



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



EDITORIAL

¿Es necesario erradicar *H. pylori* en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica?



Should *H. pylori* be eradicated before bariatric surgery?

Desde que en 1997 se presentara el Primer Consenso de Maastricht sobre el manejo de la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)¹, mucho se ha avanzado en este campo.

De las 5 indicaciones de erradicación fuertemente recomendadas, 3 de ellas inequívocas (enfermedad ulcerosa péptica, activa o no; úlcera péptica sangrante y linfoma MALT gástrico de bajo grado) y 2 de apoyo (gastritis con anomalías severas y tras la resección precoz de un cáncer gástrico), se ha pasado, en el Consenso de Maastricht IV², en 2012, a un total de 16 declaraciones o recomendaciones sobre la estrategia *test-and-treat*, 23 sobre el manejo de la infección por *H. pylori*, y otras 21 recomendaciones sobre la prevención del cáncer gástrico y otras complicaciones, todas ellas con diferentes niveles de evidencia y grados de recomendación.

En los últimos 2 años, en diferentes países, incluyendo Brasil³, Korea⁴ y España⁵, se han publicado también los respectivos consensos o guías clínicas, en su tercera edición en los 3 países, sobre la infección por *H. pylori*, con resultados y conclusiones similares en todos los casos, incluyendo las recomendaciones actuales de erradicación.

Centrándonos en nuestro país⁵, en la III Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *H. pylori*, se recogen un total de 15 recomendaciones sobre las indicaciones de tratamiento de la infección por *H. pylori*.

Por otro lado, los candidatos a cirugía bariátrica, por obesidad mórbida, tienen una prevalencia preoperatoria de *H. pylori* que varía entre el 8,7% de una cohorte alemana⁶ al 85,5% en una cohorte de Arabia Saudí⁷, con prevalencias intermedias en otros países.

El manejo de la infección por *H. pylori* en los pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica es todavía controvertido, si bien hay razones plausibles para intentar la erradicación en aquellos que son positivos, particularmente en aquellos que van a ser sometidos a un *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópico (BPGYRL), en los que una gran parte del estómago será inaccesible a la endoscopia oral tras la cirugía⁸.

A favor de la erradicación en estos pacientes está el hecho de que la aquella debería disminuir el riesgo de lesiones pépticas en la zona de la gastroyeyunostomía tras el *bypass* gástrico, con lo que podrían disminuir los síntomas y complicaciones postoperatorios, tanto precoces como tardíos, relacionadas con las úlceras, que son más frecuentes en pacientes *H. pylori* positivos, así como la incidencia de cáncer gástrico^{7–11}.

La mayoría de los estudios, enfocados en el BPGYRL, informan de una menor prevalencia de lesiones posquirúrgicas tras la erradicación de la infección por *H. pylori*, con una menor incidencia de perforación visceral¹¹ y úlceras marginales posquirúrgicas¹².

En este último estudio retrospectivo de 560 pacientes, la incidencia de úlceras marginales fue del 2,4% en pacientes en los que se valoró y trató la infección por *H. pylori* antes de la cirugía frente al 6,8% en aquellos en los que no se siguió esta sistemática¹¹. Sin embargo, otros autores han comunicado que, si bien la tasa de úlceras marginales tras el BPGYRL ha sido mayor en pacientes *H. pylori* positivos, el elevado riesgo persistía incluso si el germen había sido erradicado¹³.

Finalmente, otros estudios^{14,15} no parecen confirmar ningún efecto de la erradicación de *H. pylori* en la aparición de úlceras marginales o estenosis a nivel de la boca anastomótica en pacientes sometidos a BPGYRL.

Si bien las evidencias disponibles hasta el momento no indican claramente cuál debe de ser el manejo de la infección por *H. pylori* en los pacientes obesos que son candidatos a cirugía bariátrica, propongo que, cuando tenga lugar la próxima IV Conferencia de Consenso Española sobre la infección por *H. pylori*, se analice específicamente la posibilidad de incluir una nueva recomendación de erradicación, la de aquellos «pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica y tienen infección por dicho patógeno, valorada mediante test de ureasa rápida obtenido durante la endoscopia oral previa a la cirugía». Mientras tanto, en España al menos, seguiremos sin erradicar a estos

pacientes, pero atendiendo no pocas complicaciones postoperatorias.

Bibliografía

1. Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. European *Helicobacter Pylori* Study Group. Gut. 1997;41:8–13.
2. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, et al., European *Helicobacter* Study Group. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht IV/Florence Consensus Report. Gut. 2012;61:646–64.
3. Coelho LG, Maguinik I, Zaterka S, Parente JM, do Carmo Friche Passos M, Moraes-Filho JP. 3rd Brazilian Consensus on *Helicobacter pylori*. Arq Gastroenterol. 2013;50, <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032013005000001>.
4. Kim SG, Jung HK, Lee HL, Jang JY, Lee H, Kim CG, et al., Korean College of *Helicobacter* and Upper Gastrointestinal Research. Guidelines for the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection in Korea, 2013 revised edition. J Gastroenterol Hepatol. 2014;29:1371–86.
5. Gisbert JP, Calvet X, Bermejo F, Boixeda D, Bory F, Bujanda L, et al. III Spanish Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection [Article in Spanish]. Gastroenterol Hepatol. 2013;36:340–74.
6. Küper MA, Kratt T, Kramer KM, Zdichavsky M, Schneider JH, Glatzle J, et al. Effort, safety, and findings of routine preoperative endoscopic evaluation of morbidly obese patients undergoing bariatric surgery. Surg Endosc. 2010;24:1996–2001.
7. Al-Akwaa AM. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in a group of morbidly obese Saudi patients undergoing bariatric surgery: A preliminary report. Saudi J Gastroenterol. 2010;16:264–7.
8. Carabotti M, D'Ercole C, Iossa A, Corazziari E, Silecchia G, Severi C. *Helicobacter pylori* infection in obesity and its clinical outcome after bariatric surgery. World J Gastroenterol. 2014;20:647–53.
9. Scheffel O, Daskalakis M, Weiner RA. Two important criteria for reducing the risk of postoperative ulcers at the gastrojejunostomy site after gastric bypass: Patient compliance and type of gastric bypass. Obes Facts. 2011;4 Suppl 1:S39–41.
10. Ramaswamy A, Lin E, Ramshaw BJ, Smith CD. Early effects of *Helicobacter pylori* infection in patients undergoing bariatric surgery. Arch Surg. 2004;139:1094–6.
11. Schirmer B, Erenoglu C, Miller A. Flexible endoscopy in the management of patients undergoing Roux-en-Y gastric bypass. Obes Surg. 2002;12:634–8.
12. Hartin CW, ReMine DS, Lucktong TA. Preoperative bariatric screening and treatment of *Helicobacter pylori*. Surg Endosc. 2009;23:2531–4.
13. Rasmussen JJ, Fuller W, Ali MR. Marginal ulceration after laparoscopic gastric bypass: An analysis of predisposing factors in 260 patients. Surg Endosc. 2007;21:1090–4.
14. Papasavas PK, Gagné DJ, Donnelly PE, Salgado J, Urbandt JE, Burton KK, et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection and value of preoperative testing and treatment inpatients undergoing laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. Surg Obes Relat Dis. 2008;4:383–8.
15. Rawlins L, Rawlins MP, Brown CC, Schumacher DL. Effect of *Helicobacter pylori* on marginal ulcer and stomal stenosis after Roux-en-Y gastric bypass. Surg Obes Relat Dis. 2013;9:760–4.

Juan J. Sebastián Domingo
 Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Royo Villanova,
 Zaragoza, España
 Correo electrónico: jjsebastian@salud.aragon.es