

## GANGRENA DE ESCROTO

Dr. LEON BERNSTEIN-HAHN \*

El no ajustarse a cánones estrictos de asepsia en el manejo del árbol urinario de los pacientes de lesiones medulares, condiciona graves complicaciones que, como la gangrena de escroto, según lo puntualizan en un trabajo presentado ante esta Sociedad por los Dres. Goldaracena y Berri es de excepcional aparición.

La gangrena fulminante de escroto o gangrena de Fournier se caracteriza por un comienzo explosivo que progresa rápidamente con edema e inflamación en 4 a 15 días a un segundo estadio de gangrena progresiva generalmente sin fiebre.

La puerta de entrada puede ser una escoriación en el escroto y los microorganismos predominantes son los estreptococos no hemolíticos, estafilococos áureos y bacilo proteus que viven en el tejido subcutáneo.

Luego del tratamiento quirúrgico sobreviene un tercer período de recuperación, aunque la mortalidad es alta.

Presentamos aquí dos casos tratados en el Centro Nacional de Rehabilitación del Lisiado.

*Caso N° 1.* — F. S. - H. C. N° 3340, 42 años m. Diagnóstico de ingreso: paraplejía traumática nivel lumbar 1, por caída de un cielo raso en noviembre 1962.

30-3-63: Expulsa sonda con balón inflado, seguido de intensa uretrografía.

23-5-65: Se le practica litotricia continuando con sonda permanente.

4-2-64: Aparece con un escroto edematoso de 30 x 40 cms. de color violáceo. Se le practica cistostomía suprapúbica. extravándose 300 cm<sup>3</sup> de orina intensamente piúrica observándose una vejiga de paredes hipertroóficas. Se practica incisión y drenaje de gangrena, escrotal y se indican antibióticos y antiinflamatorios.

8-2-64: Se limpia a tijera zonas de esfacelo. observándose testículos con vaginal indemnes.

6-3-64: Mal estado general, pero comienza a presentarse un activo proceso de cicatrización. Se le transfunde.

15-3-64: Escroto cicatrizado. Fallece en octubre 64 por un proceso intercurrente.

*Caso N° 2.* — MAC, Historia Clínica 10.184. 29 años.

Ingresa el 11-2-69 por una herida de bala con sección medular a nivel D7 - D9.

Presentaba paraplejía espástica; periné espástico no tenía sensación de lleno vesical y sí sensación de paso de la orina por uretra. micciona espontáneamente cada 6-120 minutos sin sonda. con preservativo a orinal.

Orina residual 100 cm<sup>3</sup> de orina clara.

1-4-69: se le practica panendoscopia bajo anestesia local con xylocaína observándose una vejiga de buena capacidad. con celdas y columnas de primer grado. mucosa hiperhémica y una concreción litiásica de color blanquecino de 3 x 4 x 3 cms. Cuello vesical con tendencia a la diafragmación, esfinter uretral externo marcadamente espástico.

\* Virrey del Pino 1730, Cap. Fed.

11-3-69: Se le practica litotricia y se le medica con tetraciclina.

28-4-69: Presenta marcado edema escrotal, fiebre. Se le indica Clóromicetina y antiinflamatorios.

2-5-69: Presenta un intenso edema penoescrotal con zonas de necrosis en cara ventral de la raíz del pene y glande y fístula en ángulo penoescrotal. Se le practica quirúrgicamente debridamiento de las zonas necrosadas y amplios drenajes en el escroto. Se le medica con Gentamina, corticoides.

15-5-69: Mejora el edema y el 21-5-69 no hay tejido necrosado presentando una fístula uretrocutánea limpia sin secreciones.

En el mes de julio su vejiga presentaba 900 cm<sup>3</sup> de orina residual y la fístula presentaba bordes nítidos; en octubre de 1969 se le practica cirugía plástica de la fístula.

#### *Resumen y conclusiones:*

Se presentan dos casos de gangrena fulminante de escroto en pacientes con vejiga neurógena por lesiones medulares.

El manejo cuidadoso de las sondas permanentes reduce las complicaciones infecciosas que, como la descrita, acarrear un alto índice de morbilidad y mortalidad.