

## CARTA AL DIRECTOR

# Sepsis genital severa, un problema de salud en pacientes de la tercera edad

Dr. Yumar de la Paz Pérez, Dra. Esther Gilda González Carmona, Dr. Yelían Peña Moya

Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

### Señor Director:

La infección de los tejidos blandos es un padecimiento grave y conocido desde hace muchos años que todavía se observa a pesar de que las condiciones de salubridad, higiene y diagnóstico han mejorado. Existen factores que pueden coadyuvar a que la enfermedad se presente: mayor supervivencia de enfermos debilitados, presencia de múltiples enfermedades que causan inmunodeficiencias, incremento de cuadros sépticos consecuentes a exploraciones urológicas, ginecológicas y proctológicas y significativo número de pacientes diabéticos (están entre el 40 y el 66% y muchos no se encuentran bajo control médico);<sup>1</sup> la edad promedio de presentación varía de una serie a otra, con una media de 40 a 69 años. La mortalidad por esta afección, aún en la actualidad y a pesar de disponer de tratamientos antibióticos efectivos, es alta, oscila entre el siete y el 76%; una de las razones que ha contribuido a estas cifras de mortalidad es el retraso del diagnóstico y el tratamiento ante la escasez, en ocasiones, de manifestaciones clínicas locales o sistémicas.<sup>2</sup> Su presentación clínica es de inicio rápido, aunque puede ser menos típica en diabéticos y ancianos; es importante tener en cuenta que los pacientes con gangrena de Fournier en etapas tempranas pueden presentar pocas manifestaciones de infección, lo que hace más difícil el diagnóstico precoz. En esta situación los signos y los síntomas pueden incrementar el índice de sospecha de infección subcutánea necrotizante. En etapas tardías el paciente, con frecuencia, presenta síntomas sistémicos de sepsis desproporcionados en relación a la apariencia necrótica de la piel; puede ocurrir progresión a falla de uno o múltiples órganos, que origina la muerte.<sup>3</sup>

Se trata de una urgencia urológica que debe ser reconocida con prontitud pues requiere de la estabilización hemodinámica urgente, de antibióticos endovenosos de amplio espectro, del manejo de las enfermedades subyacentes y del desbridamiento quirúrgico de los tejidos afectados.

Los promedios de estancia hospitalaria varían de 15 a 49 días o de tres a 148, siempre con un promedio de 36 días. La morbilidad se refleja en la duración de la estancia hospitalaria, que puede variar. La tasa de mortalidad fluctúa de tres a 45%, aunque puede elevarse hasta 67% debido a la naturaleza agresiva de la infección.<sup>4</sup>

Como antecedente importante en el Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, en el año 2004 se realizó una investigación que demostró que las infecciones genitales severas se presentan con relativa frecuencia y se relacionan, de forma importante, con el

paciente diabético; es la afección de mayor complejidad la gangrena de Fournier, que provoca, en muchos casos, la muerte. En otra investigación realizada en 2011 sobre el comportamiento de la gangrena de Fournier el grupo más representado fue el de 61 a 80 años y la enfermedad subyacente de mayor frecuencia fue la diabetes mellitus (48,5%).<sup>5</sup>

En un estudio realizado en 2013 prevalecieron con esta enfermedad los pacientes mayores de 60 años de vida y la edad promedio fue de 68 años. Al analizar las diferentes enfermedades que se recogían en los antecedentes personales de los pacientes afectados se constató que la diabetes mellitus estaba presente en el 37,5% de la muestra, por lo que constituye una de las comorbilidades más frecuentes.<sup>6</sup>

Posteriormente se realizó un estudio para describir los hallazgos clínico-epidemiológicos en los pacientes diagnosticados con sepsis genital severa y se observó un predominio de la enfermedad en sujetos pertenecientes al grupo etáreo de 61 a 80 años. Los principales factores de riesgos relacionados con la evolución desfavorable de esta enfermedad fueron la asociación con determinadas enfermedades crónicas, dentro de ellas la diabetes mellitus y el alcoholismo.

A pesar de estar en pleno siglo XXI los cuadros de sepsis genital se presentan, específicamente, en pacientes de la tercera edad y en diabéticos con mal control metabólico e inadecuado seguimiento y control por parte de los facultativos de sus áreas de salud, por lo que, teniendo en cuenta las principales causas de morbilidad y mortalidad de la sepsis genital severa, se puede mejorar el estado de salud de la población con acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y al ambiente mediante una íntima vinculación con las masas.<sup>7</sup>

Según estimaciones de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba en 2013 la población de 60 años o más correspondía al 18,3% del total de población, por lo que Cuba es el segundo país más envejecido de América Latina, después de Uruguay. Recientes estudios han confirmado que para el año 2025 la isla será el país más envejecido de la región y uno de los 25 más envejecidos en todo el mundo; específicamente en la Provincia de Villa Clara la población de 60 años o más ocupaba el 21,9% del total de población en 2013.<sup>8</sup> En este mismo período la provincia contaba con una prevalencia de diabetes mellitus de 49,4 por cada 1000 habitantes, que para los mayores de 60 años tenía una tasa de 364,3 por cada 1000 habitantes. Si se tiene en cuenta que la diabetes mellitus ocupa el octavo lugar entre las causas de muerte en todos los grupos etáreos, con una tasa de 20,1 por cada 100 000 habitantes y, especialmente en Villa Clara una tasa de 19,5 por cada 100 000 habitantes, se entiende que esta enfermedad se puede abordar de una forma más integral.<sup>9,10</sup>

Es importante promover la salud a través de cambios positivos en los conocimientos, los hábitos de vida y las costumbres higiénico-sanitarios de la población, prevenir la aparición de enfermedades y daños a la salud de la población y garantizar el diagnóstico temprano y la atención médica integral, ambulatoria, hospitalaria oportuna y continua a la comunidad en aras del buen funcionamiento de la salud del paciente, que es la razón de ser de los profesionales de la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akilov O, Pompeo A, Sehrt D, Bowlin P, Molina WR, Kim FJ. Early scrotal approximation after hemiscrotectomy in patients with Fournier's gangrene prevents scrotal reconstruction with skin graft. *Can Urol Assoc J* [Internet]. 2013 [citado 2 Abr 2015]; 7(7-8):E481-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23914264>
2. Lee SH, Rah DK, Lee WJ. Penoscrotal reconstruction with gracilis muscle flap and internal pudendal artery perforator flap transposition. *Urology* [Internet]. 2012 [citado 12 Agos 2015];79(6):1390-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22656416>
3. Spyropoulou GA, Jeng SF, Demiri E, Dionyssopoulos A, Feng KM. Reconstruction of perineoscrotal and vaginal defects with pedicled anterolateral thigh flap. *Urology* [Internet]. 2013 [citado 12 Agos 2015];82(2):461-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23896101>
4. Sivrioğlu N, Irkören S, Ceylan E, Sonel AM, Copçu E. 2-Octyl-cyanoacrylate glue for fixation of STSG in genitourinary tissue defects due to Fournier gangrene: a preliminary trial. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* [Internet]. 2013 [citado 12 Agos 2015];19(3):215-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23720107>
5. Lee G, Hong JH. Fournier gangrene: an unusual presentation involving the bulbous urethra and forming free gas in the urinary bladder. *J Emerg Med* [Internet]. 2013 [citado 12 Agos 2015];44(1):166-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21820264>
6. Jiménez-Pacheco A, Arrabal-Polo MÁ, Arias-Santiago S, Arrabal-Martín M, Nogueras-Ocaña M, Zuluaga-Gómez A. Gangrena de Fournier. Análisis descriptivo y coste económico-sanitario de nuestra serie de 37 casos. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2012 [citado 22 Nov 2015];103(1):29-35. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista---pdf-S0001731011002328-S300?redirectNew=true>
7. Heiner JD, Eng KD, Bialowas TA, Devita D. Fournier's Gangrene due to masturbation in an otherwise healthy male. *Emer Med* [Internet]. 2012 [citado 12 Agos 2015];2012:[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/criem/2012/154025/>
8. Gupta A, Dalela D, Sankhwar SN, Goel MM, Kumar S, Goel A, et al. Bilateral testicular gangrene: does it occur in Fournier's gangrene? *Int Urol Nephrol* [Internet]. 2007 [citado 29 Abr 2015];39(3):913-915. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11255-006-9126-1>
9. Kabay S, Yucel M, Yaylak F, Algin MC, Hacıoglu A, Kabay B, et al. The clinical features of Fournier's gangrene and the predictivity of the Fournier's Gangrene Severity Index on the outcomes. *Int Urol Nephrol* [Internet]. 2008 [citado 12 Agos 2015];40(4):997-1004. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11255-008-9401-4>
10. Mallikarjuna MN, Vijayakumar A, Patil VS, Shivswamy BS. Fournier's Gangrene: Current Practices. *ISRN Surg* [Internet]. 2012 [citado 12 Agos 2015];2012:942437. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3518952/>

Recibido: 27-5-2016

Aprobado: 10-8-2016

**Yumar de la Paz Pérez.** Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)42270000 [yumarpp@infomed.sld.cu](mailto:yumarpp@infomed.sld.cu)