GANGRENA DE FOURNIER EN UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

FOURNIER'S GANGRENE IN A PATIENT WITH ULCERATIVE COLITIS

A. Martín-Lagos Maldonado[1], J. Guilarte López-Mañas[2], S. Pérez-Moyano[2], M.D. Vinuesa-Guerrero[3]

[1]Hospital Campus de la Salud de Granada. Granada.
[2]Hospital Comarcal de Baza. Granada.
[3]Centro de Salud de Baza. Granada.

Resumen

La gangrena de Fournier es una infección necrotizante, rápidamente progresiva, que afecta a la fascia perianal, perineal y genital. Se trata de una entidad infrecuente y de elevada mortalidad, cuyo diagnóstico y abordaje quirúrgico precoz es imprescindible para evitar un fatal desenlace. Presentamos el raro caso de una mujer, con una colitis ulcerosa, diagnosticada de una gangrena de Fournier durante un brote grave de su enfermedad inflamatoria intestinal. La alta sospecha clínica fue determinante para guiar el manejo adecuado de la paciente.

Palabras clave: gangrena de Fournier, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa, enfermedad perianal.

Abstract

Fournier's gangrene is a rapidly progressive necrotizing infection that affects the perianal, perineal and genital fascia. It is an uncommon disease with high mortality, whose diagnosis and early surgical approach is essential to avoid a fatal outcome. We report the rare case of a woman with ulcerative colitis diagnosed with Fournier's gangrene during a severe outbreak of her inflammatory bowel disease. High clinical suspicion was decisive to guide the proper management of the patient.

Keywords: fournier's gangrene, inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, perianal disease.

CORRESPONDENCIA
Alicia Martín-Lagos Maldonado
Hospital Campus de la Salud de Granada
Avda. Dr. Oloriz s/n - Granada
aliciamartin-lagos@hotmail.com

Fecha de envío: 20/07/2017
Fecha de aceptación: 28/08/2017

Caso clínico

Mujer de 52 años diagnosticada de una colitis ulcerosa izquierda en el año 2008, controlada con mesalazina. La paciente comenzó con un cuadro de proctalgia y aumento del número de deposiciones con sangre, realizándose una rectosigmoidoscopia que mostró afectación mucosa desde el margen anal hasta 32 cm, con pérdida de brillo, edema y erosiones (Índice de Mayo 2), identificando en el canal anal una ulceración de gran tamaño (2 cm) de bordes irregulares y que rompía línea pectínea y cuyas biopsias fueron compatibles con material necroinflamatorio de fondo ulceroso. Su estado general era aceptable, sin fiebre, y en la analítica sólo destacaba un discreto aumento de los parámetros inflamatorios (proteína C reactiva (PCR) 6 mg/dL, leucocitos 11.000/mm^3, Hb 11,5 g/dL) (Índice de Truelove Witts modificado de 13). Se reforzó tratamiento ambulatorio con mesalazina (4 g/día) y beclometasona. Díez días después reingresa por un deterioro clínico importante, fiebre (>38ºC), mayor número de deposiciones sanguinolentas y dolor anal intenso, evidenciándose en la exploración física extenso edema perianal con áreas amplias de necrosis **(Figura 1)** y crepitación, todo ello compatible con una gangrena de Fournier.

La analítica mostró: leucocitos 14.800/mm^3, PMN 88,4%, Hb 6,9 g/dL, volumen corpuscular medio (VCM) 78,2, PCR 300 mg/dL, tiempo de protrombina (TP) 60%. Debido a la intensa proctalgia se llevó a cabo una colonoscopia bajo anestesia que mostró afectación intensa de la mucosa de colon a partir de 20 cm, con presencia de intenso edema y úlceras profundas.

Ante el diagnóstico de sospecha, la paciente fue intervenida de forma urgente llevándose a cabo un desbridamiento perianal extenso de todo el tejido necrótico y una colostomía derecha y drenaje con fístula mucosa izquierda. Durante el postoperatorio inmediato la paciente presentó un deterioro hemodinámico y respiratorio ingresando en la Unidad de Cuidados

Figura 1

Exploración anal. Presencia de edema perianal con placas de necrosis y crepitación sugestivo de gangrena de Fournier.

Intensivos (UCI) con cifras tensionales de 80/40 mmHg y una saturación de oxígeno del 89% (APACHE III 12 puntos).

Se inicia tratamiento de soporte con fluidoterapia, aporte de oxígeno a alto flujo, nutrición parenteral y antibioterapia de amplio espectro (imipenem), además de prednisona intravenosa (1 mg/Kg). Los hemocultivos fueron negativos a los 7 días, pero en la muestra de tejido perineal se aislaron *Streptococcus mitis*, *Enterococcus faecalis* y *Escherichia coli*.

Tras veinte días ingresada en la UCI la paciente fue estabilizada y trasladada a planta, tolerando dieta oral. Dos meses después se realizó de forma programada una colectomía total con ileostomía terminal tipo Brooke.

El resultado histológico mostró ulceración crónica con signos de actividad severa en colon derecho y transverso, y moderado en colon izquierdo y recto. Desde entonces la paciente permanece asintomática sin tratamiento.

La gangrena de Fournier constituye una necrosis infecciosa y rápidamente progresiva de la fascia de la región perineal, genital y perianal. Como complicación de una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) solo ha sido descrita en cuatro casos[1-4].

Su etiopatogenia está relacionada con la entrada al sistema portal de una infección, generalmente polimicrobiana, que rápidamente progresa causando una endoarteritis con necrosis vascular cutánea y subcutánea, isquemia local y proliferación de bacterias entre los planos fasciales hasta alcanzar la piel, y llevando a una necrosis extensa que precipita a los pacientes a un cuadro séptico y un fallo multiorgánico que supone la causa más común de muerte[5].

En la mayoría de las ocasiones suele identificarse un foco infeccioso colorectal, urogenital o cutáneo[6]. En nuestra paciente el diagnóstico de la gangrena de Fournier fue concurrente con un brote grave de su enfermedad de base, la colitis ulcerosa, considerando la úlcera anal profunda la puerta de entrada y desencadenante. La enfermedad perianal (EPA) en la EII ha sido típicamente asociada a la EC, sin embargo, hoy se sabe que hasta un 5% de pacientes con CU se diagnostican de EPA, relacionada principalmente con una afectación distal severa del colon[7].

El diagnóstico de esta entidad es principalmente clínico, y en la mayoría de las ocasiones el estudio de imagen ni es necesario ni deseable, ya que en estas circunstancias la cirugía nunca debería ser retrasada por la realización de ninguna prueba. Nuestra paciente fue intervenida de forma urgente tras la sospecha clínica durante la exploración física, y aún así, el deterioro clínico fue inmediato hacia una sepsis severa.

El manejo de la gangrena de Fournier se basa en tres principios fundamentales: un desbridamiento quirúrgico del tejido necrótico rápido y agresivo, el soporte hemodinámico con resucitación urgente de fluidos y el empleo de antibióticos de amplio espectro vía parentera[8]. No obstante, y a pesar de un diagnóstico y tratamiento agresivo a tiempo, la tasa de mortalidad de esta entidad permanece alta (15-50%)[9].

Como ilustra este caso la gangrena de Fournier es una entidad rápidamente progresiva que requiere un reconocimiento y tratamiento temprano y agresivo para evitar un desenlace fatal. Los clínicos debemos estar alertas y tener un alto índice de sospecha de esta entidad, más aún, cuando se producen asociaciones tan infrecuentes como la gangrena de Fournier en un paciente con colitis ulcerosa, donde el espectro clínico de las lesiones del área perianal puede llevar a un diagnóstico erróneo.

Bibliografía

1. Jiang T, Covington JA, Haile CA, Murphy JB, Rotolo FS, Lake AM: Fournier gangrene associated with crohn disease. Mayo Clin Proc 2000;75:647-649.

2. Brings HA, Matthews R, Brinkman J, Rotolo J: Crohn's disease presenting with Fournier's gangrene and enterovesical fistula. Am Surg 1997;63:401-405.

3. Cohen M, Tamir E, Abu-Abid S, Galili Y, Giladi M, Avital S, Shafir R, Klausner Y: The diagnosis and treatment of fournier's gangrene. Harefuah 1998;135:360-363, 407.

4. Katsanos KH, Ignatiadou E, Sarandi M, Godevenos D, Asproudis I, Fatouros M, Tsianos EV: Fournier's gangrene complicating ulcerative pancolitis. J Crohns Colitis 2010;4:203-206.

5. Eke N: Fournier's gangrene: A review of 1726 cases. Br J Surg 2000;87:718-728.

6. Zabana Y, Van Domselaar M, Garcia-Planella E, Manosa M, San Roman AL, Gordillo J, Cabre E, Domenech E: Perianal disease in patients with ulcerative colitis: A case-control study. J Crohns Colitis 2010;5:338-341.

7. Altarac S, Katusin D, Crnica S, Papes D, Rajkovic Z, Arslani N: Fournier's gangrene: Etiology and outcome analysis of 41 patients. Urol Int 2012;88:289-293.

8. Jeong HJ, Park SC, Seo IY, Rim JS: Prognostic factors in fournier gangrene. Int J Urol 2005;12:1041-1044.

9. Akilov O, Pompeo A, Sehrt D, Bowlin P, Molina WR, Kim FJ: Early scrotal approximation after hemiscrotectomy in patients with fournier's gangrene prevents scrotal reconstruction with skin graft. Can Urol Assoc J 2013;7:E481-485.

10. Vaz I: Fournier gangrene. Trop Doct 2006;36:203-204.