



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

242/917 - DOCTORA, CREO QUE TENGO UNA HERNIA

M. González^a, I. Hernández Muñoz^b, C. Rubio Bernardo^c, M. Hernando López^a, A. Ramírez Fernández^d y M. Esquilabre^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^bMédico Adjunto de Urgencias. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo San Juan de la Cruz. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monte Rozas. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años que acude al SU por bultoma testicular de 2 semanas de evolución. Niega vómitos. Última deposición hace 3 días con enema de escasa cuantía. No AP de hernia inguinal. No otra sintomatología. Afebril. Síndrome constitucional en último año de unas 4 tallas que no ha sido estudiado.

Exploración y pruebas complementarias: Caquético. Regular estado general. TA: 94/58. SatO₂: 93% FC: 95 lpm. Abdomen: blando, doloroso a la palpación generalizada. Bolsas escrotales aumentadas de tamaño con aspecto de contenido intestinal. Región necrótica en teste izquierdo con placa melicérica. Analíticamente 15 mil leucocitos con neutrofilia. PCR: 40,8. INR: 1,59. Glucosa: 512 K+: 1,9. Ante el estado del paciente y los datos analíticos se procedió a su estabilización y se solicitó TAC abdominal urgente que se informa como gran colección escrotal compatible con gangrena de Fournier. Gran absceso retroperitoneal izquierdo desde el diafragma hasta región inguinal. Neumonía en el LID con probable empiema paraneumónico... El paciente precisó de cirugía urgente con desbridamiento por parte de urología e ingreso de UVI y posteriormente en planta durante 3 meses con múltiples complicaciones secundarias (TEP), isquemia arterial aguda en MII que requirió de trombectomía ileofemoral y recanalización de AIC con ATP, stent y profundoplastia) y valoración por diferentes especialidades médicas.

Juicio clínico: Gangrena de Fournier.

Diagnóstico diferencial: Hernia inguinal. Orquiepididimitis. Tumor testicular.

Comentario final: La gangrena de Fournier sigue siendo una emergencia quirúrgica y el desbridamiento completo y urgente es la base de la supervivencia del paciente. El tratamiento de la gangrena de Fournier se centra en la monitorización de pacientes con sepsis, antibióticos de amplio espectro y un remanente quirúrgico de tejidos inviables. Se ha demostrado tasas de supervivencia superiores al 70% en los pacientes que recibieron diagnóstico precoz, desbridamiento completo y terapia antibiótica concurrente.

Bibliografía

1. Ariana S, Kamran A, Abdullatif A, et al. Fournier's gangrene. A clinical review.
2. Mallikarjuna MN, Vijayakumar A, Patil VS, Shivswmany BS. Fournier's gangrene: current practices. ISRN Surg. 2012.

Palabras clave: Fournier. Gangrena. Hernia. Testículo.