



# GANGRENA DE FOURNIER EN PACIENTE DMII

Dr. Fernando Marín Andrés. Médico de AP. - EAP Sto. Grial. Huesca  
D<sup>a</sup> Juana Ruiz Carcavilla. Enfermera de AP. - EAP Sto. Grial. Huesca

## Introducción

### DEFINICIÓN

\*Fascitis necrotizante, fulminante y progresiva.  
\*Región perianal, perineal, genital y abdominal.  
\*Mortalidad alta –hasta un 67%, siendo 3 veces más elevada en pacientes con DM.  
\*Comorbilidad aumenta la frecuencia y mortalidad, en especial alcoholismo, DM, inmunodepresión, drogadicción y localización anatómica con origen anorectal, origen urológico u origen ginecológico.

### CASO CLÍNICO

Varón de 58 años de edad  
AP.- DM tipo 2, dislipemia mixta e IAM

## Objetivos

### DIAGNÓSTICO:

1- Clínica, 2- Analítica, 3- RX abdomen (gas en abdomen), 4- Ecografía abdominal, 5- TAC/RMN

### TRATAMIENTO MÉDICO

- ⊙ A través de una combinación de AB de amplio espectro, de inicio precoz (cefalosporinas de 3<sup>a</sup> generación o penicilinas + aminoglucósido + metronidazol o clindamicina).
- ⊙ Estabilización hemodinámica.
- ⊙ Normalización de alteraciones electrolíticas.
- ⊙ Buen aporte nutricional.

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- ⊙ Desbridamiento radical.
- ⊙ En ocasiones según grado de afectación realizar cistotomía y/o colostomía.
- ⊙ A veces es necesario realizar injertos.
- ⊙ Oxígeno hiperbárico disminuye la diseminación y favorece la granulación.

## Métodos



### VALORACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

En el hospital se realizó un desbridamiento isquiorectal radical. Al llegar al Centro de Salud presenta una herida longitudinal e irregular.

**Tamaño:** 24 x 8 cm.

**Lecho de la herida,** coexisten tres fases diferentes:

- infección y fistulización, cerca del ano
- granulación cerca del escroto
- epitelización en los bordes

**Exudado:** muy exudativa

## Resultados

### TRATAMIENTO LOCAL

- ⊙ Se retira con pinzas el tejido desvitalizado y el biofilm bacteriano.
- ⊙ Lavado con SF, se realiza con jeringuilla de 20 cc y aguja de 40x0.9 para conseguir un mayor arrastre.
- ⊙ Se aplican sobre la herida gasas humedecidas con una solución limpiadora y descontaminante (10 minutos).
- ⊙ Se utiliza un apósito absorbente y antimicrobiano (hidrofibra de hidrocoloide con Ag); tanto para el drenaje de la fístula como para cubrir toda la herida.
- ⊙ Finalmente, se fija todo con una compresa grande de gasa y esparadrapo hipoalergénico.
- ⊙ La frecuencia de las curas fue de 2-3 diarias.

DIA 5



DIA 17



## Conclusiones

La incidencia de infecciones, algunas con alta mortalidad, se encuentra aumentada en los pacientes con DM.

Un buen control glucémico, constituye el pilar básico en su prevención.

### Referencias:

Castillo O. Martínez C. *Flemón perineal necrotizante. (Gangrena de Fournier)* Actas Urol Esp 1989 (381-383).  
Eke N. *Fournier's gangrene. A review of 1726 cases.* Br. J Surg. 2000 718-728.  
Cristian Cancino B y otros. *Gangrena de Fournier Cuadernos de Cirugía* 2010 28-33  
M Navarro Mira y otros. *Gangrena de Fournier. El Médico Interactivo.*  
Harrison. *Principios de Medicina Interna.* 16<sup>a</sup> edición, (1051).