

## Prevalencia de peritonitis bacteriana espontánea y bacteriascitis en pacientes cirróticos asintomáticos y ambulatorios al realizarse paracentesis evacuadora de grandes volúmenes

Castellote J, Girbau A, Maisterra S, Charhi N, Ballester R, Xiol X. Spontaneous bacterial peritonitis and bacterascites prevalence in asymptomatic cirrhotic outpatients undergoing large-volume paracentesis. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;23: 256-59.

**Objetivo:** Investigar la prevalencia de peritonitis espontánea y bacteriascitis en pacientes cirróticos asintomáticos de bajo riesgo de infección.

**Diseño:** Ensayo clínico controlado prospectivo.

**Sitio:** Hospital Universitario en Barcelona, España.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron pacientes cirróticos por cualquier causa, que asistieran al hospital asintomáticos y en forma ambulatoria. Se excluyeron aquellos pacientes con signos o síntomas de infección (fiebre, dolor abdominal, signos de peritonitis o encefalopatía), así como aquellos que se hallaban recibiendo antibióticos por alguna razón. Se realizó paracentesis a todos los pacientes y el líquido se analizó con una tira reactiva a esterasa leucocitaria usando una escala colorimétrica de 5 grados (0 a 4). Cuando el resultado fue de 0 o uno se dio por negativa la muestra. Cuando el resultado fue mayor o igual a dos se realizó conteo de linfocitos y leucocitos polimorfonucleares (PMN). A todas las muestras del líquido se les realizó un frotis y cultivo.

**Resultados:** Se estudiaron 195 muestras de ascitis pertenecientes a 40 pacientes. En 193 casos la tira reactiva fue negativa. En un caso la tira reactiva fue positiva y la cuenta leucocitaria mostró 500 PMN/ $\mu$ L con cultivo negativo, por lo que se clasificó como peritonitis bacteriana espontánea (PBE) con cultivo negativo.

El otro caso se interpretó como falso positivo de la tira reactiva. El 4.5% de los cultivos resultó positivo, pero al excluir los que desarrollaron estafilococo coagulasa negativo el resultado fue de 3%. Sólo en un caso se aisló un microorganismo causal no contaminante.

**Conclusión:** La prevalencia de PBE en pacientes cirróticos externos con bajo riesgo de infección que se someten a paracentesis de gran volumen es muy baja.

### Comentarios

La PBE es una complicación que se detecta en aproximadamente 20% de los pacientes cirróticos hospitalizados,<sup>1</sup> pero la efectividad e indicación de realizar paracentesis en todos los pacientes con ascitis crónica no está clara.<sup>2</sup> El presente estudio junto con otros publicados demuestran que la realización de análisis complementarios al líquido de ascitis en pacientes sometidos a paracentesis evacuadora que se mantienen clínicamente asintomáticos resulta poco recomendable, ya que la probabilidad de estos pacientes de tener una PBE se acerca al 0%.<sup>2</sup> Por tanto, el cultivo de líquido de ascitis en pacientes asintomáticos y con baja sospecha de infección no es una medida científicamente comprobada. La probabilidad de desarrollar peritonitis no es dependiente de la clasificación de Child-Pugh,<sup>2,3</sup> ya que el costo-beneficio de dichos estudios es muy alto, por lo que no se justifica su realización. Cuando se comparan a los pacientes que se hallan recibiendo terapia antibiótica contra aquellos que no la reciben, la probabilidad de desarrollar PBE asintomática también es estadísticamente no significativa y clínicamente irrelevante.<sup>2</sup> Además en la mayoría de las situaciones en que el cultivo resulta positivo, se debe a microorganismos clínicamente irrelevantes contraindicando aún más esta práctica.<sup>4</sup> Podría concluir que en el caso de PBE en pacientes cirróticos, especialmente en aquellos que son ambulatorios, de baja sospecha y asintomáticos, los criterios clínicos de diagnóstico deben preceder en todo momento a los criterios analíticos.

### Bibliografía

1. Kaymakglu S, Eraksoy H, Okten A *et al.* Spontaneous ascitic infection in different cirrhotic groups: prevalence, risk factors and the efficacy of cefotaxime therapy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997;9:71-6.

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.<sup>1-3</sup> 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.<sup>4</sup> 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.<sup>1</sup> Entre los factores que favorecen esta infección destacan la gravedad de la cirrosis y la hemorragia gastrointestinal.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> Sin embargo, el uso de NOR reduce la recurrencia de episodios de PBE en comparación con placebo (20% vs. 68%).<sup>4</sup> El uso preventivo de antibióticos es útil aunque no mejora la supervivencia,<sup>5</sup> 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,<sup>5,6</sup> 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 candidatos a PEG se incluyeron 97 con estenosis orofaríngea maligna que no eran candidatos 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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,<sup>3</sup> 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 hipergastrinemia<sup>1</sup> y una relación positiva entre hipergastrinemia y desarrollo de pólipos colónicos.<sup>2</sup> 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).<sup>3</sup> Otro estudio tampoco encontró un riesgo aumentado de CCR en usuarios de IBP por más de siete años.<sup>4</sup> 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

los IBP aumentan el riesgo de CCR, pero son imperativos estudios de seguimiento más largo para ponerle punto final a la discusión.

## Bibliografía

1. Thorburn CM, Friedman GD, Dickinson CJ, Vogelmann JH, Orentreich N, Parsonnet J. Gastrin and colorectal cancer: a prospective study. *Gastroenterology* 1998;115:275-80.
2. Georgopoulos SD, Polymeros D, Triantafyllou K *et al*. Hypergastrinemia is associated with increased risk of distal colon adenomas. *Digestion* 2006; 74:42-46.
3. Yang YX, Hennessy S, Propert K, Hwang WT, Sedarat A, Lewis JD. Chronic proton pump inhibitor therapy and the risk of colorectal cancer. *Gastroenterology* 2007;133:748-54.
4. Robertson DJ, Larsson H, Friis S, Pedersen L, Baron JA, Sorensen HT. Proton pump inhibitor use and risk of colorectal cancer: a population-based, case-control study. *Gastroenterology* 2007;133:755-60.

Dr. Jorge Suazo Barahona

Centro de Enfermedades Digestivas  
Hospital Del Valle. San Pedro Sula, Honduras.

## Tratamiento a largo plazo de la colangitis esclerosante con vancomicina oral en niños: un antibiótico inmunomodulador

Davies YK, Cox KM, Abdullah BA, Safta A, Terra AB, Cix KL. Long-term treatment of primary sclerosing cholangitis in children with oral vancomycin: An immunomodulating antibiotic. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;47:61-67.

**Objetivo:** Revisar la experiencia de tratamiento de colangitis esclerosante primaria (CEP) con vancomicina oral.

**Sitio:** Hospital infantil universitario en California.

**Diseño:** Cohorte prospectiva.

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 14 niños con CEP confirmada por biopsia hepática, colangiopancreatografía retrógrada y/o resonancia magnética, que además padecían enfermedad inflamatoria intestinal (EII), con edad promedio de 12 años (rango 2-17 años) y relación de género masculino:femenino de 2:1. Todos los pacientes tuvieron demostración histológica de EII (tres con enfermedad de Crohn y 11 colitis ulcerativa), todos tenían pruebas de función hepática (PFH) alteradas y 12 tuvieron múltiples marcadores inmunológicos positivos. Todos los

pacientes recibieron vancomicina oral como tratamiento único de la hepatopatía a dosis de 50 mg/kg/día hasta la normalización o máxima mejoría de las PFH.

**Resultados:** Los 14 pacientes mejoraron los niveles de alanino amino-transferasa,  $\gamma$ -glutamil transpeptidasa, sedimentación globular y en sus síntomas clínicos en forma significativa. La mejoría fue menor en los pacientes con cirrosis, ya que se observó recurrencia de síntomas y alteraciones de laboratorio al suspender el medicamento después de dos a tres meses de terapia. Aquellos que recibieron nuevamente el tratamiento volvieron a normalizar las enzimas hepáticas. Siete pacientes sin cirrosis pudieron suspender el tratamiento luego de 19 meses, manteniéndose asintomáticos y con mejoría bioquímica persistente. Se realizó biopsia hepática en dos de estos pacientes durante el tratamiento con vancomicina siendo normales en ambos casos.

**Conclusión:** La vancomicina oral a largo plazo puede ser un tratamiento efectivo, especialmente si no existe cirrosis.

## Comentarios

La CEP es una enfermedad crónica de causa desconocida caracterizada por inflamación crónica progresiva, destrucción y fibrosis del árbol biliar con progresión a cirrosis e insuficiencia hepática.<sup>1</sup> En su patogenia están involucrados mecanismos inmunológicos. Al no conocer la etiología de la CEP, el tratamiento de pacientes con esta enfermedad se encuentra enfocado a reducir síntomas y prolongar sobrevida. Para ello, se han utilizado ácido ursodeoxicólico, corticosteroides e inmunosupresores solos o combinados, procedimientos endoscópicos en casos muy seleccionados y trasplante hepático.<sup>2</sup> Recientemente, se ha investigado el posible efecto benéfico de los medicamentos con acción antifactor de necrosis tumoral.<sup>3</sup> Hace una década Cox y cols.,<sup>4</sup> informaron mejoría en tres pacientes con CEP y EII con tratamiento con vancomicina oral. El mecanismo de su efecto se puede deber a su acción antimicrobianos en gérmenes gastrointestinales. Los pacientes con CEP cursan con autoanticuerpos positivos y el que viren a negativos durante el tratamiento con vancomicina sugiere un efecto de la misma en la inmunorreactividad. Se han informado efectos semejantes en pacientes con CEP a los observados con vancomicina

al emplear azitromicina que puede tener propiedades antiinflamatorias.<sup>5</sup> En este estudio Davies y cols., plantean el riesgo del desarrollo de resistencia microbiana a la vancomicina con su uso prolongado. Antes de estos estudios, no existía un tratamiento verdaderamente efectivo de la CEP. Investigaciones futuras deben identificar los mecanismos por los que la vancomicina actúa y desarrollar tratamientos específicos antimicrobianos o inmunológicos sin riesgo de crear resistencia microbiana.

## Bibliografía

1. Chapman RW. Sclerosing cholangitis. *Curr Opin Gastroenterol* 2007;23:310-16.
2. Vacca M, Krawczyk M, Petruzzelli M, Sasso RC, van Erpecum KJ, Palasciano G *et al.* Current treatments of primary sclerosing cholangitis. *Curr Med Chem* 2007;14:2081-94.
3. Bo X, Broome U, Remberger M, Sumitran-Holgersson S. Tumor necrosis factor impairs function of liver derived T lymphocytes and natural killer cells in patients with primary sclerosing cholangitis. *Gut* 2001; 49:131-41.
4. Cox KL, Cox KM. Oral vancomycin: treatment of primary sclerosing cholangitis in children with inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nut* 1998;27:580-3.
5. Boner AL, Perondi D, Bodini A, Delaini G, Piacentini G. Azithromycin may reduce cholestasis in primary sclerosing cholangitis: A case report and serendipitous observation. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2007;20:847-9.

*Dra. Solange Heller Rouassant*

Jefe del Departamento de Gastroenterología y  
Nutrición. Hospital Infantil de México Federico Gómez