

Diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* en cuerpo gástrico con magnificación endoscópica y "Flexible Spectral Imaging Colour Enhancement" (FICE)

José Di Giorgio

Gastroenterólogo

Fellow de Endoscopia Terapéutica del Hospital del Clínicas, Caracas, Venezuela

La infección por *Helicobacter pylori*, es probablemente la más prevalente que existe, se estima que cerca del 50% de la población se encuentra infectada de ésta bacteria y es la principal causa de dispepsia y de enfermedad ulceropéptica en la población general. En cuanto a la metodología para su tratamiento y erradicación se pueden utilizar dos patrones principalmente: el de probar y curar (test and treat), que consiste en realizar pruebas no invasivas para probar la infección y posteriormente tratar, lo cual no requiere realizar una endoscopia digestiva superior (EDS) y se basa principalmente en el uso del test de Urea C13 o test del aliento, así como la determinación del antígeno del *Helicobacter pylori* (Hp) en heces. La otra metodología se refiere a la comprobación histológica de la infección mediante pruebas invasivas, lo que incluye la obtención de muestras de tejido a través de una EDS y una vez hecho el diagnóstico tratar la misma, a éste esquema se le denomina "endoscopia y tratar" (endoscopy and treat).

Es bien sabido que existen múltiples factores que modifican la historia natural de la infección por Hp, así como el tipo y la distribución de las lesiones provocadas por este microorganismo, entre los que se encuentran la toma de antibióticos, inhibidores de bomba de protones, antiinflamatorios no esteroideos, etc.¹ Aunque los patrones de la mucosa gástrica pueden sugerir la presencia o no de Hp incluso en ausencia de lesiones macroscópicas, la técnica diagnóstica más utilizada sigue siendo la comprobación histológica de la presencia de Hp, en vista de que no existe una con suficiente sensibilidad para ser catalogada como patrón oro.

Durante el análisis del estudio "Diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* en cuerpo gástrico con magnificación endoscópica y "Flexible Spectral Imaging Colour Enhancement" "(FICE)" realizado en el Instituto Diagnóstico a 30 pacientes (10 hombres y 20 mujeres) con diferentes indicaciones de EDS electiva y cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión expuestos en el trabajo, se obtuvieron resultados de infección inferiores a los descritos en estudios en la población general (37,03% Vs 46,3%) a pesar de que todos los pacientes a explorar presentan una indicación formal de EDS electiva no se expone ¿cuál es la distribución de las indicaciones en las población a estudiar? Lo que descartaría haber incurrido en algún sesgo de selección. Tampoco se expresa ¿qué porcentaje de los pacientes estudiados se encontraban en tratamiento con inhibidores de bomba de protones (IBPs)? O si se cumplió la recomendación de parar la indicación de IBPs durante las 2 semanas previas al estudio, se sabe que el uso crónico de IBPs produce una migración proximal de la bacteria así como una

disminución en la población del microorganismo, disminuyendo así el grado de inflamación en el antro y aumentándolo sobre todo en el cuerpo gástrico.¹

En el apartado de resultados se menciona que 53,53% de los patrones Z2 y 61,11% de los patrones Z3 observados presentaron biopsias positivas para Hp, esto se traduce en que la sensibilidad de la magnificación y el FICE para la determinación de la infección por Hp se encuentra incluso por debajo de los resultados descritos en la literatura para el test rápido de Ureasa (S: 90%; E: 61,11%),^{7,8} lo que hacer parecer poco rentable la toma de biopsias dirigidas del cuerpo gástrico incluso si las mismas son dirigidas mediante magnificación y FICE.

En las conclusiones se menciona "Esto nos permite dirigir la toma de la biopsia para mejorar la probabilidad diagnóstica al emplear esta técnica", sin embargo, no se hace referencia a los resultados obtenidos de las muestras a ciegas de antro gástrico. Sólo comparando los resultados de las muestras dirigidas con las muestras ciegas se puede asegurar que la magnificación y el FICE son de ayuda para la toma de biopsia y hacer el diagnóstico, de esa manera no podemos decir que ayuden al diagnóstico, la única aseveración posible con los resultados expuestos es que los patrones Z0 y Z1 ayudan a excluirlo. Se sabe también que en la literatura está descrito que a excepción de pacientes tomadores de IBPs en las 2 semanas previas al estudio, la toma de biopsias de antro es más rentable que en el cuerpo.

Finalmente, los autores exponen una serie de preguntas muy válidas y que considero que algunas de ellas tienen respuestas en la literatura, unas más y otras menos concretas:

¿Se justifica de rutina la endoscopia digestiva superior con alta resolución y magnificación en estómago?

Se justifica para muchas indicaciones entre las que destacan el diagnóstico de metaplasia intestinal, estudio de lesiones de la mucosa, etc, pero de momento y hasta no tener descritos patrones mucosos más específicos y sensibles para la detección del Hp, no veo justificación de su uso para este fin, quizás si para descartar la infección.

¿Se justifica la biopsia rutinaria del cuerpo gástrico durante la endoscopia digestiva superior?

La mayoría de los autores recomiendan la toma de la biopsia en el antro, a 2-5 cm del orificio pilórico, porque es aquí el sitio de ma-

por colonización,⁴ también es frecuente que cuando esté infectado el antro también lo esté el cuerpo gástrico.⁵ Sin embargo, dado que algunos pacientes pueden tener la bacteria en una sola de estas áreas, se deben obtener también muestras del cuerpo gástrico (en el tercio proximal de la curvatura mayor).⁶

¿Se justifica de rutina la endoscopia digestiva superior con alta resolución magnificación y efecto FICE en estómago?

Se sabe que la endoscopia de alta definición aumenta la rentabilidad diagnóstica para lesiones de la mucosa gástrica, sin embargo creo que de momento los métodos de magnificación y el efecto FICE nos ayudan a categorizar mejor las lesiones y determinar conductas en algunos casos, pero no creo que nos permitan excluir el diagnóstico histológico, al menos no de momento.

¿Se eliminarán las biopsias del estómago para determinar la infección por *Helicobacter pylori*?

Se ha descrito que dada la alta prevalencia de la infección, la tasa de falsos negativos de todas las pruebas diagnósticas del Hp es muy alta por lo que se ha propuesto como mejor método diagnóstico la combinación de 2 de las siguientes pruebas: Test rápido de Ureasa, Test del aliento con Urea C13 o C14 e histología con una exactitud próxima al 100%.^{2,3}

Se debe recalcar en líneas generales que este estudio da pie para nuevas líneas de investigación en cuanto a la caracterización de patrones mucosos más específicos y sensibles para patología específicas por lo que puede convertirse en un trabajo pionero en la investigación del Hp con magnificación y FICE. Por otro lado, es posible que utilizando otras técnicas diagnósticas para Hp como el test rápido de ureasa y/o el test del aliento, se logre aumentar la sensibilidad diagnóstica de las alteraciones de la mucosa detectadas por magnificación y FICE.

Realizado por Dr. José Di Giorgio

Gastroenterólogo.

Fellow de Endoscopia Terapéutica del Hospital del Clínicas Caracas.

Referencias bibliográficas

1. Peter Malfertheiner, et all. The European Helicobacter Study Group (EHSG). Management of *Helicobacter pylori* infection the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. 646. Gut 2012;61:646e664. doi:10.1136/gutjnl-2012-302084.
2. Gisbert JP, Vázquez MA, Cantero J y Pajares JM. Estudio de la validez de la serología "rápida" para el diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori*. Atención Primaria 2002;30(8):501-506.
3. Wong BC, Wong WM, Wang WH, et al. An evaluation of invasive and non-invasive tests for the diagnosis of *H. pylori* infection in Chinese. Aliment Pharmacol Ther 2001;15:505-511.
4. Mégraud F. Comparison of different tests for *Campylobacter pylori*. Scand J Gastroenterol 1988;23(suppl. 142):64-68.
5. Bayerdörfer E, Oertel H, Lehn N y cols. Topographic association between active gastritis and *Campylobacter pylori* colonisation. J Clin Pathol 1989;42:834-839.
6. Axon A, Deltenre M, Eriksson S y cols. Guidelines for clinical trials in *H. pylori* infection. Technical annex: Tests used to assess *H. pylori* infection. Working Party of the European *Helicobacter pylori* Study Group. Gut 1997;41:(suppl. 2): S10- S18.
7. Abdalla A, Sordillo E, Hanzely Z, Perez-Perez GI, Blaser M, Holt P, Moss S. Insensitivity of the CLOtest for *H. pylori*, Especially in the Elderly. Gastroenterology 1998;243-4.
8. Laine L, Lewin D, Naritoku W, Estrada R, Cohen H. Prospective comparison of commercially available rapid urease tests for the diagnosis of *H. pylori*. Gastrointest Endosc 1996;44:523-526.