

FLEMON NECROTICO PROGRESIVO DEL PERINE

Dr. Jorge Lockhart y Bach. Ruben Ardao

El caso que vamos a presentar a la consideración de esta Sociedad tiene algunos aspectos de interés, por constituir un tipo evolutivo muy particular del flemón del periné que, aunque iniciándose como habitualmente, es decir como proceso infectado profundo de origen uretral, no tuvo después la marcha que acostumbran a tener en clínica instalándose en cambio una necrosis cutánea, progresiva, que se extendió desde el periné hasta las bolsas y el pene, que tomó solamente el plano cutáneo, inexorable en su evolución, muy doloroso, y que, pese a las terapéuticas médicas y quirúrgicas no se detuvo en su propagación, para finalmente terminar el enfermo con una complicación pulmonar.

El enfermo F. V. R. de 75 años ingresó al H. Maciel el 29 de abril del corriente año con un flemón gangrenoso del periné. 24 horas antes se había iniciado una retención aguda de orina que fué tratada en el H. Pasteur infructuosamente con maniobras instrumentales. En el momento en que lo vemos, el enfermo ha orinado espontáneamente, aunque con mucha dificultad y persistiendo un gran globo vesical. Fascies tóxico, temperatura 38 y medio, pulso 110, lengua seca. Responde muy mal al interrogatorio.

A la inspección de la región perineal se constata intenso rubor que se extiende al escroto y al pene que aparecen además muy infiltrados. Por el meato uretral sale una gota de pus sanguinolento. Falta el testículo izquierdo, intervenido algunos años antes al parecer por una orquiepididimitis supurada. El periné está tumefacto pero de un modo difuso, no hay pus colectado al parecer y la palpación despierta intenso dolor. En algunas zonas del pene y del periné hay lugares esfacelados por donde sale serosidad turbia y mal oliente.

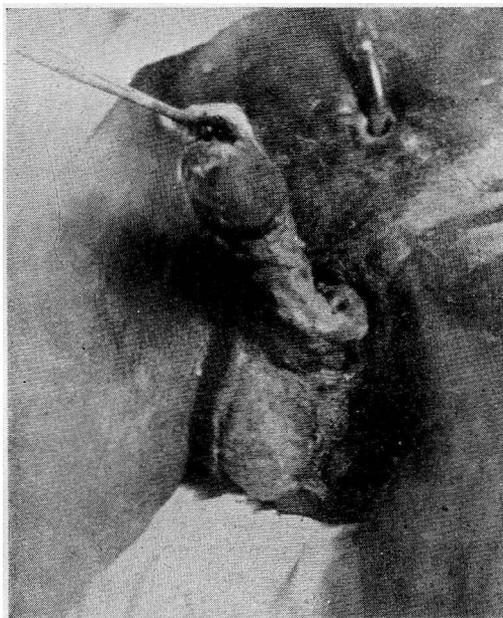
Se hace diagnóstico de flemón gangrenoso del periné y se resuelve de inmediato la intervención.

Anestesia general: éter. Talla hipogástrica que da salida a orina muy purulenta. Incisión mediana, peno-escroto-perineal que da salida a escasa

saniosidad fétida y gases en especial del lado izquierdo donde hay esfacelo de los tejidos. Sulfamida local tubos y mecha. Suero anti-gangrenoso, hidratación y tonificación general.

En los días siguientes empieza a mejorar. La temperatura baja a cifras normales. El pulso se hace de 80 y la herida empieza a tomar buen aspecto iniciándose al 5º día pulverizaciones con agua oxigenada.

A los 20 o 25 días el enfermo empieza a quejarse de dolores intolerables de la región intervenida, el pulso comienza a acelerarse y la tem-



peratura hace picos de 37 y medio y 38. Los bordes cutáneos de la herida toman un color morado, se hacen ligeramente decolorados y tienen por fuera una zona rosada. El fondo de la herida sigue teniendo un discreto exudado sero purulento cuyo estudio bacteriológico revela un estreptococo no hemolítico.

Se siguen haciendo sulfamidas, pulverizaciones locales con agua oxigenada y suero antigangrenoso.

Lenta y progresivamente, el proceso de piel sigue extendiéndose siempre con fiebre y con dolores terribles, hasta alcanzar el nivel que muestra la fotografía.

En el término de casi 2 meses la ulceración cuyos bordes siguen siendo oscuros y rodeados por una zona rojiza se ha extendido a la totalidad de las bolsas y del pene. Pese a que el Wassermann es negativo se le hizo

tratamiento específico infructuosamente. El examen de orina y la glicemia revelan que no es un diabético.

Como el estado general se agrava se decide reintervenir. Se resecan los bordes de la herida con bisturí y se abre nuevamente el periné pensando en la posibilidad de un foco profundo de infección que mantenga la actividad del proceso. Sólo se encuentra un tejido de granulación discretamente infectado, siendo evidente la individualidad del proceso cutáneo que nunca llegó a invadir el plano músculo aponeurótico profundo.

A los 5 días de esta intervención hace una bronconeumonía que pese al tratamiento con penicilina, oxigenoterapia, tonificación general etc., termina con el enfermo en 72 horas.

En resumen:

1) Enfermo de 75 años con evidente disminución general de sus procesos defensivos.

2) Localización infecciosa profunda peri-uretral del tipo gangrenoso, originada en una vieja afección uretral.

3) El drenaje de dicho proceso profundo provoca una mejoría inmediata y que persiste durante 20 ó 25 días que transcurren en apirexia y con comienzo de granulación de la herida.

4) Se instala después una necrosis estrictamente cutánea, lentamente progresiva que evoluciona en casi 2 meses con fiebre oscilando entre 37 y medio y 38 y medio y acompañada de dolores intensísimos.

5) La ulceración progresiva tiene los bordes oscuros y está rodeada por un halo rojizo siendo ligeramente despegables del fondo de la ulceración que tiene un tejido de granulación recubierto por discreto exudado cuyo estudio revela un estreptococo no hemolítico.

6) El proceso es inexorable en su evolución y no mejora, ni siquiera se estaciona con las sulfamidas, los sueros antigangrenosos y las terapéuticas locales.

7) El estudio anatomopatológico revela que la lesión está localizada en la piel donde hay proceso de necrosis, existiendo además un estado inflamatorio exudativo leucocitario a poli nucleares y linfocitos del fondo de la ulceración.

El rótulo con el cual debemos designar nuestro caso ofrece sin embargo algunas dificultades.

Teniendo en cuenta su comienzo como flemón del periné y su tendencia ulterior pese al drenaje a hacerse extensivo y necró-

tico, hemos titulado este caso de flemón necrótico progresivo del periné.

Pero indudablemente el aspecto clínico que adoptó la invasión cutánea presenta algunas de las modalidades de la gangrena cutánea post operatoria progresiva y a marcha crónica.

Con toda evidencia existe el proceso necrótico infeccioso extendido e inexorable en su evolución que toma preferentemente la piel.

Se constituye así un verdadero fagedenismo, clínicamente considerado, a etiología francamente infecciosa y donde no aparecieron otros elementos determinantes que se pudieran demostrar como ser la sífilis o el terreno diabético.

Dicho fagedenismo tiene como elemento primordial la topografía cutánea y como sustrato anatómico la necrosis infecciosa.

Se han señalado como datos característicos de la gangrena progresiva post operatoria los siguientes:

- 1) Edad avanzada y con déficit en las defensas orgánicas.
- 2) Consecutiva a intervenciones sobre procesos supurados profundos.
- 3) Se encuentra en la ulceración un estreptococo microaerofílico no hemolítico y el estafilococo hemolítico.
- 4) Se distinguen 4 zonas:
 - a) bordes despegados y gangrenosos
 - b) zona cianótica de gangrena
 - c) zona inflamatoria roja
 - d) tejido normal.
- 5) Dolor intenso.
- 6) Evolución inexorable.
- 7) Puede curar cuando precozmente se resecan los bordes de la herida que es donde está toda la afección con bisturí eléctrico.

Los otros tipos de gangrena cutánea post-operatoria no tienen los caracteres de nuestro caso. Existe la gangrena amibiana en intervenciones sobre abscesos amibianos: el impétigo gangrenoso en enfermos desnutridos y afectados de episodios repetidos de disentería. La gangrena fuso-espirilar que puede localizarse en el glande es consecutiva generalmente a una mordedura, evoluciona más rápidamente, la herida elimina un exudado grisáceo

y socava en poco tiempo el balano dejando una úlcera profunda pero bien limitada.

La úlcera disecante crónica de Meleney, es de cualquier edad, consecutiva al drenaje de procesos supurados superficiales, no da gangrena, decola considerablemente la piel que queda a menudo invertida, puede dar un conjunto de úlceras comunicantes por la profundidad, da dolor discreto, el examen bacteriológico revela al estreptococo hemolítico y tiene un pronóstico má favorable respondiendo generalmente muy bien a la terapéutica precoz (resección de bordes y peróxido de zinc activado en aplicaciones locales).

El estudio histológico practicado muestra que se trata de una extensa pérdida de sustancia superficial del epitelio cutáneo y de las zonas adyacentes del corion, los que se han necrosado. En los bordes de la pérdida de sustancia el epitelio está algo decolado y es irregular en su proliferación que intenta regenerarlo. En algunos sitios se ve, en la superficie un marcado exudado fibrinoso dispuesto en mallas eosinófilas que apretan elementos leucocitarios. Por debajo existe un tejido de granulación sumamente infiltrado de elementos linfocitarios y, sobre todo abundantes leucocitos polinucleados dispuestos en apretados acúmulos. Más hacia la profundidad el tejido es denso, con vasos e infiltración celular a predominancia perivascular. Aquí el tipo de exudado cambia haciéndose a linfocitos y plasmazellen, los que son sumamente abundantes.

En suma: se trata de un proceso flemoroso cutáneo o difuso, necrosante del epitelio y capas superficiales del dermis, a punto de partida de un flemón del periné drenado quirúrgicamente.