

Fasceíte Necrotizante Extensa com Fasciotomia e Neuropraxia do Nervo Fibular Direito em Paciente Pediátrico: Relato de Caso e Relevância da Abordagem Multiprofissional

Giovana Boniatti Freitas (gbfreitas@ucs.br)
Gabriela Thomé (gthome1@ucs.br)
Priscila Casara (pcasara2@ucs.br)
Cindranne Torres Muller (ctmuller1@ucs.br)
Paula Cristina Kreutzer (email@email.com.br)
Fernanda Fuhr Flemming dos Reis (ffreis@ucs.br)
Universidade de Caxias do Sul

Geovana Emilia Ovando (geovanaovando@gmail.com)
Hospital Geral de Caxias do Sul

DOI: 10.18226/25253824.v10.n15.06

Submetido em: 31/12/2024 Revisado em: 18/04/2026 Aceito em: 24/04/2026

Resumo: A fasceíte necrotizante (FN) é uma infecção bacteriana grave que afeta os tecidos subcutâneos e a fáscia, levando à necrose extensa e progressiva. A ocorrência de FN em crianças é rara, frequentemente se associa a fatores predisponentes, como lesões de pele em trauma, varicela ou imunossupressão. A doença denota de desafios diagnósticos e terapêuticos devido à menor frequência nesta faixa etária e possui impacto significativo na morbimortalidade, com taxa de mortalidade em até 60 % dos casos. Neste artigo, relatamos o caso de um paciente atendido no serviço de pediatria do Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS). Paciente do sexo masculino, 11 anos, com diagnóstico de fasceíte necrotizante após quadro de amigdalite bacteriana. O relato aborda desde a apresentação inicial, que incluiu sinais inespecíficos com necessidade de exclusão de diagnósticos diferenciais, até o manejo complexo, envolvendo intervenções cirúrgicas extensas, uso de antibioticoterapia de amplo espectro e suporte multidisciplinar. Ao relatar este caso, buscamos contribuir para o aprimoramento do conhecimento médico sobre a fasceíte necrotizante, reforçando a importância do diagnóstico precoce, a atuação multidisciplinar e tratamento imediato para minimizar complicações e melhorar o prognóstico em pacientes pediátricos.

Palavras-Chave: Fasceíte Necrotizante, Fasciotomia, Equipe Multidisciplinar.

Abstract: Necrotizing Fasciitis (NF) is a severe bacterial infection that affects subcutaneous tissues and fascia, leading to extensive and progressive necrosis. The occurrence of NF in children is rare and is often associated with predisposing factors such as skin injuries from trauma, varicella, or immunosuppression. The disease poses diagnostic and therapeutic challenges due to its lower frequency in this age group and has a significant impact on morbidity and mortality, with a mortality rate of up to 60 % of cases. This article reports the case of a male patient, 11 years old, treated at the Pediatric Department of the General Hospital of Caxias do Sul (HGCS), diagnosed with necrotizing fasciitis following bacterial tonsillitis. The case report addresses the initial presentation, which included nonspecific signs requiring differential diagnosis, as well as the complex management involving extensive surgical interventions, broad-spectrum antibiotic therapy, and multidisciplinary support. By presenting this case, we aim to contribute to the enhancement of medical knowledge about necrotizing fasciitis, emphasizing the importance of early diagnosis, multidisciplinary collaboration, and immediate treatment to minimize complications and improve prognosis in pediatric patients.

Keywords: Necrotizing Fasciitis, Fasciotomy, Multidisciplinary Team.

1. Introdução

A fasceíte necrosante (FN) é uma condição infecciosa grave e progressiva que acomete os tecidos subcutâneos e a fáscia, frequentemente associada a alta morbimortalidade devido à rápida evolução e à possibilidade de complicações sistêmicas severas [1-2]. Apesar de ser mais comumente diagnosticada em adultos, sua ocorrência em crianças é rara, o que apresenta desafios significativos tanto no diagnóstico quanto no manejo clínico, especialmente pela apresentação clínica menos específica e a ausência de fatores predisponentes óbvios em muitos casos pediátricos [3]. Essa infecção, quando não reconhecida e tratada prontamente, pode levar a desfechos adversos, incluindo a necessidade de amputações, sequelas funcionais permanentes e até óbito [4]. O presente artigo descreve o caso de um paciente pediátrico de 11 anos atendido no Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS), que evoluiu com fasceíte necrotizante, evidenciando os desafios impostos por essa condição na prática clínica. O caso ilustra a complexidade

do manejo de fasceíte necrosante em pacientes pediátricos, abrangendo desde o reconhecimento inicial de sinais e sintomas sugestivos, como dor desproporcional à aparência da lesão, febre persistente e edema progressivo, até as decisões terapêuticas envolvendo antibioticoterapia empírica, múltiplos procedimentos cirúrgicos para desbridamento de tecidos necrosados e suporte multidisciplinar. O tratamento da FN exige uma abordagem integrada que combina intervenção cirúrgica precoce, uso de antimicrobianos de amplo espectro e cuidados intensivos para estabilização hemodinâmica e prevenção de complicações [5-6]. Além disso, em pacientes pediátricos, o impacto psicossocial não pode ser subestimado, exigindo suporte emocional durante e após a internação, visando evitar as consequências emocionais de um quadro grave e prolongado. Este relato, além de fornecer um panorama detalhado das medidas terapêuticas aplicadas, busca contribuir para a ampliação do conhecimento sobre FN em crianças, destacando a importância do diagnóstico precoce, do manejo clínico interdisciplinar entre equipes médicas da

pediatria, infectologia e cirurgia, e da reabilitação motora e psicológica como pilares fundamentais para a recuperação funcional e o bem-estar geral do paciente.

2. Objetivo

O objetivo deste relato de caso é compartilhar a experiência clínica de um paciente pediátrico diagnosticado com fascíte necrosante, destacando a complexidade do diagnóstico, o tratamento multidisciplinar envolvido e as estratégias terapêuticas adotadas para o manejo de complicações graves associadas a essa condição rara, porém potencialmente fatal. Através do relato detalhado do caso, busca-se fornecer uma compreensão mais profunda sobre a evolução da doença em crianças, enfatizando a importância do reconhecimento precoce dos sinais clínicos e a implementação de intervenções rápidas, como a antibioticoterapia e o desbridamento cirúrgico. Além disso, o relato visa ilustrar a importância do acompanhamento psicológico e do suporte multidisciplinar para garantir a recuperação funcional e emocional do paciente, contribuindo para a melhoria dos desfechos clínicos e a prevenção de sequelas a longo prazo.

3. Materiais e métodos

O caso relatado foi acompanhado pelos autores durante a rotina clínica no Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS); selecionado devido às peculiaridades do caso e diagnóstico incomum em crianças. Os dados foram obtidos por meio de revisão do prontuário médico, entrevistas com o paciente e/ou familiares, e exames complementares realizados durante a investigação diagnóstica e o seguimento clínico. Os responsáveis legais pelo paciente do relato assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do Comitê de Ética do HGCS, autorizando a divulgação de informações de maneira anonimizada.

As informações coletadas a partir dos registros em prontuário hospitalar incluem histórico clínico, exame físico, exames laboratoriais, exames de imagem e tratamentos realizados. Os dados foram analisados de forma descritiva, enfatizando os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos relevantes para a compreensão do caso. As informações foram apresentadas de maneira cronológica para melhor compreensão da evolução clínica.

Associada a descrição do caso, este estudo foi conduzido com base em uma revisão detalhada da literatura médica para contextualizar os achados do caso. A discussão comparativa foi realizada para identificar similaridades e diferenças em relação a casos previamente relatados. Realizada revisão de literatura com busca de referências em diversas bases de dados como Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde, Google Scholar e Scielo.

4. Resultados

4.1 Apresentação do caso

Paciente do sexo masculino, 11 anos, natural da Venezuela, procedente de Caxias do Sul, RS, foi transferido da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ao Hospital Geral de Caxias do Sul para investigação de celulite extensa em membro inferior direito. O quadro teve início sete dias antes, quando apresentou febre e dor de garganta. Foi atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e diagnosticado com amigdalite bacteriana, sendo prescrito amoxicilina a cada 8 h. Após três dias de tratamento, não houve melhora clínica, e o paciente começou a relatar dor e sensação de queimação no membro inferior direito, seguida de aumento da hiperemia, edema e limitação da mobilidade. Retornou à UPA com piora de lesões e episódios febris. Foi diagnosticado com celulite e iniciado tratamento endovenoso com oxacilina (2 g·dia⁻¹). Na admissão hospitalar, o paciente apresentava-se pálido, desidratado moderadamente, taquicárdico e taquipneico. O exame físico revelou uma área extensa de hiperemia no membro inferior direito, estendendo-se do pé até a raiz da coxa, associada a dor intensa, calor, edema endurecido, restrição de movimentos e presença de flictenas na região medial. Foi aberto um protocolo de sepse, com coleta de hemocultura, culturas locais e urocultura, além da solicitação de painel viral e exames de imagem. Iniciou-se antibioticoterapia empírica com vancomicina (60 mg·kg⁻¹·dia⁻¹) e ceftriaxona (100 mg·kg⁻¹·dia⁻¹), conforme orientação da equipe de Infectologia.

4.2 Intervenções e evolução inicial

A ultrassonografia do membro inferior revelou uma coleção purulenta de 0,9 cm de espessura e 20 cm de extensão. Procedeu-se à drenagem cirúrgica e à colocação de dreno de Penrose, com grande saída de secreção purulenta. A hemocultura coletada na admissão confirmou infecção por *Streptococcus pyogenes*, sensível à penicilina, levando ao ajuste do esquema para penicilina cristalina (200.000 UI·kg⁻¹·dia⁻¹).

Em tomografia computadorizada foi identificado uma coleção heterogênea extensa no terço inferior da coxa, medindo 18,9 cm x 4,0 cm x 3,4 cm, com áreas de necrose e liquefação, além de infiltração nos planos miofasciais. Diante de tais achados, foi realizada uma fasciotomia no membro inferior direito, drenando grande quantidade de secreção purulenta e desbridando tecidos necrosados. Após nova avaliação com a equipe de infectologia, o esquema antimicrobiano foi escalonado para vancomicina (500 mg a cada seis horas), metronidazol (500 mg a cada 8 h) e gentamicina (6 mg·kg⁻¹·dia⁻¹ em dose única).

4.3 Intervenções adicionais

Nos dias subsequentes, observou-se redução da secreção e melhora progressiva da lesão. No entanto, a ferida operatória apresentava isquemia nas bordas, edema na perna distal e aumento de temperatura. Apesar de novas culturas não evidenciarem

crecimento bacteriano, a antibioticoterapia foi mantida devido ao quadro clínico. Quatro dias após a primeira cirurgia, foi necessário realizar novo desbridamento de tecidos desvitalizados, incluindo musculatura e tendões das porções proximal, média e distal do membro, com ampliação da fasciotomia para toda a face lateral da perna. Com a ampliação da fasciotomia, a antibioticoterapia de amplo espectro foi mantida, incluindo vancomicina, metronidazol e gentamicina. O paciente apresentou melhora clínica progressiva, com redução do edema e da secreção purulenta. A ferida evoluiu para lesões crostosas em resolução. Entretanto, complicações surgiram, como neuropraxia do nervo fibular direito, atribuída ao processo infeccioso, e persistência de isquemia em bordas da ferida, o que demandou acompanhamento contínuo da cirurgia vascular. Foi realizada cirurgia plástica para fechamento parcial da ferida com aproximação dos planos e colocação de dreno, retirado após quatro dias, sem intercorrências, com boa evolução. Além disso, durante a internação, foi observado um quadro de humor deprimido, motivando o início do tratamento com Fluoxetina (20 mg·dia⁻¹), o que resultou em melhora do estado emocional. O paciente recebeu alta hospitalar em bom estado geral, afebril, sem queixas algícas e com boa aceitação alimentar. A ferida apresentava-se em processo avançado de cicatrização, com lesões crostosas em resolução.

4.4 Alta hospitalar e plano de recuperação

Ao momento da alta, o plano de recuperação incluiu curativos regulares na Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como acompanhamento ambulatorial com as equipes de cirurgia vascular e plástica em 15 dias e retomar a fisioterapia motora após o período de restrição de apoio no membro inferior direito. Com um plano terapêutico bem estruturado, o prognóstico funcional é favorável, com expectativa de recuperação gradual do membro afetado e preservação dos resultados obtidos.

5. Discussão

5.1 Revisão Literária

A fascíte necrosante (FN) é uma infecção bacteriana grave que afeta os tecidos subcutâneos e a fáscia, levando à necrose extensa e progressiva. [1-2] Embora seja mais comum em adultos, sua ocorrência em crianças, rara, frequentemente está associada à fatores predisponentes, como lesões de pele em traumas, varicela, entre outros ou imunossupressão [3-4]; apresenta desafios diagnósticos e terapêuticos devido à menor frequência nesta faixa etária e ao impacto significativo na morbimortalidade, com alta taxa de mortalidade em até cerca de 58 % dos casos [4-5]. O reconhecimento e o tratamento precoces da FN são fatores cruciais que melhoram a sobrevivência e o desfecho positivo dos pacientes [1].

Do ponto de vista microbiológico, esta condição é classificada em três tipos, sendo eles: tipo 1 (polimicrobiana) - causada por bactérias aeróbicas e anaeróbicas, como *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, e *Bacteroides spp.*, - tipo 2

(monomicrobiana - geralmente causada pelo *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolítico do grupo A) ou *Staphylococcus aureus*, incluindo cepas resistentes à meticilina (MRSA) - e o tipo 3 (*Clostridial*) - associada a infecções por *Clostridium perfringens* ou outras espécies produtoras de toxinas. [3,6]. A patogênese da doença envolve a rápida proliferação bacteriana e liberação de toxinas, cursando com inflamação sistêmica severa, trombose, isquemia tecidual e necrose, podendo levar à sepse e óbito. O processo inflamatório necrotizante agudo afeta inicialmente o tecido subcutâneo profundo e a fáscia, com comprometimento secundário dos tecidos mais superficiais e da pele, sendo um desafio diagnóstico pela apresentação tardia das manifestações cutâneas [7].

Seu diagnóstico é majoritariamente clínico devido a sua apresentação característica, com sinais e sintomas como dor desproporcional à aparência da lesão, edema e eritema progressivos, febre alta e sinais sistêmicos de toxemia, formação de bolhas, pele em “casca de laranja” [1,3,8] e, conforme a progressão do quadro, anestesia local devido à necrose nervosa e coloração violácea tardia. A biópsia da fáscia é considerada padrão-ouro para o diagnóstico e deverá ser realizada em todos os pacientes durante o desbridamento [6]; este procedimento ajudará a guiar o tratamento antimicrobiano correto com base na cultura de tecidos debridados, porém o início empírico de antibióticos deve ser iniciado com amplo espectro a partir da suspeita diagnóstica de FN [6]. Além da utilização de antibióticos de amplo espectro [9], o tratamento se resume a reposição volêmica e o desbridamento cirúrgico amplo, com retirada de todo material necrótico [7], assim como assistência multidisciplinar com acompanhamento rigoroso da equipe de enfermagem, com troca de curativos protegendo contra traumas e invasão de novos microrganismos, com limpeza e cobertura adequadas, controle de sinais vitais e sinais flogísticos e equipe de fisioterapia para a reabilitação e recuperação de funcionalidade do membro acometido [10].

Outro importante pilar é o apoio psicológico ao paciente, principalmente no contexto pediátrico devido às sequelas inevitáveis que tal infecção acarreta, buscando sempre um suporte na reabilitação e reintrodução na sociedade após múltiplos dias de internação hospitalar [5,10].

5.2 Discussão Crítica

O caso relatado de fascíte necrosante (FN) em um paciente pediátrico destaca os desafios diagnósticos e terapêuticos de uma condição rara, mas com alta morbimortalidade. A evolução clínica rápida, mesmo após intervenções iniciais, sublinha a agressividade da doença e a necessidade de uma abordagem interdisciplinar para o manejo eficaz. A apresentação inicial inespecífica, com febre e sintomas compatíveis com amigdalite bacteriana, é consistente com a revisão literária que aponta a dificuldade de diagnóstico precoce da FN, devido à sobreposição com condições menos graves em fases iniciais. Este caso ilustra uma apresentação clássica da FN tipo 2, causada pelo *Streptococcus pyogenes*,

confirmada por cultura de tecidos e hemocultura. A literatura reforça que o tipo 2 é frequentemente monomicrobiano, associado a infecções do trato respiratório superior e traumas locais. A rápida progressão da infecção para necrose tecidual e necessidade de fasciotomias extensas também está em conformidade com descrições de complicações graves em crianças, apesar de sua raridade. O papel crucial do diagnóstico precoce é evidenciado tanto no caso quanto na literatura. A dor desproporcional ao exame físico, a formação de flictenas e a progressão para necrose são sinais de alerta para FN que exigem intervenção urgente. No entanto, a confirmação diagnóstica depende de achados de imagem e biópsia tecidual, reforçando a importância de um alto índice de suspeição clínica para não retardar o tratamento.

O manejo inicial com antibioticoterapia empírica de amplo espectro seguiu recomendações da literatura para cobertura de patógenos aeróbicos e anaeróbico. A transição para penicilina cristalina, com base nos resultados microbiológicos, exemplifica a importância de ajustar o regime antimicrobiano conforme as culturas para evitar resistência e otimizar o tratamento. Além disso, o papel central do desbridamento cirúrgico extensivo é destacado tanto no caso quanto na revisão, pois é a única abordagem capaz de controlar a infecção necrosante e prevenir a progressão sistêmica.

O suporte multidisciplinar entre equipes médicas clínicas e cirúrgicas, equipe de enfermagem incluindo cuidados com feridas, a reabilitação fisioterapêutica e suporte psicológico, são os pilares essenciais do tratamento da fascíte necrotizante, alinhado às diretrizes e evidenciado no caso descrito. No caso também relata-se a introdução de fluoxetina para manejo do humor deprimido, o que reflete a abordagem integral do paciente, que é recomendada para minimizar o impacto das sequelas psicológicas e físicas, principalmente no contexto pediátrico, fase em que há o maior desenvolvimento cognitivo, emocional e social.

6. Conclusão

Esse caso relata uma condição grave e de evolução rápida, caracterizada pela necrose dos tecidos moles, podendo levar a complicações sistêmicas severas e até óbito caso não diagnosticada e tratada de forma precoce. O diagnóstico precoce desempenha papel fundamental na identificação da doença em seus estágios iniciais, permitindo a implementação imediata de medidas terapêuticas adequadas, as quais são essenciais para o controle da infecção e a prevenção de danos irreversíveis. Tais medidas incluem o uso apropriado de antibióticos, suporte cirúrgico e cuidados intensivos, e são considerados decisivos não apenas para reduzir o risco de complicações graves, mas também para melhorar substancialmente o prognóstico e a recuperação do paciente. Quando o tratamento é conduzido de maneira eficaz, é possível restabelecer a saúde da criança e permitir o retorno das suas atividades diárias, restaurando a sua qualidade de vida como é visto no caso relatado. Dessa forma, a agilidade no diagnóstico e o tratamento apropriado são imprescindíveis para minimizar os

impactos da doença e garantir uma recuperação plena, prevenindo sequelas a longo prazo.

Embora o desfecho favorável tenha sido alcançado com a resolução da infecção e recuperação progressiva da funcionalidade do membro, o caso chama a atenção para a necessidade de um sistema robusto de vigilância e manejo rápido em regiões com acesso limitado a cuidados médicos especializados. A inclusão de suporte emocional ao paciente pediátrico também deve ser enfatizada como um componente essencial para melhorar a qualidade de vida após alta hospitalar. Ademais, é imperativo que os profissionais de saúde estejam cientes da raridade, mas gravidade, da FN em crianças. Isso reforça a necessidade de educação médica continuada para reduzir atrasos diagnósticos e promover a adoção de protocolos de tratamento eficazes. A disseminação de relatos de casos como este pode ajudar a construir um corpo de conhecimento que favoreça o reconhecimento precoce e o manejo de condições desafiadoras como a FN.

7. Referências

- [1] Costa, I. M. C., Cabral, A. L. S. V., Pontes, S. S., & Amorim, J. F. (2004). Fascíte necrosante: Revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 79(2), 211-224. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962004000200010>
- [2] Cheung, J. P., Fung, B., Tang, W. M., & Ip, W. Y. (2009). A review of necrotising fasciitis in the extremities. *Hong Kong Medical Journal*, 15(1), 44-52. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19197096/>
- [3] Brook, I. (1996). Aerobic and anaerobic microbiology of necrotizing fasciitis in children. *Pediatric Dermatology*, 13(4), 281-284. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.1996.tb01239.x>. PMID: 8844744
- [4] Fustes-Morales, A., Gutierrez-Castrellon, P., Duran-Mckinster, C., Orozco-Covarrubias, L., Tamayo-Sanchez, L., & Ruiz-Maldonado, R. (2002). Necrotizing fasciitis: report of 39 pediatric cases. *Archives of dermatology*, 138(7), 893-899. <https://doi.org/10.1001/archderm.138.7.893>
- [5] Hsieh, T., Samson, L. M., Jabbour, M., & Osmond, M. H. (2000). Necrotizing fasciitis in children in eastern Ontario: a case-control study. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 163(4), 393-396. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10976253/>
- [6] Soares, T. H., et al. (2008). Diagnóstico e tratamento da fascíte necrotizante: Relato de dois casos. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18(2), 136-140. Recuperado de: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/523>



[7] Sousa, L. R. M., Goncalves, S. M. B., Tavares, A. S., et al. (2015). Prevalência de desbridamento cirúrgico de fascíte necrotizante em hospital geral. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 1(1), 49-56. <https://doi.org/10.26694/repis.v1i1.3448>

[8] Schiavetto, R. R., Cancian, L. R. L., Haber, D. M., et al. (2008). Fascíte necrotizante cervical em lactente: Relato de caso. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 12(4), 596-599. Recuperado de: <https://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/580.pdf>

[9] Moss, R. L., et al. (1996). Necrotizing fasciitis in children: Prompt recognition and aggressive therapy improve survival. *Journal of Pediatric Surgery*, 31(8), 1142-1146. [https://doi.org/10.1016/s0022-3468\(96\)90104-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3468(96)90104-9)

[10] Santos, A. A., Silva, F. C. L. da, Souza, K. R. F., et al. (2013). Assistência de enfermagem a puérpera com fascíte necrotizante: Relato de experiência. *Revista de Enfermagem da UFPE Online*, 7(4), 1183-1189. Recuperado de: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7903>