

Caso 89**Gangrena de Fournier
secundaria a perforación por
cánula rectal**

ALBA CORET FRANCO; TERESITA LARRAÑAGA GUTIÉRREZ;
URSULA PONCE VILLAR; ANGELA BAÑULS MATOSES; FABIÁN
PEIRÓ MONZÓ; RAFAEL COLOMINA DEVESA

Hospital Francesc de Borja de Gandía. Valencia

**HISTORIA CLÍNICA- ANTECEDENTES
PERSONALES**

Varón de 87 años, con antecedentes de DMNID, HTA, Prostatectomía; hábito intestinal habitual estreñido.

Acude por cuadro de rectorragia acompañada de dolor rectal. Refiere además el uso de enemas rectales hace cinco días. Es diagnosticado de hemorroides y es dado de alta con tratamiento sintomático. A los dos días del alta consulta de nuevo por malestar general y dolor abdominal.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Al ingreso, presenta Temp. 36,2°C; TA: 93/46 mmHg; FC: 112 lpm, Sat. O₂: 98%, FR: 44 rpm. Mal estado general, consciente y orientado, palidez cutánea, sequedad de mucosas. Exploración de

abdomen globuloso, timpánico, doloroso de forma difusa. A nivel de periné induración perianal dolorosa. Tacto rectal sin hallazgos patológicos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: CK 545 U/L; Urea 176 mg/dl; Creatinina 3.31 mg/dl; Glucosa 407 mg/dl; Calcio 7.73 mg/dl, Cloro 91 mE/dl, Sodio 126 mE/dl, K 4,71 mE/dl, Lactato 3 mmol/l, PCR 444 mg/l, Procalcitonina 49 ng/ml. Hb:12.3 g/dl; Hto: 37.7%; Leucocitosis de 11600 Neutrófilos 88.3%, Linfocitos 1.4%; Coagulación: INR 22.99; I.QUICK 30%

Gasometría: pH 7.40; pCO₂ 26.1 mmHg; pO₂: 58.7 mmHg; sO₂: 89.2%

Rx de abdomen: no hallazgos significativos.

TAC abdomino-pélvico (Figura 1) urgente con contraste IV: abundante aire ectópico a través de periné, que se extiende desde espacio pararectal derecho, a través de músculo obturador interno, hasta bolsa escrotal y raíz del pene. Se plantea la posibilidad de laceración ureteral vs perforación rectal, por lo que se completa el estudio con TC con contraste ureteral y enema de gastrografin rectal (Figura 2), con extravasación de contraste próxima a recto derecho, la cual sugiere perforación a dicho nivel.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN
URGENCIAS**

Se plantea el DD entre flemón perineal, absceso perianal, perforación uretral vs rectal, y fascitis necrotizante.

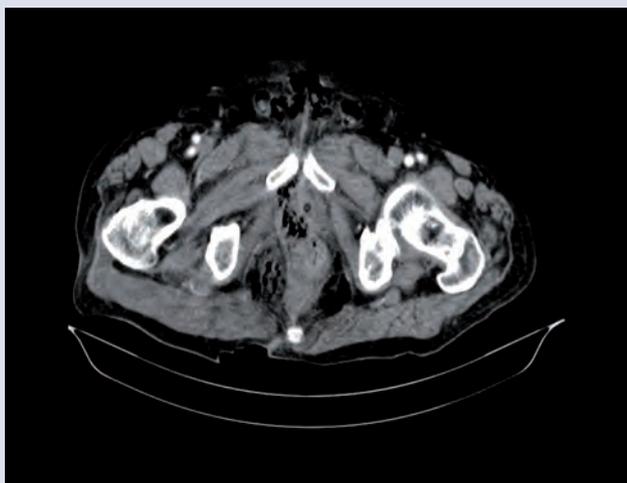


Figura 3

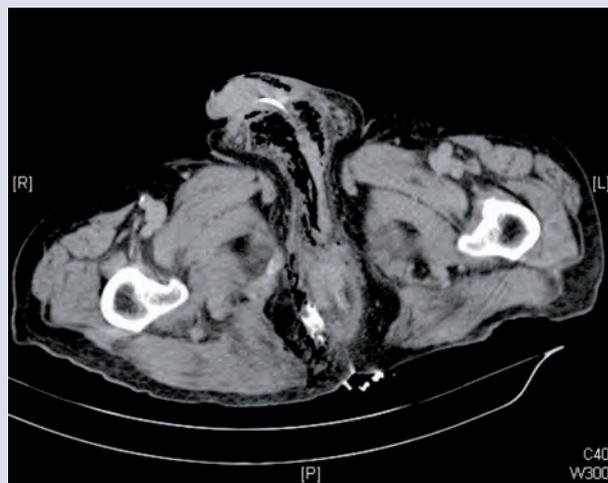


Figura 3

El flemón perineal, se manifiesta con rarefacción de la grasa perirectal, sin aire ectópico. El absceso, cursa con una colección localizada, que en este caso no estaba presente.

Se descarta perforación ureteral ante la ausencia de extravasación de contraste, tampoco refería traumatismo o aplicación de algún dispositivo uretral.

La fascitis necrotizante es una infección que afecta al TCS y fascia y que produce una rápida necrosis tisular con sepsis. La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante a nivel de periné y escroto. Por tanto, el diagnóstico más probable fue de perforación rectal complicado con gangrena de Fournier.

EVOLUCIÓN

A su llegada a urgencias, se instauran maniobras de reposición hidroelectrolítica, así como antibioterapia empírica de amplio espectro con imipenem y metronidazol.

Con la sospecha diagnóstica de perforación rectal extraperitoneal, con gangrena de Fournier secundaria, se indica intervención quirúrgica urgente.

Se realiza incisión perianal, con salida de aire y líquido serohemático oscuro maloliente, del que se toma cultivo. En el tacto rectal no se evidencia perforación.

La cavidad necrótica asciende hacia escroto y se profundiza por encima de los elevadores del recto, por lo que se realizan varias contraincisiones a nivel perineal, y en ambas bolsas escrotales con lavado abundante y mechado por trayectos, con el plan de nueva revisión quirúrgica en 24 horas.

Postoperatorio inmediato, presenta mal estado general con repercusión hemodinámica, siendo éxitus a las 16 horas de la intervención quirúrgica.

Cultivo tomado se aislaron *Morganella morganii*, *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*.

DIAGNÓSTICO FINAL

Gangrena de Fournier secundaria a perforación rectal.

DISCUSIÓN

La gangrena de Fournier¹ es una fascitis necrosante de tejidos blandos que afecta a la piel, tejido subcutáneo y músculo² del periné y escroto. Puede extenderse a la pared anterior abdominal, y

miembros inferiores. Presenta un curso clínico rápido y destructivo³, su incidencia baja, pero su mortalidad muy elevada, oscilando entre el 20 y el 80%⁴.

En la mayoría de los casos, existe una patología anorrectal o genitourinaria, traumática⁵ o infecciosa⁶, que supone una puerta de entrada a la infección. En nuestro caso, la lesión fue traumática tras la aplicación repetida de cánulas de laxante intrarrectal. De origen polimicrobiana, generalmente se aíslan aerobios y anaerobios, entre los cuales se encuentran aerobios gramnegativos como *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, y *Klebsiella pneumoniae*. Muy frecuentemente, y al igual que en nuestro caso, se presenta en pacientes inmunocomprometidos (cáncer, diabetes mellitus, etc.)⁷ El diagnóstico es fundamentalmente clínico: dolor e inflamación perineal, crepitación subcutánea, supuración, y fiebre en el contexto de un cuadro séptico de días de evolución. De las exploraciones complementarias, la tomografía computarizada es la técnica más sensible y específica de todas⁸, la cual evidencia la presencia de enfisema y colecciones subcutáneas. El tratamiento es quirúrgico, con desbridamientos y resecciones, extirpando todo el tejido necrótico, junto con antibioterapia de amplio espectro⁹, metronidazol, carbapenem o cefalosporinas de tercera generación, hasta obtener el antibiograma específico del cultivo realizado.

Esta entidad debe considerarse como una urgencia médico-quirúrgica, y requiere un diagnóstico y tratamiento temprano, tanto por parte de atención primaria como hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fournier JA. Gangrene foudroyante de la verge. Sem Med. 1883;3:345-7.
2. Morgan MS: Diagnosis and management of necrotizing fasciitis: A multiparametric approach. J Hosp Infect 2010;75:249-257.
3. Levine EG, Manders SM: Life-threatening necrotizing fasciitis. Clin in Dermat 2005;23:144-147.
4. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. Br J Surg. 2000;87:718-28.
5. Tanswell IJ, Irfan K, Kossakowski T, Townson G. Rectal perforation in ulcerative colitis: complication of an enema tip. Gastrointest Endosc. 2009 Feb;69(2):344; discussion 344.
6. Medina Polo J, Tejido Sánchez A, De la Rosa Kehrmann F, Felip Santamaría N, Blanco Álvarez M, Leiva Galvis O. Gangrena de Fournier: estudio de

- los factores pronósticos en 90 pacientes. *Actas Urol Esp.* 2008;32:1024-30.
7. Urschel JD, Takita H, Antkowiak JG: Necrotizing soft tissue infections of the chest wall. *Ann Thorac Surg* 1997;64:276-279.
 8. Levenson RB, Singh AK, Novelline RA. Fournier gangrene: role of imaging. *Radiographics.* 2008;28:519-28.
 9. Basoglu M, Ozbey I, Atamanalp SS, Yildirgan MI, Aydinli B, Polat O, et al. Management of Fournier's gangrene: review of 45 cases. *Surg Today.* 2007;37:558-63.

COMENTARIO EDITORIAL

El presente caso clínico hace referencia a un tipo de patología de gran severidad. Como indican los autores supone una urgencia médica, en base a la rapidez de instauración y evolución con una alta mortalidad y morbilidad asociada. Por ese motivo su diagnóstico precoz y sobre todo acertado puede tener un importante impacto en relación a la supervivencia. La dificultad estriba, entre otras razones, en la inicial discordancia entre la gravedad de la afectación local y la repercusión sistémica que puede resultar escasa en una primera instancia pero que indudablemente conlleva en poco tiempo a un cuadro séptico grave que puede comprometer la vida del paciente.

En el caso clínico expuesto llama la atención la primera consulta a urgencias donde el paciente acude con el síntoma guía de rectorragia en el contexto de un antecedente potencialmente traumático a nivel rectal. Probablemente en este caso el paciente se habría beneficiado de una rectoscopia capaz de valorar posibles lesiones a ese nivel. No obstante en el caso de un paciente estable con hemorroides conocidas y sin anemia ni otras complicaciones podría plantearse el estudio ambulatorio, como posiblemente se planteó en este paciente. Sin embargo una situación relativamente poco grave puede tornarse a un cuadro séptico de mal pronóstico, especialmente en sujetos diabéticos, ancianos y con una instrumentalización reciente a nivel rectal. La presencia de una lesión traumática que termina por ulcerarse, infectarse o incluso perforarse puede llegar a producir una necrosis gangrenosa en el tejido circundante y extenderse a la pared abdominal, la región perineal y el escroto.

Desde el punto de vista de las pruebas complementarias los hallazgos analíticos corresponden a un cuadro de septicemia con una notable elevación de marcadores inflamatorios, y afectación orgánica. La prueba de elección en el caso de sospecha de perforación rectal y para caracterizar el alcance de la gangrena es la TC con contraste, como se realizó en el presente caso clínico. No obstante es importante indicar que dado que la progresión de la enfermedad es extremadamente rápida y que el desbridamiento quirúrgico es el tratamiento de elección más determinante, no se debe demorar mucho dicha intervención en pos de sofisticadas pruebas complementarias.

Desde el punto de vista terapéutico el tratamiento más efectivo pasa por la cirugía mediante el desbridamiento radical de áreas de necrosis subcutánea y así interrumpir la extensión de la infección y disminuir la toxicidad sistémica. El tratamiento concomitante con antibioterapia es de elección pero nunca debe sustituir la intervención quirúrgica. La cobertura dependerá en parte del foco origen de la infección. En este caso al tratarse de un foco abdominal cabría la necesidad de cubrir una flora polimicrobiana de ese origen incluyendo Bacilos GRAM negativos y anaeróbios, no obstante en un paciente con datos de gravedad y factores de riesgo de mala evolución (paciente anciano y diabético), posiblemente sea obligada la cobertura de pseudomonas y enterococo. Por ese motivo la cobertura con un carbapenem o piperacilina-tazobactam podrían ser una buena opción.

Jorge García Lamberechts.
Hospital Clínico San Carlos.Madrid