

GASTROENTEROLOGÍA

ACTUALIZACIÓN DE MANEJO INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN ATENCIÓN PRIMARIA

Luis Mauricio Salas*

SUMMARY

Recently, management guides in primary attention for suspected –through functional dyspepsia and alarm signs– and confirmed cases of *H. pylori* infection were revised and published by the end of 2015. On the following review, we present a summary of their main conclusions, out of which we can highlight indication for digestive endoscopy, recommended diagnostic tests, proton pump inhibitors use, and eradication protocol indications.

INTRODUCCIÓN

Helicobacter pylori es un bacilo Gram negativo, no invasivo que coloniza mucosa gástrica capaz de inducir una fuerte respuesta de parte del huésped y a la vez ha desarrollado varios mecanismos evasivos que perpetúan su presencia. Su infección suele ser asintomática en un grupo de pacientes, pero puede ser una causa importante de morbimortalidad en un grupo grande de pacientes, pues su presencia constituye la causa más importante de úlcera péptica^{6,9}, especialmente los casos de infección crónica se asocian a

cáncer gástrico⁶. La infección por *H. pylori* en Latinoamérica es una de las de más alta prevalencia en el mundo⁷, alcanzando tasas de infección de hasta el 70% de los adultos con gastritis y de un 80 a 90% en pacientes con úlceras pépticas⁶. Prácticamente todas las úlceras pépticas en los países con altas tasas de infección se deben a la infección por *H. pylori*⁰. En segundo lugar por prevalencia se ubican las úlceras secundarias al consumo de antiinflamatorios no esteroideos, principalmente en países desarrollados, entre los que destacan aspirina, piroxicam, indometacina, ketoprofeno^{2,4}.

* Médico General.

HISTORIA CLÍNICA

Ante la sospecha de infección por *H. pylori* debe historiar y examinarse al paciente adecuadamente. Un grupo de pacientes permanecerán asintomáticos, mientras que otro grupo de pacientes presentan epigastralgia aguda y dolor abdominal con náuseas y vómitos^{5,9}.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

DIAGNÓSTICO

Si la prevalencia de *H. pylori* es >20% –en Costa Rica es 54% en las últimas décadas^{1,8}– se realizarán pruebas diagnósticas no invasivas: Urea en aliento o Detección de antígenos en heces. Se debe determinar la causa enfermedad ácido péptica: más comúnmente *H. pylori*. Si las pruebas fueran negativas por *H. pylori*, éstas se repetirán y hasta entonces se consideran probables causas menos comunes^{4,9}.

INDICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Pacientes mayores de 55 años con dispepsia deben tamizarse por signos de alarma. Los signos de alarma propuestos son: pérdida de peso, disfagia, vómitos

persistentes, sangrado digestivo, anemia no explicada o cirugía por enfermedad ácido péptica reciente. En caso de presentarse con signos de alarma, el paciente debe referirse para endoscopia digestiva⁹. Pacientes mayores 55 años con dispepsia sin signos de alarma pueden recibir tratamiento sintomático sin endoscopia digestiva; su éxito se determina con la prueba de Urea en aliento. Si se solicita endoscopia digestiva con biopsia, se deben suspender los inhibidores de bomba o sales de bismuto por 4 semanas⁹.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales se basa en el uso de inhibidores de bomba de protones de 6 a 8 semanas y erradicación de *H. pylori*. Se continúa el tratamiento hasta demostrar erradicación y se realizarán endoscopías digestivas según sea necesario^{5,6,9}.

El esquema de erradicación se indica a pacientes con úlceras activas, infección por *H. pylori* no tratada, linfoma MALT y cirugía por cáncer gástrico previa⁹. El esquema de erradicación se debe ajustar regionalmente según la tasa de resistencia a claritromicina – en Costa Rica es de 5-6%³– y consta, además, de omeprazol y amoxicilina por 7 a 14 días⁹. En caso de pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional, se

recomienda erradicar a pesar de pruebas negativas para *H. pylori* si no hay respuesta tras un mes de tratamiento con inhibidores de bomba de protones^{4,8}.

PROTOCOLO DE ERRADICACIÓN

Se recomienda aplicar el protocolo de erradicación en pacientes sintomáticos con antecedentes familiares de cáncer gástrico en primer grado, consumidores crónicos de antiinflamatorios no esteroideos, anemia ferropiva y púrpura trombocitopénica idiopática⁹.

CONCLUSIÓN

El adecuado abordaje, diagnóstico y tratamiento de la infección por *H. pylori* es de suma importancia en la práctica clínica. En la revisión de las recomendaciones del 2015 deben descartarse los signos de alarma especialmente en mayores de 55 años, lo cual constituye la priorización de los casos que ameritan endoscopia digestiva. No hay cambios importantes en el esquema de erradicación; deben conocerse bien sus indicaciones.

RESUMEN

Recientemente se discutieron y revisaron las guías de manejo en atención primaria de casos

sospechosos –dispepsia funcional y signos de alarma– y confirmados de infección por *H. pylori*, las cuales fueron publicadas hacia finales de 2015. A continuación se presenta un resumen de las principales conclusiones de dichas guías, donde destacan las indicaciones de la endoscopia alta digestiva, pruebas diagnósticas recomendadas, uso de inhibidores de bomba de protones, indicación del protocolo de erradicación, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco-Delgado, C., et a.l. (2001). Prevalencia de *Helicobacter pylori* en pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica, *Rev. Biomed*; v. 12, pp. 1-4
2. Feldman, M., MD (2015). NSAIDs (including aspirin): Pathogenesis of gastroduodenal toxicity, *UpToDate* [online], Rev. Oct 2015, Waltham, MA, disponible en www.uptodate.com
3. Henao, S., et a.l., (2009). Resistencia primaria a la claritromicina en aislamientos de *Helicobacter pylori*, *Rev Col Gastroenterol.*, 24(2), pp. 110-114
4. Jensen, J., MD (2015). Metaplastic (chronic) atrophic gastritis, *UpToDate* [online], Rev. Nov. 2015, Waltham, MA, disponible en www.uptodate.com
5. Kasper, et a.l. (2009) *Principios de Medicina Interna*, 18° Edición, Buenos Aires, Ed. McGraw-Hill, pp. 979-985
6. Madell, D., et a.l. (2012). *Enfermedades infecciosas Principios y Práctica*, Barcelona, Elsevier, pp. 2806-2815
7. Molina-Castro, S., et a.l. (2014) The geographic origin of *Helicobacter pylori* isolated from Costa Rican patients, *Jul 1:5(4)* 517-21, obtenido de www.pubmed.gov el 20 octubre de 2015
8. Montero, V., et a.l. (2011). Hallazgo de la bacteria *H. pylori* en agua de consumo humano y su relación con la incidencia de cáncer gástrico en Costa Rica, *Tecnología en Marcha*, 24(3), pp. 3-10
9. Oppong, P., et a.l. (2015). *Helicobacter pylori* infection and peptic ulcers, *Medicine Mag.*, Abril, v. 43, n.1, pp. 215-222
10. Ramírez, N., MD (2006). Infección por *Helicobacter pylori* en niños, *Rev. bol. Ped* [online], Abr., v.45 n.2, La Paz, pp. 102-107