

Tratamiento del *Helicobacter pylori*

Fabio Leonel Gil Parada.¹

El artículo publicado en este ejemplar de la Revista Colombiana de Gastroenterología, titulado “Resistencia primaria al metronidazol en aislamientos de *Helicobacter pylori* en pacientes adultos de Bogotá, Colombia” por los especialistas Sandra Henao, William Otero, Luis Ángel y Julián Martínez, es un ejemplo de la necesidad de que el producto de la investigación constituya la base de las políticas en salud que permitan generalizar conductas en relación con un conocimiento ampliamente difundido. A pesar de las publicaciones previas que recomiendan excluir el uso del metronidazol en los esquemas de erradicación del *Helicobacter*, por la magnitud de la resistencia, todavía se usa con frecuencia, como también lo demostraron Gómez y colaboradores (1).

La publicación constituye una ilustración científicamente detallada, del aislamiento, cultivo y prueba de resistencia del *Helicobacter* a diferentes antibióticos, con un porcentaje de recuperación de la bacteria del 69,7%. Aplicación que debemos tener en cuenta y usarla en el manejo de nuestros pacientes, que demuestran persistencia de la bacteria después del tratamiento con antibióticos y con clara indicación de la erradicación. De paso describe una vez más el hallazgo de la sensibilidad de la prueba de ureasa, como herramienta útil para el diagnóstico.

En este contexto de resistencias en nuestro medio, resulta pertinente recordar el estudio de Yepes y colaboradores (2), que describe el hallazgo de resisten-

cias tan altas, además del metronidazol, a tetraciclina y claritromicina, que nos obliga a realizar estudios multicéntricos en Colombia, que seguramente terminarían confirmando la sospecha de que los esquemas usados en la práctica clínica actual deben ser reevaluados, porque no son efectivos.

Es una observación en la práctica clínica cotidiana en nuestro medio, el tratamiento fallido de erradicación del *Helicobacter*. Se han involucrado la falta de adherencia de los pacientes por los efectos adversos a los medicamentos, diferencias en el metabolismo de los inhibidores de la bomba de protones (citocromo P 450, gen *CYP2C19*), resistencia genética bacteriana a los antibióticos en algunas cepas, tamaño del inóculo, bacterias en el interior de las células epiteliales o en las barreras de protección mucosa, vaciamiento gástrico y dilución, acidez en otras. En el contexto de una infección latente toma auge la teoría de la resistencia fenotípica que puede ser reversible, y se relaciona con la población bacteriana de crecimiento lento que puede sobrevivir hasta que culmina el tratamiento con antibióticos (*dormant, persister, nonreplicating*); y no necesariamente es la bacteria resistente al antibiótico, pero falla la erradicación, que traduce un estado de tolerancia del germen y/o duración insuficiente del tratamiento (3).

Después de las recomendaciones de Maastricht III (4), que favorecen la triple terapia con inhibidor de la bomba de protones (IBP), amoxicilina y claritro-

¹Comité Editorial, Revista Colombiana de Gastroenterología. Bogotá, Colombia.

Fecha recibido: 11-03-09 / Fecha aceptado: 18-03-09

micina, es el esquema más frecuentemente usado en la actualidad; se está demostrando cada vez con mayor insistencia que no es efectivo, porque la curación no alcanza el 80% de los pacientes infectados que reciben el tratamiento, lo que resulta inaceptable y hasta se han cuestionado los aspectos éticos de administrar un tratamiento empírico que no llena las expectativas, a diferencia de los excelentes resultados en la mayoría de infecciones por otros gérmenes, con una curación mayor del 95%, con el esquema inicial con intención de tratar.

Como terapia inicial de erradicación del *Helicobacter pylori* debemos evaluar alternativas ante las resistencias mencionadas, que pueden incluir amoxicilina, levofloxacina, bismuto y furazolidona. La evidencia actual favorece la administración de los antibióticos en forma secuencial (5), típicamente comenzando con el IBP y amoxicilina durante 5 días, hipotéticamente para debilitar la pared bacteriana, que puede erradicar el *Helicobacter* en al menos el 50% de los pacientes y reduce la carga en los restantes; al sexto día continuar con el IBP y dos antibióticos hasta completar 10 días, con el fin de eliminar la población residual. Usualmente los esquemas describen la claritromicina y los imidazoles, pero como se ha demostrado no son recomendables en nuestra población y se debe acudir a las otras alternativas enumeradas. También se puede involucrar la cuádruple terapia, pero sin incluir imidazoles o tetraciclina; la

triple terapia y con dosis altas de IBP, o prolongada hasta 14 días (3).

Definitivamente estos esquemas requieren validación geográfica, y nos queda la inquietud de los estudios colombianos, con miras a recomendar con responsabilidad un esquema específico.

REFERENCIAS

1. Gómez M, Otero W, Gutiérrez O. Tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Encuesta en un grupo de médicos generales y especialistas en Colombia. Rev Col Gastroenterol 2007; 22(1): 7-16.
2. Yepes C, Rodríguez A, Ruíz A, Ariza B. Resistencia antibiótica del *Helicobacter pylori* en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá. Act Med Col 2008; 31(1): 11-14.
3. Graham DY, Shiotani A. New concepts of resistance in the treatment of *Helicobacter pylori* infections. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 2008; 5(6): 321-31.
4. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar F, Gram D, Hunt R, Rokkas T, Vakil N, Kuipers E. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut 2007; 56: 772-81.
5. Tong JL, Ran ZH, Shen J, Xiao SD. Sequential therapy vs. standard triple therapies for *Helicobacter pylori* infection: a meta-analysis. J Clin Pharm Ther 2009; 34: 41-53.