



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/492 - DOCTORA, NO ME PUEDO SENTAR

M. Alonso Fernández¹, P. Casas Rodríguez², M. Gutiérrez García¹ y M. Vicente Manchado¹

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tordesillas. Tordesillas. Valladolid.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo Urbano. Medina del Campo. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 72 años con AP: dislipemia, hipertensión portal, HTA, cirrosis hepática enólica, colelitiasis, varices esofágicas grado 2; DM tipo 2, gammopatía monoclonal Ig A tipo Lambda. En tratamiento habitual con metformina 850, valsartán 160 mg, propranolol 10 mg. EA: Consulta por dolor glúteo progresivo de 5 días de evolución con dificultad en micción/deposición en últimas horas, le impide apoyo en esa zona, no vómitos, fiebre autolimitada inicial, no sintomatología respiratoria, tarda en consultar en relación con miedo a contagio en contexto de pandemia COVID.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, TA 91/76, FC 70, sudoroso, T^a 36,3 °C, FR 22, SatO₂ 97%, eritema e induración glútea derecha intensa por lo que ante la exploración y la afectación general con hipotensión se decide derivación hospitalaria. Exploraciones complementarias: Analítica en urgencias con 9.200 leucos (92,1% NT), plaquetas 114.000, fibrinógeno 965, urea 81,5, creatinina 2,88, FG 21, PCR 304, PCR COVID-19 -, TAC: hígado irregular en relación con cirrosis conocida, esplenomegalia 16 cm, absceso perirrectal con burbujas en interior 5,8 × 2,6 cm asociado a absceso isquirrectal 7 × 8 × 3,6 cm edematización glútea.

Orientación diagnóstica: Evolución: se realiza intervención quirúrgica con drenaje Penrose perineal e isquirrectal, en posoperatorio inmediato se complica con sepsis precisando ingreso en UCI con soporte respiratorio, presenta infección progresiva a pesar de necrosis cutánea con desbridamientos repetidos con pérdida de tejido glúteo y exposición de glúteo mayor. Diagnóstico: absceso isquirrectal + gangrena de Fournier.

Diagnóstico diferencial: Diagnóstico diferencial: celulitis, erisipela, pioderma gangrenoso.

Comentario final: La gangrena de Fournier en una fascitis necrotizante poco frecuente, relacionada con el uso de antidiabéticos ISGLT2 pero que también puede presentarse sin relación con los mismos, teniendo una peor evolución en el contexto de pacientes diabéticos y/o alcohólicos, en esta entidad es vital la sospecha diagnóstica para proceder a la derivación hospitalaria puesto que la intervención precoz con desbridamiento amplio de la zona y antibioterapia intravenosa se asocia con mejores tasas de supervivencia.

Bibliografía

1. Sanz García FJ, Pinzón Navarrete I, et al Gangrena de Fournier. Medicina Clínica. 2016;146:e47.

Palabras clave: AP. Gangrena de Fournier.