ESTIMA
Brazilian Journal of Enterostomal Therapy

RELATO DE CASO
https://doi.org/10.30886/estima.v23.1699_PT

Fasceíte e piomiosite por *streptococcus pyogenes*: relato de caso

Sofia Louise Santin Barilli[1]*, Paula Buchs Zucatti[2], Fabiana Henriques Maciel[1], Adriana Alves dos Santos[1], Anaelí Brandelli Peruzzo[1], Rafaela dos Santos Charão de Almeida[1]

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com estreptococcemia por *Streptococcus pyogenes* com evolução para fasceíte e piomiosite. **Método:** Relato de caso que ocorreu em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público de grande porte, em agosto de 2023. Estudo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Paciente feminina, 15 anos, admitida na emergência com dor intensa, edema e lesão bolhosa em membro superior esquerdo. Evoluiu rapidamente para choque séptico em decorrência de fasceíte necrosante, com lesão grave de partes moles, sendo confirmada estreptococcemia invasiva por *Streptococcus pyogenes*. Foi transferida para a UTI, coletadas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia de amplo espectro. Seguiu em acompanhamento com cirurgia-geral, plástica, enfermeiros intensivistas e estomaterapeutas. Foram indicados fasciotomia e repetidos desbridamentos mecânicos. Implementaram-se cuidados específicos para a lesão, utilizando hidrofibra de prata, tela de silicone e gel hidroativo. Depois, reinternou para enxertia em MSE e seguiu acompanhamento ambulatorial com estomaterapia e excelente evolução. **Conclusão:** A estreptococcemia invasiva é desafiadora pela rápida progressão e elevada mortalidade, necessitando de tratamento abrangente e urgente. Diagnóstico oportuno, antibioticoterapia adequada, intervenção cirúrgica imediata e suporte multiprofissional intensivo, incluindo cuidado avançado com lesões, foram cruciais para o melhor desfecho.

DESCRITORES: Relatos de caso. Enfermagem de cuidados críticos. Choque séptico. Streptococcus pyogenes. Estomaterapia.

Necrotizing Fasciitis and Pyomyositis Caused by Streptococcus pyogenes: A Case Report

ABSTRACT

Objective: To report the case of a patient with streptococcemia caused by *Streptococcus pyogenes* progressing to necrotizing fasciitis and pyomyositis. **Method:** This case report was conducted in the intensive care unit (ICU) of a large public hospital in August 2023. The study was approved by a Research Ethics Committee. **Results:** A 15-year-old female patient was admitted to the emergency department with severe pain, edema, and a bullous lesion on the left upper limb (LUL). She rapidly progressed to septic shock due to necrotizing fasciitis with extensive soft tissue damage, and invasive streptococcemia caused by *Streptococcus pyogenes* was confirmed. The patient was transferred to the ICU, peripheral blood cultures were collected, and broad-spectrum antibiotic

[1]Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre (RS), Brasil.
[2]Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Centro de Tratamento Intensivo – Porto Alegre (RS), Brasil.
*Autora correspondente: sofiabarilli@gmail.com

Editor de Seção: Manuela de Mendonça F. Coelho
Recebido: Nov. 27, 2024 | Aceito: Abr. 25, 2025
Como citar: Barilli SLS, Zucatti PB, Maciel FH, Santos AA, Peruzzo AB, Almeida RSC. Fasceíte e piomiosite por *streptococcus pyogenes*: relato de caso. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2025;23:e1699. https://doi.org/10.30886/estima.v23.1699_PT

CC BY

therapy was initiated. She was managed by a multidisciplinary team, including general surgery, plastic surgery, intensive care nurses, and wound care specialists. The treatment included fasciotomy and repeated mechanical debridements. Specific wound care strategies were implemented, involving the use of silver hydrofiber dressings, silicone dressings, and hydroactive gel. Subsequently, the patient was electively readmitted for a split-thickness skin graft on the LUL and continued outpatient follow-up with wound care specialists, showing excellent clinical progress. **Conclusion:** Invasive streptococcemia is a challenging condition due to its rapid progression and high mortality, requiring urgent and comprehensive management. Timely diagnosis, appropriate antibiotic therapy, immediate surgical intervention, and intensive multidisciplinary support, including advanced wound care, were crucial to achieving a favorable outcome.

DESCRIPTORS: Case reports. Critical care nursing. Shock, septic. Streptococcus pyogenes. Enterostomal therapy.

Fascitis y piomiositis por *Streptococcus pyogenes*: reporte de caso

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de una paciente con estreptococemia por *Streptococcus pyogenes* con evolución a fascitis y piomiositis. **Método:** Reporte de caso ocurrido en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital público de gran porte, en agosto de 2023. Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** Paciente femenina, de 15 años, admitida en urgencias con dolor intenso, edema y lesión ampollar en el miembro superior izquierdo (MSI). Evolucionó rápidamente a choque séptico debido a fascitis necrotizante, con lesión grave de tejidos blandos, confirmándose estreptococemia invasiva por *Streptococcus pyogenes*. Fue trasladada a la UCI, se realizaron hemocultivos y se inició antibioterapia de amplio espectro. Se realizó seguimiento con cirugía general, cirugía plástica, enfermeros intensivistas y estomaterapeutas. Se indicaron fasciotomía y desbridamientos mecánicos repetidos. Se implementaron cuidados específicos para la lesión, utilizando hidrofibra de plata, malla de silicona y gel hidroactivo. Posteriormente, fue reingresada para injerto en el MSI y continuó con seguimiento ambulatorio en estomaterapia, con excelente evolución. **Conclusión:** La estreptococemia invasiva es un desafío, debido a su rápida progresión y alta mortalidad, requieriendo tratamiento integral y urgente. El diagnóstico oportuno, la antibioticoterapia adecuada, la intervención quirúrgica inmediata y el apoyo multidisciplinario intensivo, incluido el cuidado avanzado de las heridas, fueron cruciales para lograr un desenlace favorable.

DESCRIPTORES: Informes de casos. Enfermería de cuidados críticos. Choque séptico. Streptococcus pyogenes. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

O *Streptococcus pyogenes* (estreptococo do Grupo A) é uma bactéria gram-positiva responsável por diversas infecções humanas, que variam de faringite a formas graves, como septicemia. Tal patógeno causa também infecções de pele e tecidos moles, incluindo impetigo, erisipela, celulite, fasceíte necrosante, miosite e mionecrose. Ademais, é o agente causador da síndrome do choque tóxico estreptocócico[1,2], resposta inflamatória sistêmica em que exotoxinas atuam como superantígenos, ocasionando liberação maciça de citocinas e aumentando a permeabilidade capilar, resultando em choque e falência de múltiplos órgãos[2].

Apesar da considerável redução da incidência de infecções por *Streptococcus pyogenes* durante o século XX, alterações genéticas nas cepas do patógeno e/ou alterações na suscetibilidade do hospedeiro podem resultar em aumentos expressivos nas taxas de doenças específicas[3]. Infecções causadas por *Streptococcus* do Grupo A acometem indivíduos de qualquer faixa etária, mas são mais prevalentes em crianças, pela maior exposição em ambientes como creches e escolas, além da imunidade do hospedeiro. Infecções faríngeas são consideradas críticas em indivíduos em idade escolar[4].

A estreptococcemia causada pelo *Streptococcus pyogenes* é uma condição potencialmente grave, que pode gerar alterações sistêmicas, disseminação do patógeno pelos tecidos e sistema linfático e complicações supurativas locais, dependendo da gravidade da infecção e da suscetibilidade do tecido[5].

Condições dessa magnitude representam desafios para a equipe multiprofissional, como no caso de uma paciente atendida na emergência por dor intensa, edema e lesão bolhosa em membro superior esquerdo (MSE). O curso clínico evoluiu rapidamente para choque séptico, com lesão grave de partes moles, sendo necessária transferência para a unidade de terapia intensiva (UTI).

O propósito de divulgar esse caso é enriquecer o conhecimento dos profissionais de saúde, proporcionando *insights* detalhados sobre diagnóstico e manejo, enquanto simultaneamente sensibiliza os profissionais envolvidos no cuidado de lesões cutâneas acerca da imperatividade do diagnóstico precoce.

OBJETIVOS

Relatar o caso de uma paciente com estreptococcemia por *Streptococcus pyogenes* com evolução para fasceíte e piomiosite.

MÉTODOS

Estudo descritivo, narrativo e reflexivo, do tipo relato de caso, elaborado conforme as diretrizes *Case Report Guidelines* (CARE)[6].

O caso ocorreu em agosto de 2023, em uma UTI adulto, nível de complexidade III[7], de um hospital público de grande porte em Porto Alegre (Rio Grande do Sul). A unidade possui 59 leitos e atende pacientes clínicos e cirúrgicos.

A coleta de dados e imagens foi realizada por meio de prontuário eletrônico. A análise ocorreu de forma reflexiva, considerando os dados clínicos e as evidências da literatura sobre a condição e suas complicações.

O estudo seguiu os preceitos éticos de privacidade, confidencialidade e dignidade humana, conforme a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde[8]. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (Parecer nº 7.174.456). A paciente e seu responsável assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, além de autorização para uso de imagens.

RESULTADOS

Paciente de 15 anos, feminina, previamente asmática, sem alergias ou uso de medicamentos contínuos, admitida na emergência via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em 13 de agosto de 2023, em razão de dor, edema e ausência de pulso em MSE. O quadro iniciou-se com dor no cotovelo três dias antes, sem relato de picada de inseto, e evoluiu com edema, dor progressiva e lesão bolhosa no local.

À admissão, estava orientada, letárgica, taquipneica (26 mrpm), hipotensa (pressão arterial 83/46 (58) mmHg) e taquicárdica (171 bpm). Apresentava lesão bolhosa de cerca de 8 cm em região de epicôndilo medial do MSE, com secreção serossanguinolenta (Figura 1), edema em todo o membro até o punho e petéquias difusas, mais concentradas no epicôndilo lateral.

Os exames iniciais evidenciavam hemograma com desvio à esquerda (35% de bastões), proteína C reativa elevada (209 mg/L), creatinaquinase elevada (1732 U/L), plaquetopenia (82.000/µL), tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial ativado alargados (17,7 segundos, razão normalizada internacional 1,6, e 49 segundos, respectivamente), hiperbilirrubinemia (4,6 mg/dL — bilirrubina total), creatinina discretamente elevada (1,3 mg/dL), D-dímero elevado (16435 ng/mL FEU), hipobicarbonatemia (14,9 mmol/L) e hiperlactatemia (5,5 mmol/L), corroborando a impressão inicial de choque séptico por fasceíte necrosante.

Decorrida menos de uma hora da admissão, foram coletadas hemoculturas periféricas e iniciado piperacilina-tazobactam (4,5 g, 8/8 h) e vancomicina (1000 mg, 12/12 h). Foram realizados eletrocardiograma e tomografia computadorizada de MSE sem contraste e solicitadas consultorias à terapia intensiva e à cirurgia-geral.

Figura 1. Aparência da lesão inicial (face posterior do membro superior esquerdo) no momento da admissão hospitalar. Rio Grande do Sul, Brasil, 2023.

Doze horas depois, a paciente estava em uso de vasopressor (0,06 mcg/kg/min) e foi transferida para a UTI. A mãe complementou a história clínica referindo que a paciente havia apresentado odinofagia cinco dias antes e usado ibuprofeno, tendo hipertermia (39°C) um dia depois.

Na UTI, acrescentou-se clindamicina (900 mg, 8/8 h) à antibioticoterapia vigente, foram solicitadas angiotomografias de tórax e MSE com contraste, além de consultoria para cirurgia vascular, a fim de excluir possíveis complicações vasculares.

Os exames de imagem não confirmaram a principal hipótese diagnóstica (fasceíte necrosante) e descartaram patologias vasculares. Havia importante infiltrado nos tecidos do braço, antebraço e tórax, tecidos musculares heterogêneos e infiltração perifascial, sem coleções, gás, isquemia arterial ou trombose venosa profunda.

Em 15 de agosto, a paciente seguia taquicárdica, necessitando de vasopressor (0,15 mcg/kg/min), com dor importante, parestesia da mão esquerda e pulso não palpável em função do edema. Exames laboratoriais evidenciavam linfopenia profunda (139/μL), formas jovens (bastões 2300/μL) com granulações tóxicas e vacuolização citoplasmática nos neutrófilos, creatinaquinase elevada (1856 U/L) e hiperlactatemia (4,9 mmol/L).

Diante dos achados e de revisão de literatura recente, que indica a possibilidade de fasceíte sem gás em exames de imagem[9], retomou-se o diagnóstico provável de estreptococcemia invasiva por *Streptococcus* do Grupo A com fasceíte, piomiosite e síndrome compartimental associadas. Indicou-se procedimento cirúrgico para o diagnóstico definitivo (plano inicial de exploração, com possibilidade de fasciotomia e desbridamento). No mesmo dia, a paciente foi submetida à fasciotomia pela cirurgia vascular (Figura 2); recebeu seis unidades de plaquetas e duas unidades de plasma fresco congelado.

No pós-operatório imediato, a paciente apresentava extensa lesão exsudativa na face anterior do MSE (51 x 13 cm), comprometendo todo o braço, tecido viável em cerca de 50% do leito da ferida, áreas de necrose próximas da borda superior (15 x 4 cm) e exposição de estruturas (músculos, fáscia, tendões e tecido adiposo). A lesão da face posterior media cerca de 19 x 4 cm, continha tecido viável e era menos exsudativa, porém havia exposição de músculo, fáscia, tendão e tecido adiposo. Foi aplicada gaze parafinada em ambos os leitos, a fim de manter a temperatura e evitar aderência às lesões. A área perilesional estava íntegra.

Figura 2. Face posterior e anterior do membro superior esquerdo; período pós-operatório imediato de fasciotomia. Rio Grande do Sul, Brasil, 2023.

Retornou à UTI em uso de ventilação mecânica invasiva e vasopressor (0,27 mcg/kg/min). Em discussão com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, optou-se por manter clindamicina (900 mg, 8/8 h), ceftriaxona (2000 mg, 12/12 h) e linezolida (600 mg, 12/12 h), esta suspensa em 18 de agosto de 2023. Durante todo o tempo, a lesão foi acompanhada por enfermeiros intensivistas e estomaterapeutas.

Paciente foi extubada no dia subsequente ao da cirurgia. Apresentou melhora hemodinâmica, sendo possível pausar o uso de vasopressor. Em 17 de agosto, as hemoculturas periféricas evidenciaram cocos gram-positivos em cadeia e *Streptococcus pyogenes*, mesma bactéria evidenciada na biópsia de linfonodo/partes moles do MSE.

Em 18 de agosto, pelo aumento do exsudato e vigência de processo infeccioso, optou-se por utilizar antimicrobiano de prata como cobertura primária, o que ocorreu por 13 dias. As trocas do antimicrobiano aconteceram a cada três dias, e da cobertura secundária, uma vez ao turno. Durante esse período, foram realizados desbridamentos mecânicos no bloco cirúrgico, tanto pela cirurgia-geral quanto pela cirurgia plástica, por quatro vezes (21, 23, 25 e 31 de agosto). Na última data, foi realizada a aproximação de bordas (Figura 3). Depois, utilizou-se tela de silicone a fim de manter a temperatura e gerenciar a umidade da lesão. Nessa etapa, por vezes, associou-se gel hidroativo.

Em 12 de setembro, foi realizado enxerto distal. A paciente evoluiu de forma satisfatória clínica e laboratorialmente, as lesões apresentavam bom aspecto, além de ter obtido controle álgico. Houve condições de alta hospitalar em 14 de setembro, com acompanhamento ambulatorial da cirurgia plástica e estomaterapia.

Posteriormente, em 26 de setembro, internou-se eletivamente para enxerto dermoepidérmico em MSE, que ocorreu sem intercorrências. A paciente recebeu alta um dia depois (27), seguindo com vínculo ambulatorial. Durante o acompanhamento no ambulatório de estomaterapia, manteve-se a tela de silicone associada ao gel hidroativo. A lesão apresentava-se com cicatriz hipercorada e hipertrófica. As áreas do enxerto mostravam discreta necrose superficial próxima das margens coaptadas (Figura 4). A área perilesional apresentava edema discreto.

A área doadora apresentou boa evolução, necessitando apenas de hidratação e proteção solar (Figura 5).

Figura 3. Aparência das lesões em faces posterior e anterior do membro superior esquerdo após o tratamento com antimicrobiano de prata, desbridamentos mecânicos e aproximação de bordas. Rio Grande do Sul, Brasil, 2023.

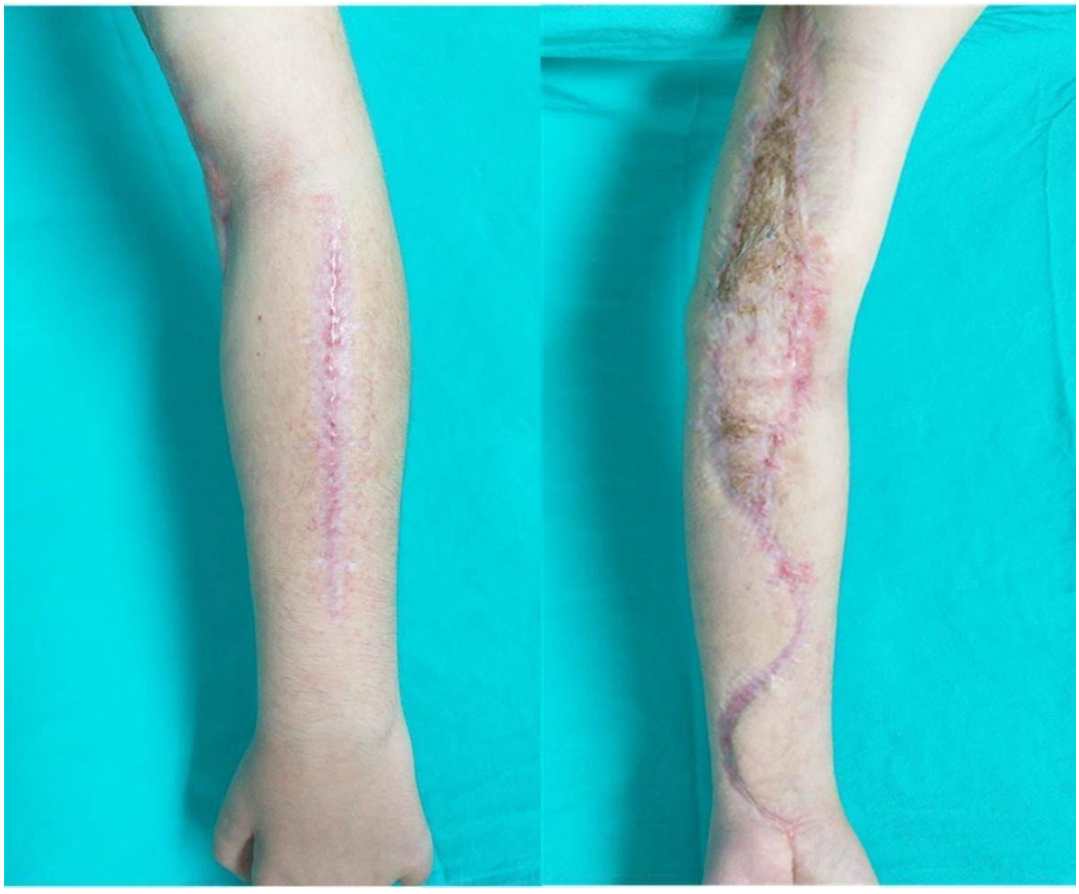

Figura 4. Aparência das lesões em faces posterior e anterior do membro superior esquerdo após enxerto e tratamento ambulatorial. Rio Grande do Sul, Brasil, 2023.

Figura 5. Área doadora de membro inferior direito. Rio Grande do Sul, Brasil, 2023.

DISCUSSÃO

O *Streptococcus pyogenes* é um importante patógeno bacteriano específico para humanos, que causa ampla gama de manifestações, desde infecções localizadas leves até infecções invasivas potencialmente fatais. O tratamento ineficaz pode resultar em sequela pós-infecciosa, febre reumática aguda e glomerulonefrite pós-estreptocócica. Além disso, causa infecções invasivas, como fasceíte necrosante e síndrome do choque tóxico[10]. Infecções graves por *Streptococcus pyogenes* com choque e falência de órgãos têm sido relatadas com maior frequência, especialmente na América do Norte e Europa[11].

A infecção necrosante de tecidos moles (NSTI) é uma condição grave, com mortalidade de até 25% em três meses, caracterizada por destruição tecidual fulminante, e sinais sistêmicos de toxicidade[9,12]. A NSTI resulta na destruição progressiva da fáscia muscular e da gordura subcutânea sobrejacente. Normalmente, estende-se ao longo da fáscia muscular, por seu suprimento sanguíneo relativamente fraco, sendo o tecido muscular frequentemente poupado graças ao seu abundante suprimento sanguíneo[10]. Há grande variedade de NSTIs, incluindo celulite necrosante, fasceíte necrosante tipo I (polimicrobiana) e tipo II (monomicrobiana), como no caso relatado, e miosite.

Independentemente da categoria de infecção, o diagnóstico preciso e o tratamento adequado devem incluir intervenção cirúrgica precoce, antibioticoterapia de amplo espectro e suporte de órgãos como pilares do tratamento[2,9], como no caso relatado. O prognóstico depende dessas medidas realizadas precocemente, pois o curso clínico é abrupto. Porém, apesar de importantes avanços, a morbidade e a mortalidade seguem elevadas, e a qualidade de vida dos sobreviventes é frequentemente comprometida[13].

Dada a gravidade do choque tóxico por estreptococcemia, a maioria dos pacientes requer cuidados intensivos. A rápida deterioração é atribuída à alta virulência do patógeno e à produção de superantígenos, que levam à falência de múltiplos órgãos e ao choque tóxico[14]. No caso relatado, uma vez considerada a suspeita clínica, a paciente foi rapidamente transferida para a UTI, o que se justifica pelo fato de que, embora quase 50% dos pacientes apresentem pressão arterial normal inicialmente, são indicados monitoramento contínuo e ressuscitação, uma vez que pode haver hipotensão nas 4 a 24 horas subsequentes[14].

A infecção estreptocócica, neste caso, teve como porta de entrada a faringe. Outras portas de entrada incluem pele, vagina e outras mucosas, embora em ao menos 45% dos casos, não é possível identificar a origem. A fasceíte necrosante

por *Streptococcus* do Grupo A pode ocorrer após lesão cutânea (decorrente de infecção aguda por varicela, trauma ou outra causa) ou em associação com a transmissão do microrganismo de um indivíduo com faringite aguda. Quando a porta de entrada é incerta, a patogênese pode resultar da translocação hematogênica da bactéria da garganta (com ou sem faringite sintomática) para um local de trauma contuso ou tensão muscular[11].

Os sintomas iniciais da paciente são corroborados pela literatura: dor inexplicável e progressiva, podendo haver eritema local ou difuso, que pode se desenvolver ou escurecer, frequentemente com bolhas, em 24 a 48 horas. Febre, taquicardia, mal-estar e mialgia também podem ocorrer nas primeiras 24 horas, assim como hipotensão inicial ou ao longo do tempo[11]. Os resultados laboratoriais da paciente (contagem de leucócitos normal, porém com neutrófilos imaturos circulantes, plaquetopenia, enzimas hepáticas e creatinina elevadas, provas de coagulação alteradas) são respaldados pela literatura e indicativos de falência de múltiplos órgãos[15].

Com base no resultado das hemoculturas (cocos gram-positivos em cadeia e *Streptococcus pyogenes* sensível à clindamicina), iniciou-se o tratamento com esse antibiótico, o que está alinhado à literatura atual, que recomenda clindamicina em conjunto com penicilina como terapia de primeira linha[16]. No caso relatado, à clindamicina, associou-se piperacilina-tazobactam, antibacteriano betalactâmico de uso sistêmico, da classe das penicilinas[17]. Recentemente, surgiram preocupações quanto ao aumento da resistência bacteriana a esse fármaco. Evidências *in vitro* sugerem que a linezolida, oxazolidinona que também inibe a síntese proteica por meio da subunidade ribossômica 50S, pode reduzir eficazmente a produção de toxinas estreptocócicas, semelhantemente à clindamicina[16].

Concomitantemente ao tratamento antimicrobiano de amplo espectro precoce e à remoção imediata do tecido infectado, conforme a literatura[12], a lesão foi acompanhada por equipe multiprofissional desde a admissão. Lesões agudas, como a do caso relatado, podem evoluir rapidamente. É imperativo que os profissionais de saúde avaliem o paciente e a lesão, considerando tipo, posição, formato, nível e tipo de exsudato, comorbidades, estado nutricional e investigações conhecidas a fim de escolher a estratégia adequada. A seleção da cobertura ideal proporcionará o melhor ambiente para a lesão, paralelamente ao tratamento da etiologia e dos fatores que afetam a cicatrização, possibilitando reduzir o tempo de terapia, minimizar a carga biológica e melhorar a qualidade de vida[18].

Após o desbridamento inicial, diante do exsudato abundante e da vigência de processo infeccioso, optou-se por curativos com hidrofibra de prata, cada vez mais utilizados junto com a antibioticoterapia sistêmica, por proporcionar terapia antimicrobiana adjuvante em feridas clinicamente infectadas ou com risco de infecção[19,20]. Tais coberturas são eficazes contra muitas bactérias, fungos e vírus, podendo ser utilizadas em feridas criticamente colonizadas ou com sinais clínicos de infecção. Proporcionam um ambiente úmido à ferida, evitando a desidratação do leito, e podem absorver até 30 vezes seu peso, ainda assim mantendo sua integridade, possibilitando o uso em lesões com exsudato moderado ou abundante[18]. Na presença desse tipo de secreção, a hidrofibra converte-se em um gel macio, mantendo a umidade na superfície da ferida enquanto absorve o excesso de fluidos e os mantém afastados da pele periferida. Ademais, foi demonstrado que esse gel é capaz de promover o desbridamento autolítico de tecido inviável da ferida e, ao mesmo tempo, capturar bactérias presentes na superfície da lesão[21].

Com a redução do exsudato e melhora da lesão, durante o processo de cicatrização, utilizou-se tela de silicone (camada suave e perfurada, capaz de moldar-se delicadamente à pele, podendo ainda receber facilmente tratamentos tópicos). Por ser transparente, tal material permite avaliar o progresso da cicatrização e realizar a troca da cobertura secundária sem a remoção indevida da camada superficial da ferida. Ademais, a cobertura sela as bordas da lesão para proteger a pele de extravasamentos prejudiciais e maceração, o que resulta em menos dor e cicatrização natural e mais rápida[22,23].

Na fase de cicatrização, por vezes foi utilizado gel hidroativo a fim de manter a umidade e a reidratação do leito da lesão, além de discreto desbridamento autolítico e alívio da dor, podendo ser aplicado em lesões com baixa a moderada quantidade de exsudato[18].

Conforme a literatura, para pacientes que atingem aproximação das bordas da pele espontaneamente após as terapias instituídas, as lesões decorrentes de fasciotomia podem ser fechadas por meio de sutura. Em caso de alterações cutâneas residuais, quando não há condições de fechamento em decorrência da perda de tecido por desbridamento, pode ser necessária enxertia de pele de espessura parcial ou retalhos locais[24]. No caso relatado, a paciente reinternou eletivamente com vistas ao enxerto dermoepidérmico em MSE cerca de 15 dias após a alta hospitalar.

Limitações

Por se tratar de um relato de caso, o estudo apresenta limitações inerentes ao método, como baixa representatividade e impossibilidade de generalização dos resultados.

Recomendações

Embora se trate de um relato de caso, recomenda-se utilizá-lo como forma de capacitação dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional e atuam no cuidado desses pacientes, uma vez que possibilita, por meio do relato, uma compreensão detalhada do quadro clínico e das intervenções necessárias para a obtenção de melhores desfechos.

CONCLUSÃO

A infecção por *Streptococcus pyogenes* em NSTI é um desafio terapêutico grave em razão da rápida progressão e elevada mortalidade, exigindo tratamento urgente e abrangente. O uso de antibióticos, como betalactâmicos e clindamicina, é crucial, mas a resistência crescente à clindamicina indica a necessidade de alternativas como a linezolida. A intervenção cirúrgica imediata, juntamente com o suporte intensivo da equipe multiprofissional, são essenciais, com a enfermagem especializada desempenhando papel fundamental na recuperação, especialmente no cuidado de feridas e na vigilância de complicações. Apesar de um manejo multimodal, estas são frequentes, ressaltando a necessidade de estratégias integradas para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos sobreviventes.

O tratamento das lesões deve ser baseado em entendimento profundo do paciente, da causa subjacente e dos objetivos terapêuticos. Não se trata apenas de aplicar curativos, mas sim de diagnosticar e tratar a causa subjacente, enquanto o curativo ajuda a controlar o ambiente da ferida, não a sua causa.

Agradecimentos: As autoras agradecem à paciente cujo caso foi relatado, por ter trazido a oportunidade de estudo e aprofundamento quanto a um assunto de grande relevância.
Contribuições dos autores: SLSB: administração do projeto, curadoria de dados, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, investigação, metodologia. PBZ: administração do projeto, curadoria de dados, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição, investigação, metodologia. FHM: administração do projeto, curadoria de dados, escrita – revisão e edição, investigação. AAS: escrita – revisão e edição. ABP: escrita – revisão e edição. RSCA: administração do projeto, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição.
Disponibilidade de dados de pesquisa: Todos os dados foram gerados ou analisados no presente estudo.
Financiamento: Não se aplica.
Conflito de interesses: Nada consta.

REFERÊNCIAS

1. Brouwer S, Rivera-Hernandez T, Curren BF, Harbison-Price N, Oliveira DMP, Jespersen MG, et al. Pathogenesis, epidemiology and control of Group A Streptococcus infection. Nat Rev Microbiol. 2023;21(7):431-47. https://doi.org/10.1038/s41579-023-00865-7
2. Stevens DL, Bryant AE. Chapter 23 Streptococcus pyogenes Impetigo, Erysipelas, and Cellulitis [Internet]. In: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, eds. Streptococcus pyogenes: basic biology to clinical manifestations. 2a ed. Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Center; 2022 [citado 15 out 2023]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587091/
3. Avire NJ, Whiley H, Ross K. A review of streptococcus pyogenes: public health risk factors, prevention and control. Pathogens. 2021;10(2):248. https://doi.org/10.3390/pathogens10020248

4. Efstratiou A, Lamagni T. Chapter 19 Epidemiology of Streptococcus pyogenes [Internet]. In: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, eds. Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations. 2a ed. Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Center; 2022 [citado 16 abr 2024]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587100/

5. Bush LM, Vazquez-Pertejo MT. Infecções estreptocócicas. Manual MSD, versão para profissionais de saúde [Internet]. 2023 [citado 16 abr 2024]. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/cocos-gram-positivos/infec%C3%A7%C3%B5es-estreptoc%C3%B3cicas

6. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol. 2017;89:218-35. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026

7. Conselho Federal de Medicina. Processo-consulta CFM nº 21/2019 – Parecer CFM nº 24/2019 (BR). Definições de unidade de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários. Brasília: CFM; 2019 [citado 15 out 2023]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2019/24_2019.pdf

8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012 [citado 15 out 2023]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

9. Stevens DL, Baddour LM. Necrotizing soft tissue infections [Internet]. UpToDate; 2024 [citado em 27 ago 2024]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/necrotizing-soft-tissue-infections?search=fasce%C3%ADte%20necrosante&source=search_result&selectedTitle=1%7E115&usage_type=default&display_rank=1

10. Kanwal S, Vaitla P. Streptococcus pyogenes [Internet]. 2023. In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2024 [citado 16 abr 2024]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554528/

11. Pichichero ME. Complications of streptococcal tonsillopharyngitis [Internet]. UpToDate; 2022 [citado em 27 ago 2024]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/complications-of-streptococcal-tonsillopharyngitis?search=fasce%C3%ADte%20necrosante%20faringite&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H8

12. Fedder AM, Hvas AM, Wang M, Petersen KK, Ebdrup L, Christensen P, et al. Necrotizing fasciitis [Internet]. Ugeskr Laeger; 2022 [citado 16 abr 2024];184(38):V11210825. Disponível em: https://ugeskriftet.dk/videnskab/nekrotiserende-fasciitis-0

13. Madsen MB, Skrede S, Perner A, Arnell P, Nekludov M, Bruun T, et al. Patient's characteristics and outcomes in necrotising soft-tissue infections: results from a Scandinavian, multicentre, prospective cohort study. Intensive Care Med. 2019;45(9):1241-51. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05730-x

14. Nunez Cuello L, Bhattarai D, Shin Y. A critical case of streptococcal toxic shock syndrome: a case report. Cureus. 2024;16(3):e56170. https://doi.org/10.7759/cureus.56170

15. Schmitz M, Roux X, Huttner B, Pugin J. Streptococcal toxic shock syndrome in the intensive care unit. Ann Intensive Care. 2018;8(1):88. https://doi.org/10.1186/s13613-018-0438-y

16. Cortés-Penfield N, Ryder JH. Should linezolid replace clindamycin as the adjunctive antimicrobial of choice in group a streptococcal necrotizing soft tissue infection and toxic shock syndrome? A focused debate. Clin Infect Dis. 2023;76(2):346-50. https://doi.org/10.1093/cid/ciac720

17. Piperacillin-Tazobactam. In: LiverTox: clinical and research information on drug-induced liver injury [Internet]. Bethesda: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2012. [citado em 04 jun 2025]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK548825/

18. Sussman G. An update on wound management. Aust Prescr. 2023;46(2):29-35. https://doi.org/10.18773/austprescr.2023.006

19. Brito ASB, Leite FAS. Curativos de prata no tratamento de feridas exsudativas: uma revisão sistemática. Rev Feridas. 2021;9(46):1682-89. https://doi.org/10.36489/feridas.2021v9i46p1682-1689

20. Rybka M, Mazurek Ł, Konop M. Beneficial effect of wound dressings containing silver and silver nanoparticles in wound healing-from experimental studies to clinical practice. Life (Basel). 2023;13(1):69. https://doi.org/10.3390/life13010069

21. Niu N, Jiang Q, Cheng D, Wang Z. Conservative management of catastrophic antiphospholipid syndrome-related skin necrosis: a case report. Adv Skin Wound Care. 2020;33(12):1-5. https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000721136.35507.aa

22. David F, Wurtz JL, Breton N, Bisch O, Gazeu P, Kerihuel JC, et al. A randomised, controlled, non-inferiority trial comparing the performance of a soft silicone-coated wound contact layer (Mepitel One) with a lipidocolloid wound contact layer (UrgoTul) in the treatment of acute wounds. Int Wound J. 2018;15(1):159-69. https://doi.org/10.1111/iwj.12853

23. Wound Care Today. Product of the month: Mepitel® One [Internet]. 2024 [citado em 27 ago 2024]. Disponível em: https://www.woundcare-today.com/journals/issue/wound-care-today/article/mepitel-one

24. Lee JY, Jung H, Kwon H, Jung SN. Extended negative pressure wound therapy-assisted dermatotraction for the closure of large open fasciotomy wounds in necrotizing fasciitis patients. World J Emerg Surg. 2014;9:29. https://doi.org/10.1186/1749-7922-9-29