

***Helicobacter pylori*: ¿es tiempo de llegar a un consenso nacional?**

Helicobacter pylori: is time to have a national consensus?

José Luis Pinto Valdivia¹

¹ Servicio de Gastroenterología, Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Este año se llevó a cabo en nuestro medio el XXIX Curso Internacional de Gastroenterología, Lima 2017, dentro del cual se desarrolló el primer “Curso de *Helicobacter pylori* en el Perú y América latina”, con una exitosa concurrencia, lo cual demuestra que este tema aún despierta mucho interés y expectativa entre todos nuestros colegas. Llamó en especial la atención una publicación de este año en una revista internacional que estudió la resistencia primaria a antibióticos del *Helicobacter pylori* (*Hp*) en una población peruana ⁽¹⁾, determinando una tasa de resistencia a claritromicina de 35,5%, resistencia dual a amoxicilina y claritromicina de 10,5% e incluso cultivos aislados con resistencia a más de tres antibióticos hasta un 40,8%, hallazgos que llevarían a cuestionarnos la utilidad de la terapia triple con claritromicina como esquema de primera línea. La tendencia a la disminución de la eficacia de la terapia triple estándar ya quedó reflejada en nuestro medio claramente en el estudio publicado el 2016 por el Dr. Valdivieso y el Dr. Bussalleu ⁽²⁾, en el que trataron 109 pacientes con la terapia triple por 14 días y sólo se obtuvo una tasa de erradicación de 66,3%, muy por debajo de las tasas superiores al 80% que múltiples estudios nacionales publicados en la década pasada. Estos hallazgos sin duda van a generar cambios notorios en la conducta de los gastroenterólogos de nuestro medio frente a esta infección, pues según una encuesta reciente publicada el 2015, aún el 95,5% utiliza como primera línea la terapia triple con claritromicina por 10 ó 14 días y sólo un 2% usa la terapia cuádruple asociada a bismuto ⁽³⁾. Cabe señalar que resultados similares llevaron a la Asociación Colombiana de Gastroenterología a desarrollar su guía de práctica clínica sobre esta infección publicada el 2015, en la cual indican que, para la terapia de primera línea, si está disponible, realizar previamente pruebas de sensibilidad mediante cultivo o por pruebas moleculares (PCR), para ir a una terapia guiada o por susceptibilidad antibiótica, y de no estar disponibles estas pruebas ir a una terapia empírica ⁽⁴⁾.

Existen hasta el momento puntos de controversia en nuestro medio sobre esta infección, incluso voces discordantes acerca de la importancia de dar tratamiento buscando la erradicación, debido a muchos motivos, como la alta tasa de reinfección en nuestro medio, la ausencia de efecto en mejorar la dispepsia e incluso, como se ha señalado previamente, la disminución notoria en la eficacia de los tratamientos actuales. Es importante que para tomar una posición al respecto debemos tratar de basarnos en la evidencia con la que contamos a nivel local y regional, la cual puede tener puntos débiles desde el punto de vista metodológico, pero es la que más puede estar reflejando nuestra realidad, tal como lo expresó el Dr. Alejandro Bussalleu en su meticulosa exposición “Contribución Latinoamericana al estudio de la Infección por *Helicobacter Pylori*”.

Sobre la posible alta tasa de reinfección en nuestra población, lo cual podría llevarnos a pensar en lo poco productivo que resultaría ser buscar la erradicación de esta infección, reportes locales muestran que ésta ha ido disminuyendo desde tasas de 73% a fines de los noventas publicadas por el Dr. Ramírez Ramos, hasta un 7,7% a los 2 años de la erradicación exitosa, lo cual aleja la posibilidad de tratarse de casos de recrudescencia en lugar de una verdadera reinfección, publicado el 2014 por Novoa *et al.* ⁽⁵⁾. Por tanto, siendo la tasa de reinfección en realidad baja, es un punto a favor de procurar erradicar la infección, incluso la Dra. Alba Trespalacios, distinguida microbióloga de Bogotá invitada a este curso, se mostró de acuerdo con estos hallazgos, pues luego de una verdadera erradicación de la infección, los mecanismos de protección de la mucosa gástrica se reestablecen, lo cual haría más difícil que se produzca una nueva infección por esta bacteria.

En cuanto al aspecto de buscar una mejoría clínica del paciente infectado, es decir, la mejora de la dispepsia, la cual ya es una indicación de tratamiento según el Consenso de Maastricht V del 2016, en

nuestro medio ya se ha generado evidencia sólida que demuestra que la erradicación de la infección por *HP* en pacientes con dispepsia no ulcerosa, evaluados mediante una escala de síntomas validada en nuestro medio (la escala SODA), lleva a una disminución de la intensidad del dolor y de los síntomas no dolorosos, así como a un aumento del grado de satisfacción global con diferencia estadísticamente significativa al sexto mes luego del tratamiento exitoso ⁽⁶⁾.

Finalmente, es importante generar más investigaciones en nuestro medio sobre resistencia y eficacia de tratamiento en otras regiones del país, así como trabajos con nuevos esquemas de tratamiento de primera línea y de rescate, entre otros aspectos. Por otro lado, todavía hay muchos puntos de controversia entre los propios gastroenterólogos, no sólo en el aspecto del tratamiento, sino también en el diagnóstico, indicaciones, seguimiento, entre otros, por lo cual se hace imperativo que la Sociedad de Gastroenterología del Perú propugne la realización de un Consenso Nacional sobre infección por *Helicobacter pylori*, el cual además de aglutinar y sintetizar toda la evidencia local y regional sobre este tema, pueda servir como guía de práctica clínica a toda la comunidad médica para un adecuado enfoque y manejo de este problema de gran importancia para nosotros, dado que somos un país de alta prevalencia de patología digestiva asociada a esta infección, siendo el cáncer gástrico su consecuencia más relevante. En

este número hay un trabajo del Dr. Carlos Barreda que refuerza lo antes mencionado ⁽⁷⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boehnke KF, Valdivieso M, Bussalleu A, Sexton R, Thompson KC, Osorio S, et al. Antibiotic resistance among *Helicobacter pylori* clinical isolates in Lima, Peru. *Infect Drug Resist.* 2017;10:85-90.
2. Valdivieso M, Bussalleu A, Sexton R, Boehnke K, Osorio S, Novoa Reyes I, et al. Clinical, epidemiologic, and genomic studies (SWOG S1119) of *Helicobacter pylori* in Lima, Peru: role of contaminated water. *J Cancerol.* 2016;3(2):52-63.
3. Escala AY, Jiménez AE, Bussalleu A. ¿Cómo manejan la infección por *Helicobacter pylori* los médicos gastroenterólogos del Perú? Estudio basado en una encuesta realizada en el 2014. *Rev Gastroenterol Peru.* 2015;35(4):295-305.
4. Otero W, Trespalcacios A, Otero L, Vallejo MT, Torres M, Pardo R, Sabbagh L. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* en adultos. *Rev Col Gastroenterol.* 2015;30(Supl 1):17-33.
5. Novoa I, Caravedo MA, Huerta-Mercado J, De los Ríos R, Pinto JL, Bussalleu A. Recurrencia de la infección gástrica con *Helicobacter pylori* en adultos peruanos con distrés postprandial dos años después de la erradicación exitosa. *Rev Gastroenterol Peru.* 2014;34(1):15-22.
6. Novoa I, De los Ríos R, Pinto JL, Huerta-Mercado J, Piscocoya A, Prochazka Zarate R, et al. Influencia de la erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia no ulcerosa en un hospital de Lima. *Rev Gastroenterol Peru.* 2010;30(1):25-32.
7. Barreda Costa CS, Barriga Briceño JA, Piccini Larco JR. Efectividad de un nuevo régimen simplificado en la erradicación de *Helicobacter pylori*. Estudio prospectivo realizado en una clínica privada de Lima Metropolitana. *Rev Gastroenterol Peru.* 2017;37(3):225-30.