

L'estreptococ, d'urgències fins al servei de cirurgia plàstica.

Víctor Parejo

Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitari

Nom autor: Víctor Parejo Lloc de treball: Hospital Parc Taulí

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: vparejo@tauli.cat

Forma de citació: Parejo V. *L'estreptococ, d'urgències fins al servei de cirurgia plàstica.*

ReMUE.c@t 2017;4(1):45-47

Motiu de consulta

Home de 46 anys, procedent d'Argèlia per motius laborals, consulta per malestar general de 3-4 dies d'evolució, febre, tremolines, associat a lesió peneana, que no ha respòs a antibiòtic.

Antecedents personals

No al·lèrgies conegudes ni antecedents patològics d'interès.

Fumador de 6 cigarrets/dia; consum alcohol de: 20 gr/dia.

Nega consum d'altres tòxics.

Antecedents socials i professionals: Treballa de forma intermitent a Argèlia en la construcció de túnels. No refereix contactes sexuals de risc.

No refereix antecedents medico-quirúrgics.

Malaltia actual

Home de 46 anys, que durant una estada a Argèlia per motius laborals, inicia un quadre de 3-4 dies de malestar general, febre de fins a 40°C i tremolines, associat a una lesió al penis, que comença en forma de úlcera localitzada, i avança ocasionant un edema penià, amb tonalitat negrosa de la pell que s'inicia a cara dorsal, avançant fins a la cara ventral, dolorosa al tacte, i que no havia millorat malgrat iniciar feia 48h, Doxiciclina 100mg/12h.

Exploració física

TA 97/67mmHg; FC 92bpm, Tª 36°C Sat 97% a l'aire, FR 18rpm.

Conscient i orientat. Regular estat general, diaforètic, ben perfós, polsos simètrics i presents.

Edema al penis, amb àrea de pell de tonalitat negrosa, ocupant pràcticament tota l'àrea dorsal del penis i amb extensió cap a la regió ventral.

Vesícula amb contingut d'aspecte necròtic/hemorràgic a prepuci. No exsudacions.

S'acompanya també d'edema escrotal i discret eritema i empastament de la regió suprapúbica, que és dolorosa a la palpació. (Fig.1)

No altres lesions cutànies ni altres troballes a l'exploració física.

Proves complementàries realitzades a Urgències

- ECG: RS a 90bpm sense alteracions de la repolarització.

- Es cursen hemocultius i urinocultiu.

- Anàlítica sanguínia: Leucòcits *32,8 x 10⁹/L, Neutròfils (%) *90,9 %, Neutròfils *29,78 x 10⁹/L, TP: *1,31 ratio, TTPA: 1,05 ratio, Urea *65 mg/dL, Creatinina *2,24 mg/dL, Sodi 138 mEq/L, Potassi 4,4 mEq/L

- TC Abdominal: Discret engruïment cutani a regió suprapúbica amb trabeculació del greix subcutani adjacent, associat a un augment de parts toves d'aspecte edematós al penis pendular (afectació de la pell i les fàscies, amb morfologia i densitat dels cossos cavernosos aparentment normal) i edema de les parets escrotals. No s'identifica emfisema subcutani ni col·leccions ben definides.

Diagnòstic diferencial a urgències

• **Fascitis necrosant genital:** Infecció ràpidament progressiva de la pell i teixits tous, que afecta a genitals externs i regió perineal, i que s'associa a destrucció i necrosis de les fàscies i del greix subcutani. L'aspecte de la pell sol adquirir una tonalitat grisenca, desvitalitzada i pudent. S'acompanya d'important toxicitat sistèmica i una alta mortalitat. El tractament és combinat amb desbridament quirúrgic ampli i antibioteràpia d'ampli espectre.

• **Fractura dels cossos cavernosos:** Disrupció de la túnica albugínia que rodeja els cossos

cavernosos. Presentació aguda i amb antecedent clar de traumatisme, essent el més freqüent durant el coit. Sovint el malalt refereix un "espetec", seguit de dolor, detumescència immediata i incurvació del penis cap al costat oposat al cos cavernós afectat⁽¹⁾. A l'exploració, edema i hematoma limitat al penis. El tractament és quirúrgic.

- **Ruptura de la vena dorsal del penis:** En context d'antecedent coital, però d'inici més progressiu que l'anterior, sense "espetec" ni incurvació i habitualment indolora⁽²⁾. A l'exploració, que no és dolorosa, hematoma d'aparició progressiva que es limita al penis. El tractament és conservador.

- **Torsió testicular:** Presentació aguda, testicle ascendit i horitzontalitzat, podent presentar decoloració cutània segons les hores d'evolució. El símptoma clau serà el dolor. El tractament és quirúrgic.

- **Cel·lulitis genital:** Inflamació no necrosant de la pell i el teixit subcutani. Podem trobar clínica infecciosa acompanyant. A l'exploració destaca eritema, empastament i augment de la temperatura. Es tracta amb antibioteràpia.

- **Orquiepididimitis aguda:** Inflamació generalment d'origen infeccios, de l'epidídim i/o el testicle. Es presenta de manera subaguda, amb pocs dies d'evolució, amb dolor testicular que pot irradiar a engonal, i, si evoluciona, s'acompanya de síndrome febril. El testicle afectat està augmentat de mida, tumefacte, amb empastament i dolor a la palpació, que millora de forma característica amb l'elevació del mateix (*signe Prehn* +). El tractament majoritàriament és antibiòtic, requerint ocasionalment desbridament.

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències: Donada l'exploració i els resultats obtinguts en les proves complementàries s'orienta el cas com a una fascitis necrosant genital, iniciant cobertura empírica amb Piperacilina/Tazobactam 4g/6h + Clindamicina 600mg/6h ev, i s'indica desbridament quirúrgic urgent, on es practica l'exèresi de tota la regió cutània del penis afectada, fins objectivar teixit sa ben perfós. (Fig.2A)

Ingressa a unitat de semicrítics requerint suport hemodinàmic amb drogues vasoactives, podent-

se retirar a les 24h. En les primeres 24h, malgrat la milloria dels paràmetres sèptics, persisteix progressió de l'afectació cutània (Fig. 2B), pel que requereix un segon desbridament quirúrgic més ampli i agressiu, amb exèresi de tota la pell peniana i escrotal. (Fig.3A)

El resultat del cultiu obtingut del teixit necròtic desbridat resulta positiu per a *Streptococcus pyogenes* multisensible, i la biòpsia evidencia fragments de pell amb marcat infiltrat inflamatori agut amb àrees d'abscessificació, hemorràgia i necrosi que afecta a dermis i teixit cel·lular subcutani.

Posteriorment, el pacient evoluciona favorablement, pel que es manté mateixa pauta antibiòtica i ingressa a planta d'Hospitalització. Es realitzen cures diàries cada 8h amb retirada d'esfacels i neteja amb H₂O₂, evidenciant una correcta aparició de teixit de granulació en tota la zona desbridada. Als 15 dies, el pacient és traslladat al centre de referència per a tractament reconstructiu. (Fig.3B)

Diagnòstic final

Fascitis necrosant genital, o gangrena de Fournier.

Discussió

La gangrena de Fournier es descriu com una fascitis infecciosa necrosant aguda, ràpidament progressiva i potencialment fatal, que afecta als genitals externs i/o regions perineal i perianal. Principalment es presenta en homes, entre els 50-70 anys⁽³⁾. Les comorbiditats més freqüentment associades són la diabetis mellitus (20-70%) i l'alcoholisme crònic (20-50%)^(4,5).

La rellevància d'aquest cas, tot i que la incidència descrita és baixa (1/7500)⁽³⁾, radica en la importància d'un diagnòstic i tractament precoç, essent la demora en el tractament quirúrgic el factor pronòstic més important⁽⁶⁾.

La malaltia s'origina en una infecció sovint polimicrobiana, que provoca microtrombosis (endarteritis obliterant) dels petits vasos subcutanis⁽⁵⁾, ocasionant una infecció inicial superficial cutània que evoluciona a una cel·lulitis subcutània limitada per les fàscies musculars, i finalitza amb una necrosi tissular i de la pell. Una vegada instaurada la gangrena, aquesta pot avançar fins a uns 2-3cm/h⁽⁴⁾. Segons la porta d'entrada, entre els gèrmens aïllats trobem *Clostridium*, si el focus és anorrectal,

Streptococcus i *Staphylococcus*, focus urinari, i *Staphylococcus*, de focus cutani⁽⁴⁾.

Les proves de laboratori i d'imatge poden recolzar el diagnòstic, però no han de demorar l'exploració quirúrgica. El diagnòstic és majoritàriament clínic^(4,5,6).

El quadre s'inicia amb uns pròdroms inespecífics, i sovint quan el malalt consulta ja té la lesió necròtica, amb edema, decoloració cutània, exsudació i crepitació, síndrome febril, afectació de l'estat general fins clínica de sepsis.

Tot i els avanços tècnics i els antibiòtics d'ampli espectre, la mortalitat és encara elevada, d'un 20-30%⁽⁴⁾, fet que reflexa la gravetat del procés. El diagnòstic i el tractament quirúrgic precoços incrementen la supervivència.

Bibliografia

- Martínez Ruiz J, Pastor Navarro H, Carrión López P, et al. Fractura de cuerpos cavernosos. Serie de casos. *Actas Urol Esp.* 2008;32(6):599-602
- Arce Gil J., Rodríguez-Ledesma J.M, Villavicencio H. Rotura de la vena dorsal superficial de pene *Actas Urol Esp* 2006; 30 (2): 215-217
- Gurdal M, Yucenas E, Tekin A, Beysel M, Aslan R, Sengor F. Predisposing factors and treatment outcome in Fournier's gangrene. *Analisis of 28 cases.* *Urol Int.* 2003;70:286-90.
- M. N.Mallikarjuna, Abhishek Vijayakumar, Vijayraj S. Patil, B. S. Shivswamy. Fournier's Gangrene: Current Practices. *ISRN Surgery.* 2012; 2012:942437.
- Horta R, Cerqueira M, Marques M, Ferreira P, Reis J, Amarant J. Gangrena de Fournier: de urgencia urológica hasta el departamento de cirugía plástica. *Actas Urol Esp.* 2009;33:925-29.
- Morpurgo E, Galandiuk S. Fournier's gangrene. *Surg Clin Noth Am.* 2002;82:1213-24.

Figura 1. Edema al penis i escrot. Cara dorsal i ventral del penis, amb pell d'aspecte necròtic, amb vesícula necròtica a prepuci. Eritema i empastament de regió suprapúbica.

Figura 2. (A) Desbridament ampli de pell de cara dorsal d'aspecte desvitalitzat fins evidenciar pell d'aspecte sa amb correcta perfusió i sagnat. Múltiples incisions per contraobertura amb col·locació de drenatges penrose.(B) Progressió cutània de teixit necròtic, post-desbridament.

Figura 3. (A): Desbridament ampli de tota la regió genital, amb teixit de granulació sa recobrint tota l'àrea. (B) Resultat final després de cirurgia reconstructiva.

Iconografia

Figura 1. Edema al penis i escrot. Cara dorsal i ventral del penis, amb pell d'aspecte necròtic, amb vesícula necròtica a prepuci. Eritema i empastament de regió suprapúbica.

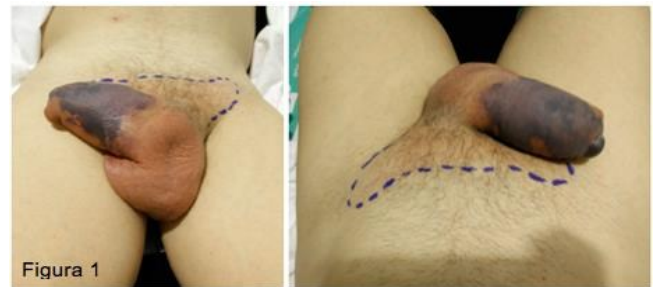


Figura 2. (A) Desbridament ampli de pell de cara dorsal d'aspecte desvitalitzat fins evidenciar pell d'aspecte sa amb correcta perfusió i sagnat. Múltiples incisions per contraobertura amb col·locació de drenatges penrose.(B) Progressió cutània de teixit necròtic, post-desbridament.

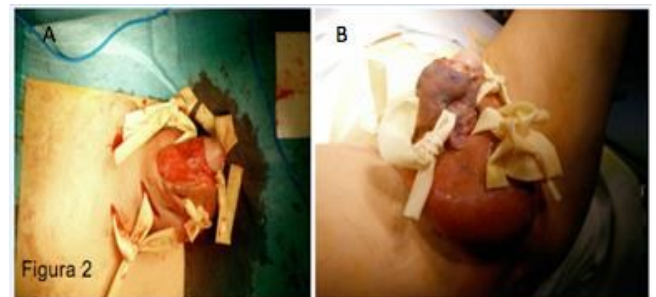


Figura 3. (A): Desbridament ampli de tota la regió genital, amb teixit de granulació sa recobrint tota l'àrea. (B) Resultat final després de cirurgia reconstructiva.

