

Recomendaciones para el manejo inmediato de la Gangrena de Fournier

Immediate management of Fournier Gangrene

Dres. Barros D.;
Chéliz GMJ¹;
García M.;
Giúdice C.;
Linares G.;
Mazza ON.;
Suárez P.;
Virasoro R.
Subcomité de Cirugía
Reconstructiva

Objetivo: 1) Aportar los conocimientos anatómicos, fisiopatológicos y microbiológicos para comprender la evolución y tratamiento de la fascitis necrotizante de Fournier. 2) Resaltar los elementos diagnósticos necesarios que permitan tomar conductas activas 3) Definir las conductas intervencionistas inmediatas en la etapa aguda de la enfermedad.

1. INTRODUCCIÓN

La Gangrena de *Fournier* fue descrita por *Bauriene* en 1764 y luego por *Jean Alfred Fournier* en 1883. Es un caso especial de fascitis necrotizante del perineo, con una incidencia estimada de 1/7.500 habitantes. Afecta con mayor frecuencia a hombres que a mujeres, la edad promedio de presentación ronda los 50 años y tiene una mortalidad asociada elevada que llega hasta el 20%.

Constituye una urgencia urológica que debe ser tratada tempranamente por la rapidez de su progresión y por la gravedad de las complicaciones asociadas con su evolución natural. Así mismo un manejo precoz favorece la reconstrucción posterior asociada con la pérdida de sustancia de las cubiertas genitales que suelen asociarse con bastante frecuencia.

2. CONSIDERACIONES GENERALES: ANATOMÍA, ETIOPATOGENIA, PATOLOGÍA, MICROBIOLOGÍA

- Como toda fascitis necrotizante, la progresión de la enfermedad se inicia en el plano fascial y progresa hacia los planos superficiales, lo cual determina que cuando observamos la placa de necrosis cutánea (aproximadamente sexto día de evolución) estamos frente a una etapa tardía de la enfermedad.
- El diagnóstico clínico temprano depende de la sospecha y es la clave de la evolución del paciente.
- La biopsia por congelación es positiva a partir del 1er día.
- El número de procedimientos quirúrgicos es mayor luego del quinto día de evolución.
- La mortalidad es directamente proporcional al tiempo de evolución de la enfermedad.

Consideraciones anatómicas: La progresión cefálica de la celulitis debe evaluarse, dado que la disposición anatómica de los planos superficiales permite la progresión hasta las clavículas ya que:

- El dartos peneano se comunica cefálicamente con el espacio delimitado entre la fascia de *Scarpa* y la aponeurosis del oblicuo mayor

¹Coordinador del Subcomite de Cirugía Reconstructiva
gcheliz@yahoo.com.ar

- La fascia de *Scarpa* y su plano fascial superficial (fascia *Camper*) forman un espacio que finaliza en las clavículas.

Etiopatogenia

- *Colorrectal*: Absceso anorrectal, hemorroidectomía, carcinoma rectal, diverticulitis.
- *Idiopática*: DBT, alcoholismo, adicción intravenosa, inmunosupresión, obesidad mórbida.
- *Genitourinaria*: Estenosis de uretra, absceso periuretral, trauma uretral, cateterismo uretral a permanencia, parafimosis, implante protésico peneano.
- *Cutánea*: Lesiones cutáneas (inyección, mordedura, ulceraciones) acné conglobata, hidradenitis supurativa.

Microbiología

- Los organismos más frecuentemente involucrados son *E. Coli*, Bacteroides y estreptococos.
- Etiología colorrectal: Anaerobios Gram-Etiología uretral: Gram + aerobios.
- A diferencia de la fascitis necrotizante de otras ubicaciones los clostridios son infrecuentes.

Anatomía patológica: hallazgos de la biopsia fría

- Necrosis de los planos fasciales superficiales y profundos. Coagulación fibrinoide de las arteriolas nutrientes.
- Infiltrado polimorfonuclear.

- Identificación de microorganismos responsables de la infección.

3. DIAGNÓSTICO

La biopsia fría es específica y permite hacer el diagnóstico temprano (24 horas)

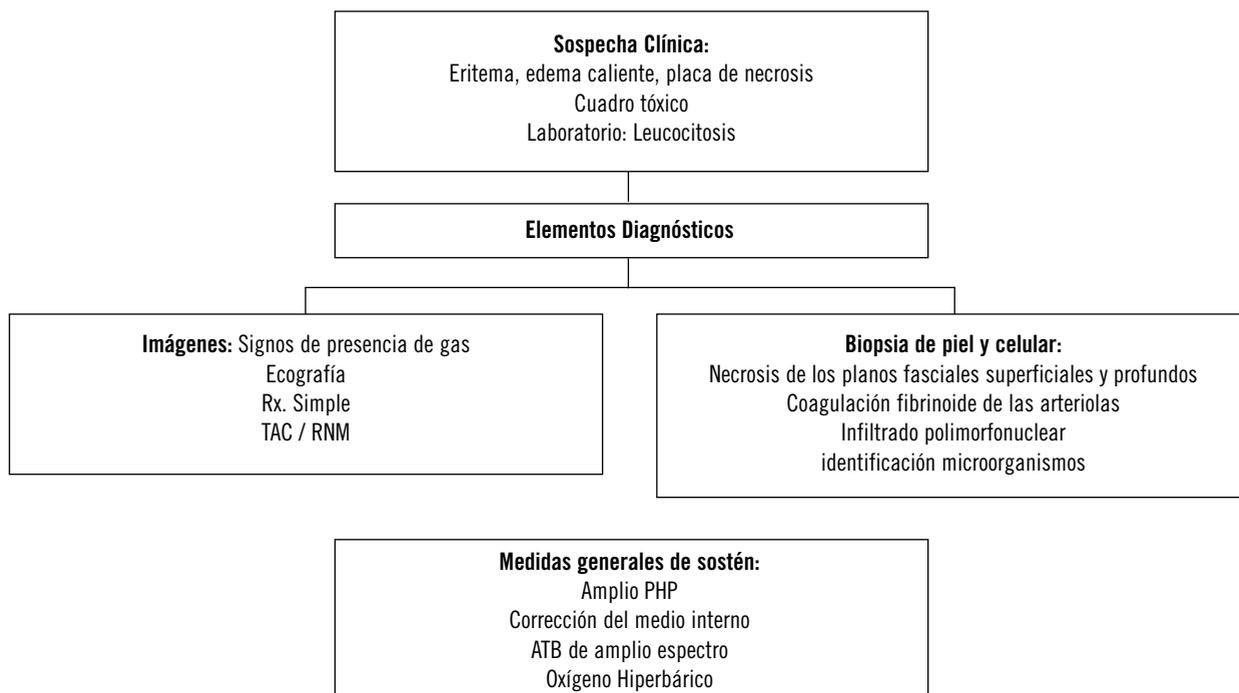
El cuadro clínico se caracteriza por:

- Hipertermia
- Tensión cutánea
- Eritema, edema, dolor
- Crepitación
- Supuración por herida genital
- Placa de necrosis cutánea
- Cuadro tóxico
- Siempre hay que buscar el foco primario.

Los métodos de diagnóstico complementario indicados son:

- Laboratorio básico con ionograma y gasometría: destinados a evaluar función renal, deshidratación, desequilibrios electrolíticos, diabetes, cirrosis, estado tóxico.
- Hemocultivo.
- Imágenes: radiografía simple (gas), ultrasonografía (gas+coleciones). Ambos de elevada especificidad.
- Cultivo de secreciones y tejidos.

(Cuadro 1)



Cuadro 1

4. EVALUACIÓN DEL FOCO SÉPTICO

Es importante determinar el origen del foco séptico, ya que la persistencia del estado tóxico del paciente a pesar del debridamiento y resección agresiva de los tejidos no viables, suele asociarse con la presencia de un foco no determinado y por ende no tratado correctamente.

(Cuadro 2)

5. MANEJO INMEDIATO

- Debridamiento y resección de tejidos necróticos
- Remitir tejido para cultivo
- Colostomía: compromiso rectal o contaminación fecal de la herida
- Derivación urinaria suprapúbica: contaminación urinaria de la herida, foco urológico, duda punto partida de la infección no sonda vesical)
- Re-evaluar con frecuencia la posibilidad de reinter-

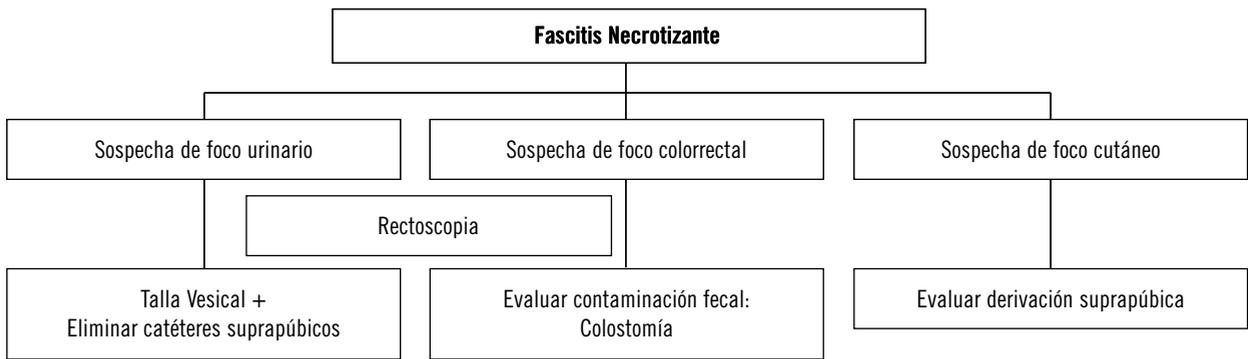
venir quirúrgicamente al paciente para eliminar focos mal drenados o necrosis

- Se debe evitar el uso de anestesia espinal en los procedimientos quirúrgicos para evitar contaminación del SNC.
- Estricto control de enfermedades predisponentes, de concurrencias con el reposo prolongado y mantener un adecuado nivel nutricional.

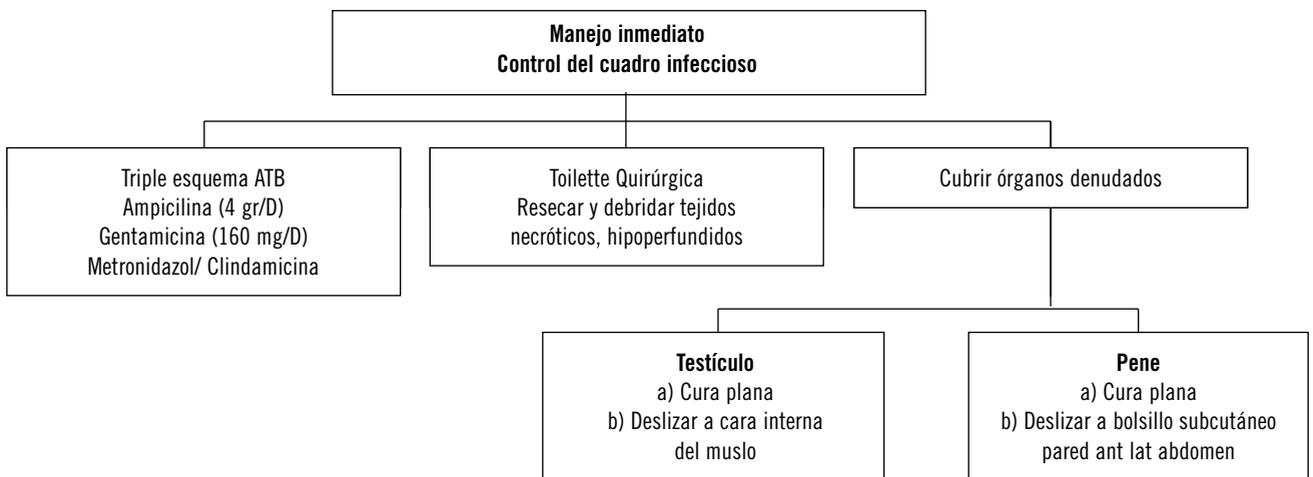
(Cuadro 3)

Indicaciones quirúrgicas

- Biopsia positiva (debe realizarse siempre que exista sospecha de fascitis necrotizante)
- Crepitación edema y eritema
- Gas o colección (RX/ US)
- Cuadro tóxico de origen desconocido + edema o eritema genital
- La necrosis cutánea es tardía



Cuadro 2



Cuadro 3

6. COMPLICACIONES INMEDIATAS

La complicación más frecuente es la persistencia del cuadro séptico. En estos casos evaluar:

- Causa no identificada de infección : apendicitis, diverticulitis
- Extensión de la necrosis en sitios no obvios
- Compromiso séptico a distancia: endocarditis bacteriana, neumonía
- Suma de factores comórbidos: IRC, IC, Reposo prolongado, desnutrición, etc.

CONCLUSIONES

- Urgencia urológica de elevada mortalidad
- Siempre hay que buscar la causa
- El debridamiento quirúrgico temprano es el mejor tratamiento (sospecha, gas, colección líquida, biopsia fría de plano fascial)
- La necrosis cutánea es un signo TARDÍO
- Debe considerarse la derivación urinaria y fecal sea por contaminación o foco original