

Gangrena de Fournier. Imagen con Citrato de Galio-67.

CENTRO Y SERVICIO:

SERVICIO MEDICINA NUCLEAR. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO DE VIGO (HOSPITAL MEIXOEIRO).

AUTORES:

Ana M^a López, Juan M. Outomuro y Ramón Guitián.

HISTORIA CLÍNICA. RESUMEN DEL CASO:

Varón de 65 años hipertenso, con dudosa alergia a sulfamidas y a contrastes yodados y enolismo crónico.

Ingresó (febrero 07) por presentar necrosis de la piel del pene tras una relación sexual 48h antes. A la exploración: lesión necrótica en toda la piel del pene con flictenas a nivel de escroto.

Tratamiento: Se realiza cirugía con desbridamiento de la piel del pene y uso de injerto de la piel del muslo (que posteriormente se necrosa). A las 24 h de la cirugía nueva necrosis de la piel del escroto, realizándose cirugía con exéresis completa de toda la piel. Antibioterapia.

Anatomía. Patológica: (15/02/07): piel del pene con necrosis isquémica.
Microbiología. Cultivo Staphilococo meticilin resistente.

Se realizan varias cirugías. Durante el ingreso presentó cuadro de privación alcohólica.

Diagnóstico: Gangrena de Fournier a nivel de pene, abdomen y escroto.

Evolución: Se realizó durante el seguimiento y ante la mala evolución del cuadro RASTREO Y SPECT ABDOMINO-PÉLVICO CON Ga-67 (marzo 07), observando intenso depósito patológico del trazador a nivel de pene, testículos, región del perineo y tejidos blandos de área púbica y ambas regiones inguinales, sugestivo de patología infecciosa-séptica. Resto de la exploración sin hallazgos patológicos.

Posteriormente presentó en mayo 2007 una fístula supra-púbica (TAC abdomino-pélvico sin contraste (mayo 07): Borrosidad de grasa subcutánea y engrosamiento de la piel). Celulitis a nivel supra-púbico, con cultivo de Staphylococcus aureus y Morganella morganii.

Actualmente se encuentra de alta con antibioterapia a la espera de un nuevo injerto.

CONCLUSIÓN:

La gangrena de Fournier (GF) , llamada así por un caso de gangrena escrotal descrita por Jean Alfred Fournier en 1843, es una fascitis necrótica de la región perineal tanto en hombres como en mujeres. Es un proceso infeccioso agudo y necrotizante que afecta a la piel de los genitales. Produce una necrosis de la piel y del tejido celular subcutáneo fácilmente reconocible a la inspección externa y obliga a un desbridamiento quirúrgico amplio de la zona afectada para poder limitar la progresión del proceso.

Ocurre frecuentemente en diabéticos, alcohólicos (25%-50% de los casos), inmunocomprometidos, drogadictos y pacientes con enfermedad vascular periférica.

En el 95% de los casos tiene una causa definida, genitourinaria, perirrectal o dérmica. Traumatismos recientes en el periné, instrumentación genitourinaria, fistulas uretrales cutáneas, parafimosis, infecciones perirrectales o perianales, cirugía de la zona, etc

El olor fétido es característico de esta afección, debido a infección por anaerobios, habiéndose obtenido cultivos mixtos que contienen microorganismos alternativos (*E.Coli* , Klebsiella, Enterococos) junto con anaerobios (Bacteroides, Fusobacterium, Clostridium). La infección habitualmente se inicia como celulitis de la puerta de entrada, y poco después el área afectada está tumefacta, eritematosa y sensible al tacto. El dolor es importante y la fiebre y toxicidad sistémica también. La piel se vuelve eritematosa y el escroto se edematiza progresivamente y aparece tumefacción y crepitación del mismo aumentando rápidamente y desarrollándose zonas violáceas oscuras que progresan hasta la gangrena escrotal extensa. La presencia de ampollas en la piel y áreas de necrosis visibles denotan la presencia de endoarteritis obliterativa que conduce a necrosis cutánea y subcutánea. Es característica la presencia de gérmenes gramnegativos y anaerobios del área perineal.

Diagnóstico: Generalmente se suele encontrar dolor local severo, pocos hallazgos de piel iniciales, signos y síntomas de toxicidad sistémica y en escasas ocasiones gas en tejido celular. Debe hacerse una exploración quirúrgica para confirmar el diagnóstico y realizar un desbridamiento adecuado. Es patognomónico de esta infección el encontrar un plano de disección entre el tejido celular subcutáneo y el músculo a lo largo de la línea facial. El lugar más frecuentemente afectado son las extremidades, sobre todo las piernas, seguidas del área perineal y abdominal.

Estudios radiológicos como TAC (hallazgo de gas en el tejido celular), ecografía y resonancia magnética se emplean para el diagnóstico de FN.

Tratamiento: Es una verdadera urgencia médica e incluye como premisas fundamentales: Cirugía precoz, desbridamiento precoz de todo el tejido necrótico y drenaje de los planos más profundos con fasciotomía de la zona afectada. Antibioterapia, soporte hemodinámico y la posibilidad de terapia hiperbárica.

Habitualmente deben realizarse desbridamientos múltiples, durante los días siguientes al inicio del tratamiento quirúrgico, ya que la enfermedad progresa y se extiende. La mortalidad actual se sitúa alrededor del 20%.

PIES DE FIGURAS:

FIGURA 1: Rastreo corporal Ga-67, observando intenso depósito patológico a nivel de pene, testículos, región del perineo y tejidos blandos de área púbica y regiones inguinales, compatible con patología infecciosa-séptica.

RASTREO GA 67 21/03/2007

%
100

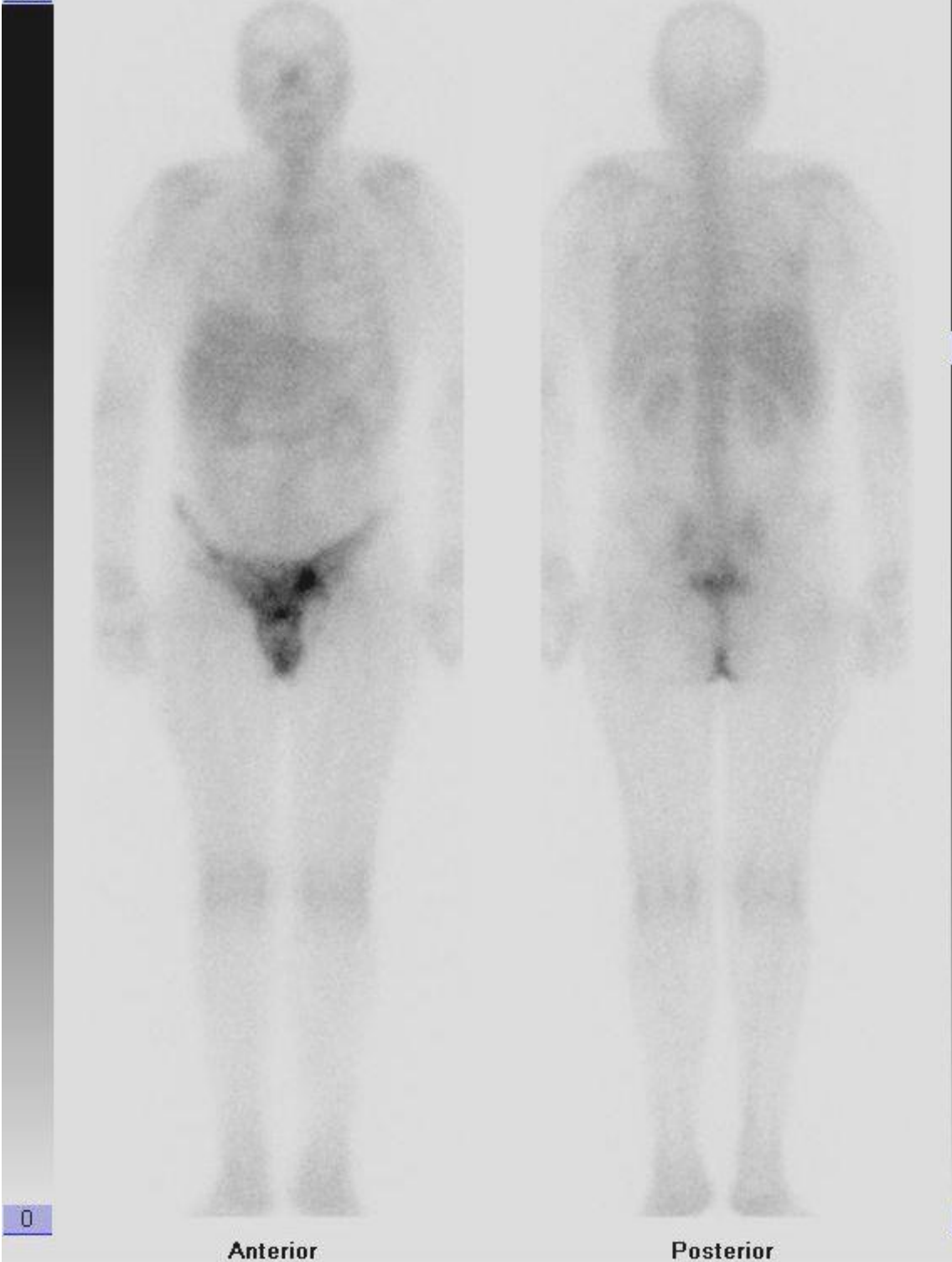


FIGURA 2: Spect abdomino-pélvico Ga-67. Cortes coronales, observando depósito en pene, escroto, periné, área del pubis y región inguinal bilateral.

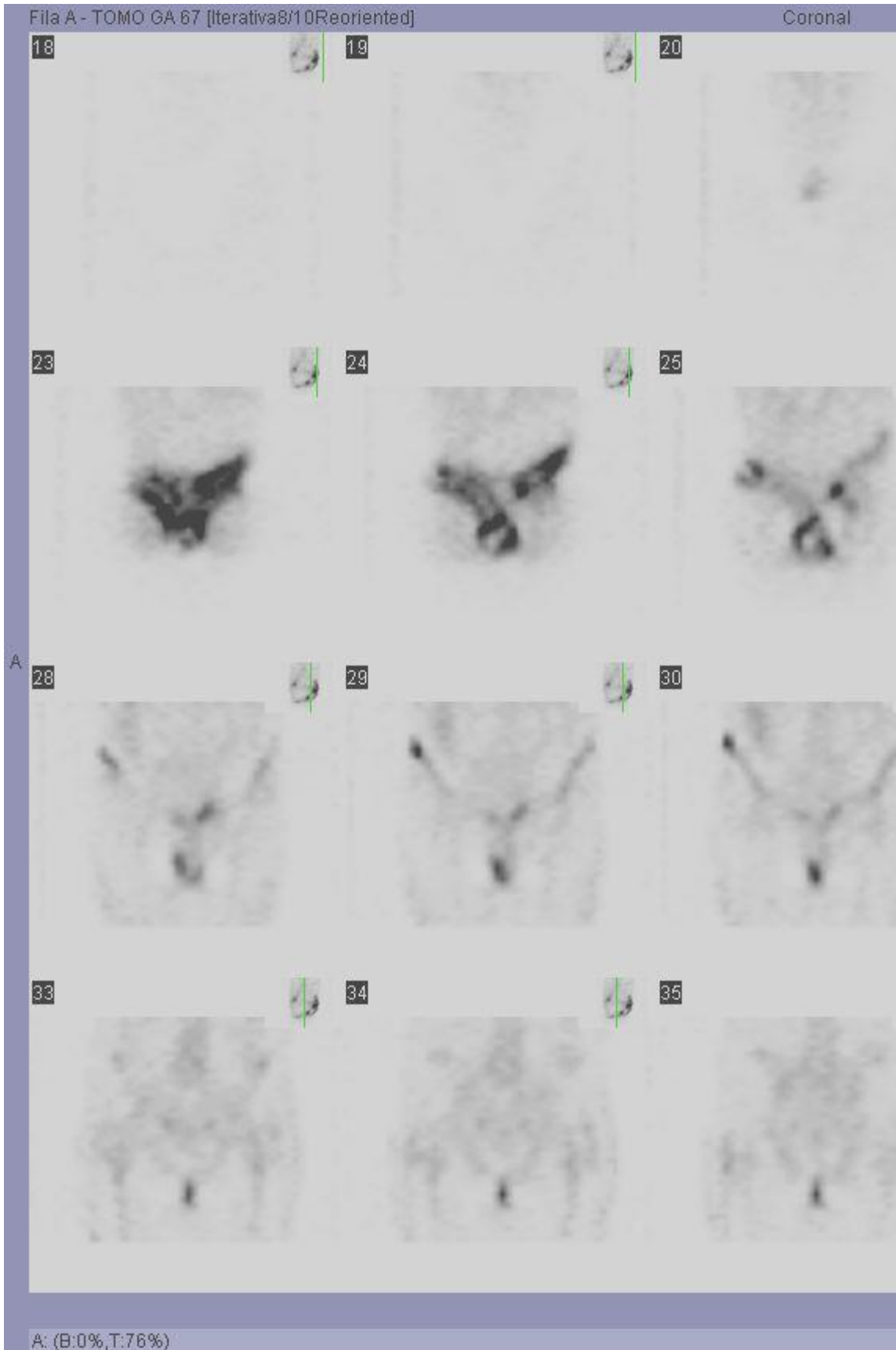
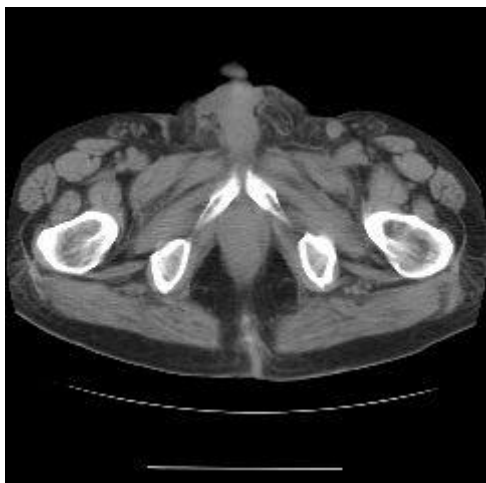


FIGURA 3: TAC abdomino-pélvico sin contraste (corte transversal a nivel infra-

púbico): Borrosidad de grasa subcutánea y engrosamiento de la piel.



CORRESPONDENCIA:

Ana M^a López
Servicio Medicina Nuclear. Hospital Meixoeiro (CHUVI)
Av. Meixoeiro s/n. 36200 Vigo
Teléfono: 986 81 11 75; 630 09 66 01