

Bibliografía

1. Cho YS, Choi MG, Jeong JJ *et al.* Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population based study in Asan-si, Korea. *Am J Gastroenterol* 2005;100:747-53.
2. Chen M, Xiong L, Chen H *et al.* Prevalence, risk factors and impact of gastroesophageal reflux disease symptoms: a population-based study in South China. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:759-67.
3. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA *et al.* Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systemic review. *Gut* 2005;54:710-7.
4. Wang JH, Luo JY, Dong L *et al.* Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a general population-based study in Xi'an of Northwest China. *World J Gastroenterol* 2004;10:1647-51.

Dr. Francisco Huerta-Iga
Servicio de Gastroenterología
Hospital Ángeles Torreón. Torreón, Coahuila

Norfloxacina y trimetoprim-sulfametoxazol tienen una eficacia similar en la prevención de la peritonitis bacteriana espontánea

Lontos S, Grow PJ, Vaughan RB, Angus PW. Norfloxacin and trimethoprim-sulfamethoxazole therapy have similar efficacy in prevention of spontaneous bacterial peritonitis. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;23:252-255.

Objetivo: Comparar la eficacia del trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX) y la norfloxacina (NOR) para la prevención de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) en pacientes cirróticos con ascitis.

Diseño: Estudio retrospectivo de casos y controles.

Sitio: Hospital de Tercer Nivel en Melbourne, Australia.

Métodos: Aquellos pacientes cirróticos con ascitis y episodios previos de PBE, bilirrubina sérica > 2.5 mg/L o proteínas en ascitis < 1.5 g/L fueron incluidos para recibir profilaxis contra PBE con TMP/SMX (180/800 mg/día) o NOR (400 mg/día). Estos antibióticos se administraron por vía oral hasta que se presentara PBE o bacteremia, muerte o trasplante hepático.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes: 37 en el grupo NOR y 32 en el TMP/SMX. Ambos grupos mostraron una proporción similar de hombres (73% vs. 75%, respectivamente) y edad promedio (54 vs. 53.7 años, respectivamente). El 94% en ambos grupos fueron

Child-Pugh C y en más de 50% la etiología fue alcohol y virus C. El 30% del grupo NOR y 40% del grupo TMP/SMX habían tenido episodios previos de PBE, por lo que 70% del grupo NOR y 59% del grupo TMP/SMX recibieron profilaxis primaria. El seguimiento promedio fue de 108 días (NOR) y 125 (TMP/SMX). La incidencia de PBE en el grupo total fue de 25% y la mortalidad de 39%. El 33% fueron trasplantados sin diferencias entre los grupos. El 67% de los organismos aislados fueron grampositivos.

Conclusiones: La NOR y TMP/SMX tienen eficacia similar para prevención de PBE. El uso de TMP/SMX reduce el costo de la profilaxis de PBE.

Comentario

La PBE es una complicación grave de la cirrosis hepática con prevalencia del 10 al 30%, mortalidad del 25% y recurrencia del 70% a un año.¹ Entre los factores que favorecen esta infección destacan la gravedad de la cirrosis y la hemorragia gastrointestinal.² La incidencia de infecciones peritoneales en cirróticos hospitalizados con hemorragia gastrointestinal es de 44% y se asocian a resangrado y alta mortalidad. En este estudio, en que la mayoría de los pacientes tenían cirrosis avanzada, el uso profiláctico de NOR y TMP/SMX demostró ser de utilidad, logrando una prevalencia de PBE menor al 30% sin diferencia estadística entre los grupos tratados. Sin embargo, la mortalidad fue muy alta, posiblemente debido a que la mayoría de los gérmenes aislados fueron grampositivos. La aparición de resistencia a quinolonas es la complicación más importante de la profilaxis a largo plazo. El uso de NOR provoca colonización de organismos grampositivos y aumento de resistencia bacteriana para NOR y TMP/SMX.³ Sin embargo, el uso de NOR reduce la recurrencia de episodios de PBE en comparación con placebo (20% vs. 68%).⁴ El uso preventivo de antibióticos es útil aunque no mejora la supervivencia,⁵ por lo que la profilaxis se debe restringir a pacientes con alto riesgo y continuarla hasta la desaparición de ascitis, muerte o trasplante. La levofloxacina y ciprofloxacina son útiles y deben tomarse en cuenta por su costo-beneficio,^{5,6} pero este estudio demuestra que el TMP/SMX es una alternativa ante la elevada resistencia a fluoroquinolonas en pacientes con cirrosis hepática.

Bibliografía

1. Caly WR, Strauss E. A prospective study of bacterial infections in patients with cirrhosis. *J Hepatol* 1993;18:353-358.
2. Garcia-Tsao G. Bacterial infections in cirrhosis: treatment and prophylaxis. *J Hepatol* 2005;42:S85-S92.
3. Fernandez J, Navasa M, Gomez J, Colmenero J, Villa J, Arroyo V *et al.* Bacterial infections in cirrhosis: epidemiological changes with invasive procedures and norfloxacin prophylaxis. *Hepatology* 2002;35:140-148.
4. Gines P, Rimola A, Planas R, Vargas V, Marco F, Almela M. Norfloxacin prevents spontaneous bacterial peritonitis recurrence in cirrhosis: results a double-blind, placebo controlled trial. *Hepatology* 1990;12:716-724.
5. Garcia-Tsao G. Spontaneous bacterial peritonitis: a historical perspective. *J Hepatol* 2004;41:522-527.
6. Campillo B, Dupeyron C, Richardet JP, Mangeney N, Leluan G. Epidemiology of severe hospital acquired infections in patients with liver cirrhosis: effect of long-term administration of norfloxacin. *Clin Infect Dis* 1998;26:1066-1070.

Dr. Heriberto Rodríguez Hernández
Investigador Asociado A, Nivel 1
Unidad de Investigación Biomédica
Instituto Mexicano del Seguro Social
Durango, Dgo. México.

Nuevo introductor para gastrostomía endoscópica con gastropexia que no requiere de profilaxis con antibióticos: estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, doble ciego, controlado y comparativo con placebo

Shastri YM, Hoepffner N, Tessmer A *et al.* New introducer PEG gastropexy does not require prophylactic antibiotics: multicentric prospective randomized double blind placebo-controlled study. *Gastrointest Endosc* 2008;67:620-8.

Objetivo: Determinar incidencia de infecciones periestomales en gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) con introductor (técnica de Russell).

Diseño: Estudio clínico, prospectivo, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo.

Sitio: Hospital universitario y clínica endoscópica privada en Frankfurt, Alemania.

Pacientes y métodos: De entre 633 pacientes candidatas a PEG se incluyeron 97 con estenosis orofaríngea maligna que no eran candidatas a PEG con técnica clásica de tracción. Se dividieron en dos grupos: 49 pacientes recibieron profilaxis con 2 g de ceftriaxona (grupo I) y 48 recibieron placebo (grupo II). Ambos

grupos fueron similares en características demográficas. Se dividieron mediante números aleatorios asignados por computadora y los investigadores desconocían el tratamiento asignado. La PEG con introductor se realizó con un equipo comercial (Freka Pexact-15 CH/FR, Fresenius Kabi) que permite la colocación de la sonda mediante punción directa de la pared gástrica previamente anclada, sin pasar por la boca del enfermo. La alimentación se inició de cuatro a seis horas después del procedimiento. La herida se revisó diariamente por dos evaluadoras independientes mediante un sistema objetivo de puntos para calificar eritema, induración y exudado periestomal por siete días. Se obtuvieron cultivos de aquellos con infección clínica.

Resultados: Un paciente de cada grupo murió por causas ajenas a la colocación de PEG. No se observó reacción alguna (grado 0) en la herida de 24 pacientes del grupo I y en 25 del grupo II. Se detectó una reacción grado III (exudado purulento) en un paciente de cada grupo. El cultivo obtenido del paciente que recibió placebo no desarrolló gérmenes, mientras que el cultivo del que recibió antibiótico mostró crecimiento de *Staphylococcus aureus*. Las puntuaciones de infección de herida fueron más altas en el grupo placebo sin alcanzar diferencia estadística.

Conclusión: La PEG con introductor se puede realizar en forma segura y sin antibióticos profilácticos en pacientes con alto riesgo de infección periestomal.

Comentarios

La PEG es un procedimiento muy útil que se emplea cada vez con mayor frecuencia. La tasa de mortalidad en los días posteriores al procedimiento es muy elevada, debido principalmente a los padecimientos de base en los enfermos y no por la colocación de la sonda en sí.¹ Cuando los enfermos sobreviven, la infección de la pared abdominal en el sitio de entrada de la sonda es la complicación más común y su incidencia no es despreciable.² La mayoría de los gérmenes provienen de la orofaringe y se adquieren con el paso de la sonda durante su colocación. Entonces parecería lógico aceptar esta técnica descrita desde 1984,³ ya que ciertamente tiene una menor incidencia de infecciones incluso sin el uso de antibióticos profilácticos. Sin