

***Helicobacter pylori*: algunos aspectos epidemiológicos en Latinoamérica luego de un cuarto de siglo**

Rodolfo E Corti

Jefe Unidad de Esófago y Estómago. Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Director de la carrera de médico especialista en Gastroenterología. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires y Sociedad Argentina de Gastroenterología (UBA-SAGE).

Acta Gastroenterol Latinoam 2009;39:175-176

La colonización del estómago humano por el *Helicobacter pylori* (Hp), esa misteriosa bacteria que seguramente siempre existió pero que escapó del ojo de los patólogos e hizo su aparición hace más de dos décadas, es la más común de las infecciones bacterianas en el ser humano luego de las caries dentarias.¹

Afortunadamente, si bien la bacteria pasó desapercibida durante tantos años, no pudo evadir el genio de Robin Warren y Barry Marshall, quienes en 1982 finalmente describieron su existencia.² La comunicación al mundo científico de este hallazgo fue tomada con gran escepticismo, salvo, tal cual lo señalaba B Marsall (premio Nobel de Medicina en el año 2005 por este hallazgo), por dos universidades norteamericanas, dos europeas y una de Latinoamérica -la Universidad Peruana Cayetano Heredia- en la cual trabajó durante años el Prof Alberto Ramírez Ramos, autor de la revisión publicada en este número de ACTA.³ Estos grupos, por más de una década, fueron los que realizaron los primeros aportes sobre el microorganismo y su relación con la patología gastroduodenal.

Los hechos más importantes en la epidemiología de esta infección han sido los estudios realizados sobre análisis de secuencia genética, los cuales sugieren que los seres humanos habrían sido infectados por el Hp desde la época en que el hombre migró de África, hace alrededor de 58.000 años.

La alta prevalencia de la infección en los países emergentes o en vías de desarrollo supera el 70% y llega al 90% en los países latinoamericanos de Amé-

rica Central y México, constituyendo un verdadero problema para la salud pública en esos países; y contrasta con la franca disminución de la misma en los países desarrollados (Australia 20%; Estados Unidos y Canadá 30%; Suiza 7%).⁴ Esta prevalencia también varía notablemente entre grupos poblacionales de un mismo país, variación que está relacionada principalmente con el nivel socioeconómico de los habitantes y, de manera menos clara, con factores genéticos, raciales y culturales.

El momento en el que se adquiere la infección también es distinto: la mayoría de los niños de los países emergentes ya portan la bacteria a temprana edad. Como resulta lógico en Latinoamérica, todos los marcadores de nivel social, económico y cultural bajos se asocian con esa alta tasa de ocurrencia de la infección. Hoy, afortunadamente, también se describen en países de Sudamérica cohortes en las que generalmente personas más jóvenes se benefician con menores tasas de incidencia y prevalencia resultantes de una mejoría en su calidad de vida.⁴

Estudios de prevalencia realizados en nuestro país en adultos sanos demostraron tasas que oscilan entre el 52% y 56%, algo inferiores a las publicadas en otros países en vías de desarrollo; lo cual constituye un verdadero desafío para gastroenterólogos y sanitaristas por la alta tasa de incidencia de enfermedades gastroduodenales asociadas a la infección que pueden presentarse en nuestro país.⁵⁻⁷

Sin lugar a dudas la Conferencia de Consenso sobre la infección por Hp realizada en Río de Janeiro (Brasil) entre el 17 y el 20 de febrero de 1999 con delegados de todos los países latinoamericanos constituyó el primer aporte de gran jerarquía científica en esta parte del continente americano.⁸ En dicha reunión se concluyó que la prevalencia global de infección en Latinoamérica era alta, alrededor del

Correspondencia: Rodolfo E Corti
Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo.
Caseros 2061 (1264). CABA. Argentina.
Tel: 54-11-46339343 Fax: 54-11-43062033.
E-mail: rodolfocorti@hotmail.com

60%, con variaciones entre 30 y 90%, lo cual determinaba que esquemas de bajo costo y suministrados por los hospitales de la seguridad social debían ser aportados para aquellos pacientes con gastritis severas en países con alta incidencia de cáncer gástrico como Chile, Perú, Colombia, Ecuador y Costa Rica, entre otros.

Las guías prácticas de WGO y OMGE (2006) para el manejo de la infección por Hp en países en vías de desarrollo constituye otro pilar fundamental para conocer la epidemiología, patogenia y terapéutica de la misma en esos países.⁹

El tema de la recurrencia de la infección es un aspecto muy interesante de la revisión del Dr Ramírez Ramos. Dicha recurrencia puede ser real por reinfección o tratarse simplemente de la misma cepa de Hp de la infección original que ha persistido luego del tratamiento de erradicación. Ello permite concluir que la tasa de recurrencia es inversamente proporcional a la eficacia del tratamiento erradicador utilizado. Por lo tanto, se deben indicar siempre regímenes terapéuticos altamente efectivos. En los países desarrollados donde la prevalencia de infección por Hp es baja el rango de recurrencia es entre 1 al 5% al año. Desafortunadamente los estudios realizados en países emergentes, tal cual lo aporta esta revisión, determinan una tasa de recurrencia que varía entre 2.9% (Argentina), 4.2% (Chile), 7.6% (Brasil), 22.7% (México) y alcanza 30.3% en Perú.⁴

Un período tan largo de convivencia mutua sugiere que deben haber importantes mutaciones del microorganismo que incluyen, sin lugar a dudas, beneficios para el huésped, lo cual condicionaría no solamente una disminución de la prevalencia en estos países, sino también de las enfermedades vinculadas patogénicamente con esta bacteria.⁴⁻¹⁰

Esta revisión publicada en *ACTA* incluye 170 citas bibliográficas tomadas de una minuciosa evaluación de todos los artículos aparecidos entre los años

2003 y 2008 en relación a la epidemiología, biología molecular, métodos diagnósticos, tratamiento y su asociación con enfermedades gastroduodenales y extradigestivas en fuentes de datos como *Lilacs*, *PubMed* y *Google*, constituyendo sin lugar a dudas un aporte fundamental a la bibliografía de este tema en Latinoamérica.

Referencias

1. Luna P, Corti RE. El *Helicobacter pylori* en el año del Nobel. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2005;4:207-209.
2. Warren J, Marshall B. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983;1:1273-1275.
3. Ramírez Ramos A, Sánchez Sánchez R. Contribución de Latinoamérica al estudio del *Helicobacter pylori*. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2009;39:197-218
4. Corti RE. *Helicobacter pylori*. Temas elegidos. Ed. Cilsa, Buenos Aires, 2008.
5. Corti RE, Pest P, Pedrana R, Varela A, Glanzpigel R, Schraier M. Seroprevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en la República Argentina: influencia de la edad, sexo, nivel socioeconómico, área geográfica e infraestructura sanitaria. *Acta Gastroenterol Latinoam* 1999;29:297-305.
6. Olmos JA, Ríos H, Higa R. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in Argentina: results of a nationwide epidemiologic study. Argentinean Hp Epidemiologic Study Group. *J Clin Gastroenterol* 2000;31:33-37.
7. Jiménez, F. Seroprevalencia de anticuerpos anti Cag A de *Helicobacter pylori* y su relación con factores epidemiológicos en Santa Fe. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2004;34:16-20.
8. Vaz Coelho LG, León-Barúa R, Quigley E, and Representatives of the Latin American National Gastroenterological Societies affiliated with the Inter-American Association of Gastroenterology (AIGE). Latin-American Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2688-2691.
9. WGO-OMGE practice guideline highlights: *Helicobacter pylori* in developing countries. *World Gastroenterol News* 2006;11:22-29.
10. Paula Castro L, Vaz Coelho L. *Helicobacter pylori* in South America. *Can J Gastroenterol* 1998;12:507-511.