



GANGRENA DE FOURNIER CON EXTENSION PREPERITONEAL SECUNDARIA A ABSCESO PERIANAL ISQUIORECTAL

Cardozo-Aguilar JC, Maciel-Gutiérrez VM, Centeno-Flores MW, Cervantes-Ortiz S, Valenzuela-Pérez JA, Figueroa-Becerra JH, Arellano-Pérez C, Maciel-Acevedo VH, Centeno-Reynoso M.

Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca".
Servicio de Colon y Recto.



INTRODUCCION:

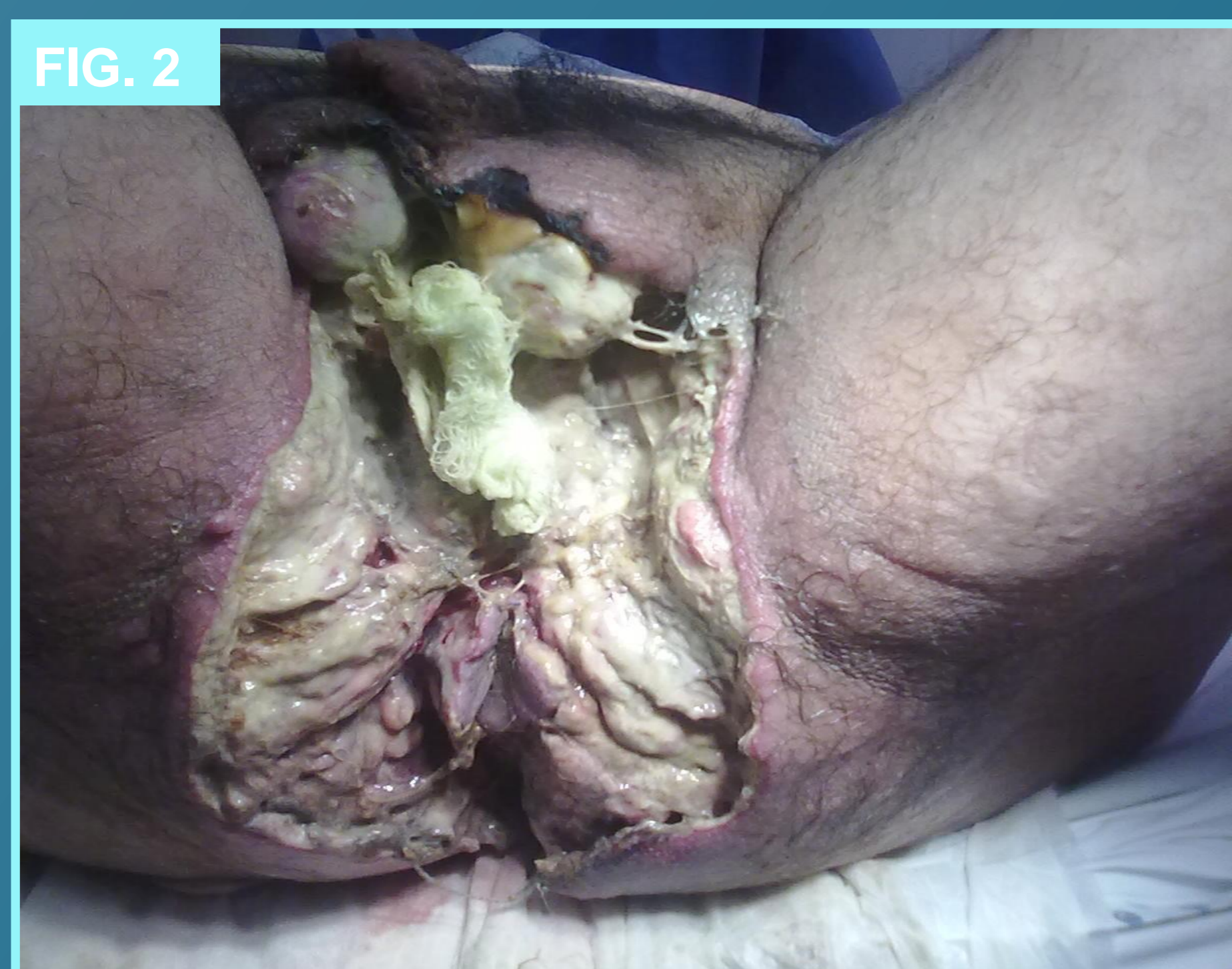
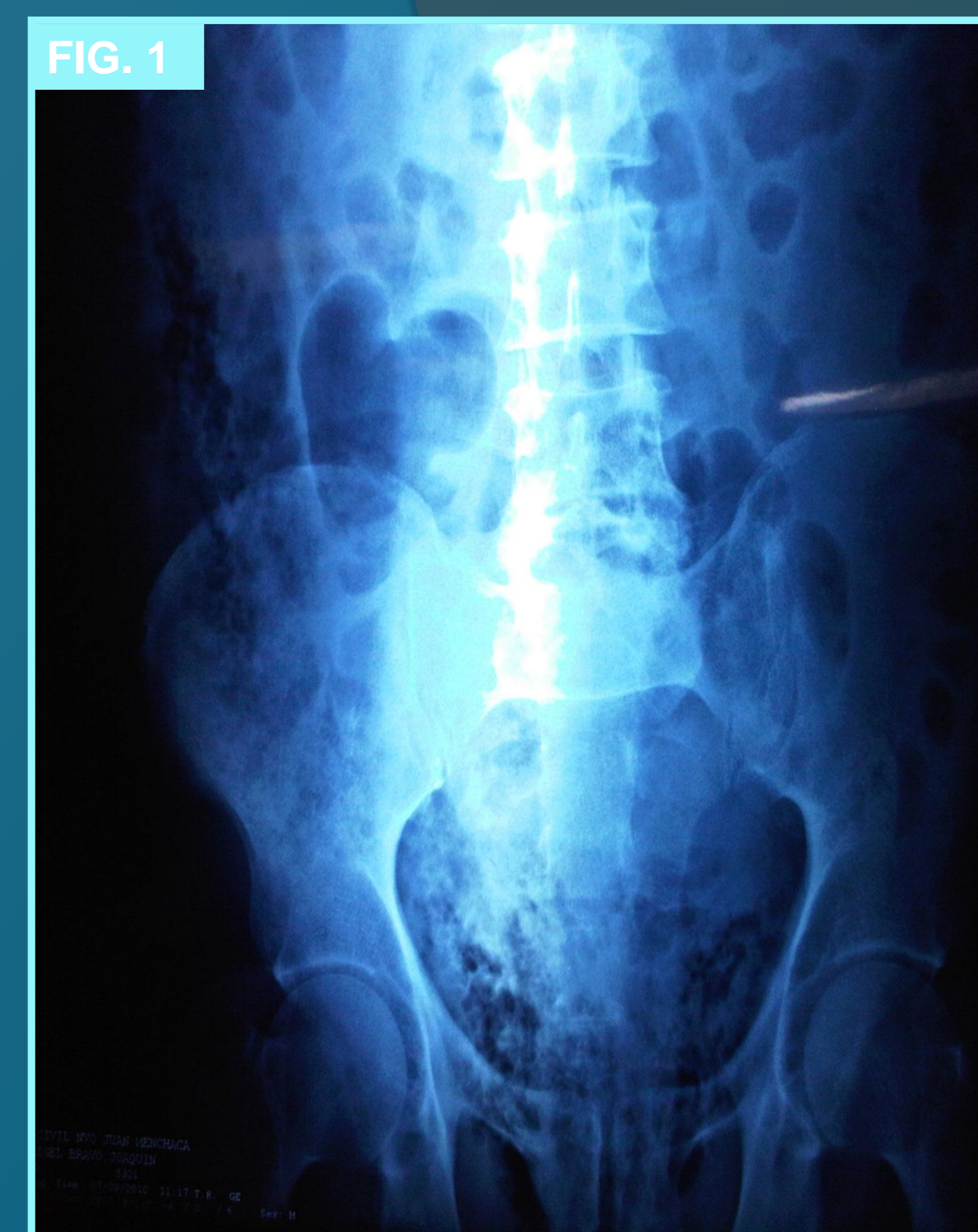
La Gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante de periné y genitales, causada por una mezcla de bacterias, aerobias y anaerobias. A pesar del tratamiento adecuado la morbi-mortalidad sigue siendo alta, asociado esta en forma importante a co-morbilidades, teniendo por sitio común de origen espacios perianales. Motivado a esto, presentamos un caso que se desarrollo secundario a Absceso Perianal Isquiorectal derecho con evolución tórpida, extendiéndose a espacio preperitoneal desde pelvis a cuadrantes abdominales superior derecho e inferiores .

OBJETIVO:

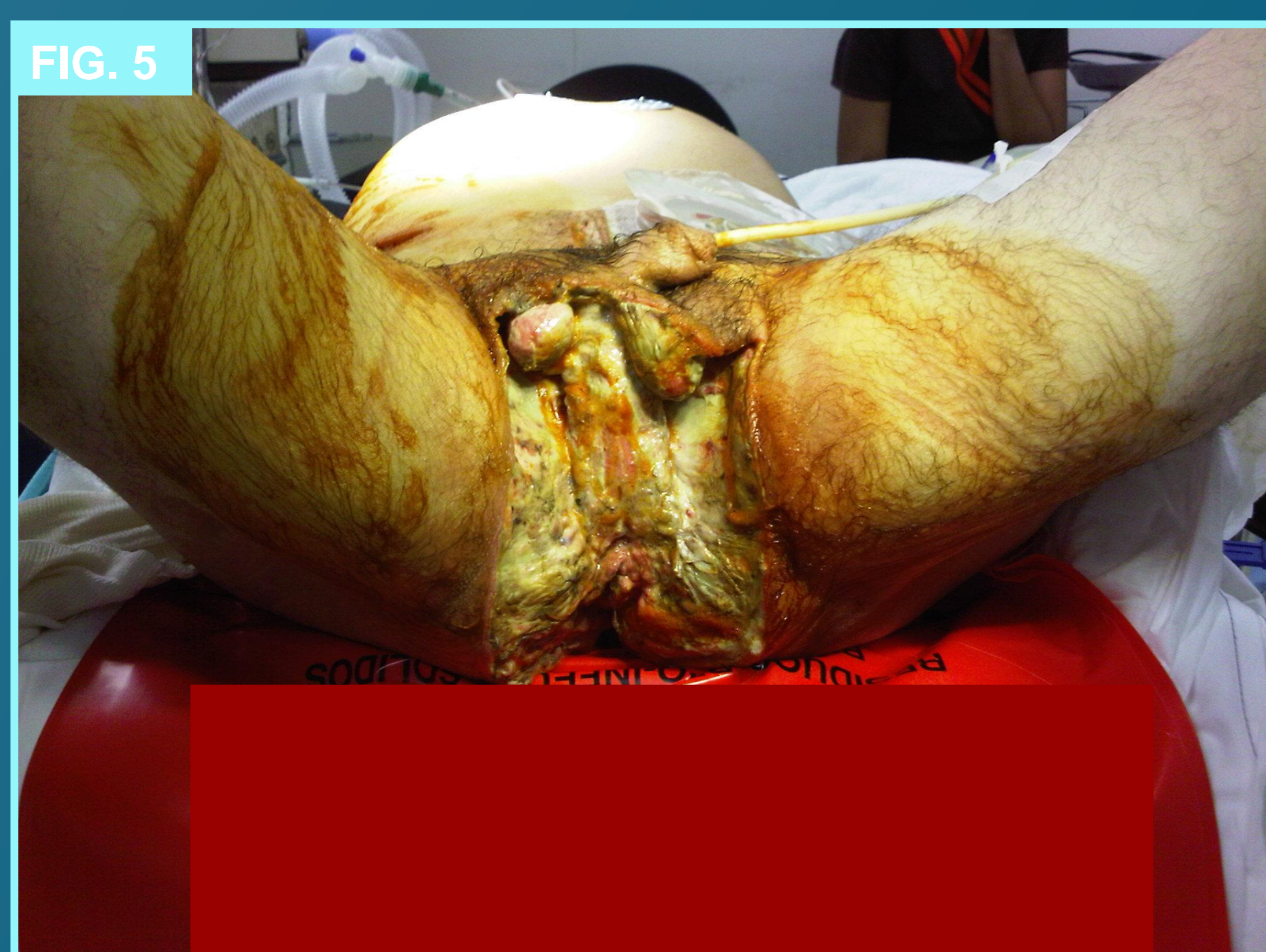
Describir una complicación severa, poco usual, del absceso perianal isquiorectal, extendiéndose a periné y espacio pre-peritoneal, tanto pélvico como abdominal.

CASO CLINICO:

Masculino de 58 años Diabético tipo 2, con 15 días de evolución con gangrena de Fournier ya manejado mediante lavado, debridación y antibioticoterapia, con mala respuesta. Siendo referido a nuestro centro hospitalario. Es evaluado a su ingreso presentando dolor abdominal de fuerte intensidad, crepitación y aumento de volumen e induración en hemiabdomen derecho. Laboratorio de ingreso: Hb: 9,28 grs% Hto: 32% WBC: 7,330 Neu: 84% PLT: 1253.000 xmm³ Glic: 61grs/dL Creat: 0,7grs/dL. Se realiza Rx Abdomen Simple que muestran aire en espacio preperitoneal (Fig. 1).



Es llevado a sala quirúrgica realizándose nuevo aseo quirúrgico perineal, con posterior incisión abdominal de drenaje en flanco derecho identificando colección preperitoneal purulenta abundante que involucra 3 cuadrantes del abdomen exceptuando el superior izquierdo, con extensión a hueco pélvico que proviene del espacio isquiorectal derecho (Fig. 2 y 3), se continua quirúrgicamente manejo con nuevos lavados y posterior colostomía de derivación (Fig. 4 y 5), se mantiene en terapia intensiva por 40 días lográndose control de Sepsis y SRIS. Recibe Antibioticoterapia de amplio espectro (según bacteriología) Cultivo bacteriano: 1) Empedobacter bienis (Multiresistente) 2) Pseudomona aeruginosa (Multiresistente). Egresando a hospitalización con traqueostomía e infección respiratoria severa .



CONCLUSIONES:

Consideramos que el manejo inicial del foco infeccioso primario determina la evolución y/o extensión de la enfermedad, el cual debe ser temprano y agresivo, tanto médico como quirúrgico. El cual debe estar basado en un adecuado desbridamiento de los tejidos, acompañado de antibioticoterapia de amplio espectro, control de las co-morbilidades asociadas y manejo multidisciplinario, lo cual es esencial en el pronóstico.

BIBLIOGRAFIA:

- Management of Fournier's gangrene: experience of a university hospital of Curitiba. Mehl AA, Nogueira Filho DC, Mantovani LM, Grippa MM, Berger R, Krauss D, Ribas D. Hospital Universitário Cajuru, PUCPR, BR. Rev Col Bras Cir. 2010 Dec;37(6):435-441
- Successful Treatment of a Severe Case of Fournier's Gangrene Complicating a Perianal Abscess. Papaconstantinou I, Yiallourou AI, Dafnios N, Grasca I, PolymeneasG, Voros D. Case Report Med. 2011;2011:702429. Epub 2011 Jan 20.
- Fournier's gangrene. Laucks SS 2nd. Department of Surgery, York Hospital, Pennsylvania. . Surg Clin North Am. 1994 Dec;74(6):1339-52.
- Fournier's Gangrene: Series of Twenty Patients. Simsek Celik A, Erdem H, Guzey D, Celebi F, Birol S, Eroztgen F, Kaplan R. Second Department of General Surgery, Vakif Gureba Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey. Eur Surg Res. 2011;146(2):82-6. Epub 2010 Dec 29.