

Gangrena de Fournier en la enfermedad de Crohn: reporte de un caso

Ernesto Cantú Llanos,* Gerardo Javier Ochoa Rodríguez,** Gilberto López Betancourt,*** Jacobo Ayala Gaytán,**** Oscar Ulloa Ortíz¹

RESUMEN

Se reporta el caso clínico de un paciente masculino de 66 años de edad, hipertenso, enfermedad de Crohn y diabetes tipo 2 con mal apego al tratamiento médico. Acudió a Urgencias debido a la aparición de una zona de induración en la región perianal de 10 días de evolución, posteriormente con salida de material purulento, y fiebre. Se le dio tratamiento con antibióticos de amplio espectro, debridación con resección del tejido necrótico y nutrición parenteral total. Ingresó al programa de curación, con anestesia, en cinco ocasiones para retirarle el material necrótico. Salió del hospital luego de 64 días con tratamiento de 1 g de mesalazina por vía oral cada 12 horas y 50 mg de azatioprina cada 24 horas por la misma vía.

Palabras clave: enfermedad de Crohn, gangrena de Fournier.

ABSTRACT

We present the case of a 66 years old obese male patient with chronic hypertension, Crohn's disease and type 2 diabetes with non-compliance to treatment. He presents to the emergency department with a localized swelling in the perianal region of 10 days, which evolved with purulent secretion and fever. Broad-spectrum antibiotics were initiated as well as early debridation of necrotic tissue and support with total parenteral nutrition. The patient was discharged after 64 days of hospital stay with mesalamine 2 gr daily and azathioprine 50 mg daily.

Key words: Crohn's disease, Fournier gangrene.

Paciente masculino de 66 años de edad, con enfermedad de Crohn diagnosticada 10 años antes de su ingreso al hospital mediante hallazgos endoscópicos. Se trató con esteroides y mesalazina; sin embargo, el paciente interrumpió el tratamiento por decisión propia sin acudir a consulta de control. En ese lapso tuvo tres episodios de hematoquecia, ≥ 5 evacuaciones por día al menos

durante cinco días, sin acudir a consulta o evaluación médica y con ingestión ocasional de mesalazina con lo que los síntomas desaparecieron espontáneamente. Además, se le diagnosticó hipertensión arterial y diabetes tipo 2 de un año de evolución, sin apego al tratamiento farmacológico.

Acudió a la consulta médica debido a la aparición de un área de induración en la región perianal izquierda con 10 días de evolución, posteriormente con salida de líquido hematurulento y malestar general, se agregó hipertermia no cuantificada; por eso lo llevaron a Urgencias. Niega haber ingerido medicamentos en esta ocasión. No tuvo pérdida de peso, sólo hiporexia, astenia y adinamia. Llegó a Urgencias con datos de choque séptico (presión arterial 70/40 mmHg, frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto y temperatura 38°C); a la exploración física se encontró a un paciente obeso (índice masa corporal 36 kg/m²), con un área de induración en el glúteo izquierdo con salida de material purulento a través del orificio perianal. Los estudios de laboratorio demostraron anemia (10.8 g/dL) normocítica normocrómica, leucocitosis 42,000 K/uL con neutrofilia,

* Médico residente de Medicina Interna.

** Gastroenterólogo endoscopista.

*** Cirujano de colon y recto.

**** Infectólogo.

¹ Médico Residente de Anatomía Patológica. Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad. Monterrey, Nuevo León.

Correspondencia: Dr. Ernesto Catú Llanos. Correo electrónico: doctorcantullanos@hotmail.com

Recibido: 15 de junio 2012. Aceptado: septiembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Cantú-Llanos E, Ochoa-Rodríguez GJ, López-Betancourt G, Ayala-Gaytán J, Ulloa-Ortíz O. Gangrena de Fournier en la enfermedad de Crohn: Reporte de un caso. Med Int Mex 2012;28(6):608-611.

www.nietoeditores.com.mx

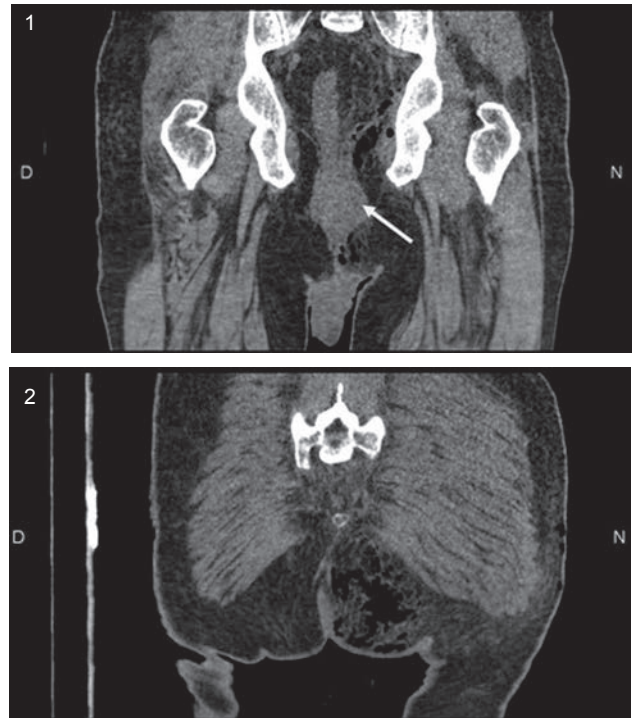
elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva 539.25 mg/L, VSG 59 mm/h) e hiperglucemia de 139 mg/dL. Se inició tratamiento con restitución de líquidos para conseguir la estabilidad hemodinámica y se le administraron antibióticos en Urgencias (metronidazol 500 mg por vía oral cada 8 horas, 400 mg de ciprofloxacino por vía intravenosa cada 12 horas). El paciente se ingresó en la unidad de cuidados intermedios en donde se cumplieron las metas tempranas de la atención del choque séptico.

En el resto de los estudios de laboratorio se detectó hipoalbuminemia en electroforesis de proteínas, los anticuerpos anticitoplásmicos neutrofilicos perinucleares (pANCA) dieron positivo con título atípico 1:80, los anticuerpos anti *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA), IgG e IgA fueron negativos. Además, se aisló *Streptococcus anginosus* del hemocultivo aerobio. El estudio físico-químico de heces no reportó hallazgos anormales.

Se realizó una TAC simple de abdomen en la que se encontró una colección pararectal izquierda de 4.4 x 1.3 x 3.9 cm en relación con un absceso con aire en su interior y gas en tejidos blandos del área pararectal izquierda que continuó hacia la grasa subcutánea en el glúteo izquierdo. (Figuras 1 y 2)

A las 24 horas de su ingreso se decidió el tratamiento quirúrgico del absceso perineo isquiorrectal que estaba infiltrando el área glútea y el perineo. Se realizó debridación y resección del tejido necrótico y fistulotomía con colocación de drenajes y toma de cultivo de líquido isquiorrectal. Al inicio se reportaron abundantes cocos con tinción grampositiva y escasos bacilos con tinción gramnegativa; posteriormente se identificó crecimiento de *Escherichia coli*. Con estos hallazgos se decidió la combinación de meropenem y tigeciclina. La biopsia del absceso perianal, obtenida durante el procedimiento quirúrgico, reportó inflamación aguda y crónica abscedada con focos de necrosis compatible con gangrena de Fournier. (Figura 3)

El paciente se incorporó a un programa de curación bajo anestesia que se realizó en cinco ocasiones durante un lapso de 27 días, con buena evolución hasta obtener tejido de granulación. Posteriormente se realizó un colgajo miocutáneo de bíceps femoral e injerto de piel. La colonoscopia efectuada a los 23 días de su ingreso demostró una pancolitis severa con mucosa del margen anal y hasta el ciego ulcerada y friable (Figura 4). Las biopsias reportaron un infiltrado agudo y crónico con linfocitos, células



Figuras 1 y 2. Colección pararectal izquierda (flecha) de 4.4 x 1.3 x 3.9 cm en relación con el absceso (1) con aire en el interior y gas hacia el resto de los tejidos blandos pararectales izquierdos que se continúan hacia la región de la grasa subcutánea en el glúteo de ese lado (2).

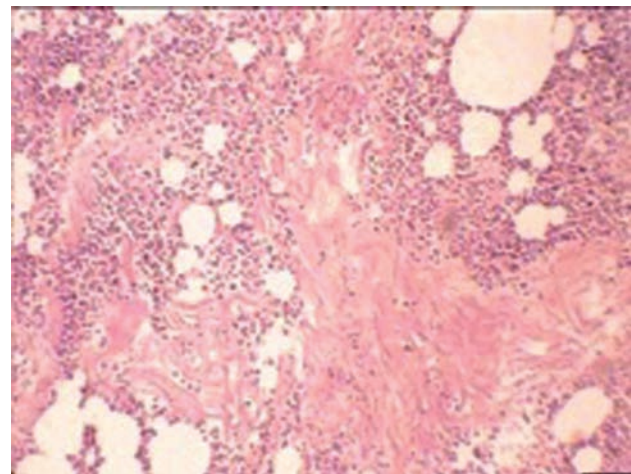


Figura 3. Tejido conectivo denso e irregular, infiltrado por un proceso inflamatorio agudo compatible con fascitis necrotizante.

plasmáticas y abundantes eosinófilos que penetraban las paredes glandulares y formaban abscesos intra cripticos. (Figura 5) Se reinició el tratamiento con mesalazina y aza-

tioprina durante su estancia en cuidados intermedios. Tuvo dehiscencia de la herida quirúrgica en el sitio del colgajo debido a un hematoma, por eso se intervino nuevamente en el quirófano para drenaje y cierre de la herida. Se dio de alta del hospital a los 64 días de su internamiento con tratamiento con mesalazina 1 g por vía oral cada 12 horas y azatioprina 50 mg cada 24 horas vía oral.

DISCUSIÓN

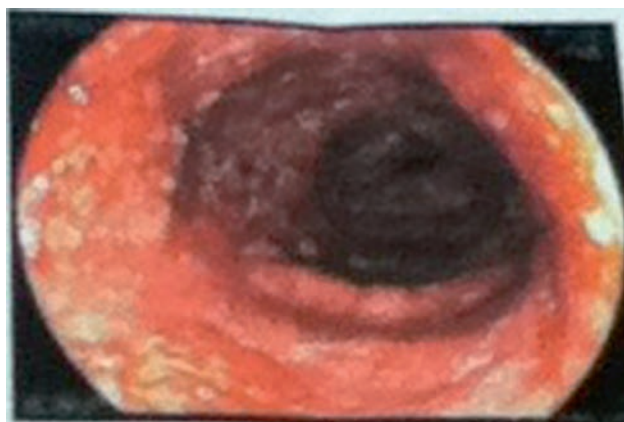
La gangrena de Fournier se describió en 1883 como la aparición súbita de dolor y edema escrotal en el paciente joven, que es de rápida progresión y ausencia de una causa definitiva.¹ Sin embargo, en la actualidad se acepta que enfermedades como la obesidad, diabetes mellitus y la

afectación del sistema inmunológico son factores de riesgo para su aparición. Estas infecciones se caracterizan por destrucción rápida y progresiva del tejido con mortalidad incluso de 67%.² Es poco común, aproximadamente 3.5 casos por cada 100,000 personas, y sólo se ha reportado en tres pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. De éstos, dos casos tenían enfermedad de Crohn y uno de ellos colitis ulcerosa crónica inespecífica.³ Esta enfermedad afecta, principalmente, a personas de 50 a 65 años de edad.¹

En pacientes sanos es necesario descartar enfermedades colorrectales asociadas con gangrena de Fournier, como: cáncer rectal, diverticulitis sigmoidea perforada, examen anorrectal con toma de biopsia y el absceso perianal, que se considera la causa más común.³ En nuestro caso, el paciente padecía enfermedad de Crohn que puede complicarse con fistulas perianales, en las glándulas anales infectadas o como consecuencia de la penetración de las fisuras o úlceras en el recto o en el canal anal.⁵ El cuadro clínico es insidioso, con malestar general y posteriormente dolor, tumefacción y eritema; sin embargo, existen autores que reportan un inicio abrupto, con evolución a necrosis en las siguientes 24 horas del inicio.⁴

La gangrena de Fournier suele originarse por infecciones polimicrobianas por *Escherichia coli*, *Bacteroides* y ciertas especies de estreptococos.⁵ En nuestro caso, se obtuvo el aislamiento del primero en conjunto con bacilos gramnegativos y cocos grampositivos. El diagnóstico se basa en la clínica, mediante historia completa que incluya antecedentes y los síntomas coexistentes. La TAC y la resonancia magnética son útiles cuando se sospecha afectación de los tejidos profundos o en el espacio retroperitoneal.⁴ Con respecto a los anticuerpos detectados en nuestro paciente (p-ANCA atípico positivo y ASCA negativo) se ha descrito que estos estudios son poco útiles como complemento al diagnóstico y sólo se consideran sugerentes de enfermedad con una baja sensibilidad.⁶ En nuestro caso, el diagnóstico se realizó con base en los hallazgos endoscópicos reportados al inicio.

La gangrena de Fournier es una urgencia quirúrgica y su tratamiento oportuno constituye parte primordial debido a la alta mortalidad de estos pacientes. En nuestro caso, inicialmente se trató el choque séptico y al conseguirse la estabilidad hemodinámica se planeó la intervención quirúrgica en las primeras 24 horas de su ingreso. Al igual que en los tres casos reportados en la bibliografía, el tratamiento con antibióticos y debridación fue satisfactorio;



Figuras 4. Mucosa de colon ulcerada, friable. Pancolitis severa.

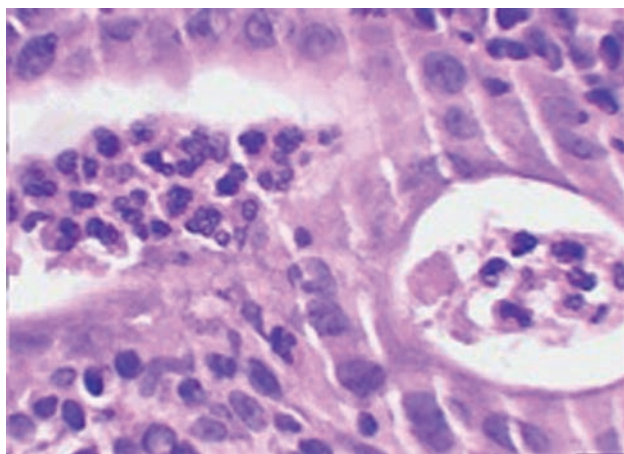


Figura 5. Infiltrado de eosinófilos que penetran las paredes glandulares y forman abscesos intracrípticos.

sin embargo, en estos casos, además, se utilizó el oxígeno hiperbárico. Esta técnica ha demostrado disminuir la estancia hospitalaria, mejorar la cicatrización y disminuir la progresión de la gangrena.³ La estancia hospitalaria media en esta enfermedad está reportada en seis semanas.⁷ Sin embargo, el paciente requirió una nueva intervención quirúrgica para drenaje de hematoma y cierre de herida; este motivo pudo haber prolongado la estancia hospitalaria en comparación con los casos reportados.

CONCLUSIONES

Desde su descripción inicial hasta la actualidad, la gangrena de Fournier sigue siendo un padecimiento infrecuente con elevada mortalidad. En esta ocasión se reporta el caso clínico debido a la escasa cantidad de pacientes con enfermedad de Crohn y gangrena de Fournier. Los pacientes con enfermedad de Crohn pueden tener fistulas en la región perianal desde 14% hasta 38%⁸ y abscesos, fisuras y hemorroides; sin embargo, la gravedad de la gangrena de Fournier obliga a establecer un diagnóstico rápido y tratamiento adecuado. El tratamiento se consideró exitoso con antibióticos de amplio espectro y la cirugía temprana con debridación del tejido necrótico en repetidas ocasiones.

Es importante continuar con el tratamiento integral que incluya soporte nutricional y lavado del sitio quirúrgico y atención médica de las enfermedades de base.

REFERENCIAS

1. Kearney DE, Harney S, O'Broin E, McCourt M. An unusual presentation of Fournier's gangrene. *Ir J Med Sci* 2011;180(2):573-574.
2. Yilmazlar T, Ozturk E, Ozguc H, Ercan I, Vuruskan H, Oktay B. Fournier's gangrene: an analysis of 80 patients and a novel scoring system. *Tech Coloproctol* 2010;14(3):217-223.
3. Jiang T, Covington JA, Haile CA, Murphy JB, Rotolo FS, Lake AM. Fournier gangrene associated with Crohn disease. *Mayo Clin Proc* 2000;75(6):647-649.
4. Navarro-Vera JA. Gangrena de Fournier. *Rev Eviden Invest Clin* 2009;3(1):51-57.
5. Katsanos KH, Ignatiadou E, Sarandi M, Godevenos D, Asproudis I, Fatouros M, et al. Fournier's gangrene complicating ulcerative pancolitis. *J Crohns Colitis* 2010;4(2):203-206.
6. Wilkins T, Jarvis K, Patel J. Diagnosis and management of Crohn's disease. *Am Fam Physician* 2011;84(12):1365-1375.
7. Papaconstantinou I, Yiallourou AI, Dafnios N, Grapsa I, Polymeneas G, Voros D. Successful Treatment of a Severe Case of Fournier's Gangrene Complicating a Perianal Abscess. *Case Report Med* 2011;2011:702429.
8. Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BG, Hanauer SB. AGA technical review on perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003;125(5):1508-1530.