

6. Roberts JA, Lipman J. Antibacterial dosing in intensive care: pharmacokinetics, degree of disease and pharmacodynamics of sepsis. *Clin Pharmacokinet.* 2006;45:755-73.
7. Lorentzen H, Kallehave F, Kolmos HJ, Knigge U, Bülow J, Gottrup F, et al. Gentamicin concentrations in human subcutaneous tissue. *Antimicrob Agents Chemother.* 1996;40:1785-9.
8. Betriu C, Culebras E, Gómez M, López F, Rodríguez-Avial I, Picazo JJ. Resistance trends of the *Bacteroides fragilis* group over a 10-year period, 1997 to 2006, in Madrid, Spain. *Antimicrob Agents Chemother.* 2008;52:2686-90.
9. McClaine RJ, Husted TL, Hebbeler-Clark RS, Solomkin JS. Meta-analysis of trials evaluating parenteral antimicrobial therapy for skin and soft tissue infections. *Clin Infect Dis.* 2000;30:1120-6.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.12.012

doi:10.1016/j.ciresp.2010.06.009

Jaime Jimeno^{a,*}, Vicent Díaz De Brito^b y David Parés^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi De Llobregat, Barcelona, España

^bServicio de Medicina Interna e Infecciosas, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi De Llobregat, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaime.jimeno@pssjd.org (J. Jimeno).

Respuesta de los autores

Authors' reply

Sr. Director:

Agradecemos el interés mostrado por los Dres. Jimeno, Díaz de Brito y Parés por nuestro trabajo¹ sobre la gangrena de Fournier (GF) y la oportunidad de realizar algunas puntuaciones sobre sus comentarios:

Desde el punto de vista microbiológico, se desconoce en muchos casos la microbiología concreta de la GF, debido a la baja rentabilidad de los cultivos²⁻⁴; no obstante, los casos con etiología conocida están causados por flora mixta (aerobia y anaerobia) de origen fecal⁵. Las recomendaciones de las diferentes guías, tratados y manuales consultados³⁻⁸ se basan en calidad de evidencia iii según la Infectious Diseases Society of America⁹, lo que explica la dificultad para llegar a un consenso a la hora de establecer recomendaciones sobre el tratamiento empírico de la GF. Las sociedades científicas y documentos de consenso han propuesto multitud de esquemas terapéuticos efectivos frente los microorganismos habituales, recomendando tanto tratamientos en monoterapia como diferentes combinaciones de betalactámicos (incluyendo penicilinas con y sin inhibidores de las betalactamasas, cefalosporinas, carbapenémicos)²⁻⁸, quinolonas^{3,4,8}, aminoglicósidos^{2-4,8}, clindamicina^{2-4,6,7}, metronidazol^{2-5,8} y otros antibióticos (tigeciclina^{3,7}, daptomicina^{4,6,7}, linezolid^{7,8} o glucopéptidos^{6,7}). En nuestro estudio retrospectivo se exponen de forma resumida las distintas combinaciones antibióticas utilizadas históricamente en el tratamiento de la GF, así como los tratamientos en monoterapia equivalentes (principalmente carbapenémicos, con una menor mortalidad asociada con su uso en nuestro trabajo¹). No obstante, de la variedad de opciones disponibles se desprende que no hay pauta terapéutica universal y que la elección del tratamiento

antibiótico ha de ser individualizada, teniendo en cuenta varios factores, como un riesgo elevado de colonización por microorganismos particulares; el uso de clindamicina combinado con betalactámicos se puede considerar en casos de síndrome de shock tóxico estreptocócico, ya que posee efecto antitoxina que puede resultar beneficioso en esta situación¹⁰; además, aunque es cierto que algunos microorganismos (especialmente *Bacteroides* spp.) presentan una tasa de resistencia a clindamicina elevada, los anaerobios implicados habitualmente en la GF son sensibles (>95% de las cepas) a los betalactámicos con inhibidores de betalactamasas y carbapenémicos, que son los antibióticos usados habitualmente en combinación con clindamicina en el tratamiento empírico de la GF¹¹. El rápido efecto bactericida, la acción sinérgica con betalactámicos y glicopéptidos y la ampliación del espectro antimicrobiano son los argumentos clásicos para la utilización de aminoglicósidos¹² en el tratamiento de infecciones graves o en situaciones con alta sospecha de bacteriemia, evidentemente en ausencia de contraindicaciones para su uso. En definitiva, aunque la mayoría de los esquemas terapéuticos propuestos en la literatura pueden ser eficaces, es recomendable una valoración individualizada de cada caso para proporcionar el mejor tratamiento posible a los pacientes afectados por esta grave entidad.

B I B L I O G R A FÍA

1. Torremade Barreda J, Millán Scheiding M, Suárez Fernández C. Gangrena de Fournier. Estudio retrospectivo de 41 casos. *Cir Esp.* 2010;87:218-23.

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. Gurgui 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.
- Schlievert PM, Kelly JA. Clindamycin-induced suppression of toxic-shock syndrome-associated exotoxin production. J Infect Dis. 1984;149:471.
- 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.
- 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^{a,*} y Cristina Suárez Fernández^b

^aUnidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^bServicio 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 matizaciones¹.

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 1982² y es la técnica de elección para la corrección de las malformaciones anorrectales congénitas con gran éxito (como está recogido ampliamente en la literatura^{2,3}, 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 extirarlo 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 resultados⁴.

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