



P-381 - GANGRENA DE FOURNIER TESTICULAR COMO DEBUT DE CÁNCER COLORRECTAL

Casanova Ramos, Rubén; Morales Díaz, Samuel; Chirivella Fernández, Andrea; González García, Sara; Rodríguez Castellano, María Desireé; Ramírez Caballero, Ester; Marrero Marrero, Patricia; Delgado Plasencia, Luciano J.

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Introducción: La gangrena de Fournier es una infección necrotizante polimicrobiana de los tejidos blandos de planos superficiales y profundos de la zona genital, perineal y perianal. Secundaria a patología anorrectal, urogenital, traumática, o dermatológica, producida por anaerobios y aerobios. La etiología más frecuente es polimicrobiana (62%). Los hombres son 10 veces más propensos a desarrollarla que las mujeres, dado que las mujeres tienen mejor drenaje de la región perineal a través de las secreciones vaginales. Los factores predisponentes más frecuentes son la DM, la obesidad mórbida, enfermedad vascular y tumores. El tratamiento principal es el desbridamiento extenso y agresivo. Asociado a tratamiento antibiótico de amplio espectro. Derivación fecal para disminuir el número de gérmenes en la región perineal y mejorar la cicatrización. En cuanto a la gangrena de Fournier producida por cáncer colorrectal, resección del tumor rectal si el tumor está perforado.

Caso clínico: Varón de 71 años sin antecedentes de interés que acude a S. Urgencias derivado desde otro centro por dificultad miccional con imposibilidad de sondaje. Consciente y orientado en tres esferas, lenguaje incoherente, REG y estable hemodinámicamente. Abdomen anodino. Escroto edematizado e indurado, con crepitación, placa necrótica de 1 × 1 cm en hemiescroto izquierdo y celulitis que se extiende al tercio interno medial ambos MMII. Analítica con leucocitosis y PCR elevada. En la TC de abdomen destaca masa heterogénea dependiente de colon sigmoide proximal de 57 × 48 mm. Aumento de densidad en tejido celular subcutáneo en región perineal con abundante contenido aéreo, que se extiende a región inguinal, pelvis y retroperitoneo izquierdo. Primera intervención de Urología: desbridamiento de tejido necrótico, lavado abundante y colocación de tejas. Precisa nueva revisión en quirófano, durante la cual avisan al servicio de Cirugía General. Se objetiva comunicación hacia cavidad abdominal, contactando con gran tumoración en sigma con peritonitis fecaloidea en pelvis secundaria a perforación de 4-5 cm distal al mismo con comunicación hacia cúpula vesical y canal inguinal izquierdo. Absceso subcutáneo craneal al canal inguinal y avance de gangrena de Fournier hacia glúteo izquierdo vía anterior y lateral. Se realizó intervención de Hartmann más desbridamiento extenso y colocación de tejas. Anatomía patológica: adenocarcinoma moderadamente diferenciado de sigma pT4bN0: tumor perforado, tamaño tumoral 8,5 × 7 cm. No metástasis ganglionares en 18 ganglios estudiados. Evolución favorable, precisando reconstrucción de la zona perineal por Cirugía Plástica. Alta con valoración en consulta externa de Oncología Médica al 68 día de ingreso.

Discusión: La incidencia de la gangrena de Fournier inducida por cáncer colorrectal es desconocida. Un factor de riesgo específico es la perforación tumoral. El riesgo de perforación aumenta en la neoadyuvancia. La localización más frecuente de la gangrena de Fournier inducida por cáncer es el escroto. El diagnóstico principal es clínico. El curso de la enfermedad se divide en dos fases, caracterizadas por la progresión de la enfermedad. Primera, donde el sistema inmune previene la extensión de la inflamación local. Y segunda, donde hay una progresión rápida hasta la enfermedad fulminante. El diagnóstico de confirmación se realiza histopatológicamente.