

# ¿Sabemos manejar la infección por *Helicobacter pylori* en Pediatría?

Peris Peris A<sup>1</sup>, Escolano Serrano S<sup>2</sup>, España Marí M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MIR Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia. España.

<sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia. España.

La prevalencia de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) está en descenso, especialmente en regiones desarrolladas y en población con recursos socioeconómicos elevados. Aun así, sigue siendo una de las infecciones más comunes a nivel mundial en la población pediátrica, aunque la tasa de infección es menor que en la población adulta. Sin embargo, la tasa de reinfección en la edad pediátrica se ha visto que es elevada, incluso tras terapia de erradicación<sup>1</sup>. Los factores de riesgo para la reinfección por *H. pylori* son los mismos que para la primoinfección: nivel socioeconómico bajo y hacinamiento (casa/ habitación compartida por muchas personas, sistema de alcantarillado deficitario, ingesta de agua no tratada, convivientes con infección por *H. pylori*)<sup>1</sup>. La mayoría de los niños infectados por *H. pylori* están asintomáticos<sup>2,3</sup>.

La principal causa de dolor abdominal crónico o recurrente en la edad pediátrica es el dolor abdominal funcional basado en los criterios Roma IV<sup>2</sup>. No existe evidencia de que la infección por *H. pylori* cause dolor abdominal funcional en niños y que el tratamiento mejore estos síntomas<sup>2,3</sup>. Por ello, se deben utilizar estrategias de diagnóstico y tratamiento distintas en niños y en adultos.

En los últimos años, dada la extrapolación de las guías de adultos a la práctica clínica, ha aumentado la controversia respecto a la sintomatología ligada a la infección por *H. pylori*, los métodos diagnósticos de la misma y la indicación de tratamiento<sup>2</sup>. La realización de un cribado diagnóstico de infección por *H. pylori* en la población pediátrica en estudio por dolor ab-

dominal crónico (sin signos de alarma) puede generar debate. Para intentar unificar estos criterios se ha creado una guía elaborada por expertos de las Sociedades de Gastroenterología Pediátrica de Europa (ESPGHAN) y Estados Unidos (NASPGHAN), publicada en 2011 y actualizada por última vez en 2017, para orientar adecuadamente el manejo de la infección<sup>2,4</sup>.

Teniendo en cuenta este último consenso, la búsqueda de la infección se realizará solo en niños con dolor abdominal que presenten signos y síntomas de alarma (sospecha de causa orgánica), como vómitos persistentes, disfagia, hematemesis o melenas, pérdida de peso involuntaria, disminución de la velocidad de crecimiento, fiebre de origen desconocido, artritis, enfermedad perianal, o antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, celiaquía o úlcera péptica<sup>2,3</sup>. Por otro lado, el diagnóstico de la infección se debe realizar mediante una prueba invasiva (gastroscoopia), salvo en casos seleccionados (púrpura trombocitopénica inmune y niños con riesgo de complicaciones por la endoscopia), en los que un test no invasivo positivo puede diagnosticar la infección si se acompaña de un alto índice de sospecha<sup>2,4</sup>. Las pruebas no invasivas (test del aliento y antígeno [Ag] de *H. pylori* en heces) solo están indicadas para confirmar la erradicación tras el tratamiento y, a diferencia del adulto, en niños no debe aplicarse la estrategia *test and treat*<sup>2</sup>.

Debido al aumento de niños derivados a consulta externa de Gastroenterología Pediátrica en nuestro hospital y niños ingresados por dolor abdominal a estudio con la determinación no

**Cómo citar este artículo:** Peris Peris A, Escolano Serrano S, España Marí M. ¿Sabemos manejar la infección por *Helicobacter pylori* en Pediatría? Form Act Pediatr Aten Prim. 2024;17(4):214-6.

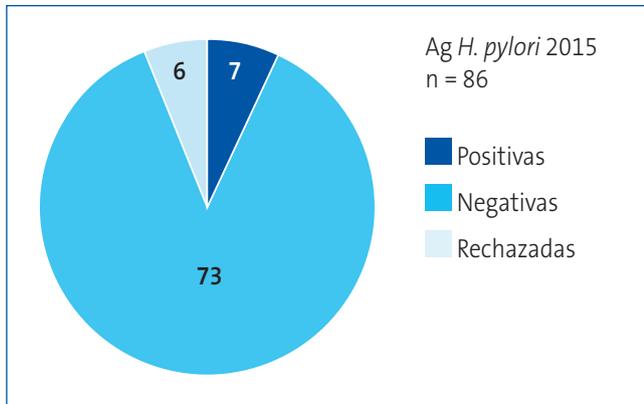


Figura 1. Número de Ag en heces solicitado en 2015.

Fuente: elaboración propia.

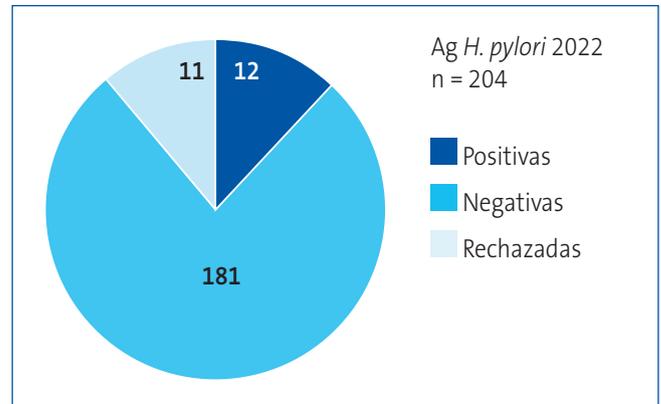


Figura 2. Número de Ag en heces solicitado en 2022.

Fuente: elaboración propia.

invasiva de *H. pylori* realizada previamente, como parte de su algoritmo diagnóstico, se recogieron de forma retrospectiva los casos codificados con diagnóstico de infección por *H. pylori*, en base a un test no invasivo (Ag en heces) en 2015 y 2022, del departamento de Salud de nuestro hospital comarcal, solicitados desde el hospital y desde Atención Primaria. Teniendo en cuenta que el último consenso es de 2017, se revisaron los datos de dos años, uno previo y otro posterior a su publicación, para comprobar si se había reducido el número de test no invasivos solicitados como *screening* diagnóstico. La sorpresa fue que el número de Ag en heces solicitado en 2022 duplicó con creces el número solicitado en el año 2015 (como se muestra en la Figura 1 y en la Figura 2).

Es importante tener en cuenta las diferencias de la infección por *H. pylori* en menores y en adultos, principalmente la clínica de presentación y el abordaje diagnóstico. La enfermedad por *H. pylori* es una entidad con elevada casuística entre la población adulta, con un manejo de esta radicalmente diferente al de la población pediátrica (es necesario remarcar la estrategia *test and treat* de las últimas guías clínicas de Medicina Digestiva de adultos), y por ello, subsidiaria de generar situaciones de confusión y mala praxis en cuanto a su abordaje en la edad pediátrica<sup>1,2</sup>.

Rara vez la *H. pylori* causa enfermedad por úlcera péptica en la infancia y para identificar a estos niños hay que tener en cuenta los signos de alarma del dolor abdominal de causa orgánica. El diagnóstico de úlcera gástrica por *H. pylori* precisa de confirmación endoscópica, con visión directa y toma de muestras para biopsia y realización de cultivo, PCR, test de ureasa rápido y examen histológico<sup>2-4</sup>.

Según las guías de práctica clínica pediátrica no está justificado el inicio de tratamiento erradicador basado en resultados de pruebas no invasivas, sin haberse realizado una endoscopia con los estudios pertinentes, salvo casos concretos y muy pun-

tuales de contraindicación de gastroscopia (arriba expuestos)<sup>2,3</sup>. Destaca en nuestros resultados que, pese a la publicación de las guías clínicas, se han duplicado las pruebas no invasivas realizadas, reduciendo su rendimiento, aumentando los costes sanitarios y la ansiedad familiar.

Para algunos menores con dolor abdominal funcional, una prueba positiva puede aumentar la ansiedad e incluso empeorar los síntomas, tanto a ellos, como a los familiares. Estos últimos en muchas ocasiones son conocedores del diagnóstico de infección por *H. pylori* y de su manejo en la población adulta, entrando en contradicción con la actitud terapéutica de la población pediátrica.

Por tanto, saber reconocer estos síntomas y solicitar las pruebas diagnósticas adecuadas es primordial para reducir el número de terapias antibióticas prescritas y orientar un diagnóstico correcto del niño con dolor abdominal.

Una mayor difusión de las últimas guías clínicas en entidades pediátricas de elevada incidencia, con actualizaciones periódicas y puesta al día entre los diferentes profesionales sanitarios que se encargan de proporcionar asistencia a la población pediátrica de un departamento, mejoraría la calidad asistencial ofrecida y evitaría discrepancias y manejos contradictorios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gold BD, Nicola LJ. *Helicobacter pylori*: Diagnosis and management in the pediatric patient. En: UpToDate [en línea] [consultado el 18/11/2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/helicobacter-pylori-diagnosis-and-management-in-the-pediatric-patient?>
2. Galicia Poblet G, Alarcón Cavero T, Alonso Pérez N, Borrell Martínez B, Botija Arcos G, Cilleruelo Pascual ML, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection in the pediatric age. *An Pediatr*. 2021;95(5): 383.e1-383.e9.

3. Suárez Rodríguez MA; Grupo de patología infecciosa de la AEPap. *Helicobacter pylori*: una bacteria a considerar en pediatría de atención primaria. En: AEPap [en línea] [consultado el 18/11/2024]. Disponible en: <https://aepap.org/wp-content/uploads/2024/02/Helicobacter-pylori-una-bacteria-a-considerar-en-pediatria-de-atencion-primaria.pdf>

4. Jones NL, Koletzko S, Goodman K, Bontems P, Cadranet S, Casswall T, et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the Management of *Helicobacter pylori* in Children and Adolescents (Update 2016). *J Pediatr Gastroenterol.* 2017;64 (6):991-1003.