



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 7 - ¿QUÉ HAY AHÍ? A PROPÓSITO DE UN CASO DE GANGRENA DE FOURNIER

J. López Coscojuela<sup>a</sup>, R.E. Labat Ponsa<sup>b</sup>, M. Avellana Gallán<sup>a</sup>, M. Royo Blesa<sup>a</sup>, L. Tejada de los Santos<sup>c</sup> y L. Marcos Mayor<sup>d</sup>

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón en tratamiento por leucemia linfocítica crónica Binet-B que acude por edema testicular progresivo de 5 días de evolución que presenta dolor intenso en el día de su ingreso, sin fiebre ni traumatismo. No sangrado, emisión de pus ni historia de fisura anal.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hábito álgico; inflamación escrotal a tensión (rubor, calor, dolor) que impide exploración de testículos, con edema que implica periné derecho y nalga derecha, ambos de aspecto celulítico sin crepitación a la presión; no supuración uretral ni a piel; no olor fétido; afebril. Análisis: 49.000 plaquetas,  $1.200 \times 10^6$ , PCR 31, procalcitonina 2,31; ECO de partes blandas no se realiza, prefiriéndose TAC urgente que revela enfisema subcutáneo centrado en escroto derecho e implica periné, región inguinal y flanco derecho, hasta la altura de la cresta ilíaca. Cultivos de drenaje revelaron *E. coli*, *P. mirabilis* y *S. anginosus*.

**Juicio clínico:** Gangrena de Fournier.

**Diagnóstico diferencial:** Celulitis, sangrado espontáneo por leucemia, absceso perineal, varicocele complicado.

**Comentario final:** A su llegada, el paciente se encontraba afebril pero con un intenso dolor escrotal; los síntomas se habían iniciado de forma larvada en días previos, pero en el día de su ingreso se volvieron agresivos, sin llegar a producirse fiebre. Dado el aspecto ruboroso del escroto y la marcada plaquetopenia en analíticas recientes en ausencia de afectación del estado general, se orientó el caso inicialmente como un cuadro de hematoma espontáneo confinado y se indicó tratamiento analgésico. Fue reevaluado cuando su TA cayó hasta 70/40, sin que el paciente llegara a desarrollar fiebre, indicándose TAC e ingreso en UCI, donde falleció tras drenarse contenido necrótico purulento y maloliente por desarrollar shock séptico e insuficiencia respiratoria, de probable origen infeccioso. El paciente fue tratado y reevaluado de forma temprana, pero su pronóstico habría resultado similar dado lo larvado de su clínica y la extensión en el momento de su llegada a Urgencias; pacientes con enfermedades sistémicas como la LLC-B pueden quedar más expuestos a complicaciones como el shock séptico, y responder peor al tratamiento antibiótico agresivo.