

con el IMC que a su vez se relaciona con CT90(%de registro en que la saturación de O₂ es menor del 90%). 3. El tratamiento con CPAP parece mejorar los síntomas clínicos de reflujo.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.156

TRATAMIENTO DE RESCATE CON LEVOFLOXACINO TRAS DOS FRACASOS ERRADICADORES DE *H. PYLORI*: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA

J.P. Gisbert^a, M. Castro-Fernández^b, F. Bermejo^c, A. Pérez-Aisa^d, J. Ducons^e, M. Fernández-Bermejo^f, A. Cosme^g, F. Bory^h, L.M. Benitoⁱ, L. López-Rivas^j, I. Domínguez-Jiménez^k, A. Cuadrado^l, E. Lamas^b, J.A. Carneros^c, M. Pabón^b, P. Valer^c

^aHospital de la Princesa, Madrid

^bHospital de Valme, Sevilla

^cHospital de Fuenlabrada, Madrid

^dHospital Costa del Sol, Málaga

^eHospital San Jorge, Huesca

^fHospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

^gHospital de Donostia, San Sebastián

^hHospital del Mar, Barcelona

ⁱHospital Virgen del Toro, Menorca

^jHospital de San Agustín, Asturias

^kHospital Alto Guadalquivir, Jaén

^lHospital de Laredo, Cantabria

Objetivo: La combinación de un inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y amoxicilina (IBP+C+A) es ampliamente utilizada para tratar la infección por *H. pylori*, aunque fracasa en un considerable número de pacientes. En dichos casos habitualmente se recomienda una terapia cuádruple con un IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol (IBP+B+T+M), aunque ésta también fracasa en ³ 20% de los casos. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y la seguridad de un régimen basado en levofloxacin tras dos fracasos consecutivos en la erradicación de *H. pylori*, presentando los resultados actualizados de un estudio multicéntrico de la Asociación Española de Gastroenterología.

Métodos: *Diseño:* Estudio multicéntrico prospectivo. *Pacientes:* Pacientes consecutivos en los que había fracasado un primer tratamiento con IBP+C+A y un segundo con IBP+B+T+M (o ranitidina citrato de bismuto junto con esos mismos antibióticos). *Criterios de exclusión:* cirugía gástrica previa. *Intervención:* se administró un tercer tratamiento erradicador con levofloxacin (500 mg/12 h), amoxicilina (1 g/12 h) y omeprazol (20 mg/12 h) durante 10 días. Todos los fármacos se administraron juntos, después del desayuno y de la cena. El cumplimiento se evaluó mediante interrogatorio y recuperación de la medicación residual. *Variable de resultado:* la erradicación de *H. pylori* se definió como la negatividad de la prueba del aliento mediante ¹³C-urea 8 semanas después de finalizar el tratamiento.

Resultados: Se han incluido hasta el momento 171 pacientes, 14 (8%) de los cuales no finalizaron el seguimiento. Las tasas de erradicación, “por protocolo” y “por intención de tratar”, fueron del 71% (IC 95% = 63–78%) y del 67% (IC 95% = 60–75%), respectivamente. Se describieron efectos adversos en el 21% de los casos, incluyendo náuseas (7%), sabor metálico (7%), mialgias/artralgias (7%), dolor abdominal (5%) y diarrea (4%), pero ninguno de ellos fue grave.

Conclusión: El tratamiento de “rescate” con levofloxacin constituye una prometedora alternativa de tercera línea tras el fracaso de múltiples terapias erradicadoras conteniendo antibióticos clave como amoxicilina, claritromicina, metronidazol y tetraciclina.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.157

TRATAMIENTO DE RESCATE DE CUARTA LÍNEA TRAS EL FRACASO DE 3 TRATAMIENTOS ERRADICADORES DE *H. PYLORI*: ¿MERECE LA PENA?

J.P. Gisbert^a, M. Castro-Fernández^b, E. Lamas^b, A. Pérez-Aisa^c, J.L. Cabriada^d, L. Rodrigo^e, L.M. Benito^f, J.L. Gisbert^a, S. Marcos^a, J.M. Pajares^a

^aServicio de Aparato Digestivo, La Princesa, Madrid

^bServicio de Aparato Digestivo, Valme, Sevilla

^cServicio de Aparato Digestivo, Costa del Sol, Málaga

^dServicio de Aparato Digestivo, Galdakao, Vizcaya

^eServicios de Aparato Digestivo, Central de Asturias, Oviedo

^fServicios de Aparato Digestivo, Virgen del Toro, Menorca

Objetivo: En ocasiones, la infección por *H. pylori* persiste a pesar de haber administrado 3 tratamientos erradicadores consecutivos. Se desconoce hasta qué punto merece la pena (en cuanto a eficacia y seguridad) intentar un 4º tratamiento erradicador en estos casos refractarios. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia de un 4º tratamiento de rescate empírico (con rifabutina o con levofloxacin) en pacientes en los que habían fracasado previamente 3 intentos erradicadores.

Métodos: 45 pacientes con tres fracasos consecutivos en la erradicación de *H. pylori* fueron incluidos prospectivamente. En todos ellos se había administrado un 1º tratamiento con IBP-claritromicina-amoxicilina y un 2º tratamiento con cuádruple terapia (IBP-bismuto-tetraciclina-metronidazol). En 13 de ellos se había pautado un 3º tratamiento con IBP-amoxicilina-rifabutina, por lo que se administró un 4º tratamiento con IBP, amoxicilina (1 g/12 h) y levofloxacin (500 mg/12 h) durante 10 días. En los 32 restantes se había pautado un 3º tratamiento con IBP-amoxicilina-levofloxacin, por lo que se administró un 4º tratamiento con IBP, amoxicilina (1 g/12 h) y rifabutina (150 mg/12 h) durante 10 días. La susceptibilidad antibiótica se desconocía y, por lo tanto, los tratamientos de rescate fueron prescritos empíricamente. La erradicación se comprobó mediante prueba del aliento con ¹³C-urea.

Resultados: 13 pacientes recibieron un 4º tratamiento con levofloxacin y 32 con rifabutina. Todos los pacientes menos tres (todos del grupo de rifabutina) completaron el seguimiento. El cumplimiento terapéutico del grupo tratado con levofloxacin fue del 100%, mientras que 3 pacientes del grupo que recibió rifabutina no tomaron correctamente la medicación (por efectos adversos: fiebre, mialgia, dolor abdominal y diarrea en un caso, y vómitos en otros dos). La incidencia de efectos adversos con el 4º tratamiento de rescate con rifabutina fue del 33% (ninguno de ellos grave; a destacar leucopenia y trombopenia autolimitada en sendos pacientes) y del 46% en aquéllos que recibieron levofloxacin (fundamentalmente mialgias). La tasa global de erradicación con el cuarto tratamiento “por protocolo” y “por intención de tratar” fue, respectivamente, del 52% (IC 95%, 36–67%) y del 51% (IC 95%, 35–66%). Las tasas de erradicación “por intención de tratar” con levofloxacin y con rifabutina como 4º tratamiento fueron, respectivamente, del 69% y del 44%.

Conclusión: Incluso tras el fracaso de 3 tratamientos previos, una cuarta terapia de rescate empírica (con levofloxacin o con rifabutina) puede ser efectiva para erradicar la infección por *H. pylori* en aproximadamente la mitad de los casos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.158