Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

Relato de caso: gangrena de Fournier em um adulto de 58 anos

Case report: Fournier's gangrene in a 58-year-old adult

Reporte de caso: gangrena de Fournier en un adulto de 58 años

Nicolas Ricardo Puentes Ninco – Universidad Surcolombiana – nico95puentes@gmail.com
Santiago Cadena Luna – Universidad Surcolombiana – santiagocadena71@gmail.com
Maria Paula Chaux Castiblanco – Universidad Surcolombiana – mpaulacc.18@gmail.com
Maria Jose Solano Vega – Universidad Libre – mjsolanov@outlook.com
Daniel Felipe Ochoa Manchola – Función Universitaria Navarra – dfochoam@outlook.com

Resumo: A gangrena de Fournier é uma fascite necrosante potencialmente fatal, em que o tempo é um fator crítico. Apresenta-se o caso de um paciente do sexo masculino, de 58 anos, com acometimento rapidamente progressivo nas regiões inguinoescrotal, peniana e púbica, submetido a desbridamento cirúrgico de urgência, colostomia profilática e aplicação de sistema de pressão subatmosférica. Após múltiplas lavagens e trocas do sistema VAC, foram realizados retalhos e enxertos cutâneos, com boa recuperação. A detecção precoce, o controle do foco infeccioso, o início da antibioticoterapia e a abordagem multidisciplinar constituem os pilares fundamentais para a recuperação nesta doença. São necessários mais estudos com o objetivo de propor a estratificação de risco para a patologia, bem como protocolos específicos e consensos que permitam uma abordagem mais padronizada.

Palavras-chave: Gangrena de Fournier, fasciíte necrotizante, terapia por pressão subatmosférica, colostomia profilática

Abstract: Fournier's gangrene is a potentially fatal, time-sensitive necrotizing fasciitis. We present the case of a 58-year-old male with rapidly progressive involvement of the inguinal, scrotal, penile, and pubic regions, managed with urgent surgical debridement, a prophylactic colostomy, and the application of a subatmospheric pressure system. Following multiple wound irrigations and VAC dressing changes, the patient underwent reconstruction with skin flaps and grafts, resulting in a successful recovery. Early detection, control of the infectious source, prompt initiation of antibiotic therapy, and a multidisciplinary approach are the fundamental pillars for recovery from this condition. Further studies are needed to develop risk stratification models, specific clinical protocols, and consensus guidelines to facilitate a more standardized approach to management.

Keywords: Fournier's gangrene, necrotizing fasciitis, subatmospheric pressure therapy, prophylactic colostomy

Resumen: La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante potencialmente mortal, en la que el tiempo es un factor crítico. Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años, con afectación rápidamente progresiva de las regiones inguinoescrotal, peneana y púbica, sometido a desbridamiento quirúrgico urgente, colostomía profiláctica y aplicación de un sistema de presión subatmosférica. Tras múltiples lavados y cambios del sistema VAC, se realizaron colgajos e injertos cutáneos, con buena recuperación. La detección precoz, el control del foco infeccioso, el inicio de la antibioticoterapia y el abordaje multidisciplinario constituyen los pilares fundamentales para la recuperación en esta enfermedad. Se necesitan más estudios para proponer una estratificación del riesgo de esta patología, así como protocolos específicos y consensos que permitan un abordaje más estandarizado.

Palabras clave: Gangrena de Fournier, fascitis necrosante, terapia por presión subatmosférica, colostomía profiláctica

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

Introdução

A gangrena de Fournier faz parte das infecções necrosantes de tecidos moles potencialmente fatais, com rápida progressão e acometimento de tecidos profundos e planos fasciais, localizada topograficamente no períneo, nos genitais, nos glúteos e na parede abdominal inferior. A mortalidade tem sido tradicionalmente estimada entre 15% e 40%, embora uma metanálise recente tenha encontrado uma taxa média de mortalidade mais baixa, de 7,3%. A incidência dessa doença é muito baixa, razão pela qual existe conhecimento limitado sobre essa patologia e seu tratamento padrão[1]. Os dados provêm principalmente de séries retrospectivas de casos com amostras pequenas. O diagnóstico é principalmente clínico, com sintomas iniciais que incluem dor perineal ou escrotal, eritema, edema e crepitação. Entretanto, até 40% dos pacientes podem inicialmente não apresentar sinais cutâneos, o que implica risco de atraso no diagnóstico e progressão para uma doença de alta mortalidade[2].

O início imediato de antibióticos de amplo espectro, o manejo agressivo das comorbidades e o desbridamento cirúrgico urgente continuam sendo os pilares do tratamento. A abordagem cirúrgica contemporânea está evoluindo para intervenções mais seletivas, sem desbridamentos extensos[4].

Relato de caso

Trata-se de um paciente do sexo masculino, de 58 anos, proveniente de área rural dispersa, com antecedente de obesidade e IMC de 35 kg/m², intervalo de referência (IR) de 18,5–24,9. Quatro dias antes da admissão, apresentou calafrios e febre, tratada com antipiréticos. No dia seguinte, surgiu pústula na rafe escrotal, com eritema, calor e rubor. Recorreu a uma farmácia, onde recebeu analgésico parenteral; entretanto, a área de celulite se estendeu progressivamente, com aparecimento de drenagem purulenta. Na admissão, apresentava edema testicular importante, eritema e rubor escrotal, área de necrose com saída de material purulento, edema acentuado do pênis e bolhas, com extensão ao glúteo esquerdo, períneo e púbis, além de dor intensa e desproporcional à palpação (ver figuras 1 e 2), associada a febre e taquicardia, sem hipotensão. Diante da hipótese de gangrena de Fournier, ativou-se o código de sepse, solicitaram-se investigação microbiológica e cultura de secreção e iniciou-se cobertura antibiótica com vancomicina e piperacilina-tazobactam, considerando a natureza polimicrobiana da infecção. Houve avaliação urgente pela urologia e transferência imediata ao centro cirúrgico, com os seguintes achados: necrose na rafe escrotal mediana, com renitência estendendo-se por todo o escroto e região inguinal esquerda. A incisão da rafe escrotal mediana liberou material purulento abundante. Realizou-se desbridamento extenso da área genital, envolvendo parcialmente a pele da base do pênis, todo o escroto, com exposição de ambos os testículos, e a pele de ambas as regiões inguinais, com maior extensão à esquerda,

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

incluindo parte do monte do púbis. A ressecção estendeu-se amplamente em direção à rafe perineal, expondo a musculatura do assoalho pélvico, com ressecção da pele perianal até 1 cm da margem anal. A região perineal anterior e o canal inguinal esquerdo foram irrigados com aproximadamente 3000 ml de solução salina. No limite com o períneo posterior, observou-se gangrena no triângulo posterior da fossa isquiorretal, sendo solicitada avaliação intraoperatória da cirurgia geral. Com o paciente desperto, propôs-se a derivação do conteúdo colônico por colostomia profilática, para limitar a contaminação fecal da área cruenta e permitir o tratamento com sistema de pressão subatmosférica. No primeiro tempo cirúrgico, colocaram-se espumas WhiteFoam para proteger os testículos, os elementos do cordão espermático e a base do pênis. Em seguida, foram colocadas duas espumas verdes, uma direcionada à fossa isquiorretal, e películas adesivas. Conectou-se o sistema de sucção e confirmou-se sua vedação adequada, programando-o para pressão negativa de 125 mmHg. Foram obtidas culturas intraoperatórias. No segundo tempo, realizou-se colostomia aberta por incisão de minilaparotomia mediana supra e infraumbilical, com dissecção por planos e identificação do segmento do cólon sigmoide. Por incisão no flanco esquerdo, acessou-se a cavidade peritoneal, exteriorizou-se o segmento do cólon sigmoide, maturou-se a colostomia e realizou-se sua cobertura (ver figura 3). Os exames de admissão demonstraram elevação acentuada da proteína C-reativa (PCR), de 30,19 mg/dl (IR <1); nitrogênio ureico sanguíneo (BUN) de 49 mg/dl (IR 9–20); creatinina de 1,8 mg/dl, compatível com lesão renal aguda KDIGO 2; leucócitos de 20150/µl (IR 3,7–10,1); neutrófilos de 90,4% (IR 39,6–73,3); trombocitopenia, com 125000 plaquetas/µl (IR 150000–450000); hemoglobina glicada de 8,6% (IR <5,7) e glicemia de 227 mg/dl, com diagnóstico inicial de diabetes mellitus tipo II e início de esquema basal-bolus. A gasometria arterial mostrou acidose metabólica leve e compensada, lactato inferior a 2 mmol/l e ausência de alteração da oxigenação. A medicina interna ajustou a terapia antimicrobiana empírica, suspendendo a vancomicina e iniciando linezolida 600 mg IV a cada 12 horas. O paciente foi transferido para a terapia intensiva para manejo integral da sepse grave de pele e tecidos moles. O escore APACHE II na admissão foi de 13 pontos. O painel de sepse foi positivo após 48 horas para Staphylococcus aureus sensível à meticilina. A infectologia descalonou a antibioticoterapia, suspendendo a linezolida e iniciando oxacilina 2 g IV a cada 4 horas. Cinco dias após a admissão, propôs-se troca da terapia por pressão subatmosférica e desbridamento em manejo conjunto da urologia e da cirurgia geral. A urologia realizou prepuciotomia dorsal, ressecção de tecido desvitalizado e isquêmico, ligadura proximal do complexo dorsal do pênis com seda e ressecção de pequena área desvitalizada da túnica vaginal do testículo direito, com coleta de culturas profundas para descartar microrganismos coinfectantes. A cirurgia geral realizou a troca do dispositivo. A eliminação do microrganismo foi adequada, com culturas de controle negativas. O ecocardiograma transtorácico descartou endocardite e evidenciou cardiopatia hipertrófica, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 40%. No 11º dia de internação,

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

consideraram-se a sepse modulada e o foco infeccioso controlado, com transferência para a enfermaria. No 18º dia de internação, realizou-se nova troca do sistema de pressão subatmosférica, com tecido de granulação abundante e melhora considerável das lesões. Após a última troca, a cirurgia plástica avaliou o paciente e realizou retalho V-Y nas regiões glútea esquerda e púbica, além de enxerto de pele de espessura parcial, até a resolução do defeito de cobertura. O manejo multidisciplinar pela nutrição, reabilitação física, psicologia, cirurgia geral, cirurgia plástica e urologia continuou até a alta.

Figura 1 — Achados em decúbito dorsal na admissão



Figura 1. Observa-se área de necrose com drenagem purulenta na região testicular e extensão do eritema às regiões circundantes.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

Figura 2 — Achados em posição ortostática na admissão



Figura 2. Observam-se saída de material purulento, área necrótica na base testicular, edema peniano com bolhas e eritema circundante.

Figura 3 — Pós-operatório imediato



Figura 3. Após o procedimento cirúrgico, o paciente foi transferido para a unidade de terapia intensiva. Observam-se dispositivo de pressão subatmosférica conectado à sucção, colostomia à esquerda e ferida de laparotomia mediana coberta com curativo.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

Discussão

Este caso clínico ilustra a rápida progressão da gangrena de Fournier para sepse com disfunção orgânica, exigindo controle urgente do foco infeccioso e abordagem multidisciplinar desde a identificação precoce pelo médico do atendimento de urgência, a ativação do código de sepse e o início de antibióticos de amplo espectro. Inicialmente, houve intervenção cirúrgica pela urologia; entretanto, identificou-se origem na fossa isquiorretal, com intervenção intraoperatória da cirurgia geral. Portanto, toda a equipe cirúrgica deve ser acionada e estar atenta aos achados operatórios, incluindo as especialidades de coloproctologia, cirurgia plástica, ginecologia e outras, em razão das múltiplas causas da gangrena de Fournier e da possibilidade de desbridamentos extensos, utilização de terapia por pressão subatmosférica e realização de colostomia profilática para controle do foco infeccioso. Essas medidas têm permitido cirurgias com maior preservação de tecidos, menor uso de orquiectomias e ressecções mais seletivas. A monitorização pós-operatória segue as diretrizes de sepse em unidade de terapia intensiva. Utilizou-se o escore APACHE II para estimar a mortalidade na unidade; contudo, também têm sido utilizados escores específicos, entre eles o LRINEC, como índice de gravidade, embora até o momento não tenham sido amplamente validados e utilizados[3,4]. Após o controle da sepse por múltiplas trocas da terapia por pressão subatmosférica, antibioticoterapia orientada por múltiplas culturas e recuperação adequada de tecido saudável, realizaram-se enxertos de pele e retalhos, proporcionando melhor resultado reconstrutivo e estético. Os fatores de risco identificados incluíram obesidade grau II e diabetes mellitus tipo II, semelhantes aos achados mais frequentes de diferentes estudos[2,3]. Neste paciente, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde contribuiu para a admissão tardia, com progressão acentuada da infecção, associada à ausência de prevenção e controle do risco cardiovascular em seu histórico médico.

Conclusão

A gangrena de Fournier deve ser considerada uma fascite necrosante grave e dependente do tempo, que exige ativação do código de sepse, intervenção oportuna e manejo multidisciplinar. As opções incluem terapia por pressão subatmosférica, colostomia profilática, múltiplas lavagens cirúrgicas e antibioticoterapia orientada por múltiplas culturas, até o controle do foco infeccioso na unidade de terapia intensiva. Após a resolução do processo infeccioso, a recuperação é prolongada, com necessidade de retalhos e enxertos para restaurar a cobertura cutânea ao estado basal. O conhecimento sobre escores prognósticos e protocolos institucionais específicos é limitado, dada a baixa incidência da doença, que mantém alta mortalidade. Pesquisas futuras poderão esclarecer a melhor assistência e o prognóstico desse grupo de pacientes.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Financiamento

Os autores declaram não ter fontes de financiamento.

Referências

BOWEN, Daniel et al. Fournier's gangrene: a review of predictive scoring systems and practical guide for patient management. Therapeutic Advances in Infectious Disease, [s. l.], v. 11, p. 20499361241238521, 1 jan. 2024. DOI: https://doi.org/10.1177/20499361241238521.

FLORES-GALVÁN, Karla P.; QUINTERO, Claudia Alejandra Aceves; GUZMÁN-VALDIVIA, Gómez Gilberto. Gangrena de Fournier. Cirujano General, [s. l.], v. 43, n. 2, p. 107-114, 1 jan. 2021. DOI: https://doi.org/10.35366/106721

KOPECHEK, Kyle J.; PATEL, Hiren V.; KOCH, George E. Modern Management of Fournier's Gangrene. Current Urology Reports, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 47, 2 jun. 2025. DOI: https://doi.org/10.1007/s11934-025-01275-3.

MÜSSGENS, Charlotte et al. Defining the Standard of Care in Fournier's Gangrene—An Umbrella Review. European Urology Open Science, [s. l.], v. 83, p. 64-71, 3 dez. 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.euros.2025.11.009.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.