

Home > Salud y enfermedad > Consejos Salud y Enfermedad > HELICOBACTER PYLORI En la génesis de las úlceras

HELICOBACTER PYLORI En la génesis de las úlceras

Publicado por *consejos* el 27/11/2014

Tweet

+1

Log In

Hasta un 40% de la población en España puede estar infectada con la bacteria *Helicobacter pylori*, responsable de la úlcera péptica y gastroduodenal, aunque solo un reducido grupo de personas (entre el 10-15%) desarrollará alguna enfermedad relacionada con ella. La Navidad es uno de los momentos en que debutan las primeras crisis.



Se calcula que un 50% de la población adulta mundial podría estar infectada por *Helicobacter pylori*, una bacteria que habita en las paredes del estómago y que es el principal agente causal de la úlcera gástrica y duodenal, la gastritis crónica, así como del cáncer gástrico y de un tipo de linfoma gástrico denominado linfoma MALT. "En España, la prevalencia global de la *Helicobacter pylori* se sitúa en torno al 40%, pero la mayoría de personas permanece asintomática y solo un pequeño grupo de la población infectada desarrollará una enfermedad relacionada con la

aparición de una enfermedad dependen de la susceptibilidad del paciente al microorganismo y del grado de agresividad de la bacteria".

Aunque se trata de una patología que debe diagnosticarse y tratarse en las consultas de gastroenterología, los profesionales de Atención Primaria son agentes fundamentales a la hora de detectarla y derivar al paciente al especialista, según ha afirmado el doctor Gonzalo Guerra Flecha, fundador y especialista en Gastroenterología del Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas de Madrid (CMED). Por ello, recientemente se han celebrado unas sesiones científicas con el objetivo de "informar a estos profesionales sobre los últimos avances en Gastroenterología para la detección y erradicación de esta bacteria", organizadas por CMED.

De pequeñas lesiones a daño sostenido

Según los expertos de la SEPD, *Helicobacter pylori* coloniza con pequeñas lesiones en el estómago para provocar daño continuado, promoviendo las úlceras de estómago y el cáncer, aunque todavía no se entiende bien cómo esta bacteria interactúa e irrita el tejido gástrico. Al respecto, un artículo publicado en la revista Plos Pathogens ha descrito cómo *H. Pylori* identifica rápidamente y coloniza sitios con heridas leves en el estómago, interfiriendo casi de inmediato en la curación de las lesiones y promoviendo el daño gástrico sostenido. Los autores del artículo, un equipo de científicos dirigido por Marshall Montrose, de la Universidad de Cincinnati, en Estados Unidos, se preguntaron si *H. Pylori* puede detectar y responder a esos daños y así contribuir al desarrollo de la enfermedad. Aunque las señales que atraen a *H. Pylori* (pero no a las bacterias estomacales benignas) hacia los tejidos lesionados no se conocen aún, los investigadores esperan que su capacidad de medir rápidamente la acumulación de *H. Pylori* en el sitio de la lesión pueda determinar los factores involucrados.

Al parecer, esas pequeñas lesiones se desarrollan cuando se alteran los mecanismos de defensa que protegen del jugo gástrico al estómago (úlceras gástricas), al duodeno, porción del intestino delgado más próximo al estómago (úlceras duodenales), o al esófago (úlceras esofágicas). En su origen, además de una infección causada por la bacteria *Helicobacter pylori* influyen otros factores muy diversos como el aumento de la secreción ácida en el estómago, cambios en la composición de la mucosidad que protege las distintas porciones del aparato digestivo, ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), y el estrés psicológico, entre otros. Fumar, beber alcohol y tomar sal en exceso causan daños en el tejido que recubren el estómago, asociándose así también con las úlceras estomacales. Algunos de sus signos son la quemazón, el dolor, la aerofagia y la sensación de pesadez en el estómago. Según los autores del artículo, "incluso los ataques subclínicos al

Buscar

Suscríbete a nuestra newsletter

ACTUALIDAD:



Hacer más ejercicio, cuidar la alimentación y dejar el tabaco, propósitos principales de los españoles en 2015

Según una encuesta, hasta un 17% no se ha marcado ningún propósito saludable para...

enero 12, 2015 0



La Guardia Civil desmantela una red dedicada al tráfico ilegal de medicamentos

La investigación se inició tras interponer una asociación infantil de lucha contra el cáncer...

enero 12, 2015 0



ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Arrasa en niños

Al carecer de marcadores biológicos, el diagnóstico de la llamada Enfermedad Inflamatoria Intestinal se...

enero 9, 2015 0

VER MÁS

SEGURO MÉDICO FAMILIAR

nectar Seguros de salud

2 Meses al Año Gratis

Para Toda la vida

Desde 27€, Sin Copago

Calcula Tu Seguro

*Calculado para pareja de 43 años con hijos de 11 y 8 años, sin copago, comparado con idem de mercado.

ENCUESTA DEL MES

¿Estás de acuerdo con que el Gobierno eleve la edad mínima de consentimiento sexual de 13 a 16 años?

Sí
 No

Vote

Ver resultados

estómago que se producen en la vida cotidiana (la ingestión de alcohol, tomar una aspirina) pueden potencialmente atraer a *H. Pylori* y no sólo ralentizar la reparación de los daños existentes sino tal vez también proporcionar un sitio de iniciación.

Cambios sustanciales en el tratamiento

Hoy el día, el diagnóstico de una úlcera pasa por confirmar la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori* mediante un simple test de detección de antígenos en heces, una serología o una prueba de aliento. También puede ser diagnosticada mediante una endoscopia digestiva superior analizando biopsias tomadas de la pared del estómago. El tratamiento de elección dependerá de la existencia de infección por *Helicobacter Pylori* o no.

- **Si no hay infección**, el tratamiento de posibles factores causales (toma de antiinflamatorios, estrés fisiológico o psíquico...) y la administración de fármacos antisecretores suele controlar los síntomas en pocas semanas, aunque en este caso no se puede asegurar la curación definitiva.
- **Si hay una infección por *Helicobacter pylori***, el tratamiento irá dirigido a eliminarla, mediante la administración durante dos semanas de una combinación de antibióticos y fármacos antisecretores gástricos. Según explicaba el doctor Carlos Martín de Argila con motivo de la Semana de las Enfermedades Digestivas (SED 2014), que se celebraron el pasado verano, el descubrimiento y estudio a principios de los años 1980 de la bacteria *Helicobacter pylori*, supuso un importante cambio en su enfoque. "Hasta hace poco solo se lograba aliviar temporalmente el dolor al paciente combatiendo el exceso de ácido del estómago con fármacos antisecretores; ahora, con los nuevos tratamientos combinados frente a *H. pylori*, si se logra eliminar la bacteria, la enfermedad ulcerosa se cura para siempre". En el manejo de la úlcera gástrica y duodenal se combina un tratamiento farmacológico a base de un IBP (Inhibidor de la Bomba de Protones), que inhibe la secreción ácida del estómago (el más conocido es el omeprazol), así como de antibióticos para combatir la bacteria, (entre ellos amoxicilina, claritromicina, levofloxacino y/o metronidazol). En los últimos años, los especialistas del Aparato Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) han detectado que está aumentando la resistencia de esta bacteria a los antibióticos, por lo que combatir la infección por *Helicobacter pylori* es más difícil, y en muchas ocasiones se han de ensayar distintas combinaciones de antibióticos antes de poder erradicar la infección. Por ello, como en todo tratamiento antibiótico, el doctor Martín de Argila recuerda que debe completarse hasta el final siguiendo las recomendaciones del especialista.

¿Y en los niños?

La bacteria *Helicobacter pylori* en niños es menos agresiva, produce menos lesión gástrica y raramente úlcera, pero existe un grupo de niños que sí se ve afectado por la infección, y a los que es necesario diagnosticar y prescribir tratamiento erradicador. En cuanto al diagnóstico, solo puede hacerse mediante endoscopia y no mediante test de aliento o de heces como en el caso de los adultos. Según la doctora Carmen Ribes, Jefa de Gastroenterología Pediátrica en el Hospital



Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, "el tratamiento con antibióticos es agresivo, por lo tanto, solo se deben tratar aquellos niños en los que por endoscopia se demuestre enfermedad gástrica o duodenal asociada

a la infección por esta bacteria, ya que las otras pruebas pueden conducir a falsos diagnósticos y a tratamientos innecesarios y con un elevado coste económico", máxime cuando, según advierte la doctora, el uso habitual de antibióticos en niños, especialmente para combatir las infecciones respiratorias, está provocando un aumento de la resistencia a los antibióticos y en consecuencia dificulta el éxito del tratamiento, siendo necesario emplear nuevas combinaciones de fármacos más agresivas.

¿La dieta cura?

La dieta no puede curar la úlcera, pero sí supone un tratamiento complementario a la terapia médica y farmacológica, ya que consigue evitar la irritación de la mucosa digestiva inflamada, suprimir el reflujo de jugos ácidos de estómago a esófago y disminuir el impacto y la secreción gástrica ácida, lo que favorece su cicatrización y la resolución de sus síntomas.

Éstas son las recomendaciones de la SEPD:

1. Distribuir la alimentación en tres o cuatro tomas (desayuno, comida, merienda y cena). Se puede incluir una colación a media mañana, según horarios.
2. No ingerir comidas abundantes, pesadas o copiosas, comer lentamente y masticar bien.
3. No comer alimentos sólidos o líquidos justo antes de ir a la cama, dejar pasar al menos dos horas.
4. Dar preferencia a alimentos jugosos que apenas precisan grasa ni cocción prolongada.
5. No incluir temporalmente los alimentos ricos en fibra (verduras y legumbres cocinadas enteras, cereales integrales, frutos secos y frutas secas).
6. Excluir los alimentos muy salados o condimentados y las conservas en escabeche.

7. Sustituir el café, el descafeinado y el té (estimulan la secreción gástrica) por achicoria, malta o infusiones suaves (romero, salvia, manzanilla, etc.), excepto de menta piperita si hay reflujo, ya que relaja el esfínter del esófago.
8. No tomar bebidas gaseosas.
9. No consumir cantidades excesivas de azúcar.
10. En algunas personas que padecen acidez los derivados del tomate (salsas) y el zumo de cítricos pueden causarles molestias.
11. Evitar los alimentos muy calientes o muy fríos ya que provocan irritación.
12. Progresivamente incluir alimentos nuevos hasta llegar a una alimentación normal (fase de estado) y de acuerdo a las indicaciones de dieta equilibrada.
13. Dejar de fumar, ya que el tabaco irrita la mucosa gástrica y aumenta la acidez.
14. Evitar fármacos como la aspirina, el ibuprofeno (para dolores menstruales y de cabeza y otros antiinflamatorios no esteroideos), que irritan la mucosa y que aumentan la acidez.
15. Evitar el estrés, aprender a relajarse y a llevar a cabo un ritmo de vida más sano.

Sí a...

- Carnes con poca grasa, pescado blanco y azul cocinado con poca grasa, huevos revueltos o en tortilla o escalfados o pasados por agua, fiambre de pollo o pavo.
- Cereales, patatas y legumbres: todos salvo el pan fresco recién horneado tipo baguette (fermenta en el estómago y crea molestias). En relación con las legumbres, se aconseja cocinarlas sólo con arroz o patata y verduras, y si aún así no sientan bien, pasarlas por el chino o el pasapurés para eliminar los hollejos y mejorar su digestibilidad y tolerancia.
- Verduras y hortalizas: suelen sentar mejor los purés que las verduras cocinadas enteras.
- Las frutas mejor frescas muy maduras y no ácidas, batidas, asadas, en compota o en puré.
- Grasas: aceite de oliva y semillas (girasol, maíz, soja...), mantequilla y margarinas vegetales, en crudo se toleran mejor.

No a...

- Leche y lácteos: no es aconsejable durante la etapa de remisión la toma frecuente de lácteos debido a que aumentan la secreción de ácido gástrico a las 2 horas tras su ingesta. Esta es una recomendación temporal, por lo que no hay que preocuparse por un posible déficit de calcio, ya que en fase de estado, la dieta deberá incluir de nuevo la cantidad adecuada de este grupo de alimentos. Están desaconsejados la leche condensada, así como los quesos fuertes (grasos, muy maduros o fermentados).
- Carnes grasas, fibrosas como el conejo, carne cocida dos veces o muy condimentada, embutidos grasos y vísceras, huevos duros, pescados en escabeche o en salazón (bacalao, arenques).
- Cereales: están desaconsejados los cereales integrales, muesli (con frutos/as secas), galletas rellenas o bañadas con soluciones azucaradas o chocolate, etc.
- Verduras flatulentas (col, coliflor, repollo, coles de Bruselas, alcachofas, cebolla y pimiento en crudo, etc.) y las ensaladas, aunque depende de la persona, ya que lo que a unos sienta bien a otros no y viceversa.
- La fruta no madura y cruda, frutas ácidas, fruta en almíbar, frutas desecadas, frutas confitadas.
- Bebidas: café, descafeinado y té, bebidas con extractos de café o de guaraná, bebidas con chocolate, bebidas con gas y todas las bebidas alcohólicas (irritan la mucosa gástrica y aumentan la acidez).
- Otros productos: extractos para sopas en cubitos, caldos concentrados, miel, fritos grasos, pastelería y repostería, chocolate, frutos secos, salsas picantes, helados y sorbetes (el contraste de temperaturas frío-caliente, irrita la mucosa digestiva).

Hemorragia digestiva

Palabras mayores

Al menos 1 de cada 20 españoles que sufre una hemorragia digestiva fallece, siendo uno de los motivos principales de su aparición la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori* en el estómago y el consumo de antiinflamatorios no esteroideos. Cuando la úlcera afecta a la pared de una arteria o una vena, ésta puede romperse y producir una hemorragia. Dependiendo del tamaño del vaso sanguíneo lesionado, la hemorragia puede ir desde una pérdida mínima con escasa o nula repercusión, a una hemorragia masiva que puede causar la muerte, siendo el riesgo proporcional al estado del paciente, ya que un individuo con muchas enfermedades crónicas de tipo cardiovascular o renal corre un mayor riesgo. Ante la necesidad de poner en común las estrategias del manejo del paciente con hemorragia digestiva por úlcera péptica, y con el objetivo de estandarizar protocolos y

garantizar una asistencia de calidad a estos pacientes, se creó hace unos años el I Consenso Nacional sobre el Manejo de la Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica, un proyecto elaborado por 15 expertos españoles con la ayuda del Centro de Investigación en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas, en el que se establecían los pasos a seguir: “en primer lugar, es necesario un tratamiento rápido de la pérdida de sangre en pacientes con hemorragia grave y la prevención de las complicaciones de las enfermedades de base del paciente”. En segundo lugar, debe realizarse un tratamiento endoscópico precoz “siempre dentro de las 24 horas e incluso antes en pacientes con hemorragia grave y persistente”. En tercer lugar, “es necesario un tratamiento farmacológico con Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) por vía endovenosa, a dosis altas y durante un tiempo suficiente, con objeto de inhibir de manera muy potente la producción de ácido por el estómago y favorecer la coagulación del vaso sanguíneo sangrante y la cicatrización de la lesión”, explica este especialista.

En la génesis del cáncer de estómago

La bacteria *H. Pylori* es también la causante principal de cáncer de estómago, según el doctor Gonzalo Guerra Flecha, fundador y especialista en aparato digestivo del Centro Médico de Enfermedades Digestivas (CMED). Otras causas son una alimentación inadecuada en la que haya un abuso de salazones y embutidos y escasez de frutas y verduras; el tabaco; una predisposición genética por herencia familiar; y otras patologías previas como son la gastritis crónica, la anemia perniciosa o los pólipos gástricos. Sin embargo, como nos recuerda el doctor Guerra Flecha, aunque aproximadamente el 50% de la población es portador de *H. Pylori*, sin embargo, solo entre el 10-15% de la población afectada desarrollará una enfermedad relacionada con esta bacteria”. “No hay que alarmarse, solo hay que estar atento a síntomas recurrentes como acidez, dolor abdominal, gastritis, náuseas y vómitos y heces muy oscuras o negras, y acudir a la consulta de un especialista para que le hagan las pruebas necesarias para saber si se está infectado por la bacteria” comenta el doctor Guerra. Los síntomas del cáncer de estómago son dolor en la zona abdominal, inapetencia, anemia y en fases muy avanzadas dificultad para tragar y vómitos. “Son unos síntomas muy inespecíficos, es decir, que pueden indicar cualquier otra enfermedad por lo que siempre recomendamos a nuestros pacientes, sobre todo a los que tienen antecedentes familiares o tienen otras enfermedades digestivas, que acudan al médico cuando detecten alguno de ellos pero que no se alarmen, ya que como he afirmado antes, pueden indicar otra enfermedad digestiva nada grave como puede ser el reflujo gastroesofágico”, comenta el especialista.

Probióticos y prebióticos: ¡ayudan!

Los expertos reunidos en el último Workshop Probióticos, Prebióticos y Salud. Evidencia Científica organizada por la Sociedad Española de Probióticos y Prebióticos (SEPyP), coincidieron en destacar la importancia que está adquiriendo la administración de probióticos y prebióticos como tratamiento coadyuvante o complementario para la mejora del bienestar y la calidad de vida, en patologías digestivas o gastrointestinales. En relación con la intestinal destacaron los efectos beneficiosos en distintos tipos de diarreas (aguda infecciosa, por antibióticos, del viajero, etc.), en la prevención de la enterocolitis necrotizante del prematuro, en trastornos funcionales digestivos (síndrome del intestino irritable, cólico del lactante), en procesos inflamatorios (pouchitis, colitis ulcerosa), en infección por *Helicobacter pylori* o en intolerancia a la lactosa. Las razones del potencial terapéutico de estos microorganismos se debe a que los probióticos y los prebióticos son los instrumentos que actualmente tenemos para mejorar la calidad y el funcionamiento de la microbiota intestinal, integrada por las comunidades microbianas que viven en el intestino, y que aportan recursos bioquímicos y metabólicos que las células humanas no tienen. Otro papel clave de las comunidades bacterianas que constituyen la microbiota es la de ser el principal instructor del sistema inmunitario, hasta el punto de que para desarrollar una inmunidad saludable, es más importante tener una microbiota diversa y variada, que haber pasado muchas infecciones. Es más, la importancia funcional de la microbiota tiene efectos incluso sobre los antibióticos, tal y como recoge la investigación que presentó Andrés Moya, del Centro Superior de Investigación en Salud Pública de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana (CSISP-FISABIO), cuyos resultados ponen de manifiesto que la interacción entre ecología microbiota del intestino y el hospedador humano es “mucho mayor de lo que pensábamos”. Entre otras observaciones, ha explicado que como reacción a los antibióticos, la microbiota activa sistemas que disminuyen sus efectos. Otras de sus acciones son la atenuación del metabolismo energético y la capacidad de metabolizar ácidos biliares, colesterol, hormonas y vitaminas.

[Helicobacter pylori](#) [Reportajes](#) [ulcera gastroduodenal](#) [ulcera peptica](#) [ulceras](#)

Tweet

0

g+1

[Log In](#)

ARTÍCULOS RELACIONADOS