

Erradicación del *Helicobacter pylori* y Dolor Abdominal Crónico

Dr. José Armando Madrazo de la Garza

Jefe de Gastroenterología, Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS.

La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) es la causa más frecuente de gastritis crónica y úlcera duodenal primaria en niños y adultos.¹ En el paciente pediátrico, la manifestación habitual es dolor abdominal y con frecuencia éste es crónico recurrente. El dolor abdominal crónico recurrente (DACR), definido por Appley, tradicionalmente se ha considerado como un trastorno funcional y se le ha comparado con síndrome de intestino irritable.² En algunos estudios recientes se demostró la asociación entre DACR y Hp en proporción significativa,³ sin embargo, otros estudios contradicen esta asociación;^{4,5} probablemente estas diferencias están condicionadas a variaciones en la epidemiología de Hp en las poblaciones estudiadas.⁶ La mejoría de los síntomas posterior al tratamiento de erradicación apoya la relación causa-efecto.

En contraste con los adultos, los tratamientos de erradicación del Hp en pacientes pediátricos están indicados cuando existe cuadro clínico sugestivo, afectación histológica y se demuestra la infección. En el adulto solamente la úlcera gástrica o duodenal asociadas a Hp justifican el tratamiento de erradicación.⁷

El cuadro clínico varía con la edad y el grado de afectación; en lactantes o preescolares éste puede ser tan sólo irritabilidad, rechazo al alimento o alteraciones del sueño por sintomatología abdominal; o bien en el escolar y adolescente, dolor abdominal crónico recurrente, síndrome ácido-péptico, o reflujo gastroesofágico. En el 83% de nuestra serie (aún no publicada) encontramos esofagitis asociada a gastritis primaria por Hp sin colonización en esófago. Este hallazgo puede representar alteraciones de la motilidad antroduodenal con reflujo gastroesofágico secundario. La gastritis antral primaria es el hallazgo patológico que encontramos con mayor frecuencia asociado a Hp, la nodularidad del antro debida a hiperplasia folicular es una característica común en el antro de los pacientes adultos, sin embargo, en nuestra experiencia sólo la

encontramos hasta la edad escolar y adolescente. Las úlceras duodenales son poco frecuentes en niños; cuando éstas ocurren, se asocian a gastritis primaria y Hp en alto porcentaje.⁸ Sin tratamiento de erradicación tienen más del 85% de probabilidad de recurrencias; en contraste, cuando se administra tratamiento de erradicación de Hp, esta probabilidad disminuye al 20%.⁹

Los esquemas de erradicación más utilizados en pediatría incluyen amoxicilina, metronidazol, sales de bismuto, claritromicina, omeprazol y tetraciclina en adolescentes. En nuestra serie el metronidazol ha confirmado la alta resistencia que muchas series de países en desarrollo han reportado.¹⁰ Actualmente se acepta a 2 antimicrobianos asociados a omeprazol durante 15 días como el tratamiento de elección para erradicación de Hp, esquema que alcanza cifras hasta de 80-90% de efectividad.¹¹ La remisión del dolor, la curación histológica y la erradicación de Hp justifican el tratamiento de erradicación en los casos de gastritis primarias en pacientes pediátricos.

El concepto de erradicación es el mismo que el reportado en la población adulta; éste se define como la imposibilidad de detección de la bacteria mediante histología, prueba de ureasa rápida, cultivo o prueba de aliento 4 semanas después de haber terminado el tratamiento.¹² Antes de 4 semanas la no detección de la bacteria puede significar aclaramiento temporal y no necesariamente erradicación. Existen variaciones de sensibilidad y especificidad entre los métodos diagnósticos, por lo que se propone utilizar como criterio diagnóstico la positividad de dos pruebas validadas para el diagnóstico de infección activa por Hp. En nuestra experiencia la demostración histológica de la bacteria ha sido la prueba más útil para el diagnóstico inicial. Por ser invasiva, esta prueba no es práctica en el seguimiento, y probablemente la prueba del aliento será propuesta como la prueba más efectiva en el seguimiento de la infección por Hp en niños.

La publicación de más series pediátricas ayudará a esclarecer el verdadero papel de Hp en la génesis del DACR. La amplia variabilidad reportada está condicionada por la epidemiología del lugar de estudio y los criterios de diagnóstico de DACR. La erradicación del Hp necesariamente requiere ser evaluada por lo menos 4 semanas después de haber terminado el tratamiento y de esta manera evitar los falsos negativos de una supresión temporal de la bacteria.

REFERENCIAS

1. Israel DM, Hassall E. Treatment and long-term follow-up of *Helicobacter pylori*-associated duodenal ulcer disease in children. *J Pediatr* 1993;123:53-58.
2. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child* 1958;33:165-170.
3. Chong SKF, Lou Q, Asnicar MA, Zimmerman SE, Croffie JM, Lee CH, Fitzgerald JF. *Helicobacter pylori* infection in recurrent abdominal pain in childhood: comparison of diagnostic tests and therapy. *Pediatrics* 1995;96:211-215.
4. Hardikar W, Feekery C, Smith A, Oberklaid F, Grimwood K. *Helicobacter pylori* and recurrent abdominal pain in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1996;22:148-152.
5. Fiedorek SC, Casteel HB, Pumphrey CL, Evans DJ, Evans DG, Klein PD, Graham DY. The role of *Helicobacter pylori* in recurrent, functional abdominal pain in children. *Am J Gastroenterol* 1992;87:347-349.
6. MacArthur C, Saunders N, Feldman W. *Helicobacter pylori*, gastroduodenal disease, and recurrent abdominal pain in children. *JAMA* 1995;273:729-734.
7. Moráin CO, Gilvarry J. Erradication of *Helicobacter pylori* in patients with non-ulcer dyspepsia *Scand J Gastroenterol* 1993;28: suppl 196:30-33.
8. Raymond J, Bergeret M, Benhamou PH, Mensah K, Dupont C. A 2 year study of *Helicobacter pylori* in children. *J Clin Microbiol* 1994;32:461-463.
9. Chiba N, Rao BV, Rademaker JW, Hunt R. Meta-analysis of the efficacy of antibiotic therapy in eradicating *Helicobacter pylori*. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1716-1727.
10. Bell GD, Weil J, Powell K. *Helicobacter pylori* treated with combinations of tripotassium dicitrato and metronidazole: efficacy of different treatment regimens and some observations on the emergence of metronidazole resistance. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1991;3:819-822.
11. Labenz J, Stolte M, Domian C. High-dose of omeprazol plus amoxicillin or clarithromycin cures *Helicobacter pylori* infection in duodenal ulcer disease. *Digestion* 1995;56:14-20.
12. Bell GD, Powell KU. Erradication of *Helicobacter pylori* and its effect in peptic ulcer disease. *Scand J Gastroenterol* 1993;28 Suppl 196:7-11.