientes com excesso cutâneo abdominal.

Descritores: Gangrena de Fournier; Retalhos cirúrgicos; Abdominoplastia; Desbridamento.

■ ABSTRACT

Introduction: The sequelae caused by Fournier's syndrome are extensive, systemic, debilitating, and deforming. They require both general and local treatments with antibiotics and subsequent debridement to delimit non-necrotic margins, which result from extensive bleeding areas. **Methods:** The area affected and described in this study is the upper third of the right thigh. The goal was to use the dermocutaneous excess, usually removed in abdominoplasties. Abdominoplasty was routinely performed, and the cutaneous excess of the hypogastrium was transferred to cover a bleeding area in the upper third of the thigh throughout its extension. In the bleeding region, adequate occlusion was performed, and a tissue with similar thickness and elasticity was used to minimize the deformities that affected both the donor and receiving areas. **Results:** The bleeding area was covered in a single surgery. **Conclusion:** The use of the cutaneous excess of the hypogastrium to cover the bleeding region of the upper third of the thigh is an alternative technique, which can be conducted in a single surgery in patients presenting excess abdominal skin.

Keywords: Fournier's gangrene; Surgical flaps; Abdominoplasty; Debridement.

Instituição: Hospital Regional da Asa Norte,
Brasília, DF, Brasil.

Artigo submetido: 15/10/2016.
Artigo aceito: 28/11/2016.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0099

¹ Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, DF, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A fasceíte necrotizante é uma patologia grave caracterizada pela infecção aguda que acomete os tecidos brandos, principalmente na região perineal e abdominal, geralmente causada por bactérias gram negativas tipo *Echerichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebisiella SP* e *Pseudomonas*, e as gram positivas, tipo *Estafilococcus*, *Streptococcus* e *Clostridium*, além de fungos, podendo ser de grande extensão e com repercussão sistêmica que podem levar a morte.

Jean Alfred Fournier estudou e descreveu pela primeira vez esta afecção em 1883¹. Observou que tinha início nos casos de pouca higiene na região perineal, estando associada a fatores predisponentes como diabetes melitus, alcoolismo, trauma local, obesidade mórbida, uso de imunossupressores e doenças debilitantes.

Tem maior prevalência dos 20 aos 60 anos e pelo sexo masculino. As sequelas deixadas são geralmente extensas, de repercussão sistêmica, debilitantes, que exigem tratamento e cuidados gerais e locais com o uso de antibióticos e sucessivos desbridamentos para a eliminação de áreas de necrose, resultando áreas cruentas extensas²⁻⁹.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino de 38 anos de idade, chegou ao nosso serviço com história de ter apresentado pequeno processo inflamatório na virilha direita, que evoluiu rapidamente para um processo infeccioso. Atendida em outro hospital, foi submetida a desbridamentos sucessivos e cuidados especiais após os quais foi encaminhada para o nosso serviço em bom estado geral, eupneica, hidratada normocorada, afebril com ausculta pulmonar e palpções abdominais normais.

Apresentava extensa área cruenta na região perineal e medialmente na raiz da coxa direita com tecido de granulação em evolução com pouca fibrina, e sem sinais infecciosos remanescentes.

Submetida à abdominoplastia tipo pubiana transversal baixa, a área cruenta foi integralmente ocluída mediante mobilização, rotação e deslizamento de um retalho cutâneo abdominal do hipogástrio com a base na proporção de 3:1 do seu comprimento (Figuras 1 a 3).

DISCUSSÃO

O pós-operatório de três dias de internação transcorreu dentro da rotina sem intercorrências. O acompanhamento ambulatorial semanal por 30 dias e mensal por seis meses. Acreditamos que este retalho cutâneo-abdominal proporciona uma cobertura com menor tempo de internação com espessura semelhante



Figura 1. Aspecto local após limpezas cirúrgicas da região inguino-crural direita e em condições de oclusão. Área cutânea abdominal demarcada como doadora para ocluir a área cruenta, seguindo o tipo de abdominoplastia pubiana transversal baixa, com extensão até as espinhas ilíacas anterossuperiores e dissecação até próximo do esterno.



Figura 2. Final da cirurgia com oclusão da lesão, sutura cutânea e drenos de sucção.



Figura 3. A e B: Vinte dias e quatro meses de pós-operatório.

a superfície da área comprometida e retorno mais rápido as atividades habituais. Sugestão de eventuais retoques futuros foram descartados pela paciente.

CONCLUSÕES

A técnica com a utilização dos excessos de pele abdominal para ocluir área cruenta no terço superior

da coxa tem sua indicação precisa, particularmente nos casos em que se associa à abdominoplastia com o excesso pele do hipogástrio suficiente para ocluir a área cruenta.

COLABORAÇÕES

- RNF** Concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; análise e/ou interpretação dos dados; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- RB** Revisão crítica do seu conteúdo; aprovação final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Fournier AJ. Etude clinique de le gangrène foudroyante de la verge. *Semaine Med.* 1884;4:69.
2. Masquelet AC, Gilbert A. An atlas of flaps in limb reconstruction. London: Martin Dunitz; 1995. p.111-21.
3. Bloch RJ, Gasques JAL, Bozola AR, Cymrot M. Retalho Fasciocutâneo Súpero-Medial da Coxa. In: Bloch RJ, ed. Retalhos fasciais e fasciocutâneos e osteomiofasciocutâneos. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 169-80.
4. Bloch RJ, ed. Retalhos fasciais, fasciocutâneos e osteomiofasciocutâneos. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 1-23.
5. Teixeira Neto N, Giachetto E, Kamamoto F, Ferreira MC. Infecções graves de partes moles: relato de caso de fasciíte necrotizante em face utilizando curativo a vácuo e revisão de literatura. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(2):356-9.
6. Ferreira PC, Reis JC, Amarante JM, Silva AC, Pinho CJ, Oliveira IC, et al. Fournier's gangrene: a review of 43 reconstructive cases. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(1):175-84.
7. Zampieri FMC, Ferreira MC, Batista BPSN, Milcheski DA, Nakamoto HA, Tuma P Jr. Tratamento cirúrgico da ferida complexa traumática perineal: experiência da Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da FMUSP. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(3 Supl 1):78.
8. Thorne HMC, Siebert JW, Grotting CJ, Vasconez LO, Shaw WW, Sauer PF. Reconstructive surgery of the lower extremity. In: McCarthy JG, ed. *Plastic Surgery*. Vol. 6. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990. p. 4029-90.
9. Maguina P, Paulius KL, Kale S, Kalimuthu R. Medial thigh fasciocutaneous flaps for reconstruction of the scrotum following Fournier gangrene. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(1):28e-30e.

***Autor correspondente:**

Roger Nayef Fakhouri
Centro Clínico Via Brasil
Asa Sul, SEP/SUL 710/910 - Lotes C e D - Salas 234/236, Brasília, DF, Brasil
CEP 70390-108
E-mail: rogerplastica@gmail.com