

Presentación de un paciente con Gangrena de Fournier

Presentation of a Patient with Fournier Gangrene

Yoandra Benítez González¹, Julio Sagó Méndez², Arnel Pupo Ricardo ³, Maricela Fernández Cuenca ⁴, Ernesto Andrés Infante Pupo ⁵

1. Especialista de Segundo Grado en Coloproctología. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Coloproctología. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
3. Especialista en Urología. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba.
4. Especialista en Anestesia y Reanimación. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
5. Medico Intensivista. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión relativa a la gangrena de Fournier, motivada por la presentación de un caso atendido en el Servicio de Coloproctología del Hospital Provincial General Vladimir Ilic Lenin, de Holguín, en año 2014. Se trató de un adulto de 59 años con diagnóstico de esta enfermedad en la región perianal, que de forma fugaz invadió los genitales externos. Se realizó intervención quirúrgica de urgencia, se trató con antibióticos por vía endovenosa y se practicó desbridamiento quirúrgico con orquiectomía izquierda. Luego de controlada la infección perianal, se trasladó al Servicio de Urología del Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landin de Holguín con una estadía de 43 días, al controlar la infección de los genitales, se realizó una reconstrucción de la región escrotal y se dio alta para seguimiento ambulatorio. La aparición de esta enfermedad no es frecuente, pero sí es potencialmente letal por lo que una vez diagnosticada, los especialistas deben, tratar la enfermedad de la manera más rápida posible.

Palabras clave: gangrena Fournier, fascitis, periné.

ABSTRACT

A review on Fournier's gangrene, motivated by the presentation of a case treated at the Coloproctology Service of "Vladimir I. Lenin General Provincial Hospital," Holguin, in 2014 was done. A male patient of 59 years of age diagnosed with this disease in the perianal region fleetingly was spread the external genitals. Emergency surgery treated with intravenous antibiotics and surgical debridement was performed with left orchiectomy. After the perianal infection was controlled, the patient was referred to the Urology Department of Lucia Iñiguez Landin Surgical Hospital of Holguin with a stay of 43 days, to control the infection of the genitals; a reconstruction of the crotch region was performed. The patient was discharged for follow-up outpatient consultation. The emergence of this disease is rare, but potentially lethal so once diagnosed the specialists must treat the disease as soon as possible.

Keywords: gangrene Fournier, fasciitis, perineum

INTRODUCCIÓN

El término de fascitis necrotizante se introduce por Wilson en 1952, y es su informe uno de los más detallados con respecto a la descripción de la infección y la necrosis facial. Actualmente, la gangrena de Fournier se reconoce como una fascitis necrotizante que compromete el periné masculino y los genitales, e incluye también mujeres, y en el 95 % de los casos puede identificarse su etiología¹. El foco puede localizarse en el tracto genitourinario inferior. Su pronóstico depende del reconocimiento y tratamiento temprano, así como del aislamiento oportuno de los gérmenes causales con vistas a utilizar una terapéutica antimicrobiana apropiada¹⁻³.

En su inicio, se comporta como una celulitis dolorosa, eritematosa, edematosa y caliente. La coloración de la piel varía desde pálida inicialmente, al rojo y púrpura, y al azul grisáceo con gangrena cutánea al quinto día por trombosis de los vasos nutricios^{3, 4}. En otras ocasiones, se presentan ampollas llenas de líquido claro, espeso, de color rosado o purpúreo, dolor fuerte en el área afectada, y las ampollas pueden evolucionar hacia la anestesia por la destrucción de los

nervios, fiebre y escalofríos. Al tacto puede aparecer crepitación gaseosa después de 12 a 24 horas⁵.

El tratamiento se basa en el desbridamiento quirúrgico radical, un tratamiento antibiótico con triple esquema, la estabilización hemodinámica y la nutrición parenteral. El tratamiento quirúrgico debe realizarse mediante un desbridamiento extenso del tejido necrótico, hasta identificar tejido facial intermuscular a través de múltiples incisiones prolongadas hasta donde no se puedan separar la piel y el tejido subcutáneo de la fascia subyacente, límite que coincide con el sitio donde aparece la hemorragia.

La herida debe lavarse con agua oxigenada, povidona y taponarse con gasa yodada impregnada en antibiótico, realizar cura dos o cuatro veces al día, y cada vez que se cure explorar la herida digitalmente para ver si se necesita nuevo desbridamiento, luego se realiza la reconstrucción de la zona⁶.

El objetivo de esta contribución fue ampliar el conocimiento teórico-práctico sobre la gangrena de Fournier, así como mostrar que el diagnóstico presuntivo y la terapéutica empleada fueron adecuadas, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno condujeron a la evolución satisfactoria del paciente.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 59 años de edad, de raza blanca y con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo, refirió que después de esfuerzo físico intenso comenzó con dolor en región perianal izquierda acompañado de un aumento de volumen en hemiescrotos izquierdo, fiebre de 38 °C y dificultad para la deambulación, por lo que decidió acudir al Servicio de Coloproctología del Hospital Provincial General Vladimir I. Lenin, de Holguín, en año 2014.

Examen físico

Testículos y escrotos: aumentado de volumen, duro, doloroso a la movilización con cambios de coloración, aumento de temperatura local y zona fluctuante ([fig. 1](#)).

Región perianal: aumento de volumen hacia el glúteo izquierdo, doloroso, que drenó espontáneamente con tejido necrótico fétido y secreción abundante y purulenta.

Tacto rectal : esfínter normotónico, sin hemorroides, ni tumor. La próstata ligeramente aumentada de volumen.



Fig. 1. Estado del paciente al diagnóstico

Exámenes complementarios

Hb=106 g/L

Leucograma= $23,6 \times 10^9/L$ (polimorfonucleares 93,2 % ; linfocitos. 2,3 %, eosinófilos 4,5 %)

Eritrosedimentación=52 mm/h

Creatinina=92 $\mu\text{mol/L}$

Glucemia=11,1 mmol/L

Tratamiento

Se ingresó y se realizó intervención quirúrgica de urgencia, con colostomía derivativa, se drenó absceso perianal con contenido purulento intensamente fétido, de color amarillo. Se realizó entonces desbridamiento extenso del tejido necrótico de la bolsa escrotal por medio de múltiples incisiones longitudinales, lavado amplio con agua oxigenada y yodo povidona, y se colocó gasa impregnada en nitrofurazona ([fig. 2](#)).



Fig. 2. Desbridamiento perineal y escrotal

Se tomó muestra de la secreción para estudio microbiológico y se indicó tratamiento médico con ceftriaxona, metronidazol y amikacina.

Se realizaron curas diarias y se mantuvo un esquema de triple antibiótico durante 14 días con una evolución favorable. Se diagnosticó un absceso en región inguinal izquierda y se realizó drenaje con orquiectomía izquierda y ligadura del cordón espermático. Se tomaron fotos de la evolución del paciente a los 7 días ([fig. 3](#)) y a los 15 días de operado ([fig. 4](#)) con la región perianal sin sepsis y con granulación, por lo que se decidió seguimiento ambulatorio semanal por el Servicio de Coloproctología y se trasladó al Servicio de Urología.



Fig. 3. Evolución de siete días



Fig. 4. Evolución de 15 días

Una vez controlada la sepsis, se decidió realizar reconstrucción de la región inguinoescrotal, y se dio alta hospitalaria, se mantuvo la derivación intestinal y el seguimiento por el servicio de Coloproctología ([fig. 5](#)).

A los tres meses de operado se realizó restauración del tránsito intestinal.



Fig. 5. Reconstrucción escrotal

Estudio microbiológico de la secreción: *Escherichia coli* sensible a la amikacina, se realizó cura diaria hasta el egreso. El paciente tuvo una estadía hospitalaria de 43 días.

DISCUSIÓN

La gangrena de Fournier es un proceso que produce rápidamente un cuadro tóxico y febril con necrosis escrotal, que se asocia con manipulación previa del periné en pacientes susceptibles, como diabéticos y alcohólicos.

La gangrena de Fournier puede aparecer después de vasectomías, en pacientes con abscesos perineales, tras la colocación traumática de catéteres uretrales o herniorrafias en pacientes afectados por orquiepididimitis con posterioridad a examen anorrectal con toma de biopsia. Se presenta en varones de cualquier edad, incluso en neonatos tras una circuncisión o tras quemaduras con agua caliente. Se describe igualmente en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ⁵.

El caso presentado mostró como factores desencadenantes típicos de este proceso el alcoholismo y el trauma perianal previo².

La parición de la enfermedad posee un espectro clínico característico: cuadro tóxico grave, necrosis escrotal y delimitación de un área eritematosa y crepitante por gas en la zona afectada. En casos concretos, las técnicas de imagenología ayudan al diagnóstico³.

La mortalidad es elevada. Se reporta fallecimiento por infarto de miocardio⁴. Se refiere que la extensión de la lesión, el número de desbridamientos quirúrgicos ni la tardanza del tratamiento quirúrgico a 24 horas del inicio del cuadro presentan diferencias significativas en la evolución final de los pacientes⁴.

El mejor pronóstico se asocia con una edad más joven (menores de 60 años). Se ha informado también el uso de oxígeno hiperbárico en el tratamiento de la gangrena de Fournier³, con una mortalidad del 7 % en el grupo tratado con oxígeno hiperbárico frente al 42 % en los casos en que no se emplea ¹. Sin embargo, otras series no muestran beneficio tras el uso de esta modalidad terapéutica^{5,6}. Algunos especialistas utilizan derivación urinaria e intestinal, en el caso presentado solo se realizó la derivación intestinal, pues la infección tuvo origen anorrectal.

En cualquier caso, lo más importante es el desbridamiento amplio, seguramente en varios tiempos, porque es un proceso que no remite sólo con el uso de antibióticos ^{2, 3}, y se precisa de una media de 2,4-2,6 desbridamientos por paciente⁴.

Existe cierta diferencia en la mortalidad de la gangrena de Fournier según su origen urológico o anorrectal. La diferencia de mortalidad puede atribuirse a que la gangrena de Fournier de origen anorrectal tiene un curso menos doloroso que retrasa su diagnóstico, con mayor grado de mionecrosis⁶.

En la evolución de la gangrena de Fournier, se describen complicaciones como el desarrollo de insuficiencia renal, el síndrome de distrés respiratorio y la tromboembolia pulmonar. En pacientes con tromboembolia pulmonar la mortalidad alcanza el 29,6 %, y esto justifica el uso sistemático de heparina de bajo peso molecular, al menos en los primeros días hasta la deambulacion del paciente. Otras causas relacionadas con la mortalidad son: cetoacidosis diabética, choque y coma³. Existen diferencias en las distintas series en relación con la estancia media hospitalaria de la gangrena de Fournier, desde los 17 días, hasta la más cercana a la estudiada, de 49 días, luego de la reconstrucción escrotal⁶.

Debido a las características microbiológicas del proceso, se precisa de una cobertura antibiótica empírica amplia, que cubra bacilos gramnegativos, cocos grampositivos y anaerobios. Las pautas con dosis inicial de Imipenem en monoterapia o con aminoglucósidos, las cefalosporinas de tercera generación con un anaerobicida, o las más recientes quinolonas con espectro ampliado a anaerobios, pueden ser suficientes. En cualquier caso, se interpreta que, puesto que el área afectada siempre implica una amplia extensión desvitalizada, necrótica y mal vascularizada, son más importantes las curas locales amplias junto a la antibioticoterapia parenteral.

Queda aún por definir la etiopatogenia de la enfermedad, porque en muchas series no se logra encontrar el factor desencadenante de la gangrena de Fournier. Establecer correctamente la acción decisiva quirúrgica (a veces en varios tiempos), el uso racional de antibióticos de amplio espectro, la utilización sistemática o no de oxígeno hiperbárico, el empleo de medidas generales como la prevención de la tromboembolia, el estado nutricional, las curas locales amplias y el control del dolor pueden ayudar a mejorar el pronóstico de esta grave enfermedad, que presenta cifras de mortalidad desde menos del 10% en pacientes jóvenes hasta más del 50 % en pacientes ancianos y con enfermedad subyacente^{3,5-7}. Se recomienda capacitar a los médicos de la atención primaria de salud en la atención de pacientes con estas afecciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garcés SC, Gómez MC, Florez G, Iván D, Muñoz Z, Juan D. Gangrena de Fournier en asociación con el uso de anti-inflamatorios no esteroideos: Reporte de un caso pediátrico. Rev Chilena

Infectol. 2010 [citado 24 sep 2014]; 27(4):341-44. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000500010&lng=es

2. González Sosa G, Díaz Mesa J, Collera Rodríguez SA, González García GA, Romero Rodríguez J, Rivero Ojeda J. Gangrena de Fournier. Rev Cubana Cirug. 2010 [citado 24 sep 2014]; 49(3).

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000300009&lng=e

3. Corrêa Neto Isaac JF, Otávio Nunes S, Alexander Sá R, Souza Rogério FL, Hugo Henriques W, Robles L. Clinical outcomes of Fournier's gangrene from a tertiary hospital. J Coloproctol.

2012 [citado 24 sep 2014]; 32(4):407-10. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632012000400008&lng=en

4. Cancino C, Avendano R, Pobrete Andrade C, Guerra K. Gangrena de Fournier. Cuad Cir. 2010 [citado 24 sep 2014]; 24:28-33. Disponible en:

<http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v24n1/art05.pdf>

5. Fuentes Valdés E, Núñez Roca A, Kapaxi Andrade J, Fernandes da Cunha Y. Gangrena de Fournier. Rev Cubana Cirug. 2013 [citado 24 sep 2014]; 52(2):91-100. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000200002&lng=e

6. Barreiro Guilherme C, Millan Lincoln S, Nakamoto H, Montag E, Tuma P, Marcus Castro F. Reconstruções pelveperineais com uso de retalhos cutâneos baseados em vasos perforantes: experiência clínica com 22 casos. Rev Bras Cirug Plást. 2011 [citado 24 sep 2014]; 26(4):680-4.

Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752011000400025&lng=en

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752011000400025&lng=en

7. Lage Rocha R, Bruno Navarro A, Rodrigo Pimenta S, Bruno Spini H, Ferreira Meilman B.

Dermolipectomia abdominal pós-gastroplastia: avaliação de 100 casos operados pela técnica do "peixinho". Rev Bras Cirug Plást. 2011 [citado 24 sep 2014]; 26(4):675-9. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752011000400024&lng=en

Enviado: 15 de diciembre de 2014

Aprobado: 13 de enero de 2015

Dra. *Yoandra Benítez González*. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
Correo electrónico: ybenitez@hvil.hlg.sld.cu