

SÍNDROME DE FOURNIER

Dr. OSWALDO ROCHA LOPEZ y Dr. ENRIQUE BRITO CORONEL

Hospital Eugenio Espejo. Servicio de Urología

RÉSUMEN

Presentamos nuestra casuística en un periodo de cuatro años en el Hospital Eugenio Espejo, de Síndrome de Fournier, patología muy rara en la que son fundamentales el diagnóstico y el tratamiento precoz. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 9: 19, 1984*).

La enfermedad de Fournier descrita por primera vez en 1883 por el autor de quien lleva su nombre, es una gangrena fulminante del revestimiento cutáneo de los órganos genitales externos. Constituye una entidad rara que se presenta en forma espontánea, es decir sin antecedentes causales que lo desencadenen; y fulminante por las características del curso evolutivo. También se le ha denominado gangrena idiopática o gangrena espontánea del escroto. Revisada la literatura médica nacional, esta entidad no está reportada en ningún trabajo, ni comunicación. Merecen destacarse los trabajos de Gilson 1910 (5) y Thomas 1956 (6) con 206 y 300 casos respectivamente.

Material y métodos

En nuestro servicio hemos observado seis casos de gangrena escrotal en un período de cuatro años (1979-1983), que por ser nuestro hospital de concentración nacional, son originarios de las diferentes regiones del País, con un denominador común todos ellos, ser de las clases más desposeídas y económicamente pobres. Cuatro pacientes de profesión agricultores, uno de ellos con enfermedad neurológica crónica y el último mendigo.

El diagnóstico intrahospitalario temprano se realizó en un caso, mientras que el resto, es

decir en cinco casos fueron remitidos en forma tardía. Todos ellos con malos hábitos higiénicos y en mal estado nutricional (Fig. 1).

La edad de los enfermos está comprendida entre los 32 y 75 años.

Entre los factores predisponentes, hemos encontrado el uso de sonda vesical permanente por enfermedad neurológica crónica y con uretritis secundaria, en uno de ellos; el uso de ropa de material sintético en otro enfermo; la picadura de "garrapata" en un paciente encargado del manejo de un hato ganadero en un tercer caso; enfermedad tuberculosa muy avanzada en un cuarto caso; en los dos restantes no se evidenció causa predisponente.

A todos los pacientes se les realizó limpieza quirúrgica con resección generosa de tejidos necróticos, con utilización de importantes cantidades de agua oxigenada, excepto en un paciente que fue contraindicada la anestesia por grave compromiso general. Por otro lado, todos se beneficiaron de la terapéutica anti-biótica combinada incluyendo el uso del metronidazol en los dos últimos casos con buenos resultados.

Una vez conseguida la limpieza del área comprometida por la gangrena de Fournier, dos pacientes se beneficiaron de injertos libres de piel con buena evolución.



Figura 1.— En las fotografías se puede observar las áreas de necrosis, así como el grave compromiso inflamatorio escrotal. Corresponden a tres casos con enfermedad de Fournier.

Por las limitaciones de nuestro hospital no fue posible realizar investigaciones bacteriológicas, excepto en dos casos, en los cuales se demostró la presencia de proteus.

En relación con los resultados, tres de nuestros enfermos evolucionaron en forma satisfactoria (Fig. 2) uno fue trasladado a otro centro de salud, otro paciente se fugó del hospital a los tres días de la limpieza quirúrgica y que cursaba satisfactoriamente; y el último fa-

llecó, mortalidad que representa el 16.60/o cifra que está en desacuerdo con los trabajos de Thomas en una revisión de 300 casos con una mortalidad del 250/o, Gibson sobre 206 casos con un 26.70/o, Torrentenas en 7 observaciones un 28.50/o (1). Esto probablemente por las características de nuestra población y de nuestra estructura de salud, en los cuales no es posible realizar un seguimiento adecuado de nuestros pacientes.



Figura 2.— En la gráfica se observa el tejido escrotal, sin necrosis, limpio, con buena superficie de granulación. Este caso corresponde a un paciente que evolucionó satisfactoriamente.

Discusión

Esta enfermedad, tal como fue descrita, es muy rara, afección idiopática y fulminante cuya condición típica es la aparición súbita en individuos aparentemente sanos y que hay que diferenciarle de las afecciones gangrenosas secundarias a algunas enfermedades metabólicas o del tracto digestivo bajo.

Presentamos seis casos todos del sexo masculino en los cuales en un 66.60/o se encontró factores predisponentes y en el 33.40/o no se evidenció factores causales.

Entre las enfermedades predisponentes y los factores locales se han descrito la diabetes, tuberculosis, hepatopatías, alcoholismo, traumas locales (térmicos, químicos o mecánicos), enfermedades del área anorectal, las intervenciones quirúrgicas como herniorrafias, hidroceles, cáncer de vejiga, epididimitis, cateterismo crónico vesical, balanitis, entre otros.

Mandfield (7) establece que los gérmenes producen una endarteritis obliterante de las ramas terminales de las arterias pudendas, lo cual provoca isquemia tisular. La combinación de isquemia, edema e inflamación en un espacio cerrado, se traduce en una disminución de la tensión de oxígeno, lo cual facilita el crecimiento de anaerobios y la subsecuente infección y necrosis tisular.

El tratamiento está centrado en cuatro aspectos fundamentales: en primer lugar las medidas generales de reanimación sobre todo si existe una toma importante del estado general que es lo habitual.

En segundo lugar el abordaje quirúrgico inmediato con la resección amplia de todos los tejidos necrosados, ampliándose la extirpación hasta las zonas en las cuales se observan fácilmente tejido sano, dejando al descubierto si es necesario el contenido escrotal. En nuestra experiencia el uso de agua oxigenada en cantidades adecuadas ha coadyuvado en la buena evolución del lecho quirúrgico.

El tercer parámetro del tratamiento es la antibiocioterapia que de ser posible debe realizarse en base a estudios bacteriológicos previos. En nuestra casuística se empleó terapia antibió-

tica combinada, incluyendo el uso del metronidazol en los dos últimos casos por vía oral.

En cuarto lugar deben ser sometidos estos pacientes a terapia complementaria con oxígeno hiperbárico, aspecto que no fue posible realizar por no disponer en nuestro hospital de las cámaras.

Kearney en una casuística de cuatro pacientes refiere buenos resultados utilizando un drenaje amplio de las regiones escrotal, perineal e inguinal asociada a terapia antibiótica (4).

También merece mencionarse que, de igual manera que otros autores, la reconstrucción plástica del escroto nos ha dado buenos resultados en dos casos.

El pronóstico de la enfermedad depende en gran medida de un diagnóstico precoz y la instauración inmediata del tratamiento. Nuestra mortalidad fue de un caso.

Comentario

En el presente trabajo presentamos nuestra casuística de seis casos de Síndrome de Fournier en cuatro años, por lo que afirmamos que es una entidad rara grave y espontánea que afecta al revestimiento de los genitales externos masculinos y que todavía no está muy clara la etiología, así como su fisiopatología y que determina la gangrena. Todos nuestros pacientes se beneficiaron de la terapia de reanimación, antibiótica y quirúrgica, excepto en un caso. En nuestra experiencia no ha sido posible el uso de la cámara hiperbárica, pero sí de la reconstrucción plástica del escroto. Nuestra mortalidad está en el orden del 16.60/o que comparada con la reportada en varios trabajos es más reducida. El diagnóstico debe ser precoz así como la instauración de las medidas terapéuticas.

Bibliografía

1. Torrentenas, J. M., Mendoza, M., Untañola, P., Jimenez, N., Tarroc, A., García Lobo, E. y Martínez Piñero, J. A.: Enfermedad de Fournier. *Actas Urol. Esp.*, 4: 21, 1980.

2. Camacho, M., Leiva, O., Paniagua, P., Gonzáles, P. y Borobia, U.: Síndrome de Fournier. *Actas Urol. Esp.*, 4: 261, 1980.
3. Randall, A.: Idiopathic gangrena of the scrotum. *J. Urol.*, 4: 219, 1920.
4. Kearney, G. and Carling, P.: Fournier's Gangrene: an approach to its management. *J. Urol.*, 130: 695, 1983.
5. Gibson, 1910 citado por Camacho y cols.
6. Thomas, 1956 citado por Camacho y cols.
7. Mandfield, citado por Camacho y cols. y Torrentenas y cols.