

Retalho fasciocutâneo de região interna de coxa para reconstrução escrotal na síndrome de Fournier

Fasciocutaneous flap of the inner thigh for scrotal reconstruction in Fournier syndrome

VICTOR MAURO¹

Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 16/2/2010
Artigo aceito: 2/5/2010

RESUMO

A síndrome de Fournier é uma doença grave e que deve ser agressivamente tratada com desbridamentos e antibioticoterapia de amplo espectro. Geralmente causa perda de grande área de tecido, podendo espalhar-se para outras áreas além do períneo, como abdome, membros inferiores, dorso, tórax e retroperitônio. A perda da bolsa escrotal é uma situação frequente nessa doença. São relatados dois casos de reconstrução de bolsa escrotal com retalho fasciocutâneo de região interna de coxas, com excelente recuperação, bom resultado estético e poucas complicações.

Descritores: Escroto. Retalhos cirúrgicos. Gangrena de Fournier.

ABSTRACT

Fournier syndrome is a severe disease that should be treated aggressively with debridement and broad-spectrum antibiotics. It usually causes loss of a large area of tissue and may spread to other areas beyond the perineum such as the abdomen, lower limbs, dorsum, chest, and retroperitoneum. The loss of the scrotum is a common condition in this pathology. Two cases of scrotum reconstruction with the fasciocutaneous flap of the inner thighs with excellent recovery, good aesthetic results, and few complications are reported.

Keywords: Scrotum. Surgical flaps. Fournier gangrene.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Fournier, fasciíte grave das regiões perineal e genital, causada por vários germes, pode se alastrar para todas as regiões do corpo. Essa infecção causa necrose tecidual rápida e estado toxêmico significativo, e se não for tratada precoce e agressivamente pode causar a morte do paciente.

Em geral a infecção acontece em pacientes imunodeprimidos, como diabéticos, aids, alcoólatras, idosos, pacientes de baixo índice socioeconômico e desnutridos^{1,2}. O foco inicial da doença geralmente se deve por trauma ou infecção na região perianal ou da via urinária¹.

Muitas vezes, após debelada a infecção e retirados os tecidos desvitalizados, sobram extensas áreas cruentas para

serem cobertas, principalmente no púbis, no períneo e na região genital.

A região escrotal merece cobertura de qualidade, pois é uma glândula importante, produz os espermatozoides e é o órgão representante da masculinidade. Geralmente, a necrose é restrita à bolsa escrotal, sem atingir os testículos e o funículo espermático¹.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Paciente JGS, 53 anos de idade, com diabetes sem tratamento, iniciou com abscesso perianal, sendo prescrita antibioticoterapia oral e realizada punção do abscesso com

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), cirurgião plástico da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil.

agulha. Evoluiu com edema, flictenas e forte dor na bolsa escrotal, associados a febre e sinais prodrômicos.

Foi realizado desbridamento extenso e administrada antibioticoterapia de amplo espectro (cefalotina, gentamicina e metronidazol). Após 12 dias de tratamento, o paciente apresentava ferida extensa e infectada, expondo os testículos e os funículos espermáticos. Foram realizados curativos com sulfadiazina de prata a 1% e o diabetes foi compensado clinicamente. Após 5 dias, foi confeccionado duplo retalho fasciocutâneo da região interna da coxa bilateral e realizado fechamento do defeito escrotal (Figura 1). O paciente teve alta 2 dias após a cirurgia.

Caso 2

Paciente ABR, 70 anos de idade, diabético há 10 anos e sem tratamento adequado, desenvolveu abscesso perianal que evoluiu com gangrena do períneo, expandindo-se rapidamente para abdome e flancos.

À admissão, apresentava quadro séptico grave, sendo necessária intubação endotraqueal. Foi tratado com desbridamento e antibioticoterapia de amplo espectro (oxacilina, metronidazol e gentamicina), além de controle do diabetes, cuidados intensivos e curativo local com sulfadiazina de prata a 1%. O paciente teve alta da Unidade de Terapia Intensiva após 7 dias. No 25º dia de internamento, foi operado com confecção de duplo

retalho fasciocutâneo de região interna de coxas para cobertura dos testículos e púbis, sutura da fáschia do abdome, enxerto de pele no pênis e aproximação do retalho do abdome para fechamento do defeito (Figura 2). No quarto dia de pós-operatório, o paciente teve alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial, evoluindo apenas com deiscências de partes do retalho, que fecharam rapidamente com tratamento conservador.

Ambos os pacientes receberam alta com uma fistula perianal, sendo encaminhados para acompanhamento e tratamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

A prevenção da síndrome de Fournier é feita pelo controle das doenças de base do paciente e pelo tratamento precoce das infecções e traumas do períneo e do sistema geniturinário^{1,2}.

O tratamento da doença consiste na retirada de tecidos desvitalizados, onde os antibióticos não penetram. A antibioticoterapia deve ser de amplo espectro, pois vários são os germes responsáveis, em escala decrescente de incidência: *Escherichia coli*, *Pseudomonas pyocyanus*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Bacteroides spp.*, *Proteus spp.*, *Clostridium spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, entre outros¹. Garantir cuidados intensivos, com manutenção dos sinais vitais e oxigenação dos tecidos usando respiração mecânica, se necessário, é fundamental nos pacientes com quadro séptico.

Uma vez tratada a infecção, deve-se cuidar da ferida resultante. Dependendo da lesão do escroto e dos tecidos vizinhos, pode-se optar por uma das seguintes modalidades de reconstrução: orquiectomia com fechamento espontâneo, enxertos de pele, sepultamento simples dos testículos, retalhos cutâneos, e retalhos fasciocutâneos e musculocutâneos¹⁻³. A opção do retalho fasciocutâneo da região interna de coxa proporciona um fechamento excelente para perdas extensas da pele escrotal, períneo e púbis, pois é de fácil rotação, raramente apresenta necroses, além de proporcionar excelente resultado estético³.

O retalho fasciocutâneo interno de coxa apresenta rica vascularização, realizada através dos ramos da artéria femoral (podendo interno e circunflexo), tornando o retalho muito seguro, inclusive em diabéticos e vasculopatas³.

A perda de fertilidade é uma intercorrência dessa técnica. A ausência de espermatogênese decorre da dificuldade de manutenção da temperatura dos testículos mais baixa (35°C). No entanto, as outras técnicas também apresentam esse problema, já que nenhuma delas permite a retração e o relaxamento da bolsa escrotal ou mimetiza a função dos vasos especializados da região⁴.

CONCLUSÕES

O retalho fasciocutâneo da região interna de coxa é seguro e apresenta resultado estético muito bom. Aos pacientes que

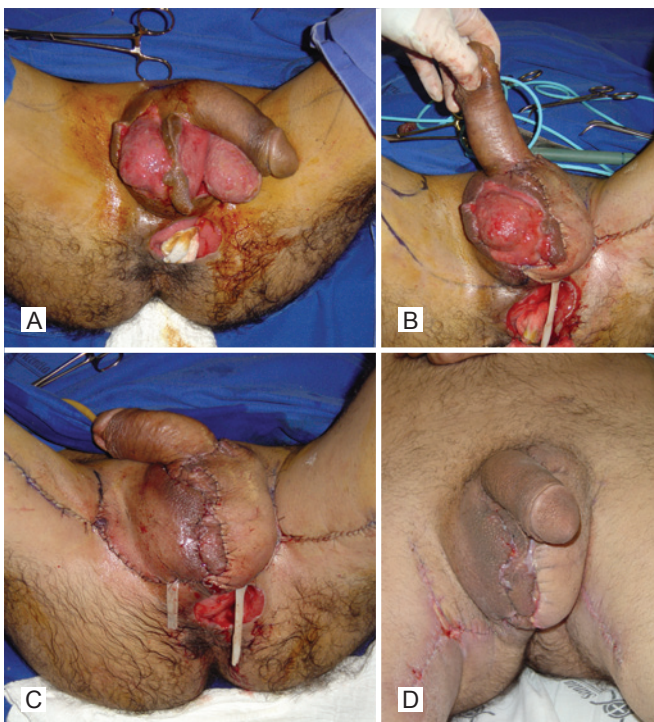


Figura 1 – Em A, pré-operatório de necrose de bolsa escrotal por fasciíte de Fournier. Em B, primeiro retalho confeccionado para cobertura do testículo esquerdo. Em C, aspecto pós-operatório imediato. Em D, aspecto pós-operatório em 15 dias.

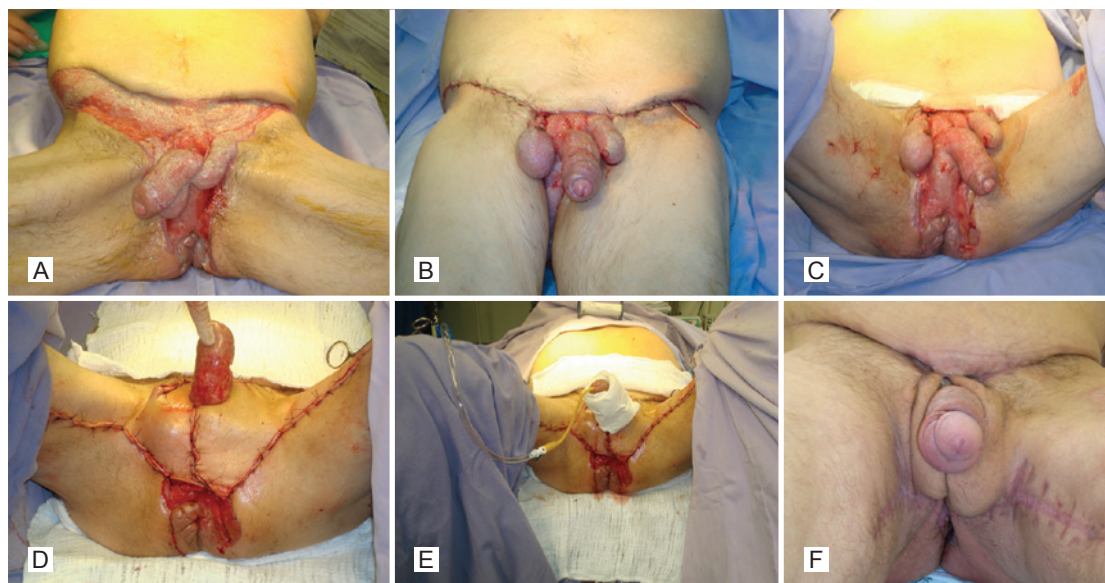


Figura 2 – Em **A**, pré-operatório de lesão de abdome, púbis e bolsa escrotal. Em **B**, paciente logo após sutura da fáscia abdominal e sutura da pele e tecido gorduroso após pequeno descolamento. Em **C**, área cruenta de púbis e bolsa escrotal pronta para ser fechada com duplo retalho fasciocutâneo de região interna de coxa. Em **D**, pós-operatório imediato após confecção do retalho fasciocutâneo de coxas. Em **E**, aspecto após enxerto de pele parcial em pênis. Em **F**, aspecto pós-operatório em 2 meses.

desejam ter filhos recomenda-se planejamento, com coleta e congelamento de espermatozoides para futura fertilização *in vitro*. Essa conduta deve ser realizada dentro dos primeiros três meses de reconstrução da bolsa escrotal.

REFERÊNCIAS

1. Bhatnagar AM, Mohite PN, Suthar M. Fournier's gangrene: a review of 110 cases for aetiology, predisposing conditions, microorganisms, and modalities for coverage of necrosed scrotum with bare testes. *N Z Med J.* 2008;121(1275):46-56.
2. Ferreira PC, Reis JC, Amarante JM, Silva AC, Oliveira IC, da Silva PN. Fournier's gangrene: a review of 43 reconstructive cases. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(1):175-84.
3. Monteiro E, Carvalho P, Costa P, Ferraro A. "Inner thigh lift flap" for Fournier gangrene of the scrotum. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(5):1372-3.
4. Wang D, Zheng H, Deng F. Spermatogenesis after scrotal reconstruction. *Br J Plast Surg.* 2003;56(5):484-8.

Correspondência para:

Victor Mauro
 Rua Carlos Osternack, 111 – 1ª andar – Vila Estrela – Ponta Grossa, PR, Brasil – CEP 84010-120
 E-mail: vicmauro@gmail.com