Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):7

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/637 - FIEBRE, DOLOR Y "ROTURA" ESCROTAL: GANGRENA DE FOURNIER

D. Escalada Pellitero[a], P. González Recio[b], I. Ariño Pérez de Zabalza[c], J.J. García Mendoza[a], S. Escalada Pellitero[d] y P.J. Giral Villalta[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Pamplona. [b]Médico Residente de Medicina Interna; [f]Médico Residente de Urología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. [c]Médico Residente de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño. [d]Médico Residente de Pediatría. Hospital Niño Jesús. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años con antecedente de adenocarcinoma de sigma localmente avanzado, con infiltración vesical y fístula colovesical, tratado con quimioterapia (Folfox + bevacizumab), portador de colostomía y nefrostomía. Dos semanas antes de nuestra consulta acudió a Urgencias hospitalarias por sensación distérmica, donde se sospecha infección urinaria, se recoge urocultivo y se pauta amoxicilina/clavulánico. Consulta de nuevo, esta vez con su MAP, por persistencia del cuadro. En urocultivo ha crecido *E. coli* sensible a betalactámicos, se decide cambiar a cefixima. En una consulta posterior se añade ciprofloxacino. Acude de nuevo por persistencia del dolor escrotal y aparición de fiebre de hasta 39 ºC. En el momento de evaluarle se encuentra afebril, constantes en rango normal. A la exploración genital llama la atención la importante inflamación de testículo izquierdo, muy doloroso a la palpación, que desplaza el derecho. En escroto izquierdo se observa pequeña placa negruzca, y salida de material purulento. Se decide derivación a Urgencias Hospitalarias para valoración por Urología ante la sospecha de gangrena de Fournier.

Exploración y pruebas complementarias: Valorado por Urología, se extrae analítica de sangre con aumento de marcadores de inflamación, y se lleva a quirófano urgente para realizar escrototomía. En quirófano se retira abundante material necrótico y purulento, apreciándose un origen periuretral con dos trayectos inguinales. Se colocan drenajes Penrose y pasa a planta.

Juicio clínico: Gangrena de Fournier

Diagnóstico diferencial: Infección urinaria baja, absceso testicular.

Comentario final: Se inició tratamiento con ceftriaxona + gentamicina + metronidazol. Se enviaron muestras a Anatomía Patológica que confirma la sospecha de gangrena de Fournier. El cultivo de material del absceso demuestra que el microorganismo causante es un *E. coli* (se desescala antibioterapia) con un antibiograma similar al obtenido en urocultivo dos semanas antes. La evolución es favorable. Posteriormente se realiza cobertura de los testículos a cargo de Cirugía Plástica. Ante la aparición de una placa necrótica en un escroto inflamado, la sospecha ha de ser, por su gravedad, una gangrena de Fournier, que requiere una escrototomía urgente y antibioterapia

intravenosa intensiva. En este caso, el proceso oncológico de base con fístula colovesical es un factor de riesgo importante.

Bibliografía

1. Ishida T, Shinozaki H, Ozawa H, et al. A Case of Fournier&#39s Gangrene Caused by Small Intestinal Perforation during Bevacizumab Combination Chemotherapy. Gan To Kagaku Ryoho. 2016;43:909-11.
2. Park SJ, Kim DH, Choi CI, et al. Necrotizing soft tissue infection: analysis of the factors related to mortality in 30 cases of a single institution for 5 years. Ann Surg Treat Res. 2016;91:45-50.

Palabras clave: *Fournier Gangrene. Abscess.*

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