Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1121

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1759 - A propósito de un caso clínico de Gangrena de Fournier

R. Salas Gómez[a], J. Pérez de Villar[a], H.A. Correa[b], F.A. García Gallego[a], J.A. Ríos Rivera[b], A. López de Alda González[c], S. Moreno Pérez de la Cruz[c] y J.F. Villegas Osorio[c]

[a]Centro de Salud Don Benito Este. [b]Centro de Salud Don Benito Oeste. [c]Hospital Comarcal Don Benito-Villanueva de la Serena.

Resumen

Descripción del caso: Paciente masculino, 42 años, DBT 1, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, tabaquismo, dislipidemia y mal adherencia al tratamiento, consulta al Médico de Atención Primaria (MAP) por inflamación inguino-escrotal y fiebre de 3 días. El MAP pauta tratamiento con Augmentine 875/125 mg mas levofloxacino 500 mg, iniciando supuración al 4º día. El paciente empeora clínicamente por lo cual se deriva al Servicio de Urgencias del Hospital de referencia. Valorado por urólogo decide intervención urgente diagnosticándole gangrena de Fournier del hemiescroto derecho. Se procede en quirófano a desbridamiento y resección amplia, con toma de cultivo. Trasladado a la UCI para estabilización hemodinámica, Se realizaron revisiones quirúrgicas posteriores con curas, y se instaura tratamiento con meropenem 3 g (10 días). Continúa el tratamiento en planta de urología. La evolución es favorable sin complicaciones asociadas. Al alta se pauta Meiact 800 mg diarios durante 10 días y lavado y curaciones que se realizan en A.P. En dos oportunidades, debido a dolor, enrojecimiento y elevación del testículo derecho es derivado al servicio de urgencias del hospital donde valorado por urología, realiza exploración observándose un proceso funcional de retracción del tejido cicatrizal, herida con tejido de granulación adecuado y pendiente de siguiente fase de reconstrucción. Valorado prequirúrgicamente, pero dado el riesgo anestésico elevado, se decide continuar con curas diarias en su Centro de A.P., interviniendo EAP y MAP hasta la cura definitiva.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Exploración y pruebas complementarias: Glucemia 155, PCR: 22.70. Leucocitos: 25,70. Neutrófilos: 86,90, Hb: 13,20, Hto 40 pt: 1,23, INR: 1,22, Fibrinógeno: 916. Cultivo de exudado: estreptococos grupo G. TAC abdomino-pélvico con contrastes: Cambios posquirúrgicos e inflamatorios en bolsa escrotal, región inguino-escrotal y superficie antero-medial de la raíz del muslo a nivel derecho, con solución de continuidad cutánea, presencia de pequeñas burbujas de aire.

Juicio clínico: Gangrena de Fournier en fase flemonosa a nivel de hemiescroto derecho, región inguinal derecha con fístula cutánea a nivel de la raíz escrotal.

Diagnóstico diferencial: Infecciones de tejidos blandos no necrotizantes: celulitis y erisipela. Infecciones de tejidos blandos necrotizantes: fascitis necrotizante, mionecrosis, gangrena de Fournier, gangrena de Meleney, mucormicosis.

Comentario final: Las infecciones de tejidos blandos necrotizantes se caracterizan por afectación de la piel, tejido celular subcutáneo y fascia en horas. Se definen por la presencia de necrosis hística y toxicidad sistémica, con elevada mortalidad. Son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos, edades extremas de la vida, obesos, diabéticos, enfermedad vascular, neoplasias, pacientes politraumatizados. Se inicia con dolor intenso, y signos inflamatorios escasos. En fases más tardías, pueden aparecer áreas azul-violáceas y sepsis. Pueden presentar crepitación. La infección tipo I: polimicrobiana representa 70%, tipo 2: Mono microbiana (Staphilococcus, Streptococcus, Clostridia spp). Representa 20% de los casos. La gangrena de Fournier afecta a testículos, pene, y vulva. El tratamiento incluye desbridamiento quirúrgico, antibioticoterapia de amplio espectro y monitorización de las constantes vitales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perrelló Alzamora MR et al. Lo esencial en Tratamiento de las infecciones de partes blandas. FMC. 2013,20(7):406-9.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.