

Revisión de actualización de pautas de tratamiento de *H. pylori*

Sr. Editor:

La infección por *Helicobacter pylori* afecta, aproximadamente, al 50 % de la población española y se ha identificado como causa de gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico^{1,2}. Su manejo y tratamiento están en constante cambio y revisión dada la creciente evidencia disponible al respecto y la exigencia en la eficacia de los tratamientos recomendados. Hemos realizado una revisión sobre sus indicaciones y esquemas de tratamiento, para su presentación de forma simplificada y de fácil manejo en Atención Primaria.

Las indicaciones de tratamiento erradicador son la úlcera péptica activa o antecedente, el linfoma MALT (tejido linfoide asociado a mucosas) gástrico de bajo grado, la resección quirúrgica o endoscópica de cáncer gástrico, familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico, dispepsia funcional y *H. pylori* positivo^{1,2}. A aquellos pacientes con test *H. pylori* positivo se les debería ofrecer erradicación.

En el momento actual, en España, no se recomienda la terapia triple clásica de inhibidor de la bomba de protones (IBP) + claritromicina + amoxicilina cuando las tasas locales de resistencia a claritromicina son > 15 %. Los últimos estudios al respecto cifran dichas tasas de resistencia en España en torno al 14-18 %³, tasas de las más altas de la Unión Europea. También se debe considerar el umbral mínimo de erradicación de *H. pylori* que se establezca.

Si las tasas de resistencia superan el 15 % (situación frecuente en nuestro país), como primera y segunda línea de tratamiento se recomiendan las combinaciones cuádruples de fármacos, con o sin bismuto, durante 10-14 días (preferiblemente 14 días) y el IBP (inhibidor de la bomba de protones) pautado a dosis estándar, siendo de primera elección el omeprazol^{4,5}. Es evidente la dificultad del cumplimiento correcto de un tratamiento durante 14 días consecutivos, por tanto consideramos necesaria la implicación del paciente para alcanzar el objetivo de erradicar el *Helicobáct*er. Para esto, nos parece fundamental el empleo en consulta de un tiempo necesario para motivar al paciente sobre

la adherencia al tratamiento.

La pauta de primera línea de tratamiento con 4 fármacos es IBP/12h + claritromicina 500 mg/12h + amoxicilina 1 g/12h + metronidazol 500 mg/12h durante 14 días. En pacientes con alergia a penicilina, se indica de primera línea una pauta cuádruple con bismuto: IBP/12h + bismuto 120 mg/6h o 240 mg/12h + tetraciclina (doxiciclina) 100 mg/12h + metronidazol 500 mg/8h y con una duración de 10 o 14 días.

Si existe fracaso de un primer tratamiento que incluya claritromicina, se recomienda una pauta con levofloxacino: IBP/12h + amoxicilina 1 g/12h + levofloxacino 500 mg/24h + bismuto 240 mg/12h. Otras alternativas serían: IBP/12h + bismuto 120 mg/6h (o 240 mg/12h) + tetraciclina (doxiciclina) 100 mg/12h + metronidazol 500 mg/8h de 10 a 14 días, o bien, IBP/12h + Pylera® 3 cps/6h x 10 días. Entre las recomendaciones de tratamiento de rescate en pacientes con alergia a penicilina se sugiere emplear una terapia triple con IBP + levofloxacino + claritromicina.

Como se indica anteriormente, existe una nueva formulación con todos los antibióticos incluidos en una única cápsula, Pylera®, que contiene bismuto, tetraciclina a dosis de 1,5 g/día (a menor dosis que en el esquema clásico de tratamiento de 2 g/día), y metronidazol. Es una alternativa que se presenta como segunda línea de tratamiento IBP/12h + Pylera® 3 cps/6h x 10 días y que se cree que podría mejorar el cumplimiento terapéutico. Sin embargo, se debe tener en cuenta su mayor coste económico, aunque la pauta de tratamiento podría no resultar mucho más cómoda que las previas. También debemos considerar que por su más reciente comercialización se desconoce si influirá en la aparición de efectos adversos.

Como 3ª línea de tratamiento se recomienda realizar una de las alternativas de 2ª línea de tratamiento no utilizada (Tabla 1).

En ocasiones, la infección por *H. pylori* persiste a pesar de haber administrado 3 tratamientos erradicadores. En estos pacientes se debe reevaluar individualmente la indicación del tratamiento erradicador, dado que se desconoce si el beneficio obtenido por la potencial erradicación de *H. pylori* supera los problemas de seguridad con líneas de tratamiento más complejas y se debe considerar la opción de dejar un tratamiento antisecretores de mantenimiento, IBP como primera opción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Delgado J, García-Iglesias P, Titó L, Puig I, Planella M, Gené E, et al. Update on the management of *Helicobacter pylori* infection. Position paper from the Catalan Society of Digestology. *Gastroenterol Hepatol*. 2018; 41:272-80. doi: 10.1016/j.gastrohep.2017.12.009.
2. Bosques-Padilla FJ, Remes-Troche JM, González-Huezo MS, Pérez-Pérez G, Torres-López J, Abdo-Francis JM, et al. The fourth Mexican consensus on *Helicobacter pylori*. *Rev Gastroenterol Mex*. 2018; 83:325-41. doi: 10.1016/j.rgm.2018.05.003.
3. Navarro-Jarabo JM, Fernandez-Sanchez F, Fernandez-Moreno N, Hervas-Molina AJ, et al. Prevalence of Primary Resistance of *Helicobacter pylori* to Clarithromycin and Levofloxacin in Southern Spain. *Digestion*. 2015; 92(2):78-82.
4. Randel A. *H. pylori* Infection: ACG Updates Treatment Recommendations. *Am Fam Physician*. 2018; 97(2):135-7.
5. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *Am J Gastroenterol*. 2017; 112:212-39. doi: 10.1038/ajg.2016.563.

María Carmen Vicén Pérez*, María Jesús Gallego Uriel, Joaquín Gutiérrez Martín-Arroyo, Antonio Luis Aguilar Shea

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria
E.A.P. Puerta de Madrid (España).

Correo electrónico:
carmen.vicen@salud.madrid.org

Pautas de tratamiento erradicador de <i>Helicobacter pylori</i>		
Primera línea de tratamiento	IBP/12h + claritromicina 500 mg/12h+ amoxicilina 1 g/12h + metronidazol 500 mg/12h	14 días
Primera línea en alergia a penicilina	IBP/12h+bismuto 120 mg/6h o 240 mg/12h +tetraciclina (doxiciclina) 100 mg/12h +metronidazol 500 mg/8h	10 o 14 días
Segunda línea	IBP/12h + bismuto 240 mg/12h + amoxicilina 1 g/12h + levofloxacino 500 mg/24h	10 o 14 días
	IBP/12h + bismuto 120 mg/6h (o 240 mg/12h)+ tetraciclina (doxiciclina 100 mg/12h) + metronidazol 500 mg /8h	10 o 14 días
	IBP/12h + Pylera® 3 cps/6h x 10 días.	10 días
Segunda línea en alergia a penicilina	Tras el fracaso de un primer tratamiento cuádruple con bismuto IBP/12h + levofloxacino 500 mg/24h + claritromicina 500 mg/12h	10 o 14 días
Tercera línea	Realizar una de las alternativas de segunda línea de tratamiento no utilizada.	

Tabla 1. Pauta de tratamiento erradicador *Helicobacter pylori* con tasas elevadas de resistencia. IBP: inhibidor de la bomba de protones; Pylera®: bismuto, tetraciclina y metronidazol.