



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-386 - REVISIÓN DE CASOS DE GANGRENA DE FOURNIER EN NUESTRO CENTRO A LO LARGO DE DIEZ AÑOS

Calcerrada Alises, Enrique; Gil-Olarte Márquez, María de los Ángeles; Ciriano Hernández, Patricia; Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Peláez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Picón Rodríguez, Rafael; Martín Fernández, Jesús

Hospital General, Ciudad Real.

Resumen

Objetivos: La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante polimicrobiana, de aparición súbita y progresión rápida, que generalmente afecta los tejidos subcutáneos del área genital, perineal y/o perianal. El tratamiento agresivo y temprano es vital.

Métodos: Presentamos una revisión de 17 casos tratados en nuestro centro de 2008 a 2018. Todos los casos correspondieron a hombres, con una edad promedio de 58 años (45-82). Analizando antecedentes personales, encontramos diabetes mellitus en diez de ellos (58,8%), dislipemia en cinco (29,4%), obesidad en cuatro (23,5%) y neoplasia en dos (11,7%). La causa se identificó en el 94%. El origen colorrectal representó 58,8%. En segundo lugar, enfermedad genitourinaria (35,2%). Uno fue considerado idiopático (5,8%). Se realizó un primer desbridamiento en quirófano, requiriendo un promedio de 2 (entre 1-5), continuando las siguientes curas en la planta de Cirugía. En cuanto a los gérmenes aislados, la mayoría de los cultivos eran de naturaleza polimicrobiana, tanto aerobios como anaerobios, típicos de la flora anogenital. *E. coli* fue el más frecuente (41,1%), seguido de *Bacteroides sp* (23,5%), *Pseudomonas aeruginosa* (17,6%), *Streptococcus viridans* (17,6%), *E. faecalis* (17,6%), *S. constelatus* (11,7%) y *Parabacteroides distasonis* (11,7%). Se recomienda el uso de antibióticos de amplio espectro (metronidazol, carbapenem o cefalosporinas de tercera generación). En nuestro caso, seguimos estas pautas, utilizando metronidazol en seis (35,2%), carbapenem en tres (17,6%) y cefalosporinas en uno (5,8%). Tras el antibiograma o mala evolución se ajustaron dichos tratamientos. La estancia media fue de 24,5 días (entre 6-76 días). Dos pacientes (11,7%) ingresaron en Cuidados Intensivos (7 y 36 días) y tras la mejoría pasaron a planta (dados de alta el día 19 y 53 respectivamente). Dos de los pacientes requirieron realizar colostomía durante la primera semana debido a la extensión de la infección (11,7%). Después del alta, 3 pacientes fueron remitidos a cirugía plástica para cirugía reparadora (17,6%). En nuestro caso, ningún paciente falleció durante el ingreso.

Resultados: Es más común en hombres entre 50 y 70 años. Podemos identificar la causa en hasta el 90% de los casos. Los más frecuentes son la patología perianal, enfermedades genitourinarias y lesiones cutáneas locales. Los microorganismos aislados generalmente corresponden a la flora habitual de la región urogenital o anorrectal. Estos microorganismos, generalmente de baja virulencia, en condiciones de enfermedades sistémicas (diabetes, alcoholismo, neoplasias, etc.) asociadas a una lesión (infección, trauma, etc.) aumentan su capacidad destructiva. La lesión causa

endarteritis obliterante debido a la propagación de microorganismos al espacio subcutáneo, con la consiguiente trombosis de los pequeños vasos. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Inflamación perineal acompañada de edema, dolor y fiebre alta. Las pruebas complementarias no siempre son necesarias. En cuanto al tratamiento, es esencial el desbridamiento quirúrgico radical acompañado de antibioterapia empírica. Asimismo, el control de la patología de base es fundamental.

Conclusiones: Los datos que hemos presentado son similares a los descritos en la literatura. La gangrena de Fournier tiene una alta morbilidad y mortalidad y requiere un tratamiento quirúrgico agresivo asociado a antibioterapia precoz. A pesar de esto, la mortalidad puede ser alta.