



CASO CLÍNICO

Gangrena de Fournier en varón de 89 años: un diagnóstico clínico urgente

Fournier's gangrene in an 89-year-old male: An urgent clinical diagnosis

Alicia Muñoz Rojo*, Giovanna Cristofori, Eva Fernández de la Puente y Javier Gómez-Pavón

Servicio de Geriátría, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, España



La gangrena de Fournier (GF) es un tipo de necrosis cutánea de baja incidencia y elevada mortalidad¹. Es más frecuente en varones en torno a los 60-70 años^{2,3} afectando al área perineal, perianal y genital.

Comienza como dolor perineal y fiebre, eritema y edema inespecíficos de la región genital transformándose rápidamente en área de necrosis, con enfisema subcutáneo, crepitación y dolor a la palpación⁴ hasta el shock séptico^{3,5}. El diagnóstico es clínico con confirmación histológica³. En la radiografía simple, ecografía o tomografía, se objetiva gas y/o líquido en tejidos.

Suele tratarse de una infección polimicrobiana, siendo *Escherichia coli* (*E. coli*) y *Bacteroides fragilis* los gérmenes más aislados^{1,2,4,6,7}. Se asocia con diversas comorbilidades, principalmente: diabetes mellitus, uso de corticoides, inmunosupresión, patología cardíaca o renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, alcoholismo y tabaquismo, pudiendo ser infecciones y traumatismos anorrectales y genitourinarios factores predisponentes^{1,3,4,6,8,9}. Teóricamente, cualquier alteración a nivel inmunológico o de la microvascularización puede predisponer a la GF⁹. La mortalidad (de hasta el 50%) es mayor en pacientes con edad avanzada, diabetes, enfermedad cardíaca o renal, lesión de mayor tamaño o infecciones bacterianas multirresistentes¹⁻³. El índice de gravedad de GF (Fournier's Gangrene Severity Index) evalúa con parámetros clínicos (temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria) y analíticos (sodio, potasio, creatinina, hematocrito, leucocitos y bicarbonato sérico) la gravedad, donde una puntuación > 9 se asocia con una probabilidad de fallecimiento del 75%⁷.

El tratamiento se basa en desbridamiento quirúrgico inmediato y radical (la necrosis avanza a un ritmo de 2-3 cm/hora), soporte hemodinámico y cobertura con antibioterapia de amplio espectro. Según los últimos protocolos, se recomienda optar por vancomicina (o linezolid) con un carbapenem o piperacilina/tazobactam, o con una cefalosporina de tercera generación y metronidazol (o clindamicina).⁸ Sin embargo, a pesar de un tratamiento óptimo y en caso de supervivencia, es necesario a menudo la realización de

múltiples desbridamientos, lo que incrementa la probabilidad de complicaciones (curación prolongada, cierre a tensión, contractura, dehiscencias, alteraciones de la sensibilidad, pérdida de función testicular, deformidad).

Presentamos el caso de un varón de 89 años, institucionalizado, sin deterioro cognitivo, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria salvo alimentación y aseo, continente fecal, incontinencia urinaria funcional, traslados en sillas de ruedas por deterioro funcional multifactorial secundario a fractura de tibia y peroné en 2019, poliartrosis, hospitalizaciones por antecedentes digestivos recientes (índice de Barthel modificado 33/100, Cruz Roja Funcional 5/5), estado nutricional de riesgo (IMC 20, MNA-SF de 8 puntos). Entre los antecedentes personales, tabaquismo y bronquitis crónica como factores de riesgo de GF, eventoplastia con malla, colecistectomía laparoscópica y esfinterotomía por pancreatitis secundaria a coledocolitiasis y colecistitis aguda gangrenada y perforada (índice de Charlson 5 puntos). En tratamiento habitual con broncodilatadores (vilanterol/fluticasona y bromuro de tiotropio), furosemida, sertralina, trazodona, tamsulosina/dutasterida, calcifediol, denosumab, suplementos nutricionales y vitamina B12.

Es remitido desde su residencia a Urgencias, por dolor suprapúbico e inguinal, incontinencia fecal de nuevo inicio, inflamación de pene y escroto siendo dado de alta con diagnóstico de parafimosis y edema genital residual sin signos de alarma.

Tres días después ingresa en la unidad de agudos de geriatría, remitido desde Atención Geriátrica Residencial, por lesión perianal necrótica de 5 cm con enfisema subcutáneo, destacando crepitación a la palpación (fig. 1). A su llegada febril e hipotenso, presenta fracaso renal agudo, reactantes de fase aguda elevados sin leucocitosis, coluria con urocultivo positivo para *E. coli*. La tomografía abdominal confirma el diagnóstico de GF, FCSI < 9. Tras consensuar el manejo con paciente y familiares se decide intervención quirúrgica urgente, instaurando cobertura antibiótica empírica con piperacilina tazobactam.

La cirugía de desbridamiento cursa sin complicaciones, realizándose colostomía terminal de descarga en fosa iliaca izquierda; se envía muestra a anatomía patológica que confirma el diagnóstico. En la unidad de cuidados especiales el paciente presenta un empeoramiento progresivo con comienzo de fibrilación auricular

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amrojo@salud.madrid.org (A. Muñoz Rojo).



Figura 1. Lesión perianal necrótica compatible con gangrena de Fournier.

con respuesta ventricular rápida, insuficiencia cardíaca congestiva, fracaso renal agudo refractario a tratamiento óptimo, falleciendo a las 72 h del ingreso.

La GF sigue siendo, a día de hoy, una patología con una elevada mortalidad, donde el diagnóstico y tratamiento precoces han demostrado ser los factores más importantes para aumentar la supervivencia. La sospecha clínica es esencial para un abordaje temprano y una correcta exploración física, incluyendo el tacto rectal (que resultará extremadamente doloroso) en busca de signos como necrosis o crepitación cutánea, clave para orientar el cuadro. Así, en todo paciente anciano, donde los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos y la mortalidad es mayor que en los más jóvenes (50% mortalidad en >60 años⁹), ante un cuadro de dolor genital o perineal asociado a edema, es necesaria una exploración genital y anal en busca de dichos signos^{3,9}.

Bibliografía

1. El-Qushayri AE, Khalaf KM, Dahy A, Mahmoud AR, Benmelouka AY, Ghozy S, et al. Fournier's gangrene mortality: A 17-year systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis.* 2020;92:218–25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2019.12.030>.
2. Kincius M, Telksnys T, Trumbeckas D, Jievaltas M, Milonas D. Evaluation of LRI-NEC Scale Feasibility for Predicting Outcomes of Fournier Gangrene. *Surg Infect (Larchmt).* 2016;17:448–53. <http://dx.doi.org/10.1089/sur.2015.076>.
3. Tang LM, Su YJ, Lai YC. The evaluation of microbiology and prognosis of fournier's gangrene in past five years. *Springerplus.* 2015;4:14. <http://dx.doi.org/10.1186/s40064-014-0783-8>.
4. Fernández-Alcaraz DA, Guillén-Lozoya AH, Uribe-Montoya J, Romero-Mata R, Gutiérrez-González A. Etiología de la gangrena de Fournier como factor pronóstico de mortalidad: análisis de 121 casos. *Actas Urol Esp.* 2019;43:557–61. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-actas-urologicas-espanolas-292-articulo-etilogia-gangrena-fournier-como-factor-S0210480619301305>.
5. Hsu J-M, Chen M, Weng C-H, Jen-Shu Tseng J-S. Fournier's gangrene clinical characteristics in the elderly. *Int J Gerontol.* 2014;8:162–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijge.2013.08.013>.
6. Chernyadyev SA, Ufimtseva MA, Vishnevskaya IF, Bochkarev YM, Ushakov AA, Beresneva TA, et al. Fournier's gangrene: literature review and clinical cases. *Urol Int.* 2018;101:91–7. <http://dx.doi.org/10.1159/000490108>.
7. Yanar H, Taviloglu K, Ertekin C, Guloglu R, Zorba U, Cabioglu N, et al. Fournier's gangrene: risk factors and strategies for management. *World J Surg.* 2006;30:1750–4. <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-005-0777-3>.
8. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis.* 2014;58:147–59. <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciu296>.
9. Montrief T, Long B, Koyfman A, Auerbach J. Fournier gangrene: a review for emergency clinicians. *J Emerg Med.* 2019;57:488–500. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.06.023>.