

Gangrena de Fournier.

Autores:

Alejandro J. Zárate.

Daniela Ortiz

Universidad Finis Terrae.

Introducción

La gangrena de Fournier (GF) se define como una fasciitis necrotizante localizada que afecta el área perineal, escrotal y/o perianal. Las fascias posiblemente afectadas son la fascia superficial del periné (Colles) y la fascia superficial del pene (Dartos) incluso puede extenderse hacia la pared abdominal, a través, de la fascia de Scarpa. La GF obtiene su denominación por la descripción en el año 1883 por Alfred Fournier, entre sus características se describió el inicio de un dolor escrotal súbito con progresión a gangrena sin una causa establecida ⁽¹⁾.

Epidemiología.

La GF es una patología infrecuente, pero su alta mortalidad obliga a realizar un diagnóstico precoz para evitar su progresión y complicaciones. Datos internacionales han mostrado una mortalidad entre un 7 a 40% en establecimientos de alta complejidad y con un equipo especializado ⁽²⁾.

Existen diversos estudios entre los que se destacan el realizado por Sorensen et

al. ⁽³⁾ en el cual tras analizar 14 millones de estadías hospitalarias en los años 2001 y 2004 seleccionaron 1.641 varones y 39 mujeres ingresados con diagnóstico de GF que equivale a un 0,02% de las admisiones anuales, con una incidencia de 1,6/100.000 y una incidencia máxima de 3,3/100.000 entre varones de 50 a 79 años. La mortalidad fue de 7,5% ⁽²⁾.

En Japón un análisis retrospectivo entre los años 2007-2010 identificó 393 pacientes con GF; 302 de ellos fueron varones, con una mortalidad global de 17,1% ⁽⁴⁾.

En Chile, entre los años 1990 a 2001, se evidenció tras el seguimiento de 30 pacientes que cumplían con criterios clínicos locales y sistémicos de GF, un 86% correspondían a varones, con un promedio de edad de 63,4 años. La mortalidad y morbilidad fueron de un 10% y 40%, respectivamente; la estadía hospitalaria promedio fue de 20,4 días ⁽⁵⁾. Otro estudio chileno entre el 2000 y 2007 analizó 31 pacientes. Un 80,6% correspondieron al género masculino.

La mortalidad fue de 25,8 % y los días de hospitalización oscilaban entre 6-187 días con un promedio de 35 días (6).

Etiopatogenia.

Actualmente los dos focos de origen más frecuentes son el recto-anal seguido por el tracto genito-urinario (7). Entre sus causas el absceso perianal y la perforación anal traumática son las más comunes. Otras causas pueden deberse a instrumentación de la vía urinaria, estenosis uretrales, epididimitis, abscesos escrotales, inyecciones intramusculares y secundario a perforación por apendicitis o diverticulitis. A través de estos focos de entrada se produce una infección polimicrobiana (aerobios gram positivos, negativos y anaerobios). Dentro de los principales agentes se destacan la presencia de E.Coli, Klebsiella Pneumoniae, Proteus spp, Clostridium spp, y Estafilococo Aureus (8), menos frecuentemente por agentes como candida spp. Estos patógenos poseen una acción sinérgica que provocan endarteritis obliterante y trombosis vascular; por consiguiente se produce una rápida destrucción y necrosis del tejido subcutáneo. Un cuadro que se descrito de más rápido avance es el producido por S. Aureus metilino resistente (9). Se han descritos diversos factores de riesgo en relación a la GF, particularmente asociados a una alteración del estado inmunológico del paciente. Estos factores se nombran en la tabla 1.

Factores de riesgo
Diabetes mellitus
Etilismo crónico
Obesidad
Desnutrición
Insuficiencia hepática
Uso crónico de corticoides
Lupus eritematoso
Uso de drogas intravenosas

Tabla 1. Factores que pueden predisponer al desarrollo de GF.

Clínica.

Las manifestaciones clínicas en la GF son variables, por esto es importante sospecharla en pacientes que poseen patologías concomitantes, tales como DM (que es el factor predisponente más frecuente), y que además presenten fiebre, dolor en la zona anal, perineal y/o escrotal (10). Se debe enfatizar realizar el examen físico completo, además del específico de la zona genital y perianal en los pacientes con las características previamente descritas. En la inspección se observará la presencia de aumento de volumen, eritema, y coloración más oscura de la piel de las zonas afectadas, además otro signo de sospecha es el mal olor de la piel de las zonas mencionadas. A la palpación puede existir enfisema subcutáneo y crepitaciones, lo cual se ha mencionado como uno de los signos clásicos de la GF y estaría relacionado con la presencia de patógenos anaerobios. Se ha descrito también la presencia de exudación de material sero-purulento de olor fétido. Es importante saber que las manifestaciones cutáneas aparecen

macroscópicamente posterior al daño iniciado a nivel del tejido subcutáneo y fascial. Por tanto, las lesiones evidentes de la piel son de menor extensión que el daño en los tejidos profundos ⁽¹¹⁾.

El diagnóstico se realiza con la sospecha clínica de la anamnesis y los hallazgos clínicos al examen físico. Desde la sospecha y confirmación del diagnóstico debe mantenerse un monitoreo clínico constante del paciente para evaluar la presencia de signos de compromiso sistémico. Los exámenes radiológicos son complementarios y se utilizan para evaluar la extensión y origen de la infección. Los exámenes radiológicos no deberían demorar el tratamiento quirúrgico, ni la estabilización por equipo de salud multidisciplinario.

Tratamiento.

La GF es una urgencia y su tratamiento es quirúrgico. Se debe realizar un debridamiento quirúrgico radical del tejido necrótico. La resección de los tejidos es amplia, pero se conservan los testículos y el ano, ya que generalmente se encuentran conservados, por su irrigación. Se debe administrar antibióticos empíricos de amplio espectro, como cefalosporina de tercera generación, metronidazol y/o carbapenémicos, para luego ajustar la terapia según los resultados del cultivo. El manejo de estos pacientes es en unidad de cuidados intensivos con un equipo multidisciplinario. Se requieren curaciones locales y un adecuado apoyo nutricional que apoye la cicatrización.

Se debe evaluar sistemáticamente la necesidad de una nueva cirugía según la evolución del paciente.

La colostomía evitaría la contaminación fecal de la herida, no obstante su uso realización es solamente en pacientes seleccionados.

Puntos Importantes a recordar

- La GF es una patología infrecuente y de alta morbimortalidad.
- Se sospecha en varones con factores de riesgo asociados siendo lo más frecuente la diabetes.
- Su alta tasa de mortalidad la convierte en una emergencia quirúrgica.
- Su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico. Además debe asociarse a un postquirúrgico en unidad de cuidados intensivos a cargo de un equipo multidisciplinario.

Referencias.

- 1.- Fournier JA. *Gangrene foudroyante de la verge. Medecin Pratique* 1883; 4: 589-97.
- 2.- Carvalho JP, Hazan A, Cavalcanti AG, Favorito LA. *Relation between the area affected by Fournier's gangrene and the type of reconstructive surgery used. A study with 80 patients. Int Braz J Urol* 2007; 33: 510.
- 3.- Sorensen MD, Krieger JN, Rivara FP, Broghammer JA, Klein MB, Mack CD, Wessells H. *Fournier's gangrene: population based epidemiology and outcomes. J Urol* 2009; 13: 2120-6.
- 4.- Sugihara T, Yasunaga H, Horiguchi H, Fujimura T, Ohe K, Matsuda S, Fushimi K, Homma Y. *Impact of surgical intervention timing on the case fatality rate for Fournier's gangrene: an analysis of 379 cases. BJU Int.* 2012.
- 5.- Bocic G, Jensen C, Caceres M, Garrido R, Cúneo A, Abedrapo M, et al. *Enfermedad de Fournier: Técnica de tratamiento modificada, once años de experiencia clínica. Rev. Chilena de Cirugía* 2003; 55: 232-8.
- 6.- Azolas R. *Factores de riesgo para mortalidad en gangrena de Fournier. Rev Chil Cir* 2011; 63: 232.
- 7.- Eke N. *Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. Br J Surg* 2000; 87: 718-28.
- 8.- Kuo C, Wang W, Lee C, Liu C, Tseng H. *Fournier's gangrene: ten year experience in a medical center in northern Taiwan. J Microbiol Immunol Infect* 2007; 40: 500-506.
- 9.- Burton MJ, Shah P, Swiatlo E. *Community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus as a cause of Fournier's gangrene. Am J Med Sci.* 2008; 335: 327-8.
- 10.- Benjelloun B, Souiki T, Yakla N, Ousadden A, Mazaz K, Louchi A, Kanjaa. *Fournier's gangrene: our experience with 50 patients and analysis of factors affecting mortality World J Emerg Surg.* 2013; 8: 13.
- 11.- Laucks S: *Fourniers gangrene. Surg Clin North Am* 1994; 74: 1339-52.