

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 transótica), 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, esfacelectomía 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 transótica), 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, medico-quirúrgico (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 morbilidad. 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 morbilidad 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.

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 JI, 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 Matoses 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.

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