

Síndrome de Fournier: reabilitação da perda tecidual em bolsa escrotal

*Cecília Turetta Pompei*¹, Bruno Barreto Ferreira¹, Ana Paula Freitas Quintão Cardoso¹, Auner Pereira Carneiro¹, Juçara Gonçalves Lima Bedim¹*

¹UNIG-campus V, Medicina;

*[*turretapompei@hotmail.com](mailto:turretapompei@hotmail.com)*

A Síndrome de Fournier (SF) é classificada como uma fascite necrotizante causada por bactérias Gram positivas, Gram negativas ou anaeróbios. Tem início insidioso com o aparecimento de sinais flogísticos e evolução fulminante, acometendo principalmente as regiões perineal, perianal e genital. Sendo uma das causas mais comuns de reconstrução escrotal, o tratamento da gangrena de Fournier inclui, a princípio, o uso de antibióticos de amplo espectro para controle do quadro infeccioso, desbridamento cirúrgico da área necrótica, drenagem de abscessos, uso de câmara hiperbárica e, posteriormente, o estudo de táticas cirúrgicas para reparação da perda tecidual: enxertos cutâneos, retalhos e sutura primária da lesão. Para realização da pesquisa foram empreendidas leituras, produção de fichamentos bibliográficos e documentais, bem como buscas em plataformas especializadas como: Google Acadêmico, Medline e LILACS. A incidência da SF é de 1,6/100.000 pacientes por ano, com predominância do sexo masculino em uma proporção de 1/10 em relação às mulheres. Os fatores de risco são tabagismo, alcoolismo, diabetes mellitus e obesidade. As opções cirúrgicas comumente utilizadas, após controle da infecção e perda tecidual, são enxertos de pele total e parcial, retalhos cutâneos, fasciocutâneos, miocutâneos e retalhos perfurantes. A escolha do método utilizado inclui avaliação da idade, condições gerais do paciente e análise da área doadora disponível. A reabilitação cirúrgica com utilização de enxertos confere menor complexidade, em que o tempo cirúrgico é consideravelmente reduzido. Porém, a recuperação é mais lenta e pode prolongar o período de internação, devido ao risco de contaminação local e exposição à urina. A longo prazo, pode ocorrer retração da região, gerando dor e desconforto. A técnica de retalhos, confere um melhor aspecto estético, além de preservar a função de espermatogênese e termorregulação. As complicações como necrose do retalho e da região doadora, insatisfação estética e retração, são reduzidos em comparação a enxertia. Conclui-se que, ambas as técnicas de enxertia e uso de retalhos são eficazes na reconstrução da bolsa escrotal, portanto, a escolha da técnica deve ser feita levando em consideração alguns aspectos como cicatrização da ferida, estado geral, idade, manutenção da função e recuperação estética.

Palavras-chave: Síndrome de Fournier. Reabilitação de bolsa escrotal. Enxertos e retalhos cutâneos.