

En la literatura pediátrica hay descritos 2 casos de endocarditis por *K. kingae* y con afectación neurológica como síntoma inicial^{4,6}. Nuestro caso presentó una crisis convulsiva que probablemente se debió a siembra de microémbolos a nivel cerebral. El estudio de imagen no detectó ninguna lesión residual.

La endocarditis por *K. kingae* suele responder rápidamente al tratamiento antibiótico, que se debe administrar entre 2 y 7 semanas. La *K. kingae* es sensible a penicilina pero resistente a vancomicina, clindamicina, eritromicina, trimetropim-sulfametoxazol, ciprofloxacino¹⁰ y recientemente a gentamicina³. El caso descrito era sensible a ampicilina y cefotaxima.

Bibliografía

1. Kiang KM, Ogunmodede F, Juni BA, Boxrud DJ, Glennen A, Bartkus JM, et al. Outbreak of osteomyelitis/septic arthritis caused by *Kingella kingae* among child care center attendees. *Pediatrics*. 2005;116:206–13.
2. Yagupsky P, Erlich Y, Ariela S, Trefler R, Porat N. Outbreak of *Kingella kingae* skeletal system infections in children in day-care. *Pediatr Infect Dis J*. 2006;25:526–32.
3. Dubnov-Raz G, Scheuerman O, Chodick G, Finkelstein Y, Samra Z, Garty BZ. Invasive *Kingella kingae* infections in children: clinical and laboratory characteristics. *Pediatrics*. 2008;122:1305–9.
4. Wells L, Rutter N, Donald F. *Kingella kingae* endocarditis in a sixteen-month-old-child. *Pediatr Infect Dis J*. 2001;20:454–5.

5. Christensen CE, Emmanouilides GC. Brief recording: bacterial endocarditis due to «*Moraxella* new species 1». *N Engl J Med*. 1967;277:803–4.
6. Lee WL, Dooling EC. Acute *Kingella kingae* endocarditis with recurrent cerebral emboli in a child with mitral prolapse. *Ann Neurol*. 1984;16:88–9.
7. Sarda H, Chazali D, Thibault M, Leturdu F, Adams C, Le Loc'h H, et al. Multifocal invasive *Kingella kingae* infection. *Arch Pediatr*. 1998;5:159–62.
8. Odum L, Jensen KT, Slotsbjerg TD. Endocarditis due to *Kingella kingae*. *Eur J Clin Microbiol*. 1984;3:263–4.
9. Goutzmanis JJ, Gonis G, Gilbert GL. *Kingella kingae* infection: ten cases and a review of the literature. *Pediatr Infect Dis J*. 1991;10:677–83.
10. Yagupsky P. *Kingella kingae*: from medical rarity to an emerging paediatric pathogen. *Lancet Infect Dis*. 2004;4:358–67.

P. Martínez Olorón^{a,*}, C. Romero Ibarra^a,
L. Torroba Álvarez^b y A. Pérez Ocón^c

^a Unidad de Cardiología Pediátrica, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España

^c Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pmartino@cfnavarra.es
(P. Martínez Olorón).

doi:10.1016/j.angepedi.2010.10.018

Gangrena de Fournier. Evolución favorable con tratamiento médico

Fournier's gangrene: a favourable outcome with medical treatment

Sr. Editor:

La gangrena de Fournier (GF) fue descrita por Jean Alfred Fournier en 1883. Es una fascitis necrotizante de etiología infecciosa, que afecta a piel, tejido celular subcutáneo y fascia subyacente, de inicio súbito y rápida diseminación. Predomina en el sexo masculino. Es una enfermedad rara; se presenta fundamentalmente a partir de la sexta década de la vida, con una incidencia estimada de 0,4 casos/100.000 habitantes o 1/7.500 ingresos urológicos, y es excepcional en la infancia. En la edad pediátrica se presenta con unas características bacteriológicas, patogénicas, clínicas, terapéuticas y pronósticas específicas, que la diferencian de la gangrena del adulto¹.

Presentamos el caso de un niño de 15 meses, sin antecedentes de interés, que consulta por fiebre (39 °C) de 24 h de evolución y una lesión cutánea en la base del pene. Había sido visitado en el servicio de urgencias horas antes, detectándose una lesión ampullosa en el dorso del pene, pautándose tratamiento con cloxacilina oral.

El paciente se muestra con regular estado general, irritable y en la exploración física destaca celulitis de la zona

escrotal, perineal y lesión en el dorso del pene eritrodérmica, violácea, con fondo necrótico y friable, que produce compresión y edema balano-prepucial. También presenta lesiones ulceradas en la zona escrotal, perineal y nalga (fig. 1).

Exámenes complementarios: hemograma y proteína C reactiva: normal; hemocultivo: negativo; frotis de la herida: *S. aureus* sensible a meticilina.

Ante la sospecha clínica de GF, se inicia tratamiento con cefotaxima y cloxacilina iv. Se deriva a hospital de referencia



Figura 1 Gangrena del pene y lesiones ulceradas en escroto, periné y nalgas.

donde se mantiene tratamiento médico, no precisando desbridamiento quirúrgico. Se completan 10 días de cloxacilina iv y posteriormente 14 días de amoxicilina-ácido clavulánico vo. El paciente evoluciona favorablemente, con mejoría de los signos inflamatorios y curación de las lesiones sin dejar cicatriz.

El interés de este caso reside en el recordatorio de la entidad, ya que es poco frecuente en pediatría, y remarcar que la GF infantil muestra importantes diferencias respecto a la GF del adulto. Desde su descripción se han publicado casos esporádicos pediátricos en varias partes del mundo. La serie más amplia publicada por Ameh et al² describe 12 casos en un hospital de Nigeria, en un período de 16 años.

Los pacientes de más de 60 años habitualmente presentan patología de base³; en cambio, en la edad pediátrica, los focos infecciosos que más habitualmente dan lugar a este proceso necrótico son: traumatismos, picaduras, heridas, circuncisión, onfalitis, quemaduras, infección periuretral o anorrectal, posvaricela⁴⁻⁶, aunque también hay casos descritos en pacientes inmunodeprimidos (prematuros, hematoológicos)^{7,8}. Desde el punto de vista microbiológico, *Streptococcus* y *Staphylococcus* spp. se aíslan en más del 60% de los casos pediátricos, a diferencia de los adultos, que suele ser polimicrobiana.

Se origina como una celulitis en el escroto, el pene o el periné y puede extenderse hacia la pared abdominal anterior, respetando los testículos, precedida o acompañada de febrícula o fiebre. Si no se instaura tratamiento precoz, la lesión evoluciona en pocos días a gangrena cutánea. Los adultos frecuentemente desarrollan shock séptico, que condiciona la elevada mortalidad; en cambio, en la infancia la afectación del estado general suele ser menor, encontrándose con frecuencia una necrosis cutánea más localizada.

El diagnóstico es esencialmente clínico. Las pruebas de imagen (ecografía, resonancia magnética) son útiles para confirmar los casos dudosos y para establecer el grado de extensión previo a la cirugía. Inicialmente, puede presentarse el diagnóstico diferencial con ectima gangrenoso por *Pseudomonas* spp., por lo que se deberá valorar tratar esta etiología. El diagnóstico diferencial se hará también con orquitis, epididimitis, balanopostitis, celulitis escrotal, erisipela, hernia inguino-escrotal estrangulada, absceso periuretral y torsión testicular.

El tratamiento se basa en medidas de soporte, anti-bioterapia de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico precoz. En la GF infantil, un desbridamiento quirúrgico más conservador puede ser suficiente para lograr la curación, con resección solo de la piel claramente necrótica, practicando incisiones y drenajes en las áreas de celulitis periféricas a la lesión necrótica.

Nuestro paciente no precisó desbridamiento y es uno de los pocos casos descritos en la literatura⁹ de evolución favorable sin necesidad de cirugía.

El pronóstico es sustancialmente mejor en niños que en adultos, presentando en la infancia una tasa media de mortalidad que varía entre el 0 y el 9% según las series. La tasa media de mortalidad en una revisión de 1.726 casos, en la que se incluyeron pocos casos pediátricos, fue del 16%¹⁰.

Interesa remarcar la importancia de diagnosticar a los pacientes en fases tempranas de la enfermedad, ya que el pronóstico se relaciona con el tiempo de evolución, la edad, la extensión y la afectación sistémica.

Bibliografía

- Rodríguez Alonso A, Pérez García MD, Núñez López A, Ojea Calvo A, Alonso Rodrigo A, Rodríguez Iglesias B, et al. Gangrena de Fournier: aspectos anatómo-clínicos en el adulto y en el niño. Actualización terapéutica. *Actas Urol Esp.* 2000;24:294-306.
- Ameh EA, Dauda MM, Sabiu L, Mshelbwala PM, Mbidu HN, Nmadu PT. Fournier's Gangrene in Neonates and Infants. *Eur J Pediatr Surg.* 2004;14:418-21.
- Morua AG, Lopez JA, Garcia JD, Montelongo RM, Guerra LS. Fournier's gangrene: our experience in 5 years, bibliographic review and assessment of the Fournier's gangrene severity index. *Arch Esp Urol.* 2009;62:532-40.
- Abubakar AM, Bello MA, Tahir BM, Chinda JY. Fournier's gangrene in children: A report of 2 cases. *J Surg Tech Case Report.* 2009;1:34-6.
- Ameh EA, Dauda MM, Sabiu L, Mshelbwala PM, Mbidu HN, Nmadu PT. Fournier's Gangrene in neonates and infants. *Eur J Pediatr Surg.* 2004;14:418-21.
- Güneren E, Keskin M, Uysal OA, Antürk E, Samsun GK. Fournier's gangrene as a complication of varicella in a 15-month-old boy. *J Pediatr Surg.* 2002;37:1632-3.
- Ekingen G, Isken T, Agir H, öncel S, Günlemez A. Fournier's gangrene in childhood—a report of 3 infant patients. *J Pediatr Surg.* 2008;43:E39-42.
- Bakshi C, Banavali S, Lokeshwar N. Clustering of Fournier (male genital) gangrene cases in a pediatric cancer ward. *Med Pediatr Oncol.* 2003;41:472-4.
- Adeyodunnu AA. Fournier's syndrome in infants. A review of cases from Ibadan, Nigeria. *Clin Pediatr (Phila).* 1983;22:101-3.
- Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. *Br J Surg.* 2000;87:718-28.

Z. Lobato Salinas*, L. Martí Mas, S. Zambudio Sert, N. Rovira Girabalt, J. Sitjes Costas y S. Nevot Falcó

Servicio de Pediatría, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu. Althaia, Xarxa assistencial de Manresa, Manresa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zulosa@gmail.com (Z. Lobato Salinas).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.11.015