



Fasceíte Necrosante após Mobilização e Infiltração Intra-Articular do Ombro com Betametasona em Doente Diabético

Joana Bento Rodrigues, Fernando Judas, Jorge Pedrosa Rodrigues, João Oliveira, Pedro Simões, Francisco Lucas, António Pais Lopes

INTRODUÇÃO

A fasceíte necrosante (FN) é uma infeção rara mas grave dos tecidos moles, que destrói a fáscia e o tecido adiposo nos planos subcutâneos.

Tem como etiologia injeções ou outras agressões mecânicas em sítio cutâneo ou nas mucosas.^{1,2}

Associa-se a morbidade e mortalidade elevadas, se não for atempadamente diagnosticada e tratada de forma agressiva.¹

Os poucos casos de FN pós-infiltração descritos na literatura culminam amiúde na morte do doente.²

CASO CLÍNICO

Homem, 55 anos, lenhador, com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM 2) não controlada.

Por ombro congelado à direita, procedeu-se à mobilização sob sedação e infiltração gleno-umeral de xilocaína, soro fisiológico e betametasona.

No SU, 18 dias depois, apresenta dor intensa nesse ombro, edema quente do membro superior, subfebril (37,9°C). Analiticamente: sódio 133 mmol/L, glicose 421 mg/dl; proteína C reactiva (PCR) 22,03 mg/dl; leucócitos 19800/μL; hemoglobina 11,2 g/dl; creatinina 0,78 mg/dl. Na tomografia computadorizada (TC), formações com densidade baixa e imagens de densidade gasosa no seu interior (Fig. 1). Com rápido agravamento clínico, foi diagnosticada FN.



Fig. 1 - Imagem de TC do ombro esquerdo com múltiplas imagens de densidade gasosa.

Fez tratamento de suporte, imipenem/cilastatina e foi operado de urgência – abordagens posterior da escápula e delto-peitoral alargada, artrotomia gleno-umeral. Drenadas extensas coleções purulentas, entre os planos musculares e a gordura subcutânea (Figs. 2 e 3), desbridaram-se os tecidos desvitalizados e lavou-se com soro fisiológico e iodopovidona; com artrite gleno-umeral. Nas amostras, *Staphylococcus epidermidis* e processo inflamatório com abscessos a envolverem músculo, com áreas de necrose marcadas.

Sem complicações pós-operatórias, alta 23 dias depois. Aos 6 meses: omalgias ligeiras, parestesias da mão, mobilidades do ombro limitadas (abdução 45°, rotação externa 20°, rotação interna 20°).

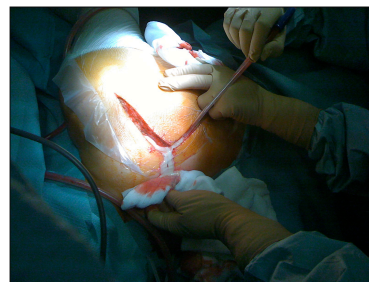


Fig. 2 - Drenagem purulenta abundante aquando da incisão posterior da escápula.

DISCUSSÃO

Uma FN pode levar à perda de um membro, septicemia ou mesmo à morte.²

Apesar da assepsia, a infiltração do ombro direito originou uma FN monomicrobiana, revestindo o caso de maior idiosincrasia.

O diagnóstico diferencial incluiu outras infeções de tecidos moles.³ A TC contribuiu para o diagnóstico precoce, justificando a antibioterapia e cirurgia.

A aplicação da escala de LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis), baseada nos valores analíticos, reforçou o diagnóstico – o doente apresentava uma pontuação de 10, valor altamente preditivo do diagnóstico.³

Fica por esclarecer a relação entre a FN e a artrite séptica, isto é, qual a entidade primária.

O resultado foi satisfatório: não houve excisão alargada de tecidos e a vida nunca esteve em risco.

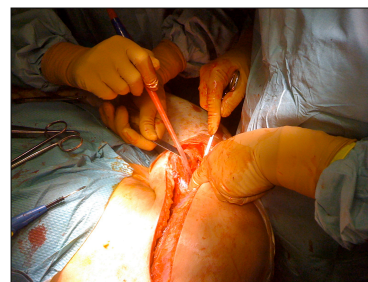


Fig. 3 - Abordagem anterior do ombro.

CONCLUSÕES

As infiltrações podem originar uma FN.

Exige tratamento cirúrgico agressivo, para viabilizar um segmento anatómico e preservar a vida.

Questionar estas intervenções invasivas, particularmente em doentes com risco de infeção, procurando outras modalidades terapêuticas.

REFERÊNCIAS

1. Stevens DL. Chapter 10 - Necrotizing Fasciitis, Gas Gangrene, Myositis and Myonecrosis. Em: *Cohen and Pwderly: Infectious Diseases*. 2.º ed. Elsevier; 2004:145-154.
2. Birkinshaw R, O'Donnell J, Sammy I. Necrotising fasciitis as a complication of steroid injection. *J Accid Emerg Med*. 1997;14:52-54.
3. Wiler JL. Diagnosis: Necrotizing Fasciitis. *EMM*. 2011;11-13.