

## Comentarios al Editor

### Vol.19 No. 4

#### Secreción ácida por heterotopía gástrica en esófago cervical

Con respecto al artículo publicado por Castaño y cols (1) quisiéramos anotar que la mucosa gástrica heterotópica tiene una frecuencia de 0,1 a 10%, (2) es diagnosticada cuando se examina cuidadosamente el esófago cervical, varía su diámetro de unos pocos milímetros a más de 2 cm, puede observarse como uno o dos islotes mucosos y se localiza entre los primeros 3 cm y el esfínter esofágico superior hacia la pared lateral o posterior y algunas veces compromete el EES (esfínter esofágico superior), y tiene la capacidad de secretar ácido como lo muestran los estudios por los autores mencionados (3,4) lo cual ha sido detectado por el uso de el monitoreo de pH intraluminal y se le atribuyen complicaciones como esofagitis péptica, anillos, estrecheces, ulceración y perforación, fistula traqueoesofágicas e inclusive adenocarcinoma en el esófago cervical (5-9), pero no está claro el papel que juega en las manifestaciones extradigestivas.

Dos mecanismos se han propuesto para explicar los síntomas laríngeos: el contacto directo del ácido gástrico con la vía aérea superior, en algunos casos debido a microaspiración y a un reflejo vasovagal disparado por la acidificación de la porción distal del esófago. El RGE (reflujo gastroesofágico) durante el sueño se considera un mecanismo importante para el desarrollo de complicaciones supraesofágicas de la ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) como asma y fibrosis pulmonar idiopática. Son contradictorios los hallazgos en el estudio de Castaño y cols., donde se menciona que los reflujos proximales aparecen durante el día y durante la posición de pie puesto que los registros gráficos muestran (al menos los publicados) que estos episodios de reflujo se presentaron predominantemente durante la noche en el sensor proximal; y observando esto, los cambios durante el

sueño pueden ser debidos a cambios fisiológicos que incluyen tiempo prolongado de contacto con el ácido, disminución de la presión del EES, incremento de la secreción de ácido gástrico, disminución de la salivación, de la deglución y de la percepción conciente del ácido. (10)

De ninguna manera el hallazgo de los episodios de reflujo proximales durante el día y en posición de pie desvirtúa la posibilidad de reflujo distal con exposición proximal prolongada, el estudio de Ing y cols., (11) investiga la importancia de la exposición de ácido del esófago distal en la patogénesis de la tos y con sus hallazgos sugiere que la estimulación de un mecanismo reflejo esofágico por la exposición ácida del esófago distal es uno de los mecanismos que podría explicarla, de igual forma la tos puede inducir RGE por incremento de la presión trasdiafragmática e inducción de relajaciones transitorias del EEI (esfínter esofágico inferior), pero la relación entre reflujo supino y tos crónica no ha sido evaluada. (12)

El papel del monitoreo de pH con doble censor en el diagnóstico de ERGE es controvertido (10, 13) y la medida del reflujo ácido en el esófago proximal puede ser útil en la evaluación de pacientes con sospecha de manifestaciones extradigestivas asociadas a reflujo, sin embargo, los datos disponibles son limitados y contradictorios (13-20, 21) y también son poco claros los factores que determinan la extensión proximal del reflujo, pero se consideran importantes frecuencia de reflujo en el esófago distal, volumen del reflujo, resistencia del cuerpo esofágico, y función de depuración esofágica, y como lo menciona Mc Collough y cols., (21) la localización del sensor en el esófago proximal debe realizarse con manometría.

Pensamos que faltaría revisar qué porcentaje de pacientes con manifestaciones extradigestivas tienen

heterotopia gástrica para así poder sugerir relación causa efecto, que en la actualidad no puede ni siquiera especularse.

La conclusión del estudio es únicamente la demostración de que los pacientes evaluados tenían manifestaciones extraesofágicas sin poder inferir una relación de causalidad. No se puede saber por la publicación si la respuesta a los inhibidores de bomba de protones fue medida objetivamente (escala de síntomas, monitoreo de pH) y si la mejoría observada se debe a efecto placebo, disminución del tiempo de contacto con el ácido-tercio distal del esófago o cualquier otro tipo de sesgo del observador.

La utilidad de la publicación de este tipo de estudios (serie de casos) radica fundamentalmente en la posibilidad de generar preguntas de investigación y no en la posibilidad de establecer causalidad o medir respuesta terapéutica.

## Referencias

1. Castaño, R.; Erebric, F.; Sanín, E.; Juliao, F.; Ruiz, M., "Secreción ácida a partir de la heterotopia gástrica en esófago cervical demostrada por pHmetría de 24 horas", en revista Colomb Gastroenterol 2004, 19(3): 178-182.
2. Akbayir, N.; Alkim, C.; Erdem, L.; Sökmen, HM.; Sungun, A.; Basak, T.; Turgut, S.; Mungan, Z., Heterotopic gastric mucosa in the cervical esophagus (inlet patch): Endoscopic prevalence, histological and clinical characteristics, J Clin.Gastroenterol, 2004, 19: 891-896.
3. Galan, AR.; Katzka, DA.; Castell, DO., Acid secretion from an Esophageal inlet patch demonstrated by ambulatory pH Monitoring, Gastroenterology, 1998, 115: 1574-1576.
4. Byrne, M.; Sheehan, K.; Kay, E.; Patchett, S., Symptomatic ulceration of an acid-producing oesophageal inlet patch colonized by helicobacter pylori, Endoscopy 2002, 34(6): 514.
5. Waring, JP.; Wo, JM., Cervical esophageal web caused by an inlet patch of gastric mucosa, South Med J, 1997, 90: 554-5.
6. Sanchez-Pernaute, A.; Hernando, F.; Diez-Valladares, L., et al., Heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus (inlet patch): a rare cause of esophageal perforation, Am J Gastroenterol, 1999, 94: 3047-50.
7. Kohler, B.; Kohler, G.; Riemann, JF., Spontaneous esophageal fistula resulting from ulcer in heterotopic gastric mucosa, Gastroenterology 1988, 95: 828-30.
8. Nguchi, T.; Takeno, S.; Takahashi, Y.; Sato, T.; Uchida, Y.; Yokoyama, S., Primary adenocarcinoma of the cervical esophagus arising from heterotopic gastric mucosa, J.Gastroenterol 2001, 36: 704-9.
9. Borhan-Manesh; Farnum, JB., Incidence of heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus, Gut 1991, 32: 968-72.
10. Fass, R.; Achem, SR.; Harding, S.; Mittal, RK.; Quigley, E., Review Article: Supra-oesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease and the role of night-time gastroesophageal, Aliment Pharmacol Ther, 2004, 20 (Suppl. 9): 26-38.
11. Ing, AJ.; Ngu, MC.; Breslin, AB., Pathogenesis of chronic persistent cough associated with gastroesophageal reflux disease, Am J Respir Crit Care Med, 1994, 149: 160-7.
12. Napierkowski, J.; Wong, RK., Extraesophageal manifestations of GERD, Am J Med Sci., 2003, 326: 285-99.
13. Cool, M.; Poelmans, J.; Feenstra, L.; Tack, J., Characteristics and Clinical Relevance of Proximal Esophageal pH Monitoring, Am J Gastroenterol 2004, 99: 2317-2323.
14. Richter, JE., Typical and atypical presentations of gastroesophageal reflux disease. The role of esophageal testing in diagnosis and management, Gastroenterol Clin North Am, 1996, 25: 75-102.
15. Champion, GL.; Richter, JE., Atypical presentations of gastroesophageal reflux disease: Chest pain, pulmonary and ear, nose, throat manifestations, Gastroenterology 1993, 1: 18-33.
16. Jacob, P.; Kahrilas, PJ.; Herzon, G., Proximal esophageal pHmetry in patients with "reflux laryngitis", Gastroenterology 1991, 100: 305-10.
17. Shaker, R.; Milbrath, M.; Ren J, et al., Esophagopharyngeal distribution of refluxed gastric acid in patients with reflux laryngitis, Gastroenterology 1995, 109: 1575-82.
18. Castal, OL.; Castell, JA.; Castell, DO., Frequency and site of gastroesophageal reflux in patients with chest symptoms, Chest 1994, 106: 1793-96.
19. Patti, MG.; Debas, HT.; Pellegrini, C., Esophageal manometry and 24 hour pH monitoring in the diagnosis of pulmonary aspiration secondary to gastroesophageal reflux, Am J Surg 1992, 163: 401-06.
20. Ekstrom, T.; Tibbling, L., Gastro-oesophageal reflux and triggering of bronchial asthma: A negative report, Eur J Respir Dis, 1987, 71: 177-80.
21. McCollough, M.; Jabbar, A.; Cacchione, R.; Allen, JW.; Harrell, S.; Wo, J., Proximal Sensor Data from Routine Dual-Sensor Esophageal pH Monitoring is often Inaccurate, Dig Dis Sci, 2004, 49: 1607-1611.

**Albis Hani de Ardila MD.** Profesor Asociado de Medicina Interna y Gastroenterología, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana.

**Jaime Alvarado B. MD.** Profesor Asociado de Medicina Interna y Gastroenterología, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana.

**Alberto Rodríguez V. MD.** Profesor Asociado de Medicina Interna y Gastroenterología, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana.

**Claudia Solano F. MD.** Instructor de Medicina Interna y Gastroenterología, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana.

**Raúl Cañadas G. MD.** Instructor de Medicina Interna y Gastroenterología, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana.

**Reinaldo Rincón S. MD.** Residente II Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Instructor de Medicina Interna y Gastroenterología, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana.

## RESPUESTA DE LOS AUTORES

Queremos expresar gran complacencia por el interés despertado por nuestro artículo Secreción ácida a partir de la heterotopia gástrica en esófago cervical demostrada por pHmetría de 24 horas (1) en el grupo de gastroenterología del Hospital San Ignacio-Pontificia Universidad Javeriana.

Como lo indica el título, el objetivo fundamental de la evaluación de esta serie de 10 pacientes era demostrar, por hallazgos de pHmetría, la secreción ácida a partir de estos islotes heterotópicos de mucosa gástrica, cuya presencia se ignoraba antes de la realización del estudio de pH con doble sensor. Como se describe en el estudio, esta secreción ácida no está suficientemente sustentada en la literatura e incluso hacemos referencia al valor limitado de la pHmetría en el estudio del reflujo ácido en el esófago proximal (2).

La evaluación de la sintomatología en estos pacientes demostró que todos ellos tenían manifestaciones extraesofágicas y como lo demuestra la tabla 2 (Revista Colombiana de gastroenterología Vol. 19 No. 3 Julio - Septiembre/2004), donde se discriminan las características de la presentación de los episodios de reflujo proximales en posición supina y de pies, no existe un patrón específico diurno o nocturno en la secreción ácida a partir de la heterotopia gástrica. De allí que no existe ninguna contradicción en lo descrito en el artículo (discusión) y los registros gráficos que presentamos a manera de ejemplo.

La relación de la sintomatología extraesofágica y más concretamente de dolor de garganta y sensación de taco en los pacientes con heterotopia gástrica en esófago cervical ya había sido referida por Nakajima (3) demostrando con tinciones y la administración de tetragastrina la secreción ácida de los islotes. Además, en el estudio de Akbayir (4) (citado por el grupo de gastroenterología del Hospital San Ignacio-Pontificia Universidad Javeriana) se encontró el doble de manifestaciones extraesofágicas en los pacientes con heterotopia gástrica (45%) con respecto al grupo sin ella (21,5%). La importancia de estas manifestaciones clínicas se hace evidente en la más reciente revisión referente al tema, Von Rahden (5) clasifica la hete-

rotopia gástrica en esófago en 5 tipos destacando las tipo II (sin cambios estructurales locales) y la tipo III (con cambios locales como estenosis, úlceras, fistulas, etc.) como aquellas que cursan con manifestaciones de disfagia u odinofagia y las “manifestaciones extraesofágicas” (sic).

Es evidente que las características del estudio y principalmente sus objetivos no permiten hacer una inferencia causal con respecto a la aparición de estos síntomas extraesofágicos y la presencia de la heterotopia gástrica. El problema de la causalidad está mucho más allá de la simple descripción de eventos y sus posibles asociaciones. Elementos como la coherencia biológica, la reproducibilidad de los hallazgos y la simple consistencia entre observaciones deben conjugarse para poder llegar a conclusiones razonables.

Finalmente, coincidimos plenamente con el propósito de los estudios de tipo observacional no analítico como las series de casos: generar preguntas de investigación, despertar dudas y cuestionamientos, y originar discusiones científicas como la presente.

## Referencias

1. Castaño, R; Erebríe, F; Sanín, E; Juliao, F; Ruiz, M., “Secreción ácida a partir de la heterotopia gástrica en esófago cervical demostrada por pHmetría de 24 horas”, en Rev Colomb Gastroenterol, 2004, 19(3): 178-182.
2. Vaezi, MF; Schroeder, PI; Richter, JE., Reproducibility of proximal probe pH parameters in 24-hour ambulatory oesophageal pH monitoring, Am J Gastroenterol, 1997; 92: 825-829.
3. Nakajima, H; Munakata, A; Sasaki, Y; Yoshida, Y., pH profile of oesophagus in patients with inlet patch of heterotopic gastric mucosa after tetragastrin stimulation. An endoscopic approach, Dig Dis Sci, 1993, 38(10): 1915-9.
4. Akbayir, N; Alkim, C; Erdem, I; Sökmen, HM; Sungun, A; Basak, T; Turgut, S; Mungan, Z., Heterotopic gastric mucosa in the cervical esophagus (inlet patch): Endoscopic prevalence, histological and clinical characteristics, J Clin.Gastroenterol, 2004, 19: 891-896.
5. Von Rahden, BH; Stein, HJ; Becker, K; Liebermann-Meffert, D; Siewert, JR., Heterotopic gastric mucosa of the oesophagus: literature-review and proposal of a clinicopathologic classification, Am J Gastroenterol, 2004, 99(3): 543-51.

**Rodrigo Castaño Ll. MD.** Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia. Hospital Pablo Tobón Uribe-Universidad de Antioquia.

**Faruk Erebríe G. MD.** Gastroenterólogo, Universidad de Antioquia.

**Eugenio Sanín F. MD.** Gastroenterólogo, Universidad de Antioquia.

**Fabián Juliao B. MD.** Internista-Gastroenterólogo. Hospital Pablo Tobón Uribe.

**Mario Ruiz V. MD.** Cirujano General. Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

**MUVETT  
PROCAPS**

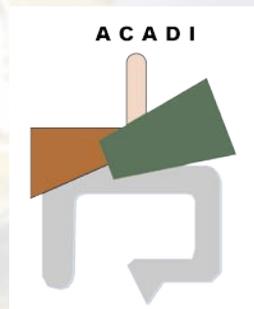
# CONGRESO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS

**“La Gastroenterología Mundial en Nuestro País”**

**Cartagena de Indias ♦ Noviembre 5, 6, 7 de 2005**

**Hotel Cartagena Hilton**

**Asociación Colombiana de Asociaciones del Aparato Digestivo - ACADI**



## Junta Directiva 2003-2005

*Presidente:* **Dr. WILLIAM OTERO**  
Bogotá

*Vicepresidenta:* **Dra. ALBIS HANI**  
Bogotá

*Secretario:* **Dr. MARTÍN GÓMEZ**  
Bogotá

*Director Financiero:* **Dr. LUIS F. PINEDA**  
Bogotá

*Vocales:* **Dr. VÍCTOR IDROVO**  
Bogotá

**Dr. RAFAEL GARCÍA**  
Bogotá

Informes: ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA - BOGOTÁ

Teléfonos: 616-8315 ♦ 530-0422 ♦ 530-0423

E-mail: [gastro@cable.net.co](mailto:gastro@cable.net.co) ♦ [www.gastrocol.org](http://www.gastrocol.org)

---

## Programa Científico

---

Curso del Instituto Karolinska de Suecia  
**“Diagnóstico y Tratamiento Endoscópico del Cáncer Gastrointestinal Temprano”**  
Coordinador: Dr Édgar Jaramillo

**“1er Curso de Gastroenterología para Médicos no Gastroenterólogos”**

### **Conferencias Magistrales, Profesores extranjeros**

Hemodinamia Hepática ♦ Hipertensión Portal No Cirrótica  
Peritonitis Bacteriana Espontánea ♦ Hemorragia Digestiva Alta No Varicosa  
Hemorragia Digestiva Alta varicosa ♦ Sangrado Oscuro: Cápsula o Enteroscopia  
Tratamiento de ERGE Refractaria ♦ Pancreatitis Aguda: primeras 72 Horas  
Patología Bilio-Pancreática: Manejo Endoscópico  
Estándares de Calidad en Cirugía Colo-Rectal.  
Manejo de Tumores T1 y T2: Visión del cirujano  
Dispepsia Funcional: Manejo Basado en la Evidencia  
Intestino Irritable: Manejo Basado en La Evidencia  
Enfermedad Inflamatoria Intestinal ♦ *Helicobacter pylori* y Cáncer

---

## Concurso Premios Nacionales

---

**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA**  
**Premio Nacional de Gastroenterología “Jácome Valderrama”**

**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA**  
**Premio Nacional de Endoscopia “Max Meyer”**

**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE COLOPROCTOLOGÍA**  
**Premio Nacional de Coloproctología “Ernesto Andrade Valderrama”**

**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HEPATOLOGÍA**  
**Premio Nacional de Hepatología**

**REFLUVET  
PROCAPS**

**MUVET  
PROCAPS**



Asociación Colombiana  
de Hepatología



Unidad de Hepatología  
Hospital Bocagrande  
CARTAGENA



Asociación  
Latinoamericana  
para el Estudio del Hígado

---

# III CURSO INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS

## I Encuentro Colombo-venezolano de Hepatología

Sede: Hotel Las Américas  
Cartagena, Colombia  
Fecha: Mayo 6, 7 y 8 de 2005

Informes: Asociación Colombiana de Hepatología - Bogotá Teléfonos: 6169950 - 6168315  
Aviatur Pilar Currea C. Teléfonos. (571) 6400999 - 6401000 Bogotá  
Cel. 310 2160840 Fax: 4816480 Mail: pilarcurrea@aviatur.com.co

**PEGASYS  
ROCHE**

## RCG Indicaciones a los Autores

---

1. La Revista Colombiana de Gastroenterología (RGC) como órgano oficial de la Asociación Colombiana de Gastroenterología, con la colaboración de las Asociaciones Colombianas de Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, publica trimestralmente artículos de las especialidades o relacionados con ellas, previa aprobación del Comité Editorial, el cual puede hacer algunas modificaciones de forma, con el fin de presentar convenientemente el artículo.
2. Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la revista donde se someten a evaluación por pares con miembros del Comité Científico Consultivo, quienes lo presentan al Comité Editorial para su aceptación y publicación, en un período de 30 a 60 días. Su reproducción total o parcial debe contar con la aprobación del Editor y dar crédito a la publicación original.
3. Los trabajos deben ser remitidos a la RCG, Carrera 22 No. 85-94, Oficina 203, A.A 59967, correo electrónico: gastro@cable.net.co ó entregados personalmente al Editor, en original y una copia, escritas a máquina en papel blanco tamaño carta empleando una sola cara del papel, con tinta negra a doble espacio, guardando un margen izquierdo de 4 cm. Si se utiliza reproducción de computador, ésta debe llenar los requisitos de espacio, puntuación y ortografía de las composiciones usuales. Deben venir acompañados de una carta del autor principal en donde se exprese claramente que el trabajo ha sido leído y aprobado por todos los autores e igualmente informar si ha sido sometido parcial o totalmente a estudio por parte de otra revista y una carta con una declaración sobre cualquier relación financiera o de otro tipo que pudiera dar origen a un conflicto de intereses. El autor debe guardar copia de todo el material. El material debe ser enviado en disquete de 3.5 o disco compacto, aclarando en carta adjunta el sistema y procesador de palabra en el cual se encuentra grabado.
4. Cada componente del trabajo debe iniciarse en una nueva página, de acuerdo con la siguiente secuencia: Página del título, resumen y palabras claves en español y en inglés, texto, agradecimientos, referencias, tablas (cada tabla en página separada con título y notas) y leyendas para las figuras. Las páginas deben estar enumeradas consecutivamente empezando por el título.
5. El título debe ser lo más conciso posible y no se deben utilizar abreviaturas. Debajo del mismo se debe colocar: El nombre, apellidos y todos los grados académicos del autor o autores enumerando sus publicaciones previas, el nombre y dirección de la institución o instituciones en las cuales se realizó el trabajo, incluyendo ciudad, país y tipo de establecimiento (privado, público o mixto); si el tema ha sido presentado en alguna reunión, deberá indicarse el carácter de la misma, la ciudad y la fecha de exposición; el nombre, dirección, teléfono y fax del autor a donde se envíe la correspondencia del artículo; Nombre, dirección, teléfono y correo electrónico del autor responsable de la solicitud de reimpresos; Apoyo económico en forma de premios, equipos, drogas etc. Número de palabras del texto (sin contar resumen, agradecimientos, leyendas de las figuras y tablas); Número de figuras y tablas del artículo.
6. El resumen no debe llevar más de 150 palabras para artículos mayores, y no más de 60 palabras para presentación de casos. Debe incluir introducción, propósito del estudio, metodología, resultados y conclusiones. Al final de la página del autor anotará entre tres y cinco palabras clave que ayuden a clasificar el trabajo. En hoja aparte el mismo resumen debe ser escrito en inglés.
7. El texto debe incluir introducción, material y métodos (debe incluir información técnica, métodos estadísticos y software de computador utilizado), resultados y discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso limitarse.
8. Agradecimientos: se incluirán contribuciones que necesiten agradecimiento, pero no justifiquen autoría, como el apoyo general dado por el director de un departamento. Otros ejemplos incluyen a consejeros científicos, revisores, recolectores de datos, mecanógrafo, etc.
9. Las referencias se enumeran de acuerdo con el orden de aparición de las citas en el texto y se escriben a doble espacio. Los autores deben adherirse al formato de publicación de referencias de la Librería Nacional de Medicina y revisar los ejemplos en la página de Internet: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)
10. Las tablas y cuadros se denominarán tablas, y deberán llevar numeración arábiga de acuerdo con el orden de aparición. El título correspondiente debe estar en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas. Imprimir cada tabla a doble espacio y en una hoja por separado. Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominarán figuras, se enumeran según el orden de aparición y sus leyendas se escribirán en hojas separadas. Al final de las leyendas en las microfotografías se debe indicar la técnica de coloración y el aumento utilizados. Las fotografías en blanco y negro deben enviarse en papel y tener nitidez y contraste suficientes para lograr una buena reproducción. Las fotografías a color deben ser enviadas en transparencias debidamente identificadas y orientadas. Se podrán enviar archivos electrónicos de las figuras en formatos que permitan una resolución óptima (JPEG o GIF). Si son gráficas o dibujos, deben ser elaborados en cartulina blanca o papel vegetal con tinta china e identificarse con su número de orden en la parte inferior. Si una figura o tabla ha sido previamente publicada, se requiere el permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utilizan fotografías de personas, éstas no deben ser identificables; en caso contrario, debe obtenerse el consentimiento informado por escrito para emplearlas. El Comité Editorial se reserva el derecho de limitar el número de figuras y tablas.
11. La responsabilidad de los conceptos que se publiquen es íntegramente del autor y la RCG velará por el respeto a los Principios Éticos.
12. Todos los textos incluidos en la RCG están protegidos por derechos de autor. Conforme a la ley, está prohibida su reproducción por cualquier medio, mecánico o electrónico, sin permiso escrito del Editor.
13. Las cartas al editor son comentarios cortos sobre algún material previamente publicado por la RCG.
14. Si el autor desea separatas del artículo, éstas deben ser solicitadas cuando los originales sean enviados a la Revista y serán gratuitas hasta un número de diez. Por encima de éste, se cobrará el valor adicional correspondiente.
15. Para citas de referencias, la abreviatura de la Revista Colombiana de Gastroenterología es: Rev Col Gastroenterol.
16. La RCG se acoge a las recomendaciones del Comité Internacional De Editores de Revistas Médicas: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

# Revista Colombiana de Gastroenterología

Volumen 20 No. 1 enero - marzo de 2005 ISSN 0120-9957

## Biotoscana

Cronopep ..... 7

## Lafrancol

Nedox ..... Contraportada II

## Procaps

Muvett ..... 83, 86

Refluyet ..... 86, Contraportada IV

## Roche

Pegasys ..... II, 88

## Shering Colombiana

Duspatalin ..... Contraportada III

Llegamos a todo el mundo  
Cambiamos para servirle a Colombia y al mundo

### ***Estos son nuestros servicios***

Venta de productos por correo  
Servicio de correo normal  
Correo internacional  
Correo promocional  
Correo certificado  
Respuesta pagada  
Post express  
Encomiendas  
Filatelia  
Corra  
Fax



Adpostal

Le atendemos en los teléfonos  
2438851 - 3410304 - 3415534  
Fax 2833345