



Figura 1 Porcentaje de enfermos con puntuación superior a 2 en cada ítem del GSRS.

epigástrico y epigastralgia que podrían encontrarse en el contexto de una dispepsia de tipo dismotilidad. El perfil de síntomas es independiente de la presencia de AcTG, de la histología y de la edad de los pacientes. Los AcTG se comportan únicamente como predictores de histología avanzada.

De hecho, en la reciente actualización de la guía clínica de dispepsia de la AEG se discute la posibilidad de realizar biopsias duodenales en pacientes con dispepsia a los que se les realice gastroscopia<sup>3</sup>. La proporción de pacientes con enfermedad relacionada con el gluten podría ser incluso superior a la reportada por Santolaria et al. si se consideran los pacientes con sensibilidad al gluten no celiaca<sup>4</sup>.

## Bibliografía

1. Santolaria S, Alcedo J, Cuartero B, Díez I, Abascal M, García-Prats MD, et al. Spectrum of gluten-sensitive enteropathy in patients with dismotility-like dyspepsia. *Gastroenterol Hepatol.* 2013;36:11–20.
2. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, Mearin ML, Phillips A, Shamir R, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis

of coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;54:136–60.

3. Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. *Gastroenterol Hepatol.* 2012;35:725, e1–38.
4. Jonas F, Ludvigsson JF, Leffler DA, Bai JC, Biagi F, Fasano A, et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. *Gut.* 2013;62:43–52.

Francisco J. Martínez Cerezo\*, Gemma Castillejo, Vanessa Morente, Núria Guillen, Josep M. Simó, Francisco J. Tena, Begoña Urdin, Joan Marsal y Domingo Pascual

*Unitat de Malaltia Celiaca, Serveis de Digestiu, Pediatria, Anatomia Patològica, Nutrició i Dietètica i Anàlisis Clínics, Hospital Universitari Sant Joan, Reus, Tarragona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correos electrònics: [fjmartinez@grupsagessa.com](mailto:fjmartinez@grupsagessa.com), [martinez@comll.cat](mailto:martinez@comll.cat) (F.J. Martínez Cerezo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.02.009>

## Corticoesteroides y gastroprotección

### Corticosteroids and gastroprotection

Sr. Director:

Los corticoesteroides se emplean en multitud de situaciones clínicas por sus efectos antiinflamatorios e inmunosupresores. En lo que respecta a la enfermedad inflamatoria

intestinal, los esteroides se utilizan en el brote agudo en dosis altas, aunque se intenta cada vez más prescindir de este tipo de fármaco por sus conocidos efectos adversos.

De los efectos adversos que implican a la enfermedad digestiva está el riesgo de toxicidad gastrointestinal que incluye la úlcera péptica y sus complicaciones (hemorragia y perforación). Este riesgo, dependiendo de los estudios revisados, es entre 1,8 y 2 veces el de los pacientes que no toman

este fármaco<sup>1</sup>. El daño es mayor con dosis más altas (con más de 30 mg/día)<sup>1</sup> y el riesgo de úlcera péptica puede llegar al 20% en series con alta prevalencia de uso concomitante con AINE<sup>2</sup>.

Luo et al.<sup>2</sup> relacionan el riesgo de úlcera péptica en pacientes con enfermedades autoinmunes e ingesta de corticoesteroides con edad mayor de 60 años, hábito tabáquico y toma de AINE. Sin embargo, de los 4 metaanálisis que existen en la literatura médica, solo hay uno que apoya esta asociación<sup>3,4</sup>. Los otros 3 metaanálisis<sup>5-7</sup> no encontraron ninguna asociación ni aumento del riesgo de toxicidad gastrointestinal excepto con el uso concomitante de AINE<sup>7</sup>.

De acuerdo con los estudios revisados y los metaanálisis que existen al respecto, no queda claro que sea necesario llevar a cabo una profilaxis gastroprotectora en los pacientes que toman corticoesteroides ya que no hay asociación entre la toma de esteroides y el desarrollo de afección ulcerosa<sup>8</sup>. En un subgrupo de pacientes con un alto riesgo de toxicidad gastrointestinal sí que estaría indicado realizar profilaxis gastroprotectora pero se desconocen cuáles son los factores de riesgo que se asocian a este incremento de toxicidad, salvo el uso concomitante de AINE<sup>9</sup>.

Hay que recordar que la toma de IBP se asocia con infecciones<sup>9</sup>, osteopenia con mayor riesgo de fracturas<sup>9</sup> e infección por *Clostridium difficile*<sup>10</sup>, por lo que la asociación de IBP y corticoesteroides podría tener un efecto sinérgico o aditivo de estos efectos<sup>9</sup>, pero esto se desconoce ya que no hay estudios al respecto.

Con esta carta pretendemos recordar que según la evidencia científica no hay motivo para llevar a cabo profilaxis gastroprotectora con el uso aislado de corticoesteroides ya que esta actitud no está apoyada por ninguna evidencia.

## Bibliografía

- Hernández Díaz S, García Rodríguez LA. Steroids and risk of upper gastrointestinal complications. *Am J Epidemiol*. 2001;153:1089-93.
- Luo JC, Chang FY, Lin HY, Lu RH, Lu CL, Chen CY, et al. The potential risk factors leading to peptic ulcer formation in autoimmune disease patients receiving corticosteroid treatment. *Aliment Pharmacol Ther* Jul. 2002;16:1241-51.
- Messer J, Reitman D, Sacks HS, Smith H, Chalmers TC. Association of adrenocorticoid therapy and peptic ulcer. *New Eng J Med*. 1983;309:21-4.
- Martinek J, Hlavova K, Zavada F, Seifert B, Rejchert S, Urban O, et al. A surviving myth corticosteroids are still considered ulcerogenic by a majority of physicians. *Scand J Gastroenterol*. 2010;45:1156-61.
- Conn HO, Blitzer BL. Nonsassociation of adrenocorticoid therapy and peptic ulcer. *N Eng J Med*. 1976;294:473-9.
- Conn HO, Poynard T. Corticosteroids and peptic ulcer: meta-analysis of adverse events during steroid therapy. *J Inter Med*. 1994;236:619-32.
- Piper JM, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR. Corticosteroid use and peptic ulcer disease: role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Intern Med*. 1991;114:735-40.
- Fardet L, Kassir A, Caban J, Flahault A. Corticosteroid induced adverse events in adults. *Drug Safety*. 2007;30.
- Munson J, Wahl P, Daniel G, Kimmel S, Hennessy S. Factors associated with the initiation of proton pump inhibitors in corticosteroid users. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2012;21:366-74.
- Campbell KA, Phillips MS, Stachel A, Bosco 3rd JA, Mehta SA. Incidence and risk factors for hospital-acquired *Clostridium difficile* infection among inpatients in an orthopaedic tertiary care hospital. *J Hosp Infect*. 2013;83:146-9.

Lorena Sancho<sup>a,\*</sup>, Luis Téllez<sup>b</sup>, José Luis Cuño<sup>b</sup>,  
Marta Aicart<sup>b</sup> y Antonio López-Sanromán<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

<sup>b</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Ramón y Cajal, Valladolid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [afadocs@hotmail.com](mailto:afadocs@hotmail.com) (L. Sancho).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.02.008>