

# EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA GANGRENA DE FOURNIER. SERVICIO DE CIRUGÍA UNO

CHIRINOS, ANDRÉS\*  
ITRIAGO, DIEGO\*  
LEÁÑEZ, LUÍS\*\*  
NIEVES, ANNE\*\*  
RAMÍREZ, JOSÉ\*\*

## RESUMEN

**Objetivo:** Presentar la experiencia de nuestro servicio en el manejo de la gangrena de Fournier entre los años 1996 a 2006.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo. Se estudiaron a todos los pacientes ingresados por gangrena de Fournier en el Servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas, entre enero de 1996 y diciembre de 2006.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 10 pacientes que habían presentado gangrena de Fournier, todos pertenecían al género masculino. El grupo etario más afectado fue el grupo entre 51 y 60 años con un 40% (cuatro casos). En cuanto al foco primario se observó con más frecuencia el de origen anorrectal con un 50 % (cinco casos). El número de limpiezas realizadas fue entre uno y cinco, con promedio de 2,7 limpiezas quirúrgicas por paciente. Se realizaron colostomías derivativas al 80% de los pacientes, cistostomías al 30%, se manejó la vía urinaria al 70% con sonda de Foley, se realizaron injertos al 70% de los enfermos. No hubo decesos en esta serie de pacientes.

**Conclusiones:** la gangrena de Fournier debe ser diagnosticada en forma rápida, manejada en forma agresiva y con medidas de soporte que permitan un adecuado control metabólico e infeccioso.

**Palabras clave:** Enfermedad de Fournier, gangrena perineal, fascitis necrotizante

## ABSTRACT

### EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF FOURNIER'S DISEASE

**Objective:** To present the experience of our service in the management of the Fournier's disease between the years 1996 to 2006.

**Patients and methods:** Retrospective and descriptive study. Were studied all the patients entered by Fournier's disease in the Service of Surgery One at "Hospital Vargas de Caracas" between January of 1996 and December of 2006.

**Results:** A total of 10 patients studied who had presented Fournier's disease, all masculine. The most affected age group was the group between 51 and 60 years with a 40% (four cases). The primary focus was anorectal with a 50%, observed with more frequency (five cases). The number of cleaning in the O.R. was between one and five, with average of 2.7 surgical cleaning by patient. Colostomies were made to 80% of the patients, cistostomies to 30%, handling the urinary tract to 70% with Foley catheter, was made grafts to 70% of the patients. There were no decesses in this series of patients.

**Conclusions:** The gangrene of Fournier must be diagnosed in fast form, handled in aggressive form and with support measures that allow a suitable metabolic and infectious control.

**Key words:** Perineal gangrene, Fournier's disease, necrotizing fascitis.

---

\* Adjunto del Servicio  
\*\* Residentes del Servicio  
Servicio de Cirugía Uno, Hospital Vargas de Caracas.

La gangrena perineal (enfermedad de Fournier o gangrena de Fournier) se define como una fulminante y progresiva infección de la región perineal, perianal y/o genital<sup>(1)</sup>. Fue descrita por primera vez en 1764 por Baurienne<sup>(2)</sup>, más de cien años antes a la clásica descripción de Jean Alfred Fournier en 1883<sup>(3)</sup>. Es una infección genital grave cuyo pronóstico vital depende en gran medida de un diagnóstico precoz que, como en muchas otras situaciones, va a recaer sobre el médico de urgencias ya que el paciente consultará de forma urgente por la rápida progresión de la infección. Frecuentemente se presenta en pacientes de edad avanzada y portadores de patología crónica<sup>(4,5)</sup>. Por sus características clínicas y elevada mortalidad necesariamente requiere de manejo precoz, agresivo y multidisciplinario.

La edad, la diabetes, el alcoholismo, los traumas e infecciones urológicas sobreañagadas constituyen diversos factores predisponentes. El desbridamiento quirúrgico precoz y el tratamiento antibiótico, instaurados ambos de forma temprana, aumentan la supervivencia de estos pacientes.

Se agrupa dentro de las infecciones necrotizantes de los tejidos blandos que se caracterizan por la presencia de lesiones locales poco evidentes que producirán finalmente necrosis tisular, de progresión rápida a través de las fascias de Colles, Dartos y Scarpa, así como toxicidad sistémica<sup>(6-8)</sup>. El compromiso primario se ubica en el tejido celular subcutáneo, donde, producto de una infección caracterizada por un sinergismo polimicrobiano, se desencadena una endarteritis. La presencia de bacterias anaerobias trae consigo la producción de gases que provocan la crepitación de la zona<sup>(1,6)</sup>.

Por sus características clínicas y elevada mortalidad necesariamente requiere de manejo multidisciplinario. Son fundamentales un diagnóstico precoz, cirugía agresiva, antibióticoterapia de cobertura polimicrobiana, manejo en UTI y un gran compromiso con el paciente que requerirá varios aseos en pabellón para obtener buenos resultados<sup>(1,2,5,8,9)</sup>.

El objetivo del presente trabajo es mostrar la experiencia en nuestro servicio, en un trabajo de tipo prospectivo, y evaluar los resultados obtenidos respecto al número de aseos quirúrgicos en pabellón, la utilización de ostomías, injertos y la evolución del paciente.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Los datos obtenidos para la realización de este trabajo fueron recolectados de los archivos de historias médicas del Hospital Vargas de Caracas.

Se realizó la revisión de las historias de todos aquellos pacientes que ingresaron al área de emergencia de nuestro centro y que fueron atendidos por nuestro servicio presentando lesiones compatibles con gangrena de Fournier que ameritaron cirugía.

Los hallazgos fueron recopilados según el foco de la lesión, estudios paraclínicos realizados, número de intervenciones quirúrgicas, antibióticoterapia, realización de colostomía, injertos y comórbidos.

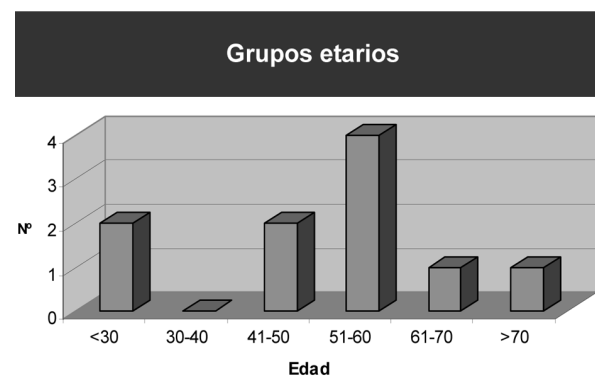
En este trabajo se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Se estudiaron a todos los pacientes ingresados por gangrena de Fournier por parte del Servicio de Cirugía Uno del Hospital Vargas de Caracas, en un período de 10 años, entre enero de 1996 y diciembre de 2006.

## RESULTADOS

Durante los meses de enero de 1996 hasta diciembre de 2006 se estudiaron un total de 10 pacientes que habían presentado lesiones compatibles con gangrena de Fournier que ingresaron al área de emergencia y fueron tratados por nuestro servicio.

De este total se observó que las edades fluctuaron entre 22 y 73 años, con una media de 49,4 años. El grupo etario más afectado fue el grupo entre 51 y 60 años con un 40% (cuatro casos), seguido del grupo de menores de 30 años y de 41 a 50 años con dos casos cada uno (40% en total) y por último el grupo de mayores de 61 años con dos casos (20 por ciento)(Gráfico 1).

**Gráfico 1**



Fuente: instrumento de los autores

En cuanto a la distribución por sexo todos los pacientes que se nos presentaron fueron del sexo masculino.

En cuanto al foco primario se observó con más frecuencia el

de origen anorectal con un 50 por ciento (cinco casos) seguido de las lesiones de etiología urológicas con un 30 por ciento (tres casos) y por último de origen traumáticas con dos casos (20 %)(Tabla 1).

**Tabla 1**

Foco primario		
Origen	n	%
Anorectal	5	50
Urológicas	3	30
Traumáticas	2	20
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de los autores

Con respecto a los días de hospitalización variaron entre 7 a 225 días, con un promedio de 65,1 días. El número de limpiezas realizadas en quirófano dependieron de la evolución clínica del paciente y al grado de necrosis, entre uno y cinco, con promedio de 2,7 limpiezas quirúrgicas por paciente.

Se realizaron colostomías derivativas al 80% de los pacientes entre la primera y segunda intervención, cistostomías al 30% y se manejo la vía urinaria al 70% con sonda de Foley, con respecto a los injertos fueron realizados por el servicio de cirugía plástica de nuestra institución, al 70% de los enfermos (Tabla 2).

**Tabla 2**

Procedimientos realizados		
Procedimiento	n	%
Colostomía	8	80
Cistostomía	3	30
Foley	7	70
Injertos	7	70

Fuente: instrumento de los autores

En sólo cuatro historias se pudieron encontrar los resultados de los cultivos (Enterococo, E. coli y Streptococo alfa hemolítico), se utilizaron combinaciones de antibióticos cefalosporinas de 3ra generación, carbapenems, antianaerobios, en el total de los pacientes.

Con respecto a los comórbidos que presentaron los pacientes, sólo tres de ellos los presentaban, éstos incluían: hipertensión arterial, asma y un paciente parapléjico con foco primario urinario, así mismo destaca el hecho de que sólo un paciente ameritó terapia intensiva, siendo el resto monitoreados en sala por miembros del equipo quirúrgico.

Llama la atención que no hubo defunciones en este grupo de pacientes, tal vez debido a que no existían factores pronósticos negativos como enfermedades de base, tiempo de consulta largo o porque se trata de una serie pequeña de pacientes.

## DISCUSIÓN

La gangrena de Fournier es una fascitis infecciosa de la región perineal, genital y/o perineal que se caracteriza por la trombosis de los vasos subcutáneos con el resultado de una necrosis del tejido comprometido<sup>(1)</sup>.

Todos los reportes concuerdan en señalar que se trata de una enfermedad propia de pacientes mayores de 50 años<sup>(3,9,10,11)</sup>, pero con un rango de distribución muy amplio. En nuestra experiencia el 60% de los pacientes se ubican por encima de la quinta década de la vida, sólo con un caso de 22 años. Así también es más común en hombres que en mujeres, sin conocer la causa de esto, lo cual concuerda con la literatura<sup>(2,3,9,12)</sup>.

Los focos de origen varían, pero sigue siendo el de origen anorectal el que lideriza la morbilidad, lo que conlleva a la tardanza del paciente a consultar al centro de salud, posiblemente debido a falta de nivel educativo, falta de interés, vergüenza, provocando la diseminación de la enfermedad hasta la sepsis. Los focos urinarios usualmente se describen posterior a procedimientos invasivos uretrales, infecciones urinarias. También se han descritos lesiones de origen intraabdominal que se han reflejado en la pared abdominal, clasificándose de origen incierto.

Se observa la gran diferencia entre cada paciente con respecto a los días de hospitalización, con un promedio de 65<sup>(1)</sup> días, lo cual es independiente de la evolución del individuo, el tamaño de la lesión, el número de limpiezas quirúrgicas, falta de recursos por parte del hospital y del paciente, agregándose infecciones nosocomiales y casos sociales.

En nuestro servicio se realizan las limpiezas quirúrgicas el número de veces que sean necesarias, dependiendo de la evolución del paciente, posteriormente junto con el servicio de anestesiología se realizan al pie de cama con sedación hasta lograr la reepitelización o la realización de injertos. En vista de esta situación realizamos de rutina colostomías en asa en la primera o

segunda limpieza quirúrgica, lo cual nos asegura una zona menos contaminada y más fácil de realizar las limpiezas. Las cistostomías sólo se realizan en casos donde se encuentre lesionada la uretra o amerite derivar el flujo urinario.

Los injertos son realizados por el servicio de cirugía plástica de nuestro centro previa evaluación, que incluye estado nutricional del paciente, cultivos de la zona negativos y el tamaño del defecto, así como su localización, sobre todo en escroto y pene. Se realizaron en esta serie 7 injertos de espesor parcial, para un total de 70%. De esta manera aceleramos la recuperación del paciente para su reintegro a su vida cotidiana.

Cabe señalar que no se pudo localizar el total de los resultados de los cultivos de las lesiones, los cuales son tomados de rutina por nuestro servicio, sin embargo no contamos con laboratorio de microbiología de guardia, lo que conlleva a la pérdida de muestras y la instauración de terapia antibiótica empírica y posterior toma de muestra en sala, siendo poco fiable. Describimos sólo tres bacterias las cuales son flora normal del sistema intestinal final, al igual que en otras investigaciones<sup>(4,7,13)</sup>.

Son pocos los trabajos que dan cuenta de la morbilidad postoperatoria, ésta se sitúa entre un 0% hasta un 30%<sup>(4,5,7,11)</sup>. En nuestra experiencia no hubo mortalidad, probablemente debido al manejo agresivo de limpiezas, antibioticoterapia, manejo postoperatorio multidisciplinario, pero también puede atribuirse a la poca cantidad de pacientes evaluados por nuestro servicio en ese período de tiempo.

Queda mucho por investigar respecto a este tema, nuestro trabajo sólo es un pequeño aporte en el manejo de esta patología,

que en los últimos años muestra un aumento mantenido y por la gravedad que reviste es fundamental presentar trabajos, que permitan mejorar los actuales índices de morbimortalidad. Podemos señalar que la gangrena de Fournier debe ser diagnosticada en forma rápida, manejada en forma agresiva y con medidas de soporte que permitan un adecuado control metabólico e infeccioso.

## REFERENCIAS

1. Smith GL, Bunker CB, Dinneen MD: Fournier's gangrene, review. Br J Urol 1998; 81: 347-55.
2. Baurienne H: Sur une plaie contuse qui's est terminée par le sphacèle de le scrotum. J Med Chir Pharm 1764; 20: 251-6.
3. Fournier JA: Gangrene foudroyante de la verge. Médecin Pratique 1883; 4: 589-97.
4. Bannura G, Vera E, Schultz M, Aguayo P, Espinosa M: Gangrena de Fournier. Rev Chil Cir 1992; 44: 289-93.
5. Valenzuela R, Radich P, Hernández J, Toro P: Gangrena escroto peneana de Fournier. Rev Chil Cir 1991; 43: 377-9.
6. Bannura G: Enfermedad de Fournier. Rev Méd Chile 1992; 120: 304-10.
7. Jensen C, Azolas C, Pérez G et al: La gangrena perineal. Nuestra experiencia en el manejo de veintidós casos. Rev Chil Cir 1992; 44: 61-4.
8. Thum P, Lubbe N, Djamilian M et al: Fourniers gangrene. Experiences and changes in the disease picture since its initial description. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 1995; 30: 315-9.
9. Stephens B, Lathrop J, Rice W et al: Fournier's gangrene: historic (1764-1978) versus contemporary (1979-1988) differences in etiology and clinical importance. Am Surg 1993; 59: 149-4.
10. Salvino C, Hardford F, Dobrin P: Necrotizing infections of the perineum south. Med J 1993; 86: 908-11.
11. Kaulbars E: Die Fourniersche gangran. Fallbeschreibung und literaturübersicht. Chirurg 1993; 64: 63-7.
12. Anzai A: Fourniers gangrene: a urologic emergency. Am Fam Physician 1995; 52: 1821-5.
13. Efem S: The features and aetiology of Fourniers gangrene. Postgrad Med J 1994; 70: 568-71.



## NOTICIAS BREVES

Se les invita a visitar la página web de la Sociedad, en su nueva dirección [www.sociedadvenezolanadecirugia.org](http://www.sociedadvenezolanadecirugia.org). Este nuevo formato es mucho más moderno y versátil. Algunas secciones están aún en construcción y pronto funcionarán plenamente. Encontrarán las diversas publicaciones de la Sociedad, tales como la revista, el boletín, noticias, estatutos, reglamentos, eventos, etc.

Nos interesaría mucho conocer su opinión en lo que se refiere al funcionamiento de la revista, sus comentarios acerca de algún artículo, algunas sugerencias. Por esto es que deseamos activar una sección que se llamará "Cartas al Editor". Estas comunicaciones que ustedes envíen serán publicadas en esta sección. Las cartas pueden ser enviadas a los siguientes correos electrónicos: [http://www.sv\\_cirurgia@cantv.net](mailto:www.sv_cirurgia@cantv.net) y [http://josefvivas@gmail.com](mailto:josefvivas@gmail.com).