

Caso	(710) La importancia de diagnóstico precoz. La fascitis necrotizante
Autores	Samer Abiad Sosa, Beatriz Martos Rodriguez, Lucía Montesinos Aguayo, Susana Rico Gala, Juan Román Parejo
Centro	Hospital Universitario Nuestra Señora De Valme

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón 26 años que acude por dolor y tumoración en testículo izquierdo de aproximadamente 4 días de evolución, acompañado de febrícula. No presentó clínica miccional ni otra sintomatología acompañante. Como antecedentes personales destacaba Diabetes mellitus tipo 1 y obesidad clase II (IMC 32,3). A la exploración presentaba tumefacción de la bolsa escrotal con induración de la región inguinal izquierda. Se realizó ecografía testicular que mostró engrosamiento de las cubiertas escrotales con leve hidrocele bilateral y en la región inguinal derecha se observó focos hiperecogénicos, con reverberación posterior. El epidídimo y el testículo estaban respetados. Antes los hallazgos ecográficos se decidió ampliar el estudio y con TC que mostró engrosamiento asimétrico de la fascia superficial en la raíz del muslo con rarefacción de la grasa de la región inguinal y margen izquierdo del periné. Se objetivaron pequeñas burbujas de aire en tejido celular subcutáneo, correspondiente a enfisema, sin evidencia de colecciones organizadas que sugieran abscesos.

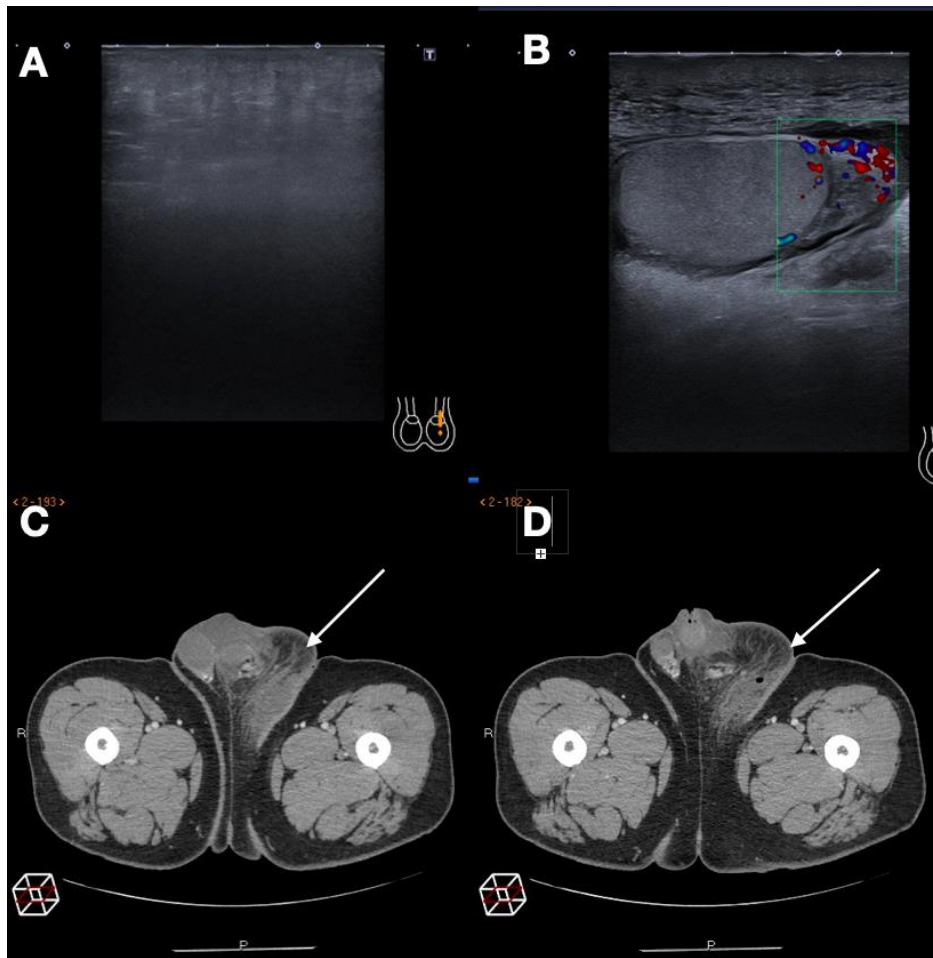
DISCUSIÓN

Diagnóstico: Gangrena de Fournier (GF). La GF es una fascitis necrotizante que afecta a la región perineogenital de origen polimicrobiano (debido a la flora habitual de dicha zona) y que constituye una verdadera urgencia quirúrgica, debido a su rápida progresión hacia tejidos profundos, así como su elevada mortalidad. Actualmente en el 90% de los casos es secundaria a una infección local adyacente como abscesos, patología anorectal, infección genitourinaria, traumatismo, abscesos previos, lesión en la piel anorectal...; Existen factores predisponentes tales como la obesidad, DM, trabajos sedentarios, alcoholismo, inmunodepresión...; La etiopatogenia no está bien determinada, teniendo como origen una infección polimicrobiana que condiciona una celulitis delimitada por la fascia muscular, que a medida que progresa condiciona una necrosis tisular. Dicha necrosis se puede extenderse a través de la fascia de Bucks, penetrando a través de la fascia de Dartos, las de Colles del periné, llegando incluso a afectar a la fascia de Scarpa de la cavidad abdominal. Siendo la afectación testicular infrecuente. El diagnóstico es clínico observándose signos de infección a nivel local (edema, hiperemia, prurito, fiebre...); siendo el más característico la presencia de crepitantes, producido por el gas generado por los gérmenes anaerobios que participan en el proceso. En casos dudosos se suele emplear la TC ya que es capaz de detectar la presencia de gas (antes de la crepitación del tejido afectado), trabeculación de la grasa adyacente, engrosamiento asimétrico de la fascia, presencia de colecciones o abscesos, así como el origen de la enfermedad. La ecografía también puede ser útil, sobre todo para determinar la afectación escrotal y testicular, donde podremos observar

engrosamiento de las cubiertas, hidrocele, artefactos de reverberación derivados de la presencia del enfisema subyacente. El tratamiento consiste en el desbridamiento quirúrgico urgente del tejido necrótico y antibioterapia de amplio espectro.

CONCLUSIÓN

La GF es una verdadera urgencia quirúrgica tiempo dependiente, ya que una vez instaurada la gangrena puede avanzar hasta 2-3 cm/hora, con una elevada mortalidad, siendo las pruebas de imagen como la TC y la ecografía de gran utilidad para su diagnóstico temprano, ya que pueden determinar la presencia de gas antes de la aparición de crepitación, además de poder determinar el grado de extensión. Por todo ello es de vital importancia que conozcamos los hallazgos radiológicos más característicos con el fin de establecer un diagnóstico y tratamiento precoces.



A-Ecografía en modo B donde se demuestra artefacto de reverberación a causa de la presencia de gas en el tejido celular subcutáneo. B-Ecografía en modo que muestra el engrosamiento de las cubiertas escrotales sin afectación testicular ni del epidídimo. C y D-reconstrucción axial de TC donde se observa en ambas imágenes trabeculación de la grasa a nivel inguinal con afectación de las cubiertas escolares, sin evidenciarse colecciones, pudiéndose observar la presencia de gas (D).

BIBLIOGRAFÍA

-Levenson RB, Singh AK, Novelline RA. Fournier Gangrene: Role of Imaging. Radiographics 2008; 28:519-528.

-Ferreira P, Reis J, Amarante JM, Silva A, Pinho C et al. Fournier's gangrene: a review of 43 reconstructive cases. Plastic Reconst Surg. 2007;119:175-84.

-Jiménez Verdejo J, Cozar Ibáñez A, Moreno Jiménez J et al. Gangrena de Fournier: Nuestra experiencia..

Arch Esp Urol, 51 (1998), pp. 1041-4

-Rodríguez Alonso A, Pérez García MD, Núñez López A et al. Gangrena de Fournier: Aspectos anatómo-clínicos en el adulto y en el niño. Actualización terapéutica.. Actas Urol Esp, 24 (2000), pp. 294-306