

samiento con cereales en el biberón de una fórmula estándar, ya que esta segunda modalidad altera el equilibrio calórico e incrementa de forma notable la densidad de la fórmula antes de la deglución (la densidad de la fórmula AR es similar a las leches de inicio y sólo incrementa su densidad en el medio ácido), con el consiguiente esfuerzo sobreañadido a la deglución en un niño en el que la regurgitación puede originarle pequeños trastornos motores esofágicos, que se incrementarán al deglutir una fórmula mas espesa.

En todas las reuniones e informes del comité de reflujo gastroesofágico, o del grupo de estudio del cisapride de la ESPGHAN de los últimos años<sup>3,4,9</sup> se recomiendan los espesantes como la segunda medida terapéutica, tras la información a los padres. Estoy totalmente de acuerdo en que las fórmulas AR son un alimento especial, que debe ser indicado por el médico y no deberían venderse en los supermercados.

Por último, quienes tratamos pacientes con reflujo gastroesofágico y realizamos estudios pHmétricos, endoscópicos y manométricos en un centro de asistencia terciaria, observamos que sin que sea un porcentaje exacto, el 60-70% de los niños que acuden desde el pediatra de primaria para completar estudios por reflujo, reciben o han recibido una leche AR, y en la mayoría de los casos han mejorado clínicamente, aunque no de todo (si estuvieran sanos no vendrían a completar estudios). No me olvido de que "Cualquier acto terapéutico entre el nacimiento y los 4 meses se relaciona con una disminución de la regurgitación, aunque la evolución natural muestre una tendencia ascendente"<sup>10</sup>, pero sí estoy convencido de que las fórmulas AR son una buena medida terapéutica en el lactante con regurgitaciones, tienen ciertamente un efecto variable sobre reflujo ácido, pero disminuyen estadísticamente la incidencia y gravedad de la regurgitación y mejoran el sueño<sup>6,11</sup>. Por lo tanto, a falta de procinéticos efectivos y sin efectos secundarios, considero que las fórmulas AR constituyen una buena medida terapéutica en la regurgitación simple.

**A. Bautista Casasnovas**

Departamento de Pediatría.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano de la Torre MJ. Fórmulas antirregurgitación: ¿tienen alguna indicación? *An Esp Pediatr* 2000; 53: 501.
2. Ballabriga A, Moya M, Bueno M, Cornellá J, Dalmau J, Domech R et al. Indicaciones de las fórmulas antirregurgitación. *An Esp Pediatr* 2000, 52: 369-371.
3. Vandenplas Y, Belly D, Benhamou P, Cadranel S, Cezard JP, Cucchiara S et al. A critical appraisal of current management practices for infant regurgitation: recommendations of a working party. *Eur J Pediatr* 1997; 156: 343-357.
4. Vandenplas Y, Belly D, Cadranel S, Cucchiara S, Dupont C, Heymans H et al. Dietary treatment for regurgitation: recommendations from a working party. *Acta Paediatr* 1998; 87: 462-468.
5. Oreste SR, Magill HL, Brooks P. Thickening of infants feedings for therapy of gastroesophageal reflux. *J Pediatr* 1987; 110: 181-186.
6. Vanderhoof JA, Mehra S, Bailey E, Kagey WJ, Slosberg EJ, Moran JR et al. Efficacy of thickening formulas in children with GERD symptoms. *Pediatr Research* 1999; 45: 118A.
7. Tolia W, Lin CH, Khuns LR. Gastric emptying using three different formulas in infant with gastroesophageal reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1992; 15: 297-301.
8. Working group on motility disorders and GERD. World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. August 5-9, 2000. Report of the Working groups, 2000; 194-203.
9. Vandenplas Y, ESPGHAN Cisapride Panel. Current indications for cisapride. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31: 480-489.
10. Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. A pediatric practice-based survey. *Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 569-572.
11. Khoshoo V, Ross G, Brown S, Edell D. Smaller volume, thickened formulas in the management of gastroesophageal reflux in thriving infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31: 554-556.

### Fe de err or es

En el artículo de D. Gómez-Pastrana Durán et al titulado "Rentabilidad de la baciloscopia y el cultivo en muestras de jugo gástrico para el diagnóstico de la tuberculosis" (*An Esp Pediatr* 2000; 53: 405-411) en el cuarto párrafo del apartado "Resultados globales" (pág. 407) *donde dice* "Se incluyeron 51 niños sin infección tuberculosa, de los cuales 14 tenían contacto con un adulto con TBC activa" *debe decir* "Se incluyeron 51 niños sin infección tuberculosa, de los cuales 13 tenían contacto con un adulto con TBC activa".