

## Enfermedades relacionadas con el ácido

### ¿Cuál debe ser la duración del tratamiento erradicador cuando empleamos un inhibidor de la bomba de protones y 2 antibióticos: 7, 10 o 14 días?

**Coordinadores generales:** Javier P. Gisbert, Cecilio Santander y Josep M. Piqué  
**Coordinador de sección:** Xavier Clavet  
**Autora:** Montserrat Forné

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

#### PREGUNTA

¿Cuál debe ser la duración del tratamiento erradicador cuando empleamos un inhibidor de la bomba de protones y 2 antibióticos: 7, 10 o 14 días?

#### ANTECEDENTES

El tratamiento erradicador de primera elección aceptado por las diferentes reuniones de consenso son las pautas triples basadas en un inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y amoxicilina o metronidazol. La duración óptima de estas pautas ha sido más controvertida. Las últimas guías de consenso europea y americana<sup>1,2</sup> han modificado sus recomendaciones aconsejando alargar las pautas de tratamiento triple a 14 días, basándose en los resultados de 2 metaanálisis, que han valorado estudios controlados, comparativos y aleatorizados, investigando diferentes duraciones de las pautas triples.

#### DISCUSIÓN

Hasta la actualidad se han publicado 3 metaanálisis que valoran la duración óptima de las pautas triples<sup>3-5</sup>. En 2 de ellos se concluye que sólo los tratamientos de 14 días son superiores a 7 días. En el más reciente, realizado por Fuccio et al<sup>5</sup>, que incluye un mayor número de estudios y con una metodología correcta, se realiza además un subanálisis para diferenciar los tratamientos con amoxicilina frente a metronidazol, y la indicación del tratamiento erradicador, úlcera péptica frente a dispepsia

funcional. De los 115 estudios valorados se analizan 21, que comparan 7, 10 y 14 días. En los tratamientos que contenían amoxicilina, el riesgo relativo (RR) de erradicación fue de 1,05 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,01-1,10) para los tratamientos de 7 frente a 10 días (10 estudios), y de 1,07 (IC del 95%, 1,02-1,12) para los tratamientos de 7 frente a 14 días (11 estudios). El metronidazol se pudo valorar sólo en 3 estudios, 7 frente a 14 días; el RR fue de 1,08 (IC del 95%, 0,96-1,22).

Se ha sugerido que los pacientes con dispepsia funcional responden peor al tratamiento erradicador y, por tanto, podrían beneficiarse de pautas terapéuticas más prolongadas<sup>6-9</sup>. Muchos de estos estudios no son homogéneos, pues se mezclan pacientes con dispepsia no estudiada y pacientes con dispepsia y endoscopia normal. El análisis de Fuccio et al<sup>5</sup> revela una erradicación ligeramente superior pero significativa, con las pautas de 10 frente a 7 días en pacientes con dispepsia funcional. En cambio, en la úlcera péptica, y cuando sólo se analizan los 4 estudios con alta calidad metodológica (valorados por la escala de Jadad) prolongar el tratamiento por durante más 7 días no muestra más ventajas, aunque los resultados negativos de este subanálisis pueden estar influenciados por el tamaño de la muestra con el consiguiente error tipo II. Los autores reconocen las limitaciones del análisis por las deficiencias metodológicas de la mayoría de los estudios y concluyen que el ligero incremento observado, sobre todo con las pautas que contienen amoxicilina, no justifica prolongar estos tratamientos más de 7 días. Asimismo, los análisis coste-económicos de 2 estudios realizados en nuestro país<sup>9,10</sup> demuestran que 7 días es la duración más coste-efectiva en la úlcera péptica. Sin embargo, en la dispepsia no ulcerosa o no investigada el tratamiento de 10 días puede ser más coste-efectivo.

En cuanto a las pautas triples de rescate, basadas en levofloxacina, la eficacia erradicadora de los

Correspondencia: Dra. M. Forné Bardera.  
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Mutua de Terrassa.  
Sant Antoni, 8-14. 08221 Terrassa. Barcelona. España.  
Correo electrónico: montseforne@mutuaterrassa.es

Recibido el 24-4-2008; aceptado para su publicación el 23-5-2008.

tratamientos de 10 días parece superior a la obtenida cuando se administran durante 7 días (el 81 frente al 73%;  $p < 0,01$ ), como se demuestra en otro metaanálisis<sup>11</sup> que ha valorado estos tratamientos; igual que otros análisis previos, éste también tiene sus limitaciones, ya que las dosis de los fármacos utilizados en algunos estudios no son equiparables.

## RESPUESTA

Siete días es la duración más coste-efectiva de las terapias triples en los pacientes ulcerosos. Sin embargo, en la dispepsia funcional las pautas de 10 días son ligeramente superiores y pueden ser más coste-efectivas que las de 7 días (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1a). Dado que la eficacia está claramente relacionada con el nivel de resistencias, serán necesarios nuevos estudios que actualicen la duración óptima del tratamiento, ya que los presentes resultados podrían cambiar en función del grado y el tipo de resistencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chey WD, Wong BC; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline on the management of *Helicobacter pylori* infection. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:1808-25.
2. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar E, Graham D, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut*. 2007;56:772-81.
3. Calvet X, García N, López T, Gisbert JP, Gené E, Roque M. A meta-analysis of short versus long therapy with a proton pump inhibitor, clarithromycin and either metronidazole or amoxycillin for treating *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther*. 2000;14:603-9.
4. Ford A, Moayyedi P. How can the current strategies for *Helicobacter pylori* eradication therapy be improved? *Can J Gastroenterol*. 2003;17 Suppl B:36-40.
5. Fuccio L, Minardi ME, Zagari RM, Grilli D, Magrini N, Bazzoli F. Meta-analysis: duration of first-line proton-pump inhibitor based triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication. *Ann Intern Med*. 2007;147:553-62.
6. Schmid CH, Whiting G, Cory D, Ross SD, Chalmers TC. Omeprazole plus antibiotics in the eradication of *Helicobacter pylori* infection: a meta-regression analysis of randomized, controlled trials. *Am J Ther*. 1999;6:25-36.
7. Gisbert JP, Hermida C, Pajares JM. Are twelve days of omeprazole, amoxicillin and clarithromycin better than six days for treating *H. pylori* infection in peptic ulcer and in non-ulcer dyspepsia? *Hepatogastroenterology*. 2001;48:1383-8.
8. Broutet N, Tchamgoué S, Pereira E, Lamouliatte H, Salamon R, Mégraud F. Risk factors for failure of *Helicobacter pylori* therapy-results of an individual ata analysis of 2751 patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;17:99-109.
9. Gené E, Calvet X, Azagra R, Gisbert JP. Seven or ten days? Cost-effectiveness study on the duration of *H. pylori* treatment in primary care. *Aten Primaria*. 2006;38:555-62.
10. Calvet X, Gené E, López T, Gisbert P. What is the optimal length of proton pump inhibitor-based triple therapies for *H. pylori*? A cost-effectiveness anlysis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001;15:1067-76.
11. Gisbert JP, Morena F. Systematic review and meta-analysis: levofloxacin-based rescue regimens after *Helicobacter pylori* treatment failure. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;23:35-44.