Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

Reporte de caso: gangrena de Fournier en un adulto de 58 años

Relato de caso: gangrena de Fournier em um adulto de 58 anos

Case report: Fournier's gangrene in a 58-year-old adult

Nicolas Ricardo Puentes Ninco – Universidad Surcolombiana – nico95puentes@gmail.com
Santiago Cadena Luna – Universidad Surcolombiana – santiagocadena71@gmail.com
Maria Paula Chaux Castiblanco – Universidad Surcolombiana – mpaulacc.18@gmail.com
Maria Jose Solano Vega – Universidad Libre – mjsolanov@outlook.com
Daniel Felipe Ochoa Manchola – Función Universitaria Navarra – dfochoam@outlook.com

Resumen: La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante potencialmente mortal, en la que el tiempo es un factor crítico. Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años, con afectación rápidamente progresiva de las regiones inguinoescrotal, peneana y púbica, sometido a desbridamiento quirúrgico urgente, colostomía profiláctica y aplicación de un sistema de presión subatmosférica. Tras múltiples lavados y cambios del sistema VAC, se realizaron colgajos e injertos cutáneos, con buena recuperación. La detección precoz, el control del foco infeccioso, el inicio de la antibioticoterapia y el abordaje multidisciplinario constituyen los pilares fundamentales para la recuperación en esta enfermedad. Se necesitan más estudios para proponer una estratificación del riesgo de esta patología, así como protocolos específicos y consensos que permitan un abordaje más estandarizado.

Palabras clave: Gangrena de Fournier, fascitis necrosante, terapia por presión subatmosférica, colostomía profiláctica

Resumo: A gangrena de Fournier é uma fascite necrosante potencialmente fatal, em que o tempo é um fator crítico. Apresenta-se o caso de um paciente do sexo masculino, de 58 anos, com acometimento rapidamente progressivo nas regiões inguinoescrotal, peniana e púbica, submetido a desbridamento cirúrgico de urgência, colostomia profilática e aplicação de sistema de pressão subatmosférica. Após múltiplas lavagens e trocas do sistema VAC, foram realizados retalhos e enxertos cutâneos, com boa recuperação. A detecção precoce, o controle do foco infeccioso, o início da antibioticoterapia e a abordagem multidisciplinar constituem os pilares fundamentais para a recuperação nesta doença. São necessários mais estudos com o objetivo de propor a estratificação de risco para a patologia, bem como protocolos específicos e consensos que permitam uma abordagem mais padronizada.

Palavras-chave: Gangrena de Fournier, fasciíte necrotizante, terapia por pressão subatmosférica, colostomia profilática

Abstract: Fournier's gangrene is a potentially fatal, time-sensitive necrotizing fasciitis. We present the case of a 58-year-old male with rapidly progressive involvement of the inguinal, scrotal, penile, and pubic regions, managed with urgent surgical debridement, a prophylactic colostomy, and the application of a subatmospheric pressure system. Following multiple wound irrigations and VAC dressing changes, the patient underwent reconstruction with skin flaps and grafts, resulting in a successful recovery. Early detection, control of the infectious source, prompt initiation of antibiotic therapy, and a multidisciplinary approach are the fundamental pillars for recovery from this condition. Further studies are needed to develop risk stratification models, specific clinical protocols, and consensus guidelines to facilitate a more standardized approach to management.

Keywords: Fournier's gangrene, necrotizing fasciitis, subatmospheric pressure therapy, prophylactic colostomy

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

Introducción

La gangrena de Fournier hace parte de las infecciones necrotizantes de tejidos blandos potencialmente mortal, con rápida progresión y afectación de tejidos profundos y planos fasciales, ubicada topográficamente en perineo, genitales, glúteos y la pared abdominal inferior. La mortalidad se ha estimado tradicionalmente entre el 15 y el 40% aunque un metaanálisis reciente encontró una tasa de mortalidad media más baja del 7,3% la incidencia de esta enfermedad es muy baja, por lo que existe un conocimiento limitado sobre esta patología y su tratamiento estándar 1. Los datos provienen principalmente de series de casos retrospectivas con tamaños de muestra pequeños. Se diagnostica principalmente de forma clínica, con síntomas iniciales que incluyen dolor perineal o escrotal, eritema, hinchazón y crepitación. Sin embargo, hasta el 40 % de los pacientes pueden carecer inicialmente de signos cutáneos, lo que conlleva el riesgo de retraso en el diagnóstico y progresión a una enfermedad de alta mortalidad2.

El inicio inmediato de antibióticos de amplio espectro, el manejo agresivo de las comorbilidades y el desbridamiento quirúrgico urgente siguen siendo los pilares del tratamiento, el enfoque quirúrgico contemporáneo está evolucionando con intervenciones mas selectivas sin desbridamientos extensos4.

Reporte de Caso

Se trata de un paciente masculino de 58 años de edad procedente de zona rural dispersa obesidad como antecedente IMC 35 kg/m2 rango de referencia (RF) 18.5-24.9, presenta 4 días antes de su ingreso escalofríos, fiebre manejada con antipiréticos, al siguiente día presencia de pústula en rafe escrotal área de eritema calor y rubor, recurre a farmacia donde suministran analgésico parenteral sin embargo área de celulitis se extiende progresivamente con aparición de drenaje purulento. Al momento del ingreso presenta gran edema testicular, eritema rubor escrotal con área de necrosis salida de material purulento, gran edema del pene y presencia de ampollas , extensión a glúteo izquierdo, periné y púbis, con dolor intenso desproporcionado a la palpación (ver figura 1 y 2) asociado a fiebre taquicardia, sin hipotensión. Se considera cursa con gangrena de Fournier se activa código sepsis, se indica rastreo microbiológico y de secreción se inicia cubrimiento antibiótico con vancomicina y piperacilina tazobactam dado naturaleza polimicrobiana de la infección valoración urgente por urología con traslado inmediato a quirófano con los siguientes hallazgos quirúrgicos: Necrosis hacia rafe medio escrotal con renitencia que se extiende por todo el escroto y región inguinal izquierda. Al corte de rafe medio escrotal salida de abundante material purulento. Realizan desbridamiento extenso del area genital que involucra parcialmente la piel del pene en su base, todo el escroto con exposicion de ambos testiculos, la piel de ambas regiones inguinales con extension mayor

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

en el lado izquierdo incluyendo parte del monte de venus, y extensión amplia de la reseccion hacia rafe perineal exponiendo la musculatura del piso pelvico, con reseccion de la piel perianal hasta 1cm del margen anal lavado de region perineal anterior y canal inguinal izquierdo con aproximadamente 3000 ml de solucion salina. En límite con periné posterior se evidencia en la fosa isquiorectal gangrena en triangulo posterior, se realiza llamado intraoperatorio a cirugía general. Paciente despierto con propuesta derivar contenido colónico mediante colostomía profiláctica con el objetivo de limitar la contaminacion fecal del area cruenta y poder ofrecer manejo con sistema de presion subatmosférica. Primer tiempo quirúrgico se colocan espumas de whitefoam ofreciendo cobertura a los testiculos, elementos del cordon espermatico y la base del pene posteriormente se ponen dos espumas verdes una de ellas dirigida hacia la fosa isquirectal, se disponen peliculas adhesivas posteriormente se coloca sistema de succión y se corrobora adecuado hermetismo del sistema el cual se programa a 125 mmhg de presion negativa, cuenta con cultivos intraoperatorios. Segundo tiempo: colostomia abierta incision de minilaparotomia mediana supra e infraumbilical diseccion por planos, se identifica segmento de colon sigmoides. Incision en flanco izquierdo, hasta acceder al espacio peritoneal, se exterioriza segmento de colon sigmoides se madura colostomia y se realiza cobertura de la misma (ver figura 3). Exámenes de ingreso proteína c reactiva (PCR) marcada elevación 30.19 mg/dl (RF <1) nitrogeno ureico en sangre (BUN) 49 mg/dl (RF 9-20) creatinina 1.8 mg/dl compatible con injuria renal aguda kdigo 2, recuento de blancos 20150 µl (RF 3.7 - 10.1) % neutrófilos 90.4% (RF 39.6 – 73.3) plaquetas con trombocitopenia 125000 µl (RF150000- 450000) hemoglobina glicosilada 8.6% (RF < 5.7) glucosa 227 mg/dl con debut de diabetes mellitus tipo II e inicio de esquema basal bolo, gases arteriales con leve acidosis metabólica compensada lactato menor a 2 mmol/l sin trastorno de la oxigenación. Servicio de medicina interna ajusta terapia antimicrobiana empírica suspendiendo vancomicina e iniciando linezolid 600 mg iv cada 12 horas y se traslada a cuidado intensivo para el manejo integral de sépsis de piel y tejidos blandos severa. Escala apache II de ingreso 13 puntos. Panel de sepsis positivo a las 48 horas para Staphylococcus aureus meticilino sensible, servicio de infectología desescalona antibiotico suspendiendo linezolid a oxacilina 2 gramos iv cada 4 horas. 5 dias posterior al ingreso se propone recambio de terapia de presion subatmosferica y desbridamiento en manejo conjunto con urología y cirugía general, urología realiza prepuciotomía dorsal resección de tejido desvitalizado e isquémico ligadura proximal del complejo dorsal del pene con seda, resección de pequeña área de túnica vaginal del testículo derecho desvitalizada con toma de cultivos profundos para descartar microorganismos coinfectantes cirugía general realiza recambio de dispositivo. El aclaramiento del microorganismo ha sido adecuado con cultivos de control negativos. Ecocardiograma transtorácico descarta endocarditis y evidencia cardiopatía hipertrófica FEVI 40%. En el día 11 desde ingreso se consideró modulación de la sepsis control de foco infeccioso con traslado a hospitalización. En el día 18 hospitalario se realizó nuevo recambio

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

de sistema de presión subatmosférica con tejido de degranulación abundante mejoría considerable de lesiones, posterior a ultimo recambio fue valorado por cirugía plástica con realización de colgajo V-Y en región glutea izquierda y púbica más colocación de injerto de piel parcial hasta resolución del defecto de cobertura. Continuó manejo multidisciplinario por nutrición, rehabilitación física, psicología, cirugía general, cirugía plástica y urología hasta el alta.

Figura 1 — Hallazgos en decúbito supino al ingreso



Figura 1. Se observa a nivel de región testicular área de necrosis con drenaje purulento, extensión del eritema a regiones circundantes.

Figura 2 — Hallazgos en bipedestación al ingreso



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

Figura 2. Se observa salida de material purulento, área necrótica en base testicular, edema en pene con presencia de ampollas, eritema circundante.

Figura 3 — Postoperatorio inmediato



Figura 3. Posterior a procedimiento quirúrgico se traslada a unidad de cuidado intensivo, se observa presencia de dispositivo de presión subatmosférica conectado a succión, colostomía a la izquierda y herida de laparotomía mediana cubierta con apósito.

Discusión

Este caso clínico ilustra la rápida progresión y evolución a sepsis con disfunción orgánica de la Gangrena de Fournier con requerimiento urgente del control del foco infeccioso abordaje multidisciplinario desde la identificación temprana por el médico de atención de urgencias, activación del código sepsis, inicio de antibióticos de amplio espectro, inicialmente intervención quirúrgica por urología sin embargo se identificó origen en fosa isquiorrectal con intervención intraoperatoria por cirugía general por lo que se deberá activar a todo el equipo quirúrgico y estar atentos a los hallazgos operatorios incluidas las especialidades de coloproctología, cirugía plástica, ginecología, etc., debido a las múltiples causas de Gangrena de Fournier la posibilidad de desbridamientos extensos, utilización de terapia subatmosférica y la realización de colostomía profiláctica como control del foco infeccioso esto ha permitido cirugías con mayor preservación de tejido menos uso de orquiectomías y resección más selectiva . La monitorización postquirúrgica sigue los lineamientos de la sepsis en unidad de cuidado intensivo, se utilizó la escala apache II para estimar mortalidad en la unidad no obstante se han utilizado escalas específicas entre ellas LRINEC como índice de gravedad pero hasta el momento no se han validado y utilizado ampliamente 3,4. Una vez se module la

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

sepsis posterior a múltiples recambios de terapia subatmosférica, guía antibiótica con policultivos y exista una adecuada recuperación de tejido sano los injertos de piel y colgajos se instauraron en el paciente ofreciendo un mejor resultado reconstructivo y estético. Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentra obesidad grado II, diabetes mellitus tipo II similar a hallazgos más frecuentes encontrados en diferentes estudios 2,3, en nuestro paciente la dificultad al acceso a los servicios de salud permitió el ingreso tardío a la institución con avance drástico de la infección aunado a la falta de prevención y control del riesgo cardiovascular en su historial médico.

Conclusión

La Gangrena de Fournier debe tomarse como una fascitis necrotizante grave tiempo dependiente, activación del código sepsis que requiere intervención oportuna, manejo multidisciplinario con posibilidad de instauración de terapia subatmosférica y colostomía profiláctica, múltiples lavados quirúrgicos, guía de terapia antibiótica con policultivos hasta control del foco infeccioso en la unidad de cuidado intensivo. Una vez resuelto el proceso infeccioso la recuperación es prolongada con requerimiento de colgajos, injertos para lograr la restauración de la piel al estado basal. Existe conocimiento limitado en escalas pronósticas, protocolos institucionales específicos dado su baja incidencia, pero conservando la alta mortalidad por lo que investigaciones futuras en esta patología podrán dilucidar la mejor atención y pronóstico en este grupo de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran no tener fuentes de financiación.

Referencias

BOWEN, Daniel et al. Fournier’s gangrene: a review of predictive scoring systems and practical guide for patient management. Therapeutic Advances in Infectious Disease, [s. l.], v. 11, p. 20499361241238521, 1 jan. 2024. DOI: https://doi.org/10.1177/20499361241238521.

FLORES-GALVÁN, Karla P.; QUINTERO, Claudia Alejandra Aceves; GUZMÁN-VALDIVIA, Gómez Gilberto. Gangrena de Fournier. Cirujano General, [s. l.], v. 43, n. 2, p. 107-114, 1 jan. 2021. DOI: https://doi.org/10.35366/106721

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 09/11/2026 | aceito: 16/11/2026 | publicação: 21/11/2026

KOPECHEK, Kyle J.; PATEL, Hiren V.; KOCH, George E. Modern Management of Fournier's Gangrene. Current Urology Reports, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 47, 2 jun. 2025. DOI: https://doi.org/10.1007/s11934-025-01275-3.

MÜSSGENS, Charlotte et al. Defining the Standard of Care in Fournier's Gangrene—An Umbrella Review. European Urology Open Science, [s. l.], v. 83, p. 64-71, 3 dez. 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.euros.2025.11.009.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.