

Dispepsia e infección por *Helicobacter pylori*: visión del digestólogo

F. Borda, A. Echarri, I. Elizalde, A. Martínez

Recientemente se ha publicado en la Revista ANALES del Sistema Sanitario de Navarra un excelente trabajo de Serrano y cols, referente al problema que plantean al médico generalista los pacientes con clínica dispéptica e infección por *Helicobacter pylori*¹. Estando de acuerdo con muchos de sus planteamientos, quisiera como especialista efectuar algunos comentarios al mismo.

Desde la óptica del gastroenterólogo, coincido totalmente en el reto que supone la dispepsia funcional en la atención primaria. También opino que el médico de atención primaria es quien mejor conoce la historia y circunstancias del paciente, y por tanto es el más adecuado para atenderle.

A nivel de asistencia primaria, el método más idóneo para diagnosticar la infección por *Helicobacter pylori* es el estudio serológico. De entre los métodos serológicos, la técnica de ELISA es claramente superior a los test de diagnóstico rápido por punción capilar tipo Helisal. La punción capilar, si bien tiene la ventaja de ser más sencilla y permitir la obtención de resultados en la misma consulta, es mucho más cara e inexacta. Si la comparamos con la serología por ELISA, la sensibilidad del Helisal es sólo del 61%, su especificidad del

73%, con un valor predictivo negativo de tan solo un 34%².

Una vez confirmada la infección por *Helicobacter pylori* en el paciente con clínica dispéptica el principal problema que se plantea es si está indicado o no instaurar un tratamiento erradicador. Los resultados clínicos obtenidos por Serrano y cols¹ son muy buenos, con 41/49 (84%) de pacientes asintomáticos tras el tratamiento y 31/49 (63%) libres de molestias a los 12 meses. La mejoría de los síntomas dispépticos tras la erradicación es un hecho muy discutido en la bibliografía³⁻¹⁰. En un metaanálisis efectuado sobre 16 ensayos clínicos publicados, en 8 de ellos se obtenía un beneficio sintomático y en otros 8 no mejoraba la clínica con la erradicación¹¹. El metaanálisis confirmaba la dificultad de valoración de este tipo de trabajos por la diferente metodología empleada para la definición de dispepsia y el distinto tiempo de seguimiento. En una patología con tan elevado componente subjetivo como la dispepsia, el efecto placebo temporal es muy importante, con lo que la mejoría clínica debe mantenerse al menos un año para poder asegurar la obtención de un beneficio tras la erradicación. Por todo ello, todavía están pendientes de realizarse nuevos ensayos controlados y multicéntricos que confirmen o no la indicación del

Servicio Digestivo. Hospital de Navarra. Pamplona.

Correspondencia
Fernando Borda
C/ Olite 37 - 7º izqda.
31004 Pamplona
Tfno: (948) 239332

tratamiento erradicador en el paciente dis péptico. Con los conocimientos actuales, parece que los mejores resultados se obtendrían en los pacientes con dispepsia "tipo ulceroso", con peor respuesta en los dispépticos de tipo reflujo, dismotilidad y miscelánea¹². En una reunión de consenso entre expertos, celebrada en Maastrich en Septiembre de 1996, se precisaba que el tratamiento erradicador en el paciente dis péptico no era "altamente recomendable", sino sólo "aconsejable", por carecer de suficiente evidencia científica. Si el paciente era menor de 45 años y no presentaba ningún síntoma de alarma, podía ser tratado de entrada por el generalista mediante erradicación del *Helicobacter pylori*.

En cuanto a las múltiples pautas de tratamiento erradicador que se han propuesto, hoy en día las más aconsejables son la asociación de un inhibidor de la bomba de protones y dos antibióticos, siendo la más empleada la denominada OCA-7: Omeprazol 20 mg + Claritromicina 500 mg + Amoxicilina 1 g cada 12 horas durante 7 días. Quedan pendientes de confirmarse en nuestro medio la eficacia de nuevos fármacos como la Ranitidina-Citrato de bismuto asociada a Claritromicina¹³.

Para el especialista, el paciente con síntomas dispépticos tiene un enfoque distinto, al tratarse de un caso que teóricamente debería haber sido valorado y cribado por el médico generalista, quien nos lo remite para completar el estudio. En nuestra estructura sanitaria, el digestólogo es quien dispone de los medios para el diagnóstico de los procesos gastrointestinales, teniendo acceso directo a la práctica de una gastroscopia. Por ello, nuestra actitud en el paciente dispéptico es, no sólo diagnosticar la eventual infección por *Helicobacter pylori* mediante test de la ureasa y estudio histológico en el curso de una gastroscopia, sino descartar con una endoscopia la presencia de patología orgánica gastroduodenal. No olvidemos que un 5-10% de los casos con molestias de tipo dispéptico corresponden a pacientes portadores de lesiones orgánicas, que incluyen carcinomas y linfomas gástricos, muy frecuentemente *Helicobacter pylori* (+). El hecho de ser menor de 45 años y no presentar síntomas de alarma disminuye cla-

ramente, pero no elimina la posibilidad de presentar estas patologías orgánicas. Por tanto, la actitud habitual del gastroenterólogo es estudiar de entrada al paciente dispéptico mediante gastroscopia, descartando otra patología gastroduodenal y valorando la infección por *Helicobacter pylori*. Junto a las indudables ventajas diagnósticas de la gastroscopia, su realización presenta los inconvenientes de las molestias que ocasiona, su coste y la saturación de las unidades de endoscopia. En el caso de confirmarse una dispepsia funcional *H. pylori* (+) nos encontraremos ante el problema ya expuesto de indicar o no un tratamiento erradicador.

Otro aspecto que queremos comentar es el referente a los estudios de coste/efectividad en la dispepsia. Los escasos trabajos publicados no son en general favorables para la práctica de una endoscopia¹⁴⁻¹⁹. No obstante, estos datos no pueden aplicarse a nuestro medio, ya que parten de diferentes tasas de prevalencia del *H. pylori* y de unos costes elevadísimos de la gastroscopia, con una media de 1.180 dólares en USA¹⁴. Este año hemos presentado un estudio referente al coste teórico en un año de dos estrategias frente al paciente con síntomas gástricos²⁰. La primera pauta de actuación sería estudiar por serología la presencia de *H. pylori* en los pacientes, poniendo tratamiento erradicador en los casos positivos (74% en Navarra) y tratamiento sintomático a los *H. pylori* (-). La segunda pauta consiste en efectuar gastroscopia de entrada, erradicando en los casos de úlcera y aplicando tratamiento sintomático en el resto, partiendo de la base que en estos momentos no hay evidencia científica que indique la erradicación en la dispepsia.

Las conclusiones del estudio fueron que, independientemente del beneficio clínico de la gastroscopia, la estrategia de estudio endoscópico de entrada y posterior tratamiento erradicador en los casos de úlcera era más económica. Para que la pauta de estudio del *H. pylori* y la erradicación sistemática fuera rentable económicamente, la prevalencia de *Helicobacter pylori* en la población sintomática debería ser inferior al 67%²⁰.

Finalmente queremos destacar que los enfoques con los que el médico de atención primaria y el especialista se enfrentan al paciente dispéptico no son contrapuestos, sino sencillamente diferentes, debido a sus distintas posibilidades de actuación, y pueden ser perfectamente complementarios. Cuanto más resolutiva sea la actuación del generalista, mejor se efectuará el cribaje de los enfermos que precisen atención especializada, facilitando así la posibilidad de un estudio más rápido y completo por nuestra parte.

BIBLIOGRAFÍA

- SERRANO M, PÉREZ LECUMBERRI C, ARRÓNIZ C, ESQUIROZ A, IRIGOYEN MJ. Dispepsia e infección por *Helicobacter pylori*. Reto en atención primaria. *Anales Sis San Navarra* 1997; 20: 95-96.
- HUELIN J, SÁNCHEZ GALDÓN S, CARDENAS A, IBÁÑEZ J, ESPAÑA P, et al. Estudio comparativo entre Helisal T.M. rapid blood y ELISA, Jatrox y anatomía patológica en el diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori*. *Rev Esp Enf Dig* 1996; 88: 825-827.
- O'MORAIN C, BUCKLEY M. *Helicobacter pylori* and dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31 (supl.): 28-30.
- ARMSTRONG D. *Helicobacter pylori* infection and dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31 (supl.): 38-47.
- SHEU BS, LIN CY, LIN XZ, SHIESH SC, YANG HAB, CHEN CY. Long term outcome of triple therapy en *Helicobacter pylori* related non ulcer dyspepsia: a prospective controlled assessment. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 441-447.
- ELTA GH, SCHEIMAN JM, BARNETT JL, NOSTRANT TT, BEHLER EM, CRAUSE I et al. Long term follow-up of *Helicobacter pylori* treatment in non ulcer dyspepsia patients. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 1089-1093.
- LAHEIJ RJF, JANSEN JB, VAN DE LISDONK EH, SEVERENS JL, VERBEEK ALM. Symptom improvement though eradication of *Helicobacter pylori* in patients with non ulcer dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 1996; 10: 843-850.
- LAZZARONI M, BARGIGLIA S, SANGALETTI O, MACONI G, BOLDORINI M, BIANCHI-PORRO G. Eradication of *Helicobacter pylori* and long-term outcome of functional dyspepsia. A clinical endoscopic study. *Dig Dis Sci* 1996; 41: 1598-1594.
- HOBBS FDR, DELANEY BC, ROWSBY M, KENKRE JE. Effect of *Helicobacter pylori* eradication therapy on dyspeptic symptoms in primary care. *Fam Pract* 1996; 13: 225-228.
- VELANOVICH V. A prospective study of *Helicobacter pylori* non ulcer dyspepsia. *Mil Med* 1996; 161: 197-199.
- TALLEY MJ. A critique of therapeutic trials in *Helicobacter pylori* positive functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1994; 106: 1174-1183.
- DOBRILLA G, ZANCANELLA L, BANBENUTI S, COMBERLATO M, AMPLATZ S, DI FEDE F, et al. Diet and drugs in the treatment of non organic dyspepsia: Hypothesis and accepted facts. *Minerva Gastroenterol Dietol* 1996; 42: 71-82.
- AXON AT, IRELAND A, SMITH MJ, ROOPRAMS PD. Ranitidine bismuth citrate and clarithromycin twice daily in the eradication of *Helicobacter pylori*. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11: 81-87.
- FENDRICK AM, CHERNEW ME, HIRTH RA, BLOOM BS. Alternative management strategies for patients with suspected peptic ulcer disease. *Ann Intern Med* 1995; 123: 260-268.
- SONNENBERG A, TOWNSEND WF. Cost of duodenal ulcer therapy with antibiotics. *Arch Intern Med* 1995; 55: 922-928.
- SONNENBERG A. Cost-benefit analysis of testing for *Helicobacter pylori* dyspeptic subjects. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1773-1777.
- OFMAN JJ, ETCHASON J, FULLERTON S, KAHN KL, SOIL AH. Management strategies for *Helicobacter pylori* seropositive patients with dyspepsia: Clinical and economical consequences. *Ann Intern Med* 1997; 126: 280-291.
- BRIGGS AH, SCULPHER MJ, LOGAN RPH, ALDOUS J, RAMSAY ME, BARON JH. Cost-effectiveness of screening for eradication of *Helicobacter pylori* management of dyspeptic patients under 45 years of age. *Br Med J* 1996; 312: 1321-1325.
- PHILLIPS C, MOORE A. Implementing evidence-based medical interventions: The cost-effectiveness of *Helicobacter pylori* diagnosis and eradication. *Br J Med Econ* 1996; 10: 47-57.
- BORDA F, ECHARRI A, MARTÍNEZ A, ELIZALDE I, JIMÉNEZ J, RODRÍGUEZ C et al. Estudio económico a 1 año de dos estrategias ante un paciente con clínica ulcerosa. *Rev Esp Enf Dig* 1997; 89 (Supl. 1): 43.