



www.elsevier.es/cirugia

P-413 - GANGRENA de FOURNIER COMO PRESENTACIÓN DE PERFORACIÓN INTESTINAL

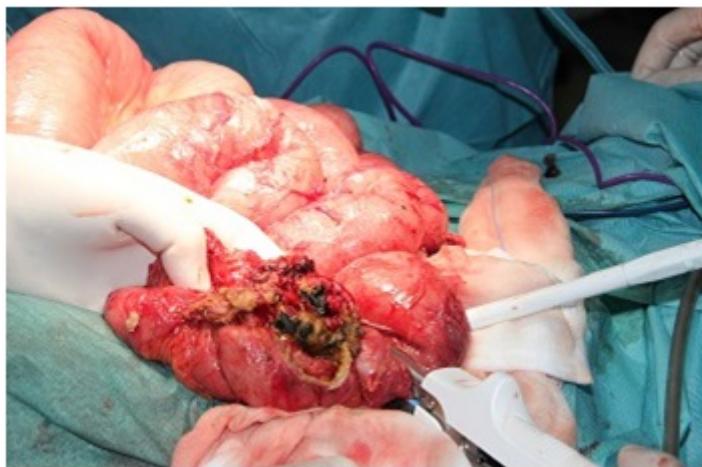
García García, Alberto¹; Flores García, José Angel²; Roldán Baños, Sara²; Barzola Navarro, Ernesto¹; Fernández Muñoz, Israel²; Salas Martínez, Jesús¹

¹Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz; ²Hospital de Zafra, Zafra.

Resumen

Introducción: El síndrome o gangrena de Fournier (GF) se define como una fascitis necrotizante del área genital de rápida progresión y de etiología polimicrobiana con gran destrucción tisular. Es una patología infrecuente, con tasas de mortalidad próximas al 75% según publicaciones. Predomina en varones (10:1). Edad media 50 años. La gravedad del proceso y su alta mortalidad dependen de diversos factores como son el inicio anorectal, edad avanzada y existencia de patologías de base como el enolismo crónico, obesidad, desnutrición, diabetes y uso de fármacos inmunosupresores. En ocasiones el proceso origina en traumatismos y cirugía anal, abscesos o fistulas anales, y en menor porcentaje de perforaciones de colon (por neoplasias o traumáticas) o hidrosadenitis. Se realiza búsqueda bibliográfica con palabras clave “gangrena de Fournier” y “abdomen agudo”. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de gangrena Fournier como primera manifestación de perforación intestinal. Se describe caso clínico con apoyo de diversas imágenes y intervención quirúrgica realizada.

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedentes personales de hipertensión, cardiopatía, isquémica crónica y silicosis. Intervenido quirúrgicamente de cistectomía radical por tumor vesical con reconstrucción tipo Bircker. Ingresa por cuadro de dolor a nivel perianal intenso, sin fiebre, estable hemodinámicamente. Analítica y radiografía abdomen dentro de la normalidad. A la exploración abdomen doloroso de forma generalizada, timpánico, sin claros signos de irritación peritoneal. Se objetiva gran absceso parorrectal izquierdo, con zona enrojecida y dos orificios fistulosos a las 8 y 11 horaria. Se practica incisión, con salida de material suctio-purulento y desbridamiento de espacio parorrectal con lavado y colocación drenaje. 2 días después reinterviene por gangrena y cuadro de peritonitis. Se practica laparotomía media apreciando probable recidiva tumoral que engloba y perfora asa de íleon terminal con colección fecaloidea que drena a través de periné. Necrosis vesicular y coleperitoneo. Se realiza resección de íleon terminal afecto con posterior ileostomía terminal, colecistectomía y lavado peritoneal. A nivel periné se realiza Friedrich con extensa extirpación de tejido necrótico dejando drenaje tipo Penrose. El paciente presenta evolución postoperatoria desfavorable, con reintervención para lavado de esfacelos y posterior cuadro de fracaso multiorgánico siendo *exitus*. Anatomía patológica informa de necrosis cutánea y grasa profunda. Intestino delgado con ulceración por carcinoma urotelial. Colecistitis aguda.



Discusión: Es excepcional que una perforación intestinal se inicie con un cuadro estrictamente extraperitoneal. Son pocos los casos recogidos en la literatura. La GF supone una auténtica urgencia quirúrgica. Es esencial el diagnóstico temprano así como el inicio precoz de tratamiento basado en antibióticos de amplio espectro junto con intervención quirúrgica de desbridamiento amplio de todos los tejidos necrosados. En muchas ocasiones precisará reintervenciones de control de foco. La reconstrucción posterior da excelentes resultados. Los gérmenes más frecuentemente aislados son *Escherichia coli* entre los aerobios y bacteroides entre los anaerobios junto con otra gran diversidad de bacterias. “La gangrena de Fournier puede acabar con la vida de manera fulminante si no es identificada y atendida a tiempo. Su diagnóstico debe ser precoz y el tratamiento agresivo“ J. Alfred Fournier.