

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

embargo, la técnica nunca ha ganado popularidad en nuestro medio, sobre todo, debido a la necesidad de establecer una gastropexia con al menos dos puntos de sutura, lo que aumenta el número de punciones al menos a tres, con el inherente aumento del riesgo. Por otro lado, el equipo comercial es cinco veces más caro que el equipo convencional y muy difícil de adquirir en el mercado mexicano por su poca o nula demanda.

Bibliografía

1. Johnston SD, Tham TCK, Mason M. Death after PEG: results of the national confidential enquiry into patient outcome and death *Gastrointest Endosc* 2008;68:223-7.
2. Jafri NS, Mahid SS, Minor KS *et al.* Meta-analysis: antibiotic prophylaxis to prevent peristomal infection following percutaneous gastrostomy. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25:647-56.
3. Russell TR, Brotman M, Norris F. Percutaneous gastrostomy. A new simplified and cost-effective technique. *Am J Surg* 1984;148:132-7.

Dr. Eduardo Prado Orozco

Jefe de Endoscopia

Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez Navarro"

Puebla, Pue.

Inhibidores de la bomba de protones y riesgo de cáncer colorrectal

van Soest EM, van Rossum LG, Dieleman JP *et al.* Proton pump inhibitors and the risk of colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2008;103:966-973.

Objetivo: Estudiar la asociación entre el uso crónico de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y el desarrollo de cáncer colorrectal (CCR).

Diseño: Estudio de casos y controles.

Sitio: base de datos computarizada de atención primaria en población Holandesa.

Pacientes y métodos: Se estudiaron los expedientes de todos los sujetos incluidos en la base de datos en un periodo de 10 años. Se seleccionaron aquellos que desarrollaron CCR durante el seguimiento. Se excluyeron sujetos con historia de CCR previo al inicio del seguimiento. Por cada caso, se seleccionaron hasta 20 controles pareados por género, edad, tiempo calendario y tiempo de seguimiento previo al

diagnóstico. En ambos grupos, se analizó el uso de IBP hasta un máximo de cinco años previos al diagnóstico. Se analizaron los riesgos mediante razón de momios (RM) y con regresión logística condicional se analizaron variables potencialmente confusas.

Resultados: De 457,024 sujetos estudiados se detectaron 595 casos de CCR. Para 594 de los casos se parearon 7,790 controles. El 8.9% de los casos y 9.3% de los controles tomaban IBP (RM 0.85, IC 0.63-1.16). No se encontraron diferencias en los días promedio de uso de IBP (casos 110 días *vs.* controles 98 días), ni entre los que utilizaron IBP por más de 365 días (RM 0.79 IC 0.44-1.41). Tampoco hubo diferencias en las dosis utilizadas entre casos y controles, ni en los que recibieron las dosis acumuladas más altas. El uso de IBP no se asoció a un mayor riesgo de desarrollar CCR, tanto para el lado derecho o izquierdo del colon.

Conclusiones: Este estudio no demuestra asociación entre el uso crónico de IBP y el desarrollo de CCR.

Comentarios

Está demostrado que la gastrina es un factor trófico de proliferación celular en el estómago y el colon. De ahí la suposición que la hipergastrinemia, como la provocada por IBP, podría favorecer el crecimiento de tumores digestivos. Se ha informado un riesgo 3.9 veces mayor de CCR en pacientes con hipergastrinemia¹ y una relación positiva entre hipergastrinemia y desarrollo de pólipos colónicos.² Sin embargo, el presente estudio demuestra que el riesgo de desarrollar CCR no es mayor en usuarios de IBP, independientemente de la duración del tratamiento. Estos hallazgos son similares a los informados en un estudio que demostró que el riesgo de CCR en usuarios de IBP a dosis convencionales y hasta por más de cinco años era de 1.1 (IC 95% 0.7-1.9).³ Otro estudio tampoco encontró un riesgo aumentado de CCR en usuarios de IBP por más de siete años.⁴ La debilidad más importante de este trabajo es el poco tiempo que los sujetos tomaron el IBP (media de 110 días los casos y 98 días los controles) que es un periodo muy corto para estimular el desarrollo de una neoplasia que suele tomar unos 10 años para su formación. Tampoco se informa sobre el riesgo de desarrollar pólipos colónicos como precursores de CCR. Por el momento, considero que la evidencia no apoya la noción que