



EDITORIAL

Tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* en la era de la resistencia antibiótica. ¿Qué sabemos hasta ahora?

Treatment of *Helicobacter pylori* infection in the era of antibiotic resistance. What do we know?

Jorge Espinoza-Ríos^{1,2,3} 

¹ Unidad Motilidad Digestiva, Clínica San Felipe, Lima, Perú.

² Servicio de Gastroenterología Clínica Ricardo Palma, Lima, Perú.

³ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Recibido: 1/12/2024
Aprobado: 16/12/2024
En línea: 30/12/2024

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Financiamiento

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Citar como

Espinoza-Ríos J. Tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* en la era de la resistencia antibiótica. ¿Qué sabemos hasta ahora?. Rev Gastroenterol Peru. 2024;44(4):327-8. doi: 10.47892/rgp.2024.444.1836

Helicobacter pylori (*H. pylori*), es una bacteria gram negativa, microaerófila en forma de espiral, con flagelos los cuales le permiten su adherencia al epitelio gástrico. Este agente infecta aproximadamente a más de la mitad de la población mundial, siendo más prevalente en países en vías de desarrollo, ya que se encuentra asociado a la exposición de alimentos con aguas contaminadas, el saneamiento deficiente y al hacinamiento, los cuales han sido identificados como factores de riesgo, siendo por ello la vía de transmisión más frecuente la fecal-oral. La infección por *H. pylori*, la cual generalmente es asintomática, es la causa de enfermedades gastroduodenales como: gastritis, úlcera péptica, linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) y del adenocarcinoma gástrico, el cual se encuentra entre los cinco cánceres más frecuentes en todo el mundo, sin embargo, además este microorganismo se encuentra asociado a entidades hematológicas⁽¹⁻³⁾.

Desde el año 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasificó al *H. pylori* como carcinógeno tipo I, por lo tanto, al erradicarlo se reduce el riesgo de cáncer de estómago, razón por la cual, actualmente en Asia, especialmente en Japón, su tratamiento constituye la principal estrategia de prevención primaria del adenocarcinoma gástrico. Cabe señalar además que desde el 2015 a partir del Consenso de Kyoto, es considerada una enfermedad infecciosa y ya está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11), por ello, se recomienda que todos los pacientes infectados por esta bacteria, deben recibir tratamiento erradicador, independientemente de los síntomas, con la finalidad de prevenir su transmisión y complicaciones posteriores ya señaladas previamente.

El reto en el tratamiento es la alta tasa de resistencia antibiótica que se observa a nivel mundial, por esta razón, el Consenso de Maastricht VI/ Florencia, establece que una terapia debe alcanzar al menos 90% de erradicación para considerarla aceptable, entonces entre las estrategias para aumentar dichas tasas, se recomienda en determinados contextos utilizar cultivos para valorar la susceptibilidad antibiótica y que permita con ello tener mayor eficacia en el tratamiento. Por lo tanto, debemos de conocer las tasas de resistencia frente a determinados esquemas y con ello determinar cuáles deben ser usados en cada área.

En nuestro país, en un estudio transversal realizado por Escala *et al.*, en el año 2014, se encuestó a 177 gastroenterólogos para determinar los esquemas que utilizaban contra la infección por *H. pylori*, y se encontró que el 95,5% usaba la terapia triple convencional: inhibidores de la bomba de protones (IBP) + amoxicilina + claritromicina como terapia de primera línea, el 2,0% indicó: IBP + bismuto + furazolidona + tetraciclina, y el 3,0% otros tipos de tratamientos; además se preguntó por la duración del mismo, siendo 10 días (72%) la respuesta más frecuente, mientras que solamente el 22% de los encuestados lo recomendaban por 14 días⁽⁴⁾. También se publicó un estudio

Correspondencia:

Jorge Espinoza Ríos
Av. Del Río N° 390 - Dpto H. Pueblo Libre, Perú.
E-mail: jorge.espinoza@upch.pe

de tipo observacional de cohorte retrospectiva realizado en un hospital de Lima-Perú por Manrique et al., donde se incluyeron a 381 pacientes entre el 2012 al 2014, con la finalidad de comparar si la tasa de erradicación de *H. pylori* usando la terapia triple convencional era mayor durante 14 días frente a 10 días, los resultados mostraron una tasa de erradicación del 82,2% en el primer grupo y del 79,7% para el segundo, sin diferencia estadística ⁽⁵⁾, esto demuestra que los tratamientos convencionales ya son ineficaces y seguir indicándolos va provocar que la infección continúe y que incluso aumente, además cabe señalar que la recomendación actual es realizar terapias por 14 días ⁽¹⁾.

Por otro lado en el 2023, Barreda et al., publicó un estudio retrospectivo, no aleatorizado en Lima-Perú, en el cual utilizó un esquema cuadruple que incluyó: doxiciclina + furazolidona + subsalicilato de bismuto + inhibidor de bomba de protones, logrando una erradicación en 117/122 casos (95,9%) ⁽⁶⁾, por lo tanto en este contexto, en el Perú resulta necesario evaluar la tasa de erradicación de *H. pylori* y sus factores asociados para definir la posibilidad de resistencia a los tratamientos, por ello Villavicencio et al, publicó una revisión sistemática y metanálisis, donde se incluyeron nueve estudios de corte transversal realizados en nuestro país para evaluar la resistencia antibiótica a la infección por *H. pylori*, el cual a pesar de incluir estudios heterogéneos, determinó que la resistencia a la amoxicilina era de 14%, claritromicina 43%, metronidazol 58% y a las quinolonas 51% ⁽⁷⁾, las cuales son cifras superiores a lo reportado en otros países, sin embargo, este estudio representa un gran avance en el conocimiento de este tópico a nivel local, ya que estos resultados son uno de los factores que con mayor relevancia impacta negativamente en la erradicación y con esta información vamos a poder escoger y definir qué terapias son las más adecuadas para ser recomendadas y dejar de usar antibióticos que tienen tasas de resistencia elevadas.

En este número, Carlosama et al., nos presenta una revisión pormenorizada sobre el rol que desempeña la infección por *H. pylori* en la patogénesis de la gastritis folicular y la relación que guarda con el origen del linfoma MALT, valorando los factores de riesgo, la etiopatogenia del proceso inflamatorio a nivel celular y molecular y la respuesta que tiene a partir de la infección, además se aborda con profundidad el diagnóstico histopatológico para finalmente señalar el objetivo primordial del tratamiento, el cual se basa en la erradicación de la infección ⁽⁸⁾.

Por otro lado, también Otero et al., publica en este número, un artículo de revisión realizado junto a los miembros del Registro Latinoamericano para el manejo de la infección por *Helicobacter pylori* (HpLATAMReg), el cual es un esfuerzo continental de recopilación y análisis de información sobre pacientes que reciben tratamiento y su confirmación de la erradicación con el mismo. En este artículo, el grupo presenta con detalle una aproximación epidemiológica, fisiopatológica, valoración de métodos

diagnósticos y finalmente el tratamiento; explicando en este último segmento la necesidad del mismo y los esquemas de primera, segunda y tercera línea recomendados en base a ensayos clínicos, revisiones sistemáticas o metanálisis, los cuales deben ser evaluados en nuestra práctica clínica diaria para el uso correcto de los antibióticos, valorando incluso otras opciones, así como la inclusión de terapias alternativas a los inhibidores de la bomba de protones (IBP), en el cual se considera a los bloqueadores del ácido competitivos del potasio (P-CABs) ⁽⁹⁾. Esto demuestra los retos que surgirán en los próximos años y que son necesarios conocer para optimizar las terapias de erradicación.

Por lo descrito, en los últimos años estamos frente a varios avances para el diagnóstico oportuno y preciso del *H. pylori*, pero sobre todo en nuevas opciones de tratamiento, los cuales deben ser recomendados a partir de información científica relevante tomada de la experiencia publicada en cada medio, lo que permitirá que las terapias erradicadoras de la infección por *H. pylori* puedan estar en niveles por encima de lo aceptable y con ello reducir el impacto de enfermedades asociadas a esta infección.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert J, Liou, J, Schulz C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022;71(9):1724-1762. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327745.
2. Aziz R, Khalifa M, Sharaf R. Contaminated water as a source of *Helicobacter pylori* infection: A review. *Journal of advanced research*. 2015;6(4):539-547. doi: 10.1016/j.jare.2013.07.007.
3. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2024;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.21834.
4. Escala A, Jiménez A, Bussalleu A. ¿Cómo manejan la infección por *Helicobacter pylori* los médicos gastroenterólogos del Perú? Estudio basado en una encuesta realizada en el 2014. *Rev Gastroenterol Perú*. 2017;35(4):295-30.
5. Manrique-Lemus M, Rojas-Vilca J, Valdivia-Roldán M, Palacios-Guillén A. Erradicación de *Helicobacter pylori* con la terapia triple de primera línea, 10 días versus 14 días. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2020;33(4):138-145.
6. Barreda-Costa CS, Piccini-Larco JR, Chu-Revollar LD, et al. Tratamiento cuadruple con doxiciclina, furazolidona, bismuto e inhibidor de bomba de protones sigue siendo efectivo frente al *Helicobacter pylori* en nuestra población. *Rev Gastroenterol Peru*. 2023;43(2):116-9. doi: 10.47892/rgp.2023.432.1458.
7. Villavicencio R, Sánchez G, Chávez C, Loza C, Espinoza-Ríos J. Resistencia antibiótica de *Helicobacter pylori* en la población peruana: una revisión sistemática y metaanálisis sobre su prevalencia en la población general. *Rev Gastroenterol Perú*. 2022;42(3):151-162. doi: 10.47892/rgp.2022.423.1403.
8. Carlosama-Rosero Y, Latorre G, Riquelme A, Portillo-Miño JD. *Helicobacter pylori* and its role in the pathogenesis of follicular gastritis: an overview. *Rev Gastroenterol Peru*. 2024;44(4). doi: 10.47892/rgp.2024.444.1791.
9. Otero R W, Riquelme A, Remes-Troche JM, Laudanno O, Piscocoya A, Marulanda H, et al. Actualización en el tratamiento de *Helicobacter pylori*: revisión del Latin American Gastric Cancer, *Helicobacter and Microbiota Study Group*. *Rev Gastroenterol Peru*. 2024;44(4). doi: 10.47892/rgp.2024.444.1797.