

IMAGEN CLÍNICA: ATENCIÓN GANGRENA DE FOURNIER

Dr. Joan Izquierdo Alabau¹ / Dra. Victoria Estabén Boldova² / Dra. Fermina Beramendi Garciandía³

¹ Residente de medicina familiar y comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Adjunta Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

³ Urgencias extrahospitalarias. Pamplona

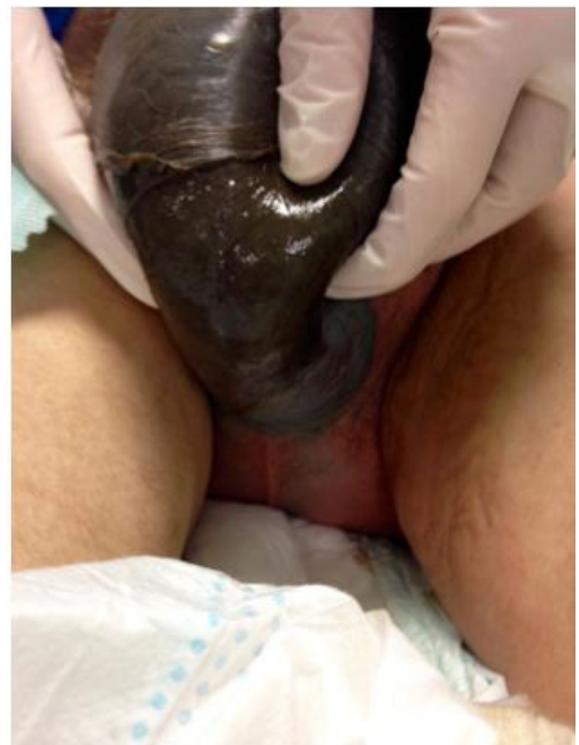
Cuando hablamos de gangrena de Fournier nos referimos a una infección polimicrobiana que afecta a la región genital, perineal y perianal que puede llegar hasta el abdomen. Se trata de una patología con una rápida progresión y con una letalidad alta debido a la acción bacteriana que se extiende a través de los planos fasciales; esto produce una endarteritis y trombosis que provocan la necrosis del tejido isquémico. Tiene una prevalencia de 10:1 siendo más frecuente en hombres¹⁻⁵.

La flora mixta polimicrobiana que origina esta patología suele ser uretral, rectal o cutánea y tiene como germen principal a la *Escherichia coli*. Pero también se han encontrado estreptococos, estafilococos, *Bacteroides fragilis* y *Pseudomona aeruginosa*^{4,5}.

Se trata de una emergencia quirúrgica que afecta tanto a niños, mujeres y hombres. Últimamente se ha visto una incidencia aumentada en pacientes inmunodeprimidos con diabetes mellitus, estados de malnutrición, obesidad o alcohólicos por lo que el tratamiento debe ser agresivo y multidisciplinar para optimizar el tratamiento^{1,4}.

El síntoma principal es el dolor o el prurito en el pene o el escroto; suele estar acompañado de fiebre y escalofríos. El edema se suele extender de forma rápida a estas áreas. El enfisema subcutáneo y la inflamación puede extenderse hacia los muslos o la pared abdominal. Todo esto nos conduce a una ulceración escrotal/perineal con necrosis y secreción fétida; esto ocurre con disminución del dolor ya que se destruyen fibras nerviosas sensoriales^{3,4}.

El diagnóstico es principalmente clínico y se debe realizar diagnóstico diferencial con patologías que cursen con dolor, edema y eritema como por ejemplo la celulitis, abscesos, etc.³



Diagnóstico por imagen

Las bases del tratamiento son la antibioterapia de amplio espectro, desbridamiento quirúrgico, manejo nutricional y el balance hidroeléctrico¹⁻⁵.

Debemos tratar de conseguir un balance nitrogenado positivo que nos va a ayudar a garantizar una cicatrización adecuada de la herida por segunda intención. Si la lesión es extensa sería necesario usar colgajos o injertos. Para completar la terapia antibiótica debemos tratar de cubrir gérmenes gram negativos (cefalosporinas de tercera generación o aminoglucósidos), estreptococos (penicilina) y anaerobios (metronidazol o clindamicina).

El objetivo principal es parar la progresión de la infección, quitar el tejido desvitalizado ampliándose hasta que los tejidos estén bien perfundidos. En muchas ocasiones son frecuen-

tes las reintervenciones y si no se encuentra el foco perianal se debe proceder a realizar una exploración abdominal. En algunos casos se debe plantear la colostomía para tratar de proteger la herida de la contaminación fecal siendo indicaciones absolutas la incontinencia fecal y la perforación rectal. Los testículos no suelen ser afectados ya que la arteria testicular es intraabdominal, se verían afectados si la infección es retroperitoneal. Una vez se ha realizado el tratamiento quirúrgico se precisa de curas diarias con una evaluación constante de la herida.

El riesgo de la mortalidad aumenta con la edad y el grado de afectación desde el 3% al 38% siendo la causa más frecuente el de sepsis severa. El pronóstico suele ser bueno pero aproximadamente el 50% de los hombres presenta dolor con la erección debido a las cicatrices¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cancino C, Avendaño R, Andrade CP, Guerra K. Gangrena de Fournier. Cuad Circ. 2010;24:26-33.
2. Horta R, Cerqueira M, Marques M, Ferreira P. Gangrena de Fournier: de urgencia urológica hasta el departamento de cirugía plástica. Actas Urol Esp. :5.
3. Urdaneta Carruyo E, Méndez Parr A, Urdaneta Contreras AV. Gangrena de Fournier: Perspectivas actuales. An Med Interna. abril de 2007;24(4):190-4.
4. Fuentes Valdés E, Núñez Roca A, Kapaxi Andrade J, Fernandes da Cunha Y. Gangrena de Fournier. Rev Cuba Cir. 2013;52(2):91-100.
5. Medina Polo J, Tejido Sánchez A, de la Rosa Kehrmann F, Felip Santamaría N, Blanco Álvarez M, Leiva Galvis. Gangrena de Fournier: estudio de los factores pronósticos en 90 pacientes. Actas Urol Esp. 2008;32(10):1024-30.