Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):10

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1487 - Esto antes no estaba así

S. Rodríguez Concheso[a], J.A. Esteves Baldo[b], L. Seco Sanjurjo[c], M.J. García Ruiz[d], S. Pérez Garrachón[c], T.G. Vasquez del Águila[b] y C. del Pozo Vegas[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [c]Médico de Familia. Centro de Salud Canterac. Valladolid. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [d]Médico de Familia. Centro de Salud Circular. Valladolid. [e]Médico de Familia. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años, acude a nuestra consulta de Atención Primaria por presentar fiebre, dolor e inflamación testicular derecha, FA en tratamiento con acenocumarol. Afebril, TA 100/60 mmHg, FC 83 lpm. Celulitis prepúbica y gran aumento de volumen escrotal a expensas de teste derecho con crepitación y fluctuación en hemiescroto derecho. Se pauta amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg. Al día siguiente acude de nuevo y a la exploración escara necrótica de 7 centímetros en región más declive del mismo, que se extiende a región inguinal ipsilateral con zona de drenaje purulenta. Le enviamos al hospital.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica. Hemoglobina 15 g/dl, Leucocitos 14.360 ul, polimorfonucleares 73,9%, creatinina 1,19 mg/dl, lactato 20 UI/l, PCR 305,4 mg/L. Coagulación INR 6,59 Índice de quick 13%. TAC abdominopélvico: grave inflamación de partes blandas escrotal, con múltiples burbujas aéreas en escroto derecho, extratesticular, compatible con gangrena de Fournier. Adenopatías inguinales de aspecto reactivo, más numerosas en lado derecho. No se aprecia patología intraabdominal significativa.

Juicio clínico: Gangrena de Fournier.

Diagnóstico diferencial: Torsión testicular, cancer testicular, hernia inguinal, dolor referido.

Comentario final: En urgencias, se pauta, meropenem 2 gramos intravenosos, linezolid 600 miligramos y 1 gramo de paracetamol intravenoso, dada la patología y su gravedad. Se realiza interconsulta a urología para evaluación. Éste ingresa en urología, se prescribió octaplex para revertir la anticoagulación. Se realiza desbridamiento quirúrgico de la lesión, dejando expuesto tejido aparentemente sano y sin presentar complicaciones intraoperatorias. Se toman muestras para hemocultivo, urocultivo y exudado de la herida. Todo ello sin hallazgos patológicos. La evolución en planta es buena, permaneciendo afebril y con buenas tensiones. Por último se realiza interconsulta al servicio de cirugía plástica y reconstructiva. Paciente con buena evolución asintomático.

Bibliografía

1. McLellan E, Suvarna K, Townsend R. Fatal necrotizing fasciitis caused by Haemophilus

influenzae serotype f. J Med Microbiol. 2008;57:249.
2. Resman F, Svensjö T, Ünal C, et al. Necrotizing myositis and septic shock caused by Haemophilus influenzae type f in a previously healthy man diagnosed with an IgG3 and a mannose-binding lectin deficiency. Scand J Infect Dis. 2011;43:972.

Palabras clave: *Gangrena de Fournier. Fascitis necrosante. Celulitis prepúbica.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.