



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Carta al Editor

Bacteriemia por anaerobios y tratamiento

Anaerobic bacteraemias and treatment

Sr. Editor:

Tras leer con atención el trabajo publicado por Basaa et al¹ en el que se describen las características de 68 bacteriemias por anaerobios estrictos, se observa en los datos presentados la ausencia de significación estadística entre el tratamiento antibiótico adecuado y la mortalidad por este tipo de bacteriemias. Llama la atención que el autor no mencione cuantos de los tratamientos antibióticos adecuados o inadecuados se asociaron a tratamiento quirúrgico indicado y realizado, o indicado pero no realizado, incluyendo en dichos tratamientos el desbridamiento de herida quirúrgica, desbridamiento y drenajes en infecciones de piel y partes blandas o el drenaje de abscesos (abdominales, cutáneos o ginecológicos). En el artículo tan solo se menciona que de los 29 pacientes que tuvieron un origen abdominal de la bacteriemia por anaerobios solo se realizó tratamiento quirúrgico en 10 de ellos.

Se comenta este dato porque el mal pronóstico de este tipo de bacteriemias se ha relacionado además de con la enfermedad de base del paciente (especialmente neoplasia, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca² y tratamiento con inmunosupresores), con la edad avanzada, el desarrollo de shock séptico, el fracaso renal, el empleo de antibioterapia inadecuada y la ausencia de drenaje del foco séptico, este último esencial para la supervivencia del enfermo incluso independientemente del antibiótico administrado³.

Los datos que presenta Basaa et al acerca de la ausencia de relación del antibiótico empírico empleado en las bacteriemias por anaerobios y la evolución a muerte coincide con otros trabajos publicados que afirman la ausencia de diferencias en el curso clínico de los pacientes con bacteriemia por anaerobios estrictos que recibían tratamiento antibiótico adecuado o inadecuado⁴. En un estudio se sugiere que en las bacteriemias por *Clostridium* sp., el tratamiento antibiótico adecuado o inadecuado no modificaba la supervivencia de los pacientes⁵ dato también descrito por otros autores, refiriendo que algunos microorganismos presentan resistencia antibiótica a un tratamiento antibiótico empírico inadecuado sin asociarse a un peor pronóstico⁶.

Continuando en esta línea otros autores mencionan, que los crecimientos de bacterias anaerobias apenas alteran los tratamientos antibióticos empíricos elegidos⁷ de tal forma que el pronóstico en cuanto a la evolución a muerte en este tipo de bacteriemias,

dependería únicamente de una intervención quirúrgica adecuada que sí parece influir en el pronóstico de las mismas^{8,9}.

Tasas más bajas de mortalidad se han documentado en bacteriemias por anaerobios que reciben intervención quirúrgica¹⁰.

Es por ello que, en cualquier estudio que pretenda analizar los factores predictores de mortalidad de las bacteriemias por anaerobios estrictos, y analizar la importancia de la antibioterapia empírica, sea importante incluir si se ha realizado o no tratamiento quirúrgico y su indicación o no, ya que además este dato puede ayudar a esclarecer en qué grupo de pacientes y con qué patologías un tratamiento antibiótico y/o quirúrgico adecuado o no pueden influir en el pronóstico de los pacientes con bacteriemia por anaerobios estrictos.

Bibliografía

1. Bassa A, García-Gasalla M, Losada IA, Payeras A, Pareja A, Garau M, et al. Bacteriemias por anaerobios estrictos: estudio de 68 pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:144-9.
2. Redondo MC, Arbo MD, Glindlinger J, Snyderman DR. Attributable mortality of bacteremia associated with the *Bacteroides fragilis* group. *Clin Infect Dis.* 1995;20:1492-6.
3. Ramos JM, García-Corbeira P, Fernández-Roblas, Soriano F. Bacteriemia por anaerobios: análisis de 131 episodios. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1995;20:1492-6.
4. Gómez J, Banos V, Ruiz J, Herrero F, Pérez M, Pretel L, et al. Clinical significance of anaerobic bacteremias in a general hospital. A prospective study from 1988 to 1992. *Clin Investig.* 1993;71:595-9.
5. Haddy RT, Nadkarni DD, Mann BL, Little DR, Domers TD. Clostridial bacteremia in the community Hospital. *Scand J Infect Dis.* 2000;32:27-30.
6. Hung MN, Chen SY, Wang JL, Chang SC, Hsueh PR, Liao CH, et al. Community-acquired anaerobic bacteremia in adults. One year experience in a medical center. *J Microbiol Immunol Infect.* 2005;38:436-43.
7. Lombardi DP, Engleberg NC. Anaerobic Bacteremia: Incidence, Patient Characteristics and Clinical Significance. *Am J Med.* 1992;92:53-60.
8. Cheng CW, Lin HS, Ye JJ, Yang CC, Chiang PC, Wu TS, et al. Clinical significance of and outcomes for *Bacteroides fragilis* bacteremia. *J Microbiol Immunol Infect.* 2009;42:243-50.
9. Vázquez F, Méndez FJ, Pérez F, Mendoza FC. Anaerobic bacteremia in a general hospital: retrospective five-year analysis. *Rev Infect Dis.* 1987;9:1038-43.
10. Bouza E, Reig M, García de la Torre M, Rodríguez-Crèixems M, Romero J, Cercenado E, et al. Retrospective analysis of two hundred and twelve cases of bacteremia due to anaerobic microorganisms. *Eur J Clin Microbiol.* 1985;4:262-7.

José Manuel Ruiz-Giardin

Medicina Interna-Infeciosas, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

Correo electrónico: jruijz.hflr@salud.madrid.org

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.eimc.2009.03.012.