

Andreas Nogueira Sales, Barbara Ferrari, Flora Braga Vaz, Luciane Monica Deboni, Marcos Alexandre Vieira, Rodrigo Paludo de Oliveira, Murilo Pilatti

INTRODUÇÃO

Fasciíte necrotizante é infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial, associada a altos índices de morbimortalidade. É caracterizada por uma necrose extensa dos tecidos moles, com possível formação de gases nos tecidos subcutâneos, seguida por progressão rápida e potencialmente fatal.

OBJETIVO

Descrever um caso de fasciíte necrotizante em paciente transplantado renal.

RELATO DE CASO

M.A.S., 67 anos, masc., 69kg, IRC - rins policísticos, realizou transplante renal com DF em 17/11/2013, TIF 19h, indução com basiliximab (PRA 0%) e imunossupressão inicial com micofenolato de sódio 1440mg/dia, prednisona 60mg/dia e tacrolimo 11mg/dia. Apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar no 20º PO com CR de 1,5mg/dl. Em 30/01/2014, internou com quadro de diarreia aquosa, sem produtos patológicos, mantendo função renal estável, com diagnóstico de doença citomegálica, iniciou tratamento com ganciclovir EV. Em 10/02/2014 iniciou quadro de lesão de pele em MID inicialmente com hiperemia, e calor local, evoluindo com áreas de necrose e lesões bolhosas. Iniciado clindamicina e imipenem. US doppler de vasos sem achados significativos.

Em 1 dia, evoluiu para choque séptico e necessidade de suporte ventilatório. Realizado desbridamento da lesão de MID com AP confirmando fasciíte necrotizante e cultura de fragmento com *Pseudomonas aeruginosa* multiresistente. Neste momento já fazia uso de imipenem, vanco, clinda e polimixina B. Evoluiu com piora das lesões com acometimento de MIE, dorso, genitália, com áreas de necrose extensas. Realizado desarticulação de MID, e pela piora da instabilidade, optado apenas por novo desbridamento de lesões de MIE e dorso. Paciente seguiu em choque séptico refratário a todas as medidas, e óbito em 24/02/14.

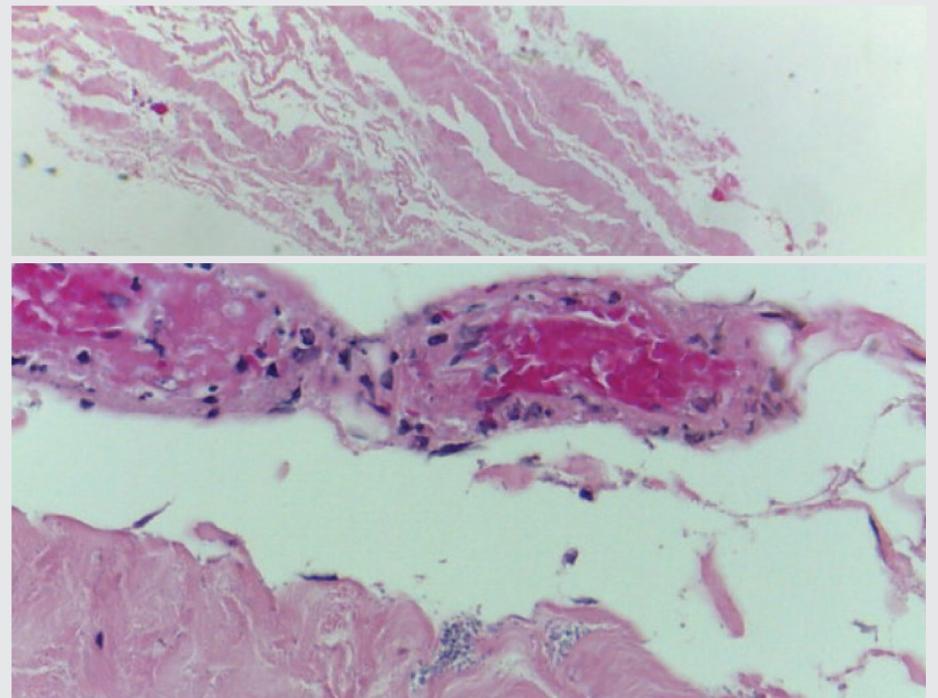


Figura 2: Acima, fáscia muscular com difusa necrose coagulativa. Abaixo, arteríola trombosada com infiltrado neutrofílico (seta), e colônias bacterianas (setas). Fonte: arquivo do CEDAP.



Figura 1: Evolução das lesões. Fonte: arquivo da equipe de transplante.

DISCUSSÃO

Fatores predisponentes para fasciíte são doenças crônicas e malignas, imunossupressão, abuso de álcool, uso de drogas endovenosas, lesões da pele como varicela e úlceras crônicas. Clinicamente destaca-se a dor intensa, o edema grave, lesões bolhosas, a rápida progressão e a resposta pobre à antibioticoterapia. É necessário um alto índice de suspeição para o diagnóstico que é confirmado à intervenção cirúrgica, com a evidência de necrose da fáscia superficial. O tratamento deve ser precoce, feito com antibióticos de amplo espectro, desbridamento cirúrgico agressivo e medidas de suporte clínico e nutricional.