

# Infección por *Helicobacter pylori* en el niño, ¿está sobrediagnósticada?

M. L. Cilleruelo Pascual<sup>1</sup>, M. I. González Marcos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

<sup>2</sup>Pediatra. CS Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid. España.

La infección por *Helicobacter pylori* se adquiere en la infancia y causa una inflamación de la mucosa gástrica. En el niño y el adolescente cursa como una enfermedad leve, fundamentalmente asintomática. Las complicaciones que pueden desarrollarse en la edad adulta se observan raramente en la infancia. La enfermedad ulcero-péptica es poco frecuente, el linfoma MALT es extremadamente raro y no se han comunicado casos de cáncer gástrico en niños.

En 2017 se han publicado las guías para el manejo de la infección por *H. pylori* en el niño de forma conjunta por las sociedades europea (ESPGHAN) y americana (NASPGHAN) de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, con actualización de los conocimientos sobre la infección hasta 2016<sup>1</sup>. Desde la publicación de las últimas guías hace 6 años, se ha observado una disminución de la eficacia de las terapias erradicadoras en relación con un aumento de las cepas de *H. pylori* resistentes a antibióticos.

El mensaje principal de estas guías se ha mantenido sin alteración en las distintas actualizaciones: “El objetivo fundamental en el estudio de los síntomas digestivos del paciente debe ser determinar su causa y no exclusivamente la presencia de infección por *H. pylori*”. Los autores basan su opinión en que no se ha podido demostrar que la erradicación del germen de lugar a una mejoría o desaparición de los síntomas, excepto en el caso de enfermedad ulceropéptica, entendiéndose por esta última la observación de erosiones o úlceras gástricas y, sobre todo duodenales, durante la endoscopia.

Un punto específicamente tratado en estas guías es el papel de la infección por *H. pylori* en el niño con dolor abdominal de

características funcionales. El tema del dolor abdominal crónico funcional ha sido ampliamente actualizado en este número de la revista. Las recomendaciones Roma IV 2016 consideran que, si el paciente cumple las definiciones y no existen datos de alarma, no es necesario que se realice una endoscopia para llegar al diagnóstico de dolor abdominal funcional<sup>2</sup>.

Puesto que el dolor abdominal recurrente es un síntoma frecuente en la edad pediátrica y la infección por *H. pylori* se adquiere esencialmente en la infancia, se ha intentado establecer una relación causal entre esta infección y diversos síntomas gastrointestinales. Para evaluar esta posible hipótesis se han realizado estudios que han tratado de discernir si los niños infectados presentan con mayor frecuencia síntomas gastrointestinales y si estos son específicos de la infección, y si los síntomas desaparecen tras la erradicación del germen.

Ya en 2010 Spee *et al.*<sup>3</sup> efectuaron un metaanálisis de los 38 estudios de calidad publicados hasta el momento que trataban de encontrar la posible asociación entre la infección por *H. pylori* en el niño y diversos síntomas gastrointestinales. La conclusión de esta revisión sistemática fue que esta infección no tenía ninguna relación con la existencia de dolor abdominal crónico funcional, diarrea, vómitos, flatulencia, estreñimiento, náuseas, regurgitación, plenitud postprandial ni halitosis.

Recientemente Correa Silva *et al.*<sup>4</sup> han efectuado un estudio en niños con dolor de tipo dispéptico y signos o síntomas de alarma, a los que se valoró mediante un cuestionario estandarizado y una endoscopia. En los 240 niños finalmente estudiados, observaron que la mitad tenía infección por *H. pylori*. Cuando compararon los síntomas que presentaban los pacientes con y

**Cómo citar este artículo:** Cilleruelo Pascual ML, González Marcos MI. Infección por *Helicobacter pylori* en el niño, ¿está sobrediagnósticada? Form Act Pediatr Aten Prim. 2018;11(2):60-2.

sin infección no pudieron confirmar que la epigastralgia aislada o asociada a otros síntomas dispépticos fuera más frecuente en el grupo infectado.

Otros estudios han valorado si la erradicación del germen, y la subsecuente curación de la gastritis, da lugar a la desaparición de los síntomas. En este tipo de estudios se efectúa un cuestionario clínico antes del tratamiento erradicador del *H. pylori* y un año tras el mismo. Se observa que el dolor abdominal desaparece o es de menor intensidad y frecuencia en la mayoría de los niños, independientemente de haber erradicado o no la infección, y por tanto de haber curado o no la gastritis.

Se puede concluir que la [investigación por métodos no invasivos, el test del aliento C<sup>13</sup> o la determinación del antígeno de \*H. pylori\* en heces, seguido de un tratamiento empírico si alguno de los test es positivo \(estrategia conocida como test-and-treat\), no está indicada en niños con síntomas de dolor abdominal de características funcionales](#). En este punto las guías de manejo de la infección por *H. pylori* en niños y adultos difieren completamente. En las guías del adulto se aconseja la estrategia *test-and-treat* en el paciente con dispepsia, siempre que no presente signos o síntomas de alarma. Esta indicación se basa en que existe un pequeño pero significativo beneficio clínico de la erradicación frente a la no erradicación del germen<sup>5</sup>. Esta estrategia ha calado de tal manera que padres, pediatras de Atención Primaria, médicos de familia que atienden niños y gastroenterólogos pediátricos la hemos adoptado, a pesar de la evidencia en contra de esta actitud en el paciente pediátrico. Muchos niños reciben tratamiento empírico, incluso en numerosas ocasiones, con diferentes combinaciones terapéuticas sin conseguir la erradicación del germen, lo que favorece la difusión a la población de cepas de *H. pylori* resistentes a antibióticos. Como consecuencia se entra en una escalada de pruebas diagnósticas, incluida la endoscopia, y repetición de tratamientos con la consiguiente preocupación y ansiedad por parte de los padres, no justificada por la benignidad del cuadro en el niño.

## ¿EXISTE ALGUNA PATOLOGÍA EN LA QUE DEBA BUSCARSE LA INFECCIÓN POR *H. PYLORI*?

Como ya se ha comentado, ante el hallazgo de enfermedad ulceropéptica durante la endoscopia debe efectuarse una búsqueda activa de esta infección mediante test rápido de ureasa,

histología y cultivo del *H. pylori*. La erradicación del germen conduce a la curación de la lesión y evita la recurrencia de la úlcera y sus complicaciones a largo plazo.

En casos de anemia ferropénica resistente al tratamiento, en los que se han descartado otras causas más frecuentes como la dietética o la enfermedad celíaca, se recomienda la búsqueda de esta infección, pero no mediante métodos no invasivos sino efectuando una endoscopia con cultivo del *H. pylori*.

Una patología que parece estar relacionada es la púrpura trombocitopénica idiopática crónica. Esta indicación, ya ampliamente recogida en las guías de adultos, aparece por primera vez en la actual guía pediátrica. Existen pocos estudios y la calidad de la evidencia es baja, pero parece que los niños con esta enfermedad e infección por *H. pylori* normalizan la cifra de plaquetas antes y de forma mantenida cuando se erradica el germen. En este caso, y dada la naturaleza de esta patología, estaría indicado efectuar un test no invasivo para la detección del *H. pylori*.

El tema de la resistencia del *H. pylori* frente a los antibióticos, sobre todo a la claritromicina, es un hecho constatado y preocupante. Se relaciona, sobre todo, con el uso de los nuevos macrólidos en el tratamiento de las infecciones respiratorias de vías altas, otitis media aguda y neumonía adquirida en la comunidad. La Organización Mundial de la Salud ha publicado una lista de bacterias para las cuales se necesitan nuevos antibióticos de forma urgente. El *H. pylori* resistente a la claritromicina está incluido en el grupo de alta prioridad. En el momento actual, solo existen seis antibióticos válidos para su uso en las terapias erradicadoras del *H. pylori*: amoxicilina, claritromicina, metronidazol, levofloxacino, tetraciclina y rifabutina, y no todos pueden ser prescritos en el niño. Teniendo esto en consideración, lo óptimo sería efectuar cultivo del *H. pylori* cuando se encuentre en el curso de una endoscopia, para poder realizar el tratamiento dirigido por antibiograma, como es habitual en otro tipo de infecciones.

Tendríamos que reflexionar sobre nuestra manera de actuar frente a la infección por *H. pylori* en la edad pediátrica e intentar cumplir las guías como es práctica habitual en otras patologías, como la enfermedad celíaca o la enfermedad inflamatoria intestinal. No debemos olvidar, siguiendo el aforismo *primum non nocere*, que la decisión de investigar y tratar la infección por *H. pylori* debe tener como objetivo principal la obtención de un beneficio claro para el niño.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jones NL, Koletzko S, Goodman K, Bontems P, Cadranet S, Casswall T, et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* in children and adolescents (Update 2016). *J Ped Gastroenterol Nutr.* 2017;64:991-1003.
2. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shukman RJ, Staiano A, Van Tilburg M. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology.* 2016;150:1456-68.
3. Spee LAA, Madderom MB, Pijpers M, van Leeuwen I, Bergen MY. Association between *Helicobacter pylori* and gastrointestinal symptoms in children. *Pediatrics.* 2010;125:e651-e69.
4. Correa Silva RG, Machado NC, Carvalho MA, Rodrigues MA. *Helicobacter pylori* infection is high in paediatric nonulcer dyspepsia but not associated with specific gastrointestinal symptoms. *Acta Paediatr.* 2016;105:e228-e31.
5. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht IV/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017;66:6-30.