



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

452/86 - HISTORIA DE UN ABSCESO COMPLICADO

D. García Arenaz¹, A. Aisa Pascual², B. Meléndez Sancho³, B. Sanz Casorrán¹, T. Montesino Escartín⁴, I. Albero Marcén⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Actur Norte. Zaragoza, ²Médico Adjunto Servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza, ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario. ⁴EIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Jota. Zaragoza, ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años, sin antecedentes patológicos de interés. Acudió en un primer momento a Centro de Salud por nódulo de varios días de evolución en región glútea doloroso, que drenó material purulento y hemático de forma espontánea. Tras la exploración, fue derivado a Urgencias como impresión de absceso. Allí detectaron lesión nodular con signos inflamatorios, sin apreciar tracto fistuloso ni sangrado. Valorado por Cirugía de Urgencias describieron que la tumoración había drenado de forma espontánea, sin necesidad de intervención, por lo que fue dado de alta con pauta de amoxicilina/clavulánico e ibuprofeno. El paciente acudió de nuevo a los 5 días al Centro de Salud por presentar aumento de tamaño de la tumoración, dolor y sensación distérmica sin termometrar. Ante los nuevos síntomas, se derivó de nuevo a Urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración de Urgencias el paciente se encontraba con regular estado general y afebril. Tensión arterial 95/64 y taquicardia. Presentaba importante tumoración acompañada induración y signos inflamatorios intensos desde zona anal, pasando por periné, hasta escroto, sin afectar a pene. En analítica sanguínea destacaba ácido láctico 2, PCR 46,12. Hemograma mostraba 17.000 leucocitos con 93% de neutrófilos. INR 1,37 y actividad de protrombina 70%. Se pautó en un primer momento dexketoprofeno intravenoso y una ampolla de vitamina K. De nuevo fue valorado por Cirugía que decidió intervención urgente por su parte. Se realizó cirugía sin incidencias y fue dado de alta días posteriores con curas diarias. En estudio microbiológico del exudado de la herida se detectó crecimiento de E. coli sensible a todos los antibióticos analizados.

Juicio clínico: Gangrena de Fournier.

Diagnóstico diferencial: Gangrena húmeda: caracterizada por hinchazón, ampollas y aspecto húmedo. Gangrena de Fournier: afectación de órganos genitales. Causando inflamación e induración.

Comentario final: La gangrena de Fournier es una patología rara en nuestro entorno con un gran potencial de poner en riesgo la vida del paciente. La mortalidad está determinada por varios factores, como el lugar de origen de la enfermedad (intestinal, testicular, cutáneo...), siendo el más grave el intestinal, llegando a tasas de mortalidad entre 20-40%. Otros estudios, muestran factores propios del paciente que pueden predecir la mortalidad, como serían la vasculopatía periférica, hemoglobina, leucocitos, función renal o sepsis grave. Entre todos ellos, demostraron mayor tasa de defunción la vasculopatía periférica y criterios de sepsis grave. Lo original de este caso se basa en la poca incidencia de la patología, y que en este caso se ha podido realizar

un seguimiento desde el primer contacto con Atención Primaria, pasando por hospitalización y posterior derivación a Primaria para continuar curas y tratamientos. Es importante una buena comunicación entre todas las partes para ofrecer la mejor atención a los pacientes.

Bibliografía

Horta R, et al. Gangrena de Fournier: de urgencia urológica hasta el departamento de cirugía plástica. Actas Urológicas Españolas. 2009.

Fernandez-Alcaraz D, et al. Etiología de la gangrena de Fournier como factor pronóstico de mortalidad: análisis de 121 casos. Actas Urológicas Españolas. 2019.

Palabras clave: Gangrena de Fournier. Choque séptico. Atención Primaria de Salud.