

Relato de caso e revisão da literatura: duas crianças com fasciíte necrosante de face e pescoço tratadas com curativo a vácuo

ALEXANDRE JIN BOK AUDI CHANG, FABIO KAMAMOTO, NUBERTO TEIXEIRA NETO, ANA CAROLINA MAKINO ANTUNES, JOSÉ PINHATA OTOCH, MARCUS CASTRO FERREIRA

Introdução

A microbiologia classifica o quadro de fasciíte necrosante (FN) em três grupos. O tipo I corresponde à fasciíte necrosante polimicrobiana, uma infecção sinérgica entre dois ou mais agentes diversos, sejam gram positivos, gram negativos ou anaeróbios. É o tipo mais prevalente em adultos, responsável por cerca de 2/3 dos casos, acometendo principalmente pacientes com comorbidades. O tipo II é o quadro geralmente monomicrobiano, frequentemente gram positivo, causado por *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A (*pyogenes*) ou *Staphylococcus aureus*, podendo ocorrer ambos em associação. É o tipo mais comum em crianças e tende a ocorrer em pacientes mais jovens e sem comorbidades. O tipo III é extremamente raro, causado pelo *Vibrio vulnificus*, associado a contato com água do mar e animais marinhos, cuja evolução é a mais agressiva, podendo evoluir para quadro séptico com insuficiência de múltiplos órgãos em menos de 24 horas. A FN é caracterizada por extensa necrose das fáscias, podendo ter acometimento superficial ou profunda do tecido subcutâneo e até atingir a musculatura, com envolvimento secundário ou sem envolvimento da pele. A letalidade ultrapassa 45% em casos com fatores de risco elevados. O trauma, a infecção de partes moles, o diabetes mellitus e cirurgias prévias são considerados fatores predisponentes. Os sinais e sintomas são: aparecimento de eritema, edema e dor localizada, pode haver crepitação à palpação do tecido envolvido, com rápida evolução

para febre alta, toxemia e extrema prostração. Quaisquer que sejam os mecanismos fisiopatológicos e os agentes causais, os primeiros tecidos a sofrer necrose são as fáscias, devido à sua característica hipovascular. A partir deste plano, a infecção progride por contiguidade. As áreas de necrose das camadas superficiais da pele ocorrem devido à trombose de pequenos vasos, que cruzam o tecido fascial envolvido. Na região cervical, a doença é rara. Ela pode estender-se para músculos, vasos, nervos, e ainda acometer as vias aéreas e o mediastino. Shurr, em seu trabalho, enumera, pela revisão da literatura mundial, “nos últimos 45 anos, o relato de 50 casos de fasciíte necrotizante em face”, chamando atenção para a raridade do evento. O fato de acometer face e pescoço dificulta a conduta agressiva, já que olhos, artérias e veias de grosso calibre, nervos da face e pescoço são estruturas limitantes para ressecção ampla, um dos pilares do tratamento da FN. Em alguns casos, foram descritos abscessos pulmonares, pericardite e trombose de grandes vasos cervicais. A disseminação do processo infeccioso por via hematogênica pode originar desde sepse até choque séptico, evento não incomum.

Objetivo

O objetivo deste estudo é relatar o uso do sistema de curativo a vácuo como adjuvante ao tratamento padrão clínico-cirúrgico, em dois casos de FN grave em cabeça e pescoço de crianças, mostrando-se com boa evolução em ambos os casos, sendo alternativa promissora no tratamento

desta doença. Em seguida ao relato de caso, foi feita uma revisão da literatura abordando o tema fasciíte necrosante e seus tratamentos.

Relato dos casos

Este estudo foi realizado por meio de revisão dos prontuários dos dois pacientes atendidos no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, como base de dados para o relato dos casos. A revisão da literatura foi efetuada através da utilização dos descritores “*Necrotizing Fasciitis*”, “*Review*”, “*Debridment*”, “*Early Diagnosis*”, pesquisados no site PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), incluindo os artigos pertinentes ao tema estudado, assim, foram eleitos como base, os mais recentes da literatura.

O paciente 1 recebeu alta em bom estado geral após 37 dias de internação e o paciente 2, também em bom estado geral, após 55 dias de internação.

Conclusão

Concluimos que a FN de face e pescoço é uma doença rara, que exige um tratamento agressivo devido à alta mortalidade se não instituídas medidas precoces. A proposta inovadora do uso do curativo a vácuo nesses pacientes foi um adjuvante benéfico por diminuir o tempo de internação, acelerar a delimitação as áreas de necrose, orientando o desbridamento cirúrgico. Ele pôde ser implementado para as FN de face, pescoço e tórax, antes e após o desbridamento do leito, e também após a enxertia de pele com resultados satisfatórios.