

Nutri podcast



La voz de la **actualidad**
en *nutrición pediátrica*

Coordinadora:

Dra. Gema García Ron

Pediatra del Centro de Salud Las Aguilas. Madrid

Vocal nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)



Podcast 3

Dr. Anselmo Hernández Hernández

Pediatra en el Centro de Salud de Tacoronte. Tenerife

Miembro de la Juntas directivas de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y de la SCP

NUEVAS ESTRATEGIAS EN MANEJO DE LA INFECCIÓN *HELICOBACTER PYLORI*

PRESENTACIÓN

En este podcast les voy a hablar de las nuevas estrategias de diagnóstico y manejo de la infección *Helicobacter pylori* (HP), según los últimos consensos de NASPGHAN y ESPGHAN para Europa y Norteamérica y en pacientes hasta 18 años.

**3****Podcast 3**

Dr. Anselmo Hernández Hernández

HELICOBACTER PYLORI

La importancia del HP radica en los hallazgos de Warren y Marshall en 1982, que les valió para otorgarle el premio Nobel en 2005, al relacionar al *Helicobacter pylori* con la etiopatogenia de la enfermedad ulceropeptídica, cáncer gástrico y el linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa (MALT).

La capacidad del HP para producir estas lesiones viene condicionado, no solo, por **factores de virulencia** de la propia bacteria (las cepas *VacA CagA+*) responsable de producir endo y exotoxinas, que alteran tanto a la células gástricas como al sistema inmunitario, sino además, de otros **factores genéticos del hospedador** que predispone una mayor tendencia a la malignización de dichas lesiones, según población infectada (más en orientales que occidentales).

Se trata de una **bacteria Gram N, espiral y flagelada** que coloniza la mucosa gástrica humana. Es la **infección crónica** más frecuente a nivel mundial, afecta a la mitad de la población mundial, de **inicio en la infancia y duradera de por vida**, con claro predominio en los países en vías de desarrollo en comparación con los desarrollados.

Adopta forma cocoide inactiva e incultivable que le permite resistir antibióticos y otras condiciones adversas, sin perder virulencia o capacidad de producir infección crónica y refractaria al tratamiento.

Y su **crecimiento en medios de cultivo es difícil y lento** (tarda de 8-10 días), lo que supone un handicap.

EDAD PEDIÁTRICA

En la edad pediátrica, el manejo de la infección por *Helicobacter pylori* (HP) ha planteado muchas **controversias**:

- **Escasa correlación entre los síntomas digestivos y la presencia de infección por HP** o lesiones en mucosa gástrica.
- **En niños, la infección por HP es poco probable que tenga las consecuencias que muestra en adultos:** enfermedad ulcero péptica (PUD) o cáncer gástrico (CaG) o MALT e, incluso, puede tener algún beneficio; protector de otras enfermedades, como veremos, llegando a cuestionarse su papel como patógeno e incluso considerándolo como parte de la microbiota comensal, y además no clara secuencia evolutiva de gastritis-ulcera-CaG o MALT.
- Por otra parte, hay una preocupación **creciente por la resistencia a antibióticos** (principalmente por la claritromicina); que hace necesario tratamiento erradicador (>90%), basado en **test invasivos** con el objetivo de determinar no solo la presencia del HP sino en tipo de lesión gástrica y obtener antibiograma específico para su tratamiento.

Dejando los **test no invasivos**, (test del aliento con urea marcada con C13, Ac monoclonales) solo para confirmar la erradicación de dicha infección y otras circunstancias que veremos.

**3****Podcast 3**

Dr. Anselmo Hernández Hernández

Todo ello llevó a la **NASPGHAN** y a la **ESPGHAN** en diferentes ediciones 2011, 2017, y última 2024 en las que han ido revisando la literatura para proporcionar pautas actualizadas de diagnóstico y de tratamiento de la infección por HP (IHP), en la población pediátrica: <18 años, principalmente en América del Norte y Europa.

CLÍNICA

Prevalencia de IHP niños en España:

- 51% infectados entre 11-15 años
- 80-90% asintomáticos: si existe clínica gástrica es inespecífica y estar o no relacionada con IHP, además dicha clínica, puede estar justificada por otras causas coexistentes. Si que pueden estar relacionado anemia ferropénica refractaria, no así la PTIc.

Las funciones del pediatra de AP:

- Elaborar buena historia clínica y llevar a cabo exploración completa.
- Realizar exámenes complementarios de primer nivel, en su caso, para diferenciar clínica funcional de la orgánica.
- Conocer indicaciones de derivación.
- Informar de forma clara y concisa a los padres.

DIAGNÓSTICO

Existen dos tipos de Test:

- **Test no invasivos** no precisan GEC: (test de aliento con urea marcada con C13, Ac. Monoclonales, otros de resultados más heterogéneos (estudios serológicos, test rápidos en heces, PCR en saliva, placa dental, heces).
- **Indicaciones:**
 - Comprobar erradicación
 - Contraindicación EGC: problemas de anestesia o bajo recuento plaquetas
 - Puede ser suficiente en niños con AF de primer orden afecto de CaG
- **No es necesario:**
 - en PTIc
 - en niños de grupos raciales o étnicos que proceden de países de mayor riesgo, que ya viven en países de menor riesgo (EEUU o EU)
- **Test invasivos** precisan GEC para obtener biopsia: 4 histología (2 antro y 2 cuerpo), 2 cultivo (antro y cuerpo) y 1 test ureasa. Opcional, 1 PCR, (cultivo y estudio histológico, determinado con tinción de Gram → Sistema de Sydney).

**3****Podcast 3**

Dr. Anselmo Hernández Hernández

Otras técnicas:

- **Técnica de hibridación *in situ* con sondas fluorescentes (FISH):** es una herramienta potente, rápida y sensible para la detección del HP sin necesidad de cultivo ni extracción de ácidos nucleicos. No está disponible en la mayoría de laboratorios.
- **Indicaciones:**
 - Diagnóstico de presencia de lesión orgánica, grado, de HP y cultivo y antibiograma (para realizar tratamiento específico)
 - Caso anemia ferropénica refractaria
 - Presencia de MALT bajo grado (tratamiento implica curación de la enfermedad)
 - Consensuado con padres en caso de gastritis nodular

Los criterios de confirmación de la infección:

Cultivo positivo ó PCR/test ureasa + visualización de *H. pylori* en histología + clasificación según sistema Sydney.

TRATAMIENTO

Ha de ser antibiograma guiado, si no se obtiene cultivo, basado en resistencias prevalentes en la zona (claritromizina en particular).

Primera línea

- **Con sensibilidad conocida:**

Triple terapia clásica → combina 2 antibióticos: amoxicilina (dosis habitual o alta, puede ser sustituible por tetraciclina en >de 8 años; con claritromicina (nunca si no se conoce sensibilidad) o metronidazol con inhibidores de bomba de protones (IBP) (omeprazol, lanazoprazol vs. esomeprazol o rabeprazol).

- **Con sensibilidad desconocida o doble resistencia:**

Cuadruple terapia → combina 2 antibióticos con sales de bismuto + IBP; ambos de duración 14 días.

- **Uso probióticos:**

No erradican pero mejoran tolerancia a los antibióticos.

Una vez terminado el tratamiento:

- **Confirmar erradicación**

Test no invasivos: test del aliento con urea C13 ó test de antígeno *H. pylori* monoclonal en heces, al menos, 6-8 semanas después de finalizado el tratamiento (mínimo 2 semanas tras suspender IBP o 4 después de suspender antibióticos).

**3****Podcast 3**

Dr. Anselmo Hernández Hernández

- Si hay **fracaso de los tratamientos de primera línea**: puede plantearse hacer una segunda endoscopia para obtener nuevo cultivo o hacer tratamiento empírico como si doble resistencia se tratara.

El pediatra de AP, debe hacer un seguimiento de estos pacientes asegurando la adherencia al tratamiento, una vez verificada la erradicación, comprobar que la clínica que originó dicha derivación no vuelva a aparecer.

PERSPECTIVAS FUTURAS

En el diagnóstico, PCR ampliadas y los métodos moleculares de próxima generación van a implicar obviar los cultivos.

En cuanto al tratamiento, se postulan nuevas estrategias de antibióticos, IBP más potentes, vacunas, nuevos probióticos e, incluso, el uso de nanopartículas.