



## P-98 - TRATAMIENTO CUÁDRUPLE CONCOMITANTE SIN BISMUTO PARA LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI*: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Pablo Parra, Olga P. Nyssen y Javier P. Gisbert

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

### Resumen

**Introducción:** La erradicación de *H. pylori* con la triple terapia estándar fracasa en  $\geq 20\%$  de los casos, principalmente debido a resistencias bacterianas a los antibióticos. La terapia cuádruple concomitante sin bismuto es uno de los tratamientos de primera línea más utilizados contra la infección por *H. pylori*, incluso en áreas con alta resistencia a la claritromicina.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de la terapia cuádruple concomitante sin bismuto (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:** Se realizaron búsquedas bibliográficas en PubMed hasta abril de 2024. Se realizó un metaanálisis de los estudios que evaluaron la terapia concomitante como régimen de 1.ª línea y de los ensayos clínicos aleatorizados que compararon la terapia concomitante con la terapia triple estándar, secuencial, híbrida y cuádruple con bismuto.

**Resultados:** Se analizaron 142 estudio (93 ensayos clínicos aleatorizados) en los que se evaluaron 40.170 pacientes. La terapia concomitante logró una eficacia global del 85% (IC95% = 75-94%) por intención de tratar y del 91% (91-92%) por protocolo, mostrando una alta eficacia en presencia de resistencia aislada a claritromicina (89%) o metronidazol (95%), pero menor en presencia de resistencia dual (claritromicina y metronidazol) (61%). La eficacia global de la terapia concomitante fue significativamente mayor que la de la terapia triple (*risk difference* [RD] = 0,12; IC95% = 0,10-0,14; 48 estudios) y de la terapia secuencial (RD = 0,04; 0,02-0,06; 44 estudios); sin embargo, en esta última comparación, al considerar solo las prescripciones de 14 días, no se observaron diferencias significativas (RD = 0,00; -0,05-0,05; 6 estudios). La eficacia global de la terapia concomitante fue similar a la de la terapia híbrida (RD = 0,01; -0,02-0,03; 15 estudios), a la de la terapia cuádruple con bismuto (tanto en su formato clásico como en el de cápsula única) (RD = 0,01; -0,02-0,04; 21 estudios), y a la de la terapia cuádruple con bismuto, claritromicina y amoxicilina (RD = 0,01; -0,00-0,02; 4 estudios). La incidencia global de eventos adversos con la terapia concomitante fue del 37% (33-42%; 98 estudios).

**Conclusiones:** La terapia cuádruple concomitante sin bismuto es altamente efectiva para la erradicación de *H. pylori* (logrando una tasa de curación de aproximadamente el 90%), incluso en presencia de resistencia a claritromicina o metronidazol, siendo superior a la terapia triple estándar y a la cuádruple secuencial, y

similar a los regímenes híbridos y cuádruples con bismuto, tanto en formato clásico como en cápsula única. La incidencia de eventos adversos con el tratamiento concomitante es relativamente alta (37%), similar a la de la terapia triple y cuádruple con bismuto.