

INFORME DE CASO

Gangrena de Fournier en paciente inmunodeprimida por quimioterapia antineoplásica

Fournier gangrene in an immunosuppressed patient due to cancer chemotherapy

MSc. Dr. José Ramón Rodríguez Morales
Dr. Ernesto Romagosa Bermúdez
MSc. Dr. Eduardo Ibáñez Carrillo

Hospital Asistencial “Celestino Hernández Robau”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante potencialmente letal que ocurre como consecuencia de un proceso infeccioso polibacteriano que afecta, sobre todo, al periné, los genitales y el tejido perianal. Se presenta una paciente de 46 años a la que se le administró un ciclo de poliquimioterapia por padecer un melanocarcinoma cutáneo nodular de cuero cabelludo con metástasis ganglionar cervical y pulmonar; una semana después de administrado el esquema se le diagnosticó una gangrena de Fournier de las partes blandas del periné, la vulva y el tejido perianal a punto de partida de una mucositis ulcerada de la mucosa rectal asociada a una neutropenia por citostáticos.

Palabras clave: gangrena de Fournier, quimioterapia adyuvante

ABSTRACT

Fournier gangrene is a potentially fatal necrotizing fasciitis that occurs as a result of a polybacterial infectious process that affects especially the perineum, genitals and perianal tissue. The case of a 46-year-old patient is reported. She was given a course of chemotherapy due to suffering from a nodular cutaneous scalp melanocarcinoma with cervical lymph node and pulmonary metastasis. One week after being administered the scheme she was diagnosed with Fournier gangrene in the soft parts of the perineum, the vulva and perianal tissue, starting about an ulcerative mucositis of the rectal mucosa associated with neutropenia due to cytostatics.

Key words: Fournier gangrene, adjuvant chemotherapy

La gangrena de Fournier es una enfermedad infecciosa caracterizada por una fascitis necrotizante de evolución fulminante que afecta las regiones perineal, genital o perianal y que presenta una rápida progresión y una alta letalidad. La enfermedad ha sido descrita en ambos géneros, con una edad promedio de presentación de 40 años. El tratamiento debe ser oportuno y agresivo y contemplar tres pilares fundamentales: manejo hidroelectrolítico y nutricional, antibioterapia de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico amplio.

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Paciente de 46 años, femenina, blanca, con antecedentes de melanoma cutáneo nodular de cuero cabelludo en etapa IV a la que se le realizó una escisión amplia y un vaciamiento funcional de cuello por metástasis a ese nivel, con imágenes de tomografía axial computadorizada sugestivas de metástasis pulmonar, por lo que recibió un primer esquema de quimioterapia a base de cisplatino y dacarbazina; una semana después de administrado el tratamiento comenzó con fiebre, toma del estado general, mucositis y malestar a nivel de los glúteos y el periné. Fue ingresada en la Sala de Quimioterapia en aislamiento por una neutropenia febril y se le indicaron antibióticos de amplio espectro; 12 horas después se intensificó el malestar en los glúteos y se le diagnosticó una gangrena de Fournier que involucraba la vulva, el periné y la región perianal, a punto de partida de una mucositis ulcerada de la mucosa rectal. En menos de cinco horas la necrosis se extendió en un 25% (figura 1).



Figura 1. Gangrena de Fournier de la vulva, el periné y la región perianal

Se discutió en el colectivo del Servicio de Quimioterapia y se decidió intervenirla quirúrgicamente de urgencia para realizar una necrectomía total; se garantizaron todas las medidas de apoyo vital y hematológico y se tuvo en cuenta la gravedad de la paciente, que presentaba unas severas leucopenia y plaquetopenia. En el cultivo del espécimen se aisló una *Escherichia coli*.

Conducta: desbridamiento amplio de la piel y del tejido celular subcutáneo del área comprometida con margen de tejido aparentemente sano de 2cm.

La paciente tuvo que ser reintervenida en cinco ocasiones más para controlar la sepsis local sobreañadida; no fue necesario realizar colostomía derivativa. Después de controlado el proceso séptico local y ante la ausencia de tejido necrótico se decidió reconstruir el defecto con colgajos de avance fasciocutáneos de muslos y glúteo.

COMENTARIO FINAL

Este padecimiento es un desorden poco común y potencialmente letal descrito inicialmente por Baurienne en 1764 y posteriormente por Fournier en 1883 como un proceso gangrenoso de causa desconocida que también se conoce como gangrena idiopática, erisipela gangrenosa y gangrena estreptocócica.¹

La fascitis necrotizante, como también se le conoce, es un proceso infeccioso causado usualmente por la combinación de bacterias aerobias y anaerobias; histológicamente se observa una endarteritis obliterativa causada por diseminación de microorganismos. Es una enfermedad de diagnóstico esencialmente clínico, con un período prodrómico variable de pocas horas a varios días, caracterizado por un compromiso del estado general, fiebre, edema, celulitis, dolor de la zona genital o rectal que progresa a áreas de necrosis y crepitación.² El síndrome séptico está invariablemente presente cuando la enfermedad evoluciona sin que se establezca un manejo agresivo. En muchos casos se ha estimado una progresión en el compromiso cutáneo de más o menos 2.5cm por hora.³

Una completa historia clínica urológica en la que se incluyen factores predisponentes a condiciones de inmunosupresión, así como los síntomas colorectales, llevarán generalmente, junto con el examen clínico, al diagnóstico oportuno de esta enfermedad.⁴

A partir del diagnóstico temprano el manejo estará encaminado, inicialmente, hacia la estabilización del paciente desde el punto de vista metabólico (control de la glicemia), hemodinámico (líquidos y drogas vasoactivas) y antibiótico (cubrimiento amplio a gérmenes aerobios y anaerobios) seguido de un pronto manejo quirúrgico consistente en el desbridamiento amplio de la piel y del tejido celular subcutáneo del área comprometida (la capa muscular y la fascia profunda no suelen estar comprometidas); no es necesario desbridar las capas aparentemente sanas.⁵

Las derivaciones urinaria y fecal se requieren de acuerdo a la enfermedad específica de cada caso y son las indicaciones más frecuentes de cistostomía abierta o por punción la extravasación urinaria, la estrechez uretral (diagnosticada por uretrografía) y el edema o compromiso penoescrotal; dentro de las indicaciones de colostomía se encuentran el compromiso rectal o colónico, la perforación o el compromiso del esfínter.⁶

Una vez realizado el desbridamiento inicial se continuará el manejo con lavados quirúrgicos (dos o tres) en los primeros siete días junto con el cambio de compresas vaselinadas o preparadas con agentes antibióticos. Cuando el defecto de cubrimiento se encuentre en proceso de granulación se dará paso a la etapa reconstructiva por medio de afrontamientos de piel o la utilización de injertos y colgajos.⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García M, Acuña L, Gutiérrez G, Martínez M. Gangrena de Fournier: Nuestra Experiencia en 5 años, revisión de la literatura y valoración del índice de severidad. *Actas Urol Esp.* 2009;62(7):532-40.
2. Mindrup SR, Kealey GP, Fallon B. Hyperbaric oxygen for the treatment of Fourniers gangrene. *J Urol.* 2005;173:1975-77.
3. Cancino BC, Avendaño HR, Poblete Andrade C, Guerra HK. Gangrena de Fournier. Trabajo de actualización. *Cuad Cir.* 2010;24:28-33.
4. Ayan F, Sunamak O, Paksoy S. Fourniers gangrene: A retrospective clinical study on forty-one patients. *ANZ J Surg.* 2005;75:1055-8.
5. Iturralde de Codina CA, Ortiz V. Gangrena fulminante de Fournier. *Arch Esp Urol.* 2010;63(3):245-6.
6. Urdaneta Carruyo E, Méndez Parr A, Urdaneta Contreras AV. Gangrena de Fournier: Perspectivas actuales. *An Med Interna [Internet].* 2007 Abr [citado 02 Abr 2013];24(4):190-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000400009&lng=es
7. Horta R, Cerqueira M, Marques M, Ferreira P, Reis J, Amarante J. Gangrena de Fournier: de urgencia urológica hasta el departamento de cirugía plástica. *Actas Urol Esp.* 2009;33(8):925-9.

Recibido: 21-2-13

Aprobado: 14-5-13

José Ramón Rodríguez Morales. Hospital Asistencial "Celestino Hernández Robau". Cuba No. 564 e/ Barcelona y Hospital. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50100 Teléfono: (53)(42)279401. Correo electrónico: josermm@hchr.vcl.sld.cu