



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

264/126 - GANGRENA DE FOURNIER ¡CORRER, CORRER, CORRER!

Á. Bonilla Álvarez^a, A. Serrano Camacho^b, C. Aguilera Montañó^c y B. Martínez Rodríguez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería. ^bMédico de Familia. Centro de Salud El Toyo. Almería. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Bajo Vega de Acá. Almería. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Plaza de Toros. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años, independiente para las ABVD. Como antecedentes personales presenta HTA, dislipemia, DM II, retinopatía diabética y un ictus que sufrió en 2015. En la última semana ha caracterizado un mal control de su diabetes y un absceso en zona interglútea. Acude a la consulta de AP por deterioro del estado general con glucemia de 500 mg/dL y un mal aspecto del absceso de la zona interglútea. Se decide traslado al Hospital.

Exploración y pruebas complementarias: A la llegada al hospital, la paciente está orientada, consciente, pero con tendencia al sueño y con regular estado general. Se aprecia palidez mucocutánea generalizada. Eupneica, tolera el decúbito. A la exploración del abdomen presenta dolor a la palpación hipogástrica, sin signo de irritación peritoneal. En la exploración neurológica los pares craneales son normales, sensibilidad conservada, fuerza 4/5, imposibilidad de explorar marcha por el dolor de la zona interglútea. A la inspección de esta, observamos una zona eritematosa, indurada, con rubor y supuración espontánea con olor muy fétido. También se distingue una escara necrótica de unos 2-3 cm. La paciente presenta una TA de 135/60, con FC de 103, Sat O₂ de 91%, T^a 37,5 °C, glucemia de 367 mg/d. Como pruebas complementarias se solicita: analítica sanguínea (PCR 42,24, ácido láctico 24,99, leucocitos 32.300), hemocultivos y urocultivos. Y se interconsulta con cirugía general.

Juicio clínico: Descompensación diabética, gangrena de Fournier, shock séptico.

Diagnóstico diferencial: Cetoacidosis diabética, absceso complicado con septicemia.

Comentario final: La gangrena de Fournier es una rara enfermedad con una alta morbimortalidad. Suele aparecer en pacientes con factores predisponentes, como la diabetes mellitus. Es de inicio súbito pero de progresión fulminante, caracterizada por una celulitis necrosante subcutánea que afecta al área genital y perineo, que posteriormente progresa hacia la pared anterior del abdomen, miembros inferiores y tórax. La clínica es más o menos típica, aunque los pacientes suelen tener un estado prodrómico muy inespecífico, pero la lesión inicial es una celulitis o una úlcera superficial, dolorosa y pequeña, después hay gangrena cutánea con gas en los tejidos (crepitación) y derrame seropurulento (de olor fétido); se acompaña de síndrome febril con escalofríos y notable postración; posteriormente, grave toxemia generalizada, con shock séptico irreversible, alteraciones de la

conciencia, fracaso multiorgánico y fallecimiento. La etiopatogenia de la enfermedad no está bien definida, actúan conjuntamente infección, isquemia local y reducción de los mecanismos de defensa. Esta infección es polimicrobiana, en la que predominan los gérmenes anaerobios de la flora intestinal y genital, en muchos casos ejercen un papel importante los aerobios. Dada su progresión fulminante hay que actuar con la mayor rapidez posible.

Bibliografía

1. Navarro J. Gangrena de Fournier. Rev Eviden Invest Clin. 2010;3(1):51-7.
2. Blanco F, Caradonti M, Iborra F, Franceschell A. Fascitis necrotizante. Hosp Aeronáut Cent. 2014;9(2):113-20.
3. Castillo F, Moraga J, Pérez P, Álvarez C, Iglesias A. Diagnóstico y manejo precoz de la gangrena de Fournier. Rev Chil Cir. 2015;67:181-4.
4. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.