



**Dr. Gonzalo Guerra Flecha**

Especialista en aparato digestivo y en cirugía del aparato digestivo

Fundador de CMED

Centro Médico- Quirúrgico de Enfermedades Digestivas

## “*Helicobacter pylori*: avances en el diagnóstico y tratamiento”

### Sintomatología de la infección por *Helicobacter pylori*

**Halitosis:** es uno de los primeros síntomas que nos puede hacer sospechar que un paciente está infectado.

La bacteria desprende ureasa, que se exhala en el aliento y produce ese olor característico tan desagradable. Si el paciente no es consciente de la halitosis, es recomendable preguntar a una persona de su entorno.



**Disconfort gástrico:** es muy común, aunque los pacientes no lo suelen relacionar con la presencia de la bacteria.

**Síndrome dispéptico o ulceroso:** no significa que el paciente tenga úlcera péptica gástrica o duodenal, pero si quiere decir que tiene una sintomatología parecida desencadenada exclusivamente por el *Helicobacter*.

**Gastritis crónica:** el 90% de los pacientes infectados por la bacteria desarrollan esta patología, especialmente a nivel antral. A día de hoy y en la mayoría de los casos, no es posible curar totalmente la gastritis crónica. Una vez erradicada la bacteria, es recomendable realizar una profilaxis ocasional o a demanda del propio paciente según sintomatología.





**Cáncer gástrico:** no está totalmente comprobado que el *Helicobacter* sea capaz de provocar un adenocarcinoma gástrico, ya que en poblaciones donde la incidencia de la bacteria es superior al 50% no se ha registrado un aumento proporcional de dicha neoplasia.

Sí está claro y demostrado que el linfoma de MALT es de exclusiva responsabilidad del *Helicobacter*. Este linfoma, diagnosticado precozmente, se puede curar solamente con el tratamiento antibiótico de la bacteria. En casos avanzados, hay que añadir quimioterapia y, en alguna ocasión, radioterapia, elevándose la tasa de curación prácticamente al 100% de los casos.

### Tratamiento en CMED

**Tratamiento de primera elección:** claritromicina y amoxicilina durante 10 días, más un IBP durante 20 días.

**Tratamiento si no responde el de primera elección:** amoxicilina y levofloxacino durante 10 días ambos, más un IBP durante 20 días.

**Tratamiento más novedoso:** claritromicina, amoxicilina y metronidazol durante 10 días, más un IBP durante 20 días. Este tratamiento mejora el porcentaje de erradicación en 2 puntos aproximadamente. En CMED, no utilizamos este tratamiento al considerar que no está justificado este porcentaje en relación a los efectos secundarios de esta triple terapia antibiótica.



## “IBP y déficit de vitamina B12”

La vitamina B12, al igual que las otras vitaminas del complejo B, es imprescindible para un buen funcionamiento del metabolismo, además de ayudar a la formación de glóbulos rojos en la sangre y al mantenimiento del sistema nervioso central. Es por ello, que una deficiencia de esta vitamina pueda ser perjudicial para la salud.

Una administración prolongada de IBP puede provocar una anemia por déficit de absorción de la vitamina B12 y un mal funcionamiento del factor intrínseco del estómago (también responsable de la fabricación de los glóbulos rojos). En pacientes con patologías que exigen una cronicidad, existen opciones terapéuticas para suplir esta deficiencia.

Se puede administrar vitamina B12 por vía inyectable una vez al mes. Además, se debe recomendar a los pacientes que tomen alimentos aliñados con zumo de limón, ya que ayuda a garantizar la absorción de las vitaminas B12, B3, B6 y B9 sin riesgos de hipovitaminosis por la toma prolongada de omeprazol y otros IBP, como el pantoprazol.



## “El cáncer colorrectal: una nueva lacra con más de 32.000 nuevos casos anuales”

El **cáncer de colon** ha experimentado en los últimos años un crecimiento progresivo de unos **2.000 casos nuevos** más al año y, a la espera de datos oficiales del año **2013**, la cifra será aproximadamente de **35.000** nuevos casos de CCR. Estas cifras, están lejos de ser asumibles humana, médica y económicamente.

### Precisión de las pruebas diagnósticas

- **Hemorragia oculta en heces:** es una prueba práctica y fácil. Sin embargo, no es excluyente si es negativa y no es concluyente si es positiva, aunque sí orientativa. En este último caso es necesaria una colonoscopia.



# CMED y “La salud digestiva”

- **Cribado celular en heces:** es una prueba cuyo resultado negativo no es excluyente. En el caso de identificarse células tumorales precisa de una colonoscopia para conocer la localización exacta.
- **Test Septina 9:** este es un gen metilado que aparece en sangre precozmente en el caso de un proceso degenerativo colorrectal, sin embargo no detecta la presencia de pólipos, precursores en muchos casos del CCR.
- **Determinaciones genéticas:** si son negativas no son excluyentes pero sí orientativas de predisposición. También es recomendable la realización de una colonoscopia.
- **Colonoscopia virtual:** prueba exenta de riesgos y con una precisión prácticamente absoluta. Tiene el inconveniente de que si se detecta un pólipo hay que realizar una colonoscopia real para su extirpación. Se pueden coordinar las pruebas y si se detectan pólipos, realizar una colonoscopia real y extirparlos, evitando al paciente una doble preparación.
- **Colonoscopia:** principal prueba para la detección precoz de la enfermedad, al aunar diagnosis y tratamiento terapéutico en caso de necesidad.

## Programa de cribado de CCR según la AECC

- **Pacientes con genética previa familiar:** se recomienda la realización de una colonoscopia a partir de los 40 años cada 4 años si son negativas.
- **Pacientes sin genética previa familiar:** se recomienda la realización de una colonoscopia a partir de los 50 años cada 4 años si no hay patología.
- **Pacientes con patología de pólipos:** se recomienda repetir una colonoscopia al año. Se va aumentando la periodicidad si la prueba es negativa hasta los 4 años.



**La curación de esta pandemia en fase precoz sobrepasa el 90%. No obstante, en los últimos 20 años se ha aumentado la supervivencia media al 72%.**

Si tiene sugerencias, comentarios, dudas o simplemente quiere contactar con nosotros, puede mandarnos un email a: [drguerra@cmed.es](mailto:drguerra@cmed.es)