

GANGRENA PERINEAL EN MUJER DE 44 AÑOS: HALLAZGOS EN TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC).

Domingo Yagüe Romeo, Elena Angulo Hervías, Celia Bernal Lafuente, María Teresa Marcuello Peña, Esteban Mayayo Sinués y Luis Sarría Octavio de Toledo.

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Resumen.- OBJETIVOS: Mostrar los hallazgos característicos en TAC y su utilidad diagnóstica en la gangrena de Fournier en mujeres.

METODO/RESULTADO: Mujer con antecedentes de esfinterotomía lateral interna que acude a urgencias por intenso dolor en hipogastrio y en región perineal con endurecimiento del glúteo izquierdo. En la TAC se observa una colección abscesificada en el espacio rectovaginal y gas en músculos elevadores del ano, fosa isquiorrectal izquierda y en raíz del muslo izquierdo.

CONCLUSIONES: La TAC se considera un excelente método diagnóstico en el manejo de pacientes con gangrena de Fournier, mostrando no solo el origen de la infección sino la extensión de la misma.

Palabras clave: Gangrena de Fournier. Fascitis necrotizante. TAC.

Summary.- OBJECTIVES: To show standard CT findings and their diagnostic usefulness in female patients suffering from Fournier's gangrene.

METHOD/RESULT: A woman who had undergone a previous lateral internal sphincterotomy presented to the emergency department with severe pain in the hypogastrium and perianal region; physical examination revealed an induration in the left buttock. CT images showed an abscessed collection in the rectovaginal space and gas in the levator ani muscle, left ischiorectal fossa and the root of the left thigh.

CONCLUSIONS: CT scan is considered an excellent diagnostic tool in the management of patients with Fournier's gangrene, as it shows both the origin of the infection and its extent.

Keywords: Fournier's gangrene. Necrotizing fasciitis. CT scan.

INTRODUCCIÓN

La gangrena perineal fue descrita por primera vez por H. Baurienne en 1764, y posteriormente por Alfred Fournier en 1883, que le dio nombre (uno de tantos con los que se denomina a este tipo de infección) (1). Fournier describió 5 casos de gangrena genital fulminante llamándola "Gangrena idiopática del escroto" (2). En 1952 Wilson usó otro término para describir la misma patología en otras regiones anatómicas, llamada fascitis necrotizante.

Hoy día la fascitis necrotizante en general, se distingue de esos primeros casos descritos por Fournier, en que los pacientes son de mayor edad y que en la mayoría de los casos se identifica la causa originaria del proceso.

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante, que comienza generalmente en la zona perineal, perirectal o genital y avanza rápidamente (2-3cm/h) (3), provocando una alta mortalidad.

Es una infección rápidamente progresiva de la fascia profunda de los tejidos blandos de la piel, pero superficial a los músculos, que secundariamente produce una



CORRESPONDENCIA

Elena Angulo Hervías
Servicio de Radiodiagnóstico
Hospital Universitario Miguel Servet
Pso. Isabel la Católica, 1-3
50009 Zaragoza (España)
elenenen2000@yahoo.es

Trabajo recibido: 21 de julio 2008.

extensa necrosis. En un principio, la infección provoca una celulitis subcutánea que es limitada en un primer momento por las fascias musculares y posteriormente se produce una necrosis tisular y cutánea por procesos trombóticos arteriolares, que provocan isquemia local. La infección progresa formándose un círculo vicioso entre la infección y la isquemia (4).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 44 años a la que hace 1 año se le realiza una esfinterotomía lateral interna con exéresis de leiomioma uterino subseroso y que a los 4 días acude al servicio de urgencias por dolor en hipogastrio y en región perineal, notándose en las últimas 48 horas un endurecimiento del glúteo izquierdo.

A la exploración presenta un importante eritema e induración del glúteo izquierdo, la raíz de la extremidad inferior izquierda, vulva y parte del glúteo derecho, con escara necrótica de 4 cm en el glúteo izquierdo, próximo al margen anal. En pocas horas inicia un cuadro de shock séptico. Los hallazgos de la TAC confirmaron el diagnóstico de gangrena de Fournier perianal y en glúteo izquierdo (Figura 1-3).

A la paciente se le interviene con carácter de extrema urgencia, objetivándose la salida de material purulento por vagina. Se realizan tres incisiones, una glútea izquierda próxima al margen anal lateral con necrosectomía con escara de 4 cm, con salida de abundante material purulento, otra incisión en el margen perianal posterolateral derecho y otra en el labio mayor izquierdo, dejando tres drenajes. La pared vaginal posterior y la cara anterior del recto se encontraron disecadas por

la infección. Se procedió a un desbridamiento amplio de las zonas afectadas, lavando la región perianal con abundante suero y agua oxigenada.

A la semana de la intervención la paciente evolucionó satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

La gangrena de Fournier es un tipo de infección muy infrecuente, con una incidencia de 1/75000 varones adultos, en una proporción 10:1 en relación con las mujeres (5), lo cual es debido probablemente al mejor drenaje de la región perineal en la mujer.

Presenta una incidencia máxima entre los 50 y los 70 años y es favorecida por estados de inmunosupresión.

Entre los pacientes que padecen gangrena de Fournier existen factores predisponentes hasta en el 90-95% de los casos (6). El factor predisponente más frecuente es la diabetes (hasta en el 60%) (7) la cual incrementa la mortalidad de estos pacientes. Otros factores que se asocian con un peor pronóstico son el alcoholismo, la enfermedad vascular periférica, la obesidad y la ancianidad.

En las mujeres se presenta como una infección necrotizante del periné o de la vulva, y suele ser secundario a abscesos de las glándulas de Bartolino, episiotomía, histerectomía o bloqueos cervicales y pudendos.

Es una infección polimicrobiana (se aíslan como promedio 4 gémenes diferentes); los microorganismos



FIGURA 1. Plano axial de TAC con contraste intravenoso a nivel de sínfisis pubiana, donde se observa una colección abscesificada en el espacio rectovaginal (flecha blanca). Se observa gas a nivel de los músculos elevadores del ano y en fosa isquiorrectal izquierda.

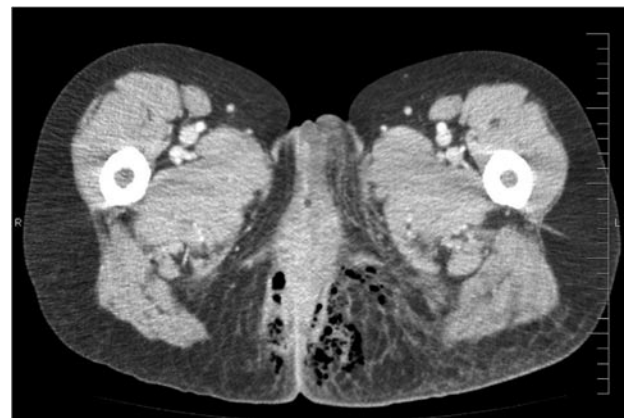


FIGURA 2. En un corte más inferior, el gas disecciona el plano perianal.

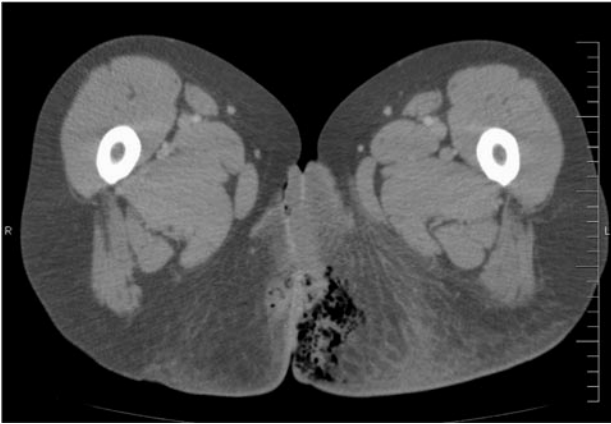


FIGURA 3. Se observa como el gas llega hasta la raíz del muslo izquierdo.

aislados varían según el origen del foco (anorrectal, urogenital o cutáneo) siendo de manera global *E.coli* el aerobio más frecuente aislado y el anaerobio más común *Bacteroides fragilis* (8).

Independientemente de la región afectada, la tasa de mortalidad es muy alta del 73%, debido a las complicaciones por la sepsis, fallo respiratorio, fallo renal ó fracaso multiorgánico (9).

Las gangrena de Fournier puede tener una manifestación clínica inicial insidiosa, pero en ausencia de un diagnóstico y tratamiento adecuado tiene una rápida y fatal evolución hacia la sepsis y la muerte del paciente. Por ello es de vital importancia el manejo rápido de estas infecciones tanto su diagnóstico precoz como su correcto tratamiento.

La TAC permite detectar la presencia de edema fascial o subcutáneo, abscesos, con alta sensibilidad y especificidad en la detección de gas fuera de su localización habitual, así como el origen y la extensión de la infección (10). Además gracias al uso de contraste, podemos diferenciar tejido necrótico del tejido viable.

La TAC permite realizar un diagnóstico incluso antes de que existan manifestaciones clínicas y planificar la intervención quirúrgica, hecho que está directamente relacionado con el aumento de la supervivencia.

CONCLUSIONES

La TAC se considera un excelente método diagnóstico en el manejo de pacientes con gangrena de Fournier, mostrando no solo el origen de la infección sino la extensión de la misma.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. Baurienne H. Sur une plaie contuse qui s'est terminée pour la sphacele de le scrotum. J Med Chir Pharm 1764; 20: 251.
2. Fournier JA. Gangrene foudroyant de la verge [Overwhelming gangrene]. Semaine Med 1883; 3:345-347.
3. Paty R, Smith AD. Gangrene and Fournier's gangrene. Urol Clin North Am 1992; 19:149-162.
4. Olsofka JN, Carrillo EH, Spain DA y cols. The continuing challenge of Fournier's gangrene in the 1990s. Am Surg 1999; 65:1156-1159.
- *5. Basoglu M, Gul O, Yildrigan I.. Fournier's gangrene: review of fifteen cases. Am Surg 1997; 63(11): 1019-1921.
- **6. Levenson R, Singh A, Novelline R. Fournier Gangrene: Role of imaging. Radiographics 2008;28:519-528.
7. Grayson DE, Abbot RM, Levy AD y cols. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. Radiographics 2002;22:543-561.
- **8. López-Sámano V, Ixquiac-Pineda G, Maldonado-Alcaraz E, Montoya-Martínez G, Serrano-Brambila E y Peralta-Alarcón J. Gangrena de Fournier: Experiencia en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI. Arch. Esp. Urol. 2007; 60 (5):525-530.
- *9. Bernaldo De Qurós JM, Argüelles Riera Y, Portela Carril M, Ruiz Fontán J, Pazos Riveiro A. Gangrena de Fournier: Hallazgos en tomografía computerizada. Arch. Esp. de Urol. 1997; 50 (3):294-296.
- **10. Wysoki MG, Santora TA, Shah RM y cols. Necrotizing fasciitis: CT characteristics. Radiology 1997; 203: 859-863.