



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



EDITORIAL

¿Estamos haciendo lo correcto con el *Helicobacter pylori*?

Are we doing the right thing with *Helicobacter pylori*?

En el presente número de la Revista de Gastroenterología de México, González-Huezo et al. presentan la frecuencia de erradicación de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) con triple esquema convencional en población adulta, que acudió a un hospital de referencia del Estado de México¹. En esta serie de 223 individuos, la frecuencia de erradicación fue de 65,5%. Estos resultados que muestran una tasa de erradicación muy baja, además de interesantes, deben preocuparnos y hacernos reflexionar acerca de si estamos haciendo lo correcto con el *H. pylori*. El estudio de González-Huezo et al. tiene algunas limitaciones que se deben considerar, entre las que destaca que la información se obtuvo de manera retrospectiva y por lo tanto, sólo se pudieron incluir para análisis los expedientes de pacientes en los cuales se comprobó la erradicación. Se desconoce cuál fue —de todos los pacientes tratados en ese centro hospitalario—, la proporción de pacientes que reunió ese requisito. Es probable que aquellos pacientes que tuvieron síntomas reincidentes tuvieran más posibilidades de ser evaluados, que aquellos que evolucionaron satisfactoriamente, con el riesgo de sobre estimar la falla al tratamiento. Independientemente de las limitaciones, los resultados de este estudio son importantes y pueden reflejar lo que sucede en la práctica clínica cotidiana.

Cuando se habla de tasa de erradicación de *H. pylori*, la atención generalmente se centra en 3 frentes: contrastar la eficacia de las diferentes estrategias de tratamiento, conocer cómo se comporta la resistencia de la bacteria a los antibióticos y evaluar esquemas con antibióticos nuevos o diferentes. Con respecto a la eficacia, un ensayo prospectivo, aleatorizado, multicéntrico, internacional, en el que participaron pacientes mexicanos, mostró que en Latinoamérica el tratamiento convencional con triple esquema por 14 días fue superior a la terapia concomitante y a la terapia secuencial. La tasa de erradicación reportada para la terapia convencional fue de 82,2%². Con respecto a la resistencia a los antibióticos, el estudio de Torres et al. dejó claro que

en México la resistencia al metronidazol en adultos es muy alta (76,0%)³. Más recientemente, se ha reportado que la resistencia a la claritromicina va en aumento⁴. Las combinaciones que utilizan antibióticos diferentes como aquellas basadas en levofloxacina o rifabutina, generalmente han sido evaluadas como tratamientos de tercera línea o no han mostrado ser superiores al triple esquema convencional^{5,6}. Por lo tanto, el panorama para el manejo del *H. pylori* no parece muy alentador. Por esto es importante replantearse, si estamos haciendo lo correcto con el *H. pylori*. La discusión no debe centrarse exclusivamente en los 3 puntos arriba señalados, sino que debe incluir también el cuestionarnos si nuestro ejercicio clínico es el adecuado. Lo correcto sería atender a las recomendaciones que se basan en la mejor evidencia científica, para el manejo del *H. pylori* como pudiera ser el Consenso de Maastricht⁷. Sin embargo, ya que la epidemiología de la enfermedad ulcerosa péptica, la prevalencia del *H. pylori* y su resistencia a los antibióticos son diferentes en México con respecto a los países representados en ese consenso internacional, más adecuado todavía sería seguir las recomendaciones que la Asociación Mexicana de Gastroenterología publicó en el "III Consenso Mexicano sobre *Helicobacter pylori*"⁸. Aunque no hay información en México que nos permita conocer las prácticas de los médicos en el manejo del *H. pylori*, en el ejercicio cotidiano nos enfrentamos a muchos pacientes que han recibido terapia de erradicación sin una indicación clara, con esquemas que no se parecen a los recomendados, ya sea por los fármacos empleados, las dosis utilizadas o los tiempos de tratamiento y en los cuales no se corrobora la erradicación. Estas conductas impactan negativamente en la eficacia de los esquemas actuales. Sirva este artículo de González-Huezo et al. para reflexionar si estamos haciendo lo correcto.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2012.05.001>

Conflictos de intereses

Dr. Aurelio López-Colombo es ponente de Takeda-Nycomed, Alfa Wasserman y Janssen Pharmaceuticals.

Bibliografía

1. González-Huezo MS, Rojas-Sánchez A, Rosales Solís AA, et al. Frecuencia de erradicación del *Helicobacter pylori* con triple esquema convencional en pacientes adultos del Centro Médico Issemym. *Rev Gastroenterol Mex.* 2012;77:114-8.
2. Greenberg ER, Anderson GL, Morgan DR. 14-day triple, 5-day concomitant, and 10-day sequential therapies for *Helicobacter pylori* infection in seven Latin American sites: a randomised trial. *Lancet.* 2011;378:507-14.
3. Torres J, Camorlinga-Ponce M, Pérez-Pérez G, et al. Increasing multidrug resistance in *Helicobacter pylori* strains isolated from children and adults in México. *J Clin Microbiol.* 2001;39:2677-80.
4. Ayala G, Galván-Portillo M, Chihu L, et al. Resistance to antibiotics and characterization of *Helicobacter pylori* strains isolated from antrum and body from adults in Mexico. *Microb Drug Resist.* 2011;17:149-55.
5. Gisbert JP, Gisbert JL, Marcos S, et al. Third-line rescue therapy with levofloxacin is more effective than rifabutin rescue regimen after two *Helicobacter pylori* treatment failures. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24:1469-74.
6. Choi KH, Chung WC, Lee KM, et al. Efficacy of levofloxacin and rifaximin based quadruple therapy in *Helicobacter pylori* associated gastroduodenal disease: a double-blind, randomized controlled trial. *J Korean Med Sci.* 2011;26:785-90.
7. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut.* 2007;56:772-81.
8. Abdo-Francis JM, Uscanga L, Sobrino-Cossio y cols. III Consenso Mexicano sobre *Helicobacter pylori*. *Rev Gastroenterol Mex.* 2007;72:322-38.

A. López-Colombo

*Coordinador Delegacional de Investigación en Salud,
Delegación Estatal en Puebla, Instituto Mexicano del
Seguro Social 4 Norte 2005, C.P. 72000, Puebla, Pue,
México*

Correo electrónico: lopez_colombo@yahoo.com