

Consenso Mexicano sobre *Helicobacter pylori*

Grupo Nacional de Consenso de la Asociación Mexicana de Gastroenterología

Durante la última década, se han publicado un gran número de trabajos que relacionan la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) con el desarrollo de enfermedades gastroduodenales: benignas como gastritis y úlcera péptica; o malignas como carcinoma y linfoma gástricos.

La enfermedad ácido péptica es una entidad frecuente en la población general. A pesar de tener baja mortalidad, tanto su cronicidad y elevada prevalencia, como los múltiples estudios diagnósticos y diversos tratamientos farmacológicos a que se someten estos pacientes, la hacen una patología que impacta la calidad de vida y economía de quienes la padecen. Por otro lado, el cáncer gástrico es en nuestro país la neoplasia de aparato digestivo que se presenta con mayor frecuencia, constituyendo una de las causas principales de muerte por tumores.

La infección por *H. pylori* tiene distribución mundial, aunque su prevalencia es variable en diferentes poblaciones estudiadas. Existen trabajos que sugieren que en México, como en otros países en desarrollo, se encuentran infectados la mayoría de los adultos, por lo que puede tratarse de una infección endémica. El estudio de las características de esta bacteria ha permitido identificar diferentes cepas con grados variables de patogenicidad.

Con objeto de analizar la información existente y poder establecer recomendaciones dirigidas a mejorar la atención médica de estos pacientes, se han realizado varias reuniones de expertos en el tema, entre ellas están la convocada por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de Norteamérica (NIH Consensus Conference) y la del Grupo Europeo para Estudio del *H. pylori* (The Maastrich Consensus Report). Las recomendaciones hechas por grupos del extranjero tienen limitaciones en nuestro medio, en vista de las posibles diferencias en el perfil epidemiológico de la infección por *H. pylori* y de las enfermedades que se han relacionado con ella, así como de las diferentes condiciones socioeconómicas de nuestra población y de la menor disponibilidad de recursos en los servicios de salud.

Con base en lo antes mencionado, la Asociación Mexicana de Gastroenterología convocó a una Reunión de

Consenso sobre *H. pylori* dirigida a establecer lineamientos que permitan orientar a los profesionales de la salud en el manejo de los enfermos y en las líneas de investigación más adecuadas para nuestro medio.

Se hizo la selección de un grupo de especialistas nacionales, compuesto por expertos en el estudio de *H. pylori*, enfermedad ácido péptica y tumores gástricos; jefes de Servicios de Gastroenterología de hospitales públicos y privados; profesores titulares de Cursos de Especialización en Gastroenterología con reconocimiento universitario; representantes de diferentes escuelas de medicina, Institutos Nacionales de Salud y la Academia Nacional de Medicina; miembros representativos de la Asociación Mexicana de Gastroenterología y del Consejo de la Especialidad, quienes se identificaron por su experiencia en la atención de pacientes y reconocida ética profesional.

La metodología utilizada siguió una combinación de técnicas de consensos formales. Los integrantes del grupo de trabajo fueron contactados personalmente o por teléfono y, una vez que dieron su aceptación para participar, se les entregó una carpeta con generalidades acerca de los métodos de consenso, un cuestionario con algunas preguntas básicas sobre las que se centraba la discusión así como una revisión bibliográfica extensa con el fin de uniformar su actualización en el tema. Posteriormente, en septiembre de 1995, se realizó una reunión de dos días de duración con todos los integrantes del grupo. El primer día los expertos en el tema expusieron y discutieron las evidencias existentes en la literatura que podrían ser fundamento para dar respuesta a las interrogantes planteadas. El segundo día, todos los integrantes del grupo, bajo la dirección de dos coordinadores, reformularon y resolvieron las preguntas del cuestionario, con lo que se elaboró un documento preliminar que se presentó en diciembre de 1995 durante el Congreso Nacional de Gastroenterología en Mérida, Yucatán. La redacción final de las conclusiones tomadas por el grupo fueron enviadas por correo a todos los asistentes a la reunión con objeto de emitir su aprobación antes de su publicación. El producto del Consenso se presenta a continuación:

¿QUE RELACION CAUSAL EXISTE ENTRE EL *H. PYLORI* Y LA ENFERMEDAD GASTRODUODENAL, NO NEOPLASICA?

- a) En dispepsia funcional, el papel causal del Hp es controversial, ya que su presencia no se asocia a síntomas específicos y su erradicación no está asociada a desaparición de los mismos.

Investigación:

Estudiar en población abierta y estratificada por tipos de presentación clínica de la dispepsia ("ulcerosa", "dismotilidad" e "inespecífica"), su frecuencia de asociación con *H. pylori* y la respuesta sintomática al tratamiento de erradicación.

- b) La gastritis crónica antral, definida según la clasificación de Sidney en términos de actividad y presencia de folículos, está directamente relacionada con el *H. pylori* siempre y cuando se demuestre en el material histológico la presencia de la bacteria.

Investigación:

Determinar en nuestra población (adulta y pediátrica) con gastritis crónica activa asociada a Hp: Las cepas de *H. pylori* infectantes, las manifestaciones clínicas, los patrones histológicos de lesión, los factores comórbidos (uso de anti-inflamatorios no esteroides [AINES], consumo de alcohol, dieta, reflujo alcalino, tabaquismo, etc.) y la historia natural de la lesión, además de correlacionar estos datos entre sí, al igual que con la respuesta al tratamiento de erradicación.

- c) La asociación de úlcera péptica (gástrica y duodenal) y *H. pylori* existe, es probablemente causal, no es específica y puede depender de la cepa infectante. El *H. pylori* no es el único factor que condiciona la aparición de úlcera péptica, ya que contribuyen a su aparición otros factores coexistentes tales como edad, género, carga de ácido que llega al duodeno, densidad de células productoras de gastrina y tabaquismo, entre otros. Además, la úlcera péptica puede presentarse en ausencia de *H. pylori*, como ocurre por ejemplo, en aquella secundaria a AINES (gástrica) y a síndrome de Zollinger Ellison, entre otros.

Investigación:

Determinar la coexistencia de metaplasia gástrica en el duodeno y presencia de úlcera duodenal; el

papel del *H. pylori* en el estómago operado por úlcera péptica; y la prevalencia de úlcera asociada a *H. pylori* en niños, así como la existencia de otros factores contribuyentes.

¿EXISTE RELACION ENTRE EL *H. PYLORI* Y LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DEL ESTOMAGO (NO DE LA UNION CARDIOESOFAGICA)?

- a) El *H. pylori* se ha propuesto como otro factor de riesgo de cáncer gástrico. La magnitud de su contribución causal aún requiere de investigación.
- b) Hay evidencia de relación causal entre infección por *H. pylori* y linfoma gástrico del tipo de tejido linfoide asociado a mucosas (MALToma).

Investigación:

Investigar las cepas de *H. pylori* asociadas a cáncer y linfoma.

Determinar en función a la erradicación del *H. pylori* la importancia relativa de este agente en la ocurrencia del cáncer y linfoma.

Desarrollar modelos animales de experimentación que reproduzcan las condiciones ambientales de ocurrencia de cáncer gástrico.

¿A QUIEN SE LE BUSCA LA INFECCION POR *H. PYLORI*? ¿COMO?

- a) En sujetos asintomáticos, se recomienda la búsqueda en casos con:
- Historia de úlcera péptica demostrada radiológicamente o por endoscopia con anterioridad. La búsqueda se sugiere hacerla por prueba de aliento con urea marcada.
 - Hallazgo endoscópico fortuito de úlcera péptica o gastritis nodular. La búsqueda se hace en material de biopsia por el método disponible (ureasa y/o histología).

En sujetos asintomáticos que no reúnan las condiciones arriba especificadas, la búsqueda se justifica sólo con fines de investigación.

Investigación:

Identificar los factores de riesgo (por ejemplo hacinamiento, nivel socioeconómico) que condicionan la infección asintomática por *H. pylori*, estudiada por serología.

Establecer un registro de serotecas bajo la coordinación de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.

En grupos pediátricos, evaluar la relación entre hallazgos endoscópicos e histológicos asociados a *H. pylori*.

b) En sujetos sintomáticos, la búsqueda de *H. pylori* se recomienda en los siguientes casos:

- Úlcera activa inicial o recurrente. La búsqueda se hace mediante las pruebas disponibles (ureasa o histopatología). Se recomienda la toma de dos biopsias de cuerpo y dos de antro gástricos. Además se recomienda la toma de dos biopsias gástricas adicionales para estudio histológico cuando se tenga imagen endoscópica de lesiones nodulares.
- Primer episodio de úlcera, diagnosticada previamente por endoscopia y/o radiología. La búsqueda se hará por prueba de aliento con urea marcada o serología.
- Linfoma gástrico del tipo MALToma.
- Úlcera recurrente con *H. pylori* positivo después de tratamiento de erradicación. La búsqueda pretende documentar la erradicación, se recomienda hacer con prueba de aliento con urea (un mes después de que se completó el tratamiento), serología (mínimo dos meses después de que se completó el tratamiento), u otra prueba de detección disponible (exceptuando la prueba de ureasa-rápida).

En sujetos sintomáticos, con úlcera no recurrente, cáncer gástrico y linfoma de alto grado, la búsqueda de *H. pylori* se recomienda sólo con fines de investigación.

Investigación:

Identificar las cepas de *H. pylori* asociadas a estos tipos de lesión.

Determinar en nuestro medio las tasas de erradicación y reinfección del *H. pylori* en pacientes sometidos a tratamientos de erradicación.

Determinar la frecuencia de MALToma y linfoma de alto grado con evaluación inmunohistológica y citoquímica.

Evaluar en forma prospectiva el significado clínico de los infiltrados linfoides.

Evaluar la utilidad de una biopsia duodenal en la detección del *H. pylori*.

¿QUIENES DE LOS PACIENTES INFECTADOS POR *H. PYLORI* DEBEN RECIBIR TRATAMIENTO DE ERRADICACION? ¿CON QUE?

a) En sujetos asintomáticos, el tratamiento se recomienda sólo en casos de MALToma, bajo condiciones de vigilancia médica estrecha y especializada.

b) En sujetos sintomáticos, el tratamiento se recomienda en:

- Úlcera duodenal recurrente.
- Primer episodio de úlcera con factores de riesgo coexistentes (edad > 65 años, uso de AINES, enfermedad sistémica tal como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la insuficiencia renal crónica).
- Úlcera hemorrágica, una vez controlada la hemorragia.

c) Para la erradicación de *H. pylori* se recomienda el siguiente esquema:

- Un medicamento antisecretor durante un mes: Inhibidor de la bomba de protones o bloqueador de receptores H₂ (dosis doble de la habitualmente recomendada).

- Dos antimicrobianos durante dos semanas (no se recomienda el uso de metronidazol por alta resistencia del *H. pylori* en nuestro medio). Cada vez hay más evidencia de que los antibióticos se pueden administrar durante siete días con mejor tolerancia, menor costo y semejante efectividad a la observada con esquemas de 14 días de duración (*nota de los coordinadores*). La lista de medicamentos usados incluye:

amoxicilina: 500 mg qid o 1 g bid

tetraciclina: 500 mg qid

claritromicina (y otros macrólidos): 500-1500 mg por día.

Sales de bismuto: Subcitrato 110 mg (una tableta) o Subsalicilato 512 mg (dos tabletas) qid.

Si hay falla al tratamiento, una vez que se excluye que el paciente no tomó adecuadamente los fármacos, se recomienda utilizar otro esquema terapéutico, en especial no volver a administrar claritromicina, ya que existen altas probabilidades de inducir resistencia.

Existen otros esquemas terapéuticos en estudio, algunos que incluyen nuevos antibióticos como azitromicina o productos combinados como ranitidina con citrato de bismuto.

Investigación:

Evaluar en nuestra población adulta y pediátrica: Sensibilidad de las cepas aisladas a los antibióticos recomendados.

Respuesta al tratamiento de erradicación.

Cambios en la incidencia de complicaciones de la úlcera péptica después de la erradicación.

GRUPO NACIONAL DE CONSENSO**COORDINADORES:****Margarita Dehesa Violante**

Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI, IMSS.

Guillermo Robles DíazInstituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.
(INNSZ)**PARTICIPANTES:****Jesús Aguirre García**

Hospital General de México, SSA.

Julián Arista Nasr

Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

Arturo Ballesteros Amozurrutia

Hospital de Alta Especialidad, PEMEX.

Francisco Bosques Padilla

Hospital Universitario José E. González. Monterrey, N.L.

Margarita Camorlinga

Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS.

José Angel Córdova Villalobos

Facultad de Medicina, Universidad de Guanajuato.

Antonio de la Torre Bravo

Hospital de Oncología, CMN Siglo XXI, IMSS.

Francisco Esquivel Rodríguez

Hospital Civil Dr. Miguel Silva. Morelia, Michoacán.

Cielo Fernández Ortega

Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mor.

Gerardo Fernández Guerrero

Sociedad de Gastroenterología del Edo. de México.

Tomás Gómez Maganda y Silva

Hospital Central Militar de México.

Beatriz González Ortiz

Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI, IMSS.

Jannette Guarner Lans

Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F.

Luis Guevara González

Academia Nacional de Medicina

Héctor Gutiérrez Nava

Hospital de Especialidades No. 25, IMSS. Monterrey, N.L.

Humberto Hurtado Andrade

Hospital de Especialidades CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.

David Kershenobich

INNSZ y Consejo Mexicano de Gastroenterología.

Eduardo Lazcano

Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mor.

Lizbeth López Carrillo

Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mor.

Yolanda López Vidal

Facultad de Medicina, UNAM.

Francisco López Fuerte

Hospital de Especialidades CMN La Raza, IMSS.

Raúl Luis Valle

Hospital Regional del IMSS. Oaxaca, Oax.

Armando Madrazo de la Garza

Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, IMSS.

Héctor Maldonado Garza

Hospital Universitario, UANL. Monterrey, N.L.

Eduardo Marín López

Hospital UPAEP. Puebla, Pue.

José Naves González

Hospital Español de México. México, D.F.

José Ramón Nogueira de Rojas

Hospital General SSA. Irapuato, Gto.

Raúl Olaeta Elizalde

Hospital Juárez de México. México, D.F.

Alfonso Perches Vega

Hospital de Especialidades CMN La Raza, IMSS.

Luis Manuel Perea Mejía

Facultad de Medicina, UNAM. México, D.F.

Blanca Estela Pineda Corona

Hospital General de México, SSA.

Jaime Ramírez Mayans

Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.

Leticia Rodríguez Moguel

Hospital de Especialidades El Fénix, IMSS. Mérida, Yuc.

Guillermo Ruiz Palacios

Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Victoriano Sáenz Félix

Hospital Angel Leño. Guadalajara, Jal.

José Luis Sanjurjo Garán

Hospital Español de México. México, D.F.

Ricardo Santoyo Valenzuela

Facultad de Medicina, Universidad de Guanajuato. León, Gto.

Ricardo Sosa

Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Javier Torres

Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI, IMSS. México, D.F.

Miguel Valdovinos Díaz

Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Florencia Vargas Vorácková

Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Beatriz Vega Ramos

Hospital de Especialidades El Fénix, IMSS. Mérida, Yuc.

PATROCINIO:**Laboratorios Ciba de México**