

Caracterización de los pacientes infectados por *Helicobacter pylori* durante un trienio

Characterization of patients infected by *Helicobacter pylori* during a triennium

MsC. Jesús Fernández Duharte, Dr. Víctor Tacher Romano, Dra. C. María Eugenia García Céspedes, MsC. Miriam Teresa Caro Fernández y MsC. Odalis María Álvarez Guerra

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva y retrospectiva de los pacientes mayores de 18 años a los que se les practicó endoscopia del tracto digestivo superior en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínica Popular "Simón Bolívar" del Estado Carabobo, en la República Bolivariana de Venezuela, en el periodo de enero del 2010 a diciembre del 2012, con vistas a comprobar si existía infección por *Helicobacter pylori* en esta porción del sistema digestivo, según algunas variables clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de interés. Entre los resultados sobresalientes de la casuística figuró la infección por dicha bacteria, que fue más frecuente en las edades de 31-60 años y en el sexo femenino; de igual modo, la epigastralgia y la pangastritis eritematosa erosiva estuvieron mayormente asociadas al microorganismo. Pudo concluirse que la endoscopia es el pilar para el diagnóstico del *Helicobacter pylori*.

Palabras clave: endoscopia del tracto digestivo superior, *Helicobacter pylori*, tracto digestivo superior, Servicio de Gastroenterología, Venezuela.

ABSTRACT

A descriptive and retrospective investigation of the patients older than 18 years to whom an endoscopy of the higher digestive duct was practiced in the Gastroenterology Service from "Simón Bolívar" People's Clinic Hospital, in Carabobo State, Bolivarian Republic of Venezuela was carried out in the period of January, 2010 to December, 2012, aimed at checking if there was infection due to *Helicobacter pylori* in this zone of the digestive system, according to some clinical, epidemiological and endoscopic variables of interest. Among the excellent results of the case material there was the infection caused by this bacteria which was more frequent in the 31-60 years age group and in the female sex; also, the epigastralgia and the erosive erythematous pangastritis were mostly associated with the microorganism. It could be concluded that the endoscopy is the key stone for the diagnosis of *Helicobacter pylori*.

Key words: endoscopy of the upper gastrointestinal tract, *Helicobacter pylori*, upper gastrointestinal tract, Gastroenterology Service, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La infección por *Helicobacter pylori* es la enfermedad bacteriana crónica predominante en el ser humano, exceptuando la caries dental. La relación de este microorganismo con la gastritis crónica y la úlcera péptica fue establecida por Warren y Marshall en 1983, al aislar de la mucosa gástrica de pacientes, una bacteria curvada muy similar a las *Campylobacter*.¹⁻³

Actualmente, la infección de la mucosa gástrica por este agente patógeno está muy relacionada con las afecciones gástricas (gastritis aguda y crónica, úlcera, cáncer y linfoma gástrico), las cuales reaccionan ante diversos mecanismos fisiopatológicos.

Esta bacteria microaerofílica, gramnegativa, es de crecimiento lento y posee enzimas metabólicas que pueden ser utilizadas para producir daño en los tejidos y para defenderse de las condiciones adversas del ambiente en el que debe sobrevivir.⁴⁻⁶

En 1994, la Organización Mundial de la Salud, a través de su Agencia para la Investigación en Cáncer, consideró que el *Helicobacter pylori* era un agente carcinógeno del grupo 1 para el hombre.^{1,3,4}

Por su parte, existen diferentes métodos para diagnosticar la infección producida por el microorganismo, los cuales pueden diferenciarse según el tipo de muestra que se utiliza, la necesidad de realizar la endoscopia o no (agresivos o no agresivos) y la forma de detectar el microorganismo (directamente la propia bacteria o de forma indirecta).^{7,8} Tomando en cuenta los planteamientos anteriores, se decidió efectuar un estudio en pacientes con enfermedades del tracto digestivo superior, asistidos en el Hospital Clínica Popular "Simón Bolívar" del Estado de Carabobo.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva y retrospectiva en 2057 pacientes mayores de 18 años, a los que se les practicó endoscopia del tracto digestivo superior en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínica Popular "Simón Bolívar" del Estado de Carabobo, en la República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido de enero del 2010 a diciembre del 2012, con vistas a determinar si existía infección por *Helicobacter pylori* en esta porción del aparato digestivo, según variables clínicas, epidemiológicas y paraclínicas de interés, entre ellas: edad, sexo, antecedentes patológicos personales de sangrado digestivo alto, síntomas y signos predominantes, hallazgos endoscópicos y resultado de la biopsia.

A tales efectos, se confeccionó una planilla de recolección de datos, los cuales fueron extraídos de los registros endoscópicos de dicho Servicio y procesados con el paquete estadístico SPSS 11.5, y cuyos resultados se expresaron en porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

De las 3 083 pruebas endoscópicas realizadas en el período estudiado, 66,7 % (2 057) correspondió a la endoscopia digestiva superior (esofagogastroduodenoscopia), seguida de la endoscopia digestiva inferior (colonoscopia) y la laparoscopia, con 824 y 202 procedimientos efectuados, para 26,7 y 6,6 %, respectivamente.

En la serie se obtuvo que 1 758 pacientes (85,9 %) estaban infectados por *Helicobacter pylori*, mientras que 288 (14,1 %) no presentaban la infección.

La tabla 1 muestra los síntomas de los pacientes en relación con la presencia de la bacteria o no. Se observó que la epigastralgia era el síntoma más frecuente y estuvo frecuentemente asociado al *Helicobacter pylori* (409 afectados, para 20,0 %); a este le siguieron la acidez, la pirosis y los vómitos, con 12,4; 10,6 y 10,1 %, respectivamente, predominantemente en los pacientes infectados por el microorganismo.

Tabla 1. Pacientes según síntomas y presencia de *Helicobacter pylori* o no

Síntomas	<i>Helicobacter pylori</i>				Total	
	Positividad		Negatividad		No.	%
	No.	%	No.	%		
Epigastralgia	409	20,0	315	15,4	724	35,4
Acidez	254	12,4	178	8,7	432	21,1
Vómitos	207	10,1	157	7,7	364	17,8
Pirosis	217	10,6	125	6,1	342	16,7
Náuseas	168	8,2	163	8,0	331	16,2
Plenitud gástrica	131	6,4	114	5,6	245	12,0
Anorexia	86	4,2	131	6,4	217	10,6
Halitosis	82	4,0	71	3,5	153	7,5
Pérdida de peso	82	4,0	51	2,5	133	6,5

Respecto a los 739 pacientes (36,1 %) con antecedentes de sangrado digestivo alto, en 63,5 % había sido aislada la bacteria. No obstante, resultó significativa la cifra de afectados que no refirieron antecedentes de sangrado digestivo alto (1 307 de ellos, para 63,9 %).

El diagnóstico endoscópico más común en la casuística fue la pangastritis (tabla 2), con 1 379 pacientes, para 67,4 %. Otros diagnósticos frecuentes fueron la gastritis eritematosa erosiva y la hernia hiatal, con 495 y 473 pacientes, para 24,2 y 23,1 %, respectivamente; en ambos casos predominó de manera similar el *Helicobacter pylori*.

Tabla 2. Pacientes según diagnóstico endoscópico y presencia de *Helicobacter pylori*

Resultados endoscópicos	<i>Helicobacter pylori</i>				Total	
	Positividad		Negatividad		No.	%
	No.	%	No.	%		
Pangastritis	917	44,8	462	22,6	1 379	67,4
Gastritis eritematosa erosiva	460	22,5	35	1,7	495	24,2
Hernia hiatal	242	11,8	231	11,3	473	23,1
Esofagitis	221	10,8	72	3,5	293	14,3
Duodenitis	121	5,9	79	3,9	200	9,8
Úlceras gastroduodenales	90	4,4	20	1,0	110	5,4
Pólipos	57	2,8	25	1,2	82	4,0
Várices esofágicas	53	2,6	15	0,7	68	3,3
Otros	114	5,5	67	3,3	181	8,8

DISCUSIÓN

La endoscopia del tracto digestivo superior posee altas sensibilidad y especificidad si es realizada por expertos, y no da resultados positivos falsos si la biopsia se efectúa sistemáticamente en cualquier alteración de la mucosa, aunque sea mínima. Según diversos estudios, este es probablemente el procedimiento diagnóstico más solicitado en los servicios de gastroenterología, debido a la alta prevalencia de síntomas como la dispepsia y los derivados del reflujo gastroesofágico.

En la actual serie se utilizó el método endoscópico, pues conforme al criterio de sus autores, es el de mayor valor para comprobar la presencia de *Helicobacter pylori*, y no solo brinda un resultado microbiológico, sino que permite determinar los cambios existentes en la mucosa gástrica, el tipo de daño tisular mediante el estudio histológico de las muestras de biopsias, y los diagnósticos endoscópicos asociados a la infección por la bacteria.^{9,10}

Asimismo, los resultados de esta investigación coincidieron con los de Gutiérrez B *et al* en su estudio realizado en 3 centros hospitalarios (Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Instituto Cubano de Gastroenterología y Centro de Cirugía Endoscópica del Hospital Calixto García) de Ciudad de La Habana, donde se evidenció el predominio de la infección por *Helicobacter pylori* en 83 pacientes (70,9 %).¹¹

También en el estudio¹¹ citado previamente, se observó que el síntoma clínico más frecuente en los 121 pacientes adultos que acudieron a los servicios de endoscopia de las tres instituciones fue la acidez, que coincidió como la manifestación predominante en los infectados por la bacteria (97 %). Sin embargo, en la presente investigación no se encontró asociación entre los síntomas clínicos y la presencia de *Helicobacter pylori*.

Cabe señalar que en la evolución clínica de los pacientes con enfermedades gastroduodenales infectados por *Helicobacter pylori* hay 2 vertientes principales: una corresponde a la bacteria y la otra al huésped.³

La hemorragia digestiva o gastrointestinal continúa siendo una de las complicaciones más graves del aparato digestivo y un frecuente motivo de hospitalización; es considerada entidad grave de urgencia, por lo que requiere de atención precoz y multidisciplinaria.^{12,13}

Para Golubović *et al*,¹² en todos los pacientes con hemorragia por úlcera péptica gastroduodenal se debe determinar la presencia de *Helicobacter pylori*. En caso de que haya positividad de la bacteria, será necesario realizar un tratamiento erradicador tan pronto el paciente inicie la ingesta oral, lo cual es de suma importancia porque reduce marcadamente la incidencia de recidiva de la lesión ulcerosa a largo plazo. En efecto, el *Helicobacter pylori* es uno de los carcinógenos más importantes y al que se le presta una especial atención en estos tiempos.

Hecha la observación anterior, Pascual *et al*¹³ en su serie de 73 pacientes con sangrado digestivo alto, hallaron que 90 % presentaba la bacteria, y de ellos, 81 % nunca había recibido tratamiento erradicador. Estos resultados fueron estadísticamente significativos.

Igualmente, la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, en un estudio desarrollado en el 2006, comprobó el aumento de los casos de gastritis en la población de ese país.¹⁴ Con referencia a lo anterior, el resto de los diagnósticos endoscópicos frecuentes en la presente serie, fueron la gastritis eritematosa erosiva y la hernia hiatal, en los cuales

también predominó el *Helicobacter pylori*. Lo anterior además coincidió con lo obtenido en otras investigaciones.^{11,15,16}

En un informe cubano sobre un grupo poblacional con alteraciones dispépticas, se halló una asociación entre gastroduodenitis e infección por *Helicobacter pylori* de 80 a 95 %, y en otro realizado por el Instituto de Gastroenterología, dicha asociación fue de 80 %.¹¹ De hecho, en algunos estudios internacionales^{4,11,16} se refiere que, en general, más de 85 % de los afectados con gastritis estaban infectados por la bacteria; además, al analizar los resultados, se obtuvo que el microorganismo estaba asociado a la población con gastritis, pues todos los pacientes que padecían gastritis aguda eritematosa y úlcera duodenal, presentaban la infección; por ende, existió significación estadística.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés García L. Enfermedades emergentes y reemergentes. La Habana: MINSAP; 1998. p. 15-32, 86-90.
2. Marshall BJ, McGoechie DB, Rogers PA, Glancy RJ. Pyloric Campilobacter infection and gastroduodenal disease. *Med J Aust.* 1985; 142(8): 439-44.
3. González-Carvajal Pascual M. Aspectos epidemiológicos de mayor relieve de la infección por *Helicobacter pylori*. En: *Helicobacter pylori ¿el tercer dogma?* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 83-112.
4. Hernández Garcés HR. Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
5. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago EM, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, et al. Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 302-669.
6. Farreras R, Rozman C. Medicina Interna. 14 ed. Barcelona: Ediciones Harcourt; 2000.
7. Piñol Jiménez F, Salvador Prato JC, Paniagua Estévez M, Borbolla E. Características de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con adenocarcinoma gástrico. *Rev Cubana Med.* 2005 [citado 15 May 2013]; 44(5-6).
8. Reyes Leon A, Atherton JC, Argent RH, Puente JL, Torres J. Heterogeneity in the activity of Mexican *Helicobacter pylori* strains in gastric epithelial cells and its association with diversity in the *cagA* gene. *Infect Immun.* 2007; 75(7): 3445-54.
9. Selim Sari Y, Can D, Tunali V, Sahin O, Koc O, Bender O. *Helicobacter pylori*: treatment for the patient only or the whole family? *World J Gastroenterol.* 2008; 14(8): 1244-7.
10. Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra, et al. Temas de Medicina Interna. 4 ed. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002.

11. Gutiérrez B, Vidal T, Valmaña CE, Camou Juncas C, Santos A, Mégraud F, et al. *Helicobacter pylori* infection in Havana, Cuba: prevalence and *cagA* status of the strains. *VacciMonitor*. 2005; 14(2): 15-9.
12. Golubović G, Tomasević R, Radojević B, Pavlović A, Dugalić P. Significance of *Helicobacter pylori* infection and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in patients with bleeding from upper part of the gastrointestinal tract. *Vojnosanit Pregl*. 2007; 64(7): 445-8.
13. Pascual S, Griñó P, Casellas JA, Niveiro M, Such J, Palazón JM, et al. Etiología de la hemorragia digestiva alta de origen péptico: papel de *Helicobacter pylori* y los antiinflamatorios no esteroideos. *Gastroenterol Hepatol*. 2003; 26(10): 630-4.
14. Fernández Mendoza LE, Corrales Castañeda Y. Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior. Centro de Diagnóstico Integral. Yagua. 2007. *Rev Méd Electrón*. 2009 [citado 15 May 2013]; 31(4).
15. Ruiz Álvarez V, Marín Juliá SM, Hernández Triana M. *Helicobacter pylori* y diarrea en niños. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2005 [citado 15 May 2013]; 43(2).
16. Ruiz Álvarez V, Rebozo Pérez J, Hernández Triana M. Asociación entre la infección por *Helicobacter pylori* y anemia en niños de edad escolar. *Rev Cuba Invest Bioméd*. 2005 [citado 15 May 2013]; 24(2).
17. Mendoza Ibarra SI, Pérez Pérez GI, Bosques Padilla FJ, Urquidi Rivera M, Rodríguez Esquivel Z, et al. Utility of diagnostic tests for detection of *Helicobacter pylori* in children in northeastern Mexico. *Pediatrics International*. 2007; 49(6): 869-74.

Recibido: 17 de marzo de 2014.

Aprobado: 11 de abril de 2014.

Jesús Fernández Duharte. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: jesusf@hospclin.scu.sld.cu