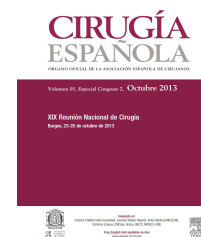




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-263 - GANGRENA DE FOURNIER. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 59 CASOS

F. Orts Micó¹, A. García Marín¹, M. Cuadrado Ayuso², R. Franco Herrera², S. Pérez Bru¹, M. Pérez López¹, M. Burneo Esteves², L. Zaráin Obrador², E. Soliveres Soliveres¹, S. García García¹ y F. Turégano Fuentes²

¹Hospital Universitario del S.V.S. de San Juan, Sant Joan d'Alacant. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Objetivos: Descripción de una serie de pacientes diagnosticados de gangrena de Fournier.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de pacientes atendidos en un período de 14 años (1998-2012). Las variables cuantitativas fueron definidas por mediana y percentiles (25; 75) y las cualitativas por frecuencia y porcentaje.

Resultados: De los 59 pacientes incluidos, 53 eran varones (89,8%) y 6 mujeres (10,2%) con una mediana de edad de 68 años (51; 73) y antecedentes personales en 48 de ellos (81,4%) siendo los más frecuentes la diabetes mellitus (21; 35,6%), cardiopatía (17; 28,8%) e inmunodepresión (14; 23,7%), con un índice de Charlson de 1 (0; 3) y ajustado a la edad de 4 (2; 6). La etiología fue colorrectal en 31 casos (52,5%) [26 abscesos y 5 neoplasias], genitourinaria en 12 (20,3%) [10 orquiepididimitis y 2 neoplasias], traumática en 9 (15,3%) [5 úlceras por decúbito, 2 sondajes vesicales, 1 politraumatismo y 1 perforación por cuerpo extraño] y 7 idiopáticas (11,9%). Constantes al ingreso: temperatura 38 °C (37; 38,5), tensión arterial sistólica 110 mmHg (100; 130) y frecuencia cardíaca 90 lpm (82; 105). Clínica: dolor perineal (36 casos; 61%), eritema perineal (32; 54,2%), eritema escrotal (27; 45,8%), placa necrótica (24; 40,7%), dolor escrotal (18; 30,5%) y supuración (12; 20,3%). Analítica: hemoglobina 12,4 g/dl (9,9; 13,7), hematocrito 35,7 (29,8; 40,4), leucocitos 19.100/mm³ (14.300; 26.000), neutrófilos 89% (85; 92), urea 63 mg/dl (44; 102), creatinina 1,2 (1; 1,9), sodio 133 mmol/l (130; 137) y potasio 3,9 mmol/l (3,6; 4,5). 50 pacientes (84,7%) cumplieron criterios de SRIS y 29 (49,2%) de sepsis grave. Se emplearon pruebas de imagen para su confirmación en 14 casos (23,7%). El tratamiento incluyó soporte hemodinámico (estancia en UCI en 31 pacientes [53,4%] y drogas vasoactivas en 18 [31%]), antibioterapia de amplio espectro (los más usados fueron: imipenem/meropenem en 27 casos [45,8%], penicilina + aminoglucósido + metronidazol en 16 [27,1%] y piperacilina tazobactam en 6 [10,2%]) y desbridamiento quirúrgico (período de latencia fue 3 días [2; 4] y superficie corporal afecta 4,5% [2,5; 5,5]) a la que se asoció una colostomía (10 casos; 17,5%: 5 abscesos anorrectales, 3 neoplasias, 1 traumática y 1 idiopática) y una cistostomía (3 casos; 5,3%: estenosis uretral). Se desestimó la cirugía en 2 casos por la mala situación del paciente. El cultivo microbiológico se realizó en 33 casos (57,9%) aislando: cocos grampositivos (19; 57,6%), principalmente estreptococo (12; 36,4%); bacilos gramnegativos (26; 78,8%), principalmente E. coli (22; 66,7%) y anaerobios (23; 67,6%) principalmente bacteroides (16; 47,1%) y peptostreptococo (14; 41,2%). 44 pacientes sobrevivieron (74,6%) y 15 fallecieron (25,4%) con una estancia hospitalaria de 25 días (14; 48).

Conclusiones: 1. La gangrena de Fournier es una patología con una baja incidencia cuya causa más frecuente fue colorrectal. 2. Su diagnóstico fue fundamentalmente clínico y su tratamiento multidisciplinar. 3. La microbiología más frecuente fueron: E. coli y anaerobios (bacteroides y peptostreptococo). 4. La tasa de mortalidad fue elevada.