



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

126 - TRATAMIENTO CUÁDRUPLE SIN BISMUTO CONCOMITANTE PARA LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI*: REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METANÁLISIS

M. Espada, O.P. Nyssen y J.P. Gisbert

Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid, and Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid.

Resumen

Introducción: La erradicación de *Helicobacter pylori* con la triple terapia estándar fracasa en ? 20% de los casos. La terapia cuádruple sin bismuto (concomitante) se recomienda como tratamiento de primera línea, incluso en áreas con alta resistencia a claritromicina.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la terapia cuádruple sin bismuto concomitante (inhibidor de la bomba de protones, claritromicina, amoxicilina y nitroimidazol) en el tratamiento de la infección por *H. pylori* y compararla con otros regímenes triples y cuádruples.

Métodos: Búsquedas bibliográficas en MEDLINE/EMBASE hasta julio 2020. Meta-análisis de los estudios que evaluaban la terapia concomitante como régimen de primera línea, y de los ensayos controlados aleatorizados que comparaban el tratamiento concomitante frente al triple estándar, secuencial, híbrido o cuádruple con bismuto.

Resultados: Se incluyeron 107 estudios (55 ensayos aleatorizados) con 29.268 pacientes: 41 estudios compararon concomitante versus triple (12.308 pacientes), 31 versus secuencial (9.104 pacientes), 9 versus híbrido (2.495 pacientes) y 8 versus cuádruple con bismuto (2.882 pacientes). El régimen concomitante logró una tasa de erradicación global del 87% (IC95% = 86-88%) por intención de tratar y del 91% (90-92%) por protocolo. La terapia concomitante logró altas tasas de curación incluso con resistencia a claritromicina (89%) y a metronidazol (95%), aunque tasas de erradicación subóptimas en caso de resistencia dual (claritromicina y metronidazol) (68%). Al comparar solo los estudios con la misma duración del tratamiento, la eficacia (por intención de tratar) con el régimen concomitante fue significativamente mayor que con las terapias triples (diferencia de riesgo, DR = 0,12; IC95% = 0,09-0,15; 26 estudios) y secuencial (DR = 0,04; 0,01-0,06; 19 estudios). Sin embargo, la terapia concomitante fue similar a la híbrida (DR = -0,00; -0,03-0,03; 7 estudios) y a la cuádruple con bismuto (DR = -0,02; -0,09-0,04; 6 estudios). Se comunicaron eventos adversos con la terapia concomitante en el 36% (30-42%) de los casos. Al comparar solo los estudios con la misma duración de tratamiento, la incidencia de eventos adversos con la terapia concomitante fue similar a la de las terapias triples (DR = 0,03; -0,01-0,08; 12 estudios), secuencial (DR = 0,03; -0,00-0,06; 15 estudios) y cuádruple con bismuto (DR = 0,01; -0,09-0,11; 5 estudios), pero mayor que con las terapias híbridas (DR = 0,09; 0,02-0,16; 5 estudios).

Conclusiones: La terapia cuádruple sin bismuto concomitante es altamente eficaz para la erradicación de *H. pylori* (logrando tasas de curación del ?90%), incluso en presencia de resistencia a claritromicina o

metronidazol, siendo superior a la terapia triple estándar y a la secuencial, y similar a la híbrida y a la cuádruple con bismuto. La incidencia de efectos adversos con el tratamiento concomitante es relativamente alta (36%), similar a la de los regímenes triple estándar y cuádruple con bismuto.