

2. Swartz MN, Pasternack MS. Cellulitis and Subcutaneous Tissue Infections. En: Mandell GLBJE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier; 2005. p. 1172-94.
3. Ariza J, San Juan R, Barberán J, Barros C. Infecciones osteoarticulares y de partes blandas. En: Aguado JM, Fortún J, editors. Protocolos clínicos en enfermedades infecciosas. 1st ed. Madrid: Adalia; 2007. p. 267-74.
4. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett ED, Dellinger P, Goldstein EJ, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections 1. Clin Infect Dis. 2005;41:1373-406.
5. Gurguí M, Barrio JL. Infecciones de la piel y de los tejidos blandos. En: Ausina V, Moreno S, editors. Tratado SEIMC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 1.ª ed. Editorial médica panamericana; 2006. p. 1355-61.
6. The Sanford Guide to antimicrobial therapy 2009. 39 ed. Sperryville, USA: Antimicrobial Therapy, Inc.; 2009.
7. Apolinario R, Aused R, Barberán J, Bautista RM. Infecciones de la piel, tejido subcutáneo y fascia. En: Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JE, Letang E, López-Suñé E, editors. 2010 Guía de terapéutica antimicrobiana. Barcelona: Editorial Antares; 2010. p. 473-8.
8. Guía de tratamiento de las infecciones de piel y tejidos blandos. Rev Esp Quimioter. 2006;19:378-94.
9. Gross PA, Barrett TL, Dellinger EP, Krause PJ, Martone WJ, McGowan Jr JE, et al.; Infectious Diseases Society of America. Purpose of quality standards for infectious diseases. Clin Infect Dis. 1994;18:421.
10. Schlievert PM, Kelly JA. Clindamycin-induced suppression of toxic-shock syndrome-associated exotoxin production. J Infect Dis. 1984;149:471.
11. Lorber B. Bacteroides, Prevotella, Porphyromonas, and Fusobacterium Species. In: Mandell GLBJE, Dolin R, editores. Principles and Practice of Infectious Diseases. Philadelphia, Pennsylvania: 2005. p. 2838-44.
12. Gilbert DN. Aminoglycosides. En: Mandell GLBJE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier; 2005. p. 328-56.

Mónica Millán Scheiding<sup>a,\*</sup> y Cristina Suárez Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monica.millan@ymail.com  
(M. Millán Scheiding).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2010.06.009

doi:10.1016/j.ciresp.2010.07.004

## Tumores presacros. Análisis de nuestra experiencia en 20 casos tratados quirúrgicamente

### Presacral tumors. Analysis of 20 surgically treated patients

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el artículo del Dr. Canelles et al titulado «Tumores presacros. Análisis de nuestra experiencia en 20 casos tratados quirúrgicamente»; queremos felicitar a los autores por tan excelente trabajo y al mismo tiempo queremos realizar algunas matizaciones<sup>1</sup>.

En este artículo se defiende el abordaje perineal parasacro con preservación esfinteriana y/o abdominal. En nuestro servicio tenemos la experiencia 44 pacientes con tumores de localización presacra y en dos casos, dos niñas de 8 y 12 años de edad, el abordaje elegido fue la vía perineal sagital posterior. Esta vía fue descrita por el Dr. Alberto Peña en 1982<sup>2</sup> y es la técnica de elección para la corrección de las malformaciones anorrectales congénitas con gran éxito (como está recogido ampliamente en la literatura<sup>2,3</sup>, ya que es una vía que permite ver claramente la anatomía de la zona, respeta la inervación de la musculatura perineal, seccionando el músculo elevador del ano por la línea

posterior y todo el complejo muscular esfinteriano, pudiéndose reparar sin dejar secuelas respecto a la continencia. También permite seccionar el cóxis por su línea media o extirparlo si fuera necesario. En casos de neoplasias rectales de localización muy baja es también una vía que se está utilizando cada vez más con muy buenos resultados<sup>4</sup>.

En nuestros dos casos los tumores fueron teratomas maduros y en uno de ellos el síntoma inicial fue estreñimiento de aparición brusca mientras que en el otro el primer hallazgo fue una masa palpable. En las dos pacientes la exéresis del tumor fue completa, el postoperatorio cursó sin incidencias y en la actualidad las dos pacientes se encuentran libres de enfermedad, sin secuelas, con una adecuada continencia, tanto fecal como urinaria, y dadas de alta por nuestro servicio.

La literatura recoge casos de exéresis de masas perineales mediante la vía sagital posterior, aunque la mayoría se trataba de pacientes que presentaban previamente malformaciones anorrectales. En todos ellos esta técnica permite

preservar adecuadamente el complejo muscular y, por tanto, la continencia<sup>5</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Canelles E, Roig JV, Cantos M, García Armengol J, Barreiro E, Villalba FL, et al. Tumores presacros. Análisis de nuestra experiencia en 20 casos tratados quirúrgicamente. *Cir Esp*. 2009;85:371-7.
2. Pena A, Devries PA. Posterior sagittal anorectoplasty: important technical considerations and new applications. *J Pediatr Surg*. 1982;17:796-811.
3. Pena A. Anorectal Malformations: Operative Pediatric Surgery. En: Ziegler MM, Azizkhan RG, editors. Gauderer & Weber. Boston: Appleton & Lange; 2005.
4. Shaul DB, Monforte HL, Levitt MA, Hong AR, Peña A. Surgical management of perineal masses in patients with anorectal malformations. *J Pediatr Surg*. 2005;40:188-91.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.01.007

doi:10.1016/j.ciresp.2010.05.007

5. Agrawal V, Mishra A, Raina VK, Sharma D. Abdominoanterior sagittal approach for sphincter-saving low anterior resection for carcinoma of the rectum in females: a modified anatomical approach. *Tech Coloproctol*. 2009;13:145-9.

Rocío Granero Cendón, Juan Carlos De Agustín Asensio\*, Rodolfo Cabrera García y María Carmen García Vallés

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil, Hospitales Univeritarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

\*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: juandeagustin@mac.com, juanc.agustin.sspa@juntadeandalucia.es (J.C. Agustín Asensio).

## Respuesta del autor

### Author's reply

Sr. Director:

Queremos en primer lugar, agradecer los comentarios sobre nuestro artículo. No cabe duda que la vía de Peña es el abordaje más adecuado en la actualidad para pacientes con determinadas anomalías congénitas anorrectales, pues como sugieren en su atenta carta, permite un acceso anatómico y una preservación de la innervación esfinteriana.

Evidentemente, los cirujanos pediátricos están más familiarizados con ella, pero todo cirujano colorrectal debe conocerla y contarla en su armamentario quirúrgico. Sin embargo, las indicaciones de la misma para el acceso a un tumor del espacio retrorrectal en un adulto, son, a nuestro modo de ver, escasas.

El acceso parasacro sin sección esfinteriana o de la musculatura elevadora alguna, tal como efectuamos habitualmente en nuestros pacientes<sup>1</sup> es, de una parte, técnicamente más simple, y de otra, permite una exéresis menos traumática. La sutura esfinteriana y elevadora que requiere una anorrecto plastia sagital posterior, supone una lesión adicional esfintérica, que si bien, ofrece por lo general buenos resultados tras su reparación inmediata una vez extirpada la lesión, puede obviarse en el caso de la inmensa mayoría de los tumores retrorrectales bajos. Lo mismo cabe decir de su

empleo en pacientes con un cáncer de recto, a menos de que no se disponga de otra alternativa terapéutica como el uso de grapadoras para efectuar la anastomosis, lo que pudo haber influenciado inicialmente su empleo en el grupo de cirujanos de India, el único que hemos hallado en la literatura que ha empleado esta técnica para tratar 7 tumores malignos rectales, de los cuales, dos presentaron estenosis postoperatorias, en uno de ellos asociada a fistula rectovaginal<sup>2</sup>. Un acceso de semejante filosofía de actuación fue descrito hace años por la escuela de Toulouse al emplear una vía abdomino-parasacra<sup>3</sup>, por lo que discrepamos de la opinión de los autores de que vaya ganando adeptos en la actualidad.

Si perseguimos una cirugía de mínima agresión para obtener el resultado apetecido, la técnica de Peña tiene, a nuestro juicio, y para esta indicación concreta, un espacio muy reducido.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Canelles E, Roig JV, Cantos M, García Armengol J, Barreiro E, Villalba FL, et al. Tumores presacros. Análisis de nuestra experiencia en 20 pacientes tratados quirúrgicamente. *Cir Esp*. 2009;85:371-7.