



Universidad del sureste

Enfermedades Infecciosa.

Doctor: Guillermo del Solar Villarreal.

Caso clínico.

Ana luisa Ortiz Rodríguez.

# Caso clínico

Varón 23 años. AP: infección por *H. pylori* a los 10 años tratada. Acude por clínica de un mes con epigastralgia, náuseas y sensación de plenitud gástrica. Niega pérdida de peso, vómitos o melenas. Madre comenta que la clínica es similar a la de hace 13 años. Se solicita analítica y antígeno en heces para *H. pylori* el cual es positivo. Se instaura tratamiento erradicador de primera línea con amoxicilina, claritromicina, esomeprazol durante 14 días. Acude de nuevo, tras 4 semanas, por persistir sintomatología. Se decide derivación a digestivo y nuevo antígeno en heces.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. No palidez. Abdomen: Blando, RHA+. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. Hemograma: leucocitos 4.900/ $\mu$ l, fórmula normal. Hemoglobina: 16,4 g/dl, VCM 86,1fL, HCM 29,7 pg, CHCM 34,5 g/dl, ADE 13,1. Plaquetas 225.000/ $\mu$ L, VSG 2 mm. Bioquímica sin alteración. Antígeno en heces *H. pylori*: positivo. Gastroscopia: Esófago, cardias, fundus, cuerpo gástrico sin alteración. Antro con hiperemia. Píloro, bulbo y segunda porción duodenal sin hallazgos relevantes. Juicio clínico: Infección por *Helicobacter pylori* (IHP).

Diagnóstico diferencial: Reflujo gastrointestinal. Gastritis Aguda. Neoplasia gástrica. Úlcera péptica

Comentario final: Al paciente se le realizó gastroscopia con test rápido de ureasa positivo. Se pautó tratamiento de segunda línea con bismuto, metronidazol, tetraciclina y esomeprazol durante 10 días mejorando la clínica y confirmándose la erradicación 4 semanas tras finalizar tratamiento. La IHP tiene una prevalencia de 50-60% en España. Suele ser una infección crónica y silente, pero un porcentaje de los infectados desarrollará una enfermedad gastrointestinal (gastritis crónica o úlcera péptica). También se ha asociado a riesgo de padecer cáncer gástrico y/o linfoma MALT. Su erradicación mejora las tasas de curación y disminuye las complicaciones. Para el diagnóstico se utilizan métodos no invasivos (test de urea en el aliento, antígeno en heces, serología) y métodos invasivos (gastroscopia con test ureasa rápido, cultivo y la histología). Las indicaciones para realizar pruebas diagnósticas son: historia documentada de úlcus sin tratamiento erradicador previo o úlcus 1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados. activo, control de erradicación del HP en caso de que exista úlcera asociada, persistencia o reaparición de síntomas en un paciente tratado, linfoma MALT. Otras indicaciones controversiales son la dispepsia no investigada en pacientes menores de 50 años sin síntomas de alarma, trombocitopenia

inmunológica, déficit de hierro no filiado, tratamiento crónico con AINEs. En la actualidad no existe un tratamiento erradicador ideal. La triple terapia es la primera línea de tratamiento, sin embargo, hay autores que recomiendan pautas cuádruples con o sin bismuto, buscando mayores porcentajes de éxito. La validez de estas recomendaciones tiene que ser valorada desde distintos aspectos. El aumento de las resistencias a los antibióticos, disponer de datos de resistencias locales y efectividad erradicadora y las diferencias entre individuos en función de la exposición previa a antibióticos son claves para seleccionar un tratamiento adecuado en Atención Primaria.