

## Abordaje de la dispepsia con *Helicobacter pylori* como causa

Seminario de Actualización en Gastroenterología – 18 de noviembre de 2021

Ponente: Dr. Arreola-Cruz Alejandro

Redactó: Durazo-Mendez Esarely, Navarro-Gastelum Dalia Lizbeth

La dispepsia se define como la sensación de dolor, distrés abdominal superior o sensación de hinchazón. Es un síntoma común, con un diagnóstico diferencial extenso, que ocurre en al menos el 20 % de la población, genera grandes costos sanitarios y afecta significativamente la calidad de vida.

### Etiología

Aproximadamente el 75 % de los pacientes padecen dispepsia funcional (idiopática o no ulcerosa) sin una causa subyacente, mientras que el 25 % restante tienen una causa orgánica subyacente (principalmente enfermedad de úlcera péptica y enfermedad por reflujo gastroesofágico). En la **tabla 1** se abordan las diferentes etiologías.

### Evaluación inicial

Abarca tres puntos muy importantes: la historia clínica, la exploración física y las pruebas de laboratorio. Es necesario realizar un historial detallado para determinar la causa subyacente e identificar a los pacientes con características de alarma mostradas en la figura 2. Dentro de éstas, se encuentra la pérdida de peso involuntaria, es decir, una pérdida mayor al 5 % en un lapso de 6-12 meses.

Una historia dominante de pirosis o regurgitación sugiere enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). El uso de ciertos fármacos o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) orienta a la enfermedad de úlcera péptica. De igual manera, se debe evaluar la anorexia, vómitos, disfagia, odinofagia y los antecedentes familiares de cáncer gastrointestinal. Por otro lado, la presencia de dolor abdominal episódico severo epigástrico o en el cuadrante superior derecho, que dura al menos 30 minutos, sugiere patología biliar.

La exploración física en pacientes con dispepsia no suele presentar anomalías, excepto por el aumento de la sensibilidad epigástrica (dolorosa en palpación superficial).

**Tabla 1. Dispepsia causada por una enfermedad estructural o bioquímica.**

Enfermedad de úlcera péptica
Enfermedad por reflujo gastroesofágico
Cólico biliar
Cáncer de estómago o de esófago
Gastroparesia, pancreatitis
Malabsorción de carbohidratos
Medicamentos
Enfermedades infiltrativas del estómago
Alteraciones metabólicas
Colitis isquémica
Trastornos sistémicos
Parásitos intestinales
<i>Elaboración propia con datos de Moayyedi P., Lacy B., Andrews CN., et al. Am J Gastroenterol 2017; 112:988-1013; doi:10.1038/ajg.2017.154; publicado en línea 20 Junio 2017. (Autor: Fabiola Yocupicio)</i>

### Pruebas de laboratorio

Se deben solicitar las siguientes pruebas:

1. Biometría hemática: La hemoglobina, niveles de hematocrito y volumen corpuscular medio, así como el volumen globular medio pueden sugerir trastornos en el metabolismo del hierro.
2. Química sanguínea: La elevación de los niveles de glucosa o urea puede generar trastornos metabólicos compatibles con los síntomas de dispepsia.
3. Perfil hepático.
4. Tiempos de coagulación.



# INFORMES DE CONFERENCIA

5. Electrolitos séricos.
6. Tipificación del grupo y Rh sanguíneos (en dado caso que el paciente requiera transfusión).

## Estrategia diagnóstica

Se determina de acuerdo con la presentación clínica, la edad del paciente y la presencia o ausencia de datos de alarma.

## Edad del paciente

El límite de edad óptimo para la evaluación endoscópica en pacientes con dispepsia es controvertido. Las pautas de la Asociación Americana de Gastroenterología consideran razonable el rango de 60 a 65 años como umbral en el que se debe ofrecer la endoscopia a los casos de recién inicio.

Los pacientes mayores de 60 años con dispepsia son candidatos a endoscopia superior. Se deben obtener biopsias gástricas para descartar *H. pylori* y en caso de detectarla, erradicarla y confirmar su eliminación. Los hallazgos más prevalentes en pacientes con dispepsia son la esofagitis erosiva y la úlcera péptica.

Por otro lado, los pacientes menores de 60 años deben ser examinados y tratados para *H. pylori*, y la endoscopia debe realizarse de forma selectiva. Se realizan pruebas indirectas para el diagnóstico de *H. pylori* como el antígeno fecal y la prueba de aliento.

Los pacientes *H. pylori* negativos o que continúan teniendo síntomas después de la erradicación exitosa, deben ser tratados con terapia antisecretora con inhibidores de la bomba de protones (IBP); mientras que los casos persistentes después de ocho semanas, son candidatos a tratamiento con antidepressivos tricíclicos.

## Datos de alarma

La evaluación endoscópica en pacientes menores de 60 años se reserva para aquellos que presenten las características de alarma en dispepsia (**figura 1**).

## Estrategia Test and Treat

La justificación de la prueba de *H. pylori* en pacientes con dispepsia se basa en su reconocimiento como factor etiológico en la enfermedad de úlcera péptica.

En pacientes que no requieren una endoscopia digestiva alta, la prueba diagnóstica de *H. pylori* debe realizarse con métodos no invasivos como la prueba de aliento o la prueba de antígeno fecal. Las pruebas serológicas no deben utilizarse debido a su bajo valor predictivo positivo.

Los pacientes con resultado positivo requieren tratamiento con terapia de erradicación debido a que *H. pylori* es un carcinógeno y bien, en una minoría, es una causa directa de cáncer gástrico.

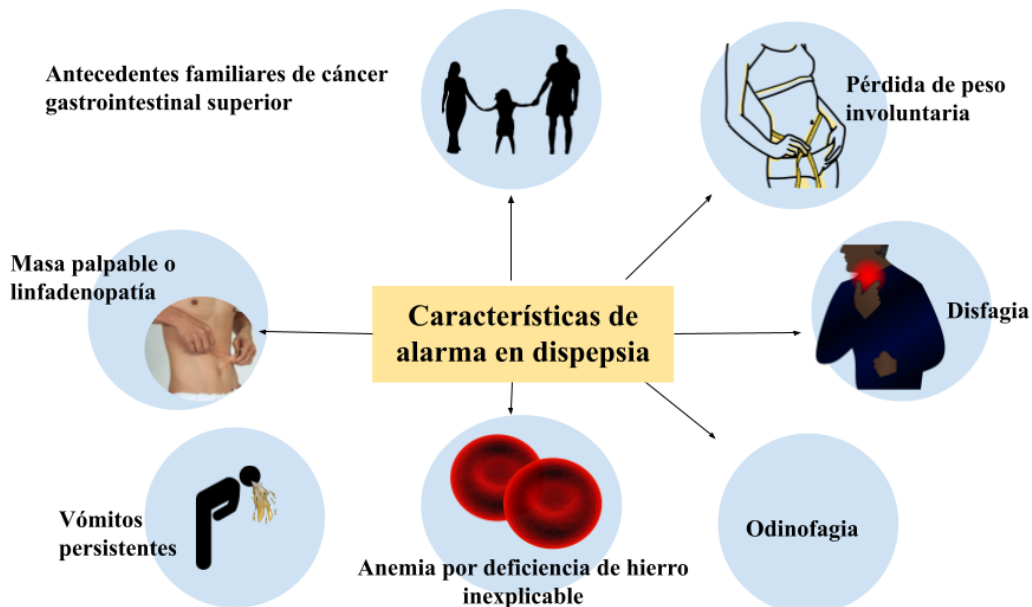


Figura 1. Características de alarma en dispepsia (Autor: Fabiola Yocupicio).



## Generalidades sobre *Helicobacter pylori*

Es una bacteria gram negativa, microaerófila, con forma de espiral, causante de la infección bacteriana crónica más común en humanos. Estimaciones conservadoras sugieren que hasta el 50 % de la población mundial se ve afectada por este microorganismo. En concreto, en México se presenta en el 60 al 70 % de la población. La mayoría de las infecciones por *H. pylori* se adquieren durante la infancia y están en estrecha relación con un nivel socioeconómico bajo.

## Terapia de erradicación

La elección del régimen de antibióticos debe guiarse por la presencia de factores de riesgo (FR) de resistencia a macrólidos y la alergia a la penicilina. Los primeros incluyen: exposición previa a la terapia con macrólidos por cualquier motivo, tasas elevadas de resistencia local a claritromicina >15 % (en México esta tasa es del 15 al 20 %) y tasas de erradicación de la triple terapia con claritromicina <85 %.

En pacientes con FR de resistencia a macrólidos, se recomienda la terapia cuádruple de bismuto. Mientras que en pacientes sin FR de resistencia a macrólidos, se recomienda la terapia triple con claritromicina, la cual tiene como ventaja la fácil dosificación. Otros regímenes de primera línea incluyen la terapia cuádruple de bismuto y la terapia concomitante basada en claritromicina.

De acuerdo a los esquemas de tratamiento del Colegio Americano de Gastroenterología en la actualización de 2017:

- La triple terapia con claritromicina consiste en un IBP, claritromicina y amoxicilina. En pacientes con alergia a las penicilinas, la amoxicilina puede sustituirse por metronidazol.
- La terapia cuádruple con bismuto contiene un IBP, subcitrate de bismuto o subsalicilato de bismuto (pepto bismol), tetraciclina (doxiciclina en México) y metronidazol.
- La terapia concomitante es una variante de la triple terapia con claritromicina en la cual se agrega un nitroimidazol (p. ej. metronidazol).

La prolongación de estos tres esquemas hasta los 14 días facilita la erradicación de *H. pylori*.

El esquema de primera línea es el cuádruple con bismuto o concomitante. Los pacientes sin alergia a penicilina, pero con exposición a macrólidos se tratan con el esquema cuádruple con bismuto. Por otro lado, los pacientes alérgicos a penicilina sin exposición a macrólidos se someten a terapia triple de claritromicina con metronidazol. Por último, aquellos con alergia a penicilina y exposición a macrólidos se apegan a un esquema cuádruple con bismuto.

La eficacia de los esquemas es variable. La terapia cuádruple con bismuto tiene eficacia del 91 %, seguida de la terapia concomitante con eficacia del 90 % y, por último, la terapia triple con claritromicina posee eficacia del 75 al 80 %.

## Confirmación de la erradicación

Se deben realizar pruebas para confirmar la erradicación en todos los pacientes tratados contra *H. pylori*. Éstas incluyen la prueba de urea en aliento y la prueba de antígeno fecal. Con el fin de evitar falsos negativos, el estudio se tiene que realizar a partir de la semana 7 (al menos 4 semanas del término de los antibióticos y 2 semanas sin antiácidos).

Por otro lado, en pacientes con infección persistente después de dos ciclos fallidos de tratamiento con antibióticos, se realiza una endoscopia para confirmar la erradicación de *H. pylori* mediante la toma de muestras para cultivo.

Aproximadamente el 20 % de los pacientes fracasa en el intento inicial de erradicación. Los factores asociados con el fracaso del tratamiento incluyen: cumplimiento deficiente del paciente, resistencia de la cepa de *H. pylori*, uso previo de antibióticos (macrólidos y levofloxacino) y supresión inadecuada del ácido.

## Embarazo y lactancia

Cuando se diagnostica enfermedad ulcerosa péptica en una mujer embarazada, el pilar del tratamiento suele ser la supresión del ácido. Si existe una infección por *H. pylori*, el tratamiento generalmente se pospone hasta la resolución del embarazo.

El bismuto, las fluoroquinolonas y la tetraciclina son medicamentos de alto riesgo, mientras que el bismuto, metronidazol y levofloxacino no son seguros para los lactantes.

