

HELICOBACTER PYLORI

DESCUBRIMIENTO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

La gastritis crónica y la úlcera gastroduodenal son predominantemente enfermedades infecciosas. La infección por una bacteria espiral y móvil, denominada *Helicobacter pylori*, es la causa principal de la gastritis crónica y de la úlcera, tanto del estómago como del duodeno. La presencia de bacterias espirales en el estómago humano fue descrita por primera vez a principios del siglo XX, pero no fue hasta el año 1982 cuando Robin Warren y Barry Marshall, recientemente galardonados con el premio Nobel de Medicina, redescubrieron el germen y establecieron por primera vez su relación con la gastritis crónica y con la úlcera gastroduodenal. El descubrimiento de la bacteria *Helicobacter pylori* constituye, sin duda, uno de los avances más importantes en medicina de las últimas décadas.

¿CÓMO PUEDE UNA BACTERIA PRODUCIR UNA ÚLCERA?

Durante muchos años se ha considerado que la úlcera (duodenal) era consecuencia de un desequilibrio entre los factores agresivos (el ácido) y los defensivos (el moco que recubre la mucosa del tubo digestivo). Esta hipótesis “tradicional” no es incompatible con el papel causal de *Helicobacter pylori*, puesto que la bacteria, por una parte, aumenta la secreción de ácido en algunos pacientes y, por otra, debilita la mucosa gástrica sobre la que asienta. Por lo tanto, el aforismo tradicional que dice “sin ácido no hay úlcera”, aunque continúa vigente, debería ser actualizado y ampliado con el de “sin *Helicobacter pylori* no hay úlcera” (aunque no debemos olvidar que hay otras causas de la úlcera distintas a esta bacteria, como son los antiinflamatorios). Por consiguiente, tanto el ácido como la infección por *Helicobacter pylori* son factores importantes para el desarrollo de la úlcera. Así, un ingenioso símil sugiere que ante una “gotera” (lesión en la mucosa gástrica causada por *Helicobacter pylori*) la solución más apropiada consistiría en repararla (eliminando esta bacteria, como se hace actualmente) y no empeñarnos en evitar que llueva (con fármacos antiseoretos, como se hacía hasta hace poco).

¿CÓMO HE COGIDO LA INFECCIÓN?

La infección se adquiere en la infancia transmitida de persona a persona. En los países menos desarrollados la vía de contagio es fundamentalmente la fecal-oral, quizá en algunos casos a través del agua contaminada por las heces. En los países más desarrollados, sin embargo, la vía de contagio más probable es la oral o la gastro-oral (p. ej. a través del vómito). La mayoría de las infecciones se adquieren durante la infancia y es raro el contagio durante la edad adulta. Los animales domésticos no son portadores de *Helicobacter pylori* y por tanto no pueden contagiar la infección. Una vez adquirida, la infección se mantiene a lo largo de la vida a no ser que se realice un tratamiento antibiótico adecuado.

¿ES MUY FRECUENTE ESTA INFECCIÓN?

Este organismo tiene una distribución mundial, siendo probablemente la infección bacteriana más frecuente en el mundo (con la excepción de la caries dental). Una parte importante de la población española (en los adultos de más de 50 años, más del 50%) es portadora del germen.

¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE LA INFECCIÓN?

En la gran mayoría de las personas la infección da lugar solamente a una mínima inflamación (gastritis) en el estómago que no produce molestias ni implica riesgos. Se calcula que solamente uno de cada 10 portadores desarrolla una úlcera en relación con la infección. Por este motivo, actualmente no se recomienda buscar la infección, y mucho menos realizar tratamiento antibiótico para ella, en personas que no presentan molestias digestivas.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI?

El diagnóstico se puede realizar por dos tipos de métodos. Los que necesitan de una endoscopia se denominan “invasivos” y los que se pueden realizar sin endoscopia “no invasivos”. Si su médico observa una úlcera durante la gastroscopia puede obtener una muestra del estómago para estudiarla al microscopio (histología) o para realizar una prueba rápida, llamada prueba rápida de la ureasa). En caso de que no se necesite endoscopia se emplearán las denominadas pruebas “no invasivas”, entre la que se encuentran la prueba del aliento, la detección de anticuerpos para Helicobacter en sangre (serología) o la determinación de antígenos de esta bacteria en las heces. De entre estos métodos, el más fiable es la prueba del aliento; requiere simplemente beber un líquido con sabor a limón y soplar en un pequeño tubo. Es, sin duda, el diagnóstico de elección para controlar la respuesta al tratamiento de la infección. Es importante saber que la mayoría de las pruebas se alteran si usted está tomando antibióticos o medicamentos para la úlcera (antisecretores, como por ejemplo omeprazol). Así, para que los métodos diagnósticos sean fiables el tratamiento antibiótico debería haberse suspendido 30 días antes y los antisecretores (omeprazol y similares) al menos 15 días antes de realizarse la prueba diagnóstica.

¿EN QUÉ CASOS HAY QUE REALIZAR TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN?

Se debe realizar tratamiento a todos los pacientes con úlcera que presenten la infección. Solamente se recomienda tratamiento a largo plazo con medicamentos antisecretores en aquellos pacientes ulcerosos que no puedan abandonar el tratamiento con aspirina o antiinflamatorios. Cuando existen molestias “gástricas” o “dispepsia” y el paciente no tiene una úlcera asociada, no existe acuerdo sobre si es conveniente o no buscar la infección y tratarla en caso de estar presente, pues los resultados de los estudios científicos son contradictorios. Algunos expertos, aunque no todos, recomiendan emplear en los pacientes con “dispepsia” la denominada estrategia “testar y tratar”, que consiste en buscar la infección por Helicobacter pylori y tratarla en caso de que se encuentre, y reservar la gastroscopia para los casos en que las molestias no mejoren tras eliminar la bacteria. No obstante, si el paciente es mayor o si tiene algún dato de “alarma” que sugiera un proceso grave a criterio del médico, la gastroscopia será siempre la prueba inicial a realizar. Por último, si usted no presenta síntomas, no existe ningún dato actualmente que sugiera que es necesario buscar la infección ni hacer tratamiento para eliminarla.

¿QUÉ VENTAJAS TIENE EL TRATAMIENTO DE LA BACTERIA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIULCEROSO TRADICIONAL CON ANTISECRETORES?

El tratamiento erradicador (así se denomina al tratamiento que elimina la infección por Helicobacter pylori no sólo logra cerrar la úlcera sino también evita que esta reaparezca una vez cicatrizada (curación definitiva).

¿CÓMO SE TRATA LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI?

No es fácil tratar esta infección, pues el interior del estómago es un lugar inhóspito, donde no llegan bien las células que se encargan de defender al organismo ni tampoco los antibióticos. Por ello es necesario asociar varios medicamentos antiulcerosos y antibióticos para conseguir eliminar la infección. El tratamiento que se recomienda actualmente asocia tres medicamentos distintos (dos antibióticos y un fármaco que disminuye la producción de ácido por el estómago) administrados dos veces al día, durante 7 a 10 días. Antes de iniciar el tratamiento su médico se asegurará de que usted no es alérgico a ninguno de los medicamentos que deberá tomar. Con este tratamiento se logra curar la infección en aproximadamente 8 de cada 10 pacientes. En caso de que no se logre eliminar la bacteria con un primer tratamiento, puede administrarse, si su médico lo considera indicado, un segundo tratamiento erradicador (que será distinto del primero).

UNA VEZ ELIMINADA LA INFECCIÓN ¿PUEDO VOLVER A CONTRAERLA?
¿DEBO REALIZAR ALGÚN TIPO DE CONTROL?

Si el tratamiento ha sido efectivo para eliminar la infección, es excepcional que la vuelva a contraer. Por tanto, no se justifica ninguna medida de control ni precaución, y no es necesario estudiar a los familiares por si tienen también la infección.

Gisbert JP, y Calvet X. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2006; 98; 962.