

**Plastia escrotal en paciente con fascitis necrotizante de escroto:
presentación de un caso**

**Scrotoplasty in a patient with necrotizing fasciitis of scrotum: a case
presentation**

Dr. Carlos Manuel Collado Hernández ^I; Dr. Enrique Hechavarría Tamayo ^I; Dr. Sergio Ramón Lorente Gil ^I; Dra. Vivian Pérez Núñez ^{II}

I Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley. Manzanillo, Granma, Cuba.

II Hospital Provincial Psiquiátrico Docente Comandante Manuel Fajardo Rivero. Manzanillo, Granma, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la gangrena de Fournier está caracterizada por fascitis necrótica del periné y la pared abdominal junto con el escroto y el pene en los varones y la vulva en las mujeres. La pérdida de piel puede ser muy incapacitante y de difícil resolución. Se han usado varias técnicas para reconstruir la pérdida de tejidos.

Objetivo: mostrar una técnica quirúrgica simple con posibilidad de utilizar tejido sobrante con resultados funcionales y estéticos satisfactorios.

Caso clínico: paciente masculino de 62 años de edad, de raza mestiza, que acude al cuerpo de guardia por presentar una fascitis necrotizante de escroto. Es ingresado en el Servicio de Urología del Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley con tratamiento analgésico, antiinflamatorio y antibioticoterapia que evolucionó hacia la necrosis de la piel del escroto. Se observó un paciente muy ansioso y preocupado por la apariencia de sus genitales. Se pudo apreciar que la piel del escroto que cubría el testículo derecho estaba casi intacta, además de que tiene la característica de ser

bastante elástica, se le realizó la disección de la misma hasta que se obtuvo suficiente piel para cubrir el testículo izquierdo.

Conclusiones: se logró un resultado estético y funcional adecuado, con la técnica aplicada se logró la curación del mismo con un mínimo de secuelas estéticas.

DeCS: GANGRENA DE FOURNIER; CIRUGÍA PLÁSTICA; FASCITIS NECROTIZANTE; ESCROTO; ANCIANO; ESTUDIOS DE CASOS.

ABSTRACT

Background: Fournier gangrene is characterized by necrotizing fasciitis of perineum and of abdominal wall, as well as by necrotizing fasciitis of scrotum and penis in men and of vulva in women. The loss of skin can be disabling and hard to resolve. Some techniques have been used to reconstruct the loss of tissue.

Objective: to show a simple surgical technique that gives the possibility of using redundant tissue with satisfactory functional and aesthetic results.

Clinical case: a sixty-two-year-old male patient of mixed race that comes to the emergency service with necrotizing fasciitis of scrotum. He is admitted in the Urology Service of the Celia Sanchez Manduley University Hospital and undergoes an analgesic, anti-inflammatory treatment and antibiotic therapy that evolved to the necrosis of the scrotum. It was noticed that the patient was eager and worried about the appearance of his genitals. It was seen that the skin of the scrotum that covered the right testicle was almost intact. The skin of this area has the characteristic of being very elastic; the dissection of the skin was made until there was enough tissue to cover the left testicle.

Conclusions: functional and aesthetic results were achieved. Thanks to the applied technique, the patient recovered with a minimum of aesthetics sequelae.

DeCS: FOURNIER GANGRENE; SURGERY, PLASTIC; FASCIITIS, NECROTIZING; SCROTUM; AGED; CASE STUDIES.

INTRODUCCIÓN

La gangrena de Fournier, descrita por primera vez por Jean Alfred Fournier en 1883, citado por Chen SY, et al,¹ es una enfermedad infecciosa rara y potencialmente fatal, caracterizada por fascitis necrótica del periné y la pared abdominal junto con el escroto y el pene en los varones y la vulva en las mujeres. La pérdida de piel puede ser muy incapacitante y de difícil resolución. El tratamiento de esta enfermedad debe ser agresivo. Se han usado varias técnicas para reconstruir la pérdida de tejidos: injertos cutáneos, transposición de los testículos y del cordón para una bolsa subcutánea en el muslo, colgajo pediculado musculocutáneo, fasciocutáneo u otros tipos de colgajo pediculados miocutáneos. Clínicamente de aparición abrupta, con edema, dolor escrotal y rápida progresión a gangrena.²⁻⁴ Algunos estudios muestran una mortalidad del 18 %.⁵

De forma general la gangrena de Fournier o fascitis necrotizante de la región perineal está entre las más grandes infecciones de aparición súbita y rápida evolución que pueden dejar importantes secuelas o la muerte.⁶⁻⁹ Resultó interesante que el uso de la técnica del colgajo de piel de escroto contralateral no es usualmente realizada y con la misma se pueden lograr resultados satisfactorios desde el punto de vista curativo y estético, motivo que llevó a la confección de este trabajo.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 62 años de edad, de raza mestiza, con antecedente de úlcera duodenal, el cual llega al cuerpo de guardia por presentar edema a nivel de escroto y enrojecimiento que se extiende hasta la piel del pubis, acompañado de dolor y de fiebre de 39°C. Es ingresado en el Servicio de Urología del Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley con tratamiento analgésico, antiinflamatorio y antibióticoterapia con evolución hacia la necrosis de la piel de escroto.

Fue intervenido quirúrgicamente en varias ocasiones donde se le realizaron necrectomías quirúrgicas y curas bajo anestesia, una vez estabilizado el cuadro infeccioso se solicitó la interconsulta del Servicio de Cirugía Plástica para la

reconstrucción de escroto donde se pudo observar al testículo izquierdo expuesto en su totalidad, sin signos de infección. (Figura 1)



Figura 1. Testículo izquierdo expuesto

Al momento de la intervención quirúrgica presentaba: cultivo de las lesiones negativo, hemoglobina 11 g/L, leucograma $7,4 \times 10^9$, glicemia 4,6 mmol/l, serología negativa, VIH negativo, Rayos X de tórax sin alteraciones pleuropulmonares y un electrocardiograma con ritmo sinusal.

DISCUSIÓN

La fascitis necrotizante es una enfermedad con relativa frecuencia que pone en riesgo la salud y vida de los pacientes, dentro de sus localizaciones está la que ocurre a nivel de escrotos con la consiguiente afectación al bienestar psicológico, motivo que provoca angustia asociado al problema de salud ya existente.

Es necesario valorar adecuadamente el estado de salud desde el punto de vista del bienestar psicosocial y así lograr que con el tratamiento se llegue a resultados de calidad en la atención de los enfermos.

Al tener en cuenta que con el desarrollo de la cirugía plástica existen diversas alternativas en la reconstrucción de escroto, se buscó una técnica que lograra el recubrimiento del testículo expuesto con el mínimo de cicatrices, y por otra parte mantener desde el punto de vista estético la anatomía externa de los genitales. Otros

autores utilizan colgajos cutáneos mucosos o miocutáneos a partir de los muslos que dejan cicatrices inestéticas y afecta a otras regiones anatómicas.^{2,10}

Se pudo observar que la piel del escroto que cubría el testículo derecho estaba casi intacta, además de tener la característica de ser bastante elástica. Se le realizó la disección de la misma hasta que se obtuvo suficiente piel para cubrir el testículo izquierdo (colgajo cutáneo del escroto contralateral), lo que logró un resultado estético y funcional adecuado a las expectativas que tenía el paciente. (Figura 2, 3 y 4)



Figura 2. Levantamiento del colgajo del escroto derecho



Figura 3. Colgajo del escroto derecho cubriendo la totalidad del testículo izquierdo



Figura 4. Resultado final

Otras técnicas dejarían cicatrices inestéticas en regiones anatómicas aledañas como son los muslos. Además de prolongar la recuperación y curación.

Con este resultado quirúrgico el paciente se reincorporó a sus labores habituales y sociales, con una curación satisfactoria y un mínimo de secuelas inestéticas.

CONCLUSIONES

Se logró un resultado estético y funcional adecuado a las expectativas que tenía el paciente, con un mínimo de secuelas estéticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen SY, Fu JP, Chen TM, Chen SG. Reconstruction of scrotal and perineal defects in Fournier's gangrene. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011 Apr; 64(4):528-34.
2. Navarro Vera JA. Gangrena de Fournier. *Rev Evid Invest Clín.* 2010 Ene;3(1):51-7.
3. Rocha Batista R, Ramacciotti Filho P, Torres de Castro M, Magalhães Fonseca M, 4. Carvalho de Albuquerque I, Sítio Formiga G. Síndrome de Fournier secundaria a adenocarcinoma de próstata avanzado: relato de caso. *Rev Bras Colo-Proctol.* [Internet]. 2010 Jun [citado 2011 Jul 14];30(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000200016&lng=es.doi:10.1590/S0101-98802010000200016.

4. Friedman FD. Reconstruction of the Perineum. In: Grabb and Smith's, editors. 6ta ed. Plastic Surgery. Lippincott: Williams & Wilkins a Wolters Kluwer business; 2007. p. 708-16.
5. Ferreira P, Reis JC, Amarante JM, Silva AC, Pinho CJ, Oliveira IC, et al. Fournier's gangrene: a review of 43 reconstructive cases. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Jan;119(1):175-84.
6. Karaçal N, Livaoglu M, Kutlu N, Arvas L. Scrotum reconstruction with neurovascular pedicled pudendal thigh flaps. *Urology*. 2007 Jul;70(1):170-2.
7. Zambrano Burgl JC, Gaona Silva J, Janneth Parra B. Gangrena de Fournier: presentación de caso. *Rev Universitas Méd*. 2007 Oct;48(4):487-92.
8. Hallock GG. Scrotal reconstruction following fournier gangrene using the medial circumflex femoral artery perforator flap. *Ann Plast Surg*. 2006 Sep;57(3):333-5.
9. Franco D, Rodrigues C, Tavares JM, Imoto F, Franco T. Reconstrução do escroto após fascite necrosante. *Rev Bras Cir Plást*. 2010 Abr;25(2):349-54.
10. Muniz Rodrigues CM, Franco D, Tavares Filho JM, Franco T, Porchat CA, Keiko Imoto L. Reconstrução do escroto após fascite necrosante. *Rev Bras Cir Plást*. 2010 Jul;25(3 supl 1):83.

Recibido: 10 de abril de 2013

Aprobado: 17 de septiembre de 2013

Dr. Carlos Manuel Collado Hernández. Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley. Manzanillo, Granma, Cuba. Email: collado@grannet.grm.sld.cu