



PROGRESOS EN GASTROENTEROLOGÍA

Tratamientos de rescate ante el fracaso erradicador de *Helicobacter pylori*

Javier P. Gisbert

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

Recibido el 18 de octubre de 2010; aceptado el 19 de octubre de 2010

PALABRAS CLAVE

Helicobacter pylori;
Rescate;
Fracaso;
Metronidazol;
Claritromicina;
Levofloxacino;
Rifabutina

Resumen A pesar del empleo de las terapias recomendadas actualmente, al menos un 20% de los pacientes permanecerán infectados tras un primer tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Por tanto, al diseñar una estrategia terapéutica no deberíamos centrarnos únicamente en el resultado del primer tratamiento erradicador, sino que sería aconsejable planear, ya desde el comienzo, aquella secuencia de combinaciones que, administradas consecutivamente, alcancen una tasa de éxitos lo más cercana posible al 100%. La elección del tratamiento de rescate dependerá de los fármacos que se hayan empleado en el primer intento erradicador, ya que la repetición del mismo antibiótico no es recomendable. De este modo, no parece que la realización sistemática del cultivo bacteriano tras el fracaso del primer tratamiento erradicador sea necesaria en la práctica clínica, y esta técnica podría reservarse, en todo caso, para los pacientes en que fracase el segundo intento erradicador. Existen diversas posibilidades de tratamiento de rescate empírico (esto es, sin conocer la sensibilidad bacteriana). Tras el fracaso de la combinación de un inhibidor de la bomba de protones (IBP), amoxicilina y claritromicina —la combinación más empleada en nuestro medio—, la denominada cuádruple terapia (IBP-bismuto-tetraciclina-metronidazol) ha sido la más empleada. Más recientemente se ha demostrado que un tratamiento con levofloxacino (junto con amoxicilina y un IBP) es tanto o más eficaz que la cuádruple terapia, con la ventaja de ser más sencillo y mejor tolerado. Por otra parte, el tratamiento de rescate con levofloxacino constituye una prometedora alternativa de tercera línea tras el fracaso de 2 terapias erradicadoras conteniendo antibióticos clave como amoxicilina, claritromicina, metronidazol y tetraciclina. Finalmente, las terapias basadas en rifabutina han alcanzado resultados prometedores, al ser eficaces incluso en los casos con múltiples fracasos o resistencias antibióticas.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Helicobacter pylori;
Rescue;
Failure;

Rescue therapy after *Helicobacter pylori* eradication failure

Abstract Despite the use of currently-recommended therapies, at least 20% of patients remain infected after a first attempt at *Helicobacter pylori* eradication. Therefore, when designing a therapeutic strategy, rather than focus exclusively on the result of the first eradication therapy,

Metronidazole;
Clarithromycin;
Levofloxacin;
Rifabutin

from the outset physicians should plan the sequence of consecutively administered combinations with the highest possibility of achieving a 100% success rate. The choice of rescue therapy depends on the drugs used in the first eradication attempt, since repeating the same antibiotic is not recommended. Systematic bacterial culture after a first *H. pylori* eradication failure does not seem to be required in clinical practice and this technique can be reserved for patients with a second failed attempt. There are several possibilities for empirical rescue therapy (without knowing the bacterial sensitivity). After failure of the combination of a proton pump inhibitor (PPI), amoxicillin and clarithromycin—the most widely used combination in Spain—, quadruple therapy (PPI-bismuth-tetracycline-metronidazole) has been the most widely used treatment. More recently, levofloxacin (together with amoxicillin and a PPI) is as effective as quadruple therapy, or more so, and has the advantage of being simpler and better tolerated. In addition, rescue therapy with levofloxacin is a promising third-line alternative after failure of two eradication therapies containing key antibiotics such as amoxicillin, clarithromycin, metronidazole and tetracycline. Finally, rifabutin-based therapies have achieved promising results and are even effective in patients with multiple failures or multiple antibiotic resistance.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) constituye la causa fundamental de gastritis crónica, úlcera gastroduodenal y cáncer gástrico. Más de 25 años después de haber aislado por primera vez esta bacteria, todavía no disponemos de un tratamiento ideal. Se ha recomendado que los tratamientos erradicadores de *H. pylori* deberían alcanzar como mínimo una cifra de curación del 80% (en el análisis «por intención de tratar»)¹. Sin embargo, diversos ensayos clínicos y metanálisis han puesto de manifiesto que los tratamientos más comúnmente recomendados —aquellos que incluyen un inhibidor de la bomba de protones (IBP) junto con 2 antibióticos— fracasan en al menos un 20% de los casos²-⁴, y en la práctica clínica estas cifras son incluso mayores. Por otra parte, las tasas erradicadoras alcanzadas con dichos tratamientos triples parecen ir en descenso con el paso del tiempo en diversas áreas geográficas⁵, probablemente como consecuencia del incremento en las tasas de resistencias antibióticas (fundamentalmente a claritromicina y metronidazol)⁶.

Puesto que el tratamiento de rescate es siempre difícil, la mejor estrategia consiste, obviamente, en la elección del tratamiento de primera línea que sea más efectivo. No obstante, al diseñar una estrategia terapéutica no deberíamos centrarnos únicamente en el resultado del primer tratamiento erradicador, sino que sería aconsejable planear, ya desde el comienzo, aquella secuencia de combinaciones que, administradas consecutivamente, alcance una tasa de éxitos lo más cercana posible al 100%³,⁷.

El objetivo del presente artículo es revisar la experiencia publicada sobre los tratamientos de rescate administrados en los pacientes en los que inicialmente fracasa la erradicación de *H. pylori*. Puesto que actualmente la mayoría de los tratamientos erradicadores de primera línea incluyen combinaciones de un IBP junto con 2 antibióticos, esta revisión se centrará únicamente en el retratamiento de aquellos casos en los que fracasan dichas combinaciones triples.

¿Es necesario realizar cultivo tras el fracaso de un primer tratamiento erradicador?

La resistencia antibiótica pretratamiento constituye el factor más importante para predecir el fracaso erradicador⁶. Por tanto, la elección del tratamiento de rescate dependerá de los fármacos que se hayan empleado en el primer intento erradicador, ya que la repetición del mismo antibiótico no parece una actitud adecuada⁵. Así, si inicialmente se utilizó un régimen basado en claritromicina, otro basado por ejemplo en metronidazol deberá ser elegido en segundo lugar, y viceversa. Esta recomendación descansa en la observación de que con una elevada frecuencia se desarrolla resistencia a estos antibióticos —en caso de que no la hubiera ya— al fracasar el tratamiento basado en ellos⁶.

La utilidad y el momento en el que se debe realizar un cultivo (con el consiguiente antibiograma) tras un fracaso erradicador representa un tema controvertido³,⁷,⁸. Algunos autores han evaluado la eficacia del retratamiento basado en la susceptibilidad antibiótica frente al tratamiento empírico, tras un fracaso erradicador. Así, en el estudio de Yahav et al⁹, a los pacientes en los que había fracasado al menos un tratamiento erradicador se les realizaba gastroscopia y cultivo de *H. pylori*, para recibir posteriormente un tratamiento basado en la susceptibilidad microbiana. Los resultados se compararon con los obtenidos en el grupo control, en los que no se disponía de cultivo. El retratamiento basado en el cultivo obtuvo una mayor tasa de curación (86%) que el empírico (63%). No obstante, este estudio presenta importantes limitaciones metodológicas. En primer lugar, más de la mitad de los pacientes habían recibido un primer tratamiento erradicador con claritromicina y metronidazol (en lugar de claritromicina y amoxicilina, que es la pauta habitualmente empleada en nuestro medio); consecuentemente, no existía en estos casos ningún tratamiento de rescate empírico «lógico» (recordemos que los tratamientos basados en levofloxacino no estaban disponibles en ese momento). En este sentido, cuando únicamente se tuvieron en consideración los pacientes del grupo control (sin cultivo) que habían recibido un tratamiento con IBP-amoxicilina-claritromicina seguido

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3288514>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3288514>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)