

Gangrena de Fournier: reporte de un caso

Fournier gangrene: a case report

Carlos Eduardo Muñoz-Medina^{1a}, Karlen Fanny Pérez-Herrera^{1b}, Cesín Luisa^{1b}

Resumen

La gangrena de Fournier es una infección polimicrobiana, severa, rápidamente progresiva y necrotizante de piel y partes blandas con foco anorrectal y genitourinario. Se presenta caso masculino de 34 años, quien acude por presentar fiebre, dolor y aumento de volumen en región pélvica, escrotal y glútea; 6 días previos a su ingreso presentó secreción purulenta fétida recibiendo Imipenem, Vancomicina y Metronidazol, posteriormente es llevado a cirugía donde se realiza necrectomía inguino-escrotal, lavado profundo, y colostomía en asa. El cultivo de la secreción reportó *Staphylococcus aureus* y *Escherichia coli* sensibles al tratamiento, por mejoría sintomatológica se da alta con tratamiento ambulatorio. El advenimiento de nuevas medidas terapéuticas poco invasivas no ha desplazado al tratamiento oportuno radical con desbridamiento quirúrgico, que amerita hospitalizaciones prolongadas con impacto económico a la institución. El objetivo del caso es dar a conocer la terapéutica empleada, así como reforzar los conocimientos teórico-práctico de esta infección poco frecuente y sumamente agresiva.

Palabras Claves:

Fascitis necrotizante, *Staphylococcus aureus*, gangrena de Fournier (Fuente: DeCS-BIREME)

Abstract

Fournier's gangrene is a severe, rapidly progressive and necrotizing polymicrobial infection of the skin and soft tissues with anorectal and genitourinary focus. A 34-year-old male case is present, who presents with fever, pain and increased volume in the pelvic, scrotal and gluteal regions; 6 days prior to admission he presented fetid purulent secretion receiving Imipenem, Vancomycin and Metronidazole. He was subsequently taken to surgery where inguino-scrotal necrectomy, deep lavage, and colostomy were performed. The culture of the secretion reported *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli* sensitive to treatment, due to symptomatic improvement is discharged with outpatient treatment. The advent of new non-invasive therapeutic measures has not displaced timely radical treatment with surgical debridement, which warrants prolonged hospitalizations with an economic impact on the institution. The objective of the case is to make known the therapeutics used, as well as to reinforce the theoretical-practical knowledge of this infrequent and extremely aggressive infection.

Keywords:

Necrotizing fasciitis, *Staphylococcus aureus*, Fournier gangrene (Source: MeSH-NLM)

INTRODUCCION

La Fascitis necrozante o Gangrena de Fournier es una infección generalizada de la piel y partes blandas con destrucción masiva de diversos planos de la fascia, compromiso vascular, y formas de celulitis necrotizantes que condicionan la proliferación microbiana⁽¹⁾. Presenta localización perianal, a menudo de foco genitourinario comprometiéndola región escrotal, sin discriminación de sexo ni edad⁽²⁾.

En el año 1883, Jean Alfred Fournier, venereólogo francés, describió en cinco jóvenes lesiones necróticas de rápida evolución, sin causa

definida, recibiendo en el transcurso del tiempo diversos calificativos como: Gangrena Idiopática, Erisipela Gangrenosa, Gangrena Estreptocócica (1924) y Fascitis Necrotizante (1952).^(3,4)

La destrucción masiva de tejidos es fulminante, afecta con mayor frecuencia los genitales masculinos expresando síntomas sistémicos de toxicidad, la incidencia es de 1 en 7,500 ingresos hospitalarios y 1,6/100.000 al año, aumentando tres veces después de los 50 años⁽⁵⁾ su etiología es desconocida, presenta alta mortalidad y

1. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar-Venezuela.
a. Médico Cirujano.
b. Cirujano General

Citar como: Muñoz-Medina CE, Pérez-Herrera KF, Cesín L. Gangrena de Fournier: a propósito de un caso. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2017; 3 (3): 103-106

diversos factores que predisponen su aparición como la Diabetes Mellitus, traumatismos locales, fístulas perianales e infecciones en cirugías locales.⁽¹⁾

La edad promedio varía de 23 a 75 años con una media de 57, la mortalidad puede alcanzar hasta un 80% dependiendo de un diagnóstico precoz y la atención oportuna y eficaz dada su rápida progresión, los responsables microbianos específicos son controversiales, usualmente es polimicrobiana anaeróbica y aeróbica de acción sinérgica lo que favorece su poder virulento, además dependiendo de la puerta de entrada se aísla el Clostridium y generadores de gas si el foco inicial es anorrectal. Si es urogenital se aísla gramnegativos y staphilococcus⁽⁶⁾

Presenta aparición abrupta y clínica variable, dolor severo, iniciando con rubor, calor y aumento de volumen que progresa en 5 días a necrosis dado el compromiso vascular existente, pueden aparecer además ampollas de contenido variable, anestesia por destrucción de los nervios, fiebre y crepitación al tacto después de las 12 horas de inicio.⁽²⁾

Su diagnóstico es clínico, sin embargo en casos dudosos los estudios de imagen pueden ser beneficiosos, la radiografía de abdomen por ejemplo, pone en evidencia la presencia de gas subcutáneo, a pesar de no ser patognomónico de la enfermedad, puede sugerir la existencia e incluso extensión de la gangrena de Fournier.⁽⁶⁾

Se pueden presentar complicaciones cardiovasculares, respiratorias, renales, metabólicas, hemorrágicas e incluso psicológicas en el postoperatorio de pacientes complicados, con posible deformidad local y repercusión en la actividad sexual⁽⁷⁾.

Este reporte tiene como objetivo dar a conocer la terapéutica empleada así como reforzar los conocimientos teórico-prácticos de esta infección poco frecuente y sumamente agresiva.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 34 años de edad, agricultor, quien acude al servicio de emergencia por presentar fiebre, dolor y aumento de volumen en región pélvica, escrotal y glútea, refiere inicio de enfermedad actual 6 días previos a su ingreso, con presencia de fiebre precedida de escalofríos, cuantificada en 39 oC, episódica, atenuada con antipirético tipo Acetaminofén en 2 oportunidades al día, concomitante aumento de volumen, rubor, calor y dolor local con secreción purulenta fétida, sin antecedentes de importancia.

Permanece hospitalizado recibiendo antibioticoterapia vía endovenosa a base de Imipenem 2 mg cada 12 horas más vancomicina 500 mg cada 6 horas, posteriormente es llevado a mesa operatoria para realizar necrectomía oportuna, con incisión de rafe medio, resección de área necrótica y sección de piel en región inguino-escrotal, dejando expuesto ambos testículos y verificando compromiso de recto (Figura 1), seguidamente se realiza un lavado profundo con peróxido de hidrogeno, Betadine y Ácido Acético, dejando que cierre por segunda intención, posteriormente es llevado nuevamente a mesa operatoria para realización de colostomía en asa evidenciándose liquido en cavidad y aerocolia, permanece en hospitalización cumpliendo antibioticoterapia anexándose vía endovenosa Metronidazol 500 mg cada 8 horas, se realiza cultivo de secreción (Figura 2), encontrando Staphilococcus aureus y Escherichia coli sensibles al tratamiento planteado, debido a la mejoría de sintomatología sin evidencia de complicaciones (Figura 3) se decide su egreso para cumplir tratamiento ambulatorio a base de Sultamicilina 750 mg vía oral.



Figura 1: Necrectomía con incisión de rafe medio, exposición escrotal y verificación de compromiso rectal.



Figura 2: Secreción purulenta postoperatoria

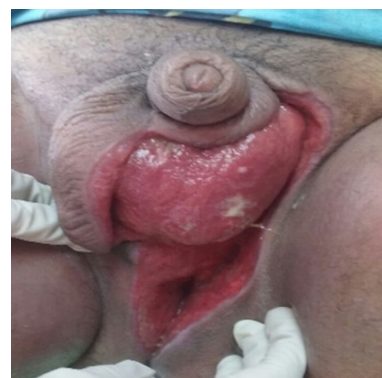


Figura 3: Mejoría clínica postoperatoria.

DISCUSIÓN

La gangrena de Fournier es una infección polimicrobiana, rara y poco frecuente que compromete planos profundos⁽⁶⁾, por lo que es necesario la hospitalización en unidades de cuidado intensivo o intermedio debido a lo complejo de la infección y sombrío pronóstico que pudiera presentarse, por tanto es un desafío para el personal de salud dado que amerita estrictos cuidados y conocimientos pertinentes del tratamiento quirúrgico.⁽⁹⁾

El éxito en el desenlace de la terapéutica de la necrosis depende del tratamiento oportuno radical con desbridamiento quirúrgico mínimo cada 24 horas de ser necesario para así frenar el avance de la necrosis, esto combinado con una antibioticoterapia de amplio espectro dependiendo del microorganismo existente, seguido además de frecuentes lavados de las heridas y en caso de ser necesario la realización de una colostomía o enterostomía, ha demostrado que puede reducir la mortalidad en estos pacientes, Sin embargo lo último es un punto controversial en diversos autores⁽¹⁰⁾.

A pesar de que al paciente no se le realizaron técnicas estéticas adecuadas, dado que la resolución de la continuidad de la piel suele ser muy difícil, Es frecuente el uso de varias técnicas para reconstruir el tejido afectado como injertos de piel de escroto contra lateral a la lesión con resultados satisfactorios, colgajos musculocutáneos y

pediculados miocutáneos, así como afrontar los bordes de la lesión o dejar que cicatrice por segunda intención⁽¹¹⁾.

Esta infección amerita largos días de hospitalización generando un impacto económico a la institución y una morbimortalidad elevada por lo que con el advenimiento de nuevas medidas terapéuticas menos invasivas como la microcirugía y el sistema de cierre por presión negativa, se lograra reducir el daño tisular, los costos y aumentar la sobrevida⁽¹²⁾ por lo que concluimos que todo paciente con patologías genitales y perineales, independientemente del sexo se debe sospechar de la Gangrena de Fournier para combatir la mortalidad que aun esta genera.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan tener conflictos de interés en la presente publicación

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Trejos S, Torrealba M. Gangrena de Fournier. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2013; LXX (606); 351-7.
2. Benítez Y, Sagó J, Pupo A et al. Presentación de un caso con Gangrena de Fournier. Correo Científico Médico de Holguín. 2015; 19(3).
3. Monterosas C, Becerra J, Solís J, et al. Gangrena de Fournier: Nuestra experiencia y revisión de la literatura. Parte I. Boletín del colegio Mexicano de Urología, A.C. 2014; XXIX (3); 102-12.
4. Valdés O, Barbón J. Gangrena de Fournier. Rev Cub Med Int Emerg. 2014; 13(4):459-62.
5. Ramírez F, Bolívar Incidencia, factores de riesgos, mortalidad y protocolo de tratamiento quirúrgico de la gangrena de Fournier, Hospital Luis Vernaza, 2003-2008. Tesis.
6. Medel M. Experiencia en el manejo de la gangrena de Fournier en Hospital General Toluca del P.R. Dr. Nicolás San Juan del 1 de Enero del 2007 al 31 de Diciembre del 2012. Tesis.
7. Hernández E, Pacheco E. Plan de cuidados de enfermería en un paciente con gangrena de Fournier. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Adaptación al Grado. 2012; 4 (2): 32-75.
8. Fuentes E, Nuñez A, Kapaxi J et al. Gangrena de Fournier. Revista Cubana de Cirugía 2013; 52(2)91- 100.
9. Castillo H Felipe, Moraga C Javier, Pérez C Pablo, Álvarez Z Carlos, Iglesias B Andrés. Diagnóstico Y Manejo Precoz De La Gangrena De Fournier. Rev Chil Abril de 2015; 67(2): 181-184 .
10. Barquero M. Las bases la gangrena de Fournier. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2016; LXXIII (619): 343-46.
11. Collado C, Hechavarría T, Lorente S, Pérez V. Plastia escrotal en paciente con fascitis necrotizante de escroto: presentación de un caso. Rev Arch Méd Camagüey. octubre de 2013; 17(5):599-605
12. Ramírez E, Nava A, López E et al. Utilización de Microcirugía con Versajet® sistema VACTM y reconstrucción perineal temprana para el manejo de gangrena de Fournier. Rev Mex Urol 2013; 73(1):37-42

CORRESPONDENCIA:

Karlen F, Pérez Herrera.
Email: krlosmz22421@gmail.com

Revista
**UH CIENCIAS DE
LA SALUD**

Las Ediciones anteriores de la Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud
están disponibles en:

www.redib.org

