



O-272 - PREVALENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* RESISTENTE EN UNA SERIE DE PACIENTES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. INCIDENCIA EN LA GESTIÓN Y EN LA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

J.D. Sánchez López, A.L. Picardo Nieto, J.M. Gil López, F. del Castillo Díez, J. Olivar Roldan, J.A. Balsa y J.S. Torres Jiménez

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Resumen

Objetivos: El *Helicobacter pylori* se reconoce como la causa principal de gastritis atrófica, úlcera gástrica y duodenal así como del cáncer gástrico de tipo intestinal, siendo reconocido por la OMS como un carcinógeno de categoría I en humanos. La elevada prevalencia de la infección por éste bacilo, tanto en la población general como en los pacientes obesos ha llevado a incluir la determinación y erradicación del mismo en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, especialmente en aquellos que van a ser sometidos a técnicas de exclusión gástrica. El objetivo del trabajo es analizar la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en una serie de pacientes sometidos a cirugía gástrica en nuestro centro, evaluar la respuesta a las diferentes terapias erradicadoras y estudiar su influencia en la demora quirúrgica y en el cambio sobre la técnica inicialmente indicada.

Métodos: Entre enero de 2011 y diciembre de 2013 han sido intervenidos por obesidad mórbida en nuestro centro 151 pacientes. La edad media fue de 47 años (19-67). El 74% fueron mujeres. El IMC medio fue de 45 kg/m² (36,5-60). El 14,6% de los pacientes presentaban un IMC superior a 50. El exceso de peso medio fue de 50 kg (26,21-79,4). El 84% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad: SAHS 50%, HTA 48%, dislipemia 36% y DM tipo II el 31%. Se analiza la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* determinado por el test de aliento con 13C urea en la serie citada, las terapias erradicadoras empleadas, y la influencia que la existencia de *Helicobacter pylori* ha tenido, tanto en la demora desde la primera consulta hasta la intervención quirúrgica, como en la necesidad de modificar la técnica quirúrgica previamente decidida según el protocolo de nuestra Unidad.

Resultados: En 80 pacientes (53%), el test del aliento fue positivo. En todos ellos se indicó terapia erradicadora de 1ª línea (amoxicilina 1 g/12 horas; claritromicina 500 mg/12 horas y omeprazol 20 mg/24 horas) durante 10 días, repitiendo al mes el test de aliento. En el 78% de los casos se erradicó la infección tras esta primera línea. 7 pacientes (8,75%) requirieron una segunda línea, 3 pacientes (3,75%) una 3ª pauta y 3 pacientes más una 4ª línea. En 4 casos no fue posible la erradicación de la infección, lo que supone un 5% de todos los pacientes tratados. En estos pacientes se cambió la indicación inicial de by pass gástrico laparoscópico a gastrectomía vertical. La media de demora desde la primera visita en nuestra unidad en los pacientes con test del aliento negativo en el estudio

preoperatorio (68/115; 45%) fue de 11,7 meses, prolongándose hasta 19,5 meses en los pacientes que requirieron 2ª y 3ª líneas y hasta 21,3 meses en aquellos que requirieron una 4ª pauta de tratamiento.

Conclusiones: La infección por *Helicobacter pylori* multirresistente es elevada en la población de pacientes obesos candidatos a cirugía. La necesidad de erradicar la infección implica una demora significativa en el tratamiento, así como la modificación, en algunos pacientes, de la técnica quirúrgica.