

Helicobacter pylori: detección, tratamiento y valoración de la erradicación

Xavier Puigdemogols Armengol^a, Alba Cuberas Mas^b, Juanjo Mascort Roca^c

^aMédico de familia. CAP Sant Fruitós de Bages. Barcelona. España.

^bMédico de familia. CAP Sagrada Família de Manresa. Barcelona. España.

^cMédico de familia. ABS Florida Sud de L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Puntos clave

- La erradicación del *Helicobacter pylori* permite la curación de la úlcera duodenal y de la úlcera gástrica.
- La duración de la terapia erradicadora recomendada es de 7 días para pacientes con úlcera y de 10 días para pacientes con dispepsia funcional o dispepsia no investigada.
- La estrategia *test and treat* (investigar y tratar) ha demostrado ser tan efectiva como la endoscopia inicial en dispepsia no investigada en menores de 45-55 años y sin síntomas de alarma, reduce el número de endoscopias y es más coste-efectiva.
- Es de vital importancia un buen cumplimiento de la pauta erradicadora del *Helicobacter pylori* por parte del paciente para evitar el fracaso del tratamiento y para evitar el aumento de las resistencias a los antimicrobianos empleados

Palabras clave: *Helicobacter pylori* • Diagnóstico • Tratamiento • Atención primaria • Dispepsia • Úlcera péptica.

Desde la demostración del importante papel que juega la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) en la patología ulcerosa péptica (Warren y Marshall, 1983), la hemos contemplado cómo una enfermedad crónica y recurrente relacionada con el ácido se ha convertido en una enfermedad curable.

El *H. pylori* es un bacilo Gram negativo que posee flagelos y una actividad ureasa que le permite crear un microclima para sobrevivir en un medio ácido, y nos posibilita su detección mediante técnicas indirectas que detectan reacciones químicas debidas a la presencia de la ureasa (test de la ureasa rápido, test del aliento). Asimismo, estas condiciones tan particulares dificultan su cultivo (necesario para el estudio de resistencias) y condicionan su tratamiento.

El *H. pylori* está presente en el 60% de la población adulta, se transmite por contagio oral-fecal siendo más prevalente en aquellos países que presentan condiciones socioeconómicas y sanitarias desfavorables.

La infección no cura espontáneamente y sus manifestaciones clínicas tienen un amplio espectro que va, dependiendo de las susceptibilidades del huésped, desde casos asintomáticos a ulceración (se asocia al 95% de las úlceras duodenales y al 80% de las úlceras gástricas) y con mucha menor incidencia linfomas tipo Malt.

Las recomendaciones aportadas por la II Conferencia de Consenso Española de 2004¹ y por el III Consenso Europeo de Maastricht² indican aquellas patologías relacionadas con el *H. pylori* tributarias de recibir un tratamiento erradicador (tabla 1).

Diagnóstico. Identificación del *H. pylori*

Sólo investigaremos la presencia del *H. pylori* si de ello se deriva la práctica de un tratamiento erradicador (como norma: buscar sólo si se debe tratar).

TABLA 1. Diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*

| |
|--|
| Erradicación indicada |
| Úlcera gástrica y duodenal |
| Duodenitis erosiva |
| Linfoma tipo MALT |
| Dispepsia no investigada, sin signos de alarma, y en una estrategia de <i>test and treat</i> * |
| Dispepsia funcional** |
| Gastrectomía parcial por cáncer gástrico y familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico |
| Gastritis linfocítica y/o enfermedad de Menetrier |
| Erradicación no indicada |
| Inicio de tratamiento con AINE, AAS o coxib. (Sí, si historia previa de úlcera o hemorragia digestiva por úlcera) |
| ERGE |
| Terapia de mantenimiento con IBP |
| Gastritis crónica, gastritis atrófica ni metaplasia intestinal |
| *Tratamiento erradicador vs. antisecretores, es más coste-efectivo que en áreas donde hay prevalencia de infección por HP > 20%. |
| **Existe controversia, parece más coste-efectivo la erradicación, con una NNT 14 (14 pacientes a tratar para una curación) |

Disponemos de 2 tipos de técnicas: directas (o invasivas) e indirectas (no invasivas), según se precise realizar endoscopia digestiva alta para la obtención de una muestra. Entre ellas, existen diferencias en cuanto a sensibilidad, especificidad y costes (tabla 2).

Métodos directos

Test rápido de la ureasa (TUR): de elección cuando se practica endoscopia, excepto en casos de sangrado, pues puede ocasionar resultados de falsa negatividad, debiéndose practicar un estudio histológico o una técnica indirecta. La prueba de elección en estos casos es el test del aliento con C¹³ no radioactivo.

Histología: requiere toma de biopsias que han de ser valoradas por un patólogo con suficiente experiencia para obtener un buen rendimiento diagnóstico.

Cultivo: no es de elección por ser una técnica laboriosa, cara y precisa de recogida de muestras, pero necesaria para el estudio de posibles resistencias bacterianas.

Métodos indirectos

Test del aliento (con urea marcada con C¹³ no radioactivo): es una prueba segura, puede realizarse de forma repetida y no está contraindicada en niños y mujeres embarazadas. De elección tanto para el diagnóstico como para comprobar la erradicación en aquellos casos en los que no se requiera una endoscopia. También es de elección en la estrategia *test and treat* investigar y tratar: investigar infección por *H. pylori* y

erradicar en caso de positividad. Para evitar falsos negativos, se recomienda no tomar antisecretores dos semanas antes de la prueba ni antibióticos en las 4 semanas previas.

Serología: se basa en la detección de IgG en sangre venosa. Precisa de la validación en el medio donde se utilice antes de recomendar su uso (demostrar sensibilidad y especificidad aceptables). No es útil para el seguimiento de la erradicación (dada la alta variabilidad de hasta 3-6 meses en el descenso de los anticuerpos tras una erradicación efectiva).

Detección de antígenos en heces: técnica sencilla que detecta presencia de Ag de *H. pylori* en las heces del paciente. Recomendada por algunos autores como de primera línea para el diagnóstico y comprobación de la erradicación. No disponible en la mayoría de centros por lo que su aplicabilidad es limitada.

Tratamiento

Las pautas elegidas deben ser simples y bien toleradas, para facilitar el cumplimiento del paciente, y eficaces: con tasas de erradicación superiores al 80%. Para escoger un tratamiento se deberán tener en cuenta los aspectos relacionados con las resistencias bacterianas locales a los antimicrobianos recomendados. En España, en términos globales, el porcentaje de resistencias es prácticamente nulo para amoxicilina y tetraciclinas, 10% para claritromicina y 30% para metronidazol^{1,3}.

Las pautas de elección de primera línea siguen siendo las terapias triples que combinan un antisecretores junto a 2 antibióticos (claritromicina, amoxicilina o metronidazol)^{1,4}. Se debe intentar que el uso de los antimicrobianos de primera línea no comprometa las pautas de una segunda línea. El inhibidor de la bomba de protones (IBP) más utilizado es el omeprazol, aunque las alternativas que contienen otros IBP (lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol o esomeprazol) son igualmente efectivas, con resultados similares aunque más costosas.

La pauta de primera elección es la OCA (omeprazol + claritromicina + amoxicilina). En alérgicos a la penicilina se substituye la amoxicilina por metronidazol (OMC) (tabla 3).

La duración del tratamiento en pacientes con úlcera ha de ser de 7 días. En cambio, en pacientes con dispepsia funcional y también en dispepsia no investigada –siguiendo una estrategia *test and treat*– las pautas de 10 días ofrecen mayor coste-efectividad, siendo actualmente las recomendadas¹.

Los efectos secundarios suelen ser leves y no obligan a abandonar el tratamiento (con el subsiguiente fracaso del mismo y creación de posibles resistencias). Los más frecuentes son disgeusia y alteraciones gastrointestinales.

Con frecuencia, la efectividad de la erradicación viene condicionada por las resistencias a los antibióticos utilizados y más concretamente a la claritromicina (y también al metronidazol). Esta es la causa principal, junto con una incorrecta

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470943>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470943>

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