

## Fascitis Necrotizante del Periné

E. Palma / P. Palma / F. Palma, Jr.

### Introducción

La fascitis necrotizante del periné hay que saber distinguirla de la gangrena escrotal y genital que Fournier (dermatólogo de París, 1832 - 1914) describió en 1884 y que creemos debe ser abandonada, pues no es idiopática, sino que su lesión causal existe y deberá ser investigada. Los puntos esenciales de la descripción de Fournier quedaban reducidos a un ataque súbito de la enfermedad, hombre joven saludable hasta que inicia la gangrena, rápida progresión de la necrosis y una indefinida causa. Por tanto, podríamos, en todo caso, conservar el nombre de Fournier para una gangrena delimitada a los genitales del hombre, pero no a la fascitis necrosante de todo el periné, porque además

La necrosis o gangrena de la región perineal, lo mejor denominada fascitis necrotizante del periné, es una afección -afortunadamente no frecuente- tremendamente grave que cursa con una mortalidad muy elevada (35%-50%) al ser una infección sinérgica de partes blandas en la que intervienen gérmenes aerobios y anaerobios, con foco causal, en la mayoría de las ocasiones, en ano-recto y colon (diverticulitis sigmoidea perforada) o en el tracto uro-genital. La fascitis necrosante perineal es bastante similar a la que se observa en los miembros inferiores y requiere medidas urgentes de reanimación, de amplia antibioterapia y de múltiples e iterativos abordajes quirúrgicos para conseguir extensos desbridamientos y variados drenajes. En ocasiones, requiere colostomía, oxigenoterapia hiperbará y vigilancia intensiva según la evolución clínica. En nuestra estadística presentamos tres casos, dos de ellos diabéticos y un tercero con acusada desnutrición con focos sépticos anales e isquio-rectales, con una mortalidad del 33% (1/3). Aprovechamos la descripción de nuestra breve casuística para hacer una valoración de la situación actual de la fascitis necrotizante del periné.

la enfermedad puede afectar también a la mujer, aunque sea más frecuente en el hombre, y, así, por ejemplo, en los tres casos que presentamos, dos eran varones y uno, mujer; e incluso hay casos descritos en el niño.

La particularidad de la gangrena perineal, en relación con otras localizaciones de la enfermedad necrótica -fascitis necrotizantes-, es debida a las características de la región perineal, donde un abundante tejido celular laxo enclaustrado por tabiques de fascia y aponeuróticos hace que el edema comprima la red vascular y se produzca de forma rápida una isquemia que conduce inevitablemente a la necrosis. Queda claro que este proceso no es idiopático, sino que su lesión causal existe y deberá ser investigada y ur-

Palabras clave: Gangrena del periné. Necrosis de la región perineal. Flemón gaseoso perianal. Flemón perineal. Enfermedad o gangrena de Fournier. Fascitis necrotizante del periné.

Fecha de recepción: Mayo 2001.

Seminario Médico

Año 2001. Volumen 53, N.º 1. Págs. 43-50

gentemente tratada, pues el diagnóstico precoz clínico es el único camino para mejorar el pronóstico de tan grave proceso. La mayoría de las veces esta celulitis necrosante puede evolucionar hacia una mionecrosis, incluyendo las fascias de toda la región. De ahí que se describan la celulitis gangrenosa y la mionecrosis gravísima, y cuando clínicamente se asocian las dos formas, el pronóstico empeora. Es excepcional, pero enormemente interesante, los casos que se han venido describiendo de fascitis necrotizante, por ejemplo, del miembro inferior, secundaria a diverticulitis perforada, siendo en ocasiones la necrosis del miembro, o incluso del periné, la primera manifestación de un proceso inflamatorio intrabdominal.

#### Material, métodos y resultados

En un examen retrospectivo constatamos tres gangrenas de periné en nuestra casuística —examinando algo más de cuatro décadas de ejercicio de la cirugía— y que corresponden al 0,005% de todos los pacientes asistidos.

Las lesiones causales (Tabla 1) fueron fisura anal, absceso isquio-rectal y absceso glúteo por inyectable y extendido a la fosa isquio-rectal, con factor predisponente en los dos primeros casos, de diabetes insulino-dependiente, y en el tercero, acusada desnutrición y poliartritis reumatoide.

En el primer caso, paciente de 73 años, diabética, con una fisura anal crónica, que fue extirpada bajo anestesia general, además de la papila hipertrófica y de la hemorroide centinela, clásica en este proceso. La esfinterotomía anal interna fue practicada por el método de Parks-Girona. En el postoperatorio inmediato, y a partir de la zona de la intervención y también —de la zona infiltrada con mepivacaína— en las primeras 24 horas aparece una tumefacción equimótica perianal que inmediatamente empieza a crepitar y a extenderse como verdadero flemón gangrenoso. Es desbridado con toda urgencia y ampliamente drenado,



Jean Alfred Fournier (1832-1914).

pero la paciente hace una acidosis diabética y entra en un shock séptico irreversible.

En el segundo caso, tras el drenaje de un extenso absceso isquio-rectal, que ya de por sí se sospecha la presencia de anaerobios por la necrosis de la piel y el olor característico pútrido y fétido de los anaerobios y en un terreno diabético. Con el concurso del endocrinólogo y la asistencia en la Unidad de Cuidados Intensivos, el paciente se recupera, pero tras varias intervenciones con extirpación de esfacelos, amplio drenaje de toda la fosa isquio-rectal afectada y de la extensión hacia el espacio anal posterior y región sacrococcígea.

En el tercer paciente, la aplicación de un inyectable (AINEs) se contamina rápidamente y hace un flemón gangrenoso que se extiende a todo el periné en un varón con una artritis reumatoide y muy desnutrido. Requiere dos intervenciones para conseguir amplio drenaje y extirpar todas las lesiones necróticas. Unos meses después se le aplicaron injertos laminares para cubrir la gran superficie cruenta que había restado tras la curación de la fascitis necrotizante.

**Tabla I. Gangrena de periné**

Lesión primitiva	N.º casos	Factores predisponentes/ alteraciones generales	Mortalidad
Fisura anal	1	Diabetes / senilidad	1
Absceso isquio-rectal	1	Diabetes	0
Absceso por inyectable de AINEs	1	Artritis reumatoide/ desnutrición	0
TOTAL	3		1

**Discusión**

El diagnóstico precoz clínico de la fascitis necrotizante del periné es el único camino recto para mejorar el pronóstico tan grave de este proceso. La mejor forma es tener una actitud clínica ya predispuesta ante todo paciente con factor de riesgo (diabetes, desnutrición, inmunodepresión, edad avanzada, alcoholismo y enfermedades urológicas y ano-rectales), pues al tratarse de un síndrome séptico de extrema gravedad y que puede presentarse de una forma más o menos súbita, es sólo la observación clínica la que nos puede orientar de que podemos estar ante esta afección no frecuente, pero posible, pese al avance técnico de nuestra época.

La inspección del periné puede manifestar desde los primeros momentos áreas cutáneas de color rojo oscuro que alternan con livideces y zonas verdes oscuras que terminan con zonas más o menos negruzcas. Pueden aparecer síntomas del síndrome séptico con fiebre elevada, o moderadamente elevada, pero no faltarán casos en que predomine la hipotermia. El escalofrío premonitorio de la septicidad puede poner al clínico muy atento, y cuando ya aparece la necrosis tisular y su olor característico, todo se hace fácilmente reconocible.

Las zonas rojas cutáneas asociadas a una infiltración subcutánea edematosa ya corresponde a la celulitis que inicia su necrosis. La crepitación (recuerda a la crepitación de la nieve) sólo aparece en algo menos del 50% de los casos. Hay zonas con vesículas

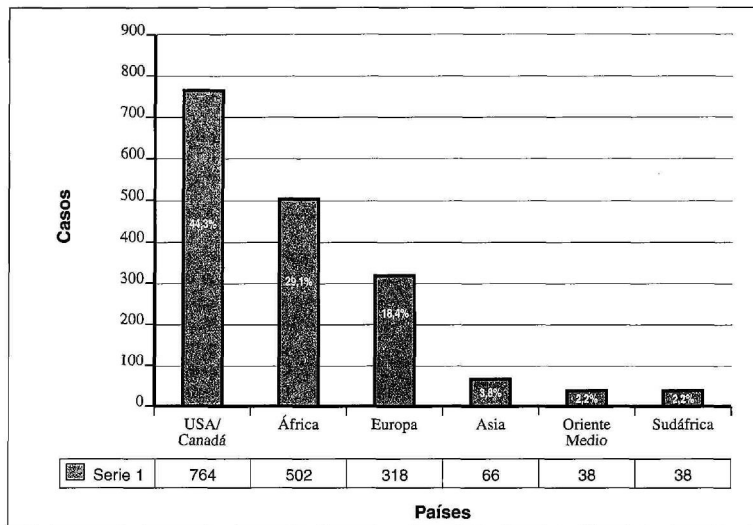
o flictenas y de piel acartonada que se manifiesta cuando en el tejido subyacente existe mionecrosis. En ocasiones, la piel tiene zonas verdosas con focos purulentos e infiltración serosa, acabando toda ella seropurulenta. La crepitación evoca su naturaleza gaseosa. Las bullas de gas son visibles en el diagnóstico por imagen (RMI), pero estas manifestaciones locales que describimos van acompañadas de una toxi-infección general gravísima, que puede acabar en un shock séptico y con fracaso multiorgánico.

Se ha descrito la mayor proclividad de la fascitis necrotizante del periné en las clases sociales marginales con alcoholismo y malnutrición, pero no está suficientemente comprobado; sí parece, en cambio, que los de raza de piel negra tendría una dermis más resistente a la fascitis necrotizante.

En la tabla 2, (N. EKE) (1) presenta 1.726 casos de fascitis necrotizante del periné descritos en la literatura anglosajona y en donde pueden compararse los casos publicados en distintos continentes. El común denominador va a ser una reducida inmunidad celular, teniendo su origen, en la piel (24%), en el tracto urinario (19%), en el colon-recto (21%) y de origen desconocido (36%). La asociación a la diabetes estuvo en nuestros casos en el 66% (2/3).

Se han descrito fascitis necrotizantes secundarias a diverticulitis perforada y, en ocasiones, como la primera manifestación (2) (3). En tanto que en edades superiores a los ochenta años la prevalencia de la diverticulosis del colon alcanza hasta el 95%,

**Tabla II. Distribución geográfica de 1.726 casos de fascitis necrotizante del periné descrita en la literatura inglesa**



Fuente: EKE, N.: *Brit. J. Surg.* 2000; 87:718-728.

pese a que cursa asintomática en la mayoría de los casos, habrá que tener en cuenta a la diverticulitis como causa de una fascitis necrotizante. Asimismo, el enfisema subcutáneo (4) y (5), como manifestación inicial de perforación de víscera hueca abdominal, apareciendo una crepitación que podrá detectarse incluso en regiones alejadas de la cavidad abdominal, y que podrá conducir, en su evolución, a una fascitis necrotizante de la pared abdominal, de las nalgas, del periné o de los miembros inferiores. Se han descrito fascitis necrotizantes como consecuencia de operaciones de hernia, vasectomía, en la antigua operación de Thirsch, para el prolapso rectal; también tras las ligaduras elásticas de las hemorroides, en el cateterismo uretral, en la circuncisión del neonato, en la biopsia prostática, en las prótesis e implantes peneales. Raspas de pescado y huesos de pollo im-

pactados en el ano se han descrito también como causa de absceso y de fascitis necrotizante. En nuestra experiencia tenemos, no fascitis necrotizante, pero sí abscesos y fistulas anales por huesecillos de pollo, conejo y perdiz; y hasta una costillita de corderito lechal. En suma, causas que evolucionan hacia una supuración, tanto intra-abdominales, como ano-perineal, uro-genital, y que pueden ser primitivas, postoperatorias o postraumáticas.

Los gérmenes habitualmente más encontrados son bacilos Gram negativos y Enterobacterias, *Escherichia Coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Estreptococos*, *Enterococos* y *Estafilococos*. Su virulencia se potencia por la sinergia con los anaerobios, como el *Clostridium perfringens* y *Bacteroides fragilis*, siendo la asociación más frecuente bacilo Gram negativo -*Estreptococos-D* y anaerobio (6). Será, pues, la actividad sinérgica

**Tabla III. Causas urológicas de fascitis necrótica del periné**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• TRAUMATISMO. CATETERISMO URETRAL.</li> <li>• ESTENOSIS URETRALES. INTERVENCIONES SOBRE LA MISMA.</li> <li>• TROMBOSIS DE LOS CUERPOS CAVERNOSOS.</li> <li>• ORQUITIS, EPIDIDIMITIS.</li> <li>• VASECTOMÍA.</li> <li>• PUNCIÓN PROSTÁTICA.</li> <li>• PRÓTESIS EN LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL.</li> <li>• CIRCUNCISIÓN.</li> <li>• EXTRAVASACIÓN URINARIA.</li> <li>• NEOPLASIAS VESICALES CON RETENCIÓN URINARIA.</li> </ul>
---

**Tabla IV. Causas abdominales y recto-anales**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ABSCESOS ANO-RECTALES.</li> <li>• FÍSTULAS PERIANALES Y RECTALES.</li> <li>• FISURAS.</li> <li>• HEMORROIDES COMPLICADAS (NECROSIS).</li> <li>• CUERPOS EXTRAÑOS EN RECTO-ANO.</li> <li>• CROHN Y FÍSTULA ENTERO-VESICAL.</li> <li>• DIVERTICULITIS PERFORADA DEL COLON.</li> <li>• APENDICITIS AGUDAS NECRÓTICAS.</li> <li>• PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA DEL ABDOMEN (ENFISEMA PARED ABDOMINAL).</li> <li>• CÁNCER COLORRECTAL.</li> </ul>
---

**Tabla V. Causas favorecedoras**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA.</li> <li>• HEMOPATÍAS. LUCEMIA.</li> <li>• DIABETES.</li> <li>• LESIONES DERMATOLÓGICAS.</li> <li>• FALLO RENAL E HIPERPARATIROIDISMO.</li> <li>• ALCOHOLISMO. CIRROSIS.</li> </ul>
---

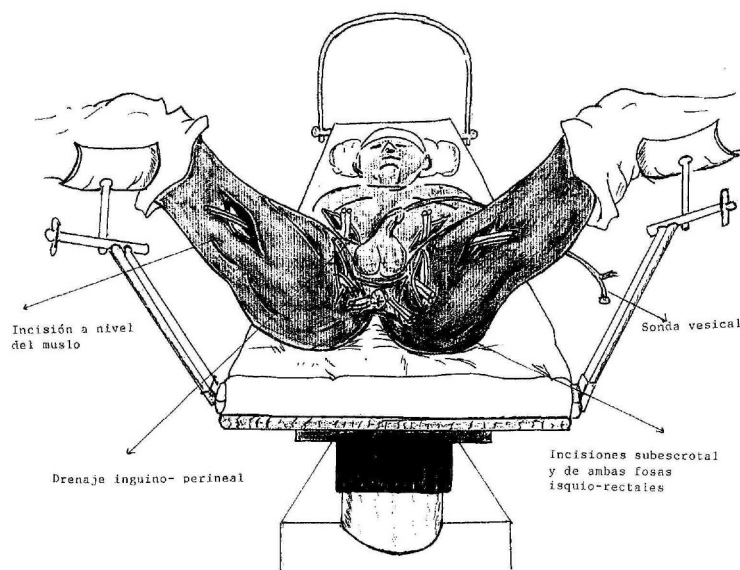
oportunistica la que inflige una necrosis devastadora de los tejidos. Este sinergismo bacteriano produce unos nutrientes para otras cepas, las cuales tornan a producir toxinas leucocitarias, defendiéndose de esta forma frente a la fagocitosis. Los aerobios por decrecimiento o disminución de la tensión del oxígeno producen una atmósfera favorecedora para los anaerobios (7); también la trombosis de los pequeños vasos subcutáneos influirá notablemente en la gangrena de la piel. Es frecuente que en toda fascitis necrotizante haga su aparición de forma más o menos precoz la Pseudomona Auriginosa.

La extensión de la enfermedad es variable: o una pequeña zona de piel gangrenada o todo el periné; incluso puede extenderse a la piel del abdomen, a ambas nalgas y a la espalda; e incluso con propagación intra-abdominal y retro-peritoneal. Cuando la necrosis es masiva puede hasta destruir la piel del escroto y dejar los testículos totalmente desprotegido (8) (9).

El tratamiento de la fascitis necrotizante del periné implica la implantación de una vía venosa central, que mantenga la volemia y el equilibrio electrolítico, la aplicación inmediata de los antimicrobianos idóneos (penicilina, metronidazol, cefalosporina tercera generación, y aminoglucósidos), la administración de heparina de bajo peso molecular y la seroprevención antitetánica; alimentación parenteral o enteral, de buena tolerancia para conseguir un balance nitrogenado positivo; amplio desbridamiento con cirugía exéretica de todos los tejidos necróticos, cateterismo vesical y, en la mayoría de las ocasiones, colostomía y oxigenación hiperbara.

El desbridamiento y extirpación de todos los tejidos necróticos se debe realizar bajo anestesia general, con el paciente en decúbito supino y con las piernas separadas para la exposición del periné, gracias a una almohadilla que se coloca bajo el sacro. El campo operatorio debe descubrir ampliamente el periné, los muslos, la pared anterior y laterales del abdomen. Hay que hacer al ini-

**Figura 1.—Posición para el desbridamiento y drenaje múltiple en la fascitis necrótica del periné**



ciar la intervención quirúrgica un balance visual y palpatorio de las lesiones. Obtener muestras de exudados y fragmentos tisulares para estudio bacteriológico, y que habrá que repetir en cada sesión quirúrgica que se realice. El tratamiento quirúrgico (10) (11) tiene como objetivo prioritario la puesta a plano, haciendo incisiones y extirpaciones amplias y desbridando los espacios de las partes blandas que permita evacuar las secreciones y el pus, al mismo tiempo que se investiga si existen cuerpos extraños, especialmente en las fascitis post-traumática. Se resecan todos los tejidos desvitalizados y se hace curetaje y lavado con suero salino y agua oxigenada a diez volúmenes, y también utilizando la povidona yodada, y exponiendo la lesiones al aire del

medio ambiente, para facilitar la difusión de la oxigenación, y más si se emplea la oxigenación hiperbara.

Las incisiones (12) serán verticales para el drenaje de las fosas isquio-rectales, y longitudinales para los miembros, y oblicuas sobre los pliegues del tronco. Es necesario comunicar las incisiones entre ellas por medio de los drenajes tipo Penrose. Cuando se asocia la mionecrosis a nivel crural hay que realizar aponeuromías longitudinales para facilitar el drenaje, y que permita colocar sistemas de irrigación, de lavado y de aspiración (figura 1) (13).

Una colostomía (14) en muchos casos puede ser necesaria, especialmente cuando la causa de la fascitis perineal es coloproctológica, habiendo sido comprobado que el retardo

de la confección de la colostomía puede empeorar el pronóstico. La colostomía es preferible realizarla en situación transversa izquierda. Asimismo, un catéter suprapúbico para evacuación urinaria, con el riesgo de complicación si la gangrena se extiende al hipogastrio; en otras ocasiones puede bastar una sonda uretral. Finalmente, la oxigenación hiperbara, si se dispone de una cámara idónea, que permita enfrentarse contra el desarrollo de gérmenes anaerobios y mejorar la oxigenación tisular (15) (16).

Las complicaciones son numerosas; por ejemplo, puede observarse el absceso testicular y la gangrena del pene. En los diabéticos, una cetoacidosis, que conduzca a un desequilibrio biológico total; también la infertilidad y el tétanos; así como el carcinoma escamoso en las cicatrices que deja la fascitis necrótica; y, naturalmente, el shock

séptico, el distrés respiratorio y el fallo multiorgánico con disfunción hepática, coagulopatía de consumo y fallo renal agudo. Por tanto, la mortalidad es alta pero también muy variable, oscilando según estadísticas y autores entre el 10 y el 45 %, sin olvidar que las complicaciones se multiplican cuando la fascitis necrotizante ha sido secura y primera manifestación de un proceso intra-abdominal, como por ejemplo la diverticulitis sigmoidea (17) (18). ◀

---

**F. Palma**, *Unidad de Coloproctología. Clínica Quirúrgica «La Inmaculada» (Jaén).*  
**P. Palma**, *European Board of Surgery Qualification in Coloproctology. F. Palma, Jr., Cirujano del Hospital «Costa del Sol» (Marbella).*

---

## Bibliografía

1. EKE, N.: «Fournier's gangrene: a review of 1726 cases». *Brit. J. Surg.*, 2000; 87:718-729.
2. REINA DUARTE, A.; VIDAÑA MÁRQUEZ, A. et al.: «Fascitis necrosante del miembro inferior secundaria a diverticulitis perforada». *Cirugía Española*, 2000; 2:78-80.
3. GALBUT, DL.; GERBER, DL.; BELGRAIER, AH.: «Spontaneous necrotizing fasciitis. Occurrence secondary diverticulitis». *JAMA*, 1977; 238: 2302.
4. CIFUENTES TÉBAR, J.; AGUAYO ALBASINI, JL.; ROBLES CAMPOS, R.; LUIÁN MOMPEÁN, JA.; LIRÓN RUIZ, R.; PARRILLA APARICIO, P.: «Enfisema subcutáneo con manifestación inicial de perforación de víscera hueca abdominal». *Rev. Esp. Enf. Digest.*, 1990; 78:38-40.
5. FOX, TA.; GÓMEZ, J.; BRAVO, J.: «Subcutaneous emphysema of the lower extremity of gastrointestinal origin». *Dis Colon Rectum*, 1978; 21: 357-360.
6. ENRÍQUEZ, JM.; MORENO, S.; DEVESA, M.; MORALES, V.; PLATAS, A.; VICENTE, E.: «Fournier's síndrome of urogenital and anorectal origin. A retrospective, comparative study». *Dis. Colon Rectum*, 1987; 30:32-7.
7. LARCAN, A.; LAPREVOTE-HEULLY, MC.; LAMBERT, H. et al.: «Les gangrenes gazeuses périnéales». In: *Les anaérobies: microbiologie-pathologie*. Paris: Masson, 1981:231-242.
8. FABIÁN, P.; et BENIZRI, E.: «Traitement chirurgical des gangrenes du périnée». *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales. Appareil digestif, 40-695, 1998, 5p.
9. DELPERO, JR.; OHRESSER, P.; GUERINEL, G.: «Gangrène périnéale: à propos de 12 observations». *J. Chir.*, 1983; 120:633-641.
10. BENIZRI, E.; FABIANI, P.; MIGLIORI, G. et al.: «Gangrene of the perineum». *Urology*, 1996; 47:935-939.
11. BENIZRI, E.; FABIANI, P.; MIGLIORI, G. et al.: «Les gangrènes du périnée: analyse de 24 observations». *Prog. Urol.*, 1992; 2:882-891.
12. FABIÁN, P.; BENIZRI, E.; LOVINE, L. et al.: «Traitement chirurgical des gangrènes du périnée». *Presse Med.*, 1994; 23:1862-1864.
13. GUMENER, R.; MONTANDON, D.: «Resurfacing the perineal area in soft tissue defects». In: Marti MC.; Givel, JC. eds. *Surgery of anorectal diseases*. Berlin: Springer-Verlag, 1992:274-280.
14. GALLOT, D.; BAUDOT, P.: «Colostomies». *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), *Techniques Chirurgicales-Appareil Digestif*, 40-450, 1987:1-10.
15. DIETRICH, NA.; MASON, JH.: «Fournier's gangrene: a general surgery problem». *World J. Surg.*, 1983; 7:288-94.
16. RIEGELS-NIELSEN, P.; HESSELDFT-NIELSEN, J.; BANK-JENSEN, E.; JACOBSEN, E.: «Fournier's gangrene: 5 patients treated with hyperbaric oxygen». *J. Urol.*, 1984; 132:918-20.
17. KLUCKE, CG.; MILES, BJ.; OBEID, E.: «Unusual presentation of sigmoid diverticulitis as an acute scrotum». *J. Urol.*, 1988; 139:180-181.
18. GARCÍA DONAS, A. et al.: «Infecciones necrotizantes del periné, ano, escroto o vulva. Gangrena perineal de Fournier». En Martín-Ragué, S.; Lledó y H. Ortiz. Ed. *Actualización en patología ano-rectal*. Barcelona, Prous 1992; 291-306.