



Sábado 15 de febrero de 2020

Mesa redonda:

Flashes pediátricos. A vueltas con...

**Moderadora:**

M.ª Dolores Cantarero Vallejo

Pediatra. CS Illescas. Toledo. Tesorera de la AEPap.

**Ponentes/monitores:**

■ **El *Helicobacter pylori***

Iván Carabaño Aguado

Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

■ **La bronquiolitis**

Mar Duelo Marcos

Pediatra. CS Segovia. Madrid. Grupo de Vías respiratorias de la AEPap.

■ **La alimentación del niño de corta edad**

Victoria Martínez Rubio

Pediatra. CS Los Fresnos. Torrejón de Ardoz. Madrid.

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Carabaño Aguado I. A vueltas con el *Helicobacter pylori*. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 73-76.

## A vueltas con el *Helicobacter pylori*

Iván Carabaño Aguado

Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil.  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.  
[carabano1975@hotmail.com](mailto:carabano1975@hotmail.com)

### RESUMEN

*H. pylori* es una bacteria microaerofílica muy extendida. Se trata de una de las causas más frecuentes de infección bacteriana crónica en el ser humano. La prevalencia en niños españoles en edad escolar está en torno al 20-25%. La mayor parte de los casos de infección no deriva en la aparición de complicaciones. De hecho, el 85% de los individuos infectados no desarrollarán una enfermedad ulcerosa u oncológica, que son las entidades para las cuales se debe reservar el tratamiento específico. La endoscopia digestiva alta con toma de biopsias para estudio anatomopatológico, test de ureasa y cultivo con antibiograma son el *gold standard* diagnóstico. El resultado del antibiograma condiciona el tratamiento. Salvo alguna excepción puntual, las pruebas no invasivas se han de solicitar con el fin de evaluar si se ha producido o no la erradicación.

### INTRODUCCIÓN

*H. pylori* es una bacteria microaerofílica muy extendida a nivel universal. Si bien este hecho es totalmente cierto, no lo es menos que su presencia está llena de lagunas y aspectos controvertidos, que van desde los aspectos epidemiológicos más elementales (como el mecanismo de contagio) hasta el ámbito de la gestión (¿han de estar accesibles las pruebas no invasivas en los peticitorios pediátricos de Atención Primaria?)<sup>1</sup> (Tabla 1).

**Tabla 1.** Aspectos controvertidos

Vía de transmisión
Infección completamente asintomática: ¿se ha de tratar en algún caso?
¿Se ha de tratar la gastritis sin úlcera asociada?
¿Se ha de tratar la duodenitis sin úlcera asociada?
¿Se ha de tratar la nodularidad antral?
Duración y dosis de las líneas terapéuticas
Inclusión de probióticos en los protocolos terapéuticos
¿Cuánto tiempo antes del test del aliento/antígeno fecal se debe suspender el IBP?
Accesibilidad del test del aliento/antígeno fecal en el petitorio pediátrico de Atención Primaria

IBP: inhibidor de la bomba de protones.

## CONSIDERACIONES GENERALES

- **Alta prevalencia.** La infección por *H. pylori* es una de las causas más frecuentes de infección bacteriana crónica en el ser humano. Su mecanismo de transmisión es incierto (fuentes posibles: oral-oral, gástrica-oral, fecal-oral). La prevalencia en niños españoles en edad escolar está en torno al 20-25%<sup>12</sup>.
- **La relevancia de la infección en niños es distinta a la relevancia de la infección en adultos<sup>3</sup>.** Conviene tener presente que, al contrario que en la población adulta, la mayor parte de los casos de infección no deriva en la aparición de complicaciones. Incluso hay quien especula con que la infección precoz por *H. pylori* deriva en beneficios inmunológicos a lo largo plazo. Un 85% de los individuos infectados no desarrollarán una enfermedad ulcerosa u oncológica, que son las entidades para las cuales se debe reservar el tratamiento específico. De forma individualizada, considerando el alcance de la clínica, en casos concretos también se podría considerar pautar tratamiento en algunas gastritis o duodenitis<sup>4</sup>.

- **Infección por *H. pylori* y dolor abdominal.** Este binomio no es sinónimo de “dolor abdominal achacable a la infección por *Helicobacter pylori*”. Recordemos que el 20-30% de los niños en edad escolar padecen dolor abdominal crónico funcional en algún momento de su infancia. Y que, en el contexto de los criterios Roma IV, el dolor abdominal funcional se puede diagnosticar sin necesidad de realizar pruebas complementarias. Se desaconseja, de hecho, realizar una prueba no invasiva de *H. pylori* (test de aliento, detección de antígeno fecal) ante un cuadro compatible con dolor abdominal funcional. En la edad pediátrica, la estrategia *test and treat* solo contribuye a aumentar las resistencias antimicrobianas del *Helicobacter* y a la aparición potencial de efectos adversos<sup>4</sup>.

## EL PAPEL DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- **Endoscopia: prueba clave.** La presencia de una enfermedad derivada de la infección por *H. pylori* se ha de constatar a través de la realización de una endoscopia digestiva alta. Sus indicaciones vienen delimitadas por los criterios de dispepsia orgánica, formulados en su día por Chelimsky y Czinn<sup>1</sup>. Si hay criterios de dispepsia orgánica, está indicada la realización de una endoscopia. En determinados casos de anemia ferropénica refractaria, se puede considerar la realización de una endoscopia, para investigar la presencia de *H. pylori* sobre las muestras de tejido.
- **A qué lesiones se dará valor.** Al hallazgo de enfermedad ulcerosa o tumoral, en estómago o en duodeno. Se ha de considerar, asimismo, la presencia microscópica de inflamación a dichos niveles<sup>4</sup>.
- **Lesiones controvertidas.** La nodularidad antral es frecuente en adolescentes y mujeres jóvenes, pero no parece tener trascendencia clínica ni potencialidad premaligna. Los pólipos hiperplásicos, a su vez, parecen no revestir importancia clínica ni potencialidad premaligna<sup>5</sup>.

- **Número de biopsias que hay que extraer.** Se han de extraer 4-6 muestras de tejido, y 2 biopsias adicionales para realizar test de ureasa y cultivo con antibiograma (únicamente si hay indicaciones claras de tratamiento)<sup>4</sup>.

## TRATAMIENTO

- Se planteará si se da la conjunción de dos hechos: visualizar el *H. pylori* en la biopsia y positividad del cultivo (o positividad del test de ureasa).
- El propósito del tratamiento es evitar la recurrencia de la lesión ulcerosa/tumoral.
- Lo ideal es que el tratamiento se plantee de forma dirigida, y condicionada por el antibiograma o por las resistencias presentes en el ámbito poblacional (Tablas 2, 3 y 4).
- Duración: 14 días.
- El tratamiento de primera línea no siempre resulta exitoso. En la medida de lo posible, hay que insistir en la importancia de un buen cumplimiento terapéutico, pues el éxito de la erradicación depende en buena medida de este hecho<sup>4</sup>.
- Hay que tener siempre presentes un catálogo de recomendaciones tipo “no hacer”<sup>4</sup> (Tabla 5).

## EL PAPEL DE LAS PRUEBAS NO INVASIVAS

- **Como norma, se han de plantear postratamiento y no antes<sup>1</sup>.** El test de aliento y detección de antígeno fecal serán nuestro sensor de erradicación de la infección. Se hará a las 6-8 semanas tras finalizar el tratamiento. Esto es: su realización se hará ante verificar lesiones endoscópicas tratables y después de poner un tratamiento correcto.
- **Una sola excepción.** En nuestro medio: ante un niño (con o sin síntomas) conviviente con una persona con cáncer gástrico, se ha de hacer una prueba no invasiva, y pautar tratamiento si el test fuese positivo<sup>4</sup>.
- **Cuánto tiempo antes se han de suspender los IBPS.** Al menos dos semanas<sup>4</sup>.
- **Cuánto tiempo antes se han de suspender los antibióticos.** Al menos cuatro semanas<sup>4</sup>.
- **Se desestima el cribado universal de la infección.** Dado que los serotipos circulantes en Europa no tienen alta potencialidad oncogénica, se desestima el cribado universal de la infección por *Helicobacter* como estrategia preventiva del cáncer gástrico<sup>6</sup>.

**Tabla 2.** Opciones de primera línea para el tratamiento de la infección por *H. pylori*

Antibiograma disponible	Tratamiento
Sensible a claritromicina y metronidazol	IBP-amoxicilina (dosis estándar)-claritromicina
Resistente a claritromicina, sensible a metronidazol	IBP-amoxicilina (dosis estándar)-metronidazol
Resistente a metronidazol, sensible a claritromicina	IBP-amoxicilina (dosis estándar)-claritromicina
Resistente a claritromicina y a metronidazol	IBP-amoxicilina (dosis altas) -metronidazol
<b>Antibiograma no disponible</b>	IBP-amoxicilina (dosis altas) -metronidazol

IBP: inhibidor de la bomba de protones.

**Tabla 3.** Dosis estándar

Fármaco	Peso	Dosis matinal	Dosis nocturna
Inhibidor de la bomba protones	15-24 kg	20	20
	25-34 kg	30	30
	>35 kg	40	40
Amoxicilina	15-24 kg	500	500
	25-34 kg	750	750
	>35 kg	1000	1000
Claritromicina	15-24 kg	250	250
	25-34 kg	500	250
	>35 kg	500	500
Metronidazol	15-24 kg	250	250
	25-34 kg	500	250
	>35 kg	500	500

**Tabla 4.** Dosis altas de amoxicilina

Peso	Dosis matinal	Dosis nocturna
15-24	750	750
25-34	1000	1000
>35	1500	1500

**Tabla 5.** Recomendaciones tipo "no hacer"

Se desaconseja la estrategia *test and treat* en niños con dolor abdominal

Se desaconseja realizar test del aliento/antígeno fecal en niños con dolor abdominal funcional

Se desaconseja realizar test del aliento/antígeno fecal en el estudio inicial de niños con anemia ferropénica

Se desaconseja realizar test del aliento/antígeno fecal en la evaluación de niños con talla baja

Se desaconseja la realización de estudios serológicos de *H. pylori* en muestras de sangre, orina o saliva

## BIBLIOGRAFÍA

- Carabaño I, La Orden E, Santonja C, Pelayo FJ, Llorente L, Manzarbeitia F. Patogenia y expresión endoscópica de la infección por *H. pylori* en niños. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;14:69-74.
- Mourad-Baars P, Hussey S, Jones NL. Helicobacter pylori infection and childhood. *Helicobacter*. 2010; 15 Suppl 1:53-9.
- Pacifico L, Anania C, Osborn JF, Ferraro F, Chiesa C. Consequences of Helicobacter pylori in children. *World J Gastroenterol*. 2010;16:5181-94.
- Jones NL, Koletzko S, Goodman K, Bontems P, Cadranet S, Casswall T, et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the management of Helicobacter pylori in children and adolescents (update 2016). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64: 991-1003.
- Hong SN, Jo S, Jang JH, Choi J, Kim S, Ahn SY, et al. Clinical characteristics and the expression profiles of inflammatory cytokines/cytokine regulatory factors in asymptomatic patients with nodular gastritis. *Dig Dis Sci*. 2012;57:1486-95.
- Lansdorp-Vogelaar I, Sharp L. Cost-effectiveness of screening and treating Helicobacter pylori for gastric cancer prevention. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2013;27:933-47.