

## 329/116 - CUANDO LO DE SIEMPRE YA NO ES SUFICIENTE

B. Gutiérrez Muñoz<sup>1</sup>; I. Veli Cornelio<sup>1</sup>; A. Artíme Fernández<sup>2</sup>; C. Varela César<sup>3</sup>; M. Maamar El Asri<sup>4</sup>; I. Hernando García<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.<sup>5</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 29 años, sin alergias medicamentosas conocidas u otros antecedentes de interés. Acude a su Médico de Familia por cuadro de unos 5 meses de evolución de molestias epigástricas postprandiales que en ocasiones le despiertan por la noche. Ha asociado sensación nauseosa, sin vómitos. Niega fiebre, sensación urente retroesternal tras las comidas, alteraciones del ritmo intestinal habitual u otra clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** General. Buen estado general. Consciente, orientado. Normohidratado, normoperfundido, leve palidez cutánea. Eupneico. Colaborador. AC: rítmica, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda sobre epigastrio, no se palpan masas ni megalías, RHA presentes, PPR bilateral negativa. Miembros inferiores no edematosos, sin signos de TVP. No focalidad neurológica aparente. Analítica de sangre (HG+BQ): anemia microcítica e hipocrómica, resto normal.

**Juicio clínico:** Infección por Helicobacter pylori.

**Diagnóstico diferencial:** Úlcera péptica, gastritis.

**Comentario final:** La infección por Helicobacter pylori afecta aproximadamente a la mitad de la población mundial, y esta tiene un papel protagonista en la patogénesis de algunas enfermedades digestivas (úlcera péptica, gastritis crónica, cáncer gástrico...), por lo que un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado son esenciales en la práctica clínica. Recomendaciones de las III y IV Conferencia Española de Consenso sobre la infección por Helicobacter pylori: - En pacientes con dispepsia no investigada menores de 55 años y sin síntomas ni signos de alarma se recomienda la estrategia test and treat como primera opción, que consiste en la realización de una prueba «no invasiva» para H. pylori y el tratamiento erradicador si se demuestra la infección. - Para el diagnóstico no invasivo de la infección se recomienda la prueba del aliento con urea marcada con <sup>13</sup>C utilizando el protocolo europeo (administración previa de ácido cítrico). La alternativa sería detectar el antígeno en heces con ELISA monoclonal. No se recomienda el uso sistemático de la serología. - Tanto en pruebas diagnósticas invasivas y en no invasivas se recomienda suspender los IBP al menos 2 semanas antes y evitar antibióticos durante al menos 4 semanas antes. - Se recomienda comprobar la curación de la infección al menos 4 semanas tras finalizar el tratamiento. - Un tratamiento erradicador es considerado efectivo cuando es capaz de curar la infección en un porcentaje próximo o superior al 90%. - El

tratamiento de primera línea es una pauta cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) durante 14 días. Esta elección depende sobre todo de la tasa de resistencia a los antibióticos; no se recomienda la terapia triple clásica (OCA) cuando la tasa de resistencia a claritromicina es >15% (España: 14% en 2009, 18% en 2013).

- La eficacia media de la triple terapia en nuestro país fue del 80 o 70% en 2 revisiones sistemáticas publicadas en 2011 y 2013. La eficacia en estudios posteriores ha sido siempre inferior al 75%.

## Bibliografía

-Gisbert JP, Calvet X, Bermejo F, Boixeda D, Bory F, Bujanda L et al. III Conferencia Española de Consenso sobre la infección por Helicobacter pylori. Gastroenterol Hepatol. 2013;36(5):301-374.

-Gisbert JP, Molina-Infante J, Amador J, Bermejo, Bujanda L, Calvet X F et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori. Gastroenterol Hepatol. 2016;39(10):697-721.