

En contra: Infección por *Helicobacter pylori* y DAR: detección y tratamiento

M.J. Martínez Gómez

Servicio de Gastroenterología. Hospital Niño Jesús. Madrid.

(An Esp Pediatr 2001; 54 [Supl 3]: 15-16)

Helicobacter pylori es la principal causa de gastritis crónica, un factor necesario para la producción de úlcera gástrica y duodenal y está claramente relacionado con la aparición de cáncer gástrico. Sin embargo, aunque la relación entre *H. pylori* y enfermedad gastroduodenal ha dejado de ser objeto de controversia es evidente que no todos los individuos infectados llegan a desarrollar úlcera y todavía menos evolucionar a cáncer gástrico¹.

El dolor abdominal recurrente (DAR), definido como la presencia de más de tres episodios de dolor que interfieren con la actividad normal del niño durante un período de 3 meses, constituye un motivo de consulta frecuente en la práctica pediátrica y puede afectar hasta a un 15% de la población escolar².

En un alto porcentaje de pacientes pediátricos con síntomas gastroduodenales o dolor abdominal recurrente se ha identificado infección por *H. pylori*. El papel que esta bacteria representa en la aparición de DAR sigue siendo una incógnita.

La infección por *H. pylori* se adquiere en los primeros años de vida y como demuestran la mayoría de los estudios antes de los 5 años de edad. La prevalencia de infección en la infancia es aproximadamente de un 50% en todo el mundo, llegando a un 70% en países en vías de desarrollo con una relación inversamente proporcional a las condiciones socioeconómicas^{2,3}.

A pesar de que *H. pylori* se asocia con gastritis crónica en todos los casos y con el desarrollo de úlcera gastroduodenal en un pequeño número de pacientes, no existe una sintomatología específica asociada a la infección en la edad pediátrica. La mayor parte de niños infectados no refieren síntomas, tal como demostramos en un estudio serológico realizado por nosotros en población escolar sana en que se encontró una prevalencia de infección del 22% con solamente 12% de estos pacientes sintomáticos⁴. Wever en un estudio realizado en 438 niños con dolor abdominal recurrente y 91 controles sanos encuentra una seroprevalencia para infección por *H. pylori* similar en ambos grupos⁶.

Por otra parte, no existe evidencia de la asociación de dolor abdominal e infección por *H. pylori* en ausencia de enfermedad ulcerosa, de la misma manera que el dolor abdominal mejora o desaparece tras la erradicación de la bacteria solamente en los casos de niños con úlcera duodenal⁷⁻⁹, aunque existe un pequeño porcentaje de niños con gastritis crónica que se benefician del tratamiento erradicador¹⁰.

En un estudio realizado por nosotros en 240 pacientes con edades comprendidas entre 2 y 18 años con gastritis por *H. pylori* y dolor abdominal, la erradicación de la bacteria condujo a la desaparición de la sintomatología en el 90% de pacientes, que permanecieron asintomáticos aún en los casos en que se comprobó reinfección tras un año de seguimiento. En ese mismo estudio llama la atención el hecho de que solamente el 27% de los pacientes que no erradicaron la bacteria persistían con síntomas al año de seguimiento¹¹.

Los dos consensos pediátricos de que disponemos (Canadian Consensus y European Pediatric Task Force) coinciden en afirmar que deben realizarse test para detectar infección por *H. pylori* exclusivamente en los niños en los que esté indicada la realización de endoscopia por presentar síntomas sugestivos de patología orgánica como esofagitis y/o úlcera^{12,13}.

Los test diagnósticos no invasivos en particular test del aliento con urea-C13 (TAU-C13) y serología son útiles para el diagnóstico de infección, pero la endoscopia es imprescindible para diagnosticar la enfermedad causada por la misma. El TAU-C13 muestra una alta sensibilidad y especificidad a todas las edades^{14,15}, mientras los resultados de serológicos son discutibles en niños menores de 6 años¹². El TAU-C13 es el método de elección para el seguimiento de la infección postratamiento¹². Otros métodos no invasivos de desarrollo más frecuente como la detección de antígeno en heces deben demostrar su utilidad en el seguimiento postratamiento de la infección.

A pesar de todas estas controversias existe consenso generalizado en que el tratamiento antibacteriano debe ser ofrecido a todos los pacientes sintomáticos infectados por *H. pylori*¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. The European Helicobacter pylori Study group. Current European Concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht Consensus Report. *Gut* 1997; 41: 8-13.
2. Farrell MD. Dr appley Meets Helicobacter pylori. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1993; 16: 118-119.
3. Prieto G, Polanco I, Larrauri J, Rota L, Klama R, Carrasco S. Helicobacter pylori infection in children. Clinical, endoscopic and histologic correlations. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1992; 14: 420-425.
4. Ashorn M, Makku M, Ruuska T, Kariroski-Leo R, Halstron M, Kokki M, Metinem A, Visakorpi J. Upper gastrointestinal endoscopy in recurrent abdominal pain in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1993; 16: 273-277.
5. Martinez MJ, Asensio J, Sanz JC, Sanchez-Bayle M, Conde MT, Lopez-Brea M. Prevalence of Helicobacter pylori infection in spanish scholars children related to gastric symptomatology. *Gut* 1996; suppl 2: A48.
6. Wewer V, Andersen LP, Paerregaard A, Gernow AB, Hart Hansen JP, Matzen P, Krasilnikoff PA. The prevalence and related symptomatology of Helicobacter pylori in children with recurrent abdominal pain. *Acta Paediatr* 1998; 87: 830-835.
7. Gottrand F. The role of Helicobacter pylori in abdominal pain in children. *Arch Paediatr* 2000; 7 (2): 197-200.
8. Frank F, Stricker T, Stallmach T, Braegger CP. Helicobacter pylori infection in recurrent abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31: 424-427.
9. Shashidar H, Peters J, Lin Ch, Rabah R, Thomas R, Tolia V. A prospective trial for Pediatric Helicobacter pylori infection. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 276-282.
10. American Gastroenterological Association. Medical Position Statement: Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 114: 579-581.
11. Martinez Gomez MJ, Garcia Novo MD, de Vicente M, Sanz JC, Alarcon T, Lopez-Brea M. Recurrent abdominal pain in a pediatric population infected with Helicobacter pylori. *Gut* 1998; 2 (43): A73.
12. Drumm B, Koletzko S, Oderda G. On behalf of the European Paediatric Task Force on Helicobacter pylori. Helicobacter pylori Infection in children: A Consensus Statement. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 207-213.
13. Sherman P, Hassall E, Hunt Rh, Fallone CA, Veldhuyzen Van Zaten S, Thomson AB. Canadian Helicobacter pylori Study Group Consensus Conference on the Approach to Helicobacter pylori Infection In Children and Adolescents. *Can J Gastroenterol* 1999; 13: 553-559.
14. Cadranel S, Corvaglia L, Bontems P et als. Detection of Helicobacter pylori infection in children with standardized and simplified 13C-ure breath test. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; 27: 275-280.
15. Martínez Gómez MJ, Urruzuno P, Cilleruelo ML et al. Test del aliento con Urea-C13 en el diagnóstico de la infección por Helicobacter pylori en niños. *Ann Esp Paediatr* 1995; (supl 69): 56-57.
16. Malaty HM. Helicobacter pylori infection and eradication in pediatric patients. *Paediatr Drugs* 2000; 2: 357-365.