

GANGRENA DE PENE

Dr. Castría, Marco A. - Dr. Fasola, Jerónimo - Dr. Biso, Nori - Dr. Girola, Jorge

Resumen

Se presenta un paciente de 72 años con síndrome de Fournier (infrecuente para su edad), haciéndose consideraciones sobre etiopatogenia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

En 1883, Alfred Fournier describe la gangrena fulminante de pene y escroto como un síndrome desarrollado en pacientes presumiblemente sanos, de carácter espontáneo e idiopático, que compromete el área genital masculina.

Esta entidad nosológica, presentada en 1884 en la *Semaine Médicale*, se caracteriza por una infección de evolución rápida y progresiva con gangrena y estacelo de tejidos superficiales cuyos substratos anatómicos lo constituyen el pene o escroto y en ocasiones simultáneamente ambos.

La causa predisponente, agravada por enfermedades debilitantes, es la lesión traumática de la piel que condiciona a través de a excoiación de la misma, la puerta de entrada de la infección cuyos factores desencadenantes lo constituyen microorganismos, dentro de los cuales se pueden catalogar el *estreptococo piógeno*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Clostridium*, *estreptococo anaerobio*, etc.

Aceptando la concepción de Boisbeunet relatada en su tesis de 1941, mencionaremos que el síndrome cursa en tres etapas:

1ª etapa - Período de comienzo

De iniciación brusca en pacientes con buen estado de salud aparente, gran edema penoescrotal que puede extenderse a periné y región inguinal, acompañado de lesiones prepuciales o balánicas. Alteración del estado general consecutivo al cuadro toxiinfeccioso.

En pocas horas el pene se presenta tumefacto y rubicundo y el dolor suele ser intenso.

2ª etapa - Período de estado

Dentro de las 36 horas se objetivan flictenas que luego se ulceran, y placas de esfacelo en distintos periodos evolutivos, según color y aspecto, delimitadas por áreas inflamatorias de menor intensidad, que comprometen los planos tegumentarios, no extensivos a los componentes aponeuróticos u órganos glandulares. El cuadro de hipertermia, 39° C-40° C y la postración son elementos muy elocuentes.

3ª etapa - Período de reparación y eliminación

Comienza a partir del cuarto día con mejoramiento del estado general, con caída de placas de gangrena que dejan en descubierta la zona cruenta, que comienza su faz de granulación epitelizándose a expensas de sus bordes cutáneos indemnes.

Dentro de la patogenia 2 son las teorías que se sustentan: 1) la linfática, linfangitis hiperaguda de carácter gangrenoso, y 2) la teoría vascular, que admite la trombosis aguda de arteriolas que irrigan las envolturas superficiales, fenómeno vascular que provoca necrosis rápida por sobreinfección del revestimiento cutáneo (gangrena estreptocócica según Campbell).

La lesión típica la constituye la placa de esfacelo, de extensión variable, única o múltiple, que como todo proceso gangrenoso revela 3 zonas bien delimitadas: a) central, que contiene tejidos gangrenados; b) intermedia, con pululación bacteriana y exudados en variable intensidad, y c), periférica, con reacción inflamatoria que traduce el marco de limitación flegmática.

El diagnóstico lo certifican su abrupta irrupción y la rápida evolución de su cuadro clínico, y en lo referente a su pronóstico la mortalidad oscilaba en la era preantibiótica entre 22 y 26 % (según Conen y Gibson), tasa que desciende en la actualidad a

17 % según Mc Crea, a pesar del arsenal terapéutico a nuestro alcance, que traduce un severo compromiso de vida.

En cuanto al tratamiento en su faz local debe procurarse la resección precoz de los tejidos necrosados y *toilette* en sesiones repetidas diariamente con soluciones antisépticas, terapéutica antibiótica según especificidad y lesión ulcerativas generales, y superada la etapa de infección, cirugía reparadora, de ser necesario, previendo las retracciones cicatrizales.

Hospital Luis Güemes (Haedo). H. C. Nº 584.112
A. V., argentino, de 72 años, casado, obrero

Antecedentes. Dice haber sido siempre sano.

Enfermedad actual. Ingresa al Servicio de Urología el 23/12/85 con cuadro de prostatismo y lesión ulcerativa extensa que compromete sus 2/3 anteriores de cara ventral de pene en sus planos tegumentarios hasta surco balanoprepucial.

Refiere que comenzó en forma intempestiva con edema prepucial que rápidamente se extiende al resto de la piel del pene, escalofríos e hipertermia.

Fue tratado en el Hospital General Paz de Corrientes, no pudiendo precisar estudios y terapéutica realizada.

Estado actual. Paciente en buen estado general.

Examen físico:

Riñones. No se palpan.

Tacto rectal. Adenoma de próstata grado II.

Genitales externos. Pene: se observa extensa lesión ulcerativa en cara ventral del mismo en sus 2/3 anteriores que interesa cubiertas superficiales respetando fascia de Colles y formaciones eréctiles, extendiéndose hacia bordes laterales del cuerpo de pene, insinuándose en su extremo anterior por debajo de la corona del glande, con prepucio retraído y edematoso.

Se constata superficie de granulación y placas esfacelo en vías de eliminación, discreto exudado inflamatorio de olor penetrante (fétido) y surco de delimitación periférico con fase de epitelización.

La tumefacción del pene involuciona lentamente con persistencia de adenopatías inguinales.

Laboratorio. Orina: ácida, escasas células epiteliales planas, regular leucocitos, escasos cilindros hialinos-granulosos. No se observan gérmenes. Sangre: discreta leucocitosis y presencia de granulaciones tóxicas.

V.D.R.L. reaginas antitreponema: no reactiva.

P.P.D.: negativa.

Examen bacteriológico. Coloración de Gram directo: bacilos gramnegativos y cocos grampositivos.

Cultivo. Pseudomonas y Klebsiellas, estreptococo epidermidis, y no hemolítico.

Biopsia. De lesión de la cara ventral del pene y del surco balanoprepucial.

Piel ulcerada que a nivel dérmico presenta tejido de granulación con infiltrado de linfocitos, plasmocitos, leucocitos polinucleares y células gigantes multinucleadas tipo Langhans. Las técnicas especiales no permiten observar elementos bacterianos y micóticos. Ausencia de malignidad en el material remitido.

Tratamiento

Se le prescribió cefalosporinas y aminoglucósidos, siendo tratado localmente con furantoína y ácido pipemídico.

La gangrena de pene evolucionó favorablemente hasta que el paciente solicitó el retiro voluntario, no concurriendo a controles posteriores, 23/1/86.

Bibliografía

Fournier: "Gangrène foudroyante de la verge". Sem. Méd., 69:345, 1886.
Neidhart, J. H.: "Encyclopédie Médico Chirurgicale". App. Urog. T. IV. Paris, 1963.
Cambell, J. C.: "La gangrena de Fournier". Brit. J. Urol., 27:106, 1955.

Conclusiones

El síndrome de Fournier caracterizado por una severa infección y de elevada mortalidad según las estadísticas, debe ser tratado precozmente con cirugía y amplia cobertura antibiótica para gérmenes aerobios y anaerobios grampositivos y negativos, de acuerdo con estudios bacteriológicos, cultivos y antibiogramas.

Pande, S. y Mewara, P. C.: "Fournier's gangrene: a report of five cases". Brit. J. Surg. 6:479, 1976.
Figueroa, Miguel A.; Molfino, O.; Salas, R.; Roncoroni, A., y col.: "Síndrome de Fournier. Celulitis necrotizante sinérgica". Rev. Arg. Cir., 50:227, 1986.