



# 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. Bujanda<sup>1</sup>, O.P. Nyssen<sup>2</sup>, A. Cosme<sup>1</sup>, D.S. Bordin<sup>3</sup>, B. Tepes<sup>4</sup>, Á. Perez-Aisa<sup>5</sup>, D. Vaira<sup>6</sup>, M. Caldas<sup>7</sup>, M. Castro-Fernández<sup>8</sup>, F. Lerang<sup>9</sup>, M. Leja<sup>10</sup>, L. Rodrigo<sup>11</sup>, T. Rokkas<sup>12</sup>, L. Kupcinskis<sup>13</sup>, J. Pérez-Lasala<sup>14</sup>, L. Virginijus Jonaitis<sup>15</sup>, O. Shvets<sup>15</sup>, A. Gasbarrini<sup>16</sup>, H. Simsek<sup>17</sup>, A.T. Roger Axon<sup>18</sup>, G.M. Buzas<sup>19</sup>, J.C. Machado<sup>20</sup>, Y. Niv<sup>21</sup>, L. Boyanova<sup>22</sup>, A. Goldis<sup>23</sup>, V. Lamy<sup>24</sup>, A. Tonkic<sup>25</sup>, K. Przytulski<sup>26</sup>, C. Beglinger<sup>27</sup>, M. Venerito<sup>28</sup>, P. Bytzer<sup>29</sup>, L.G. Capelle<sup>30</sup>, T. Milosavljevic<sup>31</sup>, L.I. Veijola<sup>32</sup>, J. Molina-Infante<sup>33</sup>, L. Vologhzanina<sup>34</sup>, G. Fadeenko<sup>35</sup>, I. Ariño<sup>36</sup>, G. Fiorini<sup>5</sup>, E. Resina<sup>37</sup>, R. Muñoz<sup>37</sup>, F. Megraud<sup>38</sup>, C. O&#39;Morain<sup>39</sup> y J.P. Gisbert<sup>37</sup>, en representación de los Investigadores Hp-EuReg

<sup>1</sup>Department 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.

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

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

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

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

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

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

<sup>38</sup>Laboratoire de Bactériologie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux Cedex (Francia). <sup>39</sup>Trinity 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.