



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-734 - GANGRENA DE FOURNIER: DESDE LA CIRUGÍA URGENTE HASTA EL CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN

González Prado, Cristina¹; Casaval, Luis¹; Jorge, David¹; Baudino, Maximiliano¹; Urdiain, Iñigo¹; Polanco, Lucia¹; González Prado, Marta²; Álvarez Rico, Miguel Angel¹

¹Hospital Universitario, Burgos; ²Hospital Universitario, León.

Resumen

Introducción: La gangrena de Fournier es un tipo de fascitis necrotizante rápidamente progresiva que afecta fundamentalmente al área testicular, perineal y perianal, siendo de etiología polimicrobiana y asociándose a numerosos factores de riesgo. Por su complejidad, el tratamiento incluye terapia antibiótica y dos etapas quirúrgicas, una primera, que abarca a su vez varias intervenciones, consistente en el desbridamiento inicial agresivo del tejido no viable, y una segunda, para la cobertura del defecto resultante. No obstante, la segunda etapa quirúrgica ¿es realmente necesaria?

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente de 65 años con antecedentes médicos de DM2 mal controlada que tras traumatismo en la región glútea acude a Urgencias refiriendo molestias a nivel glúteo con fiebre y mal estar general. A la exploración observados una placa necrótica a nivel de glúteo izquierdo de unos 10 cm de diámetro con crepitación en región periférica a la placa. Se procede a cirugía urgente realizando una exéresis completa de todo el tejido necrótico el cual se extiende desde la región glútea izquierda hacia la fascia isquiorrectal izquierda y derecha, con afectación del aparato esfinteriano externo en 180°. Dada la afectación del aparato esfinteriano, se decide realizar colostomía terminal. Se procede a curas diarias con exéresis de material esfacelar, desbridamiento de tejido necrótico de manera local, fomento con prontosán con compresas de algodón en todo el defecto. La evolución de las curas locales durante su ingreso hospitalario es adecuado, precisando de una estancia hospitalaria de 21 días, siendo dado de alta con control semanal en unidad de curas de enfermería dos veces por semana, además de un apoyo semanal con curas y evaluación por equipo quirúrgico. Las curas se realizan con lavados con suero salino fisiológico, curetaje de bordes, exéresis de tejido esfacelar, cepillado con cepillo quirúrgico de clorhexidina de todo el fondo y posterior fomento con prontosán. Se terminaban las curas dejando gasas secas. El paciente presenta posteriormente un cierre total de todo el defecto, sin necesidad de colgajo. En el momento actual, se ha realizado reconstrucción intestinal sin incidencias.

Discusión: La gangrena de Fournier es un tipo de fascitis necrotizante rápidamente progresiva. Los microorganismos más frecuentemente aislados en esta patología son *Streptococcus*, *Staphylococcus* y *Escherichia*, generalmente de forma combinada. Al tratarse de una enfermedad de etiología generalmente bacteriana, el tratamiento inicial consiste en terapia antibiótica combinada, a lo que se añade desbridamiento quirúrgico precoz desde el ingreso. Una vez el tejido no viable es resecado

y el paciente es estabilizado, comúnmente se procede a cobertura quirúrgica, implicando una nueva intervención y estancia hospitalaria. No obstante, Aunque el tratamiento de desbridamiento inicial es bastante uniforme, el tratamiento de cobertura posterior presenta bastante heterogeneidad, pudiendo valorarse el manejo local conservador. En nuestro caso clínico presentamos que un abordaje multidisciplinar e individualizando cada caso, la segunda etapa quirúrgica puede no ser necesaria, implicando el ahorro de una cirugía y una estancia hospitalaria.