

424/2568 - GANGRENA DE FOURNIER A LA VISTA

V. Ruiz Larrea¹, G. Ferreiro Gómez², E. Velázquez González³ y Á. Moreno Martín¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.²Médico de Familia. Centro de Salud Ponferrada III. León. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años sin alergias conocidas. Hace 2 años, le diagnosticaron glioblastoma multiforme, recibiendo radioterapia y quimioterapia. Por empeoramiento radiológico tumoral y deterioro estado general, se decidió tratamiento sintomático por Oncología. Tratamiento: buprenorfina, lorazepam, ondansetron, dexametasona, lorametazepam. Consultó en urgencias (domiciliarias) de Atención Primaria por fiebre, deterioro del estado general y edema con signos flogóticos en periné y testículos, de 48 horas de evolución. Dada la situación, se remitió a Urgencias Hospitalarias, y fue ingresado en Unidad Cuidados Paliativos. Se produjo exitus a las 72 horas.

Exploración y pruebas complementarias: PA: 120/90 mmHg, FC: 115 lpm, T^o 38,3 °C, malestar general con tendencia a desconexión del medio. Palidez cutáneo-mucosa. Auscultación cardiopulmonar: taquicárdico sin soplos. Abdomen: sin signos de defensa. EE.II: Sin edemas, ni TVP, pedios presentes. Edematización y enrojecimiento y calor de ambos testículos, dolorosos a la palpación. Pruebas complementarias: Hemograma: a destacar leucocitosis 14.000/?L. Coagulación: normal. Bioquímica: glucosa 233 mg/dL, procalcitonina 2,2 ng/mL, creatinina 0,3 mg/dL. Rx tórax: sin condensación ni derrame. Ecografía escrotal y TC pélvico: Trombosis de la vena ilíaca primitiva y externa derecha. Trombosis femoral derecha. Absceso por detrás de la región anal, en línea media de 4 cm, con extensión por la región perineal y el hemiescroto izquierdo con numerosas burbujas aéreas y engrosamiento de las cubiertas escrotales en relación con fascitis necrotizante (enfermedad de Fournier).

Orientación diagnóstica: Fascitis necrotizante. Gangrena de Fournier.

Diagnóstico diferencial: Celulitis subcutánea. Sepsis de origen multiorgánica.

Comentario final: Para el MIR, encontrarse con casos de este tipo (gangrena de Fournier), que se estudian y se miran fotos durante la carrera universitaria, pero que una vez que se palpan en vivo, resulta ser hasta cierto punto motivador desde el punto de visto académico. Se trata de no dejar ni un cabo suelto en el curso de esta infección, elaborando detalladamente la historia clínica (factores predisponentes, cronología, situación actual). Para luego llegar a la etiología más precisa y hacer lo posible por detener el curso de la misma; aunque en el caso mencionado y dada la situación del afectado, lamentablemente era poco lo que se podía hacer.

Bibliografía

1. Kasper DL. Infections due to mixed anaerobic organisms. Harrison's Principles of internal medicine, 13th ed; p. 700-5.

Palabras clave: Enfermedad de Fournier.