



O-272 - PREVALENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* RESISTENTE EN UNA SERIE DE PACIENTES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. INCIDENCIA EN LA GESTIÓN Y EN LA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

J.D. Sánchez López, A.L. Picardo Nieto, J.M. Gil López, F. del Castillo Díez, J. Olivar Roldan, J.A. Balsa y J.S. Torres Jiménez

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Resumen

Objetivos: El Helicobacter pylori se reconoce como la causa principal de gastritis atrófica, ulcer gastrica y duodenal así como del cáncer gástrico de tipo intestinal, siendo reconocido por la OMS como un carcinógeno de categoría I en humanos. La elevada prevalencia de la infección por éste bacilo, tanto en la población general como en los pacientes obesos ha llevado a incluir la determinación y erradicación del mismo en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, especialmente en aquellos que van a ser sometidos a técnicas de exclusión gástrica. El objetivo del trabajo es analizar la prevalencia de la infección por Helicobacter pylori en una serie de pacientes sometidos a cirugía gástrica en nuestro centro, evaluar la respuesta a las diferentes terapias erradicadoras y estudiar su influencia en la demora quirúrgica y en el cambio sobre la técnica inicialmente indicada.

Métodos: Entre enero de 2011 y diciembre de 2013 han sido intervenidos por obesidad mórbida en nuestro centro 151 pacientes. La edad media fue de 47 años (19-67). El 74% fueron mujeres. El IMC medio fue de 45 kg/m² (36,5-60). El 14,6% de los pacientes presentaban un IMC superior a 50. El exceso de peso medio fue de 50 kg (26,21-79,4). El 84% de los pacientes presentaba alguna co-morbilidad: SAHS 50%, HTA 48%, dislipemia 36% y DM tipo II el 31%. Se analiza la prevalencia de la infección por Helicobacter pylori determinado por el test de aliento con 13C urea en la serie citada, las terapias erradicadoras empleadas, y la influencia que la existencia de Helicobacter pylori ha tenido, tanto en la demora desde la primera consulta hasta la intervención quirúrgica, como en la necesidad de modificar la técnica quirúrgica previamente decidida según el protocolo de nuestra Unidad.

Resultados: En 80 pacientes (53%), el test del aliento fue positivo. En todos ellos se indicó terapia erradicadora de 1^a línea (amoxicilina 1 g/12 horas; claritromicina 500 mg/12 horas y omeprazol 20 mg/24 horas) durante 10 días, repitiendo al mes el test de aliento. En el 78% de los casos se erradicó la infección tras esta primera línea. 7 pacientes (8,75%) requirieron una segunda línea, 3 pacientes (3,75%) una 3^a pauta y 3 pacientes más una 4^a línea. En 4 casos no fue posible la erradicación de la infección, lo que supone un 5% de todos los pacientes tratados. En estos pacientes se cambió la indicación inicial de by pass gástrico laparoscópico a gastrectomía vertical. La media de demora desde la primera visita en nuestra unidad en los pacientes con test del aliento negativo en el estudio preoperatorio (68/115; 45%) fue de 11,7 meses, prolongándose hasta 19,5 meses en los pacientes que requirieron 2^a y 3^a líneas y hasta 21,3 meses en aquellos que requirieron una 4^a pauta de tratamiento.

Conclusiones: La infección por *Helicobacter pylori* multirresistente es elevada en la población de pacientes obesos candidatos a cirugía. La necesidad de erradicar la infección implica una demora significativa en el tratamiento, así como la modificación, en algunos pacientes, de la técnica quirúrgica.