

# **CAS LLARG**

Thais Serrà Rigol

# CAS 1

---

Dona de 25 anys d'edat sense antecedents mèdics ni quirúrgics d'interès.

Consulta perquè 15 dies després de tornar de Vietnam (hi ha estat 6 mesos) inicia quadre d'intolerància alimentària, primer a la lactosa i posteriorment a altres aliments (sobretot pasta i fruita).

Es troba plena precoçment i amb la panxa inflada, però nega piroisi, diarrea o vòmits.

L'exploració física és anodina.

Es pauta Motilium/8h.

Una setmana més tard torna a consultar perquè no ha millorat, segueix inflada, amb gasos, pes a l'estòmac, ...

Què fem?

---



---

Es sol.licita analítica que resulta normal i Test Alè que és positiu.

Realitza triple teràpia amb OCA i millora la simptomatologia.



## CAS 2

---

Dona de 66 anys d'edat.

Antecedents patològics:

- Colon irritable.
- Ansietat.
- Còlic renal.

Des de l'any 1997 presenta una plaquetopènia que és controlada pel Servei d'Hematologia de l'HGV i després de les proves complementàries es diagnostica com **una púrpura tromocitopènica idiopàtica**. Li fan controls analítics cada 3-4 mesos i les plaquetes cada cop estan més baixes.

Pel Setembre'09 presenta 18.000 plaquetes.

Què fem?

---



---

Es sol·licita Test Alè i estudi citogenètic del moll d'ós.

Test alè: positiu.

Estudi citogenètic: normal.

Es realitza triple teràpia amb OCA.

Analítiques de control:

- Desembre'09: 72.000 plaquetes.

- Abril'12: 178.000 plaquetes.



## CAS 3

---

Home de 63 anys d'edat.

Antecedents patològics d'interès:

- Tabaquisme.
- Úlcera gàstrica i HDA per AINEs (2000). FGS: duodenitis erosiva.

Juliol'11: consulta per femta fosca. Preocupat per l'antecedent d'HDA fa anys.

Femta normal, abdomen normal, analítica normal.

Es pauta Omeprazol 1/24h i control en 2 mesos.

Maig'12: epigastràlgia intermitent amb expulsió de saliva des de fa un temps.

Abdomen normal.

Es pauta Omeprazol 20mg 1/24h i es recomana control si no milloren els símptomes.

Agost'12: amb l'Omeprazol va millorar (no del tot) però al deixar-lo la pirosi empitjora i li apareix un nus a l'estòmac, que millora si pot vomitar.

No presenta cap quadre tòxic i l'exploració és normal.

Es pauta Omeprazol 20mg 1/12h i control en 2 mesos.

---



---


Setembre'12: ve a control. Amb l'Omeprazol/12h està asimptomàtic.  
Es sol.licita analítica.

Octubre'12: ha reduït a Omeprazol/24h i està asimptomàtic.  
Analítica normal.  
Es recomana seguir 1 mes més amb Omeprazol/24h i stop.

Desembre'12: torna a consultar perquè al deixar l'Omeprazol el dolor epigàtric, la cremor i la salivera reapareixen.  
L'exploració és normal. Ha perdut 1kg de pes.  
Es reintrodueix l'Omeprazol 1/24h , es sol.licita Test Alè i endoscòpia.

El Test Alè és negatiu. El pacient està asimptomàtic amb Omeprazol/24h i no es vol fer la FGS. S'envia mail al Servei de Digestiu de l'HGV sol.licitant opinió.

---



---

Resum: Des de fa set mesos té dispèpsia amb piroso i sensació de nus a l'estómac que millora si pot vomitar i millora del TOT amb Omeprazol ( 20mg/dia) però que torna al deixar el tractament. Analítica i HP -. No quadre tòxic ni altres símptomes d'alarma. Última endoscòpia al 2000 (post HDA per AINE).

Resposta: en la GPC de RGE de la SEMFyC exposa que la milloria amb omeprazol és suficient per al dx i el tractament ha de ser habitualment a demanda (si cal diari). Té HP erradicat per l'antecedent. Em quedaria amb el dx de RGE i només em plantejaria l'endoscòpia si apareixen signes d'alarma o si no es controla bé amb omeprazol.

Es decideix fer tractament amb Omeprazol 1/24h i veure com evoluciona.

---



---

Abril'13: torna a consultar per epigastràlgia sense altra clínica acompanyant.

L'exploració és anodina.

Es proposa fer Omeprazol 20mg/12h i control en 6 setmanes. Si no millora insistir en FGS.

Juny'13: no està pitjor però tampoc millor. Accepta fer-se la FGS.

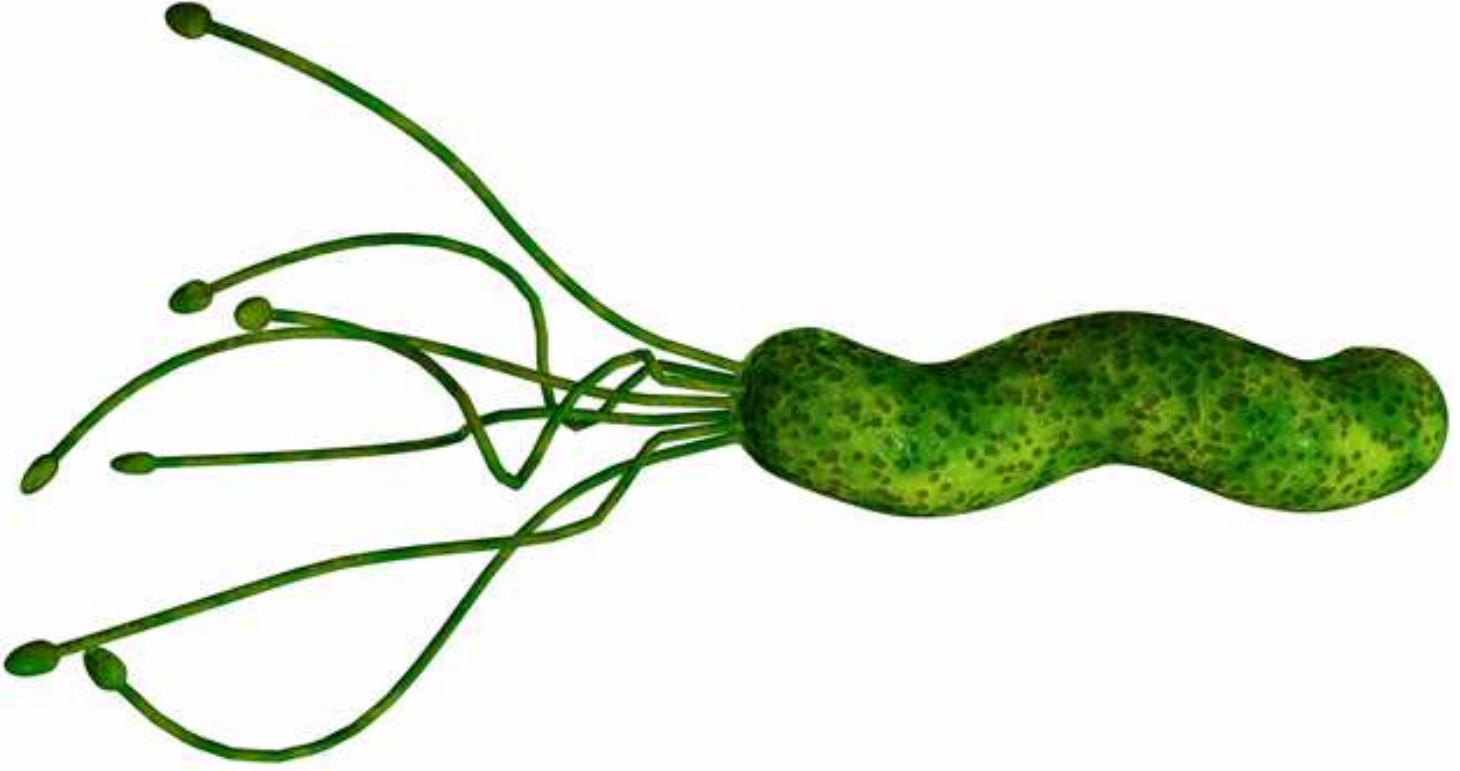
**FGS**: A nivell de l'incissura hi ha una reducció concèntrica de la llum gàstrica, per efecte d'una lesió ulcerada i dura, sobretot en la part de petita curvatura. Es prenen biòpsies per a estudi AP.

**AP**: adenocarcinoma infiltrant pobrement diferenciat amb cèl.lules en “anell de segell”.

**Diagnòstic**: neoplàstia gàstrica a antre pilòric.

---





# HELICOBACTER PYLORI

---

L'Helicobacter Pylori és una bactèria que té relació directa amb el desenvolupament de la **malatia gastroduodenal** (inflamació gàstrica, úlcera duodenal, úlcera gàstrica i càncer gàstric).

L'any 1982 Robin Warren i Barry Marshall van descobrir l'Helicobacter Pylori i l'any 2005 els van donar el Nobel de Medicina i Fisiologia.

L'HP és una bactèria microaeròfila, gram negativa, de creixement lent i forma helicoidal amb abundans flagels.

Afecta aproximadament el 50% de la població mundial.

---



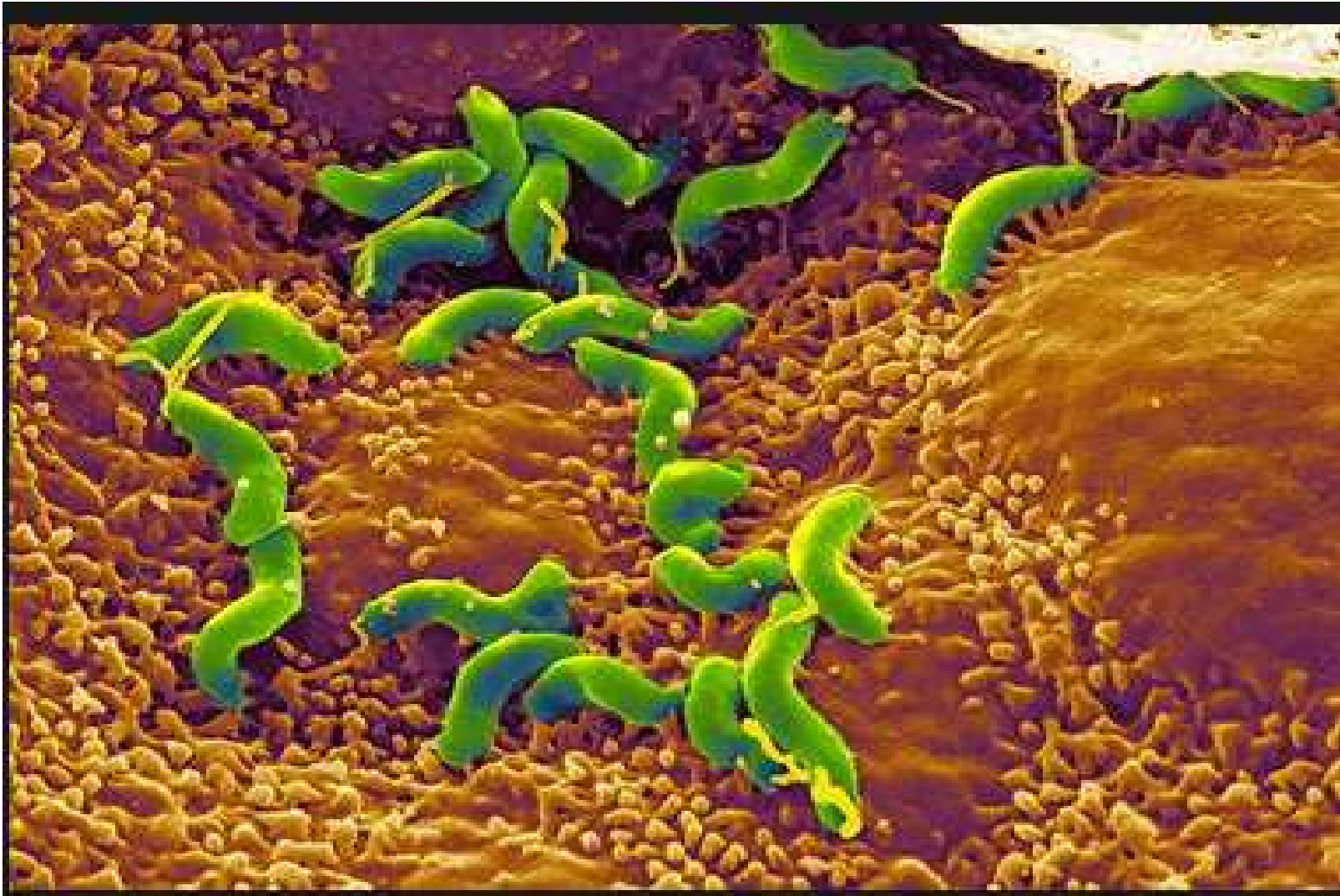
---

La infecció per HP s'adquireix generalment a la infància. La major prevalència de la infecció es relaciona amb les condicions socio-econòmiques (pobres condicions higièniques i vivendes molt habitades).

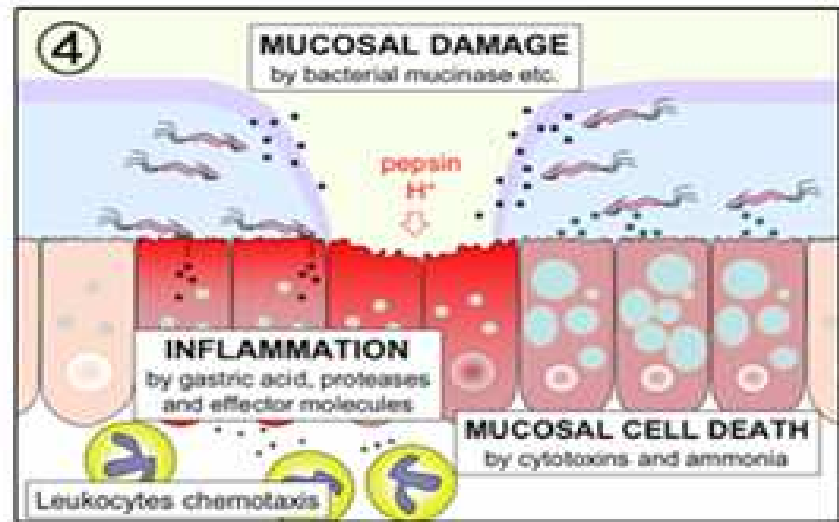
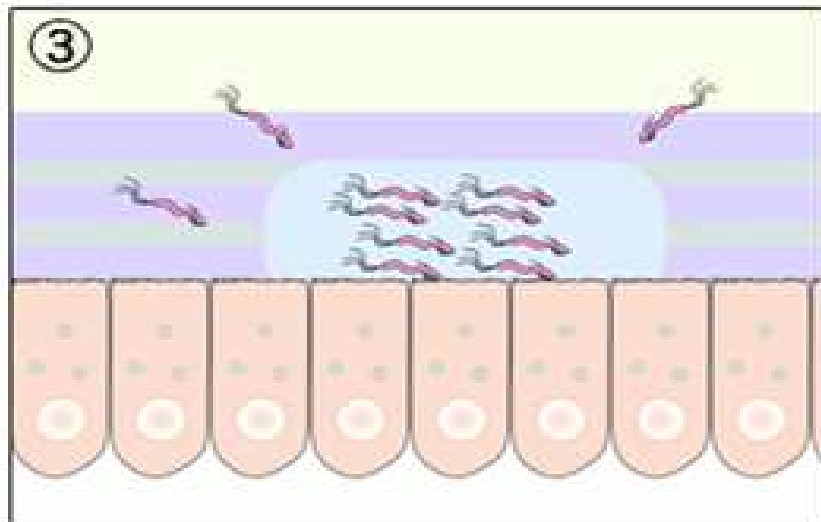
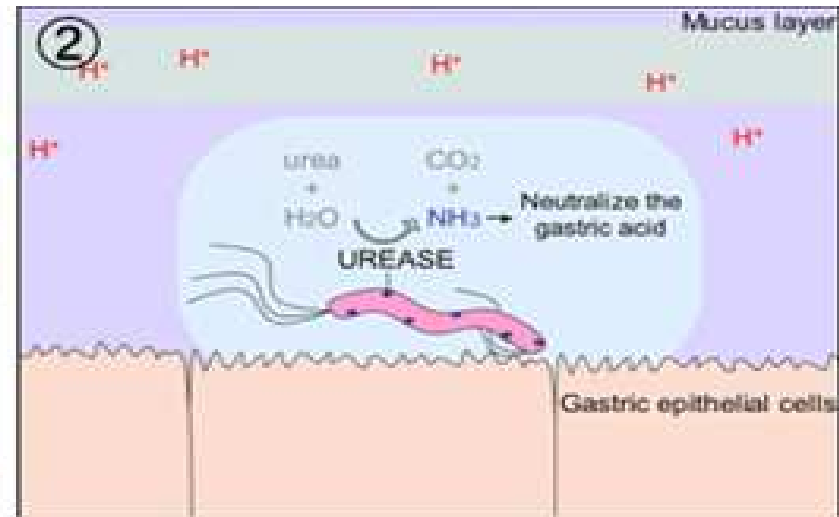
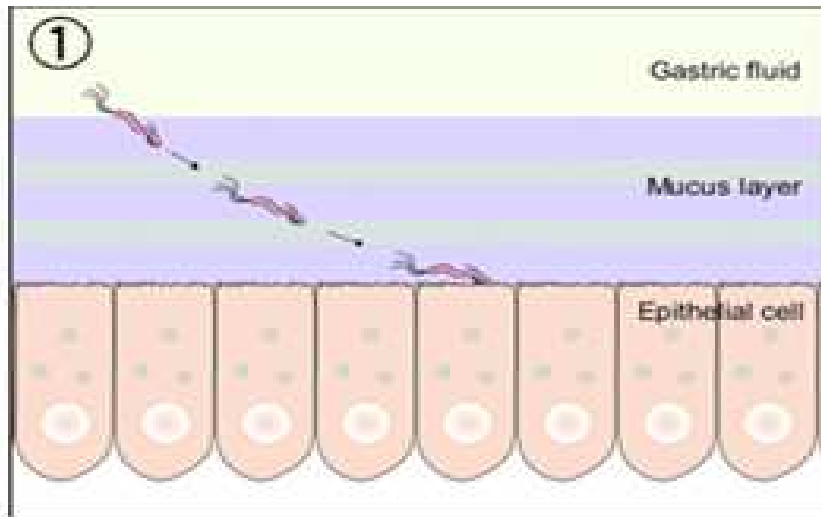
Transmissió:

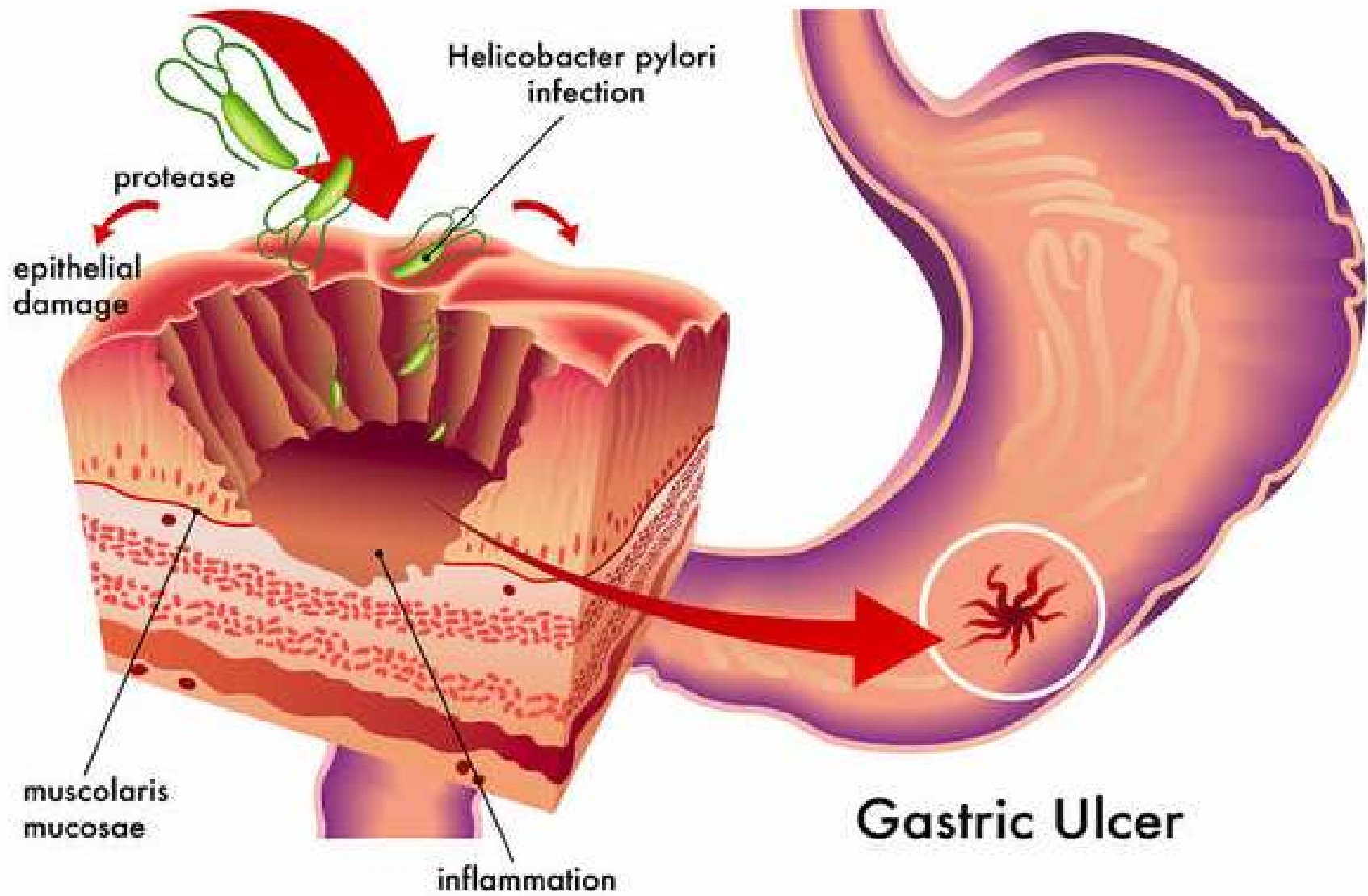
- ingestió oral de la bactèria (**fecal-oral, oral-oral**).
- a través de la **instrumentalització** (endoscòpies i sondes gàstriques).






# PATOGÈNIA





# CLÍNICA

---

- 1- **Assimptomàtics.**
  - 2- **Gastritis aguda** (dolor abdominal, nàusees i vòmits) 15 dies després de la infecció.
  - 3- **Gastritis crònica activa** (epigastràlgia, cremor, dispèpsia).
  - 4- **Úlcera duodenal:** dolor epigàstic precedit de cremor o acidesa, té periodicitat i ritme (apareix a la matinada i calma amb la ingestió d'aliments o sol.lucions alcalines; reapareix al migdia abans del dinar), vòmits i nàusees.
  - 5- **Úlcera gàstrica:** dolor epigàstic que apareix després de menjar, pirosis, vòmits.
  - 6- **HDA:** hematemesis, hematoquècia, melena, hipotensió arterial, SOF.
  - 7- **Càncer gàstric** (adenocarcinoma): inicialment pràcticament asimptomàtic. En el càncer avançat hi ha pèrdua de pes, dolor abdominal, disfàgia, vòmits, anèmia, sacietat precoç, ...
- 
- 

# DIAGNÒSTIC

---

## Exàmens no invasius

- Serologia (IgG).
- Detecció d'antígens en femta.
- **Test de l'Alè** (amb urea marcada amb  $^{13}\text{C}$  no radioactiu): es detecta l'activitat de la ureasa.

## Exàmens invasius

- **Endoscòpia**: prova de referència.
  - Histologia.
  - Cultiu.
- 
- 

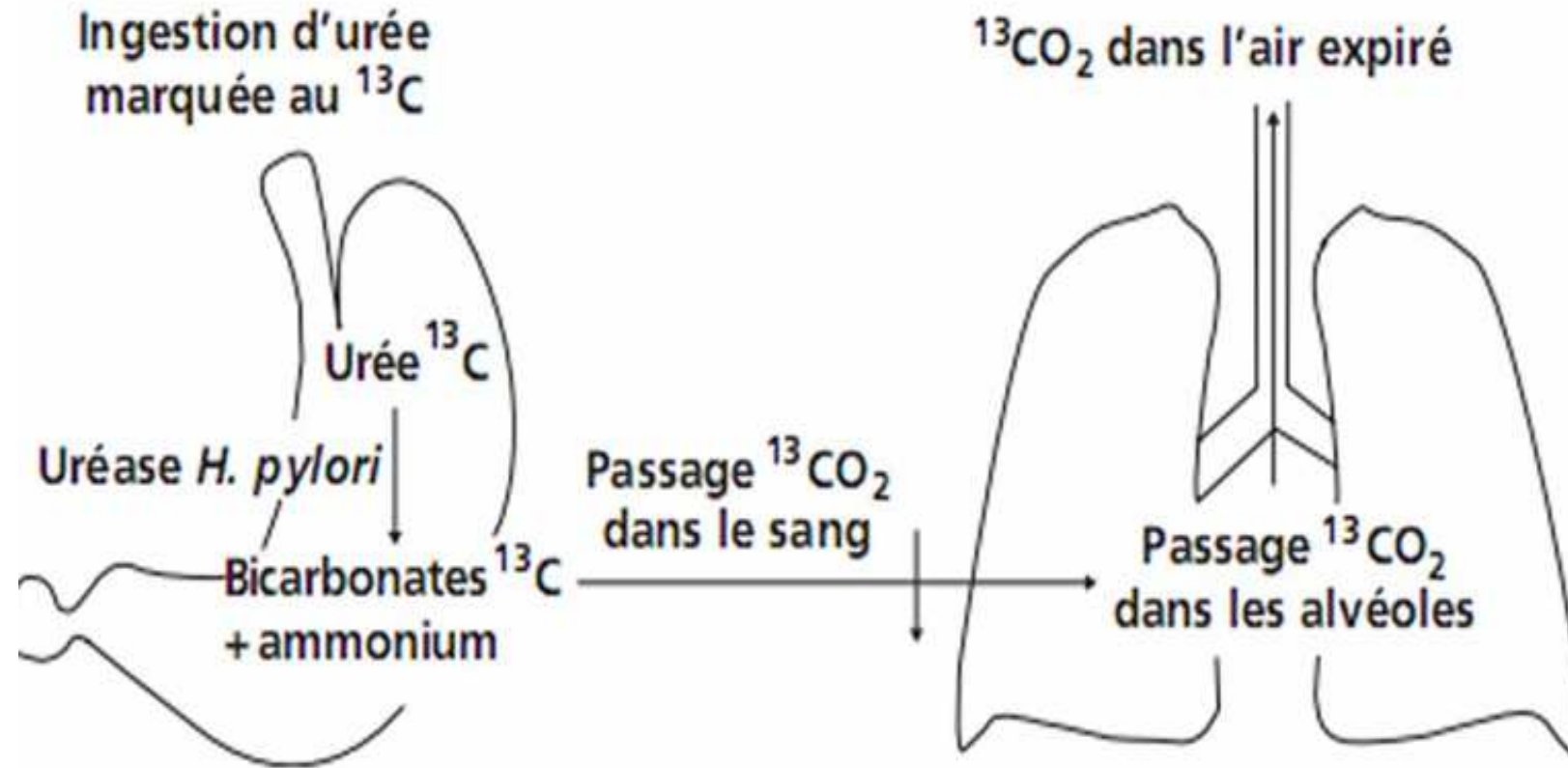
---

## Test de l'alè

- 15 dies abans NO es pot pendre antibiòtic ni IBP.
- el dia de la prova s'ha d'anar en dejú, sense haver begut aigua ni fumar ni haver-se rentat les dents.
  
- 1r: es beu un suc (àc.cítric).
- 2n: s'espera 10', bufa per 1r cop i després se li dóna un comprimit d'urea (marcada amb  $^{13}\text{C}$ ).
- 3r: després de 30' bufa per 2n cop.




# Test de l'alè



---

**Resum de la III Conferència Espanyola de Concens**  
**sobre la infecció per Helicobacter Pylori**  
**(Novembre 2012)**

---




## INDICACIONS DEL TRACTAMENT ERRADICADOR DE LA INFECCIÓ PER *HELICOBACTER PYLORI*

---

- **Úlcera pèptica** i infecció per HP: es recomana tractament erradicador a tots.
- **Dispèpsia no investigada** < 55 anys i sense símptomes ni signes d'alarma: *test and treat* (per davant de tractament antisecretor empíric o endoscòpia).
- **Dispèpsia funcional** i infecció per HP: es recomana el tractament erradicador com a estratègia terapèutica.





- 
- Pacients que han de rebre tractament amb **AINEs** o **AAS de forma continuada**: NO es recomana investigar ni tractar sistemàticament la infecció per HP.
  
  - Pacients amb *antecedents d'úlçera* que han de rebre tractament amb **AINEs** o **AAS de forma continuada** : SI que es recomana investigar la infecció per HP i realitzar tractament.
- 
- 


- 
- **Linfoma MALT gàstric de baix grau.** La infecció per HP és la causa fonamental del linfoma gàstric MALT de baix grau.


L'erradicació de l'HP es segueix de la regressió tumoral del linfoma MALT de baix grau en la majoria dels casos i les recidives tumorals són excepcionals. Encara que no s'identifiqui la infecció el tractament erradicador és una alternativa raonable.




- 
- Pacients amb **ressecció quirúrgica o endoscòpica d'un càncer gàstric**: es recomana investigar i tractar la infecció per HP com a prevenció de la recidiva neoplàsica (soques agressives d'HP, important erradicar tant pel pacient com des del punt de vista epidemiològic).
- 
- 

- 
- En els **familiars de primer grau** dels pacients amb càncer gàstric es recomana investigar i tractar la infecció per HP.
  
  - Pacients amb **atròfia de la mucosa gàstrica o metaplàsia intestinal** associada a infecció per HP.
- 
- 

- 
- Pacients que rebran **tractament amb IBP de forma continuada** : NO es recomana investigar sistemàticament la infecció per HP (exepcions: pacients joves amb RGE que rebran IBP prolongadament...).
  - Pacients amb **anèmia ferropènica** de causa no clara: es recomana investigar i tractar.
  - Pacients amb **púrpura trombocitopènica idiopàtica**: es recomana investigar i tractar.
- 
- 

- 
- Pacient amb **dèficit de vitB12** no explicable per altres causes: es recomana investigar i tractar.
  - Pacients amb **rosàcea**: NO es recomana investigar.
  - Pacients amb **urticària crònica**: NO es recomana investigar.
- 
- 


- 
- A tot pacient diagnosticat d'infecció per HP es recomana oferir el tractament erradicador.
  - La presència d'infecció multiplica el risc de tenir una úlcera gàstrica x 3, úlcera duodenal x 20 i el risc de càncer gàstric augmenta de 2 a 10 vegades en pacients infectats.
- 
- 

# DIAGNÒSTIC DE LA INFECCIÓ PER HP

---

- Per al diagnòstic no invasiu de la infecció per HP es recomana **el Test de l'Alè amb urea marcada amb  $^{13}\text{C}$**  utilitzant el protocol europeu, que inclou l'administració prèvia d'àcid cítric.
- Com a alternativa es recomana **la prova d'antígen a les femtes** (mètode ELISA monoclonal).
- No es recomana l'ús sistemàtic de **la serologia** per al diagnòstic de la infecció per HP (ni tampoc és útil per evaluar l'erradicació).



- 
- Tant si es fa una prova no invasiva com invasiva es recomana suspendre els **IBP** al menys **dues setmanes** abans de la prova i els **antibiòtics quatre setmanes**.
  - Es recomana comprovar la curació de la infecció després del tractament en tots els casos. La prova d'elecció és el Test de l'Alè. Es recomana realitzar-se 4 setmanes després d'acabar el tractament.
- 
- 

# TRACTAMENT DE LA INFECCIÓ PER HP

---

- Com a tractament de primera línia de la infecció per HP es suggereix una pauta quàdruple concomitant amb un **IBP**, **claritromicina**, **amoxicil.lina** i **metronidazol** durant 10 dies.
  - La pauta inicial triple amb **IBP**, **claritromicina** i **amoxicil.lina** es suggereix també com acceptable en àrees on es mantingui una efectivitat per sobre del 80%.
  - En cas d'escollir una pauta triple amb claritromicina i amoxicil.lina es recomana administrar-la durant 10-14 dies i administrar dosis altes d'IBP.
- 




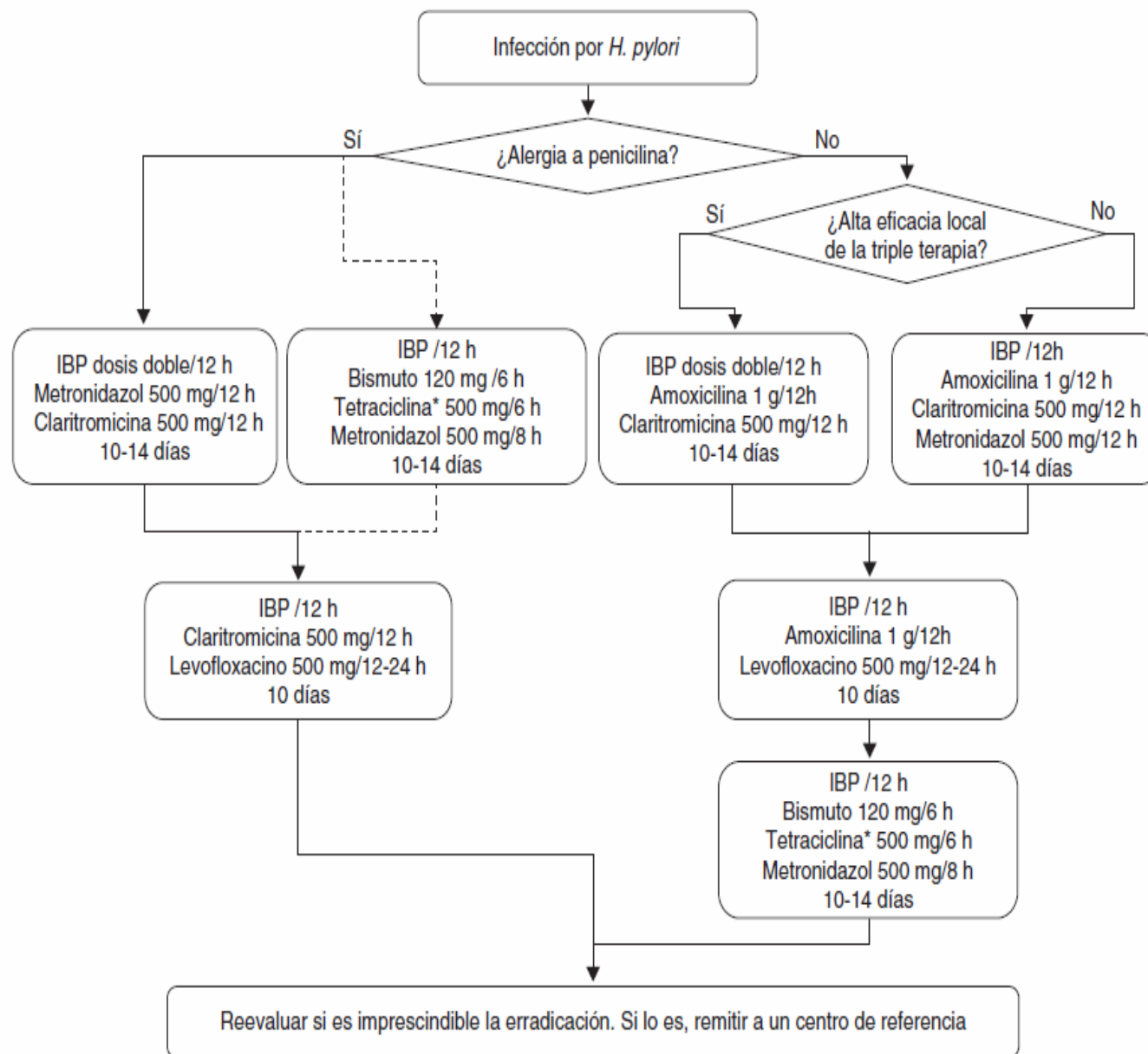
---


Alternatives al tractament triple amb claritromicina (quan hi ha altes taxes de resistència):

- **Teràpia quàdruple clàssica que inclou bismut** (IBP + tetraciclina + metronidazol + bismut).
- 
- **Teràpia quàdruple sequencial** (IBP + amoxicil.lina durant 5 dies i seguidament IBP + claritromicina + metronidazol 5 dies més).
- **Teràpia quàdruple concomitant** (IBP, claritromicina, amoxicil.lina i metronidazol).




- 
- No es recomana l'ús de prebiòtics ni probiòtics associat al tractament erradicador.
  - Si fracasa un primer tractament que inclou claritromicina es recomana una pauta triple amb **IBP, amoxicil.lina i levofloxacino** durant 10 dies.
  - Si fracasa un primer tractament que inclou claritromicina i una pauta triple amb levofloxacino de segona línia es recomana una **teràpia quàdruple amb bismut** (IBP, bismut, tetraciclina i metronidazol) al menys durant 10 dies.
- 
- 



- 
- En pacients *al·lèrgics a la penicil·lina* es suggereix de primera línia una pauta triple amb **IBP, claritromicina i metronidazol** o una quàdruple amb **IBP, bismut, tetraciclina i metronidazol**, almenys durant 10 dies.
  
  - Si fracasa es recomana una triple teràpia amb **IBP, levofloxacino i claritromicina** 10 dies.
- 
- 

- 
- En pacients amb **úlcer**a **duodenal** no complicada, després de finalitzar el tractament erradicador de l'HP NO es recomana mantenir el tractament antisecretor.
  
  - En pacients amb **úlcer**a **gàstrica**, després de finalitzar el tractament erradicador de l'HP, es recomana mantenir el tractament antisecretor durant 4-8 setmanes (sobretot en les > 1 cm, per ajudar a cicatritzar bé).
- 




- 
- En pacients que requereixin AINEs o AAS es recomana que la indicació de tractament gastroprotector es realitzi en funció de la presència de factors de risc de complicació, independentment de si es tracta o no la infecció per HP.
- 
- 

---

En el consens no diu res d'erradicar a familiars ni sembla que les taxes de reinfecció recolzin el contagi intrafamiliar. En principi el contagi és feco-oral però l'HP no preveu com un paràsit i, per tant, només es donaria en condicions higièniques molt dolentes. En canvi és probable que els nens petits s'infectin en un WC d'una guarderia, etc. **No hi ha cap evidència que justifiqui investigar i tractar als familiars.** Quan l'erradicació fracassa és perquè s'ha fet malament el tractament o l'HP és resistent, no perquè els altres familiars ho tinguin.

S'ha d'intentar tranquilitzar als pares dient-los que ells no són els causants de la infecció i que si es troben bé, millor que no mirin res. Ara, si s'ho volen mirar i tractar-s'ho corren el risc de convertir-se en malalts sense ser-ho.


---



---

Principals conclusions derivades de les  
comunicacions presentades a la **Digestive Diseases**  
**Week 2013** relacionades amb la infecció per  
Helicobacter Pylori

---




# EPIDEMIOLOGIA DE L'HP

---

La infecció per HP sembla ser la principal responsable de les lesions que apareixen amb l'edat en l'estòmac humà.

No és l'edat, sinó la infecció per HP, la principal responsable de l'"envelliment" de la mucosa gàstrica (ex. metaplàsia intestinal).

---




# RESISTÈNCIES ANTIBIÒTIQUES

---

La resistència de l'HP davant diversos antibiòtics representa la causa fonamental de fracàs del tractament erradicador.

Les taxes de resistència a la ***claritromicina*** i ***metronidazol*** són notablement altes en la majoria de països.

---




# INFECCIÓ PER HP I DISPÈPSIA

---

La dispèpsia és un problema de salut important, sobretot per la seva elevada prevalença i l'important consum de recursos que provoca.

Cal saber que en la *dispèpsia funcional*, malgrat es recomani erradicar la infecció per HP, només el 25% dels tractats presenten una millora simptomàtica.

---




# ÚLCERES PÈPTIQUES HELICOBACTER PYLORI-NEGATIVES

---

En el nostre medi la prevalença d'infecció per HP en la **úlçera duodenal** és pràcticament del 100% (si s'exclou la ingesta d'AINEs), però en altres països recentment s'han descrit taxes d'infecció molt més baixes: **úlceres pèptiques idiopàtiques** (no associades a infecció per HP ni consum d'AINEs). Aquests pacients tenen un pitjor pronòstic.

---



# INFECCIÓ PER HP I ADENOCARCINOMA GÀSTRIC


---

La majoria dels pacient amb **càncer gàstric** estan o han estat infectats prèviament per HP.

El risc de desenvolupar lesions preneoplàsiques depèn del tipus (soca) del microorganisme que colonitza la mucosa gàstrica.

Si volem prevenir del desenvolupament d'un càncer gàstric el tractament erradicador d'HP s'ha d'administrar precoçment, abans de que s'hagin desenvolupat lesions preneoplàsiques més avançades que l'atrofia gàstrica (ex. metaplàsia intestinal).

---



---

Entre els pacient infectats amb HP, els tractats amb IBP a llarg plaç desenvolupen més freqüentment lesions preneoplàsiques.

L'erradicació d'HP dels pacients sotmesos a una resecció endoscòpica d'un càncer gàstric redueix la incidència de tumors metacrònics.



# TRACTAMENT ERRADICADOR

---

La triple teràpia tradicional segueix éssent considerada com de primera línia. Tot i així, la seva eficàcia és clarament insuficient , pel que s'estan buscant noves estratègies de tractament:

- augmentar les dosis d'IBP incrementa l'eficàcia del tractament erradicador.
- allargar el tractament erradicador 14 dies.
- tripleteràpia amb diferents esquemes posològics d'amoxicil.lina.




---

La superioritat de la teràpia “sequencial” sobre la triple estàndard no està definitivament establerta.

La teràpia “concomitant” és més eficaç i senzilla que la “sequencial”.

---



---

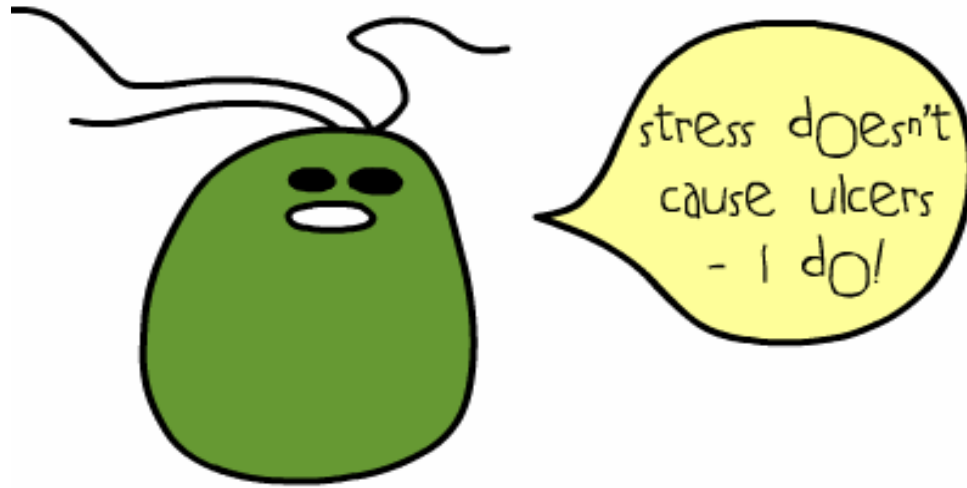
Aproximadament la meitat de la població mundial està infectada per HP i aquesta infecció persisteix de per vida en la majoria dels casos.

L'administració generalitzada de tractament erradicador a tota la població infectada no és, actualment, una opció realista.

El futur passa pel desenvolupament de **vacunes** amb potencial profilàctic com terapèutic de la infecció per HP, però per ara no hi ha resultats.

---





helicobacter pylori

MOLTES GRÀCIES!!

---