

2. Romney R, Mathurin P, Ganne-Carrie N *et al.* Usefulness of routine analysis of ascitic fluid at the time of therapeutic paracentesis in asymptomatic outpatients. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29:275-9.
3. Evans LT, Kim WR *et al.* Spontaneous bacterial peritonitis in asymptomatic outpatients with cirrhotic ascites. *Hepatology* 2003;37:897-901.
4. Jefries MA, Stern MA *et al.* Unsuspected infection is infrequent in asymptomatic outpatients with refractory ascites undergoing therapeutic paracentesis. *Am J Gastroenterol* 1999;94:2972-6.

Dr. Javier Lizardi-Cervera

Dr. Jerónimo Rodríguez-Cid

Unidad de Gastroenterología. Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

Factores de riesgo y prevalencia de la esofagitis erosiva y enfermedad por reflujo no erosiva: estudio nacional, prospectivo y multicéntrico en Corea

Kim N, Lee SW, Cho SI *et al.* The prevalence of and risk factors for erosive oesophagitis and non-erosive reflux disease: a nationwide multicentre prospective study in Korea. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27:173-185.

Objetivo: Comparar la prevalencia y los factores de riesgo para el desarrollo de esofagitis erosiva (EE) y la enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE) en coreanos.

Diseño: Estudio epidemiológico nacional, prospectivo, multicéntrico, y comparativo.

Sitio: Cuarenta clínicas coreanas con programa de chequeo.

Pacientes y métodos: Se estudiaron un total de 25,536 personas mayores de 16 años aparentemente sanas, a quienes se les realizó un chequeo médico. A todas les fue aplicado un cuestionario con 14 preguntas para la detección de reflujo gastroesofágico y se les realizó una panendoscopia. Fueron excluidos aquellos con historia de cirugía gastrointestinal o con enfermedades sistémicas, excepto diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Resultados: La población de estudio quedó conformada con 59% de hombres y 41% de mujeres con una edad promedio de 46.7 años. De acuerdo con los resultados de cuestionario. La prevalencia de síntomas relacionados con la ERGE fue de 1,161 sujetos (5%), de los cuales 996 (86%) tuvieron ERNE y 165 (14%) EE.

Sin embargo, al revisar los resultados de panendoscopia y cuestionario en forma conjunta se encontró que 2,019 (8%) del total de los 25,536 sujetos tuvieron EE y 996 (4%) ERNE. Los factores de riesgo para la EE fueron: género masculino, consumo de alcohol, índice de masa corporal (IMC) > 25 y triglicéridos > 150 mg/dL. Los factores de riesgo para ERNE fueron: género femenino, edad < 40 o > 60 años, IMC < 23, uso de antibióticos, ingreso < \$1,000.00, uso de antiinflamatorios no esteroideos. La presencia de hernia hiatal, glucemia > 126 mg/dL e historia de erradicación de *Helicobacter pylori* fueron factores compartidos.

Conclusiones: La prevalencia de EE y ERNE en población abierta en Corea fue de 8 y 4%, respectivamente. Los factores de riesgo son diferentes para cada una.

Comentario

La prevalencia de síntomas relacionados al reflujo gastroesofágico en países asiáticos es menor a la reportada en países occidentales, siendo de 3 a 7% en los primeros y de 14 a 24% en los últimos.¹⁻³ Sin embargo, la EE se ha estado incrementando paulatinamente en Asia y se cree que esta tendencia puede estar relacionada con el cambio de dieta al tipo occidental y la intensa erradicación del *Helicobacter pylori* en estos países.⁴ De hecho, en el presente estudio, el riesgo relativo para desarrollar EE en pacientes con *Helicobacter pylori* positivo fue de 0.47 comparativamente contra el RR de 2.2 en aquellos, en quienes fue erradicado. De manera indirecta, este hallazgo apoya el argumento de la supuesta protección que el *Helicobacter pylori* proporciona contra la ERGE. En este estudio, también quedó manifiesta la baja sensibilidad del cuestionario utilizado, al lograr diagnosticar, sólo 5% de pacientes con ERGE comparativamente al 11.8% encontrado al combinar los resultados del cuestionario con los hallazgos endoscópicos. Un dato que puede explicar, al menos en parte, esta diferencia es que sólo 58% de los pacientes con EE tuvieron algún síntoma relacionado a la ERGE. Llama la atención que los factores de riesgo reportados para cualquiera de las presentaciones clínicas de la ERGE, si bien difieren entre sí, no presentan diferencia con los reportados en otros países sobre todo occidentales.

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 asocia 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.