

A infecção pelo *Helicobacter pylori* (HP), bactéria gram negativa espiralada descrita por Warren e Marshall no início da década de 80, é uma das infecções mais comuns no ser humano em todo o planeta, com prevalência estimada em 50% da população mundial. É causa de diversas patologias, incluindo gastrite crônica, úlcera péptica e câncer gástrico. Recentes avanços no estudo do HP, como o conhecimento da crescente resistência aos antimicrobianos utilizados no seu tratamento, além de progressos no estudo da microbiota gástrica e sua interação com a bactéria em questão justificaram a realização do IV Consenso Brasileiro sobre o *H. pylori*, ocorrido na cidade de Bento Gonçalves entre os dias 25 e 27 de agosto de 2017. O grupo formado por 26 especialistas foi dividido em quatro grupos de trabalho menores (Epidemiologia e Diagnóstico; Dispepsia, Alterações na Microbiota Intestinal e outras desordens; Câncer Gástrico; Tratamento), cujos participantes elaboraram declarações que foram votadas por todos os integrantes. O índice de consenso adotado foi o de que 80% dos especialistas respondessem que concordavam forte ou parcialmente com cada declaração proposta, resultando nas 30 declarações finais. O grande destaque do Consenso ficou por conta da recomendação de aumento da duração do tratamento de primeira linha de 7 para 14 dias, em linha com a recomendação dos consensos europeu, canadense e americano (3, 4 e 5).

Seguem as recomendações do Consenso Brasileiro, divididas nos quatro grupos citados:

- Grupo 1: Epidemiologia e Diagnóstico

Declaração 1:

No Brasil, os fatores de risco para adquirir a infecção por HP são condições de vida inadequadas, status sanitário e sócio-econômico baixos. Não há evidência bem estabelecida sobre a dinâmica da prevalência da infecção por HP no Brasil.

Nível de evidência (NE): 3B Grau de Recomendação (GR): B

Declaração 2:

O teste respiratório com uréia 13C é o método padrão-ouro para o diagnóstico não invasivo da infecção por HP. O teste de antígeno fecal usando anticorpos monoclonais é uma boa alternativa, entretanto a disponibilidade destes dois métodos no Brasil é limitada.

NE: 1A GR: A

Declaração 3:

Para o estudo do HP usando o teste rápido da urease (TRU), recomenda-se a coleta de um fragmento do antro e um do corpo. Para exame histológico, coleta de dois fragmentos do antro e dois do corpo é recomendada porque isto permite a análise morfológica da mucosa. TRU sozinho não é recomendado para controle da terapia de erradicação.

NE: 1A GR: A

Declaração 4:

A pesquisa de HP após a terapia de erradicação deve ser realizada pelo menos 4 semanas após o término do tratamento. O teste respiratório com uréia 13C e a pesquisa do antígeno fecal com anticorpo monoclonal são os métodos de escolha. Histologia é um método invasivo alternativo.

NE: 1A GR: A

Declaração 5:

Testes moleculares podem ser usados para acessar a resistência do HP a antimicrobianos após falha ao segundo ou terceiro tratamentos. A indisponibilidade de cultura do HP e antibiograma limita o uso destes testes.

NE: 4 GR: C

Declaração 6:

Testes sorológicos localmente validados são os métodos de escolha para estudos de rastreamento de base populacional. Sorologia pode ser usada como o teste inicial para diagnosticar a infecção por HP, especialmente na presença de sangramento gastrointestinal, gastrite atrófica, Linfoma MALT ou câncer gástrico.

NE: 2A GR: B

Declaração 7:

O uso de IBPs deve ser descontinuado por 2 semanas antes da realização de testes diagnósticos para a infecção por HP, exceto a sorologia. O uso de antibióticos e sais de bismuto deve ser descontinuado por 4 semanas antes destes testes diagnósticos.

NE: 2B GR: B

Declaração 8:

Indicação de endoscopia para o paciente com sangramento digestivo alto torna a histologia o teste recomendado naquele paciente com indicação para a pesquisa de HP. Teste respiratório é uma alternativa. Uma nova pesquisa de HP deve ser conduzida em pacientes com resultado negativo no primeiro teste.

NE: 4 GR: C

- Grupo 2: Dispepsia, Microbiota e outras desordens

Declaração 9

A estratégia “teste e trate” é recomendada para pacientes abaixo de 40 anos com dispepsia, ainda não diagnosticados com HP e sem sintomas de alarme. O teste de escolha para o diagnóstico e controle de tratamento é o teste respiratório com uréia ¹³C.

NE: 1B GR: A

Declaração 10

Dispepsia é muito comum e é classificada como investigada e não-investigada. Após investigação, a dispepsia é agora classificada como orgânica, associada ao HP ou funcional.

NE: 1C GR: A

Declaração 11

Pacientes com dispepsia e HP devem ser submetidos a terapia de erradicação do HP.

NE: 3A GR: B

Declaração 12:

HP e as drogas utilizadas na terapia de erradicação afetam a fisiologia das microbiotas gástrica e intestinal e podem modificar a microbiota, com graves consequências para a saúde global.

NE: 5 GR: D

Declaração 13:

O uso de probióticos associados à terapia de erradicação é uma tentativa de otimizar a erradicação do HP e minimizar os efeitos adversos, reequilibrando a microbiota. Mais estudos são necessários para melhor definir a cepa, a quantidade, o tempo e o período de suplementação.

NE: 4 GR: C

Declaração 14:

Há evidência de uma associação entre infecção por HP, anemia ferropriva de etiologia desconhecida, Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI), e deficiência de vitamina B12. Em outras condições extra-gastroduodenais, pode haver associações positivas e negativas sem nenhuma causalidade comprovada.

NE: 3A GR: B

Declaração 15:

Não há evidência de uma associação entre infecção por HP e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). A erradicação da bactéria usualmente não leva ao início de sintomas de DRGE. Evidência epidemiológica indica uma correlação negativa entre infecção por HP, esôfago de Barret e

adenocarcinoma do esôfago distal.

NE: 3A GR: B

Declaração 16:

Em pacientes infectados por HP, o uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) ou ácido acetil salicílico (AAS), mesmo em baixas doses, aumenta o risco de úlcera e suas complicações.

Anticoagulantes (cumarínicos, Clopidogrel e os novos anticoagulantes orais) podem aumentar o risco de úlcera/sangramento em pacientes infectados por HP. Em pacientes sob alto risco de desenvolvimento de úlceras, antes do início de tratamento de longo prazo com AINEs ou AAS, mesmo em baixas doses, HP deve ser pesquisado e erradicado. Entretanto, a erradicação isoladamente não previne a recorrência de úlcera/sangramento.

NE: 1B GR: A

- Grupo 3: Câncer gástrico

Declaração 17:

O câncer gástrico tem uma incidência intermediária no Brasil; é uma das cinco principais causas de mortalidade por câncer no país e sua incidência apresenta diferenças regionais.

NE: 2C GR: B

Declaração 18:

A erradicação do HP associa-se com um decréscimo nas taxas de câncer gástrico.

NE: 1A GR: A

Declaração 19:

A análise sorológica da atrofia gástrica utilizando o pepsinogênio I (PGI) e o pepsinogênio II (PGII), combinados com anticorpos contra HP e gastrina 17 pode ser usada para identificar populações sob risco de câncer gástrico. Entretanto, mais estudos são necessários para validar este instrumento no Brasil.

NE: 3A GR: B

Declaração 20:

Estudos epidemiológicos, experimentais, moleculares e clínicos tem confirmado o papel do HP como fator de risco para câncer gástrico.

NE: 1A GR: A

Declaração 21:

O diagnóstico de Linfoma MALT baseia-se na avaliação histopatológica e imunohistoquímica das biópsias gástricas junto com a pesquisa de HP.

NE: 1A GR: A

Declaração 22:

O seguimento de pacientes com Linfoma MALT após a erradicação do HP requer avaliações histopatológicas periódicas. O sistema GELA é um método morfológico adequado para o seguimento.

NE: 4 GR: C

Declaração 23:

O estadiamento de lesões pré-neoplásicas deve ser baseado em pelo menos quatro biópsias endoscópicas (duas do antro e duas do corpo) usando o sistema OLGA para estadiamento histológico da gastrite. Pacientes classificados como OLGA III ou IV devem ser submetidos a seguimento endoscópico a cada 2 anos.

NE: 2C GR: B

- Grupo 4: Tratamento

Declaração 24:

Apesar dos níveis de resistência crescentes à Claritromicina e às Fluoroquinolonas no Brasil, o seu uso ainda é recomendado no tratamento do HP. Apesar da alta resistência in vitro aos nitroimidazólicos, estas drogas podem ser prescritas em situações, doses e períodos específicos.

NE: 2C GR: B

Declaração 25:

A duração da terapia de erradicação do HP deve ser de 14 dias, especialmente para a terapia tripla padrão, afim de alcançar uma alta taxa de erradicação.

NE: 2A GR: B

Declaração 26:

Usar IBPs após a erradicação do HP para cicatrizar úlcera péptica duodenal é desnecessário. Em casos de úlcera gástrica ou úlceras gastroduodenais complicadas, tratamento com IBPs por 4 a 8 semanas após a terapia de erradicação é recomendada.

NE:2C GR: B

Declaração 27:

Terapia tripla consistindo na combinação de IBP, Amoxicilina e Claritromicina por 14 dias é recomendada como tratamento de primeira linha. Alternativas incluem terapia quádrupla com Bismuto por 10 a 14 dias e terapia concomitante por 14 dias.

NE: 2A GR: B

Declaração 28:

Em casos de falha à terapia tripla com Claritromicina ou à terapia quádrupla concomitante, as estratégias recomendadas são terapia tripla com Levofloxacina ou terapia quádrupla com Bismuto, ambas por 10 a 14 dias. Em caso de falha de um dos dois regimes de segunda linha recomendados, o outro regime de tratamento deve ser usado como terapia de terceira linha.

NE: 2A GR: B

Declaração 29:

Tratamento do HP após três falhas terapêuticas deve ser restrito a casos especiais e guiado por testes fenotípicos ou genotípicos de susceptibilidade antimicrobiana. O uso de Rifabutina, quando disponível, pode ser uma alternativa.

NE: 3A GR: B

Declaração 30:

A recomendação para indivíduos com alergia a Amoxicilina é IBP 2x/dia, + Claritromicina 500 mg 2x/dia + Levofloxacina 500 mg 1x/dia por 14 dias;

ou

IBP 2x/dia + Doxiciclina 100 mg 2x/dia ou Tetraciclina 500 mg 4x/dia + Metronidazol 500 mg 3x/dia + Bismuto 240 mg 2x/dia por 14 dias

NE: 4 GR: C

[Link: clique aqui e leia o artigo original](#)

Bibliografia:

1. Coelho LGV, Marinho JR, Genta R, Ribeiro LT, Passos MCF, Zaterka S, Assumpção PP, Barbosa AJA, Barbuti R, Braga LL, Breyer H, Carvalhaes A, Chinzon D, Cury M, Domingues G, Jorge JL, Maguilnik I, Marinho FP, Moraes Filho JP, Parente JML, Paula-e-Silva CM, Pedrazzoli Júnior J, Ramos AFP, Seidler H, Spinelli JN, Zir JV. IVth Brazilian Consensus Conference on *Helicobacter pylori* infection
2. *Helicobacter pylori* – Edições Monotêmáticas FBG – Edição 2011.
3. Malfertheiner P, Megraud F, O’Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017;66:6-30.
4. Carlo A. Fallone, Naoki Chiba, Sander Veldhuyzen van Zanten, Lori Fischbach, Javier P. Gisbert, Richard H. Hunt, Nicola L. Jones, Craig Render, Grigorios I. Leontiadis, Paul Moayyedi and John K. Marshall. The Toronto Consensus for the Treatment of *Helicobacter pylori* Infection in Adults. Canadian Association of Gastroenterology. Gastroenterology 2016;151:51–69.
5. William D. Chey, MD, F A C G, Grigorios I. Leontiadis, MD, PhD, Colin W. Howden, MD, F A C G and Steven F. Moss, MD, F A C G. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. Am J Gastroenterol 2017; 112:212–238; doi:10.1038/ajg.2016.563; published online 10 January 2017.

