

Enfermedades relacionadas con el ácido

¿Cuál es actualmente el tratamiento de rescate de elección de la infección por *Helicobacter pylori*: la terapia cuádruple (inhibidores de la bomba de protones [IBP], bismuto, tetraciclina y metronidazol) o la terapia triple con IBP, amoxicilina y levofloxacino?

Xavier Calvet

Unitat de Malalties Digestives. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

PREGUNTA

¿Cuál es actualmente el tratamiento de rescate de elección de la infección por *Helicobacter pylori*: la terapia cuádruple (inhibidores de la bomba de protones [IBP], bismuto, tetraciclina y metronidazol) o la terapia triple con IBP, amoxicilina y levofloxacino?

ANTECEDENTES

La terapia triple con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) en una dosis estándar, claritromicina 500 mg y amoxicilina 1 g o metronidazol 500 mg, todos cada 12 h y durante 7-10 días, es el tratamiento de elección de la infección por *Helicobacter pylori*¹. Sin embargo, el aumento de las resistencias primarias a antibióticos, específicamente a claritromicina, ha condicionado una disminución de la eficacia de dicho tratamiento con el consiguiente aumento de la tasa de fracasos terapéuticos, que puede superar el 30% en nuestro medio². Por ello, cada vez resulta más necesario disponer de un tratamiento de rescate eficaz.

Correspondencia: Dr. X. Calvet.
Unitat de Malalties Digestives. Hospital de Sabadell.
Institut Universitari Parc Taulí. Universitat Autònoma de Barcelona.
CIBEREHD-Instituto de Salud Carlos III.
Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona. España.
Correo electrónico: xcalvet@tauli.cat

Recibido el 24-3-2008; aceptado para su publicación el 1-4-2008.

DISCUSIÓN

El tratamiento de rescate recomendado es la denominada terapia cuádruple que combina un IBP cada 12 h con tetraciclina 500 mg cada 6 h, subcitrate de bismuto 120 mg cada 6 h y metronidazol 500 mg cada 8 h durante 7 días¹. El elevado número de comprimidos y la dosificación cada 6, 8 y 12 h hacen que el cumplimiento del tratamiento sea a menudo subóptimo. La tasa de efectos secundarios es también elevada. Todo ello hace necesaria una alternativa a esta incómoda pauta terapéutica.

En este sentido, la utilización de una terapia triple que incluya levofloxacino 250-500 mg, un IBP en dosis estándar y amoxicilina 1 g cada 12 h, se ha mostrado eficaz tras el fracaso de la terapia triple con claritromicina. Dos metaanálisis recientes revisan los estudios comparativos entre terapia cuádruple y terapia triple con levofloxacino tras el fracaso de la terapia triple^{3,4}. En ambos metaanálisis las tasas de curación de la infección con terapia triple con levofloxacino fueron significativamente superiores a la de la terapia cuádruple, con un incremento medio aproximado de la eficacia terapéutica entre el 11 y el 40%, en función del estudio. La tasa de efectos secundarios fue, además, mucho menor con la terapia triple con levofloxacino, aproximadamente el 50% de la observada con la terapia cuádruple. Por todo ello, esta nueva terapia triple –más eficaz, más cómoda y con menos efectos secundarios que la cuádruple– debería considerarse la pauta de rescate de elección.

Respecto de la duración del tratamiento y las dosis de levofloxacino, ambos metaanálisis^{3,4} –a partir, en este caso, del análisis de estudios no aleatorizados– mostraron ma-

iores tasas de curación en los estudios que utilizaban tratamientos más prolongados (el 81-87% con 10 días frente al 68-70% con 7 días). También se observó una tendencia no significativa a obtener tasas de curación ligeramente mejores con dosis altas de levofloxacino respecto a las dosis bajas (el 84% con 500 mg/12 h frente al 81% con 250 mg/12 h).

RESPUESTA

El tratamiento de rescate con levofloxacino, un IBP y amoxicilina es más eficaz que la terapia cuádruple (nivel de evidencia: 1a; grado de recomendación: A) y presenta una tasa notablemente menor de efectos secundarios (nivel de evidencia: 1a; grado de recomendación: A), por lo que debería considerarse el nuevo tratamiento de elección tras el fracaso de una pauta triple con claritromicina. Di-

cho tratamiento debe administrarse durante al menos 10 días (nivel de evidencia: 2a; grado de recomendación: B).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gisbert JP, Calvet X, Gomollon F, Mones J. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Recomendaciones de la II Conferencia Española de Consenso. Med Clin (Barc). 2005;125:301-16.
2. Pérez-Pastor A, Llamas E, Larraona JL, Pabón M, Jover M, Romero-Gómez M, et al. Eficacia actual del tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* con omeprazol, claritromicina y amoxicilina. Gastroenterol Hepatol. 2008;31:152.
3. Gisbert JP, Morena F. Systematic review and meta-analysis: levofloxacin-based rescue regimens after *Helicobacter pylori* treatment failure. Aliment Pharmacol Ther. 2006;23:35-44.
4. Saad RJ, Schoenfeld P, Kim HM, Chey WD. Levofloxacin-based triple therapy versus bismuth-based quadruple therapy for persistent *Helicobacter pylori* infection: a meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2006;101:488-96.