

Endoscopia diagnóstica y terapéutica del páncreas y vías biliares

Dr. Walter Kettenhofen Enríquez*

* Médico Gastroenterólogo. Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo. Aguascalientes, Ags., México.

Durante la pasada reunión de la Asociación Americana de Gastroenterología se presentaron 83 trabajos relacionados con el tema de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). La gran mayoría fueron estudios retrospectivos o reportes de resultados en centros de tercer nivel. Se escogieron los más relevantes, con mejor metodología y que pudieran tener mayor utilidad práctica.

PANCREATITIS POST-CPRE

Las complicaciones de las CPREs siguen siendo motivo de preocupación por la importante morbi-mortalidad asociada a ésta. El Dr. Chahai,¹ de la Clínica Mayo, presentó un trabajo retrospectivo donde se investigó la tasa de migración de prótesis pancreáticas de 5 y 7 French, así como su efectividad en la prevención de pancreatitis. Se encontraron 246 casos. La tasa de migración de prótesis es de aproximadamente 85%. Ocurrió pancreatitis en 15% de los casos, tasa similar a la reportada en casos de alto riesgo. En ocho casos no se retiró la prótesis por falta de seguimiento del enfermo. En nuestro país esta técnica se utiliza muy poco probablemente por falta de entrenamiento y accesorios, pero es potencialmente útil en la prevención de pancreatitis post-CPRE en enfermos de alto riesgo. La obesidad puede ser un factor de mal pronóstico para pancreatitis en casos no asociados a CPRE. Se realizó un estudio multicéntrico en 15 hospitales.² Se incluyeron 964 pacientes, de los cuales 15.5% desarrollaron pancreatitis. Se analizaron por subgrupos de acuerdo con el índice de masa corporal. No se encontró que la obesidad confiera un mayor riesgo o severidad para pancreatitis post-CPRE. Se está buscando una droga que pueda prevenir la aparición de pancreatitis. En este congreso se presentaron cuatro trabajos en relación con la prevención farmacológica de pancreatitis post-CPRE. Se evaluó la terapia combinada de gabexato y somatostatina,³ gabexato vs. somatostatina⁴ y pentoxifilina⁵ sin observarse ningún efecto. Solamente un estudio coreano⁶ de camostat oral, un inhibidor sintético de proteasas, mostró en un pequeño estudio pros-

pectivo, controlado, menor tasa de pancreatitis post-CPRE. Tendremos que esperar aún para contar con un producto efectivo. La indicación apropiada, la habilidad, experiencia y técnica del endoscopista son por el momento la mejor manera de reducir complicaciones. El grupo de Indianápolis⁷ presentó un estudio donde se estudia la extensión de la opacificación pancreática y su relación con la frecuencia de pancreatitis. Se dividió a un grupo de 14,487 CPREs en cuatro subgrupos de acuerdo con la extensión del contraste en el Wirsung. Se observó una incidencia mayor de pancreatitis a mayor opacificación del sistema ductal pancreático. El endoscopista debe evaluar si es necesario realizar pancreatografía y de no ser así evitarla, en todo caso actualmente existen otros métodos de imagen no invasivos.

CPRE Y EDAD

La expectativa de vida es cada vez mayor en la mayoría de los países y, por lo tanto, es esperable una prevalencia aumentada de problemas hepatobiliares en gente mayor de 90 años. Se presentaron cinco trabajos sobre resultados de CPRE en este grupo, cuatro de ellos retrospectivos⁸⁻¹¹ y sólo un estudio prospectivo inglés.¹² Se evaluaron 137 procedimientos realizados en mayores de 90 años, en la mayoría (74%) la indicación principal fue litiasis. El grado ASA fue > de 3 para 31 de los 137 intervenciones. Se encontró que la edad avanzada no está asociada a un índice de complicaciones mayor por la CPRE, pero sí a una mayor mortalidad relacionada con el índice ASA. Todos los estudios retrospectivos confirmaron esta tendencia.

ENDOSCOPIA Y TRASPLANTE HEPÁTICO

Existen sólo series retrospectivas pequeñas sobre este tema en la literatura. Se presentaron dos estudios retrospectivos de Corea¹³ y Estados Unidos.¹⁴ En el primero, 63 de 505 trasplantados requirieron CPRE por estenosis. Se dilataron las estenosis en 34.5% y se instalaron prótesis en 42.3% de éstas. El tratamiento endoscópico fue exitoso en sólo 26 pacientes a pesar de las múltiples

sesiones (2.2 en promedio con un rango de 2-11). Es difícil sacar conclusiones válidas con base en resultados de un solo centro, con limitados estudios retrospectivos, con muchas variables, pero seguramente estas complicaciones no son fáciles de tratar.

DILATACIÓN PAPILAR VS. ESFINTEROTOMÍA

La dilatación con balón (esfinteroplastia) fue propuesta como una alternativa para la esfinterotomía para evitar un esfínter incompetente. En los Estados Unidos se ha abandonado prácticamente por el mayor riesgo de pancreatitis, aunque sigue realizándose en Asia. Weinberg y cols.¹⁵ presentaron un metaanálisis de 15 estudios reportados en la literatura. Se encontró que la dilatación es un poco menos eficiente para la extracción de litos que la esfinterotomía con riesgo mayor de pancreatitis, pero menor de hemorragia o infección.

COMBINACIÓN DE ESFINTEROTOMÍA MÁS DILATACIÓN PAPILAR

La extracción de litos grandes de colédoco con esfinterotomía y litotripsia puede resultar muy difícil o imposible, ameritar múltiples intervenciones, procedimientos más largos y complicaciones. La esfinteroplastia sin esfinterotomía se ha asociado a mayor incidencia de pancreatitis. Se presentaron siete reportes¹⁶⁻²² de diferentes centros donde se evalúa, previa esfinterotomía, la dilatación con balón hasta 15 o 20 mm, con presencia de litos múltiples, grandes, mayores de 15 mm de diámetro. Se concluyó en todos estos estudios, con gran variabilidad metodológica, que esta técnica es segura, sin mayor incidencia de complicaciones y evita la litotripsia mecánica en la mayoría de los casos. No obstante habrá que esperar la aparición de protocolos prospectivos, comparativos con otras técnicas, con mayor número de pacientes, precisar las indicaciones, aplicaciones prácticas en nuestra población y medio.

TÉCNICA

El Dr. Imauzini²³ presentó un estudio prospectivo donde comparó el éxito y las complicaciones para canulación profunda de la vía biliar comparando un catéter convencional más guía hidrofílica vs. esfinterotomía y guía hidrofílica. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos excepto que hay que cambiar la guía por el esfinterotomía cuando hay que hacer esfinteroto-

mía, por lo que la segunda técnica es preferible. En Canadá se realizó otro estudio retrospectivo,²⁴ en el cual se comparó el acceso a la vía biliar mediante guía hidrofílica vs. inyección de contraste. Se observó que el grupo en el cual se utilizó la guía presentó un menor índice de complicaciones, lo que amerita un estudio prospectivo, aleatorizado posterior.

VARIOS

Se considera que la canulación profunda del conducto deseado puede ser un marcador de competencia para realizar CPRE. El número de CPREs necesarias para tener eficiencia mayor de 90% no está completamente definida. En la Clínica Mayo²⁵ se realizó un estudio donde se encontró que al principio del entrenamiento en su unidad empieza en 45% y sigue subiendo hasta 80% después de 350 a 400 procedimientos supervisados. La tasa de éxito aumenta hasta 95% en las 300 CPREs posteriores. En nuestro medio son excepcionales aquellos centros con suficiente volumen y experiencia para entrenar endoscopistas biliares y ciertamente raros los egresados con más de 100 CPREs supervisadas, por lo que muy probablemente el entrenamiento en México y otras partes del mundo sea subóptimo. Ante el rápido avance tecnológico se están utilizando métodos como la resonancia magnética y el ultrasonido endoscópico en lugar de la CPRE más invasiva y mórbida. El Dr. Yoon²⁶ evaluó por medio de una base de datos la cantidad de CPREs realizadas en Estados Unidos y encontró una disminución importante en el número de CPREs realizadas desde 1988 hasta 1992.

REFERENCIAS

1. Chahal P. Pancreatic Stent profilaxis of post-ERCP pancreatitis: spontaneous migration rates and clinical outcomes. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1489.
2. Deenadayalu V. Does obesity increase the incidence and severity of post-ERCP pancreatitis? *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1477.
3. Choi JY. The effectiveness of combination therapy of gabxate mesylate and somatostatin for the prevention of post ERCP pancreatitis. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1482.
4. Benvenuti S. Prevention of post-ERCP pancreatitis with somatostatin versus gabxate mesilate: a randomized placebo controlled multicenter study. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1478.
5. Kapetanios D. A randomized controlled study of pentoxifylline on the prevention of post-ERCP pancreatitis. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1475.
6. Yoo KS. Oral camostat for prevention of post-ERCP pancreatitis: a pilot study. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1473.
7. Cheon Y. Frequency and severity of post-ERCP pancreatitis correlated with extent of pancreatic ductal opacification. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 320.
8. Galletly N. ERCP in extreme old age. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1252.
9. Ghassemi KF. ERCP outcomes in nonagenarians. Experience at a tertiary referral center. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1421.

10. Macias CA. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) in Elderly Patients: a retrospective and comparative Cohort Study. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1456.
11. Hisai H. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Patients Aged 90 years and Older. Single Center Experience in Japan *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1411.
12. Williams EJ. You are never Too Old? A Prospective Analysis of ERCP Performed in Patients Aged 90 Years or Older. *GIE* 2004; 63: 5. Abs. 1384.
13. Han J. Endoscopic Management of Biliary Strictures After Living Donor Liver Transplantation. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1466.
14. Kalala S. Biliary Complications After Orthotopic Liver Transplantation(OLT): ERCP findings and therapy results. *GIE* 2006; 63: 5. April 1455.
15. Weinberg BM. Endoscopic balloon sphincter dilation (sphincteroplasty) vs sphincterotomy for common bile duct stones: a cochrane collaboration meta- analysis. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1412.
16. Evans WB. Large size balloon dilation of the ampulla after biliary sphincterotomy can facilitate endoscopic extraction of complicated bile duct stones. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1383.
17. Lee SJ. Simultaneous endoscopic papillary large balloon dilatation and EST for easy removal of large and multiple CBD stones. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1376.
18. Kim DK. Endoscopic Large Ballon Sphincteroplasty Along with Endoscopic Sphincterotomy (ELBS-EST) in patients with large extrahepatic bile duct stones. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1382.
19. Kim DK. Do endoscopic sphincterotomy and periampulary diverticulum affect the result of endoscopic large ballon sphincteroplasty along with endoscopic sphincterotomy in patients with large bile duct stones? *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1399.
20. Carnes M. Combined endoscopic biliary sphincterotomy and large ballon dilation for large common bile duct stones. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1396.
21. Maideo A. Ballon sphincteroplasty for extraction of difficult bile duct stones. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1413.
22. Minami A. Small sphincterotomy combined with papillary dilation with large ballon permits retrieval of large stones without crushing third report. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1457.
23. Imaizumi H. Techniques for Cannulation of the Bile Duct During Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP). *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1438.
24. Keyvani L. A Retrospective Comparison of Post ERCP Pancreatitis with Conventional ERCP vs wire Guided ERCP. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1424.
25. Verna D. Establishing a True Assesment of Endoscopic Competence in ERCP During Training and Beyond: A Single Operator Learning Curve for Deep Biliary Cannulation in Patients with Native Papillary Anatmy. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1446.
26. Jamal MM. ERCP Utilization Declining in the United States. *GIE* 2006; 63: 5. Abs. 1270.