

Paola A	Nombre:
Barón Ródiz	Apellido:
A. Pérez De Los Ríos, M. Pérez Dávila	Otros Autores:
pao_baron@hotmail.com	E-mail:
Hospital Universitario Severo Ochoa	Hospital:
Madrid	Ciudad:
Proctitis complicada con gangrena de Fournier	Título:
Mujer de 55 años con dolor abdominal, vómitos y diarrea (10-20 deposiciones/día). Antecedentes: Ca de mama estadio IV en tratamiento con radioterapia y hormonoterapia. Súbitamente presenta deterioro del nivel de conciencia y signos de shock séptico, por lo que se solicita TC abdomino-pélvico urgente. Hallazgos: Extensa desestructuración de la pared del recto con abundante gas ectópico en pelvis que diseca los planos musculares superficial y profundo hasta la raíz del MID y burbujas aéreas en vasos mesentéricos, portales y peritoneales, así como en la musculatura de la pared abdominal.	Presentación:
<p>Diagnóstico: Proctitis complicada con gangrena de Fournier, por lo que se decide cirugía urgente durante la cual fallece.</p> <p>La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante polimicrobiana rápidamente progresiva de la zona perineal y genital con una tasa de mortalidad alta (hasta 50%), siendo una emergencia quirúrgica.</p> <p>Es más frecuente en hombres entre 50 – 60 años y suele ser causada por una infección local que condiciona disrupción de las barreras mecánicas (piel o mucosas) con la subsecuente invasión bacteriana. Existen múltiples factores predisponentes, siendo el estado inmune y la diabetes los más importantes. En nuestro caso (paciente oncológica e inmunosuprimida), la proctitis condicionó una disrupción de la mucosa rectal seguida de perforación intestinal y fascitis necrotizante.</p> <p>Manifestaciones clínicas: signos de flogosis asociado a enfisema subcutáneo y fiebre, evolucionando rápidamente a shock séptico.</p> <p>El diagnóstico es fundamentalmente clínico; sin embargo, la tomografía ayuda a confirmar la entidad y a determinar su extensión para un adecuado tratamiento quirúrgico. Los hallazgos tomográficos más característicos son: el enfisema subcutáneo y el engrosamiento con trabeculación de partes blandas.</p>	Discusión :
En pacientes inmunodeprimidos cualquier disrupción de las barreras mecánicas favorece la invasión polimicrobiana con altas posibilidades de desencadenar una fascitis necrotizante, la cual es altamente mortal y requiere tratamiento quirúrgico urgente. ¡El enfisema subcutáneo debe activar la alarma!	Conclusión:
1. Robin B. Levenson, Ajay K. Singh, Robert A. Novelline. Fournier gangrene: role of imaging. RadioGraphics 2008. 28: 519-528.	Bibliografía:

<p>2. Dheeraj K. Rajan, Katharine A. Scharer. Radiology of Fournier's gangrene. AJR 1998. 170: 163-168.</p>	
<p>(a-d) Cortes axiales en dirección craneo-caudal de TC abdomino-pélvico con CIV demostrando la presencia de gas portal (flecha en a), así como en vasos mesentéricos (flechas en b). En (c) se advierte desestructuración de la pared rectal con abundante gas ectópico en pelvis (sobretudo del lado derecho) que diseca los planos musculares superficial y profundo hasta la raíz del MID. Nótese en (d) el llamativo enfisema subcutáneo de la región perineal.</p>	<p>Pie de foto:</p>