fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

CASO CLÍNICO

Gangrena de Fournier secundaria a perforación por cánula rectal.

Fournier's gangrene secondary to rectal perforation by cannula.

Teresita Larrañaga Gutiérrez[1], Alba Coret Franco, Ursula Ponce Villar, Angela Bañuls Matoses, Fabián Peiró Monzó[2], Rafael Colomina Devesa[3]
1. Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.
2. Médico Adjunto de Cirugía General y ap. digestivo.
3. Esp. MFyC. Médico de Urgecnias Hospitalarias.
Hospital Francisco de Borja. Gandía. Valencia.
Correspondencia: Dra. Teresita Larrañaga. moasikitoko@gmail.com

Citar como: Larrañaga Gutiérrez T, Coret Franco A, Ponce Villar U, Bañuls Matoses, Peiró Monzó F, Colomina Devesa R. Gangrena de Fournier secundaria a perforación por cánula rectal. fml. 2012; 16(9):3p

Recibido el 23/04/2012
Aceptado el 15/07/2012
Publicado el 15/08/2012

Palabras clave (MeSH): Perforación intestinal, gangrena de Fournier

Resumen
Dolor abdominal tras uso de enemas rectales. Importancia de considerar todos los aspectos y no sólo los clínicos.

Keywords (MeSH): Intestinal perforation, Fournier gangrene

Abstract
Abdominal pain after use of rectal enemas. Importance of considering all aspects, not just clinicians.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

Descripción del caso clínico

Historia clínica- antecedentes personales:
Varón de 87 años, con antecedentes de DMNID, HTA, Prostatectomía; hábito intestinal habitual estreñido.

Refiere, cinco días antes, el uso de 5 enemas rectales. Consulta por rectorragía acompañada de dolor rectal, por lo que acude a urgencias. Es diagnosticado de hemorroides y es dado de alta con tratamiento sintomático.

Consulta a los 2 días siguientes de ser altado, por dolor abdominal y malestar general.

Exploración física:
Al ingreso, presenta Temp. 36.2ºC; TA: 93/46 mmhg; FC: 112lpm, Sat. O2: 98%,
FR: 44 rpm. Mal estado general, consciente y orientado, palidez cutánea, sequedad de mucosas. Exploración de abdomen globuloso, timpánico, doloroso de forma difusa. A nivel de periné induración perianal dolorosa. Tacto rectal sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias:
Analítica: CK 545U/L; Urea 176mg/dl; Creatinina 3.31 mg/dl; Glucosa 407mg/dl; Calcio 7.73 mg/dl, Cloro 91mE/dl, Sodio 126 mE/dl, K 4,71 mE/dl, Lactato 3mmol/l, PCR 444 mg/l, Procalcitonina 49 ng/ml. Hb:12.3 gr/dl; Hto: 37.7%; Leucocitosis de 11600 Neutrófilos 88.3%, Linfocitos 1.4%; Coagulación: INR 22.99; I.QUICK 30%
Gasometría: Ph 7.40; pCO2 26.1 mmHg; pO2: 58.7 mmHg; sO2: 89.2%
Rx de abdomen: no hallazgos significativos
TAC abdomino-pélvico (fig 1) urgente con contraste IV: abundante aire ectópico a través de periné, que se extiende desde espacio pararrectal derecho, a través de músculo obturador interno, hasta bolsa escrotal y raíz del pene. Se plantea la posibilidad de laceración ureteral vs perforación rectal, por lo que se completa el estudio con TC con contraste ureteral y enema de gastrografin rectal (Fig2), con extravasación de contraste próxima a recto derecho, la cual sugiere perforación a dicho nivel.

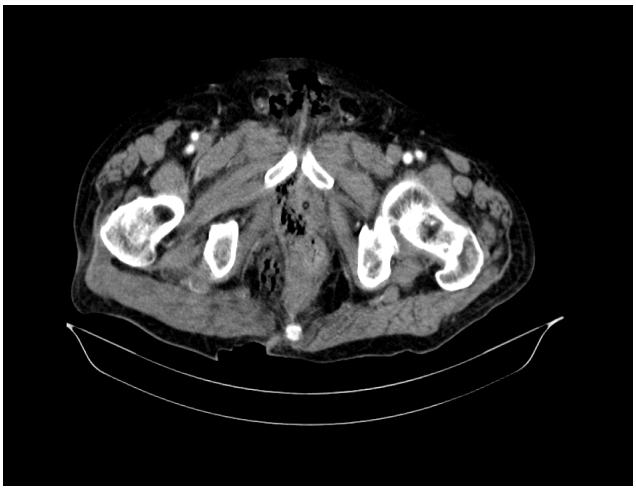

Imagen 1.- TAC Abdómino-pélvico

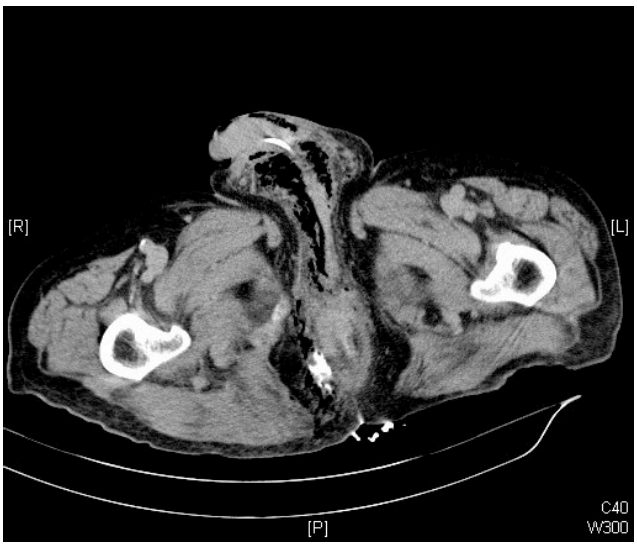

Imagen 2.- TAC con contraste

Diagnóstico diferencial en Urgencias

Se plantea el DD entre flemón perineal, absceso perianal, perforación uretral vs rectal, y fascitis necrotizante.

El flemón perineal, se manifiesta con rarefracción de la grasa perirectal, sin aire ectópico. El absceso, cursa con una colección localizada, que en este caso no estaba presente.

Se descarta perforación ureteral ante la ausencia de extravasación de contraste, tampoco refería e traumatismo o aplicación de algún dispositivo uretral.

La fascitis necrotizante es una infección que afecta al TCS y fascia y que produce una rápida necrosis tisular con sepsis. La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante a nivel de periné y escroto. Por tanto, el diagnóstico más probable fue de perforación rectal complicado con gangrena de Fournier.

Evolución

A su llegada a urgencias, se instauran maniobras de reposición hidroelectrolítica, así como antibioterapia empírica de amplio espectro con Imipenem y Metronidazol.
Con la sospecha diagnóstica de perforación rectal extraperitoneal, con gangrena de Fournier secundaria, se indica intervención quirúrgica urgente.

Se realiza incisión perianal, con salida de aire y liquido serohematico oscuro maloliente, del que se toma cultivo. En el tacto rectal no se evidencia perforación.

La cavidad necrótica asciende hacia escroto y se profundiza por encima de los elevadores del recto, por lo que se realizan varias contraincisiones a nivel perineal, y en ambas bolsas escrotales con lavado abundante y mechado por trayectos, con el plan de nueva revisión quirúrgica en 24 horas.
Postoperatorio inmediato, presenta mal estado general con repercusión hemodinámica, siendo éxitus a las16 horas de la intervención quirúrgica.

Cultivo tomado se aislarón Morganella morganii, Escherichia coli y Klebsiella pneumoniae,

Diagnóstico final

Gangrena de Fournier secundaria a perforación rectal.

Discusión

La gangrena de Fournier[i] es una fascitis necrosante de tejidos blandos que afecta a la piel, tejido subcutáneo y músculo[ii] del periné y escroto. Puede extenderse a la pared anterior abdominal, y miembros inferiores. Presenta un curso clínico rápido y destructivo[iii], su incidencia baja, pero su mortalidad muy elevada, oscilando entre el 20 y el 80%.[iv]

En la mayoría de los casos, existe una patología anorrectal o genitourinaria, traumática[v] o infecciosa[vi], que supone una puerta de entrada a la infección. En nuestro caso, la lesión fue traumática tras la aplicación repetida de cánulas de laxante intrarrectal. De origen polimicrobiana, generalmente se aislan aerobios y anaerobios, entre los cuales se encuentran aerobios gramnegativos como Escherichia Coli ,Pseudomonas Aeruginosa , y Klebsiella Pneumoniae. Muy frecuentemente, y al igual que en nuestro caso, se presenta en pacientes inmucomprometidos (cáncer, diabetes mellitus, etc.)[vii] El diagnóstico es fundamentalmente clínico: dolor e inflamación perineal, crepitación subcutánea, supuración, y fiebre en el contexto de un cuadro séptico de días de evolución. De las exploraciones complementarias, la tomografía computarizada es la técnica más sensible y específica de todas[viii], la cual evidencia la presencia de enfisema y colecciones subcutáneas. El tratamiento es quirúrgico, con desbridamientos y resecciones, extirpando todo el tejido necrótico, junto con antibioterapia de amplio espectro[ix], metronidazol, carbapenem o cefalosporinas de tercera generación, hasta obtener el antibiograma específico del cultivo realizado.

Esta entidad debe considerarse como una urgencia medico-quirúrgica, y requiere un diagnóstico y tratamiento temprano, tanto por parte de atención primaria como hospitalaria.

Bibliografía

[i] *Fournier JA.* Gangrene foudroyante de la verge. Sem Med. 1883;3:345-7

[ii] Morgan MS: Diagnosis and management of necrotizing fasciitis: A multiparametric approach. J Hosp Infect 2010; 75:249-257

[iii] Levine EG, Manders SM: Life-threatening necrotizing fasciitis. Clin in Dermat 2005; 23:144-147.

[iv] Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. Br J Surg. 2000;87:718-28

[v] Tanswell IJ, Irfan K, Kossakowski T, Townson G. Rectal perforation in ulcerative colitis: complication of an enema tip.Gastrointest Endosc. 2009 Feb;69(2):344; discussion 344.

[vi] *Medina Polo J, Tejido Sánchez A, De la Rosa Kehrmann F, Felip Santamaría N, Blanco Álvarez M, Leiva Galvis O.* Gangrena de Fournier: estudio de los factores pronósticos en 90 pacientes. Actas Urol Esp. 2008;32:1024-30

[vii] Urschel JD, Takita H, Antkowiak JG: Necrotizing soft tissue infections of the chest wall. Ann Thorac Surg 1997; 64:276-279.

[viii] Levenson RB, Singh AK, Novelline RA. Fournier gangrene: role of imaging. Radiographics. 2008;28:519-28.

[ix] *Basoglu M, Ozbey I, Atamanalp SS, Yildirgan MI, Aydinli B, Polat O, et al.* Management of Fournier''s gangrene: review of 45 cases. Surg Today. 2007;37:558-63