

GANGRENA DE FOURNIER - CASOS POCO FRECUENTES

Dr. Jorge Muñiz Caparo,^(*) Dr. David Sumerente Torres^(**)

RESUMEN: Se presenta dos casos de gangrena de Fournier, ocurridos en pacientes varones de 68 y 52 años respectivamente, que evoluciona rápidamente, comprometiendo ampliamente la región perianal, donde se observó zonas de necrosis en extensión hacia la profundidad de los tejidos, ameritando un tratamiento quirúrgico agresivo y radical, soporte antibiótico, reanimación oportuna. En ambos casos evolucionaron en forma favorable, en el servicio de cirugía general del Hospital Regional del Cusco, un caso desarrolló como complicación hemorragia digestiva el cual fue tratado; finalmente fueron transferidos al servicio de cirugía plástica para su reconstrucción plástica.

Palabras claves: Gangrena de Fournier, región perianal.

SUMMARY: We show two cases of Fournier Gangrene in male patients 68 and 52 years old, which developed very fast, compromising of perianal region, there was necrosis zones extending to deep tissues, which need radical surgical treatment, antibiotic support, on time reanimation. In both cases, they developed in positive way, in surgery department, one case developed digestive bleeding as complication which was successfully treated; then they were transferred to plastic surgery department for plastic reconstruction.

DEFINICION

Es una fascitis necrotizante sinérgica de las regiones perirectal, perineal o genital que produce trombosis de la microvasculatura subcutánea por una endarteritis obliterativa, secundaria a una diseminación bacteriana que conlleva a necrosis y gangrena del tejido subyacente.

FACTORES PREDISPONENTES

Diabetes mellitus, edad avanzada, terapia con

corticoides, desnutrición severa, radioterapia, quimioterapia, defectos sensitivo-neuronales, insuficiencia renal, cardiopatía orgánica, vasculitis, abuso de sustancias por vía intravenosa, cirrosis, lupus eritematoso, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, promiscuidad, drogadicción.

CAUSAS ANO RECTALES

Absceso isquiorectales y interesfinterianos, traumatismos proctológicos, heridas de recto, empalme, biopsias rectales, ligaduras de hemorroides con

(*) Médico Jefe del Servicio de Cirugía General - Hospital Regional del Cusco. Docente de la Cátedra de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UNSAAC - Cusco.

(**) Cirujano del Servicio de Cirugía General - Hospital Regional del Cusco.

bandas, dilataciones anales, procedimientos quirúrgicos anorrectales, apendicitis, diverticulitis sigmoidea, carcinoma de colon sigmoide y recto

CAUSAS UROLOGICAS

Traumatismos urológicos, procedimientos urológicos rutinarios, absceso escrotal del diabético, relaciones sexuales, neoplasias: carcinomas, extravasación proximal de la orina, secundaria a estenosis uretrales, divertículos uretrales y ruptura traumática de la uretra, la gangrena de Fournier también se ha asociado con infecciones genitourinarias (hasta 35%).

CAUSAS GINECOLOGICAS

Infección necrotizante del periné o de la vulva secundaria a abscesos de las glándulas de bartolino, episiotomía, endometritis por aborto, histerectomía, bloqueos cervicales o de nervios pudendos.

FISIOPATOLOGIA

- Se identifica el foco primario en el 85% de los casos.
- Cuando no es posible identificar un factor epidemiológico, se ha implicado la infección de origen cripto-glandular como el origen de la supuración.

La extensa necrosis tisular resulta de una mayor diseminación infecciosa y a una endarteritis obliterativa que produce una extensa epidermolisis genital. Encontrar crepitación y gas subcutáneo es fulminante y fatal.

Las infecciones originadas en el triángulo pélvico posterior tienen como foco principal la región perianal. La infección progresa anteriormente, penetrando la fascia de Colles y puede ascender a la pared abdominal anterior.

BACTERIOLOGIA

En la mayoría de los casos, la infección es causada por organismos de las floras fecal y uretral normales y no por gérmenes oportunistas.

Lo frecuente es encontrar una microflora mixta, Streptococcus, Staphylococcus aureus y albus, bacteroides, Klebsiella, Escherichia coli, Enterococcus, Proteus y Citrobacter.

En 75% de los pacientes, presentan organismos grampositivos formadores de gas (Peptococcus y Peptostreptococcus), Clostridium (Clostridium perfringens y welchii) se encuentran en una tercera parte.

CUADRO CLINICO

Síntomas rectales son inespecíficos, de varios días de evolución, 1 a 5 días en promedio.

Dolor perineal y tumefacción que les impide sentarse y realizar movimientos amplios.

La piel en casos iniciales aparece relativamente normal y en casos avanzados eritema y rubor; pero, el hallar un punto negro o crepitación son signos ominosos que sugieren extensa necrosis subcutánea.

La supuración es escasa, exudado sero-sanguinolento oscuro y fétido, acompañado de gas y material necrótico por la necrosis existente.

Síntomas sistémicos que son exagerados fiebre,

taquicardia, deshidratación, leucocitosis, alteraciones electrolíticas, coagulopatía y shock séptico.

En porcentaje alto (30-50%), hay sintomatología urinaria, la retención es la más frecuente.

ESTUDIO DE IMÁGENES:

Identificar la localización y extensión.

- Radiografía simple abdomen y pelvis: 90% (+)
- Ultrasonografía escrotal: Delinea la extensión de la lesión.
- TAC de pelvis y perineo: sospecha de infección en el espacio intraabdominal y retroperitoneal
- Resonancia Magnética: delinear la extensión e identificar los planos tisulares.

TRATAMIENTO:

Se basa en cuatro pilares fundamentales:

- Un diagnóstico certero y precoz.
- Una reanimación oportuna.
- Un debridamiento agresivo y radical.
- Un adecuado soporte antibiótico y nutricional.

ANTIBIOTICOS:

- Para gérmenes gram positivos (penicilinas, cefalosporinas de tercera generación, sulbactam ampicilina), gram negativos (aminoglucosidos y quinolonas) y anaerobios (metronidazol, clindamicina).

QUIRURGICO

- El debridamiento radical agresivo es el tratamiento ideal. El objetivo es remover todo el tejido necrótico, frenar el curso de la enfermedad y aliviar la toxicidad sistémica. El tratamiento quirúrgico se debe realizar tan pronto, una demora en éste implica una alta mortalidad (40 %).

- Si, a pesar del abordaje quirúrgico perineal, el paciente no muestra signos de mejoría, se debe realizar una TAC o una RM para observar la real magnitud del problema.

Realización de colostomía derivativa en la Gangrena de Fournier de origen anorrectal.

El consenso actual y general de colostomía derivativa son el compromiso y la destrucción infecciosa del esfínter, la perforación colorectal o la lesión rectal grande, los pacientes inmunocomprometidos o la incontinencia fecal definitiva.

El oxígeno hiperbárico tiene efecto antibacteriano sobre los anaerobios, infecciones expansivas difusas causadas por Clostridium.

La mejor supervivencia (95%) oxígeno hiperbárico con debridamiento amplio y los antibióticos; cirugía y antibióticos 70%, 55% oxígeno hiperbárico y los antibióticos.

CUIDADOS DE LA HERIDA Y CIRUGIA RECONSTRUCTIVA

- Debe programarse varias curas quirúrgicas bajo anestesia.
- Soporte nutricional: que permita tener un balance de nitrógeno positivo.

- Si los testículos quedan totalmente denudados por la necrosis o el debridamiento, se introducen en bolsillos subcutáneos en la región inguinal interna.

PRONÓSTICO

La mortalidad global varía de 8 a 67%. Promedio 40 %. La mortalidad en diabeticos es de 2 - 3 veces mayor. La mortalidad disminuyó al 10% cuando se les realizó: Debridamiento temprano agresivo + Antibiótico + Soporte nutricional.

CASO 1 (No. HCl: 454346)

Paciente varon de 68 años, natural y procedente del Cusco. Con un tiempo de enfermedad de 7 días que inicia su cuadro en forma insidiosa y progresiva, con dolor perianal, dificultad a la deambulacion, sentarse, defecación, inicialmente; luego se agregan sensacion de alza termica, escalofrios y ardor a la micción. Motivo por el que consulta por consultorio externo el 18-jun-02 y es internado por emergencia el 19-jun-02.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Pielonefritis hace 2 años, prostatismo hace 1 año.

FUNCIONES BIOLOGICAS

Apetito: disminuido. Peso: bajo 8kg en 10 dias, Sed: incrementada, Orina: coluricas, disuria.

EXAMEN FISICO

PA:100/60 FC:78 x´ FR: 18x` T: 37.5c

REGION PERIANAL: 18-jun-02 tumoración palpable en gluteo derecho en la linea media, eritematosa, el dia 22-jun-02 lesion ulcerosa con bordes necrosantes con bastante secreción purulenta, mal oliente

EXAMENES AUXILIARES

Glucosa: 85mg/dl, Urea: 30.75 mg/dl, Creatinina: 0.99 mg/dl, Tiempo de Coagulación: 5 min, Tiempo de Sangria: 2min30seg, Grupo Sanguineo:"O" factor rhesus (+), Proteinas totales:5.1,Albumina: 2.3 g/dl, Sedimento Urinario: PATOLOGICO

Riesgo Quirúrgico : II-III/IV

FECHA	19	26	01	10
HEMATOCRITO	46	49	41	40
LEUCOCITOS	12,300	8,000	8,400	9,800
ABASTONADOS	00	5	00	3
LINFOCITOS	11	23	32	32

TRATAMIENTO QUIRURGICO (21 JUNIO 02)

PROCEDIMIENTO:

- Sigmoidostomia tipo Hartam
- Necrosectomia perianal-escrotal

HALLAZGOS:

- Necrosis con crepitacion de piel
- Secresion purulenta fetida abundante
- Extension: A fosas isquiorectales, canales inguinales y bolsas escrotales



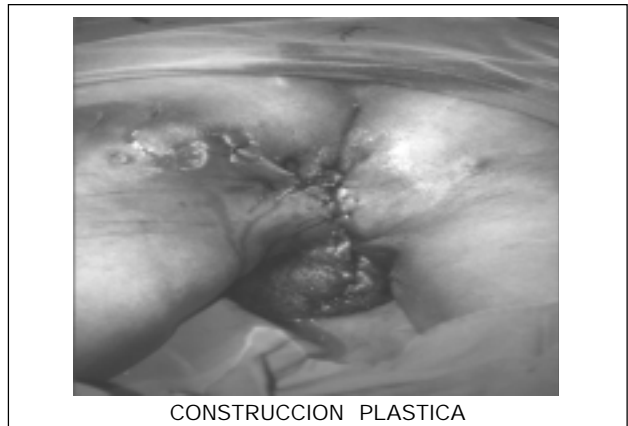
GANGRENA DE FOURNIER



DURANTE LA CURA QUIRURGICA



DURANTE LA RECONSTRUCCION PLÁSTICA



CONSTRUCCION PLASTICA

TRATAMIENTO

- Fluidoterapia
- Ciprofloxacino 200mg c/12h ev
- Metronidazol 500mg c/8h ev
- Amikacina 1gr c/24h ev
- Cura quirurgica bajo anestesia (en 5 oportunidades)
- 16-julio-02: pasa a unidad de cirugía plastica para reconstrucción perianal y escrotal

ALTA: 07-Agosto-02

CASO 2 (No. HCI 020233)

Paciente varon de 52 años, natural y procedente de la ciudad del Cusco. Con un tiempo de enfermedad de 02 dias de inicio insidioso y curso progresivo. Inicia con aumento de volumen en region perianal, dolor tipo urente, seguido luego de efusion de liquido seroso mal oliente en pequeña cantidad y fiebre, al dia siguiente se añade edema en la region genital, acompañado de intenso dolor, dificultando la deambulacion debido al dolor. se realiza lavados con medicación casera; no cede el cuadro y acude por consultorio externo de donde es hospitalizado el 08-agost-02.

EXAMEN FISICO

PA: 110/60 FC: 86x´ FR: 20x´ T: 36.8c P: 60 Kg

GENITALES Y REGION PERIANAL

ESCROTO: Aumento de volumen, con zonas fluctuantes, areas necroticas, edema escrotal y consistencia firme.

PIEL ESCROTO: Descamativa, lustrosa

REGION PERIANAL: Fistulosa con efusion de liquido seroso fetido, masa tumoral de 2 x 3 x 4 cm, dolorosa a la palpacion.

NO ADENOPATIAS

EXAMENES AUXILIARES

Glucosa: 91mg/dl, urea: 49 mg/dl, creatinina: 0.92mg/dl, tiempo de coagulación: 7 min, tiempo de sangria: 2 min 30 seg, Grupo sanguineo: "o", factor rhesus (+), HIV: (-), VDRL: (-), sedimento urinario: negativo, riesgo quirurgico: I-II/V

FECHA	09	14	15	16
LEUCOCITOS	12,300	14,600	-	
ABASTONADOS	3	3	-	
LINFOCITOS	15	23	-	
HEMATOCRITO	45	20	23	23

REPORTE QUIRURGICO 08-AGOST-02

Grupo quirurgico 1: Colostomia tipo Hartamn

Grupo quirurgico 2:

- Debridamiento de plano cutaneo y profundos
- Lavado proligo con h202 + yodo povidona
- Lavado con cloruro de sodio
- Cubierta con gasa vaselinada + compresas

HALLAZGOS

- Necrosis grasa en fosas isquiorectales sin compromiso de esfinter ni cuerpo esponjoso.
- Amplia zona necrotica en escroto y perine posterior.
- Abundante salida de tejido necrotico licuefacto pus plomiza y fétida.

TRATAMIENTO

- Fluidoterapia
- Ceftriazona: 1gr c/24h ev x 10 dias
- Amikacina: 500mg c/12h ev x 10 dias
- Clindamicina: 600mg c/8h ev x 7 dias
- Metronidazol: 500mg c/8h ev x 3 dia
- Curaciones quirurgicas.
- Ranitidina: 50mg c/8h ev
- Infusion ranitidina

EVOLUCION

- 13-agost-02: presentó hemorragia digestiva, evidente por colostomia
- Endoscopia: malformación vascular de dieulafoy.
- En espera de cirugía reconstructiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Márquez Juan R, Martínez Carlos, Escobar Jaime, Hormaza Sánchez William. Fascitis necrotizante del periné (Gangrena de Fournier). Rev Col Gastroenterol 2000;15:116-122.
2. Hartando VH, Chenven ES, DiPiazza DV et al. Fournier Gangrene Following Vasectomy. Infect. Urol., 2001; 14(3): 80-82.
3. Durlach R., Fischer M., Heidenreich A., Peczan C. Fascitis necrotizante perineal. Prensa Méd. Argent., 1996; 73: 442.
4. Vick R, Carson C. Infections in urology, Fournier disease. Urologic Clinics of North America 1999 November; 26(4): 841-9.
5. Zgrablich, Christian; Adamo, Gabriel; Echegoyen, Gervasio M.; Santillan, Gustavo; Sturgenegger, Mauricio. Síndrome de Fournier (nuestra experiencia) Rev. Argent. Resid. Cirug., 1998; 2: 51-53
6. Samuel Laucks II. "Gangrena de Fournier". Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Vol. 6/1994 pg. 1397. Editorial Interamericana.
7. Basoglu M., Gul O., Yildirgan I., Balik A. A., Ozbey I., Oren D. Fournier's gangrene. review of fifteen cases. Am. Surg., 1997; 63 (11): 1019-1021.
8. Fisher J. R., Conway M. J., Takeshita R. T., Sandoval M. R. Necrotizing fasciitis. Importance of roentgenographic studies for soft tissue gas. JAMA, 1997; 241:803-806.
9. Rosemberg P. H., Shuch J. M., Tempest B. D., Reed W. P. Diagnosis and therapy of necrotizing soft lissue infections of de perineum. Am. Surg., 1997; 187: 430-434. 9.
10. Hejase M.J., et al. Genital founier's gangrene: Experience with 38 patients. Urology 1996 may; 47(5) 734-9.
11. Heldenreich A., Durlach R., Hulskatnp P., Fischer M., Peczan C. Fascitis necrotizante. Rev. Argent. Cirug., 1997; 52: 335-340.
12. Luis Zegarra Montes. Caso clínico quirúrgico. Gangrena de Fournier. Jefe del Servicio de Urología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev. Infect. 2000.
13. V. Navarro, M. Salavert y C. Campo. Gangrena de Fournier: Estudio de 12 pacientes y revisión. 1Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario La Fe, Av. Campanar 21, 46009 Valencia; Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia.
14. Jiménez, J., Cozar, A., Moreno, J., Del Olmo, M., Pastor, F., Garrido, M.A. Gangrena de Fournier: Nuestra experiencia. Arch Esp Urol 1998; 51: 1041-1044.