

GANGRENA DE FOURNIER

Jacinto S. Ruiz Fernández

Hospital «Princesa de España»

*A la memoria del Dr. Enrique Alcázar
Luque, mi profesor y maestro, a quien
tanto debo.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de necrosis y gangrena perineo-escrotal fue descrito por vez primera por Jean Alfred FOURNIER en 1883, bajo el término de gangrena fulminante de causa desconocida cuyas características principales eran: comienzo brusco, progresión muy rápida, ausencia de agente etiológico específico y pronóstico muy sombrío.

La gangrena de FOURNIER se caracteriza por una necrosis del pene y bolsas escrotales fulminante de rápida aparición y sin causa específica. Para algunos autores, LEIVA y cols., sería debida a una endarteritis obliterante toxémica originada por microorganismos. Este síndrome ha recibido diferentes nombres, como fascitis necrotizante sinérgica escroto-perineal, gangrena idiopática, gangrena fulminante, etc. (FANIGAN, SPIRNAK).

Es un síndrome que por su alta mortalidad debe tenerse en cuenta, puesto que de su diagnóstico precoz y tratamiento depende la supervivencia del paciente.

Aunque en la actualidad existe suficiente casuística, especialmente debida a TOMAS y GIBSON, nosotros aportamos dos casos atendidos en nuestro Servicio en el último año.

FOURNIER no pudo encontrar un agente causal específico, pero hoy día se ha conseguido aislar una flora bacteriana mixta con aerobios y anaerobios Gram (-), acompañándose de enfermedad sistémica, inmunodepresión o diabetes.

Generalmente, el proceso afecta de forma explosiva a hombres jóvenes o de mediana edad. Según MC CREA, la media de edad sería 40,6 años. La enfermedad es muy rara en niños.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos dos pacientes con gangrena genital. Las edades fueron de 59 y 65 años. En ambos casos existía diabetes. El paciente mayor había sufrido además accidente cerebro-vascular agudo hacía dos meses, estaba in-mudeprimido y padecía de isquemia en extremidades inferiores.

La localización séptica primaria fue en ambos enfermos en la región peneano-escrotal, comenzando con edema generalizado repentino y necrosis peneana, llegando a nuestro servicio a las 24-36 horas de evolución, con necrosis generalizada en prepucio, escroto y periné, esfacelos y crepitancias a la palpación debido al enfisema subcutáneo y desprendiendo fuerte olor pú-trido. El estado general muy deteriorado, con sensación de enfermedad grave, fiebre alta (40° C.), escalofríos, postración y en ocasiones delirio. El paciente más joven presentó además náuseas y vómitos.

Se practicó estudio urográfico, analítica sistemática de sangre y orina con cultivos de exudados para aerobios y anaerobios.

En la tabla I presentamos los datos más significativos encontrados.

Ambos casos fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencia, practicando cirugía agresiva desbridativa, con extirpación de esfacelos y zonas necróticas, dejando varios drenajes. Al paciente de 65 años se le tuvo que practicar esta cirugía con anestesia local, ya que su estado muy deteriorado impedía la anestesia general.

Al mismo tiempo, se les administraron altas dosis de piperacilina, metronidazol y gentamicina.

Las heridas fueron lavadas ampliamente con agua oxigenada y povidona yodada.

TABLA I

EDAD DEL PACIENTE	59 años	65 años
ANTECEDENTES UROLÓGICOS . .	H. prostática	Prostatitis crónica Cólicos nefríticos
OTROS ANTECEDENTES	Diabetes	Diabetes A.C.V.A. Neumonía Isquemia MMII Inmunodepresión
EXPLORACIÓN FÍSICA	Necrosis extensas Crepitaciones Zonas esfaceladas Edema gigante escrotal Putrefacción Próstata	Semejante al paciente anterior, salvo la próstata que estaba indurada y las lesiones eran mayores.
LABORATORIO	E. Coli Pseudomonas S. Epidermidis Anaerobios	E. Coli S. Aureus Bact. fragilis
R.X.	U.I.V. Normal	U.I.V. Normal

RESULTADOS

El primer caso tuvo una evolución satisfactoria, cerrando las heridas por segunda intención. La estancia fue de 48 días.

El segundo caso, más complejo, precisó varias sesiones quirúrgicas y la necrosis llegó a destruir casi la totalidad del escroto sin afectar la vaginal, también invadió toda la uretra membranosa hasta la región bulbar. Estuvo hospitalizado 72 días, epitelizando escroto pero quedando la uretra anterior totalmente abierta, por lo que requerirá un segundo tiempo de reconstrucción plástica. Estando ingresado sufrió nuevo A.C.V.A., del que se recuperó.

Ambos sobreviven con un estado general muy aceptable.

DISCUSIÓN

La gangrena de FOURNIER sigue siendo aún en la actualidad un problema gravísimo y a pesar de los tratamientos quirúrgicos precoces agresivos y terapia antibiótica coadyuvante, el índice de mortalidad varía entre un 13% para JONES a un 40% para GERMAIN.

En la mayoría de los casos consultados, al igual que en nuestra humilde estadística, existía un factor predisponente, generalmente diabetes o inmunodepresión.

La causa desencadenante varía entre los diferentes autores, aunque casi todos coinciden en causa urológica o patología anorrectal (LEIVA, RODRÍGUEZ MIÑÓN, SPIRNAK).

Al igual que en la casuística consultada, en nuestros pacientes existían microorganismos aerobios y anaerobios. Gérmenes frecuentes han sido el estafilococo dorado, E. Coli entre los aerobios y bacteroides fragilis de anaerobios.

El tratamiento básico ha sido clásicamente la cirugía de urgencia, realizando un desbridamiento amplio de todas las zonas necróticas y esfaceladas, llegando hasta tejido sano y practicando curas con agua oxigenada y povidona yodada. A esto hay que añadirle amplia antibioterapia mixta a partir de aminoglucósidos, metronidazol y derivados penicilínicos.

Se puede, además, tratar con oxígeno hiperbaro, aunque no existe acuerdo en que los resultados mejoren con esta medida (LEIVA).

Es imprescindible el tratamiento de la patología concomitante, manteniendo al enfermo bien hidratado y equilibrando sus constantes.

Por último, si el paciente sobrevive, habrá que tratar plásticamente las secuelas locales.

CONCLUSIONES

Se trata de una enfermedad muy grave de comienzo violento en la edad media de la vida.

Generalmente existe una causa predisponente, como puede ser las diabetes o la inmunodepresión.

Como causa desencadenante, suele haber un proceso urológico o perianal. En nuestros casos creemos que este factor residía en la próstata.

Los cultivos de los exudados son positivos a gérmenes aerobios y anaerobios.

El tratamiento siempre será de extrema urgencia y basado en dos pilares: cirugía agresiva y amplia cobertura antibiótica.

En nuestra humilde casuística hemos tenido una supervivencia del 100%.

Y, por último, habrá que realizar posteriormente cirugía plástica reparadora de las lesiones residuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. FOURNIER, A. J.: «Gangrene foudroyante de la verge». *Semaine Med.*, 3:345, 1883.
2. FLANIGAN, R. C.: «Diagnosis and treatment of gangrenous genitalia». *Surg. Clin. North. Am.*, 64(4):715, 1984.
3. GERMAIN, M., et coll.: «Le syndrome de Fournier. Gangrene des organes genitaux externes. Revie generale. Nouvell hypothese pathogenique». *Ann. Chir.*, 1977, 31, 3, 249-254.
4. GIBSON, T. E.: «Idiopathic gangrene of the scrotum with report of a case and review of the literature». *J. Urol.*, 23:125, 1930.
5. LEIVA, O., y cols.: *III jornadas internacionales de actualización urológicas*. Pág. 157, 1986.
6. MC CREA, L. E.: «Fulminating gangrene of penis». *Clinics*, 1945, 4, 796-829.
7. RODRIGUEZ-MIÑÓN, J. L., y cols.: «Sepsis por anaerobios. Fournier». *III Jornadas Internacionales de Actualización Urológicas*, I, 165-170, 1986.
8. SPIRNAK, J., y cols.: «Fournier's gangrene». *J. Urol.*, 131; 289, 1984.
9. THOMAS, J. F.: «Fournier's gangrene of the penis and scrotum». *J. Urol.*, 75:719, 1956.