

## **Infeción por *Helicobacter pylori* en niños: Un cambio de paradigma**

*Helicobacter pylori* infection in children: A paradigm shift

Idalmis Aguilera Matos<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7364-1533>

María Isabel Pérez Rodríguez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0008-7190-8098>

Elsa Francisca García Bacallao<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7743-7636>

<sup>1</sup>Departamento de Gastroenterología pediátrica. Instituto de Gastroenterología. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [idalmisaguilera0@gmail.com](mailto:idalmisaguilera0@gmail.com)

Recibido: 09/10/2025

Aceptado: 03/12/2025

Sr. Editor:

El redescubrimiento de la bacteria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) por Warren y Marshall en 1981, cambió las teorías imperantes de la época sobre la hiperacidez como causa de úlcera gastroduodenal.<sup>(1)</sup> A partir de ahí se suscitaron múltiples investigaciones con el objetivo de caracterizar la bacteria y definir los mecanismos por los cuales es capaz de producir enfermedad gástrica.

Si bien la evidencia en relación con la temática en la población adulta es robusta y sugiere el tratamiento erradicador en todos los infectados;<sup>(2)</sup> no sucede igual en la población pediátrica. Actualmente, se han publicado escasas guías pediátricas, con propuestas acordes a la situación del área geográfica, en las cuales la decisión de investigar y

tratar,<sup>(3,4)</sup> es diferente a las propuestas por las guías actuales publicadas para población adulta.

El punto inicial es no intentar justificar la presencia de algunas manifestaciones clínicas por una supuesta infección por *H. pylori*, y por tanto, indicar inadecuadamente estudios para su diagnóstico y peor aún, terapia erradicadora. Los métodos no invasivos (antígeno monoclonales en heces, prueba del aliento con urea C<sup>13</sup> y serología) no están indicados para el diagnóstico inicial de la infección en niños; la investigación debe realizarse por métodos invasivos (estudio histopatológico, test de ureasa y/o cultivo) a partir de una endoscopia digestiva superior, indicada en busca de causas que justifiquen los síntomas.<sup>(4)</sup> Varios estudios han evidenciado que las manifestaciones clínicas, en ausencia de úlcera gastroduodenal, no guardan relación con la presencia de *H. pylori* y por tanto, no resuelven después de la terapia erradicadora.<sup>(4,5,6)</sup>

El segundo punto a considerar es la decisión de tratar o no; si durante el resultado de los métodos invasivos, se demuestra la presencia de la bacteria, y el paciente no presenta daño en la mucosa gástrica; corresponde en estos casos, una decisión conjunta entre el médico y los familiares, para definir si se indica tratamiento o no; siempre explicándole detalladamente a los familiares las ventajas y desventajas de ofrecer una terapia en la edad pediátrica, sobre todo en los más pequeños.

En el presente, no queda claro cuál es el momento ideal para indicar la terapia erradicadora en la población pediátrica; se sugiere sea antes de la aparición de lesiones premalignas, lo cual ocurre probablemente después de los 12 años. El tratamiento solo se recomienda antes de esa edad, en aquellos con úlcera gastroduodenal, anemia ferropénica refractaria al tratamiento siempre que se hayan descartado otras causas y en los niños mayores de 5 años con antecedentes de cáncer gástrico en familiares de primer grado; sin embargo, esa decisión debe ser tomada de manera individual con cada paciente y/o tutor, teniendo en cuenta la voluntad de los familiares de tratar o no, las condiciones

socioeconómicas de la familia, se debe tener en cuenta además, la posibilidad de reinfección en los más pequeños, y la posible protección contra enfermedades alérgicas y autoinmunes, que al parecer, es superior en los niños con menos edad; otro aspecto a considerar es la poca disponibilidad de antibióticos efectivos para el tratamiento y la elevada resistencia antimicrobiana.

El próximo punto sería, después de tomada la decisión de indicar tratamiento, elegir el más adecuado. En Cuba no es posible realizar cultivos y por tanto es empírico, lo cual complejiza esta selección; y se requiere de un informe detallado sobre posibles alergias a antibióticos y el antecedente de consumo de estos (azitromicina, claritromicina, levofloxacino y metronidazol) por diferentes causas.<sup>(4)</sup>

Hace varios años, la claritromicina dejó de ser un medicamento eficaz para erradicar al *H. pylori*. En Cuba no se comercializa este medicamento, por lo que para algunos pudiera ser una buena opción; sin embargo, la resistencia cruzada descrita por el uso de azitromicina con frecuencia utilizada en la población pediátrica;<sup>(7)</sup> y, sobre todo, por su excesivo uso durante la pandemia COVID 19; sugiere que no sea adecuada su indicación para el tratamiento en la población cubana infectada, y mucho menos en aquellos que utilizaron este medicamento previamente en una terapia erradicadora.

El metronidazol es otro medicamento frecuentemente utilizado en Cuba y se documenta resistencia in vitro elevada; no obstante, se conoce que esta resistencia puede ser superada siempre que se indique en dosis altas y se prolongue los días de tratamiento, por lo que puede ser considerado como terapia de primera línea durante 14 días.<sup>(7)</sup>

La amoxicillina y la tetraciclina son los medicamentos con menores tasas de resistencia descrita y por tanto pueden ser considerados en esquemas de primera línea, aunque se debe tener en cuenta que la tetraciclina debe ser utilizada en mayores de 8 años.

También se requiere el uso de inhibidores de la bomba de protones a doble dosis durante el tiempo que se indique el tratamiento con antibiótico.<sup>(4)</sup>

Se hace énfasis en una selección adecuada del tratamiento y su extensión a 14 días para mitigar la propagación de la resistencia a múltiples fármacos y así proteger la eficacia de los regímenes de tratamiento. Está documentada la prevalencia en niños, de cepas primarias de *H. pylori* resistentes a múltiples medicamentos y la presencia simultánea de cepas tanto resistentes como susceptibles dentro del mismo paciente.<sup>(8)</sup>

Sin pruebas de susceptibilidad, se pudiera recomendar como primera línea de tratamiento una terapia triple empírica durante 14 días que combina un inhibidor de la bomba de protones con amoxicilina y metronidazol.<sup>(8)</sup>

El siguiente punto, además de una selección adecuada del tratamiento, sería la necesaria orientación de medidas higiénicas sanitarias al paciente y familiares, si se tiene en cuenta las vías de transmisión y el papel de la familia en la misma. La posibilidad de tener un familiar infectado debe ser considerada en los pacientes pediátricos diagnosticados.<sup>(3)</sup>

Así, podemos concluir que se debe investigar las causas que justifiquen síntomas, no la presencia de *H. pylori*, por tanto, no indicar métodos no invasivos para el diagnóstico inicial de la infección. Es conveniente no indicar tratamiento en niños sin evidencia de la infección o en aquellos infectados en los cuales no se les proporcionará verdaderos beneficios. Se deberá realizar selección individualizada de la terapia erradicadora, así como ofrecer orientaciones higiénico-sanitarias para evitar la transmisión intradomiciliaria.

## Referencias bibliográficas

1. Warren JR, Marshall B. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. Lancet 1983;1:1273-5. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(83\)92719-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(83)92719-8).
2. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, et al. European *Helicobacter* and Microbiota Study group. Management of

- Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 2022;gutjnl-2022-327745. DOI: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327745>.
3. Ding SZ, Du YQ, Lu H, Wang W-H, Cheng H, Chen S-Y, et al. Chinese consensus report on family-based *Helicobacter pylori* infection control and management. Gut. 2022; 71(2):238-253. DOI: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-325630>.
4. Homan M, Jones NL, Bontems P, Carroll MW, Czinn SJ, Gold BD, et al. Updated joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for management of *Helicobacter pylori* infection in children and adolescents. (2023). J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024;79(3):758-785. DOI: <https://doi.org/10.1002/jpn3.12314>.
5. Ravikumara M. *Helicobacter pylori* in children: think before you kill the bug! Therap Adv Gastroenterol. 2023;16:17562848231177610. DOI: <https://doi.org/10.1177/17562848231177610>.
6. Nguyen J, Kotilea K, Bontems P, Miendje Deyi VY. *Helicobacter pylori* infections in children. Antibiotics (Basel). 2023;12(9):1440. DOI: <https://doi.org/10.3390/antibiotics12091440>.
7. Ng HY, Leung WK, Cheung KS. Antibiotic resistance, susceptibility testing and stewardship in *Helicobacter pylori* infection. Int J Mol Sci. 2023;24(14):11708. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms241411708>.
8. Hasanuzzaman M, Bang CS, Gong EJ. Antibiotic resistance of *Helicobacter pylori*: Mechanisms and clinical implications. J Korean Med Sci. 2024;39(4):e44. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2024.39.e44>.

### Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.