



## 15 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE GANGRENA DE FOURNIER EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Ana María Álvarez Suárez, Paula García González, Sara Rodríguez Vega, Jesús Toranzo Murugarren, Alejandro Licetti Bermúdez, Claudia Saavedra Fernández, Óscar Martínez Expósito y Sagrario María Santos Seoane

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

### Resumen

**Objetivos:** Revisión de casos de gangrena de Fournier, fascitis necrosante generalmente polimicrobiana que afecta al periné, escroto y área perianal, pudiendo extenderse a miembros inferiores, abdomen y tórax. Son factores predisponentes la diabetes, obesidad y alcoholismo, siendo el absceso perianal el factor desencadenante más frecuente.

**Métodos:** Estudio descriptivo de casos de gangrena de Fournier en los últimos 5 años.

**Resultados:** 22 casos; 4,4 casos de media al año. 95,46% varones, 4,54% mujeres. Edad media: 70,8 años. 13,6% fumadores, 13,6% consumo de alcohol de riesgo. FRCV: 63,3% hipertensión, 40,9% diabetes, 36,4% obesidad, 31,8% hiperuricemia, 27,3% dislipemia. Comorbilidades: 27,3% enfermedad neurológica, 22,7% cardiopatía, 22,7% enfermedad pulmonar, 18,2% neoplasia sólida activa (1 estómago, 1 próstata, 1 recto, 1 laringe; dos con quimioterapia en 3 meses previos), 13,6% enfermedad renal crónica (1 hemodiálisis). Factores predisponentes: 27,3% enfermedad genitourinaria; 22,7% cirugía abdominal en 3 meses previos; 18,2% patología perianal; 18,2% instrumentación urológica en semana previa. Duración media de la sintomatología: 6,3 días. Síntomas: 63,6% dolor perineal; 45,5% fiebre. Hallazgos exploratorios: 68,2% edema/induración; 68,2% eritema; 54,5% necrosis; 22,7% secreción purulenta; 18,2% olor fétido; 18,2% crepitación; 13,6% flictenas/ampollas; 13,6% fluctuación; 4,5% fistulización. 22,72% presentaron otras infecciones locales asociadas: 60% absceso perianal, 20% úlcera sacra sobreinfectada, 20% forúnculo en muslo. 31,81% sepsis/shock séptico con fallo multiorgánico. Demora diagnóstica en el 13,63%, con una media en estos de 2,7 días. Pruebas de imagen precirugía: 68,2% TAC; 9% ecografía. En el 18,18% se estableció el diagnóstico sin necesidad de realizar ninguna. Hemocultivos extraídos al 36,4%, positivos el 62,5% (60% *Staphylococcus epidermidis*, 20% *Staphylococcus aureus*, 20% *Mycobacterium chelonae*). El 95,45% precisó intervención quirúrgica: 95% desbridamiento, 5% drenaje de colecciones. El 30% requirió más de una intervención, el 25% colostomía de descarga, el 6% reconstrucción por Cirugía Plástica (tiempo medio 8,3 meses). Demora quirúrgica tras el diagnóstico en el 4,54%, siendo esta de 5 días, aunque no supuso peor evolución. En cuanto a los cultivos intraoperatorios: 4,54% negativos, 4,54% monomicrobianos (*Escherichia coli*), 90,90% polimicrobianos. Microorganismos aislados: *Escherichia coli* (45%), *Bacteroides fragilis* (25%), *Enterococcus faecalis* (25%), *Proteus mirabilis* (20%), *Staphylococcus haemolyticus* (15%), *Fingoldia magna* (15%), *Pseudomonas aeruginosa* (10%), *Klebsiella*

*pneumoniae* (10%). Antibioterapia empírica: 68,18% carbapenem; 27,27% piperacilina/tazobactam; 4,54% cefalosporinas. 27,3% antibioterapia al alta: 83,3% amoxicilina/clavulánico; 16,66% trimetropim/sulfametoxazol. Duración media de antibioterapia: 38,3 días. 18,18% precisaron UCI, con estancia media de 4,75 días. 36,7% fueron *exitus*.

*Discusión:* La mayoría varones de mediana edad, al igual que en otras series. Hasta un 70% presentaban condiciones o enfermedades predisponentes (diabetes, neoplasias, enfermedad renal, consumidores importantes de alcohol, etc.). Además, el 80,4% presentaban factores desencadenantes, bien patología perianal o genitourinaria, bien intervenciones quirúrgicas o instrumentaciones urológicas previas. Probablemente aquellos en los que no se identificó ninguno, tuvieran patología genitourinaria no diagnosticada. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y no debe demorarse la intervención, ya que se trata de una urgencia urológica con una mortalidad del 20-40%, similar a la de nuestra serie (36,7%).

*Conclusiones:* La gangrena de Fournier es una entidad grave, poco frecuente, y con elevada morbimortalidad, siendo fundamental el diagnóstico y el abordaje precoz para su control.