



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Martes 21 de noviembre de 2023

### *Helicobacter pylori*

Mar248

#### PRIMER ANÁLISIS DEL REGISTRO MEXICANO PARA EL ESTUDIO DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP-MEXREG): DIAGNÓSTICO, INDICACIONES Y ERRADICACIÓN

J. M. Remes-Troche, A. Cano-Contreras, E. Coss-Adame, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, M. S. González-Huezo, E. Juárez-Valdés, F. Higuera-de la Tijera, J. K. Yamamoto-Furusho, R. H. Raña-Garibay; Representación del grupo de Investigadores del Hp-MexReg; Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** México es un país con prevalencia elevada de infección por *Helicobacter pylori* (Hp). En los últimos años, la epidemiología y el éxito en la erradicación han variado en este país y, si bien se han realizados estudios por grupos específico de investigación en diversas zonas del país, nunca se había creado un registro único multicéntrico con el fin de proporcionar datos actualizados en relación con Hp.

**Objetivo:** Crear un registro mexicano con respecto a las características clínicas y la forma de establecer el diagnóstico y tratar el Hp en México.

**Material y métodos:** Se integró un registro nacional multicéntrico, retrospectivo/prospectivo (Hp-MexReg). La información sobre las indicaciones de tratamiento y pruebas diagnósticas y los tratamientos utilizados por gastroenterólogos en México durante el lapso de 2015 a 2023 se registraron en una base de datos creada para ese fin. Se analizaron los datos con estadística descriptiva.

**Resultados:** Hasta el momento se ha incluido a 771 sujetos (519 mujeres, 67,3%), con una edad promedio de  $51,73 \pm 15$  años. El índice de masa corporal de los pacientes en promedio fue de  $27,4 \pm 5$ . En la actualidad, las indicaciones más frecuentes para erradicar Hp son dispepsia no investigada (59,3%), seguida de úlcera gástrica (7,4%), dispepsia funcional (5,7%), evidencia endoscópica de gastritis folicular o metaplasia intestinal (5,2%), úlcera duodenal (4,8%), antecedente familiar de cáncer gástrico (4,0%), púrpura trombocitopénica (1,3%), deseo personal del paciente (2,2%) y maltoma (0,3%). Un 79,2% refirió tener síntomas digestivos y los más frecuentes fueron dolor epigástrico (59,8%), náusea (35%), saciedad (22%), pirosis (21%) y plenitud gástrica (16,7%). El método diagnóstico más empleado ha sido la determinación histológica (toma de biopsias, 62,5%), seguida de la prueba de aliento con urea marcada con  $C_{13}$  (26%). El 77,6% de los pacientes no había sido objeto de tratamiento con anterioridad. El esquema más administrado en la actualidad es el cuádruple con bismuto (31,9%) y después el triple esquema (30,1%) y el tratamiento concomitante (26%). El 30,5% refirió algún efecto adverso durante el tratamiento y el 74% señaló una adherencia mayor al 90%. En el 87% de los casos se realizó una prueba confirmatoria para erradicación y la tasa global de erradicación fue de 77%. El tratamiento concomitante tuvo un éxito de 82% en comparación con la cuádruple con bismuto (71%) y la modalidad triple (64%,  $p < 0,000$ ).

**Conclusiones:** En este análisis preliminar, los síntomas dispépticos son la principal razón para erradicar Hp en México y la toma de biopsias el método diagnóstico más frecuente. Existen diferencias en cuanto al éxito de los esquemas de erradicación y el tratamiento concomitante es el más efectivo en la actualidad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

Mar249

**PORCENTAJE DE RESPUESTA SINTOMÁTICA EN PACIENTES POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DE H. PYLORI**

A. Martínez-Luna, M. F. García-Cedillo, J. S. Arenas-Martínez, D. I. Carmona-Guerrero, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La prevalencia de infección por *H. pylori* en México es alta, entre 70% y 80% de la población > 25 años. La infección por *H. pylori* se ha vinculado con afecciones gastroduodenales, entre ellas dispepsia, úlcera péptica y cáncer gástrico. Se recomienda la estrategia de buscar y tratar en pacientes con dispepsia. Sin embargo, es dudosa la obtención de mejoría sintomática con esta modalidad.

**Objetivo:** Definir el porcentaje de respuesta sintomática en pacientes con dispepsia de acuerdo con el estado de erradicación de *H. pylori*.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de cohorte longitudinal en pacientes con dispepsia y prueba positiva para infección por *H. pylori*. Se realizó una búsqueda basada en la revisión del expediente clínico del INCMNSZ. Se recopilaron datos de las pruebas de aliento positivas para *H. pylori* en el periodo de enero a junio del 2022. Se estudió a pacientes con prueba positiva y síntomas de dispepsia que recibieron tratamiento de erradicación para *H. pylori*. Se evaluaron síntomas gastrointestinales altos (dolor epigástrico, saciedad temprana, plenitud, náusea y vómito). Se obtuvieron las características demográficas y antropométricas de los pacientes, información sobre el esquema de tratamiento indicado, respuesta al tratamiento con base en el resultado de la prueba de aliento posterior al tratamiento y la mejoría o persistencia de los síntomas de dispepsia. Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico Jamovi; para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y para variables cualitativas la  $\chi^2$  o la exacta de Fisher.

**Resultados:** De los 85 pacientes incluidos, 58,8% correspondió a mujeres (n = 50) y 41,1% a hombres (n = 35). Se observaron tres esquemas distintos de erradicación: triple (IBP + dos antibióticos); cuádruple con bismuto (IBP + dos antibióticos + bismuto) y cuádruple sin bismuto (IBP + tres antibióticos). Se distribuyeron de la siguiente manera: 14 pacientes (16,4%) recibieron esquema triple, 63 pacientes cuádruple con bismuto (74,1%) y 8 pacientes cuádruple

sin bismuto (9,4%). Se alcanzó éxito global para la erradicación en el 52,9% de los pacientes (n = 45), con la siguiente distribución: de los pacientes que recibieron esquema triple, 8 (57,1%) tuvieron desenlace exitoso; de los sometidos a esquema cuádruple con bismuto, 35 (55,6%) tuvieron desenlace exitoso; por último, del esquema cuádruple sin bismuto, 2 (25%) consiguieron el desenlace exitoso. La prevalencia de síntomas dispépticos fue: dolor epigástrico en el 71,7% (n = 61), saciedad temprana en el 56,4% (n = 48), plenitud en el 57,6% (n = 49), náusea en el 58,8% (n = 50) y vómito en el 56,4% (n = 48). Posterior al tratamiento, mejoró 14% (n = 9) con dolor epigástrico, 10,4% (n = 5) con saciedad temprana, 4% (n = 2) con plenitud; 8% (n = 4) con náusea y 2% (n = 1) con vómito. El porcentaje de erradicación de la infección de acuerdo con la mejoría sintomática fue de 44,4% (n = 4) para dolor epigástrico; 40% (n = 2) para saciedad temprana; 0% (n = 0) para plenitud; 25% (n = 1) para náusea y 0% (n = 0) para vómito (Fig. 1).

**Conclusiones:** En este estudio, tras confirmar la erradicación, se observó mejoría sintomática global e individual en una proporción baja de pacientes, y el dolor epigástrico fue el síntoma con mayor porcentaje de mejoría. Estos hallazgos resaltan la importancia de seleccionar adecuadamente a los pacientes que requieren tratamiento de erradicación. Deben considerarse otros mecanismos en la fisiopatología de la generación de síntomas diferentes a los de la infección por *H. pylori*.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para este estudio.

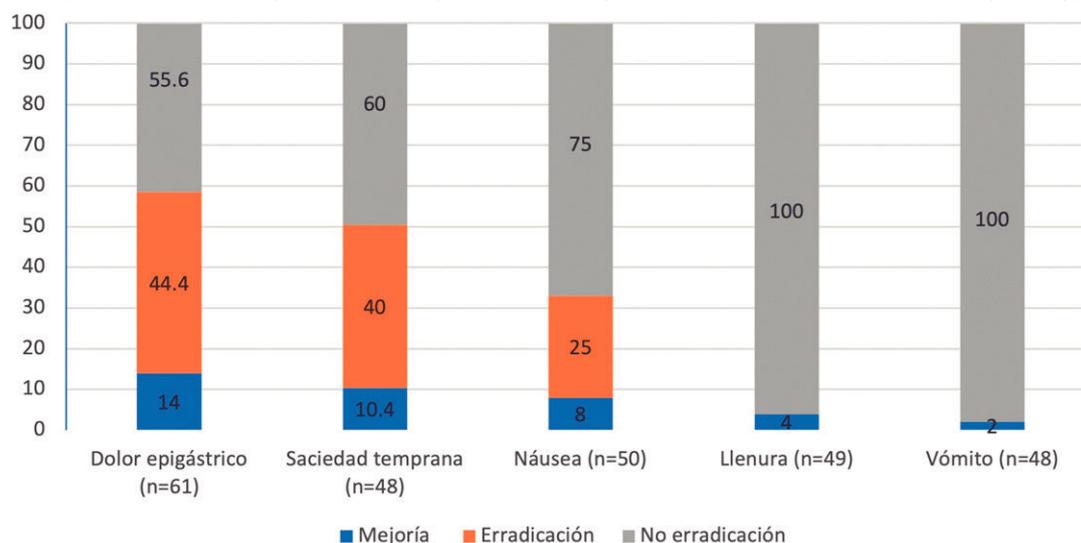
Mar250

**EFICACIA EN LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, D. A. Carbajal-Silva, C. F. Castillo-Díaz, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** *Helicobacter pylori* (HP) afecta a más del 70% de la población mexicana. Debido a las tasas altas de resistencia bacteriana, la tasa de erradicación con el esquema triple (TT) con claritromicina se ha registrado menor de 80%, lo que ha llevado a probar nuevos esquemas. En regiones con tasas de resistencia dual elevadas (claritromicina y metronidazol), como en México, o pacientes previamente tratados con macrólidos, la modalidad cuádruple con

Figura 1. Porcentaje de erradicación en pacientes con mejoría sintomática posterior al tratamiento de erradicación para *H. pylori*. (Mar249)



bismuto (TCB) durante 14 días debe considerarse la primera línea terapéutica y el tratamiento cuádruple sin bismuto (TCC) como esquema alternativo.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y tolerancia a los diferentes esquemas de tratamiento de erradicación de HP.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte observacional y retrospectivo en el que se analizó a pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital General de México del 2019 al 2023, mayores de 18 años, que recibieron tratamiento de erradicación para HP por primera vez y en quienes se verificó su erradicación. Variables analizadas: edad, sexo, informe histopatológico, prueba de erradicación, adherencia al tratamiento y efectos adversos. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

**Resultados:** Se estudió a 150 pacientes y se dividieron de acuerdo con el esquema de erradicación instituido: 75 recibieron tratamiento con TT, 38 TCC y 37 TCB. La dispepsia no investigada fue la indicación más frecuente para la búsqueda de HP (66%), seguida de úlcera gástrica o duodenal (18,6%). La mayoría de los pacientes correspondió a mujeres (74%). En los 38 de la TCC (edad promedio  $38 \pm 14,8$ , 65,7% de mujeres) se identificó una respuesta del 97,3%

y efectos adversos en el 78,9%, los más frecuentes de los cuales fueron la disgeusia, la náusea y el dolor o distensión abdominal. Si bien hubo una mejor adherencia (96% y 91,8%) y una menor presentación de efectos adversos (60% y 40,5%) con el uso de TT y TCB respecto de TCC, la respuesta a ambas modalidades fue inferior (60% y 72,9% respectivamente). Cabe mencionar que, en el grupo de la TCB, se reconoció una mayor variabilidad en los antibióticos administrados (21 amoxicilina/claritromicina, 11 metronidazol/doxiciclina y 5 metronidazol/tetraciclina). Los hallazgos histológicos más frecuentes fueron gastritis crónica en 78 pacientes, gastritis folicular en 25, atrofia en 5, metaplasia en 18 y MALT en 1; no se identificó displasia (Tabla 1).

**Conclusiones:** La resistencia antimicrobiana es variable en diversas regiones geográficas, incluso dentro de un mismo país, por lo que se sugieren estudios regionales que evalúen la sensibilidad a los antibióticos y la respuesta a los tratamientos de erradicación para HP. En el medio de los autores, la TCC logró tasas óptimas de erradicación, por lo que debe considerarse como el tratamiento de primera línea. La TCB tuvo un desempeño subóptimo, pero podría considerarse en pacientes con alto riesgo de sufrir efectos adversos a TCC. La TT no se recomienda.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Caracterización de los esquemas de erradicación. (Mar250)

	Grupo TT n = 75		Grupo TCC n = 38		Grupo TCB n = 37	
Edad promedio	47,5	$\pm 14,2$	38,1	$\pm 14,8$	44,7	$\pm 15,6$
Masculino	17	22,6%	13	34,2%	9	24%
Femenino	58	77,3%	25	65,7%	28	75,6%
Tasa de erradicación	45	60%	37	97,3%	27	72,9%
Adherencia del 100%	72	96%	26	68,4%	34	91,8%
Efectos adversos	45	60%	30	78,9%	15	40,5%
A. Disgeusia	14	18,6%	24	63,1%	1	2,7%
B. Dolor/distensión abdominal	25	33,3%	26	68,4%	13	35,1%
C. Diarrea	9	12%	3	7,8%	1	2,7%
D. Náusea	24	32%	22	57,8%	7	18,9%
E. Vómito	1	1,3%	2	5,2%	0	
F. Pirosis	13	17,3%	5	13,1%	1	2,7%
G. Saciedad	14	18,6%	2	5,2%	1	2,7%
H. Astenia	16	21,3%	0		2	5,4%
I. Anorexia	13	17,3%	3	7,8%	2	5,4%
Indicación de búsqueda						
Dispepsia no investigada	62	82,6%	12	31,5%	25	67,5%
Úlcera gástrica/duodenal	7	9,3%	15	39,4%	6	16,2%
Cáncer G. personal/familiar	6	8%	8	21%	4	10,8%
Informe histopatológico						
Gastritis crónica	37	49,3%	17	44,7%	24	64,8%
Gastritis folicular	14	18,6%	6	15,7%	5	13,5%
Gastritis atrófica	3	4%	0		2	5,4%
Metaplasia intestinal	14	18,6%	2	5,2%	2	5,4%
MALT	1	1,3%	0		0	