

II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE *Helicobacter pylori*

Luiz Gonzaga Vaz COELHO¹, Schlioma ZATERKA² e Representantes indicados pela Federação Brasileira de Gastroenterologia e Núcleo Brasileiro para o Estudo do *Helicobacter*

RESUMO - Avanços significativos ocorridos desde o Primeiro Consenso Brasileiro sobre *H. pylori* realizado em 1995, em Belo Horizonte, MG, justificam este segundo consenso. O evento foi organizado pela Federação Brasileira de Gastroenterologia e pelo Núcleo Brasileiro para Estudo do *Helicobacter*, sendo realizado em São Paulo nos dias 19 e 20 de junho de 2004. Contou com a participação das principais autoridades nacionais na área, a partir de lista elaborada pelas duas sociedades organizadoras do evento. Assim, participaram 36 delegados provenientes de 15 estados brasileiros, incluindo gastroenterologistas, patologistas, pediatras e microbiologistas. Os participantes foram alocados em um dos cinco sub-temas a serem contemplados no encontro, a saber: *Helicobacter pylori* e dispepsia funcional; *Helicobacter pylori* e AINEs; *Helicobacter pylori* e doença do refluxo gastroesofágico; tratamento *Helicobacter pylori* e retratamento *Helicobacter pylori*. Foi adotado como consensual as decisões que atingissem 70% ou mais de concordância entre os participantes. Os resultados foram apresentados em outubro de 2004 durante sessão especial da VI Semana Brasileira do Aparelho Digestivo, realizada em Recife, PE, e esta publicação apresenta o sumário das principais recomendações e conclusões do evento.

DESCRIPTORIOS - *Helicobacter pylori*. Consenso.

INTRODUÇÃO

Desde sua identificação por MARSHALL e WARREN⁽¹³⁾, em 1982, O *Helicobacter pylori* (HP) rapidamente se tornou alvo de incontáveis estudos microbiológicos, histológicos, epidemiológicos, imunológicos, ecológicos e clínicos, entre outros. Conseqüentemente, em curto período de tempo, os avanços do conhecimento na área puderam ser utilizados, de forma revolucionária, na prática médica diária de clínicos e gastroenterologistas. O alcance desta descoberta pode ser avaliado pelo resultado de inquérito recente entre gastroenterologistas, onde tal descoberta foi considerada a mais importante da especialidade no último século⁽⁸⁾.

Com o objetivo de orientar os médicos nas várias questões relacionadas ao manuseio da infecção pelo HP, diferentes reuniões de consenso têm sido realizadas em todo o mundo^(1, 5, 10, 12, 15, 23). No Brasil, em 1995, durante o Congresso Panamericano de Enfermidades Digestivas, realizado em Belo Horizonte, MG, foi realizado o “Consenso Nacional sobre *H. pylori* e afecções associadas”⁽²⁾.

A Federação Brasileira de Gastroenterologia e o Núcleo Brasileiro para Estudo do *Helicobacter*, em 2004, decidiram promover o II Consenso Brasileiro para Estudo do *Helicobacter pylori* com os seguintes objetivos: 1. estabelecer condutas relativas à infecção por *H. pylori* a serem divulgadas em todo o Brasil; 2. constituir instrumento a ser utilizado pelas entidades

organizadoras do Consenso para alertar e solicitar providências aos órgãos públicos responsáveis pela saúde da população, das implicações, a curto e longo prazo, das conseqüências dessa infecção.

O evento foi coordenado pelos Drs. Luiz Gonzaga Vaz Coelho (MG) e Schlioma Zaterka (SP), e realizado em São Paulo nos dias 19 e 20 de junho de 2004. Contou com a participação das principais autoridades nacionais na área, a partir de lista elaborada pelas duas sociedades organizadoras do evento. Assim, participaram 36 delegados provenientes de 15 estados brasileiros, incluindo gastroenterologistas, patologistas, pediatras e microbiologistas.

Os participantes foram alocados em cinco subgrupos de acordo com a principal área de interesse/atuação, a saber: HP e dispepsia funcional; Tratamento HP; Retratamento HP; HP e doença do refluxo gastroesofágico e HP e AINEs. Cada grupo teve designado um expositor e um relator. Os coordenadores do Consenso elaboraram um questionário previamente distribuído aos participantes, para funcionar como roteiro das discussões. As reuniões eram sempre conjuntas e, antes de cada discussão dos subgrupos, o expositor apresentava, em 7 minutos, os principais focos a serem desenvolvidos. A seguir, as perguntas elaboradas pela coordenação eram discutidas por todos os participantes, adotando-se como consenso aquelas que atingissem 70% ou mais de concordância entre os participantes. Ao final da reunião, o relator elaborava as conclusões do subgrupo, que foram submetidas a

¹Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, MG.; ²Departamento de Gastroenterologia e do Gastrocentro da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Endereço para correspondência: Dr. Luiz Gonzaga Vaz Coelho - Rua dos Otoni, 705 / 601 - 30150-270 - Belo Horizonte, MG. E-mail: lcoelho@gold.com.br

todos os participantes na reunião plenária, ao final do evento. Os resultados foram apresentados em outubro de 2004 durante sessão especial da VI Semana Brasileira do Aparelho Digestivo, realizada em Recife, PE, e esta comunicação apresenta o sumário das principais recomendações e conclusões do evento.

HP E DISPEPSIA FUNCIONAL

Conceito

O Consenso aprovou o conceito de dispepsia funcional emanado pelo Consenso Roma II⁽²²⁾, ou seja, presença de dispepsia persistente ou recorrente (dor ou desconforto localizado na região central do abdome superior), com duração mínima de 12 semanas, não necessariamente consecutivas nos últimos 12 meses, sem evidências à endoscopia digestiva alta, de doença orgânica que justifique os sintomas e sem evidências de que a dispepsia seja aliviada exclusivamente pela defecação ou associada com o aparecimento de alterações na frequência ou forma das fezes, acrescido da exclusão de parasitoses intestinais ao exame coprológico.

Diagnóstico

Caso haja opção pela pesquisa de HP durante a endoscopia digestiva, a coleta de material deverá ser realizada no corpo e antro gástricos. O estudo histológico deve incluir a coleta de cinco fragmentos: dois do antro, dois do corpo e um da incisura angularis.

Tratamento

Considerar custo-benefício, aceitando-se como razoável um número necessário para tratamento de 1/15 ou 1/10, ou seja, poderá ocorrer remissão sintomatológica em um a cada 10 ou 15 pacientes tratados.

Avaliação histológica, incluindo o tipo e a intensidade do processo inflamatório e a presença de metaplasia intestinal constituem parâmetros para indicação de erradicação.

Havendo opção para tratamento, o esquema anti-*H. pylori* deverá ser idêntico àquele utilizado para a úlcera péptica e com duração de 7 dias.

A eventual identificação de cepas CagA não constitui elemento capaz de influenciar a decisão de promover a erradicação do microrganismo.

A opinião do paciente deve ser considerada na decisão do tratamento.

O tempo de seguimento para avaliar melhora dos sintomas após a erradicação é de, no mínimo, 1 ano.

Comentários

Não houve consenso quanto à indicação de realizar pesquisa de *H. pylori* em pacientes dispépticos, com 40% dos participantes favoráveis a sua pesquisa e 60% contrários.

Não houve consenso quanto à oportunidade de erradicação do HP na dispepsia funcional, com 48% dos participantes sendo favoráveis e 52% contrários.

Foi sugerida a realização de estudo multicêntrico nacional, tendo em vista a existência de apenas dois estudos unicêntricos, controlados e randomizados entre nós^(18, 14).

TRATAMENTO HP

Indicações

- Úlcera gastroduodenal, ativa ou cicatrizada.
- Linfoma MALT de baixo grau.
- Pós-cirurgia para câncer gástrico avançado, em pacientes submetidos a gastrectomia parcial.
- Pós-ressecção de câncer gástrico precoce (endoscópica ou cirúrgica).
- Gastrite histológica intensa.

Outras situações

- Pacientes de risco para úlcera/complicações que utilizarão AINEs.
- Pacientes com história prévia de úlcera ou hemorragia digestiva alta (HDA) que deverão usar AINEs inibidores específicos ou não da COX-2.
- Indivíduos de risco para câncer gástrico.
- Pacientes de risco para úlcera ou complicações que deverão usar cronicamente derivados do ácido acetil salicílico (AAS), mesmo em doses baixas.

Esquemas de tratamento

- 1) Inibidor de bomba protônica (IBP) em dose padrão + amoxicilina 1,0 g + claritromicina 500 mg, duas vezes ao dia, durante 7 dias.
- 2) IBP em dose padrão, uma vez ao dia + claritromicina 500 mg duas vezes ao dia + furazolidona 200 mg duas vezes ao dia, durante 7 dias.
- 3) IBP em dose padrão, uma vez ao dia + furazolidona 200 mg três vezes ao dia + cloridrato de tetraciclina 500 mg quatro vezes ao dia, durante 7 dias.

Controle da erradicação deverá ser verificado

- Úlcera duodenal.
- Úlcera gástrica.
- Linfoma MALT de baixo grau.

Controle da erradicação

- Oito semanas, no mínimo, após o final da medicação anti-*H. pylori*.
Através do teste respiratório com uréia marcada, quando não houver indicação para endoscopia.
Na eventualidade do exame endoscópico, através de teste da urease e histologia.
Anti-secretores deverão ser suspensos 7 a 10 dias antes do exame de controle da erradicação.

Comentários

Os participantes optaram por recomendar, além do regime mundialmente recomendado (inibidor de bomba protônica, amoxicilina e claritromicina) e também já validado entre nós em adultos^(3, 19, 24) e, com resultados algo inferiores, em crianças e adolescentes⁽⁹⁾, dois outros regimes contendo furazolidona, medicação muito empregada entre nós e de custo bastante acessível. A associação de furazolidona, claritromicina e IBP é particularmente útil para pacientes com impedimento para o uso de amoxicilina, com trabalhos nacionais

evidenciando excelente índice de erradicação do microrganismo, embora curse com número algo maior de efeitos adversos⁽⁶⁾. A associação de tetraciclina, furazolidona e IBP foi incluída como forma de oferecer opção terapêutica envolvendo antimicrobianos que hoje acham-se disponíveis para a população na rede do Sistema Único de Saúde. Tal associação foi alvo de apenas um estudo nacional, onde atingiu aproximadamente, 70% de erradicação com 15% dos pacientes apresentando efeitos adversos⁽²¹⁾.

Os participantes do Consenso sugeriram, ainda, às entidades promotoras, a realização de estudos objetivando analisar novos esquemas terapêuticos. Foi ainda sugerida a realização de estudos para melhor definir o papel da erradicação do microrganismo em portadores de obesidade mórbida, candidatos à cirurgia bariátrica.

Retratamento HP

Após a falência de um dos tratamentos iniciais propostos pelo Consenso, recomenda-se mais duas tentativas de tratamento, com duração, de 10 a 14 dias, não se repetindo ou estendendo o esquema inicial.

Os esquemas a serem utilizados dependem do tratamento inicial.

Se foi utilizado IBP + amoxicilina + claritromicina ou IBP + furazolidona + claritromicina:

Primeira opção

IBP em dose plena + sal de bismuto 240 mg + furazolidona 200 mg + amoxicilina 1,0 g (podendo ser substituída pela doxiciclina 100 mg), administrados duas vezes ao dia, durante 10 ou 14 dias.

Segunda opção

IBP (dose plena) bid + levofloxacina 500 mg uid + amoxicilina 1,0 g bid por 10 dias, ou IBP em dose plena + levofloxacina 500mg + furazolidona 400 mg, administrados em dose única diária, durante 10 dias.

Se o esquema inicial foi IBP + furazolidona + tetraciclina:

Primeira opção

IBP em dose plena + amoxicilina 1,0 g + claritromicina 500 mg, administrados duas vezes ao dia, durante 7 dias.

Segunda opção

IBP em dose plena + sal de bismuto 240 mg + furazolidona 200 mg + amoxicilina 1,0 g (podendo ser substituída pela doxiciclina 100 mg), administrados duas vezes ao dia, durante 10 ou 14 dias.

Comentários

Embora a maior parte dos estudos terapêuticos para HP empregando sais de bismuto recomendem seu uso 3 ou 4 vezes ao dia^(11, 12, 20, 25), o Consenso, baseado em observações recentes⁽⁷⁾, optou por regimes utilizando-o apenas 2 vezes ao dia, de forma a simplificar o esquema terapêutico e aumentar a aderência ao tratamento.

Baseado em vários estudos internacionais^(16, 17, 26) e mesmo na ausência de estudos nacionais, o Consenso recomenda o emprego da associação de levofloxacina, amoxicilina e IBP como terapêutica de retratamento de segunda opção. A

recomendação do emprego da associação de levofloxacina, furazolidona e IBP em dose única diária baseou-se em estudo piloto nacional com excelentes resultados iniciais⁽⁴⁾. O Consenso recomendou também, a realização de estudo multicêntrico nacional para validação nacional dos esquemas aqui sugeridos.

HP e DRGE

A pesquisa de HP não é, rotineiramente, recomendada na DRGE.

HP não é causa de DRGE, nem influencia a sua evolução.

A indicação de erradicação da bactéria não depende da DRGE, mas basicamente de condições de risco para o câncer de estômago.

O uso crônico de IBP não implica na erradicação da bactéria.

Comentários

O Consenso recomendou aos promotores da reunião a realização de estudos multicêntricos nacionais para estudar os efeitos da erradicação do HP em portadores de DRGE. O Consenso, reconhecendo a complexidade do tema, recomendou ainda a elaboração de documento com revisão da literatura que contemple as interfaces possíveis entre variáveis de morbidade do *H. pylori* e aquelas relacionadas à fisiopatologia da DRGE, a funcionar como balizador e estimulador para futuras investigações pelos especialistas nacionais.

HP e AINEs

Todos os pacientes com queixas dispépticas devem ser inquiridos quanto ao uso de AINEs.

HP e AINEs/AAS são considerados fatores de risco independentes para o desenvolvimento de lesões gastroduodenais que, quando associados, exibem sinergismo, ampliando significativamente a probabilidade de ocorrência das mesmas, principalmente naqueles pacientes considerados de risco para o desenvolvimento de lesões do trato digestivo superior. Foram considerados pacientes de risco: pacientes com história prévia de úlcera péptica (complicada ou não); pacientes em uso de AINEs associado a derivados salicílicos; pacientes em uso de AINEs associado a anticoagulantes ou corticosteróides e pacientes acima de 60 anos.

Pesquisa e, conseqüentemente, tratamento está indicado:

Pacientes que vão iniciar tratamento contínuo com AINEs não seletivo.

Pacientes considerados de risco para o desenvolvimento de lesões do trato digestivo superior, independentemente da fase ou período de tratamento, do tipo, dose ou indicação terapêutica para utilização de AINEs e/ou AAS.

Pacientes de risco para o desenvolvimento de lesões do trato digestivo, a erradicação HP diminui, mas não impede o risco de úlcera e/ou complicações. O Consenso recomenda, nesta situação, a utilização profilática de IBP.

Comentários

Não foi alcançado consenso quanto à necessidade erradicação do microrganismo em pacientes já em uso contínuo de AINEs e sem manifestações clínicas (48% a favor, 52% contra).

O Consenso recomenda a realização de estudo prospectivo, multicêntrico, nacional, para avaliar o papel da infecção por HP em usuários crônicos de AAS como anti-agregante plaquetário.

REPRESENTANTES INDICADOS PELA FBG E NÚCLEO BRASILEIRO PARA O ESTUDO DO HELICOBACTER

Aloísio Carvalhaes (SP), Ana Tereza B. Gomes (BA), Carlos Antônio M. Feitosa (PB), Carlos Fonseca (RN), Décio Chinzon, relator subgrupo HP-AINEs (SP), Dulciene Queiroz (MG), Edson Pedro da Silva, relator subgrupo HP-Retratamento (SC), Elizabeth Kawakami (SP), Farid Nader, relator subgrupo HP-Tratamento (RS), Fernando Cordeiro (PE), Frederico N. Magalhães, expositor subgrupo HP-AINEs (SP), Geraldo Ishak (PA), Heraldo A. C. Rocha, expositor subgrupo HP-Tratamento (PB), Ismael Maguilnik (RS), Jaime N. Eisig (SP), Joaquim Prado Moraes-Filho, expositor subgrupo HP-DRGE (SP), Jorge Luis Jorge (SC), José Alves de

Freitas (SP), José Miguel L. Parente (PI), José Murillo R. Zeitune (SP), José Pedrazzoli Jr, expositor subgrupo HP-Retratamento (SP), José Roberto Almeida (PE), Júlio C. Pereira Lima (RS), Kyioshi Iryia (SP), Laércio T. Ribeiro (AL), Lúcia Libanez (CE), Luís Chehter (SP), Luiz Edmundo Mazzoleni, expositor subgrupo HP-Dispepsia funcional (RS), Márcio M. Tolentino, relator subgrupo HP-DRGE (SP), Marcos Kleiner (PR), Marcus Túlio Haddad (RJ), Maria do Carmo F. Passos, relator subgrupo HP-Dispepsia funcional (MG), Miriam Trevisan (SP), Ricardo Aires (CE), Ricardo Barbutti (SP) e Ricardo Brandt de Oliveira (SP).

AGRADECIMENTOS

Altana Pharma Ltda; AstraZeneca do Brasil Ltda; Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda; Laboratórios Pfizer Ltda; Libbs Farmacêutica Ltda; Medley S/A Indústria Farmacêutica; Sigma Pharma Ltda.

Coelho LGV, Zarteka S, and representatives of the Brazilian Federation of Gastroenterology and Brazilian Nucleus for the Study of *Helicobacter*. Second Brazilian Consensus Conference on *Helicobacter pylori* Infection. *Arq Gastroenterol* 2005;42(2):128-32.

ABSTRACT - Significant progress has been obtained since the First Brazilian Consensus Conference on *H. pylori* Infection held in 1995, in Belo Horizonte, MG, and justify a second meeting to establish updated guidelines on the current management of *H. pylori* infection. The Second Brazilian Consensus Conference on *H. pylori* Infection was organized by the Brazilian Federation of Gastroenterology and Brazilian Nucleus for the Study of *Helicobacter* and took place on June, 19-20, 2004 in São Paulo, SP. Thirty six delegates coming from 15 different Brazilian states including gastroenterologists, pathologists, microbiologists and pediatricians undertook the meeting. The participants were allocated in one the five main topics of the meeting: *H. pylori* and dyspepsia, *H. pylori* and NSAIDs, *H. pylori* and gastroesophageal reflux disease, *H. pylori* treatment, and *H. pylori* retreatment. Seventy per cent and more votes were considered as acceptance for the final statement. The results were presented during a special session on the VI Brazilian Week of Digestive System, in Recife, PE (October 2004), and this publication represents the summary of the main recommendations and conclusions emerged from the meeting.

HEADINGS - *Helicobacter pylori*. Consensus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coelho LG, León-Barúa R, Quigley EM. Latin-American Consensus Conference on *Helicobacter pylori* Infection. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2688-91.
- Coelho LGV, Barros CAS, Lima DCA, Barbosa AJA, Magalhães AFN, Oliveira CA, Queiroz DMM, Cordeiro F, Rezende JM, Castro LP, Tolentino MM, Haddad MT, Zaterka S. Consenso Nacional sobre *H. pylori* e afecções associadas. *GED Gastroenterol Endosc Dig* 1996;15:53-8.
- Coelho LGV, Mattos AA, Francisconi CFM, Castro LP, André SB. Eficácia do regime terapêutico empregando a associação de pantoprazol, claritromicina e amoxicilina, durante uma semana, na erradicação do *Helicobacter pylori* em pacientes com úlcera péptica. *Arq Gastroenterol* 2004;41:71-6.
- Coelho LGV, Moretzsohn LD, Vieira WLS, Gallo MA, Passos MCF, Cindr JM, Cerqueira MC, Vitiello L, Ribeiro ML, Mendonça J, Pedrazzoli-Junior J, Castro LP. New once-daily, highly effective rescue triple therapy after multiple *Helicobacter pylori* treatment failures. A pilot study. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:783-7.
- Current European Concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. *Gut* 1997;41:8-13.
- Dani R, Queiroz DM, Dias MG, Franco JM, Magalhães LC, Mendes GS, Moreira LS, De Castro LP, Toppa NH, Rocha GA, Cabral MM, Salles PG. Omeprazole, clarithromycin and furazolidone for the eradication of *Helicobacter pylori* in patients with duodenal ulcer. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:1647-52.
- Graham DY, Belson G, Abudayyeh S, Osato MS, El-Zimaity HMT, Dore MP. Twice a day (mid-day and evening), quadruple therapy for *H. pylori* in the United States. *Dig Liver Dis* 2004;36:377-9.
- Janowitz HD, Abittan CS, Fiedler LM. A gastroenterological list for the millennium. *J Clin Gastroenterol* 1999;29:336-8.
- Kawakami E, Ogata SK, Portorreal AC, Magni AM, Pardo ML, Patrício FR. Triple therapy with clarithromycin, amoxicillin and omeprazole for *Helicobacter pylori* eradication in children and adolescents. *Arq Gastroenterol* 2001;38:203-6.
- Lam SK, Talley NJ. *Helicobacter pylori* Consensus. Report of the 1997 Asia Pacific Consensus Conference on the management of *Helicobacter pylori* infection. *J Gastroenterol Hepatol* 1998;13:1-12.
- Magalhaes AF, Macedo C, Hauck JR, Carvalhaes A, De Nucci G, Magna LA, Pedrazzoli J. Acid suppression with ranitidine plus oral triple therapy improves ulcer healing but not *Helicobacter pylori* eradication. *Hepatogastroenterology* 1998;45:2161-4.
- Malferteiner P, Mégraud F, O'Morain C, Hungin AP, Jones R, Axon A, Graham DY, Tytgat G. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht 2-2000 Consensus Report. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:167-80.
- Marshall BJ, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *Lancet* 1984;1:1311-5.
- Mazzoleni LE. Benefício sintomático em população de pacientes com dispepsia funcional após a erradicação do *Helicobacter pylori*: resultado de estudo de 12 meses, randomizado, duplo-cego, controlado com placebo [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
- National Institute of Health - Consensus Conference. *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. *JAMA* 1994;272:65-9.

16. Nista EC, Candelli M, Cremonini F, Cazzato IA, Di Caro S, Gabrielli M, Santarelli L, Zocco MA, Ojetti V, Carloni E, Cammarota G, Gasbarrini G, Gasbarrini A. Levofloxacin-based triple therapy vs. quadruple therapy in second-line *Helicobacter pylori* treatment: a randomized trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:627-33.
17. Orsi P, Pinazzi O, Aragona G, di Mario F. Rabeprazol/levofloxacin based triple therapy as a salvage treatment after failure of *H. pylori* eradication with standard regimens. *Helicobacter* 2003;8:463-4.
18. Passos MCF. Ensaio prospectivo, randomizado, duplo cego, placebo-controlado do efeito da erradicação do *Helicobacter pylori* nos pacientes dispépticos funcionais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.
19. Pinheiro JOP, Both CT, Dietrich S, Zamin JI, Raymondi RP, Muretti I, Mattos AA. Tratamento do *Helicobacter pylori*: comparação de dois esquemas terapêuticos. *GED Gastroenterol Endosc Dig* 1999;18:97-101.
20. Sherwood LG. Bismuth therapy in gastrointestinal disease. *Gastroenterology* 1990;99:863-75.
21. Silva FM, Eisig JN, Chehter EZ, Silva JJ, Laudanna AA. Omeprazole, furazolidone, and tetracycline: an eradication treatment for resistant *H. pylori* in Brazilian patients with peptic ulcer disease. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 2002;57:205-8.
22. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GNJ. Functional gastroduodenal disorders. In: Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson G, Whitehead WE, editors. *Rome II: the functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology, and treatment: a multinational consensus*. 2nd ed. McLean, Virginia. Degnon Associates; 2000. p.299-350.
23. Tytgat GNT. Working party report of the World Congress of Gastroenterology. *Helicobacter pylori*: causal agent in peptic ulcer disease? Sydney, Australia, 1990.
24. Vieira WLS, Coelho LGV, Castro FJ, Passos MCF, Franco JMM, Moretzsohn LD, Trindade OR, Carvalho SC, Castro LP. Terapia tripla com lansoprazol, claritromicina e amoxicilina, por dez dias, na erradicação do *Helicobacter pylori* em pacientes com ulcera duodenal. *GED Gastroenterol. Endoscopia Digestiva* 2001;20:201-207.
25. Vieira WLS. Retratamento da infecção pelo *Helicobacter pylori* em pacientes portadores de úlcera duodenal e seguimento a longo prazo. Ensaio clínico, aberto, prospectivo e randomizado com dosagens séricas e urinárias de antimicrobianos [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
26. Zullo A, Hassan C, De Francesco V, Lorenzetti R, Marignani M, Angeletti S, Ierardi E, Morini S. A third-line levofloxacin-based rescue therapy for *Helicobacter pylori* eradication. *Dig Liver Dis* 2003;35:232-6.

Recebido em 8/3/2005
Aprovado em 28/3/2005