Gastroenterol Hepatol. 2020;43(Espec Congr):180

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

148 - REGISTRO EUROPEO SOBRE EL TRATAMIENTO DE H. PYLORI (HP-EUREG): ANÁLISIS DE 1.782 TRATAMIENTOS DE RESCATE EMPÍRICOS DE TERCERA, CUARTA, QUINTA Y SEXTA LÍNEA

D. Burgos-Santamaría[1], O.P. Nyssen[2], D. Vaira[3], Y. Niv[4], B. Tepes[5], G. Fiorini[3], Á. Pérez-Aisa[6], L. Rodrigo-Sáez[7], M. Castro-Fernández[8], R. Pellicano[9], I. Modolell[10], P. Mata Romero[11], J. Charles Delchier[12], J. Antonio Ortuño[13], M. Areia[14], J. Barrio[15], P. Phull[16], L. Bujanda[17], N. Brglez Jurecic[18], J. Perez-Lasala[19], A. Lucendo[20], J. Gómez-Camarero[21], L. Jonaitis[22], X. Calvet[23], J. Santos-Fernández[24], F. Mégraud[25], C. O'Morain[26] y J.P. Gisbert[2]

[1]Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Universidad de Alcalá, Madrid. [2]Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid. [3]Gastroenterology Unit, S. Orsola Malpighi Hospital, Bologna (Italia). [4]Rabin Medical Centre, Tel Aviv University (Israel). [5]Gastroenterology Unit, Abakus Medico d.o.o., Rogaska Slatina (Eslovenia). [6]Servicio de Gastroenterología, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Marbella. [7]Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. [8]Servicio de Gastroenterología, Hospital de Valme, Sevilla. [9]Molinette-SGAS Hospital, Turin (Italia). [10]Servicio de Gastroenterología, Consorci Sanitari de Terrassa. [11]Servicio de Gastroenterología, San Pedro de Alcántara. [12]Henri Mondor Hospital Créteil (Francia). [13]Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Valencia. [14]Portuguese Oncology Institute, Coimbra (Portugal). [15]Servicio de Gastroenterología, Hospital Río Hortega, Valladolid. [16]Aberdeen Royal Infirmary (Reino Unido). [17]Servicio de Gastroenterología, Hospital Donostia/Instituto Biodonostia. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Donosti. [18]Diagnostic Center Bled (Eslovenia). [19]Servicio de Gastroenterología, Hospital HM Sanchinarro, Madrid. [20]Servicio de Gastroenterología, Hospital General de Tomelloso, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Ciudad Real. [21]Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Burgos. [22]Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas (Lituania). [23]Servicio de Gastroenterología, Hospital de Sabadell, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Sabadell. [24]Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. [25]Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux Cedex, Francia. [26]Department of Clinical Medicine, Trinity College Dublin, Dublin (Irlanda).

Resumen

Introducción: La efectividad de los tratamientos de la infección por *H. pylori* disminuye a medida que se acumulan fracasos erradicadores.

Objetivos: Evaluar la efectividad de los tratamientos de rescate empíricos en tercera y sucesivas líneas en Europa.

Métodos: Registro sistemático y prospectivo sobre el manejo de la infección por *H. pylori* por gastroenterólogos europeos en la práctica clínica (27 países, 300 investigadores). Los datos se registraron en un e-CRD de AEG-REDCap. Se extrajeron todos los casos con tres o más intentos

erradicadores hasta junio 2019. Se analizaron únicamente los rescates pautados empíricamente (sin estudio de resistencias a antibióticos).

Resultados: Se incluyeron 2.001 casos, de los cuales 1.782 tratamientos empíricos sirvieron para el análisis: 1.264, 359, 125 y 34 de tercera, cuarta, quinta y sexta línea, respectivamente. La media de edad fue 51 años, con un 69% de mujeres y un 5% de alérgicos a penicilinas. Se pautaron 63 terapias, siendo Pylera® la más utilizada. Los tratamientos más frecuentes se muestran en la tabla. La efectividad global de las terapias en tercera y sucesivas líneas fue del 73% por intención de tratar modificado y del 74% por protocolo (PP). Solo tres terapias se aproximaron a una tasa de erradicación óptima (90% por ITTm): Pylera®, Cuádruple-tetraciclina clorhidrato- metronidazol-bismuto (Tc-M-B) y Triple-levofloxacino-amoxicilina (L-A), estas dos últimas únicamente cuando se emplearon dosis altas de IBP y duración de 14 días. El uso de Tc en lugar de doxiciclina se asoció significativamente a mayor éxito erradicador en las terapias cuádruples clásicas con B optimizadas ($p < 0,05$).

Resultados globales de las terapias empíricas más pautadas en tercera y sucesivas líneas

Terapias	Uso, N (%)	Intención de tratar modificado		Por protocolo	
		n	Efectividad (IC95%)	n	Efectividad (IC95%)
Pylera®	416 (23%)	363	84 (80-87)	350	85 (81-88)
Triple-L-A	277 (15%)	213	78 (72-83)	206	78 (72-84)
Triple-R-A	231 (13%)	205	66 (59-72)	198	67 (60-74)
Cuádruple-Tc-M-B	171 (9,6%)	162	73 (65-80)	157	73 (66-80)
Cuádruple-D-M-B	115 (6,5%)	109	63 (54-72)	105	64 (54-73)
Cuádruple-L-A-B	95 (5,3%)	81	78 (67-86)	79	80 (69-88)
Cuádruple-C-A-M	62 (3,5%)	57	58 (44-71)	54	59 (45-72)
Triple-A-M	54 (3,0%)	47	68 (5381)	45	69 (53-82)
Triple-C-A	43 (2,4%)	33	67 (48-82)	30	67 (47-83)
Cuádruple-C-A-B	28 (1,6%)	24	75 (53-90)	21	86 (64-97)
Triple-A-Mx	27 (1,5%)	26	69 (48-86)	26	69 (48-86)
Cuádruple-R-A-B	24 (1,3%)	22	59 (36-79)	21	57 (34-78)

A, amoxicilina; B, bismuto; C, claritromicina; D, doxiciclina; L, levofloxacino; M, metronidazol; Mx, moxifloxacino; Tc, tetraciclina clorhidrato; R, rifabutina; IC, intervalo de confianza.

Conclusiones: Los tratamientos erradicadores empíricos en tercera y sucesivas líneas en Europa obtienen, en general, tasas de erradicación subóptimas. Las únicas terapias que alcanzan cifras aceptables son Pylera® y las variantes optimizadas de Triple L-A y Cuádruple-Tc-M-B.

0210-5705/© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.