

H. pylori y Úlcera Péptica

National Digestive Diseases Information Clearinghouse



National
Institute of
Diabetes and
Digestive
and Kidney
Diseases

NATIONAL
INSTITUTES
OF HEALTH

¿Qué es la úlcera péptica?

Una úlcera péptica es una llaga en el revestimiento del estómago o el duodeno, que es el principio del intestino delgado. Las úlceras pépticas son comunes. Uno de cada 10 estadounidenses contrae una úlcera en algún momento de su vida. Una causa de la úlcera péptica es una infección bacteriana, pero algunas úlceras son causadas por el uso prolongado de agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como la aspirina (ácido acetilsalicílico) y el ibuprofeno. En contadas ocasiones, tumores cancerosos del estómago o del páncreas pueden causar úlceras. Las úlceras pépticas no son causadas por alimentos muy condimentados ni por el estrés.

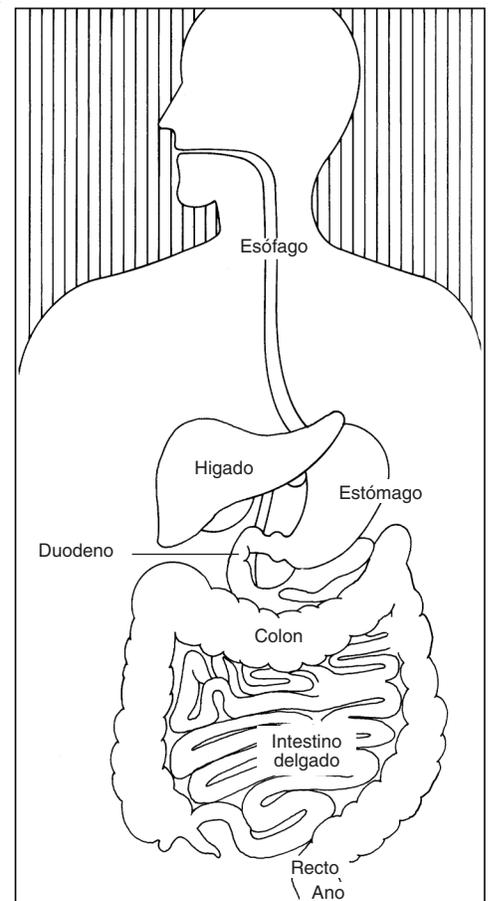
¿Qué es *H. pylori*?

Helicobacter pylori (*H. pylori*) es un tipo de bacteria. Los investigadores creen que *H. pylori* es responsable de la mayoría de úlceras pépticas.

La infección por *H. pylori* es común en los Estados Unidos. Aproximadamente 20 por ciento de las personas menores de 40 años y la mitad de las mayores de 60 tienen esta bacteria. Sin embargo, la mayoría de las personas infectadas no contraen úlcera. No se conoce la razón por la cual *H. pylori* no causa úlceras en todas las personas a las que infecta. Es muy probable que la infección dependa de las características de la persona infectada, el tipo de *H. pylori* y otros factores que aún se desconocen.

Los investigadores no están seguros de la manera en que las personas contraen *H. pylori*, pero creen que puede ser por medio de los alimentos o el agua.

El Aparato Digestivo



Los investigadores han encontrado *H. pylori* en la saliva de algunas personas infectadas, de manera que la bacteria puede propagarse también por el contacto de boca a boca, por ejemplo al besarse.



U.S. Department
of Health and
Human Services

¿Cómo causa *H. pylori* una úlcera péptica?

H. pylori debilita el revestimiento mucoso que protege el estómago y el duodeno, lo cual permite que el ácido afecte la superficie sensible que se halla por debajo de dicho revestimiento. Por efecto tanto del ácido como de las bacterias, esa superficie delicada se irrita y se forma una llaga o úlcera.

H. pylori puede sobrevivir en el ácido del estómago porque secreta enzimas que lo neutralizan. Este mecanismo permite que *H. pylori* se abra paso hasta la zona “segura”, o sea, el revestimiento mucoso protector. Una vez que llega allí, la forma de espiral que tiene la bacteria le ayuda a perforar dicho revestimiento.

¿Cuáles son los síntomas de una úlcera?

Incomodidad abdominal es el síntoma más común. Generalmente, la incomodidad de la úlcera:

- Es de carácter sordo y persistente.
- Aparece y desaparece durante varios días o semanas.
- Se presenta entre dos y tres horas después de comer.
- Se presenta en mitad de la noche—cuando el estómago está vacío.
- Se mitiga ingiriendo alimentos.
- Se mitiga ingiriendo medicamentos antiácidos.

Puede haber otros síntomas como:

- pérdida de peso
- pérdida del apetito
- distensión del abdomen
- eructos
- náuseas
- vómitos

Algunas personas presentan tan solo un síntoma leve o ningún síntoma.

2 *H. pylori* y Úlcera Péptica

Síntomas de urgencia

Llame inmediatamente a su médico si presenta cualquiera de estos síntomas:

- Dolor de estómago de carácter agudo, repentino y persistente.
- Evacuación de heces fecales sanguinolentas o negras.
- Vómito de sangre o con aspecto de poso del café.

Estos pueden ser signos de un problema grave, como por ejemplo:

- Perforación: cuando la úlcera perfora la pared del estómago o el duodeno.
- Hemorragia: cuando el ácido del estómago o la úlcera rompen un vaso sanguíneo.
- Obstrucción: cuando la úlcera bloquea el trayecto de los alimentos que van a salir del estómago.

¿Cómo se diagnostica una úlcera relacionada con *H. pylori*?

Diagnóstico de la úlcera

Para ver si los síntomas son causados por una úlcera, el médico puede ordenar una serie esofagogastroduodenal (GI series) o una endoscopia. La serie es un estudio con rayos X del esófago, el estómago y el duodeno. Se da a beber al paciente un líquido de consistencia parecida al yeso que se llama bario, y que sirve para que estos órganos y cualquier posible úlcera se vea más claramente en la radiografía.

La endoscopia es un examen que se hace con el endoscopio, que es un tubo fino provisto de una luz y una cámara diminuta en la punta. Después de haberle dado un sedante ligero al paciente, el médico introduce cuidadosamente el endoscopio por la boca de la persona y lo va haciendo bajar por la garganta hasta llegar al estómago y el duodeno. De esta manera, el médico puede observar directamente el revestimiento del esófago, el estómago y el duodeno. El médico puede valerse del endoscopio para tomar fotos de las úlceras o para extraer un fragmento diminuto de tejido para examinarlo con el microscopio.

Diagnóstico de *H. pylori*

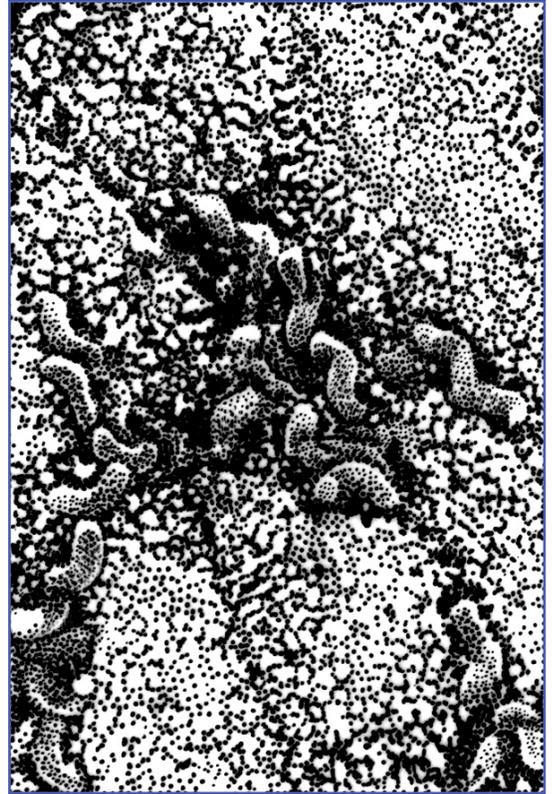
Si se identifica una úlcera, el médico hará estudios para ver si el paciente está infectado con *H. pylori*. Dicho estudio es importante porque el tratamiento de una úlcera causada por *H. pylori* es diferente de una causada por AGINE.

H. pylori se puede diagnosticar mediante pruebas de sangre, aliento y tejido. Las pruebas de sangre son las más comunes. Permiten detectar anticuerpos contra dicha bacteria. La sangre se extrae en el consultorio del médico mediante un pinchazo en la yema del dedo.

La prueba urea de aliento se usa principalmente después del tratamiento para ver si este dio resultado, pero se pueden usar también para el diagnóstico.

En el consultorio del médico, el paciente bebe una solución de urea que contiene un átomo de carbono especial. Si *H. pylori* está presente, descompone la urea y al hacerlo libera el carbono. La sangre transporta el carbono a los pulmones, desde donde el paciente lo exhala. La prueba del aliento tiene una exactitud de 96 a 98 por ciento.

La prueba fecal podría ser usada para detectar la infección *H. pylori* en las heces del paciente. Estudios han probado que la prueba llamada el Helicobacter pylori stool Antigen, siglas en inglés HPSA, es precisa por diagnosticar *H. pylori*.



Aspecto de la bacteria *H. pylori*.

Las pruebas tisulares se hacen generalmente con la muestra biopsia que se extrae con el endoscopio. Las hay de tres tipos:

- La prueba rápida de ureasa detecta esta enzima, que es producida por *H. pylori*.
- La prueba histológica permite que el médico observe y examine la bacteria en sí misma.
- La prueba de cultivo permite que *H. pylori* se reproduzca en la muestra de tejido.

Las diagnósticos de *H. pylori*, la sangre, el aliento y pruebas fecales normalmente están hechas antes de las pruebas tisulares porque ellas son menos invasoras. Sin embargo, las pruebas de sangre no son usadas para detectar *H. pylori* después de tratamiento porque la sangre de los pacientes puede mostrar resultados positivos aun después *H. pylori* ha sido eliminada.

¿Cómo se tratan las úlceras pépticas causadas por *H. pylori*?

Las úlceras pépticas por *H. pylori* se tratan con medicamentos para matar estas bacterias, disminuir la secreción de ácido gástrico y proteger el revestimiento del estómago. Para matar las bacterias se usan antibióticos. Pueden emplearse dos tipos de medicamentos supresores del ácido: los bloqueadores H2 y los inhibidores de la bomba de protones.

Los bloqueadores H2 bloquean el efecto de la histamina, sustancia que estimula la secreción de ácido. Ayudan a disminuir el dolor ulceroso después de algunas semanas. Los inhibidores de la bomba de protones suprimen la producción de ácido al interrumpir el mecanismo que bombea ácido hacia el estómago. Los bloqueadores H2 y los inhibidores de la bomba de protones se han prescrito por sí solos durante años como tratamiento de las úlceras. Pero si se usan por sí solos, estos medicamentos no erradican a *H. pylori* y, por consiguiente, no curan las úlceras relacionadas con esta bacteria. El subsalicilato de bismuto (Pepto-Bismol) se usa para proteger del ácido el revestimiento del estómago. También destruye a *H. pylori*.

El tratamiento generalmente entraña la combinación de antibióticos, supresores del ácido y protectores del estómago. Regímenes antibióticos recomendado para pacientes podría diferir en regiones diferentes del mundo porque algunas áreas han comenzado a mostrar resistencia a antibióticos particulares. El uso de solo un tipo de medicina para tratar *H. pylori* no se recomienda.

En la actualidad, la forma más eficaz de tratar el problema consiste en administrar durante dos semanas lo que se conoce como terapia triple. Esta exige tomar dos antibióticos para matar las bacterias y bien sea un supresor de la secreción de ácido o un protector del revestimiento gástrico. La terapia triple administrada durante dos semanas disminuye

Medicamentos usados para tratar las úlceras pépticas por *H. pylori*

Antibióticos: metronidazol, tetraciclina, claritromicina, amoxicilina

Bloqueadores H2: cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina

Inhibidores de la bomba de protones: omeprazol, lansoprazol

Protector del revestimiento gástrico: subsalicilato de bismuto

los síntomas ulcerosos, destruye las bacterias y evita la recurrencia de la úlcera en más de 90% de los pacientes.

Desgraciadamente, a las personas les puede resultar complicado porque exige tomar hasta 20 pastillas al día. Asimismo, los antibióticos que se usan pueden causar efectos colaterales leves tales como náuseas, vómitos, diarrea, heces de color oscuro, sabor metálico, mareos, dolores de cabeza e infecciones por levaduras en las mujeres. (Casi todos los efectos colaterales pueden tratarse suspendiendo el medicamento.) A pesar de todo, investigaciones recientes han comprobado que lo ideal es que la terapia triple dure dos semanas.

Resultados preliminares de estudios efectuados en otros países indican que una semana de terapia triple puede ser tan eficaz como dos semanas, y con menos efectos colaterales.

Otra opción es la terapia doble durante dos semanas. Esta se basa en el empleo de dos fármacos: un antibiótico y un supresor de la secreción de ácido. No es tan eficaz como la terapia triple.

En estudios de investigación se han obtenido resultados prometedores con la administración de una terapia cuádruple durante dos

semanas, la cual se basa en dos antibióticos, un supresor de la secreción de ácido y un producto protector del revestimiento gástrico. También se conoce como terapia triple a base de bismuto.

Después del tratamiento

Para cerciorarse de que el tratamiento ha destruido todas las bacterias *H. pylori*, el médico efectuará una endoscopia de seguimiento o una prueba del aliento entre 6 y 12 meses después para comprobar si a un hay bacterias.

¿Se puede prevenir la infección por *H. pylori*?

Nadie sabe con certeza cómo se propaga *H. pylori*, de manera que la prevención es difícil. Los investigadores están tratando de obtener una vacuna para prevenir la infección.

¿Por qué razón los médicos no hacen pruebas sistemáticas para detectar *H. pylori*?

Modificar las creencias y el modo de ejercer de los médicos toma tiempo. Durante casi 100 años, los científicos y los médicos creían que las úlceras eran causadas por el estrés, los alimentos muy condimentados y las bebidas alcohólicas. El tratamiento incluía reposo en cama y una dieta no irritante. Posteriormente, los investigadores agregaron el ácido gástrico a la lista de causas y las úlceras comenzaron a ser tratadas con antiácidos.

Desde que se descubrió *H. pylori* en 1982, investigaciones efectuadas en todo el mundo han comprobado que el uso de antibióticos para destruir esta bacteria cura las úlceras pépticas. El predominio de *H. pylori* esta cambiando. La infección se hace menos común en las personas nacidas en países desarrollados. Sin embargo, la comunidad

médica sigue debatiendo el papel de *H. pylori* en úlceras pépticas. Si usted padece de una úlcera péptica y no se ha hecho una prueba para infección de *H. pylori*, consulte su médico.

En 1994, los Institutos Nacionales de Salud dieron a conocer una declaración de consenso en la que se confirmó que *H. pylori* causa las úlceras pépticas. A pesar de las pruebas, sin embargo, la comunidad médica sigue debatiendo el papel de *H. pylori* en las úlceras pépticas. Si usted padece una úlcera péptica y no le han hecho la prueba de la infección por *H. pylori*, hable con su médico.

Conviene recordar

- Una úlcera péptica es una llaga en el revestimiento del estómago o del duodeno.
- La mayoría de úlceras pépticas son causadas por la bacteria *H. pylori*. Muchos de los otros casos son causados por NSAIDs. Ninguna es causada por alimentos condimentados ni por estrés.
- *H. pylori* puede ser transmitida de persona a persona mediante contacto cercano o exposición a vómito.
- Lávese siempre las manos después de ir al baño y antes de comer.
- Una combinación de antibióticos es el tratamiento más eficaz de las úlceras pépticas por *H. pylori*.

Lecturas complementarias

Graham DY, Rakel RE, Fendrick AM, et al. Recognizing peptic ulcer disease: keys to clinical and laboratory diagnosis. *Postgraduate Medicine*. 1999;105(3):113-133.

Lahaie RG, Gaudreau C. *Helicobacter pylori* antibiotic resistance: trends over time. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 2000;14(10):895-899.

Manes G, Balzano A, Iaquinto G, et al. Accuracy of the stool antigen test in the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection before treatment and in patients on omeprazole therapy. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2001;15(1):73-79.

McManus TJ. *Helicobacter pylori*: an emerging infectious disease. *Nurse Practitioner*. 2000;25(8):42-46.

National Institutes of Health, Office of the Director. *NIH Consensus Statement: Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease*. Vol. 12, No. 1. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1994.

Saunders CS. *H. pylori* infection: simplifying management. *Patient Care*. 1999;(20):118-134.

Vaira D, Holton J, Menegatti M, et al. Review article: invasive and noninvasive tests for *Helicobacter pylori* infection. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2000;14(suppl 3):13-22.

El gobierno de Los Estados Unidos no apoya ni favorece ningún producto comercial o compañía específico. Nombres de comercio, propietario o de compañías que aparecen en este documento se usan solamente porque son considerados necesario en el contexto de la información proporcionada. Si no se menciona un producto, este no significa o no implica que ese producto es insatisfactorio.

National Digestive Diseases Information Clearinghouse

2 Information Way
Bethesda, MD 20892-3570
Teléfono: 1-800-891-5389
Fax: 703-738-4929
Correo electrónico: nddic@info.niddk.nih.gov
Internet: www.digestive.niddk.nih.gov

El National Digestive Diseases Information Clearinghouse (NDDIC) es el Centro Coordinador Nacional de Información sobre las Enfermedades Digestivas, un servicio del National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Este Instituto forma parte de los National Institutes of Health, que a su vez dependen del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos. Fundado en 1980, el NDDIC proporciona información sobre enfermedades digestivas a las personas con trastornos digestivos y a sus familiares, así como a los profesionales de la salud y al público en general. El NDDIC responde a preguntas, produce y distribuye publicaciones y colabora estrechamente con organizaciones profesionales, gubernamentales y de pacientes para coordinar los recursos sobre las enfermedades digestivas.

Las publicaciones producidas por el NDDIC son revisadas cuidadosamente por los científicos del NIDDK y por expertos fuera de la organización.

Esta publicación no tiene derechos de autor. El NDDIC otorga su permiso a los usuarios de esta publicación para que pueda ser reproducida y distribuida en cantidades ilimitadas.

También se encuentra esta hoja de información en www.digestive.niddk.nih.gov/spanish/indexsp.asp.



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH
AND HUMAN SERVICES
National Institutes of Health

NIH Publication No. 07-4225S
Noviembre 2001