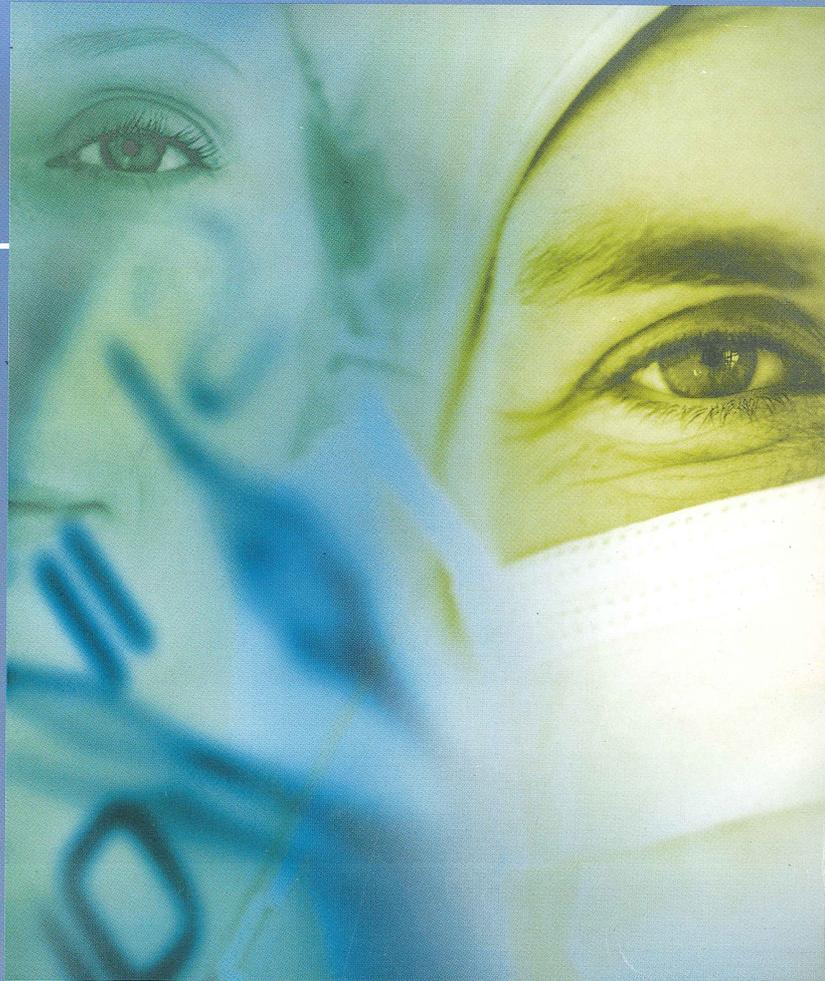


Revista Médica

DE NUESTROS HOSPITALES

- Control de daños: Estudio retrospectivo de 15 casos en Emergencias del Hospital Luis Vernaza en el año 2004.
- Estudio retrospectivo de gangrena de Fournier: desde enero de 2004 hasta noviembre de 2007.
- Trauma abdominal: Estudio retrospectivo de 210 casos en Emergencias del Hospital Luis Vernaza en el año 2004.
- Agenesia del cuerpo caloso.
- Ascitis masiva como debut de un cáncer gástrico.
- Cáncer primario de hígado no cirrótico.
- Complicaciones adyacentes a la existencia de un doble sistema pielocalicial.
- Fuga biliar: Biloma.
- Hematoma subcapsular de hígado.
- Lipomas múltiples.
- Necrólisis epidérmica tóxica.
- Utilidad del colgajo medio frontal.



Vol. 14 - N°1

enero
febrero
2008



Gangrena Fournier: Retrospección desde enero de 2004 hasta noviembre de 2007.

Estudio retrospectivo.

Dr. Walter Huaraca Huaraca • Médico Asociado de la salas San Andrés y Sta. Ana, Hospital Luis Vernaza - Hospital Abel Gilberto Pontón.
Dra. Jacqueline Freire Freire, Dra. Cecilia Vizueta Sahona, Dr. Kléber Sarmiento Suco • Médicos Residentes de Cirugía, Hospital Luis Vernaza.

Resumen

Es una patología poco frecuente, caracterizada por el inicio abrupto de una infección necrotizante de los tejidos blandos de la región genital y perineal, rápidamente progresiva, que compromete los tejidos circundantes de esta región y de la parte baja de la región abdominal. Su etiología principal por causa traumática y la bacteria más frecuente *E. Coli*. El tratamiento debe ser multidisciplinario, y debe involucrar al médico internista, cirujano general, urólogo, nutricionista y cirujano plástico. Con el fin de obtener los resultados satisfactorios del paciente; se debe actuar de manera rápida, con antibióticos de amplio espectro como penicilina cristalina, clindamicina, ciprofloxacina, aminoglucósido u otros, para así evitar un alto índice de morbimortalidad..

Palabras clave: Gangrena de Fournier, Fascitis Necrotizante, Celulitis.

Summary

It isn't a frequent pathology characterized by an abrupt beginning of a perineal and genital tract soft tissue necrotizing infection that involve the surrounding tissues and lower abdominal region. Traumatic etiology is the main cause and *E. Coli* is the most frequent bacteria. Treatment should be multidisciplinary and involve Internist, General Surgeon, Urologist, Nutritionist and Plastic Surgeon to obtain a satisfactory result physicians should act quickly with drugs including wide antimicrobial spectrum such as Crystalline Penicillin, Clindamycin, Ciprofloxacin, Aminoglycoside or other to avoid higher morbimortality rates.

Key words: Fournier's Gangrene, Necrotizing Fasciitis, Cellulitis

Revista Médica de Nuestros Hospitales, Vol. 14 - N° 1, 2008

Introducción

Se define a la gangrena de Fournier como: fascitis necrotizante secundaria a una infección sinérgica polimicrobiana^{1,3,4,6,7,11} del área perirrectal, perineal o genital del varón, que se caracteriza por una endarteritis obliterante de las arterias subcutáneas, lo que produce trombosis de los pequeños vasos subcutáneos, necrosis de la fascia subyacente y gangrena de la piel.^{1,6,7}

Etiología

La gangrena de Fournier se origina con mayor frecuencia a partir de infecciones traumáticas del área perineal^{1,3,6,7} La causa más frecuente es la infección perianal (19%-50% de los casos) secundaria a una infección primaria (absceso isquiorrectales, perianales o interesfintéricos)¹

E. Coli	50%
Stafilococos	30%
Pseudomona	3%
Otros	17%

Tabla 1: Gérmenes aislados en cultivo.

Alcoholismo	18	56.2%
Anemias	10	31.2%
Diabetes	4	12.5%

Tabla 2: factores asociados.

Gérmenes aislados en cultivo

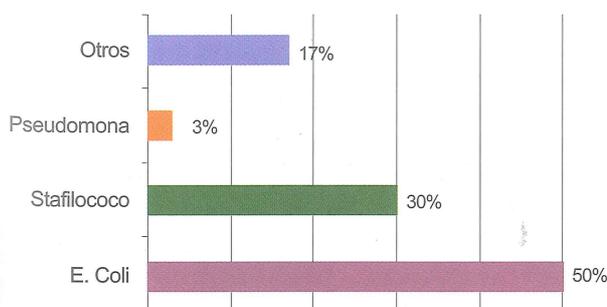


Gráfico 1

APP más frecuentes

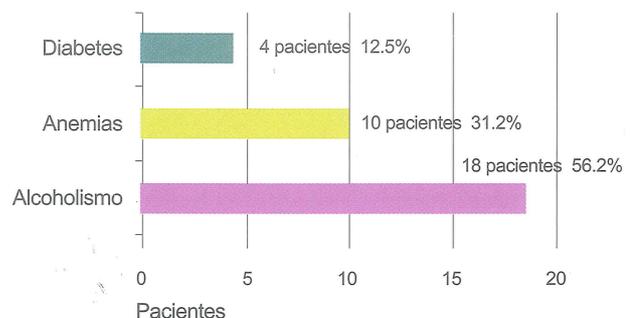


Gráfico 2

Edad	Pacientes	Porcentaje
32-50	10	31.15%
51-80	22	68.75%
	32	100%

Tabla 3: Edad quirúrgica de la gangrena de Fournier.

Edad quirúrgica de la gangrena de Fournier

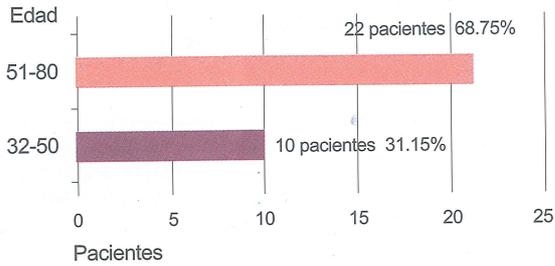


Gráfico 3

Pacientes	Días	Porcentaje
4	21	12.50%
6	30	18.75%
10	60	31.25%
12	90	37.50%

Tabla 4: Estadía hospitalaria.

Estadía quirúrgica

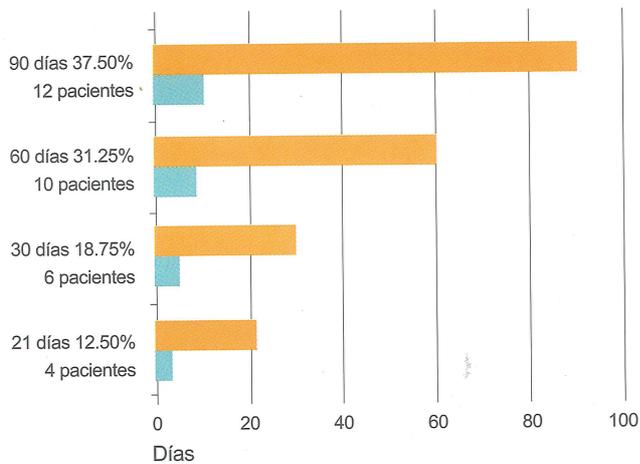


Gráfico 4



Foto 1: Aspecto de la lesión en un paciente de 50 años, secundario a traumatismo directo. (Fuente: Hospital Luís Vernaza)



Foto 2: Reducción de herida y presencia de tejido en fase de granulación. (Fuente: Hospital Luís Vernaza)

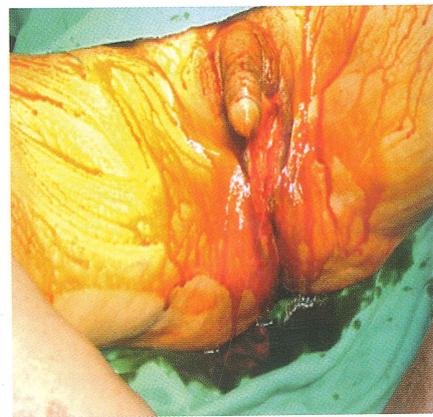


Foto 3: Instante en que se realiza asepsia y antisepsia. (Fuente: Hospital Luís Vernaza)



Foto 4: Luego de retirar tejido de granulación, se realiza plastia por deslizamiento; postoperatorio inmediato. (Fuente: Hospital Luís Vernaza)



Foto 5: Después de 5 días postoperatorio (Fuente: Hospital Luis Vernaza)



Foto 6: Resultado final (Fuente: Hospital Luis Vernaza)

Métodos y materiales

Este estudio retrospectivo está basado en 32 pacientes que fueron atendidos en la sala de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Luis Vernaza, período comprendido entre enero de 2004 a noviembre de 2007, con revisión estadística del hospital. Se incluyeron 6 variables: gérmenes aislados más frecuentes, enfermedades asociadas, edad, estadía hospitalaria, tipo de tratamiento y complicaciones.

El ingreso de los pacientes, se realiza por la emergencia, y vía consulta externa del hospital; una vez en sala, son evaluados por todo el staff de cirujanos, y en varias ocasiones se realizó, interconsultas para Urología, Cirugía General, Endocrinología y Nutrición.

Inmediatamente se inició tratamiento médico antibiótico triple con penicilina cristalínica 5'000,000 UI, vía intravenosa cada 4 horas, durante 1 semana; clindamicina 600 mg IV cada 8 horas, durante 7 días y luego VO 300 mg cada 8 horas completando 14 días; ciprofloxacina 200 mg IV cada 12 horas, durante 7 días y luego VO 500 mg cada 12 horas completando 14 días.

Inmediatamente se realizó desbridamiento quirúrgico agresivo de tejido necrótico y seguimiento riguroso con la finalidad de evitar complicaciones hemodinámicas y/o quirúrgicas. Posteriormente se realizan curaciones diarias con desbridamiento del tejido desvitalizado y colocación de compresas de gasas húmedas con ácido fusídico durante 2-3 semanas.

Pronóstico

El retraso en el diagnóstico y tratamiento precoz tiene un impacto significativo. La mortalidad varía entre el 3% y el 67%. Sin embargo, si el tratamiento no se inicia en forma temprana, la mortalidad alcanza el 76%^{1,7} Se han identificado algunos factores que tienen una correlación importante con la mortalidad: son la edad, la inmunosupresión, cirrosis, diabetes, estado nutricional entre otras^{8,9,10,11}

Discusión

En este estudio se encontraron diferencias significativas tanto en la edad, extensión de la lesión, tratamiento quirúrgico, estancia hospitalaria, complicaciones^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}

El paciente más joven que presentó esta patología fue de 32 años posterior a sufrir un traumatismo en región genital, y el de mayor edad fue de 80 años con antecedentes de diabetes (tabla y gráfico 3).

La estancia media hospitalaria del total de pacientes intervenidos quirúrgicamente fue de 6 semanas, en lesiones grado I-II, y en los pacientes que presentaron pérdida de sustancia grado III y complicaciones, requirieron 12 semanas (tabla y gráfico 4).

La edad no constituye una contraindicación para que se realice esta cirugía, siempre y cuando las condiciones generales de salud lo permitan.

El tiempo quirúrgico promedio, es de 1 hora en injertos de piel, 2 horas en plastia por deslizamiento y 2 horas 30 minutos en rotación de colgajos.

Definitivamente al someterse el paciente a esta cirugía (plastia por deslizamiento), se ha demostrado que disminuye el tiempo de hospitalización, reinfeción y evitar que se forme una cicatriz retráctil como secuela de la pérdida de sustancia de los tejidos.

Conclusiones

Es de suma importancia tener el conocimiento de las estructuras anatómicas involucradas, la fisiopatología de la lesión y el dominio de la técnica quirúrgica. El paciente debe estar involucrado con todos los acontecimientos inherentes con su padecimiento, evolución y control

La gangrena de Fournier, tiene un alto índice de morbilidad, y requiere tratamiento precoz, un adecuado manejo antibiótico y nutricional, seguido de un desbridamiento agresivo y radical de tejidos necróticos.

Se espera a que el proceso infeccioso pase y las condiciones hemodinámicas del paciente sean favorables, se forme tejido de granulación, se reduzca de tamaño la herida, y finalmente el cirujano plástico, determina el tipo de tratamiento quirúrgico, para cada paciente, dependiendo de la extensión de la herida.

En este trabajo se realizaron rotación de colgajos en 2 pacientes, plastia por deslizamiento en 22 pacientes, injerto de piel en 8 pacientes (tabla y gráfico 5). Las complicaciones, que se presentaron en el postquirúrgico inmediato, durante la estancia hospitalaria fueron: deshiscencia de sutura en 4 pacientes y formación de hematoma en 1 paciente (tabla y

Injerto de piel	8	6.25%
Colgajo rotado + injerto de piel	2	25%
Plastia por deslizamiento	22	68.75%

Tabla 5: Tipo de tratamiento.

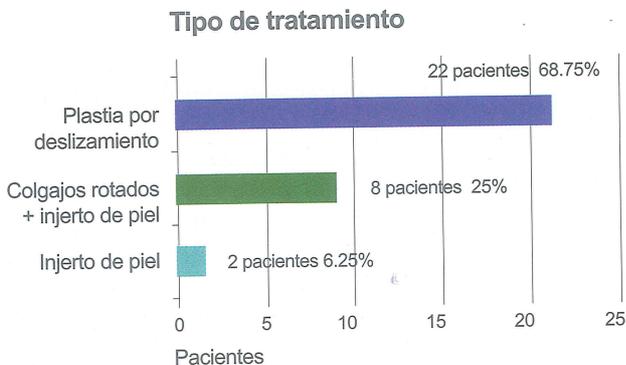


Gráfico 5

Hematoma	1	3.1%
Deshiscencia de sutura	4	12.5%
Sin complicaciones	28	87.5%

Tabla 6: Complicaciones

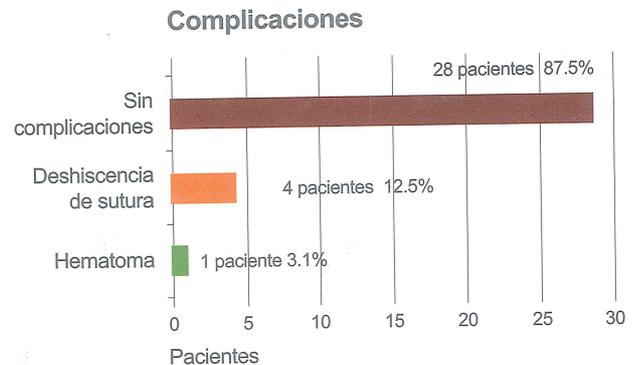


Gráfico 6

gráfico 6). El germen más frecuente aislado en las muestras de cultivo es la *E. coli.*, seguido de *streptococo* y *pseudomona auriginosa* (tabla y gráfico 1).

El rango de edad, de quienes presentaron esta patología, fue de de 32-80 años. El tipo de pacientes que presentaron esta patología, tienen antecedentes del alcoholismo, desnutrición, diabetes, etc.

El tiempo aproximado de hospitalización varía según la extensión de la necrosis: va desde 6 a 12 semanas (tabla y gráfico 4).

El tratamiento multidisciplinario permite obtener mejores resultados en este grupo de pacientes seriamente comprometidos. La tasa de éxito obtenido es de 70% (fotos 1, 2, 3, 4, 5 y 6). Durante el tiempo de estudio no se reportaron fallecimientos por esta causa.

En otros centros hospitalarios actualmente se está utilizando como tratamiento coadyuvante la cámara hiperbárica con buenos resultados.¹¹ Este tipo de tratamientos quirúrgicos le devolverán al paciente no solo su funcionalidad, sino también la confianza en sí mismo elevando su autoestima.

Bibliografía

1. Coiffman Felipe, Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Tercera Edición, Tomo I, Capítulo 43, Página 398-405.
2. Fascitis Necrotizante. Revista Virtual de Medicina Hiperbárica. www.cccmh.com/REVISTA-OHB/GG-Mayo-ROHB-Desola.pdf. (10 pantallas)

3. Fascitis Necrotizante Inter. www.meicoecuador.com/español/articulosmedico/especialidades/medicina-critica.htm (12 pantallas)
4. Fascitis Necrotizante. www.ilustrados.com/secciones/Enfermedades.html-493k (7 pantallas)
5. Gangrena de Fournier con afectación uretra: reepitelización uretral con tratamiento conservado. http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_búsqueda=VOLUMEN&revista_búsqueda=2910&clave_búsqueda=30 (12 pantallas)
6. H. Rouvière, Anatomía Humana Descriptiva, Topográfica y Funcional, Novena Edición, Tomo III, Página 385-396.
7. McCarthy, Cirugía Plástica, Segunda Edición, Tomo II, Capítulo Gangrena de Fournier, Página 1300.
8. Recomendaciones para el manejo inmediato de la Gangrena de Fournier. www.sau.net.org/publicaciones/revistasau_69_4pdf. (9 pantallas)
9. Sharkawy A, Low DE, Saginur R, et al. Severe group A streptococcal soft tissue infections in Ontario: 1992-1996. *CID* 2002; 34:454-60.
10. Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, Año 2000 Capítulo 16 Tema Infecciones Quirúrgicas (pantallas 16)
11. Necrotizing Fasciitis, from Wounds Posted 11/25/2002, Jennifer T. Trent, MD, Robert S. Kirsner, MD (8 pantallas)