

En conclusión, consideramos que todos aquellos pacientes con DILI y, sobre todo, los que presentan un segundo episodio por reexposición al mismo fármaco o a un segundo fármaco con estructura bioquímica similar, siempre debe descartarse una asociación con HAI (de acuerdo con la puntuación simplificada) e iniciar el tratamiento de forma oportuna. De acuerdo a la evidencia son pacientes con un mejor pronóstico, dado que no hay recaídas después de parar el tratamiento.

## Bibliografía

1. Lammert C, Bjornsson E, Niklasson A, Chalasani N. Oral medications with significant hepatic metabolism at higher risk for hepatic adverse events. *Hepatology*. 2010;51:615–20.
2. Zhang-Xu Liu MD, Neil Kaplowitz MD. Immune-mediated drug-induced liver disease. *Clin Liver Dis*. 2002;6:467–86.
3. Bjornsson E. Review article: Drug-induced liver injury in clinical practice. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;32:3–13.
4. Chalasani N, Fontana RJ, Bonkovsky HL, Watkins PB, Davern T, Serrano J, et al. Causes, clinical features, and outcomes from a prospective study of drug-induced liver injury in the United States. *Gastroenterology*. 2008;135:1924–34, e1921–1924.
5. Hunt CM. Mitochondrial and immunoallergic injury increase risk of positive drug rechallenge after drug-induced liver injury: a systematic review. *Hepatology*. 2010;52:2216–22.
6. Lucena MI, Kaplowitz L, Hallal H, Castiella A, Garcia-Bengochea M, Otazua P, et al. Recurrent drug-induced liver injury (DILI) with different drugs in the Spanish registry. The dilemma of the relationship to autoimmune hepatitis. *J Hepatol*. 2011;55:70–7.
7. Hennes EM, Zeniya M, Czaja AJ, Pares A, Dalekos GN, Krawitt EL, et al. Simplified criteria for the diagnosis of autoimmune hepatitis. *Hepatology*. 2008;48:169–76.
8. Czaja AJ. Current concepts in autoimmune hepatitis. *Ann Hepatol*. 2005;4:6–24.
9. Weiler-Normann C, Schramm C. Drug induced liver injury and its relationship to autoimmune hepatitis. *J Hepatology*. 2011;55:747–9.
10. Bjornsson E, Talwalkar J, Treeprasertsuk S, Kamath PS, Takahashi N, Sanderson S, et al. Drug-induced autoimmune hepatitis: clinical characteristics and prognosis. *Hepatology*. 2010;51:2040–8.

Ignacio García Juárez<sup>a</sup>, Rosa Miquel<sup>b</sup>, Xavier Forns<sup>a,\*</sup> y Miquel Bruguera<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Hepatología, Hospital Clínic, IDIBAPS y CIBEREHD, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínic, IDIBAPS y CIBEREHD, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xforns@clinic.ub.es (X. Forns).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.07.010>

## Respuesta a «Espectro de la enteropatía sensible al gluten en pacientes con dispepsia de tipo dismotilidad»

### Response to «Spectrum of gluten-sensitive enteropathy in patients with dysmotility-like dyspepsia»

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo de Santolaria et al.<sup>1</sup> recientemente publicado en esta revista, en el que se analiza la prevalencia de enteropatía sensible al gluten en la dispepsia de tipo dismotilidad. Queríamos corroborar los resultados de los autores a partir de los resultados obtenidos en nuestros pacientes desde otra perspectiva.

Para valorar los síntomas gastrointestinales predominantes en pacientes con enfermedad celíaca y su relación con los anticuerpos antitransglutaminasa (AcTG) y la histología se estudiaron pacientes con enfermedad celíaca diagnosticados consecutivamente en 2 años. Se consideraron negativos títulos de AcTG < 3 U/ml, positivos entre 3-30 U/ml y positivos intensos títulos > 30 U/ml, tal como recomiendan los nuevos criterios de la ESPHGAN<sup>2</sup>. Lesiones Marsh IIIb o IIIc se consideraron como histologías avanzadas. A todos los pacientes se les pasó el test GSRS en el momento del diagnóstico. Los resultados del test se analizaron cuantitativamente y cualitativamente considerando para cada ítem la proporción de enfermos que presentaban

puntuación > 2 (prop > 2, 2 = molestias ligeras). Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar (DE) o mediana según el tamaño de la muestra. Se incluyeron 33 pacientes (25 mujeres, 8 hombres) con edad 38,67 años (DE: 11,78). Los AcTG eran negativos en 10 pacientes, positivos en 9 y positivos intensos en 14. Diecinueve pacientes presentaban histologías leves (11 Marsh I, 1 Marsh II y 7 Marsh IIIa) y 14 histologías avanzadas (12 Marsh IIIb, 2 Marsh IIIc). La mediana de edad de los pacientes con AcTG positivos (30 años) era menor que la de los pacientes con AcTG negativos (45,5 años, p=0,009) y AcTG positivos intensos (42,5 años, p=0,012). Pacientes con AcTG positivos intensos presentaban mayor proporción de histologías avanzadas (AcTG negativos 0/10, AcTG positivos 2/9, AcTG positivos intensos 12/14, p<0,001). La puntuación GSRS total fue de 29,85 (DE: 18,05). En la figura 1 se muestra los resultados cualitativos por síntomas. Los predominantes fueron flatulencia (3,18, DE: 1,67, prop > 2 = 72,73%), sensación de evacuación incompleta (3,09, DE: 2,14, prop > 2 = 63,64%), distensión (3,09, DE: 2,15, prop > 2 = 60,61%), sensación de vacío epigástrico (2,24, DE: 1,64, prop > 2 = 45,45%), epigastralgia (2,21, DE: 1,82, prop > 2 = 42,42%) y urgencia deposicional (media 2,03, DE: 2,16, prop > 2 = 33,33%). No hemos encontrado diferencias significativas en la sintomatología según la edad, los niveles de AcTG, ni la histología.

Concluimos que la sintomatología predominante de los pacientes con enfermedad celíaca del adulto es inespecífica y similar a la de enfermedades funcionales, con síntomas como flatulencia, distensión, sensación de vacío

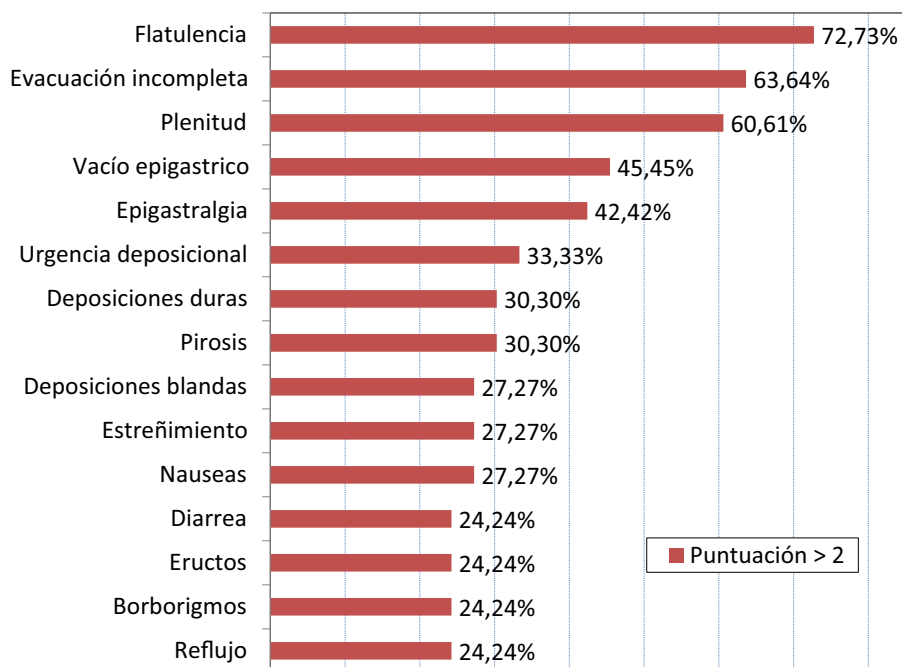


Figura 1 Porcentaje de enfermos con puntuación superior a 2 en cada ítem del GSRS.

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 celíaca<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 Celíaca, 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