

Infección por *Helicobacter pylori*

Enrique Salcedo Lobato [esalcedo.hugf@salud.madrid.org]

Gastroenterología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe (Servicio Madrileño de Salud, Área 10). Getafe, Madrid.

Fecha de actualización: 14/02/2008
Guía_ABE_Infección por *H. pylori* (v.1.1/2008)

Cita sugerida: Salcedo Lobato E. Infección por *Helicobacter pylori* (v.1.1/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 14/02/2008; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

Introducción / puntos clave

El *Helicobacter pylori* es un bacilo gram-negativo presente en la mucosa gástrica de más de la mitad de la población mundial (el hombre es el único reservorio conocido). Los estudios epidemiológicos han demostrado que se adquiere en la primera infancia por contacto directo persona-persona; el hacinamiento actúa como factor de riesgo, por lo que es más frecuente en regiones menos desarrolladas. En España la prevalencia estimada es de un 15-20% a la edad de 10 años. La infección puede persistir de forma prolongada provocando una gastritis crónica que en la mayoría de los casos es asintomática. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de casos puede provocar enfermedad ulcerosa e incluso dar lugar a un cáncer gástrico. Aunque se ha relacionado con patología extradiGESTIVA diversa, hasta el momento sólo se ha podido demostrar su relación con la anemia ferropénica refractaria.

Infección es diferente a enfermedad. Las pruebas diagnósticas no invasivas sólo indican contacto o colonización; son útiles para estudios epidemiológicos o para comprobar la erradicación. La única prueba que demuestra enfermedad digestiva es la esófagogastroscofia.

No se ha podido relacionar la gastritis por *H. pylori* con el dolor abdominal crónico, ni se ha comprobado mejoría clínica tras tratamiento erradicador, por lo que en estos casos no está indicado investigar la infección ni realizar tratamiento empírico.

Existe consenso sobre la conveniencia de investigar la infección por *H. pylori* sólo en casos de enfermedad ulcerosa, demostrada o altamente sospechosa, pues está presente en más del 95% de las úlceras gastroduodenales en niños.

Está indicado realizar un tratamiento erradicador en casos de enfermedad ulcerosa gastroduodenal, linfoma MALT o cáncer gástrico. Hay un consenso para ofrecer tratamiento a los pacientes con sintomatología grave que justifique una endoscopia y gastritis por *H. pylori* comprobada¹.

El tratamiento erradicador debe asociar al menos 3 fármacos: un inhibidor de la secreción ácida y 2 antibióticos. Se ha comprobado un incremento del índice de resistencia a claritromicina y metronidazol².

Diagnóstico. Estudios complementarios		
No invasivos ³	<ul style="list-style-type: none">SerologíaTest del aliento con urea marcada con carbono 13Antígeno en heces, saliva y orina	Los estudios no invasivos demuestran infección, no enfermedad; no debe iniciarse un tratamiento erradicador basándose sólo en ellos. En la práctica no están indicadas pruebas no invasivas en la evaluación inicial de la sospecha de <i>H. pylori</i>
Invasivos ⁴	Esófagogastroscofia y: <ul style="list-style-type: none">Test de la ureasa, PCR en la mucosa, cultivo y antibiograma	La esófagogastroscofia con toma de biopsias es el método diagnóstico de elección



Tratamiento antimicrobiano empírico. Pautas recomendadas ⁵	
De elección	Alternativas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina + claritromicina + omeprazol ▪ Amoxicilina + metronidazol + subcitrate de bismuto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina + metronidazol + omeprazol ▪ Amoxicilina + subcitrate de bismuto + omeprazol + tinidazol ▪ Amoxicilina + claritromicina + omeprazol + tinidazol ▪ Amoxicilina + metronidazol + esomeprazol

Tratamiento antimicrobiano empírico. Dosis			
Antibiótico	Presentación	Pauta ⁶	Dosis máxima
Amoxicilina	Susp 125 mg/5 ml y 250 mg/5 ml Sobres 250 mg, 500 mg y 1 g	50 mg/kg/día, en 2-3 dosis	1 g/12 horas
Claritromicina	Susp 125 mg/5 ml y 250 mg/5 ml Sobres y comp 125, 250 y 500 mg	15 mg/kg/día, en 2 dosis	500 mg/12 horas
Esomeprazol ⁷	Comp 20 y 40 mg	40 mg/día, en 2 dosis	20 mg/12 horas
Lansoprazol ⁸	Caps 15 y 30 mg Comp bucodispersables 15 y 30 mg	0,5-1,5 mg/kg/día, en 2 dosis (<10 kg: 7,5 mg; 10-20 kg: 15 mg; >20 kg: 30 mg; siempre c/12 horas)	30 mg/12 horas
Metronidazol	Susp 125 mg/5 ml Comp 250 mg	20 mg/kg/día, en 2 dosis	500 mg/12 horas
Omeprazol	Caps 10, 20 y 40 mg	0,5-2 mg/kg/día, en 2 dosis	20 mg/12 horas
Pantoprazol	Comp 20 y 40 mg	0,5-1 mg/kg/día, en 2 dosis	20 mg/12 horas
Rifampicina	Susp 100 mg/5 ml Caps 300 y 600 mg	10-20 mg/kg/día, en 1 dosis	600 mg/dosis
Subcitrate de bismuto	Comp 120 mg	8 mg/kg/día, en 2-3 dosis	240 mg/12 horas
Tetraciclina ⁹	Grag 250 mg	50 mg/kg/día, en 2 dosis	1 g/12 horas
Tinidazol	Comp 500 mg	50 mg/kg/día, en 2 dosis	500 mg/12 horas
Caps: cápsulas. Comp: comprimidos. Grag: grageas. Susp: suspensión oral.			



Referencias bibliográficas

- Ashorn M, Rågö T, Kokkonen J, et al. Symptomatic response to *Helicobacter pylori* eradication in children with abdominal pain: a double blind randomized placebo-controlled trial. *J Clin Gastroenterol*. 2004;38:646-50.
- Behouissine-Idrissi L, Boedeker EC. *Helicobacter pylori* infection: treatment. *Curr Opin Gastroenterol*. 2002;18:26-33.
- Drumm B, Day AS, Gold B, et al. *Helicobacter pylori* and peptic ulcer: Working Group Report of the Second World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004;39:S626-S631. [consultado el 14/02/2008]. Disponible en www.jpjn.org
- Drumm B, Koletzko S, Oderda G, on behalf of the European Paediatric Task Force on *Helicobacter pylori*. *Helicobacter pylori* infection in children: a consensus statement. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2000;30:207-13. [consultado el 14/02/2008]. Disponible en www.jpjn.org
- Faber J, Bar-Meir M, Rudensky D, et al. Treatment regimens for *Helicobacter pylori* infection in children: is in vitro susceptibility testing helpful? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;40:571-4. [consultado el 14/02/2008]. Disponible en www.jpjn.org
- Kalach N, Mention K, Guimber D, et al. *Helicobacter pylori* infection is not associated with specific symptoms in nonulcer-dyspeptic children. *Pediatrics*. 2005;115:17-21. [consultado el 14/02/2008]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/1/17>
- Kato S, Sherman P. What is new related to *Helicobacter pylori* infections in children and teenagers? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:415-21. [consultado el 14/02/2008]. Disponible en <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/159/5/415.pdf>
- Koletzko S, Richy F, Bontems P, et al. Prospective multicentre study on antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* strains obtained from children living in Europe. *Gut*. 2006;55:1711-6.
- Krogfelt KA, Lehoust P, Megraud F. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter*. 2005;10(S1):5-13.
- Leandro Liberato SV, Hernández Galindo M, Torroba Alvarez L, y cols. Infección por *Helicobacter pylori* en población infantil: prevalencia, factores asociados e influencia sobre el crecimiento. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:489-94.

Abreviaturas: **IBP:** inhibidor de la bomba de protones. **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa.



Notas

¹ También en caso de anemia ferropénica refractaria (después de descartar otras causas más probables) y en familiares de primer grado de carcinoma gástrico (en discusión la eficacia de la erradicación para disminuir el riesgo de carcinoma).

² En los últimos años en Europa han aumentado considerablemente las cepas resistentes al metronidazol y a la claritromicina (en este último caso, sobre todo en niños menores de 6 años de edad y en el sur de Europa), siendo excepcional la resistencia a la amoxicilina. La tasa de erradicación ha disminuido lo que ha obligado a modificar las pautas de tratamiento empírico.

³ La serología tiene sensibilidad y especificidad bajas en niños pequeños; es útil sólo para estudios epidemiológicos. El test del aliento con urea marcada y la detección de antígeno en heces sí son útiles para comprobar infección actual y la erradicación tras el tratamiento.

⁴ La esofagogastroscoopia con toma de biopsia es el método diagnóstico de elección; es el único que permite comprobar la existencia de enfermedad digestiva por *H. pylori*: gastritis y su grado, úlcera, metaplasia o linfoma MALT. Permite la toma de biopsias para estudio histológico y para cultivo/antibiograma. La positividad de 2 test obtenidos por esta técnica se considera el *gold standard* del diagnóstico en niños.

⁵ Todas las pautas de tratamiento son de una duración de 10 a 14 días. Logran una tasa de erradicación en niños del 60-85% (sensiblemente menor que en los adultos). Lo ideal sería tratar según el antibiograma, aunque no está claro que sea una práctica efectiva. El importante aumento de resistencias a la claritromicina y al metronidazol ha recuperado como primera opción el uso del subcitrate de bismuto en esta edad. En los fracasos del tratamiento la alternativa se elige según pauta previa (en estos casos es básico asegurar la adherencia). El inhibidor de la bomba de protones (IBP) más utilizado en pediatría es el omeprazol, pero se han empezado a utilizar otros IBP con mayor eficacia y capacidad para potenciar el efecto antibiótico. En cuanto al uso de prebióticos se desconoce el tipo, la dosis y tiempo de administración adecuados.

⁶ Todos los fármacos administrados por vía oral.

⁷ No hay experiencia en niños < 12 años.

⁸ Datos limitados en niños < 12 años.

⁹ Contraindicada en menores de 8 años.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos una vez al año. Próxima revisión prevista en 2009. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[🌐] Más información en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

[✉] Comentarios y sugerencias en: laquiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2008. ISBN: 978-84-95028-75-4