



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 329/34 - NOVEDADES TERAPÉUTICAS PARA HELICOBACTER PYLORI: DE OCA A OCAM Y BISMUTO PORQUE ME TOCA

O. Casanueva Soler<sup>1</sup>; P. López Alonso Abaitua<sup>2</sup>; M. Cobo Rossell<sup>3</sup>; R. Correa Gutiérrez<sup>1</sup>; M. Alonso Santiago<sup>1</sup>; L. Rodríguez Vélez<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de 1er año. Centro de Salud Saja. Hospital Sierrallana. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47 años que acude por persistencia de dispepsia. Hace 2 meses fue diagnosticada de *Helicobacter pylori* mediante antígeno en heces y tratada por su médico con la pauta tradicional OCA (Omeprazol, Claritromicina y Amoxicilina durante 14 días). Niega fiebre, sangre oculta en heces negativa. No antecedentes personales medicoquirúrgicos ni tratamientos habituales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Repetimos antígeno en heces, positivo para *Helicobacter pylori*. Hemograma y bioquímica normales.

**Juicio clínico:** *Helicobacter pylori* resistente a terapia OCA. Se inició tratamiento con tetraciclina 125 mg + metronidazol 125 mg + subcitrate de bismuto 140 mg (3 cápsulas 4 veces al día), y esomeprazol 40 mg (cada 12 horas) durante 10 días, negativizándose el antígeno al mes.

**Diagnóstico diferencial:** Estrategias actuales de tratamiento: 1. OCA 14 días. Los macrólidos presentan tolerancia cruzada y su consumo para procesos orofaríngeos, pulmonares y gastrointestinales está tan extendido que, en nuestro medio, las resistencias a claritromicina se cifran en 68% en pacientes que lo han consumido antes. Además, hasta un 34% de cepas son resistentes a 2 y 3 antibióticos, por lo que ya no se recomienda el uso empírico de la terapia OCA. 2. OCAM 14 días. Respecto a la terapia OCAM (con metronidazol) sin bismuto, no debería usarse en zonas con resistencia dual a claritromicina-metronidazol mayores del 15% (en España cifras de 9,5% nos acercamos peligrosamente, en HUMV 2017 sale 12%). 3. OCAM-B 10/14 días. - IBP + tetraciclina/doxiciclina + metronidazol + bismuto 14 días. - IBP + tetraciclina + metronidazol + bismuto (posible en un único comprimido). En los congresos de Maastrich 2017 y el consenso Catalán 2017 le sitúan al mismo nivel que la terapia OCAM, con la ventaja de que mejora la adherencia al tener el paciente únicamente 2 recetas, y el inconveniente del precio elevado y la poca experiencia en nuestro medio. 4. IBP + levofloxacino + amoxicilina + bismuto 14 días (2ª línea, si falla OCAM u OCAM-B). 5. IBP + amoxicilina + rifabutina 14 días (3ª línea).

**Comentario final:** Estrategias de optimización: - No usar antibióticos ya usados previamente,

excepto amoxicilina y tetraciclinas (no generan resistencias) y metronidazol (su resistencia se vence fácil al darlo en asociación). - Utilizar en primera línea el régimen más potente disponible, buscando la mayor tasa de erradicación posible, preferiblemente mayor del 90%. En 2005 se usaba OCA 7 días, en 2013 OCA 10 días u OCAM sin bismuto, ahora de primera elección OCAM sin bismuto 14 días u OCAM-B 10 días. - Añadir bismuto ha mejorado la eficacia de las pautas. - A mayor inhibición ácida, mejores resultados erradicadores, por lo que el IBP será de segunda generación a dosis normal o de primera a doble dosis. - Debe insistirse en el buen cumplimiento durante 10-14 días y comprobar siempre su posterior erradicación. - No se recomiendan probióticos de forma generalizada. - En alérgicos a betalactámicos, podemos usar OCAM-B y si falla IBP + levofloxacino + claritromicina. - Si se producen dos fallos tras tratamiento empírico, deberá derivarse a Digestivo para endoscopia con toma de muestras y cultivo.

## **Bibliografía**

-Malfertheiner P, Megraud F, O´Morain CA et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017;66(1):6-30.

-Molina-Infante J, Romano M, González-Bermejo M et al. Optimized nonbismuth quadruple therapies cure most patients with Helicobacter pylori infection in populations with high rates of antibiotic resistance. Gastroenterol 2013;145(1):121-8.