

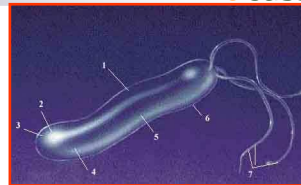
INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI



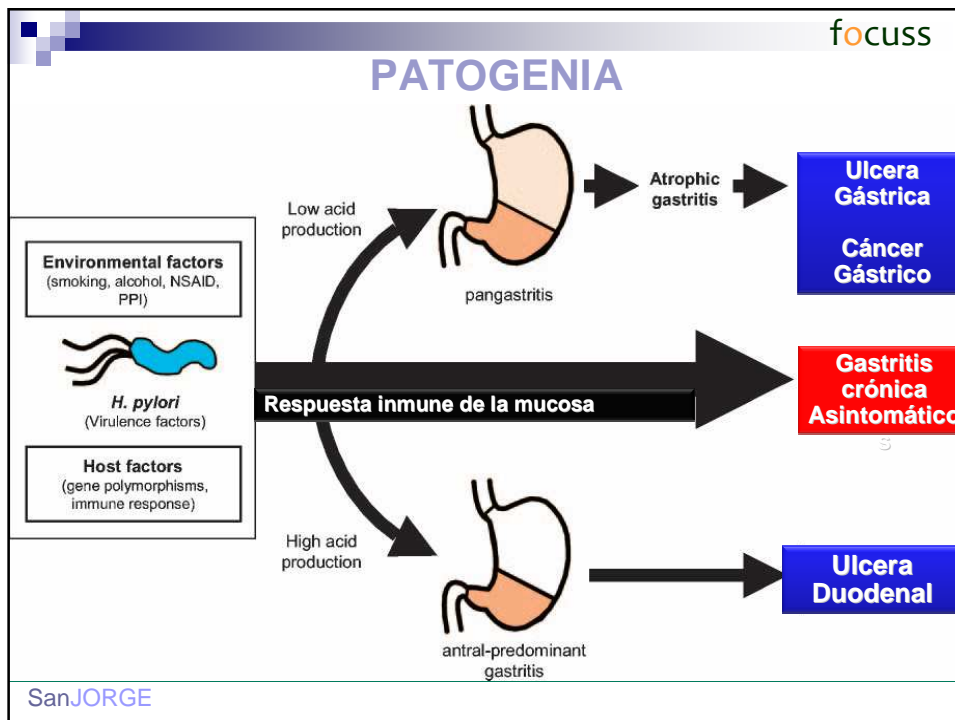
Unidad de Gastroenterología y Hepatología
Hospital San Jorge Huesca

Dra. Peña

CARACTERÍSTICAS DE H. PYLORI



- Bacilo Gram negativo espiral flagelado
- Membrana externa e interna
- Potente ureasa capaz de hidrolizar la urea
- Precisa medios de cultivo enriquecidos suplementados con sangre o derivados
- Condiciones microaerófilas
- Identificación por el Gram, por la forma de las colonias y por las pruebas de la ureasa



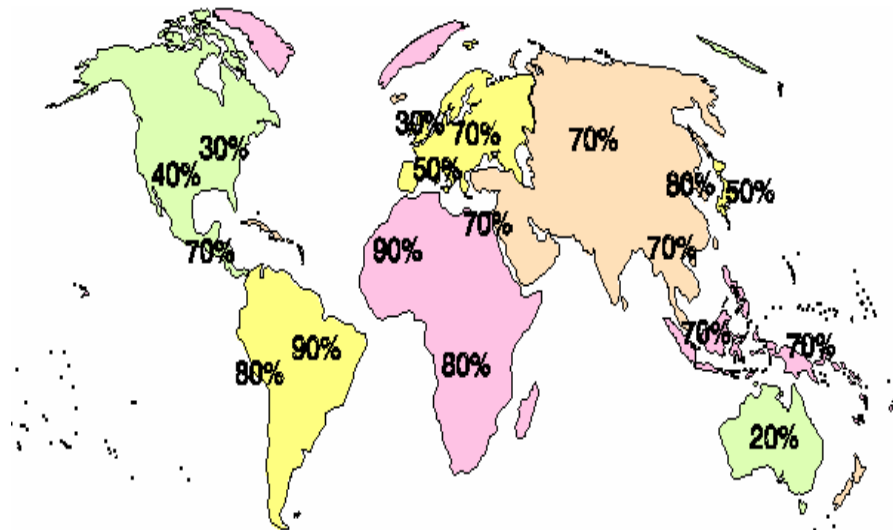
focuss

EPIDEMIOLOGÍA *H. PYLORI*

- 50% de la población mundial
- Baja frecuencia relativa (20-40%) en países desarrollados
- Alta frecuencia (70-90%) en países en desarrollo

SanJORGE

EPIDEMIOLOGÍA H. PYLORI



SanJORGE

<http://www.helico.com>

EPIDEMIOLOGÍA H. PYLORI

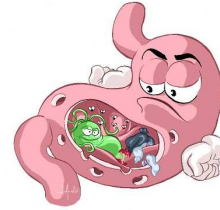
- Vía de transmisión: persona a persona
 - Fecal-oral? Reservorio ambiental?
 - Oro-oral? Transmisión iatrogénica
- Mayor susceptibilidad en la infancia
- Factores de riesgo:
 - Nivel socio-económico bajo
 - Hacinamiento

SanJORGE

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Métodos directos

- Histología
- Cultivo
- Test rápido de ureasa

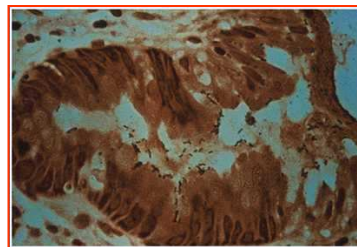


Métodos indirectos

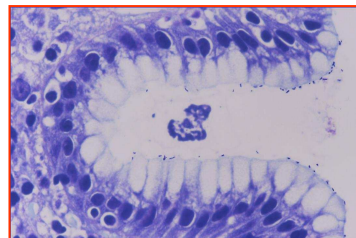
- Prueba del aliento con urea marcada con ^{13}C
- Serología
- Detección de Antígeno de H. pylori en heces

HISTOLOGÍA

Hematoxilina-eosina

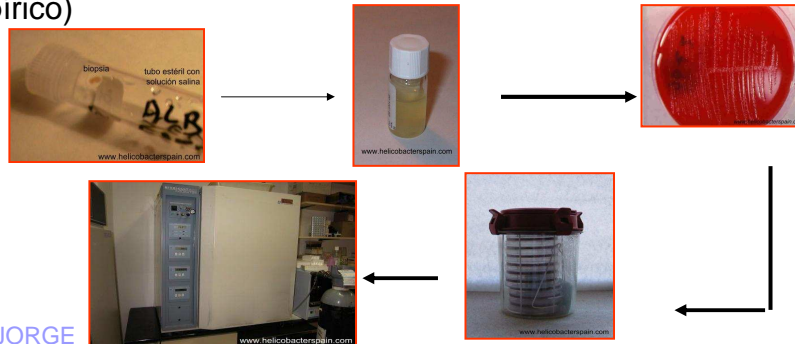


Giemsa



CULTIVO

- Tipifica el microorganismo y determina su sensibilidad a antimicrobianos
- Complejo y de elevado coste
- E 100% y S menor otros métodos
- No es preciso de rutina (elevada eficacia del tratamiento empírico)



SanJORGE

TEST RÁPIDO DE UREASA

- Basado en actividad ureasa
- Sencillo, barato y rápido. S >90% y E 100%.
- Poco sensible para comprobar la erradicación tras tratamiento



SanJORGE

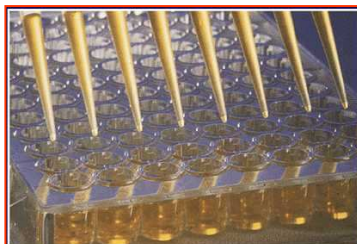
PRUEBA DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON ^{13}C

- Se basa en la capacidad de la ureasa para hidrolizar una solución de urea marcada con ^{13}C
- Muestras de aire espirado basal y a los 30 mn
- Espectrometría de masas ($\sigma 5^0/_{00}$)
- Falsos negativos si toma previa de IBP o antibióticos
- Técnica de elección para comprobar la erradicación

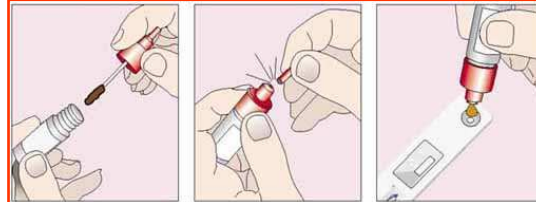


SEROLOGÍA

- No discriminan entre infección activa y exposición previa.
- Requieren validación en cada medio para establecer el “punto de corte” (ELISA)
- Útil en estudios epidemiológicos, pero *no sirven* para comprobar erradicación
- Serología “rápida” ha mostrado resultados subóptimos. Uso generalizado cuestionable



ANTÍGENO DE H. PYLORI EN HECES



“ Método fiable y adecuado para el diagnóstico de la infección por Hp recomendándose como segunda opción en caso de imposibilidad de realizar el test de aliento”

Indicaciones, métodos diagnósticos y tratamiento erradicador de Helicobacter pylori. Recomendaciones de la II Conferencia Española de Consenso. Rev Esp Enferm Dig 2005;97(5):348-374

SanJORGE

¿CUÁNDO ERRADICAR H PYLORI?

- Second Asia–Pacific Consensus (2009)
- American College of Gastroenterology Guideline (2007)
- II Conferencia de Consenso Española (2005)
- World Gastroenterology Organisation Practice Guideline (2006)
- The Maastricht III Consensus Report (2007)

SanJORGE

INDICACIONES

ÚLCERA PÉPTICA

Úlcera duodenal/gástrica activas o asintomáticas bien documentados , complicados o no

Duodenitis erosiva

Grado Recomendación A Nivel Evidencia 1a

CÁNCER GÁSTRICO

Resección de cáncer gástrico

Familiares de primer grado

Grado Recomendación B Nivel Evidencia 3b

Grado Recomendación C Nivel Evidencia 4

Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report *Gut* 2007;**56**:772-781

Indicaciones, métodos diagnosticos y tratamiento erradicador de Helicobacter Pylori. Recomendaciones de la II Conferencia española de consenso. Rev Esp Enfer Dig 2005;97(5);347-374

SanJORGE

LINFOMA MALT DE BAJO GRADO LOCALIZADO (estadio IE).

Regresión histológica 60-90%. Recurrencia anual 5%

Grado Recomendación A Nivel Evidencia 1C

DISPEPSIA

La estrategia “ Test and Treat “ es recomendada en dispepsia no investigada (no datos de alarma y < 45-50a)

Grado Recomendación A Nivel Evidencia 1a

La erradicación HP es una opción apropiada para dispepsias funcionales HP+

Grado Recomendación A Nivel Evidencia 1a

Dispépticos sin mejoría con IBP y/o procinéticos

Grado Recomendación A Nivel evidencia 1a

Grado Recomendación C Nivel Evidencia 4

SanJORGE

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

La erradicación de HP ni causa ni exacerba ni modifica la efectividad de los IBP en la ERGE

Grado Recomendación A Nivel Evidencia 1b

No esta indicada la detección rutinaria de HP

Grado Recomendación A Nivel Evidencia 1b

CONTROVERSIAS EN ERRADICACION: ERGE**MASTRICH III**

Debería erradicarse en pacientes en tratamiento de mantenimiento con IBP

Grado Recomendación B Nivel Evidencia 2b

CONFERENCIA ESPAÑOLA DE CONSENSO

El tratamiento de mantenimiento con IBP no es una indicación de erradicación

Grado Recomendación B Nivel Evidencia 1c

AMERICANA

No dice nada

CONTROVERSIAS: ENFERMEDADES EXTRADIGESTIVAS**MASTRICH III:**

Debería pensarse, buscarse y poner tratamiento en pacientes con:

Anemia ferropénica inexplicada y PTI

CONFERENCIA ESPAÑOLA DE CONSENSO

No se recomienda la erradicación en procesos extraintestinales asociados con HP.

Grado Recomendación B Nivel Evidencia 1c

AMERICANA

Los datos disponibles apoyan una asociación entre HP y anemia, pero no una causa probada de causa y efecto

SanJORGE

CONTROVERSIAS: GASTRITIS ATROFICA**MASTRICH III**

. La gastritis atrofica es indicacion de erradicacion

Grado Recomendación B Nivel Evidencia 2a

CONFERENCIA ESPAÑOLA DE CONSENSO

En la gastritis atrofica y metaplasia intestinal, no hay evidencias para aconsejar la erradicacion, aunque parece razonable en los casos de metaplasia intestinal con criterios histologicos de alto riesgo

Grado Recomendación C Nivel Evidencia 4

Se puede recomendar erradicar en la gastritis linfocitica y en la enfermedad de Menetrier

Grado Recomendación C Nivel Evidencia 4

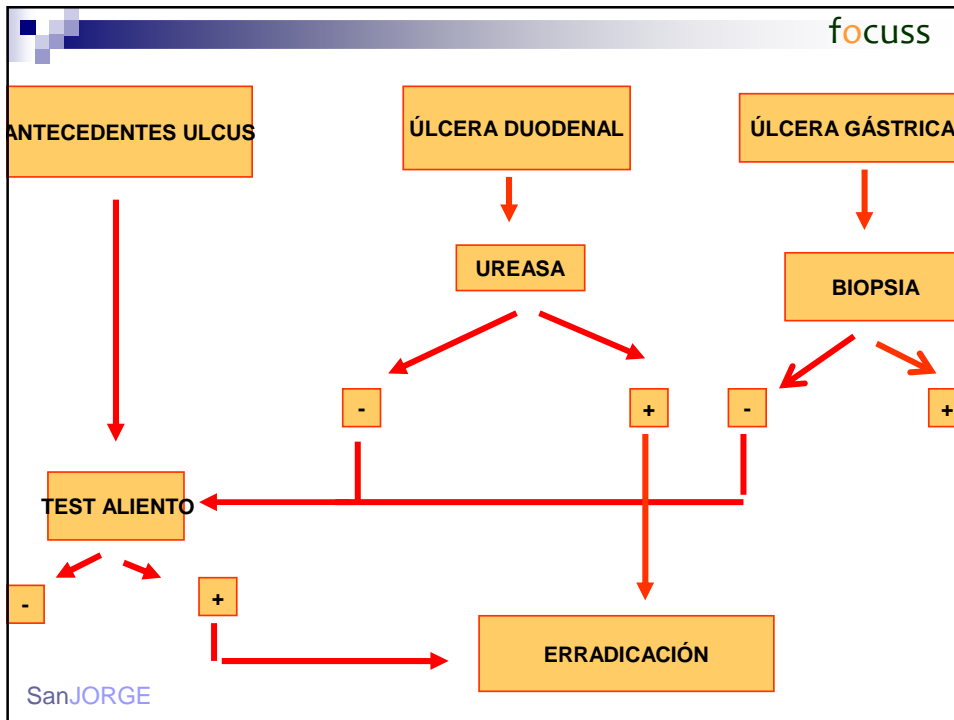
SanJORGE

CONTROVERSIAS: GASTRITIS ATROFICA

AMERICANA

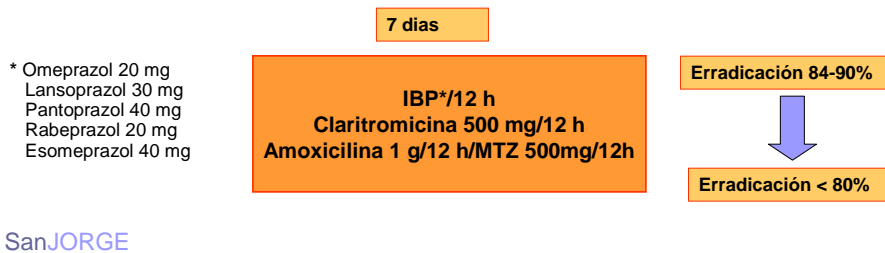
Aunque apunta a la evidencia a favor no se define

¿QUÉ MÉTODO DIAGNÓSTICO DEBEMOS ELEGIR PARA INVESTIGAR LA INFECCIÓN POR H. PYLORI?



TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

- En la actualidad no existe ningún tratamiento que asegure una tasa de curación del 100%
- El tratamiento debe plantearse como una “estrategia terapéutica” que combina una pauta de primera línea con un tratamiento de rescate efectivo en caso de fracaso de la primera



TRATAMIENTO

- Terapia dual con IBP y Amoxicilina a altas dosis 14 días

Lansoprazol 30mg/8h + Amoxicilina 750mg/8 h → 80%

Esomeprazol 40mg/8 h Amoxicilina 750mg/8h → 72%

Kim SY et al. Gastroenterology. 2010;138Suppl 1:S336-7.

Graham DY et al. Gastroenterology.2010;138 Suppl 1:S468.

- Terapia triple a altas dosis

Esomeprazol 40mg/12h Amoxicilina 1g/12h Metroninazol 500mg/8h
→ 82%

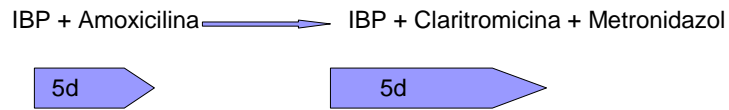
- Terapia triple de larga duración

La ampliación del tratamiento de 7 a 10 o 14 días es mas eficaz, pero no puede recomendarse su uso generalizado hasta la realizacion de estudios de coste-efectividad

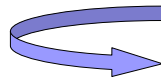
Flores HB et al. Duration of proton-pump inhibitor-based triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a meta-analysis. Gastroenterology.2010;138 Suppl 1:S340.

TRATAMIENTO

•Terapia secuencial



Gisbert JP et al. Sequential therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a critical review. *Gastroenterology*. 2010;138 Suppl 1:S335.



92% vs 77%
OR 3,1(IC 95%, 2,2-4,3)

Estudios en Italia

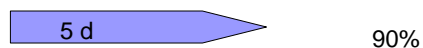
Estudios mas recientes no aportan tanta diferencia

No disponibilidad de terapia de rescate

TRATAMIENTO

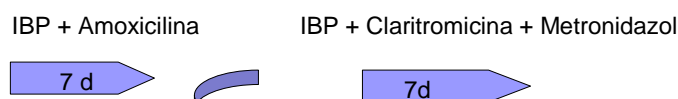
•Tratamiento concomitante

IBP + Amoxicilina + Claritromicina + Metronidazol



Essa AS, et al. Meta-analysis: fourdrug,three-antibiotic, non-bismuth-containing "concomitant therapy" versus triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication. *Helicobacter*. 2009;14:109-18.

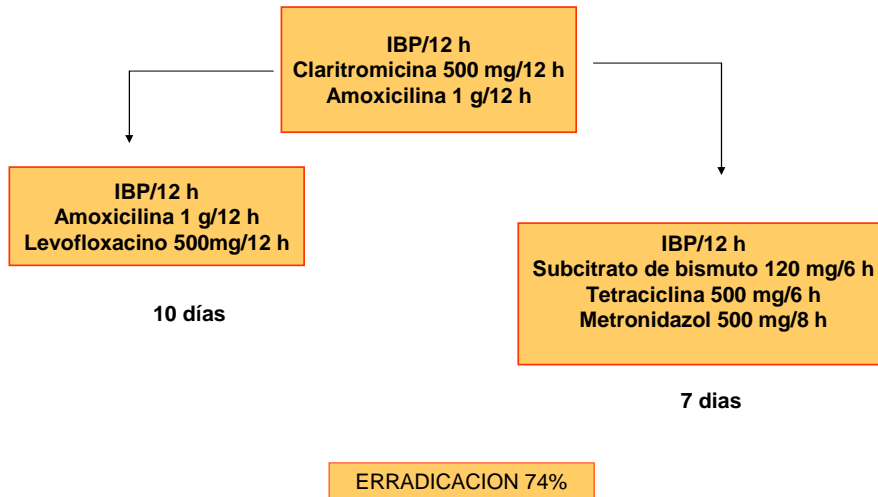
•Tratamiento hibrido secuencial-concomitante



98%

Hsu PI et al. Search for a grade a therapy for *Helicobacter pylori* infection: 14-day sequential or sequential-concomitant hybrid therapy. *Gastroenterology*. 2010;138 Suppl 1:S111.

¿QUÉ PAUTA DEBEMOS USAR TRAS EL FRACASO DE LA TRIPLE TERAPIA?



QUÉ HACER CON LOS FRACASOS DE DOS TRATAMIENTOS CONSECUTIVOS?

Situación problemática:

Distintas pautas empíricas

- Rifabutina
- Prometedor → Sitafloraxino

Respuesta buenas 75%

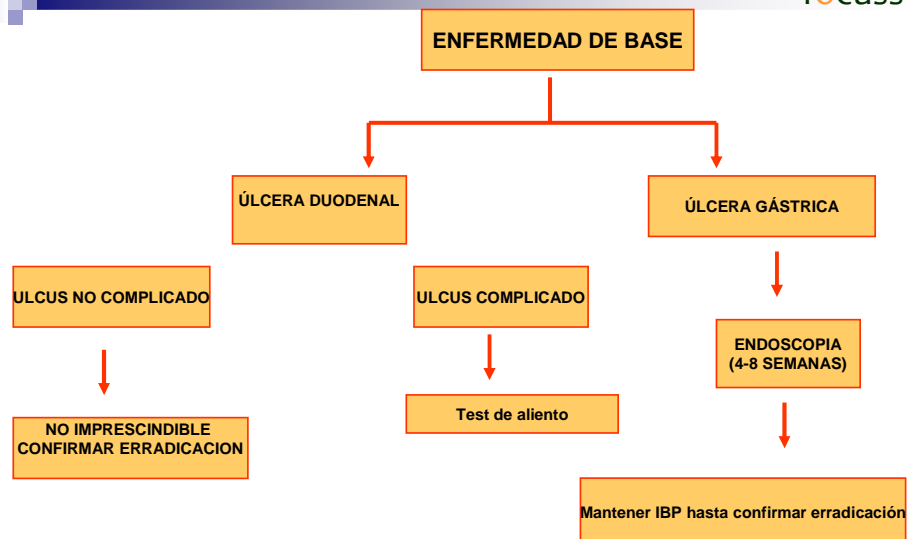
Respuesta Muy buena 92%

Suzuki H, et al. Sitafl oxacin-based third-line eradication of *H. pylori*. *Gastroenterology*. 2010;138 Suppl 1:S340.

Furuta T, T, et al. Comparison of triple rabeprazole/metronidazole/sitafloraxin therapy with triple rabeprazole/amoxicillin/sitafloraxin therapy as the third rescue regimen for eradication of *H.pylori*. *Gastroenterology*. 2010;138 Suppl 1:S337.

¿QUÉ MÉTODO DIAGNÓSTICO DEBEMOS UTILIZAR PARA CONFIRMAR LA ERRADICACIÓN?

SanJORGE



SanJORGE

CONCLUSIONES

- La infección por HP es relativamente frecuente en nuestro medio
- Las pruebas de diagnóstico son accesibles y sencillas
- No todo paciente HP debe ser tratado
- El tratamiento debe plantearse como una “estrategia terapéutica” que combina una pauta de primera línea con un tratamiento de rescate efectivo en caso de fracaso de la primera
- La aparición de resistencias de HP frente a distintos antibióticos representa una de las causas fundamentales de fracaso del tratamiento erradicador