

Shock séptico secundario a fascitis necrotizante abdominal tras drenaje de absceso interesfintérico perianal

Inés Cañas G.¹, Miriam Alcaide L.¹, Julio Santoyo V.² y Benito Mirón P.¹

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Recepción 2021-10-04, aceptado 2021-12-01

Correspondencia a:

Dra. Inés Cañas G.
inescanasgarcia@gmail.com

Septic shock secondary to abdominal necrotizing fascitis after drainage of perianal intersphincteric abscess

Aim: The objective of this manuscript is to present the case of a 41-year-old man with septic shock and abdominal necrotizing fascitis after drainage of an intersphincteric perianal abscess to focus the reader's attention on the possible clinical evolution towards Fournier's gangrene. **Materials and Method:** After the intervention, the patient reported an increase in temperature and a sensation of subcutaneous crepitus at the abdominal level, with clinical and hemodynamic worsening, showing a torpid evolution towards Fournier's gangrene extended to the abdominal area. **Results:** After the reoperation, the patient presented a favorable evolution, although he required successive cures and surgical debridements. **Conclusions and Discussion:** It is worth highlighting the importance of a complete and detailed clinical examination prior to any surgical intervention, as well as the early diagnosis in situations of septic shock that allow early initiation of antibiotic therapy and effective control of the focus.

Key words: proctology; abdominal pain, postoperative, Fournier.

Resumen

Objetivo: El objetivo de este manuscrito es presentar el caso de un varón de 41 años que debuta con shock séptico y fascitis necrotizante abdominal en el posoperatorio del desbridamiento de un absceso perianal para focalizar la atención del lector en la posible evolución clínica hacia gangrena de Fournier. **Materiales y Método:** Tras la intervención, el paciente refiere aumento de temperatura y sensación de crepitación subcutánea a nivel abdominal, junto con empeoramiento clínico y hemodinámico, evidenciándose evolución tórpida hacia gangrena de Fournier extendida a región abdominal. **Resultados:** Tras la reintervención, el paciente presentó una evolución favorable aunque requirió sucesivas curas y desbridamientos quirúrgicos. **Conclusiones y Discusión:** Cabe destacar la importancia de una exploración clínica completa y detallada previa a cualquier intervención quirúrgica, así como el diagnóstico temprano en situaciones de shock séptico que permitan inicio de antibioterapia precoz y control del foco eficaz.

Palabras clave: proctología; dolor abdominal; posoperatorio; Fournier.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 41 años sin antecedentes de interés que debuta con dolor abdominal en el posoperatorio inmediato de intervención quirúrgica urgente por absceso perianal.

Varón de 41 años que acude a urgencias por fiebre de hasta 39°C y proctalgia de 5 días de evolución. Análíticamente, destacan reactantes de fase aguda elevados (leucocitosis 19.300 con neutrofilia

89% y PCR 300 mg/dl). A la exploración, tumoración isquiorrectal izquierda fluctuante, que precisa drenaje urgente en quirófano con salida de abundante cantidad de material purulento, sin evidenciar trayectos fistulosos ni signos de gangrena de Fournier.

Tras 48 h, el paciente evoluciona de manera tórpida, con fiebre, dolor abdominal generalizado y más intenso en hemiabdomen inferior junto con empeoramiento analítico. Se realiza TC abdomino-pélvico con contraste i.v que evidencia presencia de

abundante gas, líquido e hiperdensidad del tejido graso, localizado en margen izquierdo del periné y las pelvis, alcanzando el espacio de Retzius (Figuras 1 y 2). TC realizado nos confirma la existencia de proceso infeccioso-necrotizante que se extiende hasta el espacio de Retzius y región inguinal. Ante estos hallazgos, el paciente se reintervino urgentemente con sospecha de gangrena de Fournier extensa con progresión a fascitis necrotizante abdominal. Se realizó drenaje del espacio de Retzius a través de una incisión de Gregoire bilateral con apertura de la fascia del oblicuo mayor y exposición del espacio preperitoneal. Se realizaron sucesivas curas y desbridamientos quirúrgicos cada 24-48 h, junto con cobertura antibiótica dirigida a flora mixta aerobia y anaerobia con Ertapenem I.V. Prosiguió una evolución favorable que permitió el cierre de la fascia, algo retraída, con remodelación de los defectos y alta tras 26 días de hospitalización. Durante el ingreso se realizó estudio serológico completo que descartó infección por VIH.

Conclusiones

La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante perineal poco frecuente en nuestro medio, que afecta más a varones con una frecuencia 10:1 y asocia altas tasas de morbilidad y mortalidad que pueden alcanzar el 90% según algunas series¹. Múltiples situaciones se han descrito como predisponentes o desencadenantes de la evolución a una gangrena de Fournier, tales como diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, VIH, malnutrición, mala higiene local, alcoholismo, quimioterapia, radioterapia local, traumatismos en la zona, etc.². No siendo habitual esta tórpida evolución en un paciente joven sin patologías previas.

En cuanto a la microbiología, la etiología suele ser polimicrobiana³, aislándose gérmenes del tipo *Clostridium*, *Klebsiella*, *Streptococcus*, *E. Coli*, *Staphylococcus*, *Bacteroides* o *Corynebacterium*; algunos de los cuales, en condiciones normales pueden formar parte de la microbiota saprofita de la piel, pero que en huéspedes predispuestos, actúan con carácter oportunista y conllevan infecciones de curso fulminante. Es por tanto de vital importancia la toma de cultivos para garantizar la eficacia del tratamiento antibiótico dirigido.

Podemos concluir que, aunque infrecuente, está descrita la extensión abdominal de la fascitis necrotizante perineal⁴, ya que las infecciones con origen perineal se pueden diseminar: bien a través de la fascia de Colles o fascia perineal superficial



Figura 1. Corte sagital de TAC en el que se aprecia colección en espacio de Retzius y extensión ascendente con enfisema subcutáneo hacia la pared abdominal anterior en su tercio inferior.



Figura 2. Corte axial de TAC a nivel de espacio prevesical (Retzius) donde visualizamos cambios inflamatorios en fosa isquiorrectal izquierda con extensión de abundantes burbujas en pared anterior, de forma bilateral.



Figura 3. Imagen intraoperatoria de los sucesivos desbridamientos quirúrgicos que evidencian buena evolución con desaparición de la induración y aparición de tejido de granulación.

CASOS CLÍNICOS



Figura 4. Imagen intraoperatoria de cierre primario de defectos una vez resuelto el foco infeccioso.

y continuar a través de la fascia de dartos, que envuelve el escroto y el pene, con posible afectación de éstos; o bien pueden progresar caudalmente a través de la fascia de Scarpa y envolver la pared anterior del abdomen⁵. Además, la gangrena de Fournier es un proceso que dejado a su evolución natural, conlleva una evolución tórpida que pueden conducir al shock séptico en cuestión de horas, es por ello de vital un diagnóstico precoz que permita el desbridamiento quirúrgico extenso y el control local del foco.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores

declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Los consentimientos informados para la obtención de imágenes han sido firmados.

El Comité de Ética local aprueba la elaboración artículo sin necesidad de emitir informe al respecto siempre y cuando los consentimientos informados hayan sido firmados por el paciente.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Bibliografía

1. Chernyadyev SA, Ufimtseva MA, Vishnevskaya IF, Bochkarev YM, Ushakova AA, Beresneva TA, et al. Fournier's Gangrene: Literature Review and Clinical Cases. Urol Int. 2018;101:91-97. doi: 10.1159/000490108. Epub 2018 Jun 27.
2. Morpurgo E, Galandiuk S. Fournier's gangrene. Surg Clin North Am. 2002;82:1213-24.
3. Eke N. Fournier's gangrene: A review of 1726 cases. Br J Surg. 2000;87:718-28. doi: 10.1046/j.1365-2168.2000.01497.x.
4. Cattorini L, Cirocchi R, Spizzirri A, Morelli U, de Sol A, Napolitano V, et al. Abdominal compartmental syndrome as a complication of Fournier's gangrene. G Chir. 2009;30:148-52.
5. Anales de Radiología México 2012;2:98-103.