NUEVO KIT DIAGNÓSTICO PARA IDENTIFICACIÓN DEL H PYLORI PATÓGENO . ESTUDIO 10 AÑOS (640 PACS). CULTIVO, TEST UREASA/GENOTIPIFICACIÓN.

CORRELACIÓN DE TEST AIRE ESPIRADO & CULTIVO (+) CEPAS RESISTENTES

A. SEPULVEDA, F. RIQUELME, C. BRICENO, G. VENEGAS, A. GARCIA, C. GONZALEZ, F. KAWAGUCHI , CG YANEZ CAROLINA DELGADO, FABIOLA DAROCH ,JAIME MADARIAGA, R. LOAIZA, O. VENEGAS, JL CASTILLO, M. CASTILLO,G. ZULOAGA, MJ AVENDAÑO, Y. GIDI, R. LUCO, P. ARRIAGADA, T. PEREZ, I. ALFARO, D. ASTUDILLO, L. RUIZ, E. VEGA, M. VALDEBENITO, A. HEISSER, L. RIOS, G. MONTERO, R. CAAMANO, G. TORRES, V. SALAS, P. CANALES.

INTRODUCCION:

Luego de aceptada la importancia del Helicobacter Pylori por la OMS como un factor directamente involucrado en el Cáncer Gástrico dependiente de factores ambientales, nuestro grupo decidió evaluar su prevalencia en nuestra región localizada a 500 Km. de la Capital de nuestro país, Chile.

La altas tasas de cáncer gástrico avanzado, nos instó a buscar fórmulas que pudieran ayudarnos a disminuir este flagelo; mediante el diagnóstico precoz del cáncer gástrico dependiente de factores ambientales (a mediados de los años 90, constituía sobre el 70% del cáncer gástrico en nuestra región). Primero, fue intentar correlacionar el diagnóstico clínico de este tipo de cáncer gástrico con las características clínicas del paciente, evaluado de acuerdo a sus características macroscópicas, endoscópicas y anatomopatológicas;

Para ello se dispuso de reuniones anatomoclínicas. Con el objeto de caracterizar a este tumor; con su localización en el estómago, su forma, tamaño, características de la mucosa vecina, edad del paciente, sexo, tipo de metaplasia intestinal en aquellas mucosas vecinas dañadas, tipo de mucina predominante, ciclo celular y fase proliferativa de su ADN; P53; PCNA; estado inmunológico del paciente, y finalmente la presencia o ausencia del Helicobacter pylori y su patogenicidad.

De esta manera se protocolizó este estudio, inicialmente con la colaboración entre la Unidad de Gastroenterología del Hospital Trabajador y el Departamento Microbiologia de la Facultad de Cs Biológicas de la U de Concepción, valorando además del análisis molecular de cepas resistentes, particularmente en aquellos vinculados con pacientes con Linfoma MALT y cáncer gástrico.

EPIDEMIOLOGIA

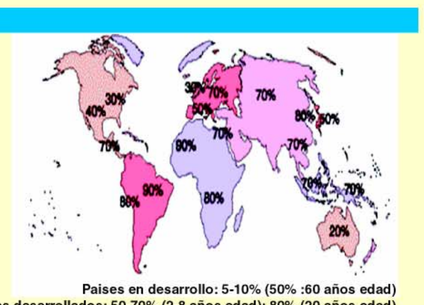
La prevalencia hp depende del nivel de desarrollo del país.

El aumento progresivo dela resistencia antibiótica a mtz y ctm, disminuye la efectividad del tratamiento de primera linea según consenso hasta 2005

La acción sinergica del bismutosubc. (+) amoxicilina (+) omeprazol, con una mínima resistencia en las últimas publicaciones de acuerdo a tests ureasa, pcr en deposiciones, e histología

y la excelente correlación entre hp resistente al tto de primera linea y el test de urea en aire espirado de c13, nos han demostrado la utilidad de este analisis no invasivo y de bajo costo en niños y adultos según estudios poblacionales para regiones con alta resistencia a los antibióticos tradicionalmente utilizados.

(50% para mtz y 29% para claritromicina. Dpt pediatria gastroenterologica. Ama uegw nov 2005)



Paises en desarrollo: 5-10% (50% :60 años edad)
Paises desarrollados: 50-70% (2-8 años edad); 80% (20 años edad)

CONSECUENCIAS CLINICO-EPIDEMIOLÓGICAS PARA EL GRUPO CONCEPCIÓN DE "ESTUDIO DE HP"

Así nace un grupo heterogéneo y multidisciplinario cuyos intereses se han ido diversificando y fortaleciendose cada uno de ellos en su área o sub-especialidad, manteniendo fructíferas reuniones de trabajo durante todo este tiempo, hasta lograr ser aceptados como una opinión válida en el seno del Centro Internacional de Estudios del Helicobacter Pylori; constituyéndonos en uno de las principales estructuras de investigación multidisciplinaria a nivel Mundial.

Nuestra presencia en foros nacionales e internacionales, latinoamericanos y europeos; permitieron unificar conceptos encontrando consensos, que permitió crear un lenguaje común para los investigadores de Oriente y Occidente.

Luego ha venido la etapa de consolidación mediante estudios cada vez de mayor complejidad los que nos ha permitido conocer la progresiva resistencia de ciertos cultivos de Helicobacter Pylori a antibióticos utilizados habitualmente en esquemas tradicionales como por ejemplo el Metronidazol; Claritromicina, Tetraciclina entre otros (Nov 2006).

La búsqueda de un analisis no invasivo y de bajo costo en niños y adultos para estudios poblacionales en regiones con alta resistencia a los antibióticos tradicionales, se transforma así en nuestro principal desafío.

CORRELACION CLINICO BIOHISTOLOGICA SEGUN PATRON DE MI EN CA GASTRICO TEMPRANO

PARAMETRO	DIFUSO SIN MI	DIFUSO CON MI	INTESTINAL CON MI
PACIENTES	27	57	202
SEXO	MUJER(63%)	HOMBRE(56%)	HOMBRE(73%)
EDAD	30-59(70%)	30-59(58%)	60 y más(73%)
TAMAÑO LESION	2.1-4.0 cm.	2.1-4.0 cm.	0.6-2.0 cm
TAMAÑO/ PROF.	No existe	No existe	Existe
LOCALIZACION	Fondo	Cuerpo	Antro
n(+)	3 (11%)	2 (4%)	10 (5%)
ly(+)	7 (26%)	11 (19%)	40 (20%)
Severidad MI	(-)	leve	severa
Macroscopía	excavado(78%)	excavado(95%)	elevado
HP	ausente	no significativo	significativo
Tipo MI	(-)	Mixta(97%)	Completa(95%)
EUS	infiltrativo	expansivo	localizado
MUCOSA VECINA	sana	no significativo	metaplasia / displasia

Kawaguchi F. Acta Scholae Medicinalis Universitatis 1992; 40(5):688-97

MALT GASTRICO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN PACIENTES CON MALT GASTRICO DERIVADOS A NUESTRA UNIDAD PARA EVALUAR PROFUNDIDAD DE INVASIÓN MEDIANTE EUS, CITOMETRIA DE FLUJO Y CULTIVO DE CEPAS PATÓGENAS DE H PYLORI. CANCUN CONGRESO PANAMERICANO NOVIEMBRE 2006

(UNIDAD GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL TRABAJADOR, SECCION GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL CLINICO REGIONAL CONCEPCION, 1997-2006)

AUTORES: F.KAWAGUCHI, F. CHUECAS, A. ROSSLE, C.GONZALEZ, A.GARCIA, F.RIQUELME, C.BRICEÑO, J.MADARIAGA, O. VENEGAS, G. VENEGAS, JL CASTILLO, CG YAÑEZ, G.ZULOAGA, R. LOAIZA, E. VEGA, A. HEISSER, T. PEREZ, N. PEREZ, V. VERA, R. ABRIGO, M.VALDEBENITO, L. RUIZ

RESUMEN:

El Linfoma MALT representa del 1 al 7 % de las neoplasias Gástricas y puede comprometer otras localizaciones. Es una entidad clínica descrita en 1983, con alcances diagnósticos y terapéuticos aún en discusión.

Se presentan 11 casos clínicos de linfoma MALT gástrico tratado en nuestro centro.
Se evalua cuadro clínico, utilidad de la Endosonografía, Cultivo de Cepas patógenas, Estudio Inmunológico mediante Citometria de Flujo y tratamiento.

SUMMARY:

The MALT Lymphoma represents 1 to 7% of gastric neoplasias and can compromise other locations. It was a recognized clinical entity in 1983 with diagnostic and therapeutic scopes that are still in discussion.

11 clinical cases of gastric MALT Lymphoma is presented in our center.

EUS, H pylori culture and Flowcytometry analysis and treatment are evaluated in the present study.

MATERIAL Y METODOS:

Se presentan 11 pacientes derivados a la Unidad de Gastroenterología del Hospital del Trabajador entre los años 1997 y 2006, para realizar estudio de Helicobacter Pylori mediante Cultivo y Genotipificación de las cepas y Evaluación de profundidad de invasión y de compromiso regional mediante EUS.

Los 3 pacientes con signos de alarma , presentaban compromiso de ganglios regionales.
Clinicamente estos 11 pacientes se clasificaron en:

5 pacientes con Dispepsia Funcional(Edad entre 14 y 52 años de edad, 4 mujeres y 1 hombre)
3 pacientes con signos de alarma neo gastrico(Edad entre 58 y 66 años, 1 mujer y 2 hombres)
3 pacientes con Dispepsia Ulcerosa(Edad entre 27 y 39 años, 1 mujer y 2 hombres)

De los 5 pacientes con Dispepsia funcional, 1 paciente con lesión de ángulo por curvatura menor de aspecto erosiones múltiples en un área de 2-3 cms (mujer, 39 años). 2 pacientes presentaban compromiso de cuerpo gástrico hasta la submucosa, uno de ellos con compromiso de cara posterior cuerpo gástrico de aspecto erosiones múltiples en un área de 1.5 cms (mujer 15 años). El otro paciente presentaba 3 lesiones gástricas de aspecto IIa (+) IIc en un área de unos 2 cms, según CIJ en CGT.
Los otros 2 pacientes que consultaron por DF, presentaron compromiso hasta mp según EUS)

De los 3 pacientes con signos de alarma , 2 de ellos presentaron una lesión Tipo Borrmann IV de la C J para Cáncer Gástrico Avanzado (hombre de 66 y mujer de 62 años). El tercer paciente presentaba Sindrome Pilórico por compromiso antropilórico con dificultad para el paso a través del canal pilórico.

De los 3 pacientes con Dispepsia Ulcerosa, los 3 presentaban úlceras a nivel duodenal, uno de ellos con al menos 3 lesiones A I UL3 en cara posterior del bulbo duodenall(2 hombres de 27 39 años y una mujer de 30 años). Los 3 presentaban anemia con melena en los últimos 6 meses.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO SEGÚN PATOGENESIS Y TIPO ULCERACIÓN ,INVASIÓN, INFILTRACIÓN Y COMPROMISO GANGLIONAR MEDIANTE CULTIVO HP

De los 5 pacientes con Dispepsia Funcional , la paciente con compromiso mucoso, fue resecado endoscópicamente, tratado según antibiograma y evaluado periódicamente durante 5 años, sin regresión de la enfermedad.

Los otros 3 pacientes con dispepsia funcional y compromiso submucoso fueron tratados con resección endoscópica de la lesión, quimioterapia y seguimientos durante 5 años.

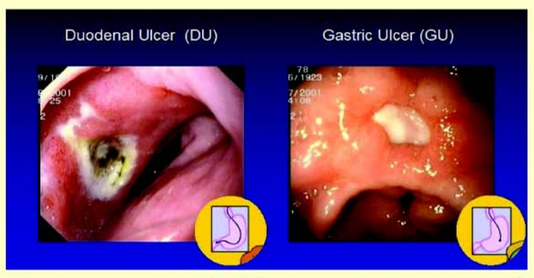
Una paciente con compromiso de muscular propia fue tratada con anti helicobacter pylori, y Quimioradioterapia(7 sesiones). Sin lesión residual luego de 10 meses de seguimiento endoscópico.

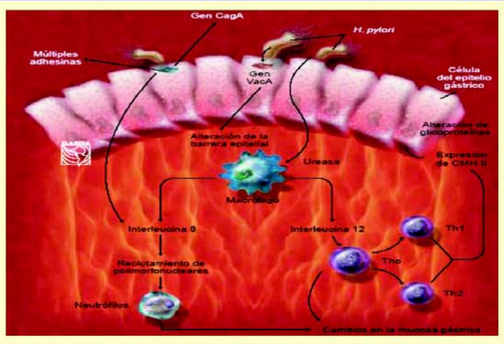
De los 3 pacientes con signos de alarma, 2 fallecieron antes de los 12 meses despues del diagnóstico (quimioradioterapia).

Una paciente que fue intervenida con resección total de su estómago, continua bajo controles luego de 4 años más quimioradioterapia previa. Paciente permanece bajo control con terapia para su enteritis actínica posterior.

De los 3 pacientes con Dispepsia Ulcerosa, uno de ellos fue intervenido conr esección de intestino previa quimioradioterapia. Fallece antes de los 6 meses por neumopatia aguda.

Los otros 2 pacientes permanecen vivos con tratamiento anti helicobacter pylori y quimioradioterapia, junto a controles periódicos endoscópicos y EUS.(uno con 25 meses de sobrevida y el otro con alrededor de 1 año y 5 meses de seguimiento)





ASPECTOS CLINICOS Y ESTRATEGIA DIAGNOSTICA

Aspectos clínicos:

El linfoma MALT gástrico se diagnostica más frecuentemente a partir de los 50 años, con un predominio de los varones sobre las mujeres de 1,7/1.
En el momento de su diagnóstico es un tumor de bajo grado en un 70-85% de los casos.
Asienta preferentemente en el antro: 41%, pudiendo ser multifocal en un 33% (11).
Suele ocasionar un cuadro dispéptico, pudiendo predominar el síntoma de dolor epigástrico, con o sin ritmo ulceroso.
Los tumores avanzados producen un cuadro similar al del carcinoma gástrico, con pérdida de peso, anorexia, sangrado digestivo y linitis plastica.

Estrategia diagnóstica:

El diagnóstico de linfoma MALT se basa en la gastroscopia, con toma de biopsias.
Endoscópicamente podremos encontrarnos tan solo con una mucosa de aspecto "gástrico" inespecífico, con la presencia de ulceraciones, con pliegues engrosados y menos frecuentemente con masas irregulares o polipoideas. La mucosa puede tener un aspecto infiltrativo de forma aislada, difusa o multicéntrica.

El hallazgo de pliegues engrosados y rugosos, junto a úlceras múltiples, estrelladas y en ocasiones confluentes, que incluso pueden rebasar el píloro y afectar al duodeno es sugestiva de lesión linfomatosa.
El diagnóstico de linfoma MALT se basa en la gastroscopia, con toma de biopsias.
Si bien pueden darse falsos positivos y negativos, la monoclonalidad apoya el diagnóstico de linfoma. Los estudios inmunohistológicos muestran positividad a CD20, CD21, CD35 e IgM y negatividad a CD5, CD10 y CD23 (8).
La monoclonalidad de los linfocitos B se estudia por Southern Blot o por técnicas de PCR. La división en linfomas de bajo y alto grado se hace según la proporción de células blásticas en la lesión (9).
La clasificación del tumor en alto o bajo grado es importante, ya que el alto grado conlleva un cuadro clínico más agresivo y un peor pronóstico.

TRATAMIENTO ONCOLÓGICO NO QUIRÚRGICO:

Tanto la radioterapia como la quimioterapia, en forma de monoterapia con clorambucil o poliquimioterapia CHOP, se han mostrado altamente eficaces en el tratamiento del linfoma MALT gástrico. Aunque su indicación de elección es el linfoma diseminado, obviamente sus resultados son menos favorables en estos casos. La indicación de emplear estas terapias, de modo aislado o en combinación, es muy variable según las diversas escuelas médicas y el tipo de especialistas que atienden a los pacientes: hematólogos u oncólogos (3,16).

Se ha observado que la mayoría de los fracasos tras la erradicación del Helicobacter Pylori corresponden a linfomas de alto grado o de bajo grado con estadio superior a E I1, es decir con el tumor rebasando la submucosa.
A la hora de valorar el resultado obtenido tras la erradicación es muy importante tener en cuenta que la regresión tumoral puede requerir un importante periodo de tiempo.
En una serie multicéntrica de 49 pacientes, el tiempo medio transcurrido desde la erradicación hasta la remisión histológica completa fue de 5 meses, pero en un tercio de los casos se necesitó un tiempo muy superior (11), habiéndose publicado remisiones completas que tardaron hasta 12 y 18 meses (8). Por ello, antes de considerar como definitiva una falta de remisión tumoral, deben efectuarse endoscopias y eco-endoscopias de control. Actualmente la eco-endoscopia es de gran utilidad para efectuar una correcta estadificación del tumor (14), que se completará con las habituales técnicas de imagen como la TAC, e incluso con la punción medular.

(UNIDAD GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL TRABAJADOR CONCEPCION 1997-2006) EN NUESTRO PROTOCOLO; LA ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA DEL LINFOMA MALT GÁSTRICO PRECISA:

1.- Confirmación de la infección por Hp mediante test rápido de la ureasa y estudio histológico.
(unidad gastroenterologia hospital trabajador concepcion 1997-2006)

2.- Mapeo exhaustivo de la mucosa gástrica e incluso del duodeno, con toma de biopsias a múltiples niveles para descartar lesiones multifocales. (Apoyo protocolizado del patólogo y E. U. Edith Vega)

3.- Estudio histológico, que puede incluir macrobiopsias en las lesiones vegetantes, para confirmar el linfoma MALT y su grado. El estudio anatomopatológico debe completarse con técnicas inmunohistoquímicas o de PCR .(Dr Jaime Madariaga, Dra Carolina Delgado).

4.- Estadificación del tumor con exploración física minuciosa del paciente, analítica general que incluya proteinograma, radiología de torax y abdomen, tránsito baritado intestinal, realización de TAC tóraco-abdominal, eco-endoscopia y biopsia de médula ósea. (DR J Schwanner)

Una vez correctamente diagnosticado el linfoma y efectuada la estadificación tumoral, pasaremos a decidir el tratamiento más adecuado (Dr A Rössle, Dr F Chuecas, Dr M Fernandez, Dr J García).

Además, como lo señalaba previamente todo este Estudio nos ha permitido aceptar la posibilidad, de intentar iniciar tratamiento antibiótico solamente para aquellos pacientes con Linfoma MALT Gástricos localizados en la mucosa; o al contrario, ser muy agresivo en aquellos pacientes con lesiones que bajo visión Endosonográfica nos señalaba un compromiso infiltrativo, condición que nos indica al oncólogo y al gastroenterólogo, terapias más agresivas con Quimio y Radioterapia.

En los últimos 2 años, junto al hecho de lograr adjudicarnos un proyecto que nos permitirá lograr la patente del mismo a nivel internacional como "KIT DIAGNOSTCO"; nos instó a probar nuevas técnicas de PCR en la búsqueda del genotipo de las cepas patógenos y su real conclusión con el MALT, o el cáncer gastrointestinal, además de intentar encontrar las concentraciones mínimas inhibitorias de sensidisk para los diferentes esquemas antibióticos.

Todo lo anterior nos ha obligado a crear protocolos de trabajo en torno a la ficha clínica del paciente en relación a tratamientos previos, y el tipo de dispepsia predominante.

Por otra parte, para el endoscopista ha significado el gran desafío de intentar protocolizar sus tomas de muestras en antro, cuerpo y fondo; con un mínimo de muestras; lo cual ha significado también un gran desafío para el equipo de enfermería de apoyo en cada Unidad de Gastroenterología involucrada en el estudio. Es justamente en este punto en el cual, hoy responsablemente intentamos analizar como toda idea innovadora en el mundo de la investigación; más aún en el área de salud; donde se incorporan miles de protocolos y de consentimientos informados del paciente, con Comités de Bioética cada vez más exigentes; el poder optimizar las condiciones para el paciente, junto a un nivel académico y científico que nos asegure una protección responsable para nuestros pacientes en los riesgos de morbimortalidad y costos en el proceso de análisis de estos estudios, todo lo cual nos permita finalmente aglutinar a un grupo de profesionales que nos asegure un Postgrado Optimo, Competitivo y de Proyección Nacional e Internacional.

Fue así; como luego del Congreso Mundial de Montreal celebrado el año pasado (2005), se puede encontrar dos realidades; una, la del mundo desarrollado, que ya dejó de interesarse por el estudio del Helicobacter Pylori como riesgo para el cáncer gástrico; por cuanto ellos han modificado sustancialmente sus condiciones sanitarias, constituyéndose el cáncer gástrico de origen genético; con un fenotipo diferente; es decir, habitualmente de hombre o mujer joven; de localización gástrica alta; rodeado de mucosa sana, con Helicobacter Pylori ausente, sin daño metaplásico alguno; de evolución más rápida con un peor pronóstico, en el más frecuente; iniciándose un estudio impresionante del mismo por los diferentes grupos que antes evaluaban el cáncer gástrico ambiental.

Pero, en la versión, de los países subdesarrollados, como los países Africanos, Rusia, Medio-oriente y Latinoamericanos; en cuyas realidades aún no hemos logrado controlar las variables sanitarias con la rigurosidad de los países desarrollados; aún el Helicobacter Pylori y el cáncer gástrico ambiental son un desafío a vencer.

El problema nace en como hacer más simples las técnicas de diagnóstico y el manejo para lograr ser aplicables en todo el mundo sub-desarrollado, mediante nuevos consensos internacionales que permitan lograr erradicar o al menos bajar significativamente las tasas de Helicobacter Pylori patógenos y el cáncer gástrico ambiental.

2.- MATERIAL Y METODOS

En el presente estudio se intentó durante el presente año (entre Mayo a Septiembre 2006) a correlacionar mediante estudios diagnósticos de doble ciego; las técnicas de ureasa y cultivo del Helicobacter Pylori, con las técnicas de Test de Aire Espirado; basados en técnicas validadas por estudios de investigadores en Rusia y Etiopía principalmente, por ser dos realidades que se asemejan mucho a la de nuestra región del Bio-Bio en Chile.

Para esto, nuestros ingenieros y técnicos se contactaron con sus pares en Moscú, iniciando unas intensas tratativas y reuniones personales y a distancia; aceptando trabajar con un equipo que técnicamente es muy simple y con un alto beneficio en relación a su costo.

Esta técnica que fue implantada inicialmente en la Unidad de Gastroenterología del Hospital del Trabajador de Concepción; se transmitió posteriormente a una comunidad cerrada, con altas tasas de cáncer gástrico (cerca de 40 por 100.000 habitantes) localizada a 30 Km. De la ciudad de Los Ángeles, cuyo nombre es Mulchen y que cuenta con 30 mil habitantes

EVALUACION DE HP EN COMUNIDAD CERRADA DE ALTA INCIDENCIA DE CA GASTRICO, CON CONTROLES MENSUALES EN LA CIUDAD DE MULCHEN:

Allí nuestro grupo viajó mensualmente entre Mayo y Septiembre del 2006; evaluando en consulta en cada oportunidad un número de 40 pacientes todos los cuales habían sido controlados previamente por dos médicos generales quienes con el diagnóstico de cuadro de dispepsia; todos ellos con cuadros clínicos de más de 1 año de evolución y con estudios esdoscópicos previos que señalaban la presencia de ulceras duodenales en 28 pacientes de un universo de 236 pacientes evaluados en 6 meses; sin lesión gástrica acompañante.

192 pacientes con antecedentes de dispepsia funcional o ulcera cicatricial o lesiones antro corporales que revelaban alteraciones metaplasicas complejas (98 pacientes) y 94 pacientes con metaplasia completa e incompleta y 6 casos con displasia leve o moderada.

Según estudios de factibilidad para acceder a un estudio endoscopico se seleccionaron 14 de los 28 pacientes con ulcera duodenal y sin lesión gástricas Y 18 pacientes con cuadro de dispepsia más endoscopias que presentaban alteraciones alteraciones epiteliales de la mucosa antrocorporal.

GRUPO A: DE LOS CUALES 10 PACIENTES CON TEST DE UREASA (+) SE INICIO TRATAMIENTO CON OMEPRAZOL (+) S. BISMUTO.

GRUPO B: Y EN OTROS 22 PACIENTES SE INICIO EL TRATAMIENTO TRADICIONAL DE PRIMERA LINEA

CON CULTIVOS POSITIVOS EN UN 87%, SENSIBLES A:

AMOXICILINA: 100%
CLARITROMICINA:78%
BISMUTO:74%
OMEPRAZOL:67%
METRONIDAZOL:58%
TETRACICLINA: 62%

3.- RESULTADOS

De los 32 pacientes seleccionados se realizaron estudios endoscópicos digestivos altos en el 100% de ellos, con estudio de cultivo para Helicobacter Pilory, estableciendo sensibilidad antibiótica durante las 2 primeras semanas de analizado endoscópicamente al paciente.
Valga destacar que en todos ellos se realizó el Test de aire espirado junto al test de ureasa y junto al estudio de cultivo.

Entre los test positivos para Ureasa (26 de 32 pacientes) hubo una correlación efectiva en 20 casos que resultaron positivos para Helicobacter Pilory.

El estudio histológico posterior mostró la presencia en 30 de los 32 (96% para test de ureasa e histológico) Y (83% de correlación entre test de aire espirado e histológico)

En relación a la correlación entre el cultivo de Helicobacter Pilory y el test de ureasa , este se dio en 26 de los 26 (100%)

En relación al cultivo y test de aire espirado (fue de 95%) pero en los 6 pacientes en los cuales salio negativo el test de aire espirado pero positivo en el test de Ureasa, este mostró una sensibilidad antibiótica a todos los antibióticos incluido el ciprofloxacino, claritromicina y metronidazol.

En cambio hubo una correlación del 97% entre los cultivos con cepas resistentes a metronidazol, bismuto, tetraciclina y claritromicina. Situación que no fue igual entre el test de Ureasa y cultivo, pues no logro discriminar las cepas más virulentas.
En relación a la correlación entre la histología y las cepas más patógenas efectivamente esto se logró en 20 de 30 estudios histológicos positivo. (Los otros 10 mostraron ser sensibles a todos los antibióticos.)

Lo anterior es un indicador de la excelente correlación entre cepas patógenas y tests de aire espirado a diferencia del test de Ureasa.

Este estudio histológico se ha repetido en las últimas semanas en 14 pacientes (10 con cultivo negativo y 4 con cultivo positivo), demostrando que efectivamente en aquello pacientes con tests de aire espirado positivo, el 100% resultó aún positivo y resistentes en los sensidisk luego de 8 semanas de tratados.

Bajo protocolo a estos pacientes con resistencia del tratamiento, se les ofreció un nuevo esquema basado en la sensibilidad antibiótica, el cual estuvo constituido en un 100% por:

B GLOBOSSA (+) S BISMUTO: 120 mg por 4 veces al día
OMEPRAZOL: 20 mg por 2 veces al día más…
AMOXICILINA: 1 gramo Oral c/ 12 horas por 4 semanas.

En estos pacientes se vuelven a evaluar en estas ultimas 4 semanas con resultados negativos en un 100% para H pylori .

4. CONCLUSION:

El uso del esquema del OMEPRAZOL 20 mg por 2 veces al día + AMOXICILINA (antibiótico con mejor sensibilidad in vitro) 1 gr c/12 hrs. + SUBCITRATO BISMUTO (480 mg / día) Más, B Globossa en 30 gotas por 3 veces al día, (según Protocolo que se expondrá a continuación), demostrando la negativización en la infección por Helicobacter Pylori

Ver en: Subcitrato Bismuto & Potencial Membrana, (www.oncoinmun.co.cl, www.saval.cl, www.bioarrayanes.cl)

ESQUEMA RECIBIDO EN 1° TRATAMIENTO SEGÚN SENSIBILIDAD

Amoxicilina 1 gr. c/12 hrs.
Claritromicina 500 mg c/8 hrs.
Omeprazol 20 mg c/12 hrs.
Amoxicilina 1 gr. c/12 hrs. → 19 pacientes

Claritromicina 500 mg c/12 hrs.
Bismuto 120 mg c/12 hrs.
Omeprazol 20 mg x/12 hrs. → 07 pacientes

ESQUEMA RECIBIDO LUEGO DE 2ª ENDOSCOPIA

14 pacientes (10 c/cultivo (-) y test ureasa (-)

04 pacientes (04 c/ cultivo (+) test ureasa (+) y Test aire espirado (+)

correspondientes a 04 de los 06 que se habían mostrado en test de aire espirado y cultivo con mayor resistencia antibiótica a Metronidazol; Claritromicina; Ciprofloxacino y Tetraciclina.

Dado estos antecedentes; se inicia tratamiento con un esquema luego de 2 meses de la primera sesión de Antibiograma.
Ahora, con la sensibilidad que demuestra el cultivo:

Subcitrato bismuto 480 mg/día
Omeprazol 20 mg c/12 hrs.
Amoxicilina 1 gr. oral c/12 hrs.
Buddleja globosa 30 gotas c/8 hrs. → 4 SEMANAS

5.- DISCUSIÓN:

La utilidad de esta técnica de test de aire espirado es que a pesar de mostrar una menos correlación con el test de ureasa y el cultivo, si muestra una gran correlación (100%) con cepas más resistentes al tratamiento antibiótico (principalmente metronidazol, claritromicina, tetraciclina y levofloxacino). La correlación clínica e histológica, pierde correlación con test de ureasa, cultivo y test de aire espirado.

Merece una mención especial este estudio en el cual el se Buddleja globosa se asocia al Bismuto; aparentemente potenciado su acción a nivel del potencial de membrana de la mucosa gástrica (Mantener sin dieta con fierro en las semanas previas. Castillo et als. (www.oncoinmun.co.cl, www.saval.cl)

Los pacientes con fenómenos Preneoplásicos como metaplasia incompleta, displasia y un área que tiende a comprometer tanto cuerpo como antro, tienden a mostrar una mayor resistencia antibiótica en el cultivo para Helicobacter Pylori, correlación que está sorpresivamente muy bien correlacionada por el test de aire espirado.

Queda demostrada la validez de iniciar la evaluación de este método ruso del test de aire espirado, validado en Europa. Lo cual permitirá en aquellos pacientes con dispepsia (sin diferencia estadística entre dispepsia funcional y dispepsia ulcerosa); iniciar tratamiento con un esquema menos agresivo y más económico como es el uso del:

Omeprazol 1 gr. c/12 hrs.
Subcitrato de bismuto (240 Mgr. c/12 hrs)
Amoxicilina (1 gr. c/12 hrs.)
Buddleja globosa (30 gr. c/8 hrs.) → Esquema por 2 semanas permaneciendo con Buddleja globosa por 4 semanas.

Modelo Basado de Trabajo Cooperativo con Gastroenterólogos de Japón, basados en la Capacidad del Huesped (Mucina mucoprotectora y Estabilidad del Potencial de Membrana)

Alteraciones inmunológicas de Buddleja globosa (30 gr. c/8 hrs) más subcitrato de bismuto Y Omeprazol sobre el Hp
(Efecto Anti TNF alfa, Anti interleukina 12 y Anti interleukina 8 y Pro Interleukina 10).

Mayor Información :
www.bioarrayanes.cl