

Tabla 1 Parámetros bioquímicos

Bilirrubina (0-1,1 mg/dl)	3,8	8,4	19,6	18,8	6,78	2,79	0,46
Bilirrubina esterificada (0-0,4 mg/dl)	2,1	7,43	11,9	18,3	5,3	1,89	-
AST (0-31 UI/l)	79	91	85	98	82	71	18
ALT (0-31 UI/l)	251	189	125	147	103	150	23
GGT (5-36 UI/l)	-	108	-	34	32	24	14
FA (35-104 UI/l)	-	314	-	480	319	180	76
Semanas ^a	4	6	7	8	11	13	21

^a Desde la toma de ibuprofeno.

farmacovigilancia. Nuestro caso fue notificado al centro de farmacovigilancia correspondiente.

Bibliografía

- Paulose-Ram R, Hirsch R, Dillon C, Losonczy K, Cooper M, Ostheaga Y. Prescription and non-prescription analgesic use among the US adult population: results from the third National health and nutritional examination survey (NHANES III). *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2003;12:315-26.
- Aithal GP, Day CP. Nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced hepatotoxicity. *Clin Liver Dis.* 2007;11:563-75, vi-vii.
- Bennett Jr WE, Turmelle YP, Shepherd RW. Ibuprofen-induced liver injury in an adolescent athlete. *Clin Pediatr (Phila).* 2009;48:84-6.
- Rodriguez-Gonzalez FJ, Montero JL, Puente J, Fraga E, Costán G, Barrera P, et al. Orthotopic liver transplantation after subacute liver failure induced by therapeutic doses of ibuprofen. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:2476-7.
- Laurent S, Rahier J, Geubel AP, Lerut J, Horsmans Y. Subfulminant hepatitis requiring liver transplantation following ibuprofen overdose. *Liver.* 2000;20:93-4.
- Lee CY, Finkler A. Acute intoxication due to ibuprofen overdose. *Arch Pathol Lab Med.* 1986;110:747-9.
- Riley III TR, Smith JP. Ibuprofen-induced hepatotoxicity in patients with chronic hepatitis C: a case series. *Am J Gastroenterol.* 1998;93:1563-5.
- Andrade RJ, Lucena MI, García-Cortés M, García-Ruiz E, Fernández-Bonilla E, Vázquez L. Chronic hepatitis C, ibuprofen, and liver damage. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:1854-5.
- Rubenstein JH, Laine L. Systematic review: the hepatotoxicity of non-steroidal antiinflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;20:373-80.
- Andrejak M, Davion T, Gineston JL, Capron JP. Cross hepatotoxicity between non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Br Med J.* 1987;295:180-1.

Marcos Kutz Leoz*, Federico Bolado Concejo,
José María Urman Fernández,
José Manuel Zozaya Urmeneta y Ana Martínez Peñuela*

*Servicios de Aparato Digestivo y Anatomía Patológica,
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mkutzleo@alumni.unav.es
(M. Kutz Leoz).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.03.014

Osteomielitis del esternón y celulitis tras gastrostomía percutánea endoscópica

Sternal osteomyelitis and cellulitis after percutaneous endoscopic gastrostomy

Sr. Director:

Actualmente la gastrostomía percutánea endoscópica (PEG) se ha convertido en un procedimiento común para obtener el acceso gástrico en pacientes con imposibilidad física para la ingesta oral^{1,2}. Esto permite mejorar el estado nutricional y la administración de fármacos, algo razonable incluso en pacientes con enfermedades terminales de larga duración.

Presentamos el caso de un varón de 55 años institucionalizado, con síndrome parkinsoniano de larga evolución, epilepsia generalizada y depresión mayor, al que se le coloca una sonda tipo Kimberly-Clark de 20 F mediante PEG que posteriormente fue sustituida por una FloCare de 20 F. Al año siguiente acude a urgencias por dolor en la zona de la gastrostomía y picos febriles, presentando un

importante enrojecimiento en torno al estoma, con edema, piel caliente y salida de pus. Fue tratado ambulatoriamente con amoxicilina-ácido clavulánico y josamicina sin éxito.

En la analítica general destaca una PCR 13 mg/dl (normal < 0,5), leucocitos 22.010/mm³ (normal 4.800-10.800) sin neutrofilia, plaquetas 708.000/mm³ (normal 130-400). La TAC toracoabdominal sin CIV (figs. 1 y 2): «imagen lítica en cuerpo de esternón que asocia masa de partes blandas, de unos 45 x 58 mm, adyacente a sonda de gastrostomía (la cual atraviesa apéndice xifoides) y que indica como primera posibilidad diagnóstica osteomielitis del esternón. Se observa infiltración de la grasa pericárdica anterior».

En el cultivo del exudado se aísla *Pseudomonas aeruginosa* sensible a ciprofloxacino. Se establece el diagnóstico de osteomielitis del esternón y celulitis de partes blandas en relación con estoma de nutrición. Se instaura tratamiento con ciprofloxacino oral durante 3 meses, con buena respuesta del paciente, desapareciendo la fiebre y los signos de celulitis.

Las complicaciones de la PEG son más frecuentes en pacientes ancianos con enfermedades concomitantes, especialmente en aquellos con un proceso infeccioso o

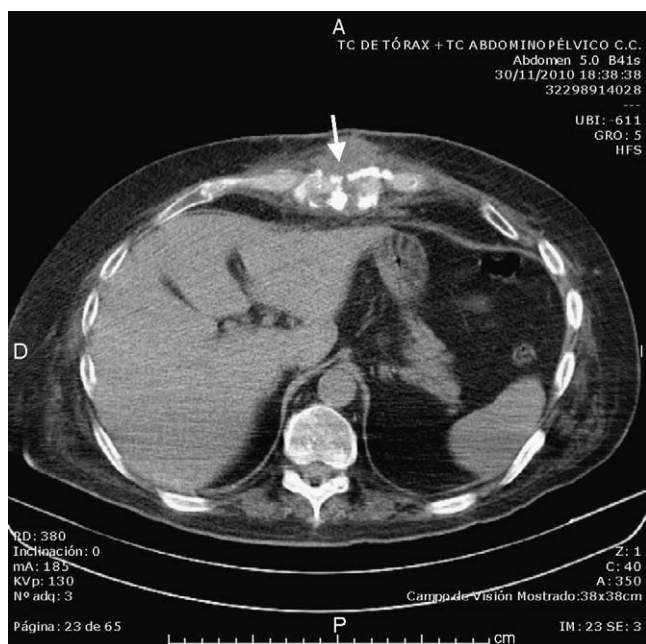


Figura 1 Imagen lítica en cuerpo de esternón y partes blandas.

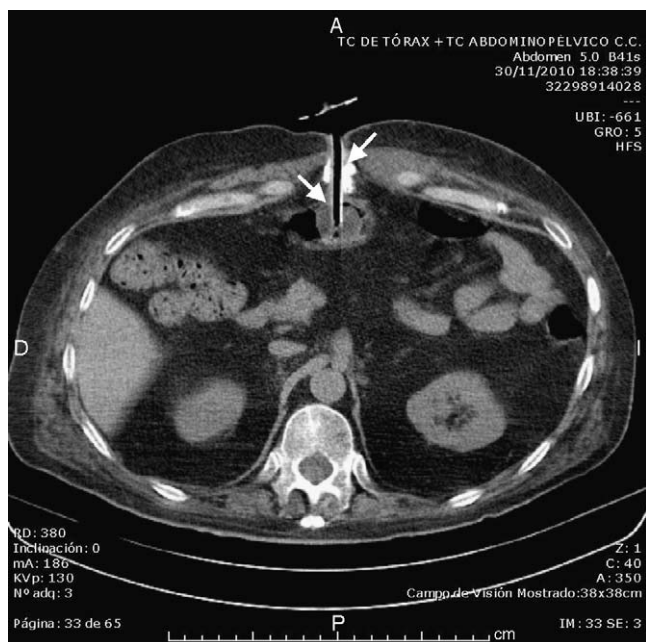


Figura 2 Sonda de gastrostomía atravesando el apéndice xifoides.

antecedentes de aspiración³. Se clasifican en menores⁴⁻⁶ (infección o sangrado de la herida, fuga, úlcera gástrica o cutánea, neumoperitoneo, íleo, enclavamiento en duodeno, persistencia de la fístula tras extracción de la sonda, etc.) y mayores⁴⁻⁶ (como fascitis necrosante, perforación esofágica o gástrica, fístula colocutánea o salida inadvertida de la sonda). Al revisar la literatura médica no hemos encontrado descrito ningún caso de osteomielitis y/o celulitis secundarios a PEG como el que aquí presentamos.

Bibliografía

1. DeLegge MH. <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/uptodate/contents/extrarenal-manifestations-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease/contributors>. Uptodate. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) placement: justifying the intervention [actualizado 11/8/2010] [consultado 19/2/2011]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
2. Shin JH, Park AW. Updates on percutaneous radiologic gastrostomy/gastrojejunostomy and jejunostomy. *Gut Liver*. 2010;4 Suppl 1:S25-31.
3. DeLegge MH. Uptodate. <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/uptodate/contents/extrarenal-manifestations-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease/contributors>. Prevention and management of complications from percutaneous endoscopic gastrostomy [actualizado 11/8/2010] [consultado 19/2/2011]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
4. Galaski A, Peng WW, Ellis M, Darling P, Common A, Tucker E. Gastrostomy tube placement by radiological versus endoscopic methods in an acute care setting: a retrospective review of frequency, indications, complications and outcomes. *Can J Gastroenterol*. 2009;23:109-14.
5. Bordes J, Hornez E, Kenane N, Carrere C, Asencio Y, Goutorbe P. The complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Crit Care*. 2008;12:422.
6. Schrag SP, Sharma R, Jaik NP, Seamon MJ, Lukaszczyk JJ, Martin ND, et al. Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes. A comprehensive clinical review. *J Gastrointest Liver Dis*. 2007;16:407-18.

Aida Selfa Muñoz*, Rosario del Pilar López Segura, María Eloísa Cervilla Sáez de Tejada, Angel Palacios Pérez y Francisco Javier Salmerón Escobar

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aidasale@hotmail.com (A. Selfa Muñoz).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.03.009

Intoxicación aguda por cinitaprida

Acute cinitapride poisoning

Sr. Director:

He leído con atención el artículo sobre la eficacia y la seguridad de cinitaprida (Portincasa et al¹) y la carta al direc-

tor aclaratoria sobre la seguridad cardíaca de cinitaprida (Mearin et al²). Quisiera aportar una experiencia reciente en nuestro centro que añade nuevos datos al respecto.

Se trata de una paciente de 59 años con antecedente de dislipidemia y asma bronquial, que seguía control en digestivo por dispepsia. La paciente refirió cambio en el ritmo deposicional, por lo que se solicitó una colonoscopia programada. La paciente seguía tratamiento con cinita-