



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-329 - Gangrena de Fournier: estudio retrospectivo de 20 años en un centro de tercer nivel

Larrea Oleaga, Jasone; Fernández, Laura; Prieto, Mikel; Marín, Héctor; Sarriugarte, Aingeru; Olano, Iván; Gracia-Olaberri, Jorge; Colina, Alberto

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

### Resumen

**Introducción:** La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante polimicrobiana del área genital y perineal de etiología colorrectal, genitourinaria, traumática o idiopática. Se trata de una entidad con elevada morbimortalidad.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional unicéntrico sobre los pacientes intervenidos de gangrena de Fournier tanto por el servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo como de Urología en nuestro hospital entre el 1 de enero de 1995 y 1 de enero de 2015. Fueron seleccionados 28 pacientes. Las variables estudiadas fueron: antecedentes personales, etiología, constantes vitales, parámetros analíticos, área afecta, cultivos, cuidados intensivos así como morbimortalidad (Dindo-Clavien) postoperatoria con el objetivo de analizar la relación de dichas variables con el desenlace de esta patología.

**Resultados:** De los 28 pacientes analizados, el 100% eran varones, con una mediana de edad de 64 años (rango 43 a 86). El antecedente patológico más frecuente fue la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (32% cada uno). Un 39% presentaba antecedentes de consumo excesivo de alcohol y un 60,7% de tabaquismo. El 18% presentaba inmunosupresión, de origen oncológico. En cuanto a la etiología, el 50% presentaba origen colorrectal, frente a un 46,5% de origen urológico. La clínica de presentación mayoritaria fue la fiebre (45,8%). En lo referente a las constantes vitales al diagnóstico, la frecuencia cardiaca mediana fue de 100 lpm (65-135), la tensión arterial mediana fue de 100/60 mmHg, estando el 71% febril ( $T^a > 38^\circ\text{C}$ ). Analíticamente, un 41,6% presentaba deterioro agudo de función renal, con hipopotasemia en un 13,6%. El 84% presentaba anemia. Un 78% presentaba leucocitosis (leucocitos  $> 12.000$ ), frente a un 11% con leucopenia (leucocitos  $< 4.000$ ). La PCR mediana fue de 27 (5-44), la PCT mediana de 4,6 (0,5-19,3) y la mediana de lactato fue 31 (4-46). Todos ellos se intervinieron de urgencia, desbridando y cultivando las áreas afectas, las cuales pueden estratificarse como área urogenital/anorrectal en 75%, región pélvica en 14% y más allá de región pélvica en 10,7%. Se realizaron procedimientos adyuvantes como talla vesical (7%) o colostomía (32%). Un 64% cumplía criterios de SIRS, el 44% requirió ingreso en una Unidad de Cuidados Críticos y precisó drogas vasoactivas un 30%. El 73% presentaba cultivos con flora polimicrobiana, siendo el *Bacteroides fragilis* el germen más frecuente (50%). La antibioticoterapia empírica más utilizada fue imipenem y piperacilina-tazobactam (21% cada uno). La estancia mediana hospitalaria fue de 21 días (2-77). Presentaron morbilidad médica un 46% de los pacientes, de origen

respiratorio un 46%, renal un 69% y cardiaco un 15%. El 21% presentó morbilidad quirúrgica, en forma de fístulas y colecciones, siendo preciso reintervenir al 71% de los pacientes (Dindo Clavien IIB), con una mediana de 1 reintervención (1-5) por paciente. 5 pacientes fallecieron (18%), siendo el fracaso multiorgánico la principal causa del exitus.

**Conclusiones:** En conclusión, se trata de una patología grave, cuyo abordaje debe ser precoz y multidisciplinar, empleando antibioterapia de amplio espectro y cirugía urgente, siendo necesarias en muchos casos múltiples reintervenciones y procedimientos asociados. Presenta elevada mortalidad, entre 10-40% en las series más recientes, siendo en nuestra experiencia del 18%.