



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

154 - INFLUENCIA DE LA RESISTENCIA DE *H. PYLORI* A CLARITROMICINA SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR EN EL REGISTRO EUROPEO DEL MANEJO DE *H. PYLORI* (HP-EUREG)

L. Bujanda¹, O.P. Nyssen², A. Cosme¹, D.S. Bordin³, B. Tepes⁴, Á. Perez-Aisa⁵, D. Vaira⁶, M. Caldas⁷, M. Castro-Fernández⁸, F. Lerang⁹, M. Leja¹⁰, L. Rodrigo¹¹, T. Rokkas¹², L. Kupcinskas¹³, J. Pérez-Lasala¹⁴, L. Virginijus Jonaitis¹³, O. Shvets¹⁵, A. Gasbarrini¹⁶, H. Simsek¹⁷, A.T. Roger Axon¹⁸, G.M. Buzas¹⁹, J.C. Machado²⁰, Y. Niv²¹, L. Boyanova²², A. Goldis²³, V. Lamy²⁴, A. Tonkic²⁵, K. Przytulski²⁶, C. Beglinger²⁷, M. Venerito²⁸, P. Bytzer²⁹, L.G. Capelle³⁰, T. Milosavljevic³¹, L.I. Veijola³², J. Molina-Infante³³, L. Vologhzanina³⁴, G. Fadeenko³⁵, I. Ariño³⁶, G. Fiorini⁵, E. Resina³⁷, R. Muñoz³⁷, F. Megraud³⁸, C. O'Morain³⁹ y J.P. Gisbert³⁷, en representación de los Investigadores Hp-EuReg

¹Department of Gastroenterology, Hospital Donostia/Instituto Biodonostia, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Donosti.

²Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, UAM, CIBEREHD, Madrid. ³Department of pancreatobiliary and upper GI diseases, Moscow Clinical Scientific Center, Moscow (Federación Rusa). ⁴Gastroenterology Unit, AM DC Rogaska, Rogaska Slatina (Eslovenia). ⁵Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. ⁶Gastroenterology Unit, S. Orsola Malpighi Hospital, Bologna (Italia). ⁷Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ⁸Digestive Unit, Hospital de Valme, Sevilla. ⁹Medical Department, Central Hospital Ostfold, Fredrikstad (Noruega). ¹⁰Institute of Clinical and Preventive Medicine & Faculty of Medicine, University of Latvia, Riga (Letonia). ¹¹Gastroenterology Unit, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ¹²Gastroenterology Unit, Henry Dunant Hospital, Athens (Grecia). ¹³Department of Gastroenterology, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas (Lituania).

¹⁴Digestive Service, HM Sanchinarro, Madrid. ¹⁵Internal Diseases Department No.1, National Medical University named after O.O. Bogomolets, Kyiv (Ucrania). ¹⁶Gastroenterology Area, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Rome (Italia). ¹⁷Internal Medicine/Gastroenterology department, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara (Turquía). ¹⁸Gastroenterology Unit, University of Leeds, Leeds (Reino Unido).

¹⁹Gastroenterology Unit, Ferencváros Polyclinic, Budapest (Hungría). ²⁰Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, and Ipatimup-Institute of Molecular Pathology and Immunology of the University of Porto, Porto (Portugal). ²¹Department of Gastroenterology, Rabin Medical Center, Tel Aviv University, Tel Aviv (Israel). ²²Department of Medical Microbiology, Medical University of Sofia, Sofia (Bulgaria). ²³Gastroenterology Unit, Timisoara Hospital, Timisoara (Rumania). ²⁴Department. of Gastroenterology, Hepatology & Nutrition, CHU Charleroi, Charleroi (Bélgica). ²⁵University Hospital Centre Split (Croacia). ²⁶Gastroenterology Unit, Medical Centre for Postgraduate Education, Warsaw (Polonia). ²⁷Gastroenterology Unit, Hospital de Basel, Basel (Suiza).

²⁸Department of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases, Otto-von-Guericke University Hospital, Magdeburg (Alemania). ²⁹Department of Medicine, Zealand University Hospital, Copenhagen University, Copenhagen (Dinamarca). ³⁰Gastroenterology and Hepatology, Erasmus MC University, Rotterdam (Países Bajos).

³¹Medical Department, Clinical Center of Serbia Clinic for Gastroenterology and hepatology, University of Belgrade, Belgrade (Serbia). ³²Internal Medicine, Herttoniemi Hospital, Helsinki (Finlandia). ³³Gastroenterology Unit, Hospital San Pedro de Alcántara. ³⁴Gastroenterology Unit Gastrocentr, Perm, Perm (Federación Rusa).

³⁵Digestive Ukrainian Academy of Medical Sciences, Kyiv (Ucrania). ³⁶Gastroenterology Unit, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ³⁷Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, UAM, CIBEREHD, Madrid.

³⁸Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux Cedex (Francia). ³⁹Trinity College Dublin-Faculty of Health Sciences, Trinity College Dublin; Dublin/IE, Faculty of Health Sciences, Dublin (Irlanda).

Resumen

Introducción: La tasa óptima de erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* debería ser superior al 90%. Actualmente se propugnan tratamientos cuádruples, pero es posible que las terapias triples únicamente con dos antibióticos sean suficientes en pacientes sin resistencias.

Objetivos: Conocer la efectividad de los tratamientos erradicadores según la resistencia a claritromicina en el Registro Europeo de *H. pylori* (Hp-EuReg).

Métodos: Registro sistemático, prospectivo de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos (27 países) sobre el manejo de la infección por *H. pylori* y su tratamiento. Los datos se registraron en un e-CRD en AEG-REDCap. Análisis de todos los cultivos realizados y la resistencia a los antibióticos de todos los pacientes incluidos hasta junio 2019. Se analizó la erradicación de las diferentes pautas de tratamiento en función de la resistencia o no a claritromicina.

Resultados: Se incluyeron 5.036 pacientes con cultivo y antibiograma frente a claritromicina, de los cuales 1.747 (35%) eran resistentes y 3.289 sensibles a dicho antibiótico. La tasa de erradicación global fue superior en los pacientes sensibles a claritromicina (91% vs 84%; $p < 0,001$). La triple terapia clásica con claritromicina y amoxicilina consiguió tasas de erradicación superiores al 90% en los pacientes sensibles a claritromicina. En aquellos pacientes con resistencia a claritromicina, una terapia cuádruple con un IBP, claritromicina, amoxicilina y bismuto consigue tasas de erradicación superiores al 90%.

Esquemas de tratamiento	Resistente a claritromicina			Sensible a claritromicina		
	E	N	%	E	N	%
Global	754	897	84%	1.512	1.658	91%
Triple-C+A	11	14	79%	392	431	91%
Triple-A+l	165	191	86%	47	55	85%
Triple-A+M	46	55	84%	147	166	89%
Triple-A+R	91	102	89%		11	82%
Triple-C+M	NA	NA	NA	17	19	89%
Cuádruple-C+A+M/T	43	54	80%	88	100	88%
Cuádruple-C+A+B	10	11	91%	36	40	90%
Secuencial-C+A+T	242	286	85%	627	664	94%
Secuencial-C+A+M	17	23	74%	41	53	77%
Híbrido-C+A+M	27	34	79%	36	38	95%
Pylera	66	80	83%	53	54	98%

E: pacientes erradicados; N: pacientes totales; C: claritromicina; M: metronidazol; B: Bismuto; A: amoxicilina; T: tetraciclina.

Conclusiones: 1) La resistencia a claritromicina en todas las líneas de tratamiento es alta, mayor del 15%. 2) La terapia triple clásica con claritromicina y amoxicilina obtiene resultados óptimos (> 90%) en los pacientes sensibles a claritromicina. 3) Cuando desconocemos la resistencia a claritromicina, una opción más adecuada es emplear una terapia cuádruple con un IBP, claritromicina, amoxicilina y bismuto.