



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

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

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 algíco; 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, 1.200×10^6 , 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.