



Gastroenterología y Hepatología



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

180 - RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LÍNEA PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*: REVISIÓN COCHRANE CON METANÁLISIS

O.P. Nyssen¹, A.C. Marín¹, V. Savarino², X. Calvet³, G.I. Leontiadis⁴, L. Fischbach⁵, Y. Yuan⁴, A. Crespo Cañizares⁶, G. Escobar Aguilar⁷, E. Fernández Martínez⁸, E. García García⁷, S. Hernández Iglesias⁸, C. Martín-Saborido⁷, C.E. Sánchez Martín⁹, D. Varillas Delgado⁸, J. López-Alcalde¹⁰ y J.P. Gisbert¹

¹Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, Universidad Autónoma de Madrid y CIBEREHD, Madrid. ²Dipartimento di Medicina Interna e Specialita Mediche, Università di Genova, Genova (Italia). ³Servei de Malalties Digestives, Hospital de Sabadell, CIBEREhd, Departament de Medicina Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell. ⁴Department of Medicine, Division of Gastroenterology, McMaster University, Hamilton (Canadá). ⁵Department of Epidemiology, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, AR (EEUU). ⁶Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. ⁷Fundación San Juan de Dios/Centro Universitario de CC de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija, Madrid. ⁸Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria (UFV) Madrid. ⁹Department of Anesthesiology, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹⁰Cochrane Associate Center of Madrid/Clinical Biostatistics Unit, Hospital Universitario Ramón y Cajal (IRYCIS)/Universidad Francisco de Vitoria, Madrid.

Resumen

Introducción: El tratamiento de 1ª línea de *H. pylori* fracasa en un porcentaje relevante de los casos, principalmente debido a las resistencias bacterianas.

Objetivos: Evaluar la eficacia de los tratamientos erradicadores de 2ª línea mediante revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

Métodos: Se realizaron búsquedas bibliográficas hasta enero 2019 que incluyeron ECA que compararan la eficacia de al menos 2 tratamientos diferentes de 2ª línea. El tratamiento de primera línea debía contener al menos 2 antibióticos. Se excluyeron los estudios que evaluaran una terapia de 2ª línea basada en la resistencia antibiótica de *H. pylori* o que utilizara adyuvantes (por ej. probióticos). Los resultados se meta-analizaron estratificando por terapia de 1ª línea. El efecto se estudió mediante análisis por intención de tratar. La heterogeneidad se exploró mediante análisis de subgrupos y el riesgo de sesgo mediante la herramienta Cochrane para ECA.

Resultados: Se incluyeron 41 ECA, y se meta-analizaron 39 comparaciones de combinaciones de diferentes antibióticos de segunda línea, de las cuales 9 fueron tras fracaso con una terapia triple estándar. De las 9 comparaciones, 2 mostraron diferencias significativas en las tasas de erradicación, como se muestra en la tabla.

Brazo experimental (2ª línea de tratamiento)	Brazo control (2ª línea de tratamiento)	Diferencia de riesgo [IC 95%]	Nº de estudios
PPI + A + M	PPI + A	0.01 [-0.23, 0.22]	3
PPI + A + M	PPI + A + L	0.21 [0.09, 0.33]^{*,a}	2
PPI + A + M ^a	PPI + A + M ^b	0.03 [-0.08, 0.14]	3
E + A + Mox	E + M + Tc + TDB	0.03 [-0.16, 0.09]	3
O + Bs + A + M	O + A + Tc + Bs	0.12 [-0.01, 0.24]	2
PPI + M + Tc + Bs (14 días)	PPI + M + Tc + Bs (7 días)	0.16 [0.07, 0.26]^{*,b}	3
PPI + L + Azit	PPI + M + Tc + Bs	-0.08 [-0.40, 0.24]	2
PPI + L + T	PPI + M + Tc + Bs	0.04 [-0.36, 0.45]	2
PPI + A + L	PPI + M + Tc + Bs	0.04 [-0.27, 0.36]	3

IC-intervalo de confianza; IBP: inhibidor bomba protones; A-amoxicilina; Azit- azitromicina; C- clarithromicina; E-esomeprazol; L-levofloxacino; Mox-moxifloxacino; M-metronidazol; M^a-metronidazol 750mg; M^b-metronidazole 500mg; O-omeprazol; T-tinidazol; Tc-tetraciclina; Bs-sales bismuto; TDB-dicitrato tripotásico de bismuto; * nivel significación p≤0.05; ^a 2 estudios, I²=0%; Alto riesgo de sesgo; ^b 3 estudios, I²=53%; Alto riesgo de sesgo

Conclusiones: Tras el fracaso erradicador de una triple terapia estándar (IBP, amoxicilina y claritromicina), un tratamiento triple con IBP, amoxicilina y metronidazol es más eficaz que una terapia triple con IBP, amoxicilina y levofloxacino. La terapia cuádruple estándar con bismuto administrada durante 14 días mostró mejores resultados que durante 7 días. Estos resultados preliminares deben interpretarse con cautela debido al número limitado de estudios y su elevado riesgo de sesgo.