

POINT OF VIEW

Helicobacter pylori: its discovery and relevance for medicine

J. M. Pajares and J. P. Gisbert

Service of Gastroenterology. University Hospital La Princesa. Universidad Autónoma. Madrid, Spain

ABSTRACT

In 1979, Warren was first to observe these bacteria in an inflamed gastric epithelium, and subsequently in peptic ulcer-associated gastritis. In 1981, Marshall starts his research and cultivates the bacteria, performs prospective studies, and administers therapy regimens using antibiotics and bismuth salts. The organism was designated *Campylobacter*-like after its similarity with said genus. In 1984, Marshall manages to meet Koch's postulates using self-inoculation by ingesting a bacterial culture, which resulted in gastritis that was then treated and cured with bismuth salts and metronidazole. The Gastroenterological Society of Australia rejected the abstract with preliminary data. In 1983, "The Lancet" published such data in two brief letters with the same heading, with each being signed by one of these two researchers. Cooperating with microbiologists they classify the new bacteria within the *Helicobacter* genus as the *pylori* species. Gastritis and peptic ulcer are currently considered infectious diseases. Their diagnosis and therapy include bacterial detection methods and antibiotics, respectively. In addition, a causal relationship between *Helicobacter pylori* and both gastric adenocarcinoma and gastric lymphoma has been established, and its association with some extra-digestive conditions has been suggested.

Key words: *Helicobacter pylori*. Discovery. Nobel 2005. Peptic ulcer. Duodenal ulcer. Gastric ulcer. Gastritis.

Pajares JM, Gisbert JP. *Helicobacter pylori*: its discovery and relevance for medicine. Rev Esp Enferm Dig 2006; 98: 770-785.

Recibido: 26-04-06.
Aceptado: 09-05-06.

Correspondencia: José María Pajares-García. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de La Princesa. Diego de León, 62. 28006 Madrid. e-mail: jpa-jaresg@medynet.com

INTRODUCTION

In November 2005, Robin Warren and Barry Marshall were awarded the Nobel Prize in Physiology or (¿...?) Medicine. The Board members summarized their contribution to science with these words: "extraordinary and unexpected discovery that gastric inflammation (gastritis), as well as stomach and duodenal ulcer (peptic ulcer disease), result from a gastric infection by the bacterium *Helicobacter pylori*" (1).

HOW WAS THIS DISCOVERED?

While independently, both prize-winning investigators complemented their research. Warren was first to see the organism on June 11, 1979 –his 42nd birthday. He comments on his finding as follows: "I was doing my daily chore of examining preparations for the microscopic study of gastric biopsies. In a preparation of gastric mucosa with active chronic gastritis, I saw a blue line on the surface of the gastric epithelium. Using greater magnification I clearly saw that many small bacilli made up the blue line, and were strongly adherent to the epithelium's surface. I confirmed my suspicion using an immersion lens".

During the following 18 months, Warren studied and collected more samples where gastritis-related histological lesions were always associated with these bacteria. Being a pathologist he was clear that bacteria present in any inflamed tissue should be considered causal agents. However, he had to fight the dogma that bacteria just do not grow in the stomach's acid medium (2). Nobody believed in him but his wife Win, a psychiatrist who enthusiastically encouraged him. This Warren acknowledged in an interview with these words: "I look up to my wife, and am grateful for her moral help; having to raise five children, she was all the more right to be upset –her hus-

band had wasted time and money searching for non-existent bacteria; however, she listened and encouraged him when he was back home, sometimes at daybreak" (3). Now, when thinking back to those days, he believes her wife had all reasons to make him visit, as a patient, one of her psychiatrist colleagues (2).

Warren had a logical mind and was an expert in histological staining. To identify the components of the aforementioned "blue line" he tried the Gram and Warthin-Starry stains (with silver preparations). Using both stains—particularly the latter—he managed to dye and tell apart bacteria from epithelial cells. He also examined thinner mucosal sections under an electron microscope, and saw the bacteria firmly adhering to the epithelium's surface. Len Matz, a pathologist in the same department, also saw it and told him: "if you really think this is a relevant finding, keep on searching in more patients" (2).

Warren continued his search for bacteria in all histological preparations from gastric mucosa, and indeed found their presence in active chronic gastritis samples. They often showed up in small foci. To be even more sure he showed the images obtained with an electron microscope to experts in this imaging technique, who confirmed the presence of bacteria from their similarity to those previously reported by Fung et al. in 1979 (4). To rule out the possibility that the organisms seen were in fact commensal rather than pathogenic bacteria he looked at 20 cases where gastric histology was normal, with no inflammatory cells and no bacteria.

Warren searched alone until 1981. On this year he was visited by Barry Marshall, a 31-year-old participant in the Royal Australian College of Physicians' clinical specialization program. To meet his program goals Marshall had to complete a research project. He initially rejected the subject suggested by his boss, because he considered it irrelevant; his boss replied: "If you want something interesting, you'll likely find it in the Pathology Department; you better go see that "crazy" Warren, who's trying to turn gastritis into an infectious disease" (5).

During their first interview (Fig. 1), while not very convinced, he accepted the commitment to collect biopsy samples from 20 patients with an absolutely normal gastric mucosa on endoscopy. He was satisfied to see that no bacteria were present in the non-inflamed gastric mucosa. From this observation on he became increasingly enthusiastic for the project, to which he devoted all his intelligence, his will, and both his work and leisure time.

Marshall cooperated with microbiologists to find an appropriate culture technique for the "new bacteria". From its similarity with *Campylobacter* they selected the medium and incubation times that were standard for said genus. Early attempts using this method failed. However, fortune helped these tenacious researchers. On their return from vacation a lab technician realized that the culture plate for biopsy 35 had not been removed from the heater. On attentive observation, he saw the presence of minute clear colonies. He identi-

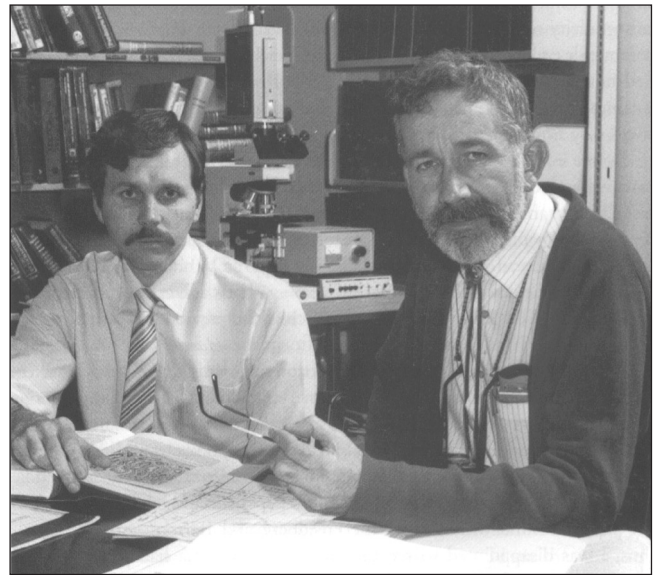


Fig. 1.- A picture showing Warren and Marshall taken in July 1984 (taken from reference 8, with permission).

Fotografía de Warren y Marshall realizada en julio de 1984 (tomada de referencia 8, con permiso de los autores).

fied these bacteria, which were similar to those seen in histological preparations.

THE SEARCH FOR DRUGS TO TREAT INFECTION

In October 1981, still with no bacterial cultures available, they treated their first patient, an elderly male of Russian descent with severe gastritis whose biopsy showed countless *Campylobacter*-like organisms. They initiated treatment with tetracycline for 14 days based on previous knowledge that *Campylobacter* is susceptible to this antibiotic agent. They knew they were verging on ethical limits, and that the result obtained was merely anecdotal and lacking scientific value. Having shared these considerations with their patient, as well as their concerns regarding response, he finally accepted. Following treatment onset both abdominal pain and nausea subsided. While they still saw an erythematous gastric mucosa on their follow-up endoscopy, acute inflammation features had improved and the bacteria had disappeared.

Encouraged by this favorable outcome they planned a therapy trial for infected patients with duodenal (DU) or gastric ulcer (GU). How were they to fund this trial? What drugs were to be selected? These and many other concerns did not discourage Marshall despite his being a 31-year-old young man, an unknown stranger from a distant city across the world. He contacted several pharmaceutical companies with little success. Gist-Brocades, a Dutch company that had synthesized bismuth salt (col-

loidal bismuth subcitrate), answered Marshall's call for help, and sent him a number of papers on the drug that revealed a smaller number of relapses in patients with peptic ulcer (PU) who had been treated with said bismuth salt *versus* those who had received cimetidine (6), as well as bacterial eradication in those with bismuth salt (7). Inspired by these data, Marshall included bismuth salt (Denol) and cimetidine plates in *Campylobacter pylori* cultures, and saw "bacterial inhibition areas" around bismuth but not cimetidine plates.

With few though scientifically-grounded data Marshall designed a prospective clinical trial where patients were included in two arms: in one arm, patients received Denol (suspension formulation); in the other arm, patients received cimetidine (Tagamet). No double-blind condition could be established, as no other researcher contributed work. Few patients accepted—only 15 in each group. Results were unsatisfactory, as relapse rates were identical in both groups. However, upon the histopathologic study of biopsies obtained both before and after therapy, he found that gastritis had decreased in those receiving the bismuth salt. He also found that most patients had discontinued bismuth because of poor taste (5).

Despite these results, he continued with their protocol. They treated with Denol, the new chewable tablet presentation, a patient with relapsing ulcer. As a result of treatment the patient developed periodontitis, which was cured with metronidazole. At follow-up endoscopy, the DU was healed and the bacteria were no longer present. A coincidence or a synergistic effect of bismuth plus metronidazole? Marshall answered by checking the bacterium's susceptibility to metronidazole in 9 of 10 cultures. He added this antibiotic to Denol in a new dual therapy, using which he cures (eradicates) infection in 8 of 10 treated patients. During 1984, he tried dual regimens using bismuth salts plus amoxicillin or tetracycline, which were relatively effective even if bismuth in association with metronidazole yields poorer results (5).

In 1984, both investigators submit a full paper with all their data to *The Lancet*. Again, the editors are reluctant to accept it, since reviewers having assessed the article considered it insufficiently relevant for publication. The authors suggest other reviewers, who finally approve it. The editors add a praiseworthy note to highlight the discovery's originality and importance (8). Several letters referring to the new bacteria were published in that same issue: MacNulty and Watson from Skirrow's lab reported the finding of spiral bacteria in the gastric antrum (9); Langerberg et al., from Amsterdam, reported the presence of urease in these bacteria (10); and Eldridge et al. mentioned the detection of anti-*Campylobacter* antibodies in infected patients (11).

MEETING KOCH'S POSTULATES

In January 1984, Marshall and Stuart Goodwin, a microbiologist at the Experimental Microbiology Department,

agreed to inoculate pigs—the animal they considered most fit—with pure *Campylobacter* cultures. These experiments failed. Marshall was not discouraged, however. He decided to inoculate himself, and informs his boss Ian Hislop and his friendly, the pathologist David MacGeachie, who tried to dissuade him by discussing a number of scientific and ethical issues. He ignored their advice and kept his decision. His behavior was neither irresponsible nor heroic. As he himself has stated on several occasions, he was exposing himself to an infection for which he knew there was a cure.

In June 1984, he fasted and visited the Endoscopy Unit half an hour before opening time. He asked his boss to start with him, as he wanted to establish whether his gastric mucosa was normal and gastritis-free. Gastric biopsy was normal. In that same endoscopy session biopsies are obtained from an adult male with dyspeptic symptoms. His gastric biopsy revealed the presence of gastritis. Abundant metronidazole-susceptible *Campylobacter* organisms grew in his culture. Dual therapy with bismuth salts and metronidazole cured the patient's infection. A second follow-up endoscopy established that gastritis had been cured.

Marshall had followed this patient with increasing interest. Upon learning that gastritis had been cured he decided to select this patient's gastric biopsy cultures for his own inoculation. He took 30 mL from this culture aside, which he ingested following 400 mg of cimetidine in an attempt to reduce acid secretion and thus facilitate gastric infection (5).

For the first six days, Marshall experienced no symptoms. On the 7th day he woke up with severe nausea and vomiting, which stayed for three additional days. The vomited material was of a light color and had no acid taste. On the tenth day, he underwent his second endoscopy, which was performed at closing time given the high number of visiting patients. Despite the fact that he was apathetic and physically weak he did not remain inactive, for he prescribed therapies for infected patients all morning. His second endoscopy was much more uncomfortable than the previous one. The biopsy revealed gastritis, and *Campylobacter* grew in the related culture. That day he told his wife that he had inoculated himself with a bacterial culture. She looked angrily at him, and showed him his four children. Marshall made it all up when he reminded her—using his usual sense of humor—that most members of the scientific community were pretty sure that the inoculated germs were no pathogens at all. He started therapy with bismuth salts and metronidazole for 14 days, and his complaints disappeared. In his third endoscopy, at one month after treatment completion, histology had returned to normal, and bacteria had disappeared (12).

REPORTING OF RESULTS TO THE SCIENTIFIC COMMUNITY

In October 1982, Marshall presented his initial data, which were severely criticized, at the local College of Physicians meeting. A major objection raised was related

to the association between DU and gastritis, as the scientific community related gastritis only to GU. To counter this argument Marshall reviewed the literature and found a paper from 1950 documenting that 100% of patients with DU had antral gastritis (5).

Together with Warren he decided to report their collected data to their Canadian gastroenterologist colleagues. In February 1983, they submitted an abstract to the Gastroenterological Society of Australia, which was not accepted. In their answering letter the scientific committee justified their rejection quoting their difficulties to accept 56 of all 67 papers received. Their paper lacked scientific interest.

Their refusal did not discourage these investigators. They contacted the English microbiologist Martín Skirrow, a *Campylobacter* expert, who revised their data and repeated their cultures using his own patients, with the same results. Having become an ally, he managed to have the abstract accepted at a *Campylobacter Workshop* to be held by microbiologists that same year in Brussels. Skirrow cooperated in the search for a new name for the novel bacterium at a meal organized to honor Marshall, to which he had invited a prestigious dermatologist who had first identified *Campylobacter laridis* in the gull. Following a relaxed talk they agreed on *Campylobacter* (after similarities with said bacterium) and the adjective “*pylori*” or “*pyloridis*”, after the germ's primary localization at the pyloric area (5).

During the aforementioned Workshop, data reported drew the attention of prestigious microbiologists who were interested in *Campylobacter*, who hence expanded their research lines to include *Campylobacter pylori*. Marshall also managed to interest a fair number of gastroenterologists and pathologists in the research on these bacteria.

In 1983, Warren and Marshall made their findings known to the scientific world in two brief letters separately submitted to the Editor of the prestigious journal “*The Lancet*”. David Fox, the journal's assistant editor, was perplexed by his reception of two letters by different authors with the same heading. He contacted both to learn their reasons. Warren argued that he had been first to see these bacteria, and hence he claimed his right to be considered the original discoverer. Marshall, in turn, claimed his priority in authorship from the fact that he had coordinated and encouraged cultures, a clinical trial, and contact with other microbiologists, etc. All reasons considered, the Editor accepted both letters to be published with the same heading –“Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis”– on June 4, 1983 (13,14), with these references having been subsequently quoted thousands of times in all type of medical journals.

DEFINITIVE CLASSIFICATION OF THE BACTERIUM WITHIN THE GENUS HELICOBACTER

The new bacteria had been provisionally included within the *Campylobacter* genus. With members in this

genus, the new germ shared a spiral shape, its microaerophilic capabilities, potential growth in the same culture medium, and other biochemical characteristics. However, it differed in two major features: the presence of multiple flagella on one end, and a high urease contents. The analysis of several spiral bacteria among *Campylobacter* and other species using electron microscopy revealed that *Campylobacter pylori* was more similar to *Aquaspirillum*, a member of the genus *Spirillum* (15).

Another team of investigators, applying the measurement of percentage guanine and cytosine content in bacterial DNA, which had been used for the taxonomic classification of other species, analyzed and compared the content of such nitrogen bases in *Campylobacter pylori* and bacteria belonging to the genus *Helicobacter*, which had been recently discovered by Australian microbiologists in the roe deer (16). The proportion of guanine and cytosine –35-38%– found in *Campylobacter pylori* was more akin to that of the *Helicobacter* genus (17).

Investigation continued with the use of molecular biology techniques to sequence 16S ribosomal RNA in *Campylobacter pylori*, and the information obtained was compared to that collected from other bacteria; also with the measurement of fatty acid content using gas-fluid chromatography, which had previously helped establish a definitive taxonomy for numerous members in the *Campylobacter* family: *jejuni*, *coli*, *laridis*, etc. (18-20).

Finally, by pooling together fatty acid content data as obtained with gas-fluid chromatography, and information from DNA-DNA hybridation, and then comparing them to those obtained from other bacteria, a group of microbiologists led by Goodwin demonstrated that *Campylobacter pylori* was in fact a distinct member not belonging in the *Campylobacter* genus, but had morphological, and structural biochemical characteristics more akin to those seen in the new *Helicobacter* genus. In 1989, based on the existing scientific data, they published a paper discussing the facts that warranted the name change from *Campylobacter* to *Helicobacter pylori* (21). This name has been recognized and accepted by the scientific community worldwide ever since.

RELEVANCE OF THE DISCOVERY OF HELICOBACTER PYLORI IN MEDICINE

The discovery of these bacteria has involved deep conceptual changes in the understanding of gastroduodenal disease. To a lesser extent, also in the understanding of some extradigestive conditions. Thus, a new etiopathogenicity was considered for gastritis and PU. Indeed, the development of gastritis in Marshall's stomach cleared up any doubts on the pathogenetic capabilities of *Helicobacter pylori* to give rise to this lesion. The experiment complied with requirements as demanded by Koch. Subsequently a number of papers were published with data on

the prevalence of *Helicobacter pylori* in gastritis, which approached 80% in the multifocal form –the form associated with GU– and 100% for antral or type-B gastritis –the form associated with DU (22,23).

How could the causal mechanism of *Helicobacter pylori* resulting in PU be explained? It was not an easy task. Two pieces of data supported this hypothesis: one was epidemiological, the other clinical in nature. The former had been conclusive, since studies worldwide demonstrated an association between *Helicobacter pylori* and DU in almost 100% of patients, as well as in 80 to 95% for GU.

On the other hand, the repeatedly established fact that PU healed in patients receiving antisecretory agents, but relapsed in most cases after 12 months was really eye-catching. However, there was no PU relapse when antibiotics were added and the infection was cured (24). This same result was obtained when *Helicobacter pylori* infection was cured with antibiotic therapy alone, with no concomitant antisecretory agents (25).

Regarding his acute infection, Marshall had induced himself a gastritis, not a PU. The paradigmatic association of a high gastric acidity with DU was still in force for infected patients with PU. What is the role of pH (gastric acidity) and that of *Helicobacter pylori* infection? How can both agents become integrated?

Several duodenal mucosa studies in patients with ulcer revealed the presence of gastric mucosa at the bulb or gastric metaplasia, mucosal inflammation or duodenitis, and the presence of *Helicobacter pylori* at the metaplastic mucosa inside the duodenum (26). The chronic inflammatory response of the gastroduodenal mucosa generates inflammation mediators and a reduction in somatostatin, which brings about hypergastrinemia (27,28). A feasible hypothesis on the pathogenesis of DU integrated gastric hypersecretion as the cause of gastric metaplasia at the duodenal cup and *Helicobacter pylori* infection together. Thus, these bacteria migrated to the duodenum and there they colonized and inflamed bulbar mucosa in areas neighboring gastric metaplasia.

Figure 2, designed by the Nobel Commission, shows the processes and stages of *Helicobacter pylori* infection leading to gastritis and both simple and complicated PU. It illustrates that infection is predominantly localized at the gastric antrum; chronic inflammation or gastritis, which is usually asymptomatic, increased gastric acidity, the resulting PU, and the latter's complications.

The association of *Helicobacter pylori* infection with the development of gastric carcinoma was demonstrated by epidemiological prevalence and case-control studies (29,30). While only experimental data were missing, epidemiological observations were so clear that the World Health Organization classed *Helicobacter pylori*, in 1994, as a type-I cancerigenous agent (31). Subsequently a gastric carcinoma was developed in an experimental model using *Helicobacter pylori*-infected Mongolian gerbils (32).

Similarly, epidemiological studies showed that the prevalence of *Helicobacter pylori* infection was up to 100% in low-grade MALT gastric lymphomas (33). Based on these data an eradicating therapy was administered to patients with these tumors –gastric lymphomas histologically regressed following infection clearance, and then relapsed after reinfection with *Helicobacter pylori* (34).

These data completed the evolutionary possibilities of *Helicobacter pylori*-related gastritis, as well as its natural history since primary infection. Figure 3 summarizes the potential evolution of *Helicobacter pylori* in the gastric mucosa since primary infection. The earliest lesion is superficial gastritis, which may persist as such or become dynamically activated and progress to gastric mucosal atrophy. Intestinal tissue foci may develop in this stage –the so-called intestinal metaplasia. Cell injuries in these metaplastic areas may progress to dysplasia. The next stage is carcinomatous transformation. This evolutionary cycle occurs in just a few patients. Other environmental or dietary carcinogens supplement *Helicobacter pylori* activity. Causes influencing the development of gastric cancer in this small proportion of *Helicobacter pylori*-infected subjects are poorly understood. Potential genetic predisposing factors may play a pivotal role.

Another evolutionary line relates to DU and GU development. In the former case gastritis usually involves the antrum. Production capability for chlorhydric acid remains unchanged or even increases, which may also contribute to pathogenesis. Progression to lymphoma is possibly conditioned by the initial type of gastritis including lymphocytic infiltration in association with yet unknown genetic factors.

MODIFICATIONS IN THE DIAGNOSIS AND THERAPY OF GASTROINTESTINAL DISORDERS

The consistency of facts proving a relationship between *Helicobacter pylori* infection and gastritis, DU, GU, gastric carcinoma, and gastric lymphoma warranted the use of new diagnostic and therapeutic modalities, which were very different to those employed that far, and were dubbed revolutionary.

Diagnostic methods were aimed at bacterial identification. *Cultures* had been achieved, and were highly specific but little sensitive. In addition they required gastric mucosal samples from endoscopic biopsy, and several days' incubation with technical difficulties; hence they were initially available in only a small number of microbiology laboratories.

Rapid urease testing takes advantage of urease contents in *Helicobacter pylori* to make gastric biopsies react with a solution containing urea and a marker. This method is fairly sensitive, specific, and cheap. It also re-

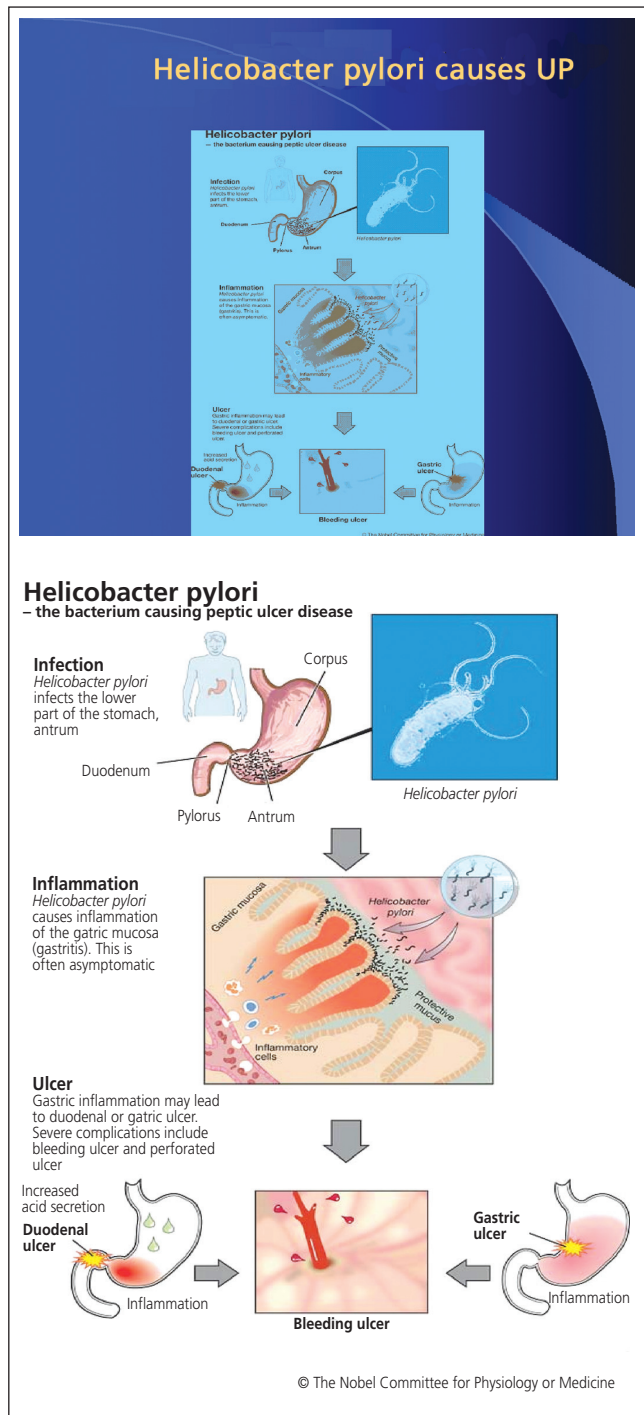


Fig. 2.- A diagram illustrating the pathogenetic mechanism of *Helicobacter pylori* infection.
Esquema del mecanismo patogénico de la infección por *Helicobacter pylori*.

quires endoscopy, as does *histology* using hematoxylin-eosin, Giemsa, and Warthin-Starry stains, as applied by Warren at bacterial discovery.

Research groups took advantage of *Helicobacter pylori's* capability to develop specific antibodies, and designed *serology* methods for its detection, some of them

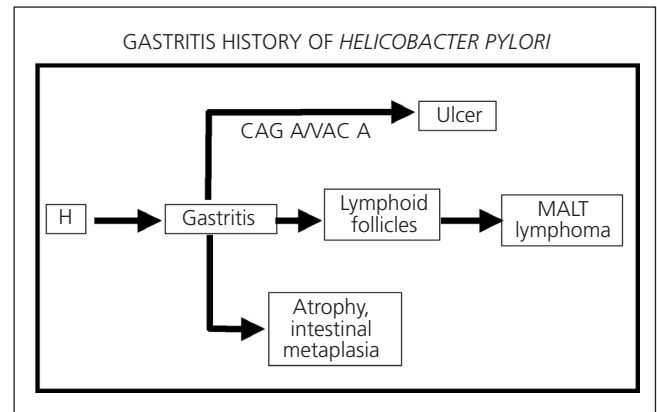


Fig. 3.- The natural history of *Helicobacter pylori* infection outlined.
Esquema de la historia natural de la infección *Helicobacter pylori*.

qualitative in nature and very fast regarding performance. Other allowed a quantization of antibody rates, which theoretically pointed out their potential usefulness to check therapy response. However, the slow reduction or clearance of this response to said antibodies following eradication discouraged clinicians from using them to confirm *Helicobacter pylori* eradication after therapy in clinical practice. However, their high sensitivity and specificity, easy application to greater populations, and low cost turned serology into an ideal method for epidemiological studies.

The possibility to add a radionuclide to urea inspired a group of investigators, who managed to label urea using the radioactive, unstable C^{14} , and the non-radioactive, stable C^{13} radionuclides. The radioactive method did not spread much because of its potential, yet minimum risks. Its use is not allowed in children and pregnant women. The method using the stable isotope C^{13} for labeling –designed by Graham and Klein in 1987, and designated *urea breath test*– is based on the reaction of urease in *Helicobacter pylori*, active and present in the gastric mucosa, with an ingested solution containing C^{13} -urea (35). Urease cleaves urea to liberate ammonia, water, and $^{13}CO_2$, which is expelled in expired air. With a number of methodological variations available to facilitate its use, this test is accepted by most patients because of easy performance, lack of adverse effects, excellent tolerability, and high sensitivity and specificity. The primary indication of this diagnostic modality is to verify *Helicobacter pylori* eradication.

Finally other tests, including fecal *Helicobacter pylori* antigen screening using polyclonal and monoclonal antibodies, complete diagnostic methods.

The *management* of PU has experienced a relevant change over time. The primary goal of PU therapy has evolved from neutralizing or reducing acid secretion to eradicating *Helicobacter pylori* infection. Modern therapeutic regimens combine potent antisecretory agents –proton-pump inhibitors (omeprazole, lansoprazole, pan-

toprazole, rabeprazole, esomeprazole)—with two antimicrobial agents (amoxicillin and clarithromycin or a nitroimidazolic compound). Treatment duration (from 7 to 14 days) is controversial. This association cures around 80% of patients.

When infection fails to be eradicated, clarithromycin may be replaced by a nitroimidazolic compound (metronidazole, tinidazole) or vice versa. A quadruple regimen including a proton-pump inhibitor, bismuth, tetracycline, and metronidazole is usually recommended (36,37).

WHY WAS THE SCIENTIFIC COMMUNITY SO LATE IN ACCEPTING THE ROLE OF *HELICOBACTER PYLORI*?

The answer to this question is not an easy one. Doubtless, the routine behavior driving daily clinical practice was a factor. Similarly, resistance to change, difficulties in rejecting official truth —“bacteria will not grow in an acidic medium”—prevented many a physician from accepting this discovery.

Other less personal, more reasonable factors doubtlessly favored skepticism and hesitancy within the medical community. Any biological discovery, particularly in relation to medicine regarding a disorder's etiology or therapy, demands support on substantial research, both basic and clinical. As regards *Helicobacter pylori*, basic science research was initially non-existent or highly limited. There was no animal model where inoculation could reproduce lesions seen in human stomachs, which made the proving of the pathogenetic hypothesis a difficult task, and hence early explanations were inadequate and scarcely believable.

Similarly, while early therapy managed to cure some cases, these were initially merely a few, and a high proportion of patients remained uncured. Furthermore, there was also a lack of interest, apathy, and on occasions a firm and planned rejection by some major pharmaceutical companies with a contrary interest regarding PU therapy (anti-infectious therapy precluded prolonged antisecretory agent regimens, which reduced sales).

However, a relevant minority of clinical, microbiological, immunological, pathological, and pharmacological investigators accepted the discovery from the start, attracted as they were by the finding's originality and immediate clinical implications. Many changes research fields or incorporated this topic into their activities, as the easily accessible and manipulable human stomach facilitated the performance of predesigned experiments. Some clinicians immediately started to treat their patients with ulcer with worrying distrust but also with hope and enthusiasm, which increased on acknowledging treatment efficacy and patient satisfaction.

The persuasion of “non-believers”, of those refractory to changing their clinical habits, was a slow, difficult

process during the early years as a result of scant financial funding for investigation and the reporting of data obtained. However, it was the tenacity of “believers”, of those convinced that brought about change.

National and international work teams were set up. In Europe several researchers from European Union countries met in an informal conference that was held in Copenhagen, in 1997, to share information on this subject, which gave rise to the European *Helicobacter pylori* Study Group. This group had the objective of promoting knowledge on diagnostic techniques, and on clinical and basic investigation methods, and above all the mission of facilitating and spreading information to physicians in European countries.

With a scarcity of means, counting on European Group members' personal efforts, and with the modest help from Gift-Brocades, a small Dutch pharmaceutical company, 1988 saw the first multidisciplinary workshop, attended by researchers in all areas related to *Campylobacter-Helicobacter* from most European nations and other continents, particularly Australia and the USA.

Encouraged by success congresses were held in various European cities: Ulm, Toledo, Bologna, etc.; audiences were increasingly higher, with a maximum of 2,400 at the Lisbon meeting in 1997. In the last meeting of the European Group, held in Copenhagen, participation was also particularly high, but lower mainly due to a lesser attendance by clinicians.

In 1994, the US Health Institutes organized a debate on *Helicobacter pylori* infection, and prepared a consensus document that served American physicians as guidelines for their practice regarding patients with ulcer. A meeting for clinicians and investigators experienced in *Helicobacter pylori* was held, so that they would debate on the subject and ultimately agree on diagnostic and therapeutic schemes. They reached a minimum agreement that solely included therapy for simple relapsing PU, which was reported in a document published in JAMA that same year (38). Two years later the European Group, in their Maastricht meeting, agreed on wider indications for *Helicobacter pylori* eradicating therapy: simple and complicated PU, gastritis, lymphoma, dyspepsia, and “in situ” gastric carcinoma, even if scientific evidence grades varied. Similarly a triple eradicating regimen was recommended for one week rather than 14 days, as well as a quadruple regimen made up of proton-pump inhibitor, bismuth, tetracycline, and metronidazole (39). More recently the second edition of the European guidelines for *Helicobacter pylori* infection was published (40). As a result of these publications all recommended therapy regimens and diagnostic indications were fully accepted worldwide.

Physicians and other investigators in Japan and other Asian countries united efforts. In 1995, a Japanese Society for the investigation of *Helicobacter pylori* infection and associated gastroduodenal disorders is founded. Joint projects arise to promote investigation and cooperation in

information spreading. One year later Graham published the first journal on this bacterium –“*Helicobacter*”.

Several practical courses on methodology were subsequently held in Bordeaux, and Galway. In Spain, Sigüenza was the venue for a course on clinical trials regarding *Helicobacter pylori* infection. In 1997, the European Group organized a workshop to design guidelines for clinical trial protocolization. Their conclusions were published that same year (41).

IS THERE A FUTURE FOR RESEARCH ON *HELICOBACTER PYLORI*?

Even if the interest of investigators for *Helicobacter pylori* infection has decreased, numerous problems remain that need a solution, numerous questions persist that require an answer. The field is extensive enough to still excite active researchers. It still has features that may thrill young investigators into a research line on this topic.

Some data that may be an object for reflection will be tentatively discussed.

More than 2,000 million infected people are currently alive worldwide; this entails an enormous potential for expansion, since person-to-person transmission is the preferential propagation mechanism. Poorly developed countries with healthcare deficiencies have an infection prevalence greater than 80%, which involves a high rate of gastritis, PU, and gastric carcinoma. Gastric carcinoma is the first cause of mortality in many countries.

The development of antimicrobial resistance in *Helicobacter pylori* increases with antibiotic use. As a consequence, it is urgent that microbiologists investigate resistance mechanisms, and that pharmacologists discover new genoma- and proteoma-based drugs that are effective in the treatment of resistant strains.

While investigations to develop a preventive vaccine started years ago, none has been achieved yet. Obtaining a preventive and curative vaccine, and its potential widespread use in countries with high infection rates, still represents a serious challenge.

Investigation directed to unveil the pathogenetic mechanisms of inflammatory lesions from *Helicobacter pylori* infection at the gastroduodenal mucosa has contributed to a better understanding of the human immune response. This has sparked interest in basic science researchers to analyze and understand immune reactions at the digestive mucosa when colonized and infected by other bacteria. It also inspired projects for experiments to elucidate the function of the intestinal flora, and its relation to immune response in the gastrointestinal mucosa.

A particularly interesting area is the relationship between *Helicobacter pylori* infection and extradigestive disorders. This is an area with inconclusive data that is plagued with questions still awaiting response and highly relevant for clinical practice.

ACKNOWLEDGEMENTS

This review was partly supported by two grants from Instituto de Salud Carlos III (C03/02 y PI050109).

REFERENCES

1. Press Release. The 2005 Nobel Prize in Physiology or Medicine. 3rd October 2005. Available at: <http://www.nobelprize.org>
2. Warren JR. The discovery of *Helicobacter pylori* in Perth, Western Australia. In: Marshall B, editor. *Helicobacter Pioneers* (Firsthand account from the scientists who discovered helicobacters. 1892-1982). Blackwell Science Asia; 2002. p. 151-64.
3. Allen PJ. What's the story H. pylori? (Feature). *Lancet* 2001; 1: 694.
4. Fung WP, Papadimitriu JM, Matz LR. Endoscopic, histological and ultrastructural correlations in chronic gastritis. *Am J Gastroenterol* 1979; 71: 269-79.
5. Marshall BJ. The discovery that *Helicobacter pylori*, a spiral bacterium, caused peptic ulcer disease. In: Marshall B, editor. *Helicobacter Pioneers* (Firsthand account from the scientists who discovered helicobacters. 1892-1982). Blackwell Science Asia; 2002. p. 165-202.
6. Martin DF, Hollanders D, May SJ, Ravenscroft MM, Tweedle DE, Miller JP. Differences in relapse rates of duodenal ulcer after healing with cimetidine or tripotassium dicitrato bismuthate. *Lancet* 1981; 1: 7-10.
7. Gregory MA, Moshal MG, Spitaels JM. The effect of tri-potassium di-citrato bismuthate on the duodenal mucosa during ulceration. An ultrastructural study. *S Afr Med J* 1982; 62: 52-5.
8. Marshall BJ, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *Lancet* 1984; 1: 1311-5.
9. McNulty CA, Watson DM. Spiral bacteria of the gastric antrum. *Lancet* 1984; 1: 1068-9.
10. Langenberg W, Tytgat GN, Shipper ME, et al. Campylobacter-like organism in the stomach of patients and healthy individuals. *Lancet* 1984; 1: 1348-9.
11. Eldridge J, Lessels AM, Jones DM. Antibody to spiral organisms on gastric mucosa. *Lancet* 1984; 1: 1237.
12. Marshall BJ, Armstrong JA, McGeachie DB, Glancy RJ. Attempt to fulfill Koch's postulates for pyloric Campylobacter. *Med J Aust* 1985; 142: 436-9.
13. Warren JR. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983; 1: 1273.
14. Marshall B. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983; 1: 1273-4.
15. Jones DM, Curry A, Fox AJ. An ultrastructural study of the gastric Campylobacter-like organism "Campylobacter pyloridis". *J Gen Microbiol* 1985; 131: 2335-41.
16. Davis CP, Cleven D, Brown J, et al. Anaerobiospirillum, a new genus of spiral-shaped bacteria. *Int J Syst Bacteriol* 1976; 26: 498-504.
17. Beji A, Megraud F, Vincent P, Gavini F, Izard D, Leclerc H. GC content of DNA of Campylobacter pylori and other species belonging to the genus Campylobacter. *Ann Inst Pasteur/Microbiol* 1988; 138: 527-34.
18. Thompson LM, Smibert RM, Johnson JL, et al. Phylogenetic study of the genus Campylobacter. In *J Syst Bact* 1988; 38: 109-200.
19. Lambert MA, Patton CM, Barrett TJ, Moss CW. Differentiation of Campylobacter and Campylobacter-like organisms by cellular fatty acid composition. *J Clin Microbiol* 1987; 25: 706-13.
20. Hazell SL. Microbiology and taxonomy of *Helicobacter pylori* and related bacteria. In: Marshall BJ, McCallum R, Guerrant RL, editors. *Helicobacter pylori* in peptic ulceration and gastritis. Boston: Blackwell Scientific Publications; 1991. p. 19-34.
21. Goodwin CS, Armstrong JA, Chilvers T, et al. Transfer of Campylobacter pylori and Campylobacter mustelae to *Helicobacter gen.nov.* as *Helicobacter pylori* comb.nov. and *Helicobacter mustelae* comb.nov., respectively. *Int J Syst Bacteriol* 1989; 39: 397-405.
22. Johnston BJ, Reed PI, Ali MH. Campylobacter-like organisms in duo-

- denal and antral endoscopic biopsies: Relationship to inflammation. *Gut* 1986; 27: 1132-7.
23. Jiang SJ, Liu WZ, Zhang DZ, Shi Y, Xiao SD, Zhang ZH, et al. Campylobacter-like organisms in chronic gastritis, peptic ulcer, and gastric carcinoma. *Scand J Gastroenterol* 1987; 22: 553-8.
 24. Coghlan JG, Gilligan D, Humphries H, McKenna D, Dooley C, Sweetney E, et al. Campylobacter pylori and recurrence of duodenal ulcers – a 12 month follow-up study. *Lancet* 1987; 2: 1109-10.
 25. Raws EAJ, Tytgat GNJ. Cure of duodenal ulcer associated with eradication of *H. pylori*. *Lancet* 1990; 335: 1233.
 26. Wyatt JI, Rathbone BJ, Dixon MF, Haetley RV. Campylobacter pyloridis and acid-induced gastric metaplasia in the pathogenesis of duodenitis. *J Clin Pathol* 1987; 40: 841-8.
 27. Crabtree JE, Shallcross TM, Heatley RV, Wyatt JI. Mucosal tumor necrosis factor alpha and interleukin-6- in patients with Helicobacter pylori associated gastritis. *Gut* 1991; 32: 1473-7.
 28. Moss SF, Legon S, Bishop AE, Plak JM, Calam J. Effect of Helicobacter pylori on gastric somatostatin in duodenal ulcer disease. *Lancet* 1992; 340: 930-2.
 29. Parsonnet J, Friedman GD, Vandersteen DP, Chang Y, Vogelman JH, Orentreich N, et al. Helicobacter pylori infection and the risk of gastric carcinoma. *New Eng J Med* 1991; 325: 1127-31.
 30. Nomura A, Stemmermann GN, Chyou PH, Kato I, Pérez-Pérez GI, Blaser MJ. Helicobacter pylori infection and gastric carcinoma among Japanese Americans in Hawaii. *New Eng J Med* 1991; 325: 1132-6.
 31. IARC. Monographs on the evaluation of the Carcinogenic risks to human. Vol. 61. Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1994.
 32. Watanabe T, Tada M, Nagai H, Sasaki S, Nakao M. Helicobacter pylori induces gastric cancer in mongolian gerbils. *Gastroenterology* 1998; 115: 642-8.
 33. Wotherspoon AC, Ortiz-Hidalgo C, Falzon MR, Isaacson PG. Helicobacter pylori-associated gastritis and primary B-cell gastric lymphoma. *Lancet* 1991; 338: 1175-6.
 34. Wotherspoon AC, Doglioni C, Diss TC, Pan L, Moschini A, de Boni M, et al. Regression of primary low-grade B cell lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue type after eradication of Helicobacter pylori. *Lancet* 1993; 342: 575-7.
 35. Graham DY, Klein PD, Evans DJ Jr, Evans DG, Alpert DC, Opekun AR, et al. Campylobacter pylori detected non-invasively by the 13C-urea breath test. *Lancet* 1987; 1: 1174-7.
 36. Monés J, Gisbert JP, Bordá F, Domínguez Muñoz E y “Grupo Conferencia Española de Consenso”. Indications, diagnostic methods, and eradication treatment of Helicobacter pylori. Recommendations of the second Spanish Consensus Conference. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97: 348-74.
 37. Gisbert JP, Calvet X, Gomollón F, Monés J y “Grupo Conferencia Española de Consenso sobre Helicobacter pylori”. Tratamiento erradicador de Helicobacter pylori. Recomendaciones de la II Conferencia Española de consenso. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 301-16.
 38. NIH Consensus Conference. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease: NIH Consensus Development Panel on Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease. *JAMA* 1994; 272: 65-9.
 39. European Helicobacter pylori Study Group. Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht Consensus Report. *Gut* 1997; 41: 8-13.
 40. Malfertheiner P, Megraud F, O’Morain C, Hungin AP, Jones R, Axon A, et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection – The Maastricht 2-2000 Consensus Report. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 167-80.
 41. Working Party of the European Helicobacter pylori Study Group. Guidelines for clinical trials in *H. pylori* infection. *Gut* 1997; 41 (Supl. 2): S1-9.

Helicobacter pylori: su descubrimiento e importancia en la medicina

J. M. Pajares y J. P. Gisbert

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Universidad Autónoma. Madrid

RESUMEN

En 1979, por primera vez, Warren observó la bacteria en el epitelio gástrico inflamado y, posteriormente, en gastritis asociadas a úlcera péptica. En 1981, Marshall inicia la colaboración obteniendo el cultivo, realizando estudios prospectivos y administrando pautas terapéuticas con antibióticos y sales de bismuto. Llamamos *Campylobacter-like* a la bacteria, por su parecido con esta especie. En 1984, Marshall logra cumplir los postulados de Koch con la autoinoculación por ingestión de un cultivo de la bacteria que origina gastritis, tratada y curada con sales de bismuto y metronidazol. La Asociación Australiana de Gastroenterología rechaza el abstract con los datos preliminares. En 1983, *Lancet* los publica en dos breves cartas, con el mismo título, firmadas separadamente por los dos investigadores. En colaboración con microbiólogos clasifican la nueva bacteria, dentro del género *Helicobacter*, como *pylori*. Actualmente, la gastritis y la úlcera péptica son consideradas enfermedades infecciosas. En su diagnóstico y tratamiento se incluyen, respectivamente, métodos de detección de la

bacteria y antibióticos. Además, se ha comprobado la relación causal entre *Helicobacter pylori* y el adenocarcinoma y el linfoma gástrico, y se ha sugerido su relación con algunas enfermedades extradi digestivas.

Palabras clave: *Helicobacter pylori*. Descubrimiento. Nobel 2005. Úlcera péptica. Úlcera duodenal. Úlcera gástrica. Gastritis.

INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2005, Robin Warren y Barry Marshall recibieron el Nobel de Medicina y Fisiología. Los miembros del Comité resumían su aportación a la ciencia con estas palabras: “extraordinario e inesperado descubrimiento de que la inflamación del estómago (gastritis),

así como la úlcera de estómago y duodeno (enfermedad ulcerosa péptica), son el resultado de una infección del estómago causada por la bacteria *Helicobacter pylori*" (1).

¿CÓMO LO DESCUBRIERON?

Los dos investigadores premiados, aunque independientes, complementaron sus trabajos de investigación. Warren observó la bacteria por primera vez el 11 de junio de 1979, día de su 42 cumpleaños. Comenta su hallazgo de esta forma: "Trabajaba en mi tarea diaria de examinar las preparaciones para el estudio microscópico de las biopsias gástricas. En una preparación de mucosa gástrica con gastritis crónica activa observé una línea azul en la superficie del epitelio gástrico. Con mayor aumento, pude distinguir numerosos pequeños bacilos que componían dicha línea azul, firmemente adheridos a la superficie del epitelio. Con el objetivo de inmersión confirmé mi sospecha".

Durante los 18 meses siguientes, Warren estudió y recogió más casos, en los que la bacteria acompañaba siempre a las lesiones histológicas de gastritis. Como patólogo, tenía claro que las bacterias, presentes en cualquier tejido inflamado, debían considerarse agentes causales. Sin embargo, debía luchar contra el dogma de que las bacterias no crecían en el medio ácido del estómago (2). Nadie creía en él, excepto su esposa Win, médico Psiquiatra, quien le animaba con entusiasmo. Lo reconocía Warren en una entrevista con estas palabras: "admiro a mi esposa y le agradezco su ayuda moral porque, siendo madre de cinco hijos y teniendo toda la razón para estar disgustada, su marido había gastado su tiempo y su dinero buscando inexistentes bacterias; no obstante, le escuchaba y estimulaba cuando regresaba a casa, a veces de madrugada" (3). Ahora, cuando piensa en aquellos días, cree que su esposa disponía de todos los argumentos para haberle obligado a consultar, como enfermo, a sus compañeros psiquiatras (2).

Warren poseía una mente lógica y era un experto en las coloraciones histológicas. Para identificar los componentes de la "línea azul" previamente mencionada probó la coloración de Gram y la de Warthin-Starry (con preparados argénticos). Con ambas tinciones, pero especialmente con esta última, consiguió teñir las bacterias y diferenciarlas de las células epiteliales. También, examinó secciones más finas de la mucosa con el microscopio electrónico, observando los cuerpos bacterianos adheridos con firmeza a la superficie del epitelio. Len Matz, patólogo del Departamento, también los vio y le dijo: "si realmente crees que es un hallazgo importante, continúa la búsqueda en más pacientes" (2).

Warren prosigue la búsqueda de bacterias en todas las preparaciones histológicas de mucosa gástrica, y comprueba que efectivamente estaban presentes en las formas activas de gastritis crónica. En muchos casos, aparecían

en focos pequeños. Para asegurarse, aún más, muestra las imágenes obtenidas con el microscopio electrónico a los expertos en esta técnica de imagen, quienes las confirman como bacterias al ser similares a las observadas y publicadas previamente, en 1979, por Fung y cols. (4). Para descartar la posibilidad de que las bacterias observadas fueran comensales –no patógenos– examinó 20 casos en los que la histología gástrica era normal, sin células inflamatorias y sin bacterias.

Hasta 1981, Warren había investigado en solitario. Este año le visita Barry Marshall, de 31 años, que seguía el programa de especialización clínica del Real Colegio de Médicos de Australia. Para cumplirlo, debía realizar un trabajo de investigación. Inicialmente rechaza el tema sugerido por su Jefe, por considerarlo irrelevante, quien le replica: "si quieres algo interesante, posiblemente lo encuentres en el Departamento de Anatomía Patológica; visita al "chalado" de Warren, que está intentando convertir las gastritis en una enfermedad infecciosa" (5).

En la primera entrevista (Fig. 1), aunque no muy convencido, aceptó el compromiso de tomar biopsias a 20 pacientes en los que la endoscopia de la mucosa gástrica resultara totalmente normal. Con satisfacción, comprobó que la bacteria no aparecía en la mucosa gástrica no inflamada. A partir de esta observación, su entusiasmo creció hasta apasionarse por el proyecto, al que dedicó toda su inteligencia, su voluntad y su tiempo laboral y de ocio.

Marshall colaboró con los microbiólogos para encontrar la técnica de cultivo adecuado para favorecer el crecimiento de la "nueva bacteria". Por su parecido con el *Campylobacter* eligieron el medio y los tiempos de incubación utilizados para esta bacteria. Con este método fracasaron los primeros intentos. Sin embargo, la fortuna ayudó a estos investigadores tenaces. A la vuelta de vacaciones, un técnico de laboratorio advierte que la placa de cultivo de la biopsia 35 no había sido retirada de la estufa. Al observar con atención la placa, comprueba la existencia de minúsculas colonias transparentes. Identifica las bacterias, que son similares a las observadas en las preparaciones histológicas.

LA BÚSQUEDA DE FÁRMACOS PARA TRATAR LA INFECCIÓN

En octubre de 1981, aún sin haber podido cultivar la bacteria, tratan al primer paciente, un varón anciano de origen ruso con una intensa gastritis cuya biopsia mostraba innumerables *Campylobacter-like* organismos. Le aplicaron tratamiento con tetraciclina durante 14 días, basándose en el conocimiento previo de que la especie *Campylobacter* es sensible a este antibiótico. Ellos sabían que con este tratamiento rozaban los límites de la ética y que el resultado obtenido era anecdótico, sin valor científico. Expuestas estas consideraciones al paciente, así como las dudas de la respuesta, lo aceptó. Con el tratamiento desaparece el dolor abdominal y las náuseas.

Aunque siguen observando la mucosa gástrica enrojecida en la endoscopia de control, el componente inflamatorio agudo había mejorado en el estudio histológico y las bacterias habían desaparecido.

Animados con este resultado favorable, proyectan un ensayo terapéutico en los enfermos con úlcera duodenal (UD) y úlcera gástrica (UG) infectados. ¿Cómo financiar el ensayo? ¿Qué fármacos elegir? Estos y otros muchos problemas no desanimaron a Marshall, a pesar de que era un joven de 31 años, un desconocido procedente de una lejana ciudad en el otro extremo del mundo. Contacta con varias compañías farmacéuticas, con escaso éxito. Gist-Brocades, una compañía holandesa que había sintetizado la sal de Bismuto (subcitrate de bismuto coloidal), responde a la petición de ayuda de Marshall con el envío de varios artículos sobre el fármaco que demostraban menor número de recidivas en pacientes con úlcera péptica (UP) tratados con dicha sal de bismuto que en los que recibieron cimetidina (6) y desaparición de las bacterias en los tratados con la sal de bismuto (7). Inspirado por estos datos, Marshall incluye placas de la sal de bismuto (Denol) y de cimetidina en cultivos de *Campylobacter pylori*, comprobando "zonas de inhibición bacteriana" alrededor de la placa de bismuto, pero no en las de cimetidina.

Con escasos datos, aunque con base científica, Marshall diseña un ensayo clínico prospectivo en el que se incluían pacientes distribuidos en dos brazos: en uno los enfermos recibirían Denol (formulación galénica en suspensión) y en el otro cimetidina (Tagamet). La condición de doble ciego no pudo cumplirse porque no colaboró ningún otro investigador. Aceptaron pocos pacientes, sólo 15 en cada grupo. Los resultados no fueron satisfactorios porque comprobaron el mismo número de recidivas en los dos grupos. Sin embargo, en el examen histopatológico de las biopsias tomadas antes y después del tratamiento constataron que la gastritis había disminuido en los que recibieron sales de bismuto. También pudieron comprobar que la mayoría de los pacientes abandonaron el tratamiento del bismuto debido a su mal sabor (5).

Pese a ello, continúan adelante con el protocolo. Tratan con Denol, la nueva presentación de tabletas masticables, a un paciente con recidiva ulcerosa. Como consecuencia del tratamiento desarrolla una periodontitis que cura con metronidazol. En la endoscopia de control, la UD había curado y la bacteria había desaparecido. ¿Coincidencia o efecto sinérgico del bismuto y el metronidazol? Marshall contesta comprobando la susceptibilidad bacteriana del metronidazol en 9 de 10 cultivos. Añade este antibiótico al Denol, en una nueva biterapia, con la que cura (erradica) la infección en 8 de los 10 pacientes tratados. Durante el año 1984, ensaya las pautas duales de sales de bismuto con amoxicilina o con tetraciclina, que resultaron relativamente eficaces, aunque la inicial de sales de bismuto asociada a metronidazol se asocia con peores resultados (5).

En 1984, los dos investigadores envían a la revista

Lancet un artículo completo con las datos obtenidos. De nuevo, los editores tardan en aceptarlo, porque los revisores a quienes habían remitido el artículo no lo consideraban lo suficientemente importante para su publicación. Los autores sugieren otros revisores, quienes dan finalmente su aprobación. Los editores añaden una nota editorial muy elogiosa, destacando la originalidad e importancia del descubrimiento (8). En el mismo número aparecieron varias cartas relacionadas con la nueva bacteria: MacNulty y Watson del laboratorio de Skirrow referían el hallazgo de bacterias espirales en el antro gástrico (9); Langerberg y cols. de Amsterdam comunican la existencia de ureasa en las bacterias (10); y Eldridge y cols. mencionan la detección de anticuerpos anti-*Campylobacter* en pacientes infectados (11).

CUMPLIMIENTO DE LOS POSTULADOS DE KOCH

En enero de 1984, Marshall acuerda con Stuart Goodwin, microbiólogo que trabajaba en el Departamento de Microbiología Experimental, inocular cultivos puros de *Campylobacter* en el cerdo, considerado el animal más idóneo. Los experimentos fracasaron. Marshall no se desanimó. Decidido a autoinocularse la bacteria, informa a su jefe Ian Hislop y a su amigo patólogo David Mac Gechie, que intentan disuadirle, exponiéndole diversos argumentos de índole científica y ética. Desoye el consejo y mantiene firme su decisión. Su conducta no fue de irresponsable, ni de héroe. Como él mismo ha afirmado en repetidas ocasiones, se exponía a contraer la infección, pero había comprobado que tenía cura.

En junio de 1984, acude en ayunas a la Unidad de Endoscopia, media hora antes de iniciarse la sesión diaria. Pide a su jefe que comience por él, porque quería comprobar si la mucosa de su estómago era normal y no padecía gastritis. Las biopsias gástricas resultaron normales. En la misma sesión de endoscopias es biopsiado un varón adulto con síntomas de dispepsia. La biopsia gástrica demostró la presencia de gastritis. En su cultivo crecieron abundantes *Campylobacter* sensibles al metronidazol. El tratamiento dual con sales de bismuto asociado a metronidazol cura su infección. La segunda endoscopia de control comprueba la curación de la gastritis.

Marshall había seguido la evolución de este paciente con progresivo interés. Al conocer la curación de la gastritis, decidió elegir el cultivo de las biopsias gástricas de la misma para su inoculación personal. Separa 30 mL de este cultivo, que ingiere después de haber tomado 400 mg de cimetidina con la intención de disminuir la secreción ácida y facilitar la infección gástrica (5).

Durante los seis primeros días, Marshall no experimentó síntoma alguno. Al 7º día, le despertaron intensas náuseas y vómitos. Continuaron durante tres días más. El material de los vómitos tenía un color claro y carecía de sabor ácido. En el décimo día acude a repetir la 2ª endos-

copia, que realizan al final de la sesión debido al gran número de pacientes citados. A pesar de que sentía apatía y debilidad física, no esperó inactivo, pues durante la mañana realizó el trabajo de prescribir tratamiento a los pacientes infectados. La segunda endoscopia resultó mucho más molesta que la primera. La biopsia demostró gastritis y en el cultivo creció *Campylobacter*. Este día informó a su mujer de la autoinoculación del cultivo de la bacteria. Ella le miró enojada y le mostró a sus cuatro hijos. Marshall hizo las paces al recordarle, con su sentido del humor habitual, que la mayor parte de la comunidad científica aseguraba que la bacteria inoculada no era patógena. Inició una cura de sales de bismuto y metronidazol, que mantuvo 14 días, con lo que las molestias desaparecieron. En la 3ª endoscopia realizada pasado un mes de finalizado el tratamiento, la histología había recuperado la normalidad y las bacterias habían desaparecido (12).

INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA

En octubre de 1982, Marshall presenta los datos iniciales en la reunión local del Colegio de Médicos, que fueron muy criticados. La objeción principal recibida radicaba en la asociación de gastritis con la UD, ya que la comunidad científica solamente la relacionaba con la UG. Para rebatir este argumento, Marshall revisó la literatura y encontró un artículo de 1950 en el que se documentaba que el 100% de pacientes con UD padecían gastritis antral (5).

Con Warren, deciden comunicar los datos obtenidos a los colegas gastroenterólogos canadienses. En febrero de 1983 remiten un abstract a la Asociación Australiana de Gastroenterología, que no fue aceptado. El comité científico, en la carta de respuesta, justificaba el rechazo por la limitación numérica que suponía aceptar 56 de los 67 trabajos recibidos. El suyo carecía de interés científico.

La negativa no desanimó a los investigadores. Contactan con el microbiólogo inglés Martín Skirrow, experto en *Campylobacter*, quien revisa sus datos y repite el cultivo en pacientes propios comprobando los mismos resultados. Convertido en su aliado, logra que acepten el abstract en el Workshop sobre *Campylobacter* organizado por los microbiólogos en Bruselas, ese mismo año. Skirrow colabora en la búsqueda de un nombre para la nueva bacteria, en una comida organizada para agasajar a Marshall, a la que había invitado a un prestigioso dermatólogo, descubridor del *Campylobacter laridis* en la gaviota. Tras una relajada discusión, acordaron el nombre de *Campylobacter* (por su parecido a esta bacteria) con el adjetivo de *pylori* o *pyloridis* por su localización primordial en la región pilórica (5).

En el mencionado *Workshop*, los datos de la comunicación interesaron a prestigiosos microbiólogos asistentes, investigadores de *Campylobacter* que, desde ese momento, ampliaron su línea de investigación al

Campylobacter pylori. También, Marshall logró entonces interesar a bastantes gastroenterólogos y anatomopatólogos en la investigación de esta bacteria.

En 1983, ambos investigadores, Warren y Marshall, dieron a conocer al mundo científico sus hallazgos en dos breves cartas enviadas, separadamente, al editor de la prestigiosa revista *Lancet*. David Fox, subdirector de la revista, mostró perplejidad al recibir las dos cartas con el mismo título, escritas por diferentes autores. Para conocer sus razones se puso en contacto con ellos. Warren argumentaba que había sido el primero en ver las bacterias, por lo que reclamaba su derecho a ser considerado el descubridor original. Marshall, por su parte, reclamaba su prioridad en la autoría porque había coordinado e impulsado los cultivos, el ensayo clínico, el contacto con otros microbiólogos, etc. Consideradas estas razones, el editor aceptó las cartas para ser publicadas con el mismo título, *Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis*, el 4 de junio de 1983 (13,14), referencias que han sido citadas miles de veces con posterioridad en las principales revistas de Medicina.

CLASIFICACIÓN DEFINITIVA DE LA BACTERIA DENTRO DEL GÉNERO HELICOBACTER

La nueva bacteria había sido incluida en la especie *Campylobacter* de forma provisional. Con los miembros del grupo compartía la morfología espiral, la capacidad de microaerofilia, la posibilidad de crecimiento en el mismo medio de cultivo y otras características bioquímicas. Diferían, sin embargo, en dos rasgos esenciales: la presencia de múltiples flagelos en uno de los extremos y su gran contenido en la enzima ureasa. El análisis con microscopía electrónica de la morfología de distintas bacterias espirales del género *Campylobacter* y de otras especies, puso de manifiesto que el *Campylobacter pylori* mostraba mayor semejanza con el *Aquaspirillum*, miembro del género *Spirillum* (15).

Otro grupo de investigadores, aplicando el método de medida del porcentaje del contenido de guanina y citosina del DNA bacteriano, que había servido para la clasificación taxonómica de otras especies, analizaron y compararon el contenido de estas bases nitrogenadas en *Campylobacter pylori* y en bacterias del género *Helicobacter*, recién descubierta por microbiólogos australianos en el intestino de corzos (16). La proporción de guanina y citosina, del 35-38%, hallado en el *Campylobacter pylori* fue más parecida a la del género *Helicobacter* (17).

Continuaron las investigaciones con la aplicación de técnicas de biología molecular de la secuenciación del 16S RNA ribosómico del *Campylobacter pylori*, información que se comparaba con la obtenida de bacterias; y mediante la medición del contenido de ácidos grasos por cromatografía líquida de gas, que previamente había ayudado a la taxonomía definitiva de los numerosos miem-

bros de la familia de *Campylobacter*: *yeyuni*, *coli*, *laridis*, etc. (18-20).

Finalmente, con la agrupación de los datos del contenido de ácidos grasos por cromatografía líquida de gas y de los de hibridación DNA-DNA, comparados con los obtenidos en otras bacterias, un grupo de microbiólogos liderados por Goodwin demostraron que el *Campylobacter pylori* era realmente un miembro diferente que no pertenecía a la especie *Campylobacter*, sino que presentaba características morfológicas y estructurales bioquímicas más parecidas al nuevo género *Helicobacter*. En 1989, con la base científica de los datos existente, publican un artículo en el que exponen los hechos que avalaron el cambio de nombre de *Campylobacter* a *Helicobacter pylori* (21). Desde entonces, este nombre ha sido reconocido y aceptado por la comunidad científica de todo el mundo.

IMPORTANCIA DEL DESCUBRIMIENTO DE *HELICOBACTER PYLORI* EN LA MEDICINA

El descubrimiento de la bacteria ha implicado cambios conceptuales profundos en el entendimiento las enfermedades gastroduodenales. También, en menor medida, en algunas enfermedades extradigestivas. De este modo, se planteó una nueva etiopatogenia para la gastritis y la UP. En efecto, la producción de gastritis en el estómago de Marshall despejó las dudas sobre la capacidad patogénica del *Helicobacter pylori* para originar esta lesión. El experimento completaba los requisitos exigidos por Koch. Posteriormente, numerosos artículos fueron publicados, con datos epidemiológicos de prevalencia de *Helicobacter pylori* en gastritis del 80% en la forma multifocal de gastritis –la asociada a la UG– y del 100% en la gastritis tipo B o antral –la asociada a la UD– (22,23).

¿Cómo explicar el mecanismo causal del *Helicobacter pylori* para originar la UP? No resultaba fácil. Dos datos apoyaban la hipótesis: uno epidemiológico y otro clínico. El primero había sido contundente, porque los estudios de todo el mundo demostraban la asociación de *Helicobacter pylori* con la UD en casi el 100% de los pacientes, y en el 80-95% en el caso de la UG.

Por otra parte, el hecho, repetidamente comprobado, de que en los pacientes tratados con fármacos antisecretorios la UP cicatrizaba pero recidivaba en la mayoría de los casos al cabo de los 12 meses era muy llamativo. Sin embargo, al añadir antibióticos y curar la infección la UP no recidivaba (24). El mismo resultado se consiguió con la curación de la infección por *Helicobacter pylori* con terapia antibiótica únicamente, sin asociar antisecretorios (25).

En su infección aguda, Marshall se había inducido una gastritis pero no una UP. El paradigma de la acidez gástrica elevada asociada a la UD seguía patente en aquellos pacientes infectados por UP. ¿Qué papel juega el pH (la

acidez gástrica) y la infección por *Helicobacter pylori*? ¿Cómo integrar ambos agentes?

Varios estudios de la mucosa duodenal en ulcerosos demostraron la existencia de mucosa gástrica en el bulbo o metaplasia gástrica, la inflamación de la mucosa o duodenitis y la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori* en la mucosa metaplásica del duodeno (26). La reacción inflamatoria crónica de la mucosa gastroduodenal genera mediadores inflamatorios y reducción de la hormona somatostatina, causando hipergastrinemia (27,28). La hipótesis plausible de la patogenia de la UD integraba la hipersecreción gástrica causante de la metaplasia gástrica del bulbo duodenal con la infección *Helicobacter pylori*. Así, la bacteria emigraba al duodeno para colonizar e inflamar la mucosa del bulbo en las áreas próximas a la metaplasia gástrica.

La figura 2, elaborada por la Comisión Nobel, muestra los procesos y etapas de la infección por *Helicobacter pylori* hasta causar gastritis y UP simple y complicada. Señala la localización e infección predominante en el antro gástrico. La inflamación crónica o gastritis, que suele ser asintomática. Y el aumento de acidez gástrica, la UP causada y sus complicaciones.

La asociación de infección *Helicobacter pylori* con el desarrollo del carcinoma gástrico fue demostrado por estudios epidemiológicos de prevalencia y caso-control (29,30). Aunque inicialmente faltaban datos experimentales, las observaciones epidemiológicas fueron tan demostrativas que, en 1994, la Organización Mundial de la Salud clasificó a *Helicobacter pylori* como un agente cancerígeno tipo I (31). Posteriormente se logró desarrollar un carcinoma gástrico en el animal de experimentación Gerbo mongoliano infectado con *Helicobacter pylori* (32).

Igualmente, estudios epidemiológicos demostraron una prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* de hasta el 100% en linfomas gástricos tipo MALT de bajo grado (33). Basándose en estos datos, se administró tratamiento erradicador a los pacientes con estos tumores y se obtuvo la regresión histológica del linfoma gástrico tras la desaparición de la infección y su recidiva con la reinfección por *Helicobacter pylori* (34).

Estos datos completaban las posibilidades evolutivas de la gastritis por *Helicobacter pylori*, su historia natural desde la primoinfección. La figura 3 resume la evolución potencial desde la primoinfección por *Helicobacter pylori* en la mucosa gástrica. La primera lesión es la gastritis superficial, que puede permanecer como tal o adquirir una actividad dinámica y progresar a lesiones de atrofia de la mucosa gástrica. En este proceso pueden desarrollarse focos de tejido intestinal, la denominada metaplasia intestinal. Las lesiones celulares en estas áreas de metaplasia intestinal pueden avanzar hasta la displasia. El siguiente paso evolutivo es la transformación carcinomatosa. Este ciclo evolutivo ocurre sólo en unos pocos pacientes. Otros agentes cancerígenos, ambientales o dietéticos, complementan la acción del *Helicobacter pylori*.

Las causas que influyen en el desarrollo del cáncer gástrico en esta pequeña proporción de los infectados por *Helicobacter pylori* no son bien conocidas. Posibles factores de predisposición genética pueden jugar un papel determinante.

La otra línea evolutiva es el desarrollo de UD y UG. En el primer caso, la gastritis suele afectar al antro. La capacidad de producción de ácido clorhídrico queda intacta o aumentada, lo que también podría contribuir a la patogenia. La evolución a linfoma, posiblemente, venga determinada por el tipo de gastritis inicial, con gran infiltrado linfocitario, asociada a factores genéticos, aún desconocidos.

MODIFICACIONES EN EL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA DE LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

La consistencia de los hechos que probaron la relación entre la infección por *Helicobacter pylori* y la gastritis, UD, UG, carcinoma y linfoma gástricos, justificaron el empleo de medios diagnósticos y terapéuticos nuevos, muy diferentes a los utilizados hasta entonces, que fueron calificados de revolucionarios.

Los métodos *diagnósticos* fueron orientados a identificar la bacteria. Se había logrado el cultivo, que resultaba muy específico pero poco sensible. Además, exigía la obtención de mucosa gástrica por biopsia endoscópica y varios días de incubación con dificultades técnicas, por lo que inicialmente estaba disponible sólo en unos pocos laboratorios de microbiología.

La prueba de *ureasa rápida* aprovechaba el contenido de la enzima ureasa de *Helicobacter pylori* para hacer reaccionar la biopsia gástrica con una solución de urea y un indicador. Es un método bastante sensible, específico y barato. También, requiere la realización de endoscopia, al igual que el método *histológico*, con las tinciones de hematoxilina-eosina, Giemsa y Warthin-Starry, aplicadas por Warren en el descubrimiento de la bacteria.

Grupos de investigadores aprovecharon la capacidad del *Helicobacter pylori* de desarrollar anticuerpos específicos para inventar métodos *serológicos* de detección. Algunos de carácter cualitativo y muy rápidos de realización. Otros permitían la cuantificación de la tasa de anticuerpos, lo que, en teoría, orientaba hacia una posible utilidad para comprobar la respuesta al tratamiento. Sin embargo, la lentitud en disminuir o desaparecer la respuesta de dichos anticuerpos tras la erradicación hizo desistir a los clínicos de su utilización en la práctica para confirmar la desaparición de *Helicobacter pylori* tras el tratamiento. No obstante, sus propiedades de alta sensibilidad y especificidad, facilidad de aplicación a poblaciones de gran tamaño, y su bajo coste, convierten a la serología en un método ideal para estudios epidemiológicos.

Las posibilidades de incorporar isótopos a la urea, orientó a un grupo de investigadores que lograron su

marcaje con el isótopo C^{14} , radioactivo e inestable, y con C^{13} , no radioactivo y estable. El método radioactivo no alcanzó difusión por su riesgo potencial, aunque fuera mínimo. No está permitida su aplicación en niños y en mujeres embarazadas. El método con el marcaje con isótopo estable C^{13} , ideado por Graham y Klein en 1987, y denominado *Urea breath test* (prueba o test de aliento), se basa en la reacción que la ureasa del *Helicobacter pylori*, activo y presente en la mucosa gástrica, desarrolla sobre la solución de urea marcada con C^{13} ingerida (35). La ureasa desdobra la urea en amoníaco, agua y $^{13}CO_2$, que se expulsa con el aire expirado. Con diversas variantes metodológicas para facilitar su aplicación, esta prueba es la más aceptada por los pacientes, por la facilidad de realización, la carencia de efectos adversos, su excelente tolerancia y su gran sensibilidad y especificidad. La indicación preferente de este método diagnóstico es la comprobación de la erradicación de *Helicobacter pylori*.

Finalmente, otras pruebas, como la determinación de antígenos de *Helicobacter pylori* en heces mediante anticuerpos poli- y monoclonales, completan los métodos diagnósticos.

El *tratamiento* de la UP ha experimentado un cambio importante con el paso del tiempo. El objetivo primordial terapéutico en las UP de neutralizar o disminuir la secreción ácida gástrica ha cambiado al de curar la infección de *Helicobacter pylori*. Las modernas pautas terapéuticas combinan antiseoretos potentes de la familia de los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol, esomeprazol) con dos antibióticos (amoxicilina y claritromicina o un compuesto nitroimidazólico). La duración del tratamiento (entre 7 y 14 días) está sujeta a debate. Con esta asociación se consigue la curación en aproximadamente el 80% de los pacientes.

Cuando no se alcanza la curación de la infección, se puede sustituir la claritromicina por un compuesto nitroimidazólico (metronidazol, tinidazol) o viceversa. Una pauta cuádruple que incluye un inhibidor de la bomba de protones, bismuto, tetraciclina y metronidazol constituye la opción generalmente recomendada (36,37).

¿POR QUÉ FUE ACEPTADO EL PAPEL DE HELICOBACTER PYLORI CON TANTO RETRASO POR LA COMUNIDAD CIENTÍFICA?

La contestación a esta pregunta no es fácil. Sin duda, la conducta rutinaria que guía la actividad clínica diaria tuvo su influencia. Así mismo, la resistencia al cambio, la dificultad de rechazar la verdad oficial de que “en un medio ácido no crecen bacterias” impidieron que muchos médicos aceptaran el descubrimiento.

Otros factores, menos personales, más razonables, sin duda favorecieron el escepticismo y las dudas surgidas en la comunidad médica. Cualquier descubrimiento biológico, especialmente el relacionado con la medicina, tanto

en el aspecto etiológico causal o terapéutico de una enfermedad, exige el apoyo de una considerable investigación, tanto básica como clínica. En el caso del *Helicobacter pylori*, la investigación básica era inicialmente inexistente o muy limitada. Faltaba un modelo animal en el que la inoculación reprodujera las lesiones observadas en el estómago humano, lo que dificultaba la demostración de la hipótesis patogénica, con lo que las explicaciones dadas al principio resultaban insuficientes y poco creíbles.

Así mismo, el tratamiento inicial, aunque logró curaciones, estas fueron al principio escasas, quedando una proporción elevada de pacientes tratados sin haber logrado la curación. A esto se unía el desinterés, la apatía y, en ocasiones, el declarado y planificado rechazo de algunas grandes compañías farmacéuticas con intereses comerciales opuestos en la terapéutica de la UP (la terapia antiinfecciosa evitaba la toma prolongada de fármacos anti-secretores, con la consiguiente disminución de ventas).

Sin embargo, una destacada minoría de investigadores clínicos, microbiólogos, inmunólogos, anatomopatólogos y farmacólogos, aceptaron el descubrimiento desde el principio, atraídos por la originalidad del hallazgo y por su aplicación clínica inmediata. Muchos cambiaron el área de investigación o la incorporaron a su actividad, porque la facilidad de acceso y manipulación del estómago humano facilitaba la realización de los experimentos diseñados. Algunos clínicos comenzaron a tratar de inmediato a sus pacientes ulcerosos, con inquietante recelo, pero con esperanza y entusiasmo, que se incrementaba al comprobar la eficacia del tratamiento y la satisfacción de los enfermos.

La persuasión de los “no creyentes”, de los refractarios a cambiar sus hábitos clínicos, fue un proceso lento y difícil en los primeros años, debido a la falta de apoyo financiero para las investigaciones y la difusión de los datos obtenidos. La tenacidad de los “creyentes”, de los convencidos, logró no obstante el cambio.

Para ello, se crearon grupos de trabajo Nacionales e Internacionales. En Europa, varios investigadores procedentes de países de la Comunidad Europea, en una primera reunión informal celebrada en Copenhague en 1997, se reunieron para intercambiar información sobre el tema, lo que fructificó en el nacimiento del Grupo Europeo para el Estudio de *Helicobacter pylori*. Este grupo tenía la finalidad de promocionar el conocimiento de técnicas diagnósticas, métodos de investigación clínica y básica y, sobre todo, la misión de facilitar y extender la información a los médicos de los países europeos.

Con escasos medios, gracias al esfuerzo personal de los componentes del grupo europeo y a la modesta ayuda de Gift-Brocades, pequeña compañía farmacéutica holandesa, en 1988 se celebró el primer Workshop multidisciplinario, al que acudieron investigadores de todas las áreas en relación con *Campylobacter-Helicobacter*; procedentes de gran parte de las naciones europeas y de otros continentes, especialmente Australia y EE.UU.

Animados por el éxito, se organizaron congresos en diversas ciudades europeas: Ulm, Toledo, Bolonia, etc., con asistencia progresivamente creciente, hasta alcanzar la cifra máxima de 2.400 en la reunión de Lisboa, en 1997. En la última reunión del grupo europeo, celebrada en Copenhague, la asistencia fue también relativamente nutrida, aunque más reducida debido fundamentalmente a la menor asistencia de médicos clínicos.

En 1994, el Instituto de la Salud de EE.UU. organizó un debate sobre la infección por *Helicobacter pylori* y elaboró un documento de Consenso que sirvió a los médicos americanos de guía práctica en su actuación con los enfermos ulcerosos. A tal efecto se organizó una reunión de clínicos y de investigadores que habían trabajado sobre el *Helicobacter pylori*, para que debatieran el tema y llegaran a un acuerdo de las pautas diagnósticas y terapéuticas. Lograron acuerdos de mínimos, que incluían únicamente el tratamiento de la UP simple recidivante, plasmados en un documento que fue publicado en *JAMA* ese mismo año (38). Dos años más tarde, el Grupo Europeo, en la Reunión de Maastricht, acuerda unas indicaciones más amplias para el tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*: UP simple y también complicada, gastritis, linfoma, dispepsia, carcinoma gástrico *in situ*, aunque con diversos grados de evidencia científica. Así mismo, se aconsejó la pauta erradicadora triple de una semana, en lugar de 14 días, y la cuádruple con un inhibidor de la bomba de protones, bismuto, tetraciclina y metronidazol (39). Más recientemente se ha publicado la segunda edición de las recomendaciones europeas relacionadas con la infección por *Helicobacter pylori* (40). A partir de estas publicaciones, las pautas terapéuticas e indicaciones diagnósticas recomendadas fueron aceptadas mundialmente.

Los médicos e investigadores de Japón y otros países asiáticos unieron sus esfuerzos. En 1995, en Japón se crea la Sociedad Japonesa para investigar la infección por *Helicobacter pylori* y las enfermedades gastroduodenales asociadas. Se organizan proyectos conjuntos de investigación y de colaboración en la difusión de la información. Un año más tarde, Graham edita la primera revista especializada sobre la bacteria, con el título de *Helicobacter*.

Varios cursos prácticos de metodología fueron organizados posteriormente en Burdeos, Galway. En España, Sigüenza es la sede de un curso sobre ensayos clínicos sobre la infección por *Helicobacter pylori*. En 1997, el grupo europeo organiza una sesión de trabajo para lograr una guía con la que se pudieran protocolizar los ensayos clínicos. Las conclusiones fueron publicadas ese mismo año (41).

¿TIENE FUTURO LA INVESTIGACIÓN SOBRE *HELICOBACTER PYLORI*?

Aun cuando el interés de los investigadores sobre la infección por *Helicobacter pylori* ha decaído, quedan numerosos problemas que necesitan solucionarse, numerosas preguntas que deben contestarse. El campo es lo sufi-

cientemente extenso para que siga ilusionando a los investigadores activos en el mismo. Muestra, todavía, facetas capaces de ilusionar a los jóvenes para que inicien una línea de trabajo sobre el tema.

A modo de apunte y orientación se citarán algunos datos que pueden ser objeto de reflexión.

En la actualidad, en todo el mundo viven más de 2.000 millones de personas infectadas con la capacidad expansiva que supone esta cifra, al ser la transmisión persona-persona el mecanismo de propagación preferente. Los países con escaso desarrollo económico y con deficiencias sanitarias muestran una prevalencia de infección de más del 80%, lo que implica una elevada tasa de gastritis, UP y carcinoma gástrico.

El carcinoma gástrico constituye la primera causa de muerte en muchos países.

El desarrollo de resistencias de *Helicobacter pylori* frente a los antibióticos crece en la medida que se utilizan. En consecuencia, urge que los microbiólogos investiguen los mecanismos de las resistencias y que los farmacólogos descubran nuevos fármacos basados en el conocimiento del genoma y proteoma que sean eficaces en el tratamiento de las cepas resistentes.

Aunque la investigación para desarrollar una vacuna preventiva comenzó hace años, no ha podido aún lograrse. La obtención de una vacuna preventiva y curativa, y su potencial empleo a gran escala en los países con elevada

incidencia de infección, continúa representando un gran reto.

La investigación orientada a conocer los mecanismos patogénicos de las lesiones inflamatorias causadas por la infección por *Helicobacter pylori* en la mucosa gastroduodenal ha contribuido a conocer mejor la respuesta inmunológica humana. Ha despertado el interés de investigadores básicos para analizar y conocer las reacciones inmunológicas de la mucosa digestiva colonizada e infectada por otras bacterias. Ha inspirado proyectos de experimentos para aclarar la función de la flora intestinal y su relación con la respuesta inmunológica de la mucosa digestiva.

Un área particularmente interesante es la investigación de la relación entre la infección por *Helicobacter pylori* y las enfermedades extradigestivas. Representa un campo con datos no concluyentes, que suscitan muchas preguntas pendientes de respuesta y de gran interés para la práctica clínica de la medicina.

AGRADECIMIENTOS

Esta revisión ha sido realizada en parte gracias a dos becas concedidas por el Instituto de Salud Carlos III (C03/02 y PI050109).