

istock 496159007

A comienzos de los 80, el doctor **Barry J. Marshall** era un joven e inquieto microbiólogo australiano obsesionado con una bacteria. Estaba convencido de que el [Helicobacter Pylori](#) -descubierto por su jefe y mentor, **Robin Warren**- era la causa de la mayoría de las úlceras gastroduodenales. En la comunidad médica nadie les creía: ¿cómo iba a sobrevivir una bacteria en un medio tan ácido como el estómago? Las úlceras las causaba el estrés. Así que Marshall tomó una decisión que cambiaría el rumbo de muchas vidas: una mañana de 1984, en el hospital Fremantle de Perth, mezcló un cultivo de H. pylori con caldo de carne y, **como si fuera un chupito de margarita, se lo tomó de un trago**. Unos días después comenzaron los dolores y los vómitos. La biopsia confirmó lo que esperaban: la bacteria había colonizado su estómago.

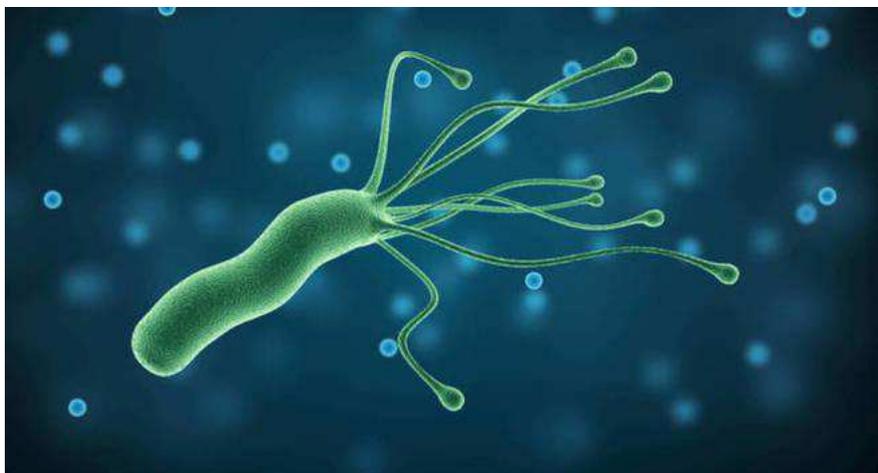
Las investigaciones de Marshall y Warren -por las que recibirían el **Premio Nobel** en 1985- sirvieron “para ayudar a muchísimas personas y salvar vidas de gente con úlceras gástricas y duodenales, sangrados y dolores importantes -explica la doctora **Irina Matveikova**, autora del libro ‘Bacterias. La revolución digestiva (Ed. La esfera de los libros). Desde entonces **le declaramos la guerra al H. pylori** y, para conseguir su erradicación, creamos combinaciones potentes de varios antibióticos que se deben administrar al mismo tiempo”.

Los humanos hemos convivido con esta bacteria desde hace al menos 50.000 años. Estamos colonizados

Sí, en las décadas siguientes, el objetivo fue borrar del mapa al H.pilory, especialmente desde que, en 1994, la OMS lo declarara ‘cancerígeno de clase i’ por su papel en el incremento del riesgo de desarrollar **cáncer de estómago**. Pero ¿realmente tiene sentido perseguir y eliminar la bacteria en todos los casos?



Para intentar dar una respuesta a esta cuestión, echemos una mirada al pasado. Lejos, muy lejos en el tiempo: nuestros primeros ancestros, aquellos que salieron de África y colonizaron el resto del mundo, ya llevaban en sus estómagos esta bacteria. “Los humanos hemos convivido con *H. pylori* durante al menos 50.000 años, y probablemente desde mucho tiempo antes”, exponen los doctores **John C. Atherton** y **Martin J. Blaser** en una revisión publicada en *The Journal of Clinical Investigation*, para, a continuación, plantear la siguiente reflexión: “Una población humana sin *H. pylori* es algo nuevo. Tanto nuestra fisiología como nuestra inmunología se han desarrollado teniendo presente la colonización de esta bacteria, y ahora su ausencia puede causar problemas”. Matveikova apostilla: “Es una relación larga y muy consolidada entre la bacteria y su portador. Y ambos evolucionaron conviviendo y ‘puliendo mecanismos propios de supervivencia y resistencia’”.



Helicobacter Pylori. (iStock)

Porque algo que solemos olvidar cuando hablamos del helicobacter es que lo tenemos mucho más cerca de lo que nos imaginamos. Nos lo cuenta el doctor **Gonzalo Guerra Flecha**, especialista en digestivo del [Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas](#): “En Madrid, el 48% de la población tiene helicobacter; en Orense, el 72%; en Soria y Teruel, el 26%... Si nos vamos a Níger, nos encontramos con que está infectada el 92% de la población... Realmente, la prevalencia es enorme. Afortunadamente, no todo el mundo presenta síntomas”.

#### Proteínas tóxicas

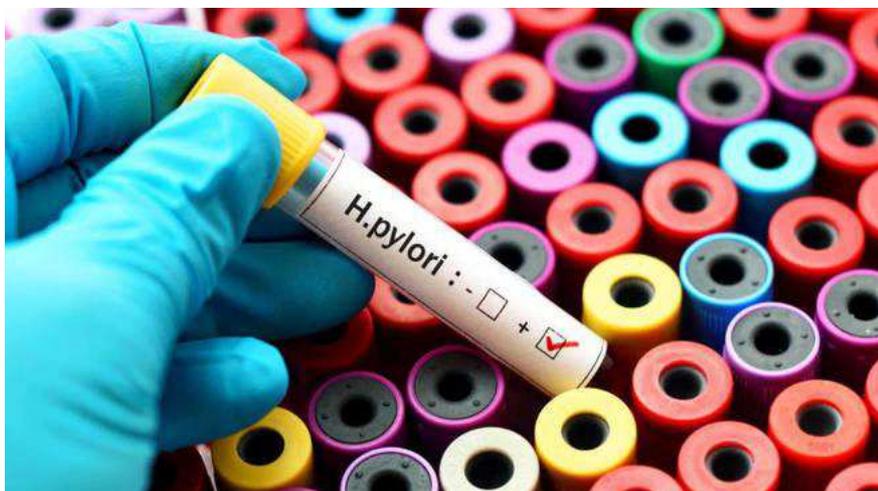
Síntomas. Cuando esta bacteria da la lata, suele hacerlo “en forma de distensión y dolor abdominal, dispepsia, saciedad precoz, cansancio, náuseas, vómitos y falta de apetito -nos explican **Sara López Oliva** e **Ismael San Mauro Martín**, de Grupo Cinusa. Además, como esta bacteria es capaz de modificar el pH ácido a pH neutro, provoca una peor digestión de los alimentos e incrementa el riesgo de padecer [sobrecrecimiento bacteriano intestinal](#)”.

Pero, como decíamos, **no todo el mundo presenta síntomas**. Y en ello juega un importante papel una proteína muy tóxica llamada CagA. “Se estima que, en Occidente, solo un 50% de las infecciones por *H. pylori* serán muy agresivas al poseer esta proteína -explica Matveikova-. En el otro 50% serán inocuas. Hay estudios que incluso sugieren que la misma bacteria, en su forma no agresiva, nos protegerá del cáncer de esófago, de algunas enfermedades autoinmunes y de otras infecciones”. Una auténtica **espada de doble filo**, porque la variante más agresiva es la que nos podría llevar al cáncer gástrico.

“Se estima que el 50% de las infecciones por *Helicobacter pylori* serán inocuas”

La cuestión que se plantea es la de cuándo bombardear al helicobacter. ¿Siempre? ¿Solo cuando dé síntomas? El mismísimo Barry Marshall califica de “muy complejo” este dilema. Imaginemos que descubren que nuestra pareja tiene *H. pylori* y nosotros también queremos hacernos una prueba para comprobar si estamos infectados. Y esa prueba da positiva (aunque nosotros no tengamos síntomas). A partir de ahí, sabemos que **un 10% de los portadores desarrolla úlcera**, y que tal vez el 2%, pasados los 50 años, terminaría desarrollando un cáncer de estómago. También podríamos contagiar a nuestros hijos... Así que, seguramente, pediríamos que nos dieran un tratamiento para quitarnos la bacteria de encima.

Pero esto generaría distintos problemas: supondría tratar a la mitad de la población con antibióticos y, más allá del coste económico, ya sabemos que cuando no tenemos síntomas, no solemos hacer bien los tratamientos; esto provocaría **resistencias bacterianas** y un nuevo problema de salud. “Lo que ahora se hace en la mayoría de los países es tratar el *H. pylori* si se encuentra, pero desde luego no vamos a buscarlo en cada persona”, explica Marshall.



iStock.

Hay más motivos para valorar la conveniencia o no de tratar la infección. “**Hay casos en los que el tratamiento es imprescindible**: gastritis, úlceras, halitosis... En el resto hay que valorarlo -apunta el doctor Guerra- Es muy interesante que el diagnóstico se haga **mediante biopsia**, porque así el histopatólogo te dice el grado de

infección y su virulencia: si el informe pone que 'hay incontables helicobacter'... pues habrá que poner medicación. Pero siempre hay que tener claro que los tratamientos son duros y pueden dar complicaciones”.

En este sentido, la doctora Matveikova apunta que “los **efectos secundarios** sobre la microbiota intestinal y el sistema inmune son tan grandes que no se sabe qué es mejor: perseguir y tratar de destruirlo, o valorar su agresividad y quizás tratar de encontrar una forma de convivencia”.

"La destrucción de bacterias intestinales por el tratamiento con antibióticos es brutal"

El tratamiento habitual consiste en un cóctel de varios antibióticos y protectores de estómagos. Una bomba para el helicobacter... y para nuestra [microbiota](#). “La destrucción de bacterias intestinales es brutal -confirma el doctor Guerra-. Tendremos que dar posteriormente probióticos y prebióticos; no se puede dejar al paciente con una enfermedad complementaria después del tratamiento”.

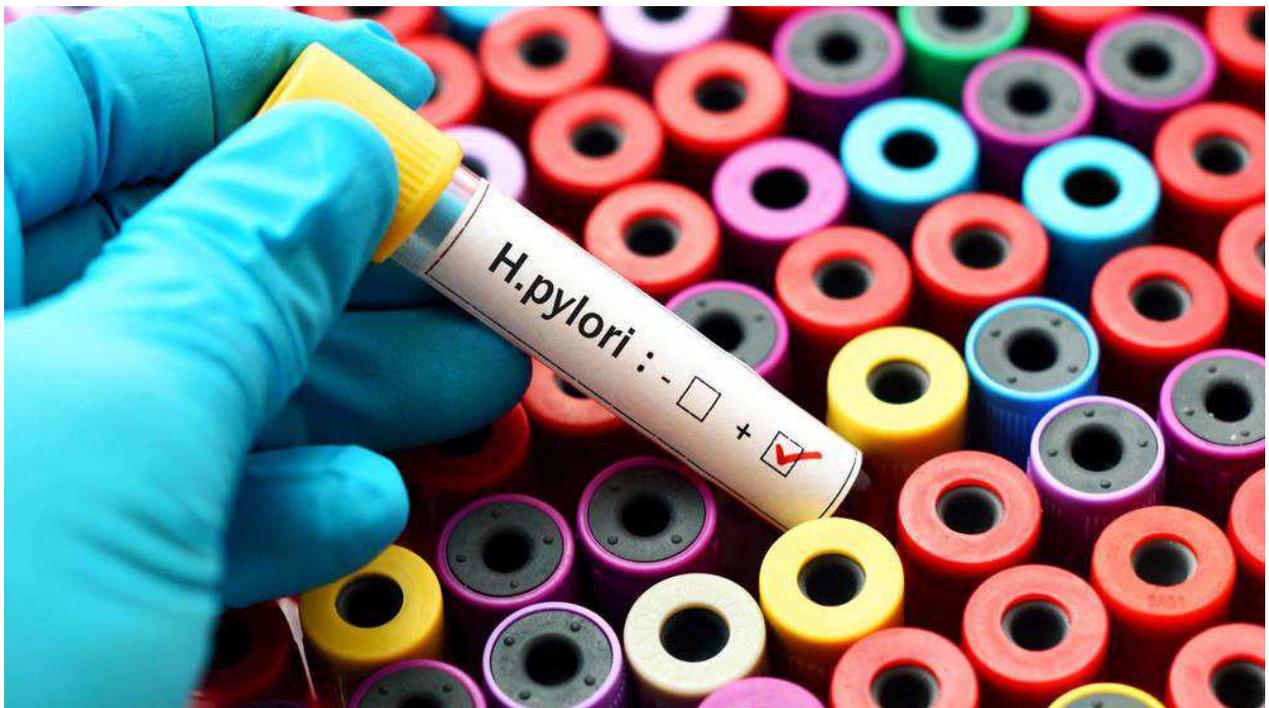
Es algo que ven de forma habitual Sara López e Ismael San Mauro: “A consulta llegan personas que padecen un sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) que han tenido previamente helicobacter; además, en la mayoría de los casos no se toman [probióticos](#), y este factor puede modificar la microbiota intestinal y dar incluso lugar a intolerancias alimentarias futuras”.

No, los tratamientos no son inocuos y hay que **pagar un peaje**. La propia doctora Matveikova, que hace años también se encontraba en las filas de aquellos médicos luchadores y enemigos absolutos del helicobacter, reconoce que “ahora, como muchos otros profesionales, intento **estudiar atentamente cada caso clínico**, cada historia, antes de firmar (más bien prescribir) la sentencia de muerte de este ‘diablo estomacal’. Porque cada estómago, cada tipo de bacteria y su forma de convivencia entre ellos es diferente”.

Principales Tags

- [Enfermedades](#)

El redactor recomienda



• [La táctica del helicobacter pylori para infectar al 50% de los españoles](#)

Álvaro Hermida