

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Edema y necrosis en la región escrotal y perineal

Antonia María Sánchez Pascual* y M.^a Purificación Oñate Domínguez

*Servicio 6 de Cirugía General. Hospital de Santo António dos Capuchos. Servicio de Dermatología Hospital do Desterro. Lisboa.



Figura 1. Aspecto clínico inicial.



Figura 2. Aspecto después de 10 semanas de tratamiento.

347

Varón de 65 años, de raza eurocaucasiana, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, sin hábitos tóxicos ni antecedentes familiares de interés.

Historia actual

Edema perianal, dolor, fiebre de 38-39 °C y malestar general de una semana de evolución.

Desde hace 2 meses está medicado con fármacos antihemorroidales por molestias dolorosas en la región perianal, sin respuesta.

Correspondencia: Dra. Antonia María Sánchez Pascual.
Rua Cristovão, 10, R/C esquierdo. 1900.
Lisboa. Portugal.

Piel 2001; 16: 347-349.

Exploración clínica

Se observa un absceso en la región perianal con puntos de necrosis e importante edema del escroto y el pene, con engrosamiento cutáneo de esta región (fig. 1).

Exámenes complementarios

En la analítica-hemograma destaca una leucocitosis de 20.000 µl, con neutrofilia del 90%. La hemoglobina y plaquetas son normales. En la bioquímica se pone de manifiesto una glucemia de 360 mg/dl.

En el cultivo bacteriológico de la lesión se aíslan *E. coli*, *Bacteroides fragilis*, *Clostridium welchii* y *proteus*. En la radiografía de abdomen se evidencia un enfisema subcutáneo del escroto y el perineo.

DIAGNÓSTICO

Gangrena de Fournier.

Tratamiento y evolución

El paciente fue remitido al servicio de cirugía general, y se efectuó el siguiente tratamiento:

- Drenaje del absceso con desbridamiento quirúrgico extenso del área necrosada.
- Antibióticos de amplio espectro: metronidazol, 500 mg, cada 8 h más gentamicina, 80 mg por vía intravenosa cada 12 h, y control del equilibrio hidroelectrolítico. Analgésicos: tramadol más proparacetamol, una ampolla por vía intravenosa cada 8 h; metoclopramida, una ampolla por vía intravenosa cada 8 h.
- Insulina de acción rápida conforme los valores de glucemia.
- Transversostomía transitoria.

El paciente evolucionó favorablemente (fig. 2), y se obtuvo cicatrización total de la zona desbridada en 16 semanas. Como secuelas poscirugía, presentó dolor de intensidad leve y discreta parestesia de la región. A los 7 meses se procedió al cierre de la colostomía, encontrándose en la actualidad con una calidad de vida satisfactoria.

COMENTARIO

La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante del perineo, los genitales o la pared abdominal, descrita por Fournier en 1883. Es una enfermedad rara y potencialmente letal, y es de etiología polimicrobiana¹⁻⁵.

Como factores de riesgo principales se encuentran la diabetes mellitus, el alcoholismo crónico, la malnutrición⁶, la infección coloproctológica^{7,8}, la inmunodepresión⁹, principalmente por leucemia promielocítica^{10,11}, postransplante de médula ósea¹² y sida^{13,14}. Un número elevado de casos se asocian a enfermedad urológica^{15,16}.

Los síntomas y signos principales que orientan hacia el diagnóstico son dolor intenso, inicialmente inexplicable, malestar general, edema y áreas de necrosis en el perineo^{3,4}.

Un diagnóstico temprano, con drenaje y desbridamiento quirúrgico extenso, antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa y estabilización hemodinámica son esenciales para la supervivencia del paciente^{17,18}.

El oxígeno hiperbárico se ha descrito como terapéutica adyuvante para prevenir la extensión de la necrosis y reducir la toxicidad sistémica¹⁹⁻²¹.

Como secuelas posquirúrgicas podemos encontrar dolor, disfunción sexual y de forma menos frecuente incontinencia fecal temporal²³.

El pronóstico es más favorable en pacientes menores de 60 años, con enfermedad localizada, sin enfermedad sistémica, con hemocultivos estériles y con colostomía²².

Nuestro paciente, de sexo masculino y 65 años de edad, con diabetes mellitus como factor de riesgo, presentó una respuesta favorable al desbridamiento quirúr-

gico de la zona necrosada y antibioterapia sistémica asociada, encontrándose actualmente con una calidad de vida satisfactoria.

Diagnóstico diferencial

En la fase inicial en la que el paciente presentaba tumefacción cutánea, dolor intenso y eritema, el diagnóstico diferencial debía realizarse con celulitis, tromboflebitis, síndrome compartimental y tumor maligno³.

Celulitis. Es una infección invasiva no supurada del tejido conjuntivo, que no requiere desbridamiento ni drenaje quirúrgico²⁴.

Tromboflebitis. La tumefacción es habitualmente mayor que en la celulitis, y a veces es difícil la diferenciación entre ambas. En la flebitis la hiperestesia puede localizarse sobre una vena y puede presentar como complicación embolia pulmonar²⁴.

Síndrome compartimental. Situación de presión aumentada en un espacio fascial cerrado (compartimiento muscular), con múltiples etiologías. Compromete la circulación y la función de los tejidos contenidos en este espacio. El primer síntoma es un dolor intenso acompañado de sensación de tensión en la zona con edema. El paciente suele referir alteraciones sensitivas. Puede cursar con fiebre, leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG) de forma inespecífica²⁵.

En la fase avanzada se debe hacer diagnóstico diferencial con otras lesiones necrosantes, como la gangrena gaseosa, en la que además de la abundante presencia de gas en los tejidos necrosados existe habitualmente una hemólisis grave³.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. C. Alves Pereira, director del Servicio 6 de Cirugía General y al Dr. A. Pinto Soares, Director del Servicio de Dermatología. A los Dres. J. Domingos Vaz, Vicente da Cruz y Vasco Pinheiro por su amable colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pol AG, Groeneveld AE, De Jong IJ, Mensink HJ. Fournier's gangrene. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143: 2177-2181.
2. Mastroeni F, Novella G, Curti P, D'Amico A, Lusardi L, Porcaro AB et al. Fournier's gangrene: report of 2 cases and review of the literature. *Arch Ital Urol Androl* 1999; 71: 31-33.
3. Torrabedolla P, Misis M, Güell X. Fascitis necrosante. *Piel* 1998; 13: 120-129.
4. Allen R. Diseases and disorders of the anogenitalia of males. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KE, Goldsmith LA, Katz SI et al, editores. *Dermatology in general medicine* (5.^a ed.). Nueva York: McGraw Hill, 1999; 1348-1476.
5. Anzai AK. Fournier's gangrene: a urologic emergency. *Am Fam Physician* 1995; 52: 1821-1825.
6. Sánchez F, Fadil JL, Provenzal O, Damiani H, Milman A, Bragagnolo J et al. Fournier's gangrene. Our experience over 10 years. A review of the literature. *Arch Esp Urol* 1999; 52: 721-727.
7. Schultz ES, Diepgen TL, Von den Driesch P, Hornstein OP. Systemic corticosteroids are important treatment of Fournier's gangrene: a case report. *Br J Dermatol* 1995; 133: 633-635.

8. Asci R, Sarikaya S, Buyukalpelli R, Yilmaz AF, Yildiz S. Fournier's gangrene: risk assessment and enzymatic debridement with lyophilized collagenase application. *Eur Urol* 1998; 34: 411-418.
9. Thum P, Lubbe N, Djamilian M, Denil J, Kirchner E. Fournier's gangrene. Experiences and changes in the disease picture since initial description. *Anasthesiol Intensiva Med Notfallmed Schmerzther* 1995; 30: 315-319.
10. Goto H, Tsurumi H, Kasahara S, Hara T, Yamada T, Sawada M et al. Acute promyelocytic leukemia accompanied by scrotal Fournier's gangrene during ATRA treatment and relapsed as external ear tumor. *Rinsho Ketsueki* 1998; 39: 1169-1174.
11. Faber HJ, Girbes AR, Daenen S. Fournier's gangrene as first presentation of promielocytic leukemia. *Leuk Res* 1998; 25: 473-476.
12. Wang LP, Wong HY, Griffith DP, Ercole C. What happened down there? Fournier's gangrene. *Bone Marrow Transplant* 1997; 17: 29-32.
13. Vick R, Carson CC. Fournier's disease. *Urol Clin North Am* 1999; 26: 841-849.
14. Hotter JT. Fournier's gangrene as the presenting sign of an undiagnosed human immunodeficiency virus infection. *J Urol* 1996; 155: 291-292.
15. Irazu JC, De Miseu S, Salas J, Katz ON, Echeguren ES, Blundo OA. Fournier's gangrene. Our clinical experience, etiopathogenesis and management. *Actas Urol Esp* 1999; 23: 778-783.
16. Picramenos D, Deliveliotis C, Macrichoritis K, Alexopoulou K, Kostakopoulos A, Dimopoulos C. Fournier's gangrene: etiology, treatment, and complications. *Prog Urol* 1995; 5: 701-705.
17. Jiménez J, Cozar A, Moreno J, Del Olmo M, Pastor F, Garrido M. Fournier's gangrene: our experience. *Arch Esp Urol* 1998; 51: 1041-1044.
18. Corman JM, Moody JA, Aronso WJ. Fournier's gangrene in a modern surgical setting: improved survival with aggressive management. *BJU Int* 1999; 84: 85-88.
19. Korhonen K, Hirn M, Niinikoski J. Hyperbaric oxygen in the treatment of Fournier's gangrene. *Eur J Surg* 1998; 164: 251-255.
20. Baykal K, Albayrak S, Inal H, Elbuken E, Dundar K, Onol Y. Fournier's disease: adjunctive hyperbaric oxygen therapy to classic therapy. *Int J Urol* 1996; 3: 161-162.
21. Hollabaugh RS Jr, Dmochowski RR, Hickerson WL, Cox CE. Fournier's gangrene: therapeutic impact of hyperbaric oxygen. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 94-100.
22. Benizri E, Fabiani P, Migliori G, Chevallier D, Peyrottes A, Raucoules M. Gangrene of the perineum. *Urology* 1996; 47: 935-939.
23. Theiss M, Hofmockel G, Eckert P, Frohmuller H. Cosmetic and functional long-term outcome after operation of Fournier's gangrene. *Urologe A* 1996; 35: 338-341.
24. Way LW. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. Santafé de Bogotá: El manual moderno, S.A. de C.V., 1995; 136-137.
25. Mohamed Z, Resel L. Gangrena de escroto. En: Balibrea Cantero JC, editor. Tratado de cirugía. Madrid: Marbán, S.L., 1994; 1643-1645.

