



Paciente con infección por *Helicobacter pylori* resistente al tratamiento

J.P. Gisbert* y C. Santander

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP). Madrid. España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Madrid. España.

Caso clínico

Varón de 31 años, sin antecedentes personales o familiares de interés, con una talla de 1,75 y un peso de 78 kg. Fumador de 10 cigarrillos al día y sin hábito enólico. Acude a su médico de familia por epigastralgia y sensación de plenitud posprandial de 6 meses de evolución. No presenta disfagia, vómitos, pérdida de peso ni productos patológicos en las deposiciones, y la exploración física y los parámetros de laboratorio son normales.

A partir de la exposición clínica, ¿cuál sería el diagnóstico sindrómico inicial?

¿Qué pruebas complementarias estarían indicadas?

¿Cuál sería la sospecha diagnóstica actual y el diagnóstico diferencial?

¿Cuál fue el procedimiento diagnóstico de certeza?

¿Cuál sería el planteamiento terapéutico?

El caso completo se publica íntegramente en la página Web de Medicine www.medicineonline.es/casosclnicos

*Correspondencia

Correo electrónico: javier.p.gisbert@gmail.com

A partir del cuadro clínico, ¿cuál sería el diagnóstico sindrómico inicial?

Se entiende por dispepsia un conjunto de síntomas que se cree que tienen su origen en el tracto digestivo superior, incluyendo, entre otros, la epigastralgia y la plenitud posprandial que refiere nuestro paciente. En muchos pacientes con síntomas dispépticos el diagnóstico es sindrómico, al no haberse realizado todavía o no considerarse necesario realizar exploraciones diagnósticas complementarias. Esta situación clínica se conoce como “dispepsia no investigada” que sería, por el momento, el diagnóstico del paciente que nos ocupa. En cambio, se denomina dispepsia orgánica cuando se indican exploraciones diagnósticas, en particular endoscopia digestiva alta, para investigar la etiología, y se identifica alguna causa que justifica los síntomas (por ejemplo, una úlcera péptica). Solamente en una minoría de sujetos con dispepsia que son investigados se identifica una causa orgánica y, por tanto, es razonable asumir que la mayoría tendrá una dispepsia funcional.

¿Cuál sería la actitud diagnóstico-terapéutica más adecuada ante una dispepsia no investigada?

Ante un paciente que cumple criterios sintomáticos de dispepsia, se plantean dos opciones: una intervencionista para investigar la posible existencia de una causa orgánica que justifique los síntomas, y otra más conservadora consistente en indicar directamente un tratamiento empírico. Las tres aproximaciones a la dispepsia no investigada que se han empleado son la realización de una endoscopia, el tratamiento empírico antisecretor y la estrategia *test and treat* (que consiste en la realización de una prueba no “invasiva” que no requiera gastroscopia, para evaluar la presencia de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) y administrar un tratamiento erradicador si procede) (fig. 1).

La estrategia *test and treat* sería aplicable únicamente a pacientes dispépticos jóvenes (menores de 55 años en nuestro medio) y sin síntomas de alarma, cumpliéndose ambas circunstancias en el paciente que nos ocupa. Diversos estudios han demostrado que la estrategia *test and treat* es efectiva y viable en la práctica clínica y que resulta más coste-efectiva que el tratamiento antisecretor empírico y que la endoscopia inicial¹. Por todo ello, en la III Conferencia de Consenso español sobre

la infección por *H. pylori* se concluyó que en los pacientes con dispepsia no investigada menores de 55 años y sin síntomas ni signos de alarma se recomienda la estrategia *test and treat* como primera opción, por delante del tratamiento antisecretor empírico o la endoscopia¹.

Así, su médico de familia solicita un test de aliento con urea marcada con C¹³ que es la prueba no invasiva de elección (aunque también se podría haber realizado un test de antígeno en heces monoclonal) que confirma la presencia de infección por *H. pylori*, y le prescribe tratamiento erradicador de primera línea con un régimen triple consistente en un inhibidor de la bomba de protones (IBP –omeprazol 20 mg/12 h–), amoxicilina 1 g/12 h y claritromicina 500 mg/12 h durante 10 días.

¿Cómo debería confirmarse el éxito o el fracaso del tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*?

Como prueba no invasiva para confirmar la erradicación se recomienda el test del aliento con urea marcada con C¹³. Aunque el test de antígeno en heces (con un método de ELISA monoclonal) es una alternativa válida a la prueba del aliento, esta última se considera de elección¹. Acorde con ello, el médico de familia solicitó una prueba del aliento que confirmó el fracaso erradicador, es decir, la persistencia de la infección por *H. pylori*. No obstante, si hubiera sido necesaria la realización de una endoscopia de control (por ejemplo, en caso de úlcera gástrica para descartar una neoplasia incipiente, y en el linfoma MALT para evaluar la regresión tumoral), la erradicación de *H. pylori* podría haberse comprobado mediante métodos basados en la biopsia gástrica.

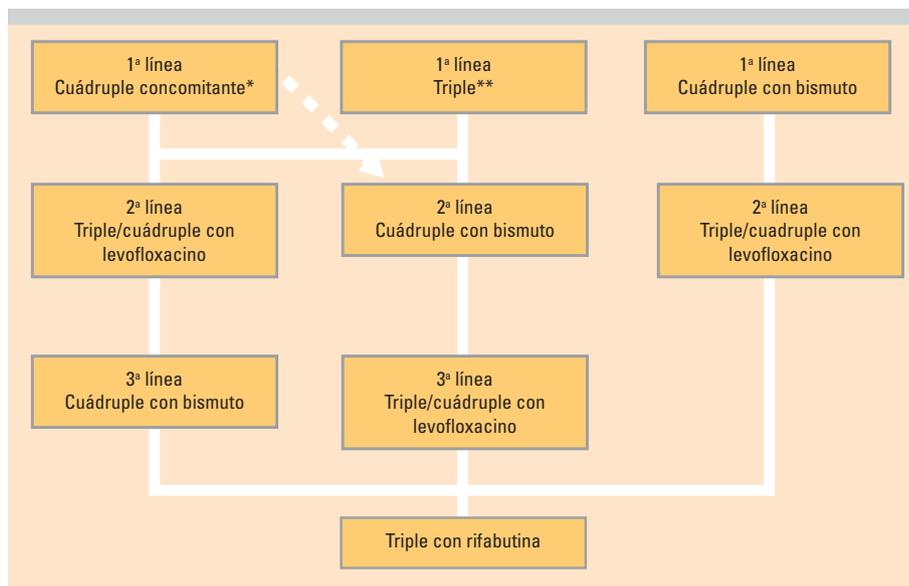


Fig. 1. Tratamiento de rescate de la infección por *H. pylori*.

*Recomendado como pauta de primera elección.

**Únicamente recomendado en áreas con tasas de erradicación con triple terapia ≥ 90%, lo que es infrecuente en nuestro medio.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806371>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806371>

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