

La importancia del diagnóstico del *Helicobacter pylori*

Es muy interesante el fenómeno del *H. pylori*, desde su descripción en 1982 hasta nuestros días. Desde finales de los ochenta y hasta prácticamente finales de los noventa el tema ocupaba gran parte de las presentaciones y publicaciones en los cursos y revistas de gastroenterología, llegando a ser tal la explosión de información que incluso motivó a la creación de una revista exclusiva para este germen, así como reuniones en Europa y Estados Unidos para presentar los trabajos relacionados con el tema, en nuestros días esta explosión de información es menos frecuente y en la actualidad son pocos los trabajos que se presentan, en comparación con años anteriores.

En la actualidad nadie pone en duda la importancia de la infección por el *Helicobacter pylori* como el factor causal más importante en la úlcera péptica, tanto duodenal como gástrica. Este conocimiento ha causado un gran impacto en la evaluación diagnóstica y terapéutica de esta enfermedad. Por otra parte, el papel de la infección por el *Helicobacter pylori* y los síntomas de dispepsia, ya sea no investigada o después de una endoscopia negativa no ha sido aclarado del todo. Finalmente la infección por el *H. pylori* ha sido implicada como un factor de riesgo para el adenocarcinoma gástrico y para el linfoma gástrico de bajo grado del tejido linfoide asociado a la mucosa, también llamado MALT, en estas dos enfermedades el riesgo de desarrollarlas es muy bajo y en la actualidad no es posible establecer un riesgo real.^{1,2}

Actualmente se encuentran claramente definidos los métodos diagnósticos para descubrir la infección con el *Helicobacter* y en general se dividen en los métodos invasivos, llamados así porque es necesaria la realización de estudios endoscópicos y los no invasivos. Entre estos últimos tenemos a la prueba de aliento con carbono 13 y carbono 14, la serología, la búsqueda de anticuerpos en heces y/o en saliva. De los métodos invasivos destacan el estudio histopatológico, considerado en la actualidad como el estándar de oro, la prueba de ureasa rápida y el cultivo. Los estudios no invasivos en general son más económicos que los invasivos, sin embargo, tienen la desventaja de que sólo diagnostican la infección pero no la enfermedad, por su parte los invasivos diagnostican ambas. La sensibilidad de las pruebas no invasivas se reporta desde 86 hasta 96% y su especificidad de 74 a 98%, mientras que la sensibilidad de las pruebas invasi-

vas se reporta desde 80 hasta 98% y la especificidad desde 95 a 100%.³⁻⁵

¿Es necesario buscar el *H. pylori* en todos los enfermos?

La respuesta es no, porque no debemos olvidar que esta infección bacteriana es la que presenta la mayor distribución a nivel mundial, por lo que sólo se recomienda establecer su presencia con alguno de los métodos mencionados, cuando esto tiene implicaciones directas con su tratamiento, de esta forma se acepta que si el enfermo presenta datos de úlcera péptica o antecedentes de esta enfermedad debe ser sometido a estudio endoscópico y alguna de las pruebas invasivas se deberá llevar a cabo, sólo cuando se encuentren datos de enfermedad úlcero-péptica, en los casos de dispepsia no ulcerosa se deberá evaluar en cada caso en particular los beneficios de investigar la presencia del *H. pylori*. Existen otras indicaciones para llevar a cabo estudios que investiguen la presencia del *H. pylori* y estas situaciones son, cuando se desea establecer la prevalencia de la enfermedad y cuando se desea evaluar la erradicación del germen una vez que se ha administrado tratamiento de erradicación, en ambas situaciones están indicadas las pruebas no invasivas, la serología y la prueba de aliento, respectivamente.

En este número se presenta un trabajo en donde se evalúan el método de ureasa rápida y la impronta como métodos de evaluación de infección por *H. pylori* y se comparan con la histología, método considerado como estándar de oro y se encontró que la prueba de ureasa rápida de fabricación casera tiene una mayor sensibilidad, pero menor especificidad que la impronta, en comparación con la histología. Me parece importante mencionar que los autores no mencionaron si se utilizó una tinción especial con plata para la búsqueda del *H. pylori* en las muestras procesadas para histología, hecho que me parece fundamental, si estoy comparando métodos diagnósticos, por otra parte, la prueba de ureasa rápida la leyeron a los 15 minutos y no se menciona si hubo otra lectura, lo que pudo explicar la menor especificidad de la prueba, finalmente el método que ellos proponen es operador dependiente, además de que es necesario que el patólogo trabaje prácticamente junto al endoscopista para poder leer la prueba, lo que hace al método poco práctico y es probablemente una de las razones por las cuales no se ha logrado extender el uso de este méto-

do, además de que en la actualidad ya no es importante el diagnóstico rápido de la infección, porque no tiene ninguna utilidad clínica. El tener el diagnóstico de infección a los 20 minutos o a las 72 horas en general no modifica la conducta terapéutica.

En nuestros días sólo debemos investigar la presencia de la infección por el *H. pylori* en enfermos bien determinados, es decir, en aquellos enfermos en los cuales la presencia de la infección modifique la conducta terapéutica, porque de lo contrario sólo se aumentan los costos y se genera una angustia innecesaria en los enfermos. Considero que el método de la impronta es poco práctico y estaría restringido casi en forma exclusiva a los hospitales en donde se haga endoscopia, por la necesidad de que la muestra se lea por un patólogo, lo que aumentaría los costos, además de que no nos aportaría alguna ventaja sobre los métodos estándares actuales, por lo que considero que el método de impronta no ofrece ventajas significativas, principalmente si consideramos que existe otro método de diagnóstico rápido.

Finalmente, considero que hoy por hoy la discusión se encuentra centrada en el tratamiento de la dispepsia no ulcerosa y en cuanto a los métodos de diagnóstico éstos se encuentran bien establecidos y las indicaciones de cada uno de ellos se encuentra también bien definida.

Dr. Juan Manuel Blancas Valencia
Jefe del Servicio de Endoscopia Gastrointestinal
Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI, IMSS

REFERENCIAS

1. Howden CW, Hunt RH. Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* Infection. *Am J Gastroent* 1998; 93: 2330-9.
2. Hunt RH, Tytgat GNJ. *Helicobacter pylori*. Basic mechanisms to clinical cure 1998. Kluwer Academic Publishers; Ch VI-VII: 235-373.
3. Cohen H, Laine LA. Endoscopic methods for the diagnosis of *Helicobacter pylori*. *Aliment Pharmacol Therapeut* 1997; 11(Suppl. 1): 3-10.
4. Atherton JC. Non-endoscopic tests in the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Therapeut* 1997; 11(Suppl. 1): 11-20.
5. Pereztrallero E, Montes M, Alcorta M, et al. Non-endoscopic method to obtain *Helicobacter pylori* for culture. *Lancet* 1995; 345: 622-3.