

El médico general como «factor de riesgo» de la gangrena de Fournier

Introducción. La gangrena de Fournier (GF) es una entidad en la que la edad avanzada de los pacientes y la demora en el diagnóstico son los factores de riesgo más importantes y de los que va a depender, en gran medida, el éxito o fracaso terapéutico. Debemos tener en cuenta que se trata de una infección de inicio súbito y progresión fulminante (celulitis, fascitis necrosante, sepsis y fallo multiorgánico) que conduce a la muerte en un alto porcentaje de los casos, que según las series es del 3-76%¹⁻³. Nos gustaría aprovechar la ocasión para presentar 2 casos de GF en pacientes jóvenes sin factores de riesgo, a excepción del antecedente común de múltiples consultas a su médico por dolor, tumefacción perianal y fiebre, que fueron tratados con antibióticos por vía oral, antes de consultar en nuestro hospital.

Caso 1. Varón de 44 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a nuestro hospital por un cuadro de dolor anal, fiebre, escalofríos y mal estado general de una semana de evolución. En la anamnesis, el paciente refiere sintomatología durante la última semana, seguida y tratada por su médico, con 3 consultas urgentes, en las que indicó tratamiento antibiótico con amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg cada 8 h, ibuprofeno 600 mg cada 8 h y mupirocina tópica. Dada la mala evolución, decide consultar en urgencias de nuestro hospital. En la exploración física se objetiva fiebre de 38,5 °C (temperatura transóptica), taquicardia, taquipnea y sudación profusa. En la exploración anal se observa: zona flemonizada en la región isquiorrectal derecha y placas de necrosis cutánea y celulitis que se extienden hacia las zonas inguinal, perineal y escrotal. En la analítica realizada en el momento del ingreso destacan una discreta leucocitosis con desviación izquierda (18.500 leucocitos; 85% neutrófilos) y una creatinina de

1,5 mg/dl. Con el diagnóstico de GF secundario a absceso perianal se realiza desbridamiento quirúrgico amplio de las zonas afectadas, esfacectomía y colocación de sistemas de drenaje, observándose una intensa fascitis necrosante con abundante material necroticopurulento. Fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) 24 h con antibioterapia intravenosa con meropenem 1 g cada 8 h. El paciente requirió 3 desbridamientos quirúrgicos más y fue dado de alta a los 15 días de su ingreso.

Caso 2. Varón de 51 años, sin antecedentes de interés, que consulta en urgencias de nuestro hospital, remitido por su médico, tras 5 días de tratamiento antibiótico por vía oral con ciprofloxacino 500 mg/12 h, metronidazol 500 mg/8 h y antiinflamatorios, por un cuadro de tumefacción y dolor anal. A su llegada al hospital se observa un síndrome séptico con fiebre de 39 °C (temperatura transóptica), taquipnea y taquicardia. En la exploración anal se observa una amplia necrosis en la región perianal con extensión al escroto de probable origen en un absceso perianal. Se inicia antibioterapia intravenosa con piperazilina-tazobactam 4 g/500 mg cada 6 h y desbridamiento quirúrgico urgente hasta llegar a los fascículos musculares conservados; se lava abundantemente con solución salina y povidona yodada, se colocan drenajes y se canaliza (setón) la fistula perianal. Tras 72 h en la UCI, es trasladado a la planta de cirugía, se continúa con la antibioterapia intravenosa y los desbridamientos quirúrgicos a demanda. La evolución del paciente es favorable y es dado de alta el día 21 del postoperatorio.

Discusión y conclusión. De estos casos clínicos se puede deducir que no sólo es importante realizar un diagnóstico precoz de las infecciones de la región perianal y genital (ya que en estos casos sí se hizo ese diagnóstico por sus respectivos médicos), sino que su tratamiento debe ser, desde el primer momento, medicoquirúrgico (incluso aunque no haya fluctuación en la zona indurada) con drenaje-desbridamiento urgente^{4,5}. La demora en su correcto tratamiento conduce a potenciales complicaciones, tales como la GF, que presentan una elevada morbimortalidad. Consideramos que en mu-

chos de estos casos, el antecedente de tratamiento antibiótico previo es frecuente, aunque como la mayoría de los estudios son retrospectivos no se ha podido establecer con certeza^{2,5,6}. La zona perianal y perigenital tiene particularidades anatómico-histológicas (zona muy laxa, que permite la diseminación brusca de las infecciones locales) que hacen que el tratamiento inicial de cualquier tumefacción inflamatoria e infecciosa sea quirúrgico y urgente, incluso ante flemonizaciones aparentemente banales (a diferencia de otras zonas anatómicas, donde el tratamiento inicial es antibiótico y con calor local)^{2,4}. Por eso queremos recordar la importancia del correcto tratamiento y remisión al especialista quirúrgico correspondiente para evitar una morbimortalidad innecesaria.

Álvaro Campillo-Soto, Pablo del Pozo, Bruno Andrés-García y José Luis Aguayo-Albasini

Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital General Universitario
J.M. Morales Meseguer. Murcia. España.

Palabras clave: Gangrena de Fournier. Tratamiento sepsis perianal. Antibióticos y abscesos perianales.

1. Gutiérrez-Cabello F, Sevilla-Feijoo P, Hawari-Meilud A, Jiménez-Alonso J. Gangrena de Fournier de evolución fatal causada por espina de pescado. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:199.
2. Rodríguez-Hermosa JJ, Codina-Cazador A, García-Oria MJ. Gangrena de Fournier. *Cir Esp*. 2001;69:128-35.
3. Swartz MN. Cellulitis and subcutaneous tissue infections. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. *Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. p. 1037-55.
4. Alós Company R, Buch Villa E, Cerdán Miguel J, Esclapez Valero P. Abscesos y fistulas de ano. En: Lledó Matos S, editor. *Cirugía colorrectal*. Madrid: Arán Ediciones S.L.; 2000. p. 109-27.
5. Enríquez JM, Moreno S, Devesa M, Morales V, Platas A, Vicente E. Fournier's syndrome of urogenital and anorectal origin. A retrospective comparative study. *Dis Colon Rectum*. 1987;30:33-7.
6. Navarro V, Salavert M, Campo C. Gangrena de Fournier. Estudio de 12 pacientes y revisión. *Rev Esp Quimioter*. 2000;13:214-8.