



Mi Universidad

Cuadro Sinóptico

Nombre del Alumno: Lesly Vazquez Mazariegos

Nombre del tema: Síndrome de Fournier

Parcial: 3er. Parcial

Nombre de la Materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5.to cuatrimestre

SINDROME DE FOURNIER

es una fascitis necrosante, polimicrobiana sinergista, del perineo; se caracteriza por endarteritis obliterativa de las arterias subcutáneas terminales, que resulta en gangrena de los tejidos.

CLASIFICACIÓN

tipo I (polimicrobiana, puede ir de celulitis a miositis)

tipo II (estreptocócica, por estreptococos del grupo A, C o G)

tipo III (gangrena de Fournier, con afección del abdomen y el periné: escroto y pene)

CUADRO CLÍNICO

Puede manifestarse inicialmente solo con dolor local y fiebre, por lo que si no se tiene presente la posibilidad diagnóstica, pueden pasar inadvertidos y no proporcionarse el tratamiento adecuado y oportuno, los datos subsiguientes pueden incluir: edema local, eritema, induración, equimosis, ampullas, ampollas, necrosis con drenaje de material purulento, esfacelación; el cuadro clínico puede evolucionar hasta el estado de choque séptico e insuficiencia multiorgánica. Se recomienda la consulta temprana con el servicio de Cirugía. El cuadro puede tener una evolución inicial de 2 a 7 días y el avance de la necrosis puede ser de 2 a 3 cm/hora

HISTORIA

Hipócrates en el siglo V aC describió una infección cutánea necrosante facial y, por otra parte, en el caso de las heridas perianales, no las cerraba para que granularan por segunda intención.

A principios del siglo XIX fue llamada: úlcera maligna o gangrena pútrida y En 1848, Hebler reportó lo que llamó "fuego (quemadura) escrotal"

FASES DE CUADRO CLÍNICO

Primera (24-48 horas): endurecimiento local, prurito, edema y eritema de los tejidos afectados.

Segunda (invasiva): manifestaciones inflamatorias regionales.)

Tercera (necrótica): empeoramiento rápido del estado general, con evolución al estado de choque séptico en 50% de los casos. La necrosis y el enfisema subcutáneo (crepitación) pueden extenderse a la pared abdominal anterior, los muslos y las axilas.

Segunda (invasiva): manifestaciones inflamatorias regionales.)

SÍNDROME DE FOURNIER

FACTORES PREDISPONENTES

Fournier describió las causas reconocidas de la gangrena perineal, incluida la colocación de un anillo alrededor del falo, la ligadura del prepucio (utilizada en un intento de controlar la enuresis o como intento de control de la natalidad), colocación de cuerpos extraños como frijoles dentro de la uretra y relaciones sexuales excesivas en personas diabéticas y alcohólicas.

Se han encontrado varias afecciones subyacentes en los pacientes, como: diabetes mellitus, alcoholismo, VIH/SIDA, cáncer, hepatopatías crónicas, nefropatías crónicas, usuarios de drogas intravenosas, administración crónica de corticoesteroides o de AINEs, desnutrición, entre otras .

FRECUENCIA

La gangrena de Fournier predomina en el sexo masculino

APÉNDICES

Epónimos asociados con gangrena de Fournier

Signo de Fournier: formación de cicatrices en la boca después de la curación de 9 las lesiones en la sífilis congénita o de limitación marcada característica de una lesión cutánea sifilítica

Signo del ómnibus de Fournier: alopecia en la porción lateral de la ceja. Presente prei en la sífilis secundaria. También conocido como signo de Hertoghe o

Tibia de Fournier: engrosamiento fusiforme y arqueamiento anterior de la tibia en la sífilis congénita

TRATAMIENTO

El tratamiento es de tipo médico-quirúrgico; los antimicrobianos deben cubrir el espectro de gérmenes grampositivos, negativos y anaerobios e incluso hongos.

Las curaciones del área cruenta se efectúan con apósitos impregnados con agua oxigenada (superoxidada) o con plata nanocristalina oro Posteriormente pueden requerirse injertos y cirugía reconstructiva.