

GANGRENA DE FOURNIER A PROPÓSITO DE UN CASO

• **Yadima Calle Aranibar, Benjamín Cruz Tórrez.**
• **Int. Ana Karina Montano Montero • Int. del Hospital Santa Bárbara**
Asesor: • Dra. Martha Padilla Ch.

UMRPSFXCH

RESUMEN:

La Gangrena de Fournier es una Fascitis necrotizante de la región genital perirrectal y/o perineal. Descrita desde tiempos antiguos, pero es acreditada a Jean Alfred Fournier, que en 1883 hizo la descripción en pacientes jóvenes, sin causa aparente, actualmente se sabe que es de origen polimicrobiano (bacterias gramnegativas, cocos gramnegativos y anaerobios) y también las mujeres pueden ser afectadas, considerando además la presencia de factores predisponentes y desencadenantes.

Este caso clínico es la descripción clásica de la clínica de esta patología, presentando este paciente la tetrada de Celso indicando una infección, secundaria a una solución de continuidad con agregación bacteriana, produciendo posteriormente distribución de los gérmenes por las fascias contiguas y extinguiéndose por toda la región favorecido por sus enzimas líticas, en este recorrido produce una endarteritis obliterativa que lleva a una necrosis del tejido en la región.

Se realizó una debridación quirúrgica, antecedido de una antibioticoterapia de amplio espectro y posterior cirugía reconstructiva, con una evolución favorable y sin complicaciones posteriores.

Teniendo el conocimiento adecuado de esta patología nos permitiremos realizar un diagnóstico certero, con un pronóstico favorable, gracias a un tratamiento adecuado y oportuno.

PALABRAS CLAVE: Fascitis, Necrosis, Gangrena, Debridación.

INTRODUCCION:

La Gangrena de Fournier también conocida como Síndrome de Fournier, es una fascitis necrotizante de la región genital, perirrectal y/o periné.(1)

Desde la época de Hipócrates y Celso se describió a la gangrena gaseosa, quedando en el olvido hasta 1745 que fue redescrita por Quesnay.(2)

Esta patología muy poco común a la que también hizo referencia en 1764 Baurienne (Dr. F. Valero Universidad Nacional) y en 1883-1884 Jean Alfred Fournier Venerólogo Francés, describió esta patología como un proceso gangrenoso a nivel de los genitales, que se presentaba en pacientes jóvenes, de evolución rápida y progresiva, sin causa aparente, a la cual denominó "

SUMMARY:

Fournier's Gangrene is a necrotizing fascitis in the genital, peri – rectal and/or perineal region. It has been described since time's past, but it is accredited to Jean Fournier, who in 1883 made the description in young patients without apparent cause, actually it is known that is from polymicrobial origin (gram negative bacteria, gram negative cocci and anaerobes) and women can also be affected, considering also the presence of predisposing and triggering factors.

This clinical case is the classic description of this clinical pathology, with this patient presenting Celso's tetrad indicating an infection, secondary to a solution of continuity with bacterial aggregation, producing posterior distribution of the germs through the contiguous fascia and extending through the whole region favored by its lytic enzymes; in this route they produce an obliterative endarteritis that leads to a necrosis of the tissue in that region.

A surgical debridement was performed, preceded by wide range antibiotic therapy and posterior reconstructive surgery, with a favorable evolution and without future complications.

Having the adequate knowledge for this pathology we enabled ourselves to realize an accurate diagnosis, with a favorable prognosis, thanks to an adequate and opportunistic treatment.

KEY WORDS: Fascitis, Necrosis, Gangrene, Debridement

Gangrena Fulminante del Pene" y que a través del tiempo a recibido distintos denominativos como ser Gangrena Idiopática, Erisipela Gangrenosa, Gangrena Estreptocócica del Escroto; en 1972 Wilson propuso el término de Fascitis Necrotizante al observar el compromiso de las fascias y el tejido celular subcutáneo sin afectación del músculo y actualmente conocida como una Fascitis necrotizante sinérgica de las regiones perirrectal, perineal y/o genital.(2)

Es una infección polimicrobiana de evolución rápida que tienen factores predisponentes como la diabetes, alcoholismo crónico, cáncer, HIV, fármacos inmunosupresores; dentro de los factores desencadenantes tenemos: en el tracto genitourinario, las infecciones y los relacionados con el instrumental; en la región anorectal, los abscesos y la perforación ya sea



traumática o espontánea.(3) En forma general todo aquello que causa una solución de continuidad con influencia microbiana.(3) Entre los gérmenes participantes están: Aerobios gramnegativos (*Escherichia coli*, *Pseudomona aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Providencia stuartii*); Cocos aerobios grampositivos (*Enterococos*, *Estafilococo aureus*, *Estafilococo epidermidis*); Bacterias anaerobias (*Bacteroides fragilis*, *Bacteroides melaninogenicus*, *estreptococos*, *Clostridios*). (1)(3)

En esta patología existe una trombosis de la microcirculación, producida por una endarteritis obliterativa secundaria a la diseminación bacteriana a través de las fascias que lleva a una celulitis, necrosis y posteriormente a una gangrena de la zona.(1)(3) La velocidad de diseminación de la necrosis es de 2-3 cm/hora esta rápida evolución es debida a las enzimas líticas y sinergia de estos microorganismos, dentro del cuadro clínico, hay un compromiso del estado general, fiebre, edema, dolor regional y algunas veces crepitación; mediante los cuales llegaremos al diagnóstico y a un tratamiento correcto siempre de la mano de lo exámenes complementarios (Cultivo, Antibiograma, Ecografía, Resonancia magnética, entre otros).(1)

El tratamiento se realiza en forma rápida, ya que la vida del paciente corre peligro, inicialmente se estabiliza al paciente procediendo inmediatamente a una antibioticoterapia empírica científica,(4) sabiendo que la etiología es polimicrobiana se utilizará los Antibióticos de amplio espectro como cefotaxima, ciprofloxacina, amikacina, piperacilina-tazobactam, metronidazol, gentamicina, esto hasta esperar el antibiograma, Dicho tratamiento debe ser seguido de un pronto manejo quirúrgico consistente en el debridamiento amplio de la piel y tejido celular subcutáneo del área comprometida, a veces es necesario la cistostomía, colostomía, orquiectomía y/o penectomía. También se utiliza oxigenoterapia Hiperbárica.(3)

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 25 años de edad transferido de una provincia al servicio de Urología del hospital " Santa Bárbara" Sucre-Bolivia, por presentar intenso prurito, dolor, tumor y calor local en región genital, tratándose de un proceso inflamatorio con tejido fibroso, pene rodeado de piel con características necróticas. Teniendo el antecedente de haber recibido la picadura de un ácaro (garrapata) en la región genital y al realizar su pronta extracción con maniobras intempestivas parte del ácaro quedó en el cuerpo del pene. Sin antecedentes personales, patológicos ni familiares relevantes.

Al exámen general presentó facies ansiosa, piel normotérmica, sin adenopatías palpable.

En el exámen regional, cabeza cuello tórax y abdomen sin particularidad; en la región genital se observó pene con prepucio de aspecto necrótico y testículos cubiertos por

bolsa fibrosa con colección sero-hemática; región anal sin particularidad, así como también extremidades superior e inferior; Glasgow 15/15; signos vitales: PA: 100/70. FC:72; FR:20; T:36.4 °C. Entre los exámenes laboratoriales se realizó; Hemograma con el siguiente resultado: Glóbulos rojos 4'708000, VSG 25mm, Leucocitos 6700, Neutrofilos 70%, Linfocitos 28%; química sanguínea: urea 54 mg/dl, creatinina 1.4 mg/dl, glucosa 80 mg/dl.

El tratamiento farmacológico se realizó en base a metronidazol, gentamicina (V.I.), penicilina G Na (V.I.); hecho el antibiograma el exudado testicular, donde el germen identificado fué *Escherichia coli*, se administró cefalexina y gentamicina . Su tratamiento quirúrgico consistió en un debridamiento inicial y posterior cirugía reconstructiva obteniéndose excelente resultados.

Debridamiento quirurgico radical en el Síndrome de Fournier

DISCUSIÓN.

La Gangrena de Fournier es una patología de rápida evolución la cual se debe tomar como una verdadera urgencia urológica, dado que puede producir complicaciones sistémicas y aún fatales, por tanto es fundamental un diagnóstico precoz para un tratamiento también precoz, tomando en cuenta siempre proceder a la antibioticoterapia inmediata empírica científica sabiendo su etiología polimicrobiana, para luego realizar debridamiento quirúrgico radical. Sabiendo que esta patología es poco común en nuestro país y en latino América y con una alta tasa de mortalidad (45%- 95%), es relevante su conocimiento para afrontar a esta, aun existiendo protocolos de atención. En nuestro caso la patología se presento secundariamente a una solución de continuidad con presencia de cuerpo extraño dando una inflamación, infección, y posterior necrosis, que gracias a un adecuado tratamiento evolucionó favorablemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1) Vázquez H, Támez R, Navarro B, Guadalupe J, Rangel J, Bustamante A, López G. Síndrome de Fournier, un manejo quirúrgico moderno que mejora la sobrevida sobre los procedimientos agresivos: 2001. Vol. 21 32-34
- 2) Wong H, Hernández A, Castro A. Gangrena de Fournier: infección necrotizante de los genitales externos y del perine. Rev. Cub. Cir. 1995; Vol.34, Num. 2; 21-25
- 3) Muñiz J, Sumerente D; gangrena de Fournier - casos poco frecuentes
- 4) Ortuste C, Bustillos J, Nuñez A. Fascitis Necrotizante: Archivos Bolivianos de Medicina 2000; Vol. 109 Num. 16: 40-43
- 5) Samuel, Laucks. Gangrena de Fournier: Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. 1997 Vol. 6 Num. 194: 13 –17.
- 6) Lewis, R. T. Infecciones necrosantes de los tejidos blandos. Clínicas de Infectología de Norteamérica. 1993 Vol. 3, Num 37 215-223.

