



## 6 - DOLOR PERINEAL

M.J. Artiles González, E. Martín Bethencourt, L. Dueñas Rosquete y J.J. Artiles Ivonnet

Médico Residente.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 51 años que consulta por dolor en zona perineal. No tiene alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes personales, cabe destacar diabetes mellitus insulino dependiente, hipertensión, dislipemia, obesidad mórbida e hipotiroidismo subclínico. El paciente acude al Servicio de Urgencias derivado del Centro de Salud por dolor en región perineal. Presenta cuadro de inflamación y edematización de región perineal, de inicio hace aproximadamente 15 días, con pequeño absceso a nivel perianal que ha ido extendiéndose a la región del periné y base escrotal. Comenta sensación distérmica sin fiebre termometrada. Ha estado en tratamiento antibiótico con amoxicilina-ácido clavulánico y clindamicina, sin mejoría de la sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración física, encontramos buen estado general, consciente, colaborador, orientado, normocoloreado y normohidratado. Eupneico y afebril. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal es anodina. En región perianal derecha, se observa úlcera con edema en zona perineal, base de escroto y ambas bolsas escrotales. Piel con signos locales inflamatorios, sin necrosis. No se palpan zonas fluctuantes pero sí crepitantes en periné. En la analítica destaca leucocitosis de 17.000/ $\mu$ L, Quick 69%, glucemia 343 mg/dL, creatinina 1,33 mg/dL. En el TAC de pelvis se evidencia presencia de enfisema subcutáneo a nivel de partes blandas en periné, edema escrotal. Adenopatías inguinales reactivas. Resto del estudio sin hallazgos destacables. Se realiza a posteriori cultivo del absceso, objetivándose presencia de *Escherichia coli* y *Haemophilus parainfluenzae*.

**Juicio clínico:** Gangrena de Fournier.

**Diagnóstico diferencial:** Orquitis, epididimitis, celulitis escrotal, hernia inguinoescrotal estrangulada, pioderma gangrenoso.

**Comentario final:** La gangrena de Fournier es una enfermedad poco frecuente, pero potencialmente letal. Se trata de una infección necrosante subcutánea de origen urogenital o anorrectal, típicamente polimicrobiana, donde el germen aerobio más frecuentemente aislado es *Escherichia coli* (50%) y el anaerobio, los *Bacteroides*. Afecta a la zona genital, periné y pared anterior del abdomen. Se ha descrito sobre todo en varones (1/75.000 varones adultos) y es excepcional en mujeres y niños. La máxima incidencia se encuentra entre los 50 y 70 años, prevaleciendo en estados de inmunosupresión. En más del 90% de los casos se identifica la causa desencadenante, siendo las etiologías más frecuentes la patología perianal, las enfermedades genitourinarias, las intervenciones urogenitales o de causa idiopática. Hay enfermedades

subyacentes hasta en un 90-95% de los casos. Cualquier situación que conlleve inmunosupresión predispone al desarrollo de la enfermedad. Los factores predisponentes más destacables son: diabetes mellitus, hasta en un 60% de los casos, obesidad, alcoholismo, LES, VIH, enfermedad de Crohn, leucemia. La base del tratamiento es la antibioterapia de amplio espectro y el desbridamiento quirúrgico. Posteriormente, resulta esencial el tratamiento de los factores predisponentes. El pronóstico es incierto y depende del estado previo del paciente, del retraso de la cirugía y del tratamiento antibiótico. Estamos ante una patología banal, con evolución tórpida, cuya mortalidad es significativa (3-76% según las series). Debemos tener presente que lesiones en la región perianal/perineal, asociado a factores de riesgo tan frecuentes como la diabetes mellitus o la obesidad pueden desencadenar esta patología. Un diagnóstico certero y la instauración de tratamiento precoz, permitirán mejorar el pronóstico de la enfermedad y evitar complicaciones desafortunadas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodríguez Hermosa JI, Codina Cazador A, García Oria MJ, Pont Vallés J, Rodríguez Higuera MI, Codina Barreras A, et al. Gangrena de Fournier. Cir Esp. 2001;69:128-35.
2. Vernon M, Fields Schwartz B. Fournier Gangrene. Medscape. 2015.
3. Levenson RB, Singh AK, Novelline RA. Fournier Gangrene: Role of Imaging. Radiographics. 2008;28:519-28.
4. Estrada Ferrer O. Fournier's Gangrene. Medical and Surgical Considerations. 2011.