

Colangiografía retrógrada endoscópica diagnóstica y terapéutica

Dr. Walter Kettenhofen Enríquez
Hospital de Especialidades "Miguel Hidalgo". Aguascalientes, México.

Durante la pasada reunión de la Asociación Americana de Gastroenterología se presentaron 100 trabajos relacionados con el tema de la CPRE (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica). La gran mayoría sobre 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.

Prevención de pancreatitis posCPRE

Prótesis pancreáticas

Las complicaciones de la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) siguen siendo motivo de preocupación por la importante morbimortalidad asociada a ésta. Específicamente, la pancreatitis por ser la más frecuente y potencialmente mortal. Numerosos estudios muestran que la pancreatitis posCPRE en pacientes de alto riesgo disminuye con el uso de prótesis pancreáticas profilácticas, no obstante las características de la prótesis ideal todavía no está completamente establecido. El Dr. Khine presentó un estudio¹ prospectivo, aleatorizado comparando dos tipos de prótesis, una de ellas de 3 Fr y 6 cm de longitud *vs.* otra más corta de 4 Fr y 2 cm. Se estableció la incidencia de pancreatitis posCPRE y la migración espontánea en un grupo de alto riesgo para pancreatitis posCPRE (disfunción esfínter de Oddi, historia de pancreatitis previa, esfinterotomía pancreática). No se encontró diferencia estadísticamente significativa aunque sí una tendencia a la mejor profilaxis y migración espontánea con la prótesis larga. Los grupos son pequeños, 33 y 27 pacientes en cada uno, con poca potencia estadística. Choudhar² en un metaanálisis basado en 6 estudios prospectivos, controlados en 423 pacientes con alto riesgo

de pancreatitis posCPRE. Se concluyó que el uso de prótesis pancreáticas disminuye el riesgo de pancreatitis posCPRE y hiperamilasemia. En este estudio las prótesis cortas (2.0-2.5 cm) resultaron efectivas en la prevención contrariamente a las largas (3-5 cm) que no tuvieron efecto profiláctico. El grupo de Indiana en un trabajo retrospectivo³ con 1084 pacientes de alto riesgo reclutados en dos años, evaluó la frecuencia de pancreatitis posCPRE con tres tipos de prótesis profilácticas, 3 Fr x 4 cm, 3 Fr x 6cm y 3 Fr x 8 cm. La prótesis de 8 cm presentó la menor incidencia de pancreatitis con similar frecuencia de migración espontánea. En nuestro país las prótesis pancreáticas profilácticas se utilizan muy poco, probablemente por falta de entrenamiento y accesorios, tratarse de diferente población pueden ser potencialmente útiles en la prevención de pancreatitis posCPRE en enfermos de alto riesgo, deben ser instaladas en centros con recursos y experiencia.

Prevención farmacológica

En San Diego, se presentaron 6 trabajos en relación con prevención farmacológica de pancreatitis posCPRE. En un estudio⁴ prospectivo aleatorizado y controlado, se evaluó la terapia con alopurinol en un grupo grande de 586 sujetos, en dos grupos de 293 pacientes cada uno, aleatorizados a placebo y alopurinol. Se encontró que el alopurinol no reduce el riesgo de pancreatitis. En cuanto al uso de AINE existe controversia y datos contradictorios en cuanto a su utilidad. Elmunzer,⁵ realizó un metaanálisis donde se evaluaron los AINE profilácticos para prevenir pancreatitis posCPRE. Se incluyeron 4 estudios prospectivos controlados en que se concluyó que los AINE disminuyen hasta en 65% la probabilidad de desarrollar pancreatitis; sin embargo, este estudio presenta gran heterogeneidad

con dos estudios en pacientes de alto riesgo y diferentes AINE. Dos estudios coreanos,^{6,7} valoraron el mesilato de nafamostat en infusión, un inhibidor de proteasas, en estudios prospectivos controlados aleatorizados, observando una disminución de pancreatitis posCPRE. El Dr. Choudhary presentó un par de metaanálisis valorando la administración profiláctica de ocreotido en uno⁸ en donde no disminuyó la incidencia de pancreatitis posCPRE más que en el subgrupo donde se administró la noche anterior de la CPRE. En el segundo,⁹ el ocreotido en bolos mas no en infusión disminuye la incidencia de pancreatitis posCPRE sin cambio en la mortalidad. Tendremos que esperar 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.

Prótesis biliares

Fueron presentados tres protocolos comparativos, controlados y aleatorizados. El primero de ellos por el Dr. Howell,¹⁰ estudio multicéntrico, comparando prótesis biliares no cubiertas de diferente diseño (Wallstent y Zilver), material (acero inoxidable y nitinol) y diámetro (6 y 10 mm). Se incluyeron 183 pacientes. Se demostró que ni el material o el diseño de las prótesis sino el diámetro, determinó la permeabilidad de éstas. El segundo estudio español,¹¹ comparó prótesis metálicas cubiertas contra no cubiertas en un grupo de 114 enfermos. Se confirmó que las prótesis cubiertas tienen mayor frecuencia de migración en relación con las no cubiertas. No hubo diferencias en cuanto a permeabilidad, sobrevida o complicaciones. Es bien conocido que las prótesis metálicas duran más tiempo permeables que las plásticas; sin embargo, se tiene poca información sobre el efecto a corto plazo. Se evaluaron en un tercer estudio prospectivo¹² prótesis metálicas no cubiertas contra plásticas en 92 pacientes en relación con mejoría en pruebas de funcionamiento hepático. Se observó que a los 7 días, se presentó una disminución de 50% con las metálicas, lo que sucedió con las plásticas hasta 15 días después. La paliación con prótesis metálicas es más efectiva y rápida que con plásticas.

Técnica

Existe poca información sobre si realizar un precorte temprano o tardío se asocia a mejores resultados

en cuanto a éxito y complicaciones. Un estudio prospectivo, aleatorizado italiano¹³ de 146 pacientes fue presentado sin encontrar diferencias significativas entre el precorte casi inmediato, anterior a 5 minutos y posterior a múltiples intentos de canulación. La dilatación papilar es ampliamente usada en Asia, contrariamente al mundo occidental donde se utiliza poco por la alta incidencia de pancreatitis. El Dr. Minami,¹⁴ evaluó en estudio retrospectivo la combinación de una esfinterotomía pequeña más dilatación con globo hasta 20 mm en un grupo de 129 pacientes con litos grandes (13.5 mm promedio) sin usar litotripsia mecánica. El procedimiento fue efectivo en 97% de los casos con sólo un paciente con pancreatitis. Valdría la pena validar esta técnica con un estudio prospectivo en nuestra población. En un protocolo prospectivo aleatorizado coreano,¹⁵ se valoró el uso de guías hidrofílicas sin medio de contraste en 300 pacientes contra la técnica convencional. Sólo tres pacientes (2%) del grupo con guía desarrolló pancreatitis contra 11% del control. Esto confirma estudios retrospectivos donde la canulación con guía disminuye la pancreatitis posCPRE.

Nueva tecnología

Se presentaron 14 resúmenes evaluando el *spyglass*. Éste es un sistema de visualización directa que consiste en un fibrocolangioscopio reusable de 7 Fr de diámetro, con sistema óptico de 6000 pixeles, un catéter de 10 Fr con posibilidad de deflexión de la punta en 4 direcciones, canal de irrigación/trabajo de 1.2 mm que permite el paso de una pinza de biopsias desechable. Tiene la ventaja de ser manejado por un solo operador. Puede ser manipulado percutáneamente o a través del duodenoscopia. Ya está disponible comercialmente en Estados Unidos. La mayoría son trabajos multicéntricos en centros especializados, con resultados preliminares, financiados por la casa que manufactura el coledoscopia. El instrumento parece ser bastante frágil y es utilizado para un promedio de 4 a 13 procedimientos, con curva de aprendizaje.¹⁶ Podría tener aplicaciones múltiples, como el tratamiento y toma de biopsias de estenosis biliares¹⁷ con buena sensibilidad y especificidad, terapia de coledocolitiasis^{18,19,20} a través de litotripsia o láser. También puede ser utilizado en el conducto pancreático²¹ para biopsias o terapia aunque con limitaciones en conductos de Wirsung delgados. Tendremos que esperar más experiencia

y refinamiento tecnológico para definir su real utilidad. El costo es alto para nuestro medio.

Varios

El Dr. Varadarajulu²² estudió las implicaciones financieras y clínicas de las CPR fallidas. Se comparó el curso clínico y costo de 65 pacientes con controles. Se concluyó que el costo económico y la morbilidad se cuadruplican por el consumo alto de recursos médicos y quirúrgicos alternativos. Los endoscopistas deberíamos referir pacientes a centros con mayor experiencia y recursos en caso de CPRE fallida antes de utilizar otros métodos. Los pacientes con sospecha de coledocolitiasis, generalmente son candidatos a CPRE y esfinterotomía. Es frecuente en la práctica encontrar conductos radiológicamente normales con sospecha de litiasis, las alternativas son esfinterotomía empírica o no tratar. Ahmed,²³ presentó un estudio retrospectivo incluyendo 300 pacientes con historia de dolor biliar, pancreatitis, pruebas bioquímicas alteradas o estudios de imagen sugestivos de coledocolitiasis. Se realizó esfinterotomía y barrido con globo en 73%. El 17% de este grupo tuvo litos o lodo biliar visualizado endoscópicamente. Este grupo tuvo mínima necesidad de reintervención 2% vs. 6% en el grupo no tratado. No hubo diferencias en complicaciones en ambos grupos. Son necesarios estudios prospectivos para aclarar

qué conducta es mejor. Los cursos de endoscopia en vivo son una fuente popular y valiosa de enseñanza, se tiene la idea que la presión sobre los profesores pudiera asociarse a menor éxito y más complicaciones. En China,²⁴ se evaluaron pacientes tratados en 7 cursos en vivo de endoscopia. Se encontraron 124 pacientes que fueron comparados con controles de las mismas características. El éxito y complicaciones globales fueron similares en ambos grupos. No obstante el análisis univariable mostró que un curso grande, primera participación y bajo volumen reciente del profesor, se asocian a más complicaciones.

Bibliografía

1. Albert H Khine GIE 67:5 April 2008 Abs 1622.
2. Abhishek Choudhary GIE 67:5 April 2008 Abs 1510.
3. Ayman M Abdel Aziz GIE 67:5 April 2008 Abs 1611.
4. Josef Romagnuolo GIE 67:5 April 2008 Abs 1615.
5. B. Joseph Elmunzer GIE 67:5 April 2008 Abs 1625.
6. Cheol Woong Choi GIE 67:5 April 2008 Abs 1549.
7. Kyo-Sang Yoo GIE 67:5 April 2008 Abs 1509.
8. Abhishek Choudhary GIE 67:5 April 2008 Abs 1534.
9. Abhishek Choudhary GIE 67:5 April 2008 Abs 1068.
10. Douglas A Howell GIE 67:5 April 2008 Abs 553.
11. Ferran Gonzalez-Huix GIE 67:5 April 2008 Abs 1562.
12. Josep M Bordas GIE 67:5 April 2008 Abs 1518.
13. Vincenzo Cennamo GIE 67:5 April 2008 Abs 551.
14. Atushi Minami GIE 67:5 April 2008 Abs 555.
15. Do Hyun Park GIE 67:5 April 2008 Abs 1617.
16. Haimesh Shah GIE 67:5 April 2008 Abs 1403.
17. Douglas Pleskow GIE 67:5 April 2008 Abs 870.
18. Yang K Chen GIE 67:5 April 2008 Abs 868.
19. Isaac Raijman GIE 67:5 April 2008 Abs 1485.
20. Mansour A Parsi GIE 67:5 April 2008 Abs 865.
21. Yang K Chen GIE 67:5 April 2008 Abs 1065.
22. Shyam Varadarajulu GIE 67:5 April 2008 Abs 1482.
23. Furqaan Ahmed GIE 67:5 April 2008 Abs 1553.
24. Zhuan Liao GIE 67:5 April 2008 Abs 1501.

Novedades en métodos de imagen e intervencionismo

Dr. Yukiyo Kimura Fujikami
Clínica Lomas Altas, México, D.F.

Trabajo 1

Percutaneous Retrograde Transjejunal Cholangiography and Biliary Intervention for Benign and Malignant strictures.

Bhatia SS, Grover P, Guerra JJ, Russell E, Yrizarry JY. University of Miami, Miller School of Medicine, Miami FL. Presentado en la 33 Reunión Anual de la Society of Interventional Radiology (SIR), Washington DC, 15 al 20 de marzo del 2008.

Propósito: Investigar la seguridad y eficacia de la colangiografía retrógrada percutánea por vía transyeyunal y la dilatación biliar de las estenosis biliares benignas y malignas, y evaluar la duración de la permeabilidad del catéter y el impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos: Se analizaron en forma retrospectiva los archivos clínicos y radiográficos de los pacientes que fueron sometidos a intervenciones percutáneas retrógradas transyeyunales en un periodo de 7 años, en nuestra institución. Se estudiaron un total de 37 pacientes, con edad en el rango de 3 a 85 años; 27 con estenosis benignas y 10 con patología maligna como causa de la estenosis. La edad promedio de los pacientes fue de 51.3 años.

Resultados: Un total de 275 procedimientos fueron realizados en 37 pacientes en un periodo de 7 años. De éstos, 173 fueron exitosos a través del abordaje transyeyunal. Sin embargo, 32 procedimientos fueron necesarios realizarlos por abordaje transhepático. Dos procedimientos fueron fallidos a pesar de múltiples intentos. El número promedio de procedimientos por paciente con estenosis benigna fue de 4.7 y de 4.5 con estenosis de naturaleza maligna. Las intervenciones biliares efectuadas fueron: dilatación con catéter balón, extracción de

cálculos biliares, colocación de catéteres, biopsias por cepillado y extracción de cuerpos extraños. El intervalo promedio de dilatación biliar para enfermedad benigna fue de 45.58 semanas y de 22.36 semanas para enfermedad maligna. La repetición de las intervenciones se indicó de acuerdo con las manifestaciones clínicas de los pacientes. Complicaciones mayores ocurridas durante las intervenciones fueron: ruptura del conducto hepático común en tres pacientes, extravasación de medio de contraste al peritoneo en uno. Sin embargo, todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente, sin necesidad de intervención quirúrgica. No hubo mortalidad relacionada a los procedimientos.

Conclusión: El abordaje percutáneo transyeyunal retrógrado permite intervenciones repetidas en la vía biliar, sin morbilidad asociada significativa. La fijación subfacial del asa de la Y de Roux (en pacientes sometidos a derivación bilioyeyunal) facilita las intervenciones por este abordaje y permite una adecuada permeabilidad del catéter y mejora de la calidad de vida del paciente.

Comentario

Las intervenciones percutáneas por disfunción de una anastomosis bilioyeyunal, practicada en pacientes con patología benigna (por iatrogenia de los conductos biliares durante una colecistectomía) o maligna (tumores primarios de vías biliares o de páncreas), generalmente se resuelve por abordaje percutáneo transhepático, logrando la repermeabilización de la estenosis y la dilatación de la misma mediante colangioplastia mediante un catéter balón y/o colocación de una endoprótesis biliar plástica.

En algunos pacientes, no es posible a pesar de múltiples intentos, lograr la repermeabilización de la anastomosis bilioyeyunal, por estenosis muy importantes, o bien, por oclusión total. En estos

casos se debe recurrir a la técnica de abordaje percutáneo transyeyunal vía retrógrada para lograr el objetivo. Esta técnica ha sido utilizada por un servidor, confirmando la posibilidad de realizar en forma exitosa la intervención y con ello, evitar una reintervención quirúrgica del paciente.

Es importante recalcar, que se debe evitar la colocación de endoprótesis metálicas en estenosis benignas, ya que en todos los casos habrá oclusión por el proceso fibrótico que se asocia al cuerpo extraño. En estos pacientes es segura y eficaz la instalación de endoprótesis plásticas de calibre 12 o 14F, que en la experiencia propia son muy satisfactorias con permeabilidad a largo plazo y sobre todo permitiendo una gran calidad de vida del paciente.

Una alternativa para el abordaje retrógrado transyeyunal, es el del enteroscopia con doble balón, que aunque laborioso, permite llegar al asa de la Y de Roux y mediante manejo complementario con el abordaje transhepático permite realizar procedimientos en casos muy complejos.

Se mostrarán casos ejemplificativos de estas técnicas.

Trabajo 2

ePTFE/FEP Covered versus uncovered metallic Stents for Malignant Biliary Disease Palliation. Results in 200 Patients.

Krokidis M, Fanelli F, Hatzidakis A *et al.* Department of Radiology, University Hospital of Heraklio, Hraklion Greece and Department of Radiological Sciences, University of Rome, "La Sapienza", Rome, Italy. Presentado en la 33 Reunión Anual de la Society of Interventional Radiology (SIR), Washington DC, 15 al 20 de marzo del 2008.

Propósito: Evaluar la efectividad clínica, permeabilidad e índice de complicaciones de Stents cubiertos con ePTFE/FEP y comparar los resultados con los obtenidos con Stents no cubiertos (Wallstent) en el tratamiento paliativo de la enfermedad biliar de naturaleza maligna.

Material y métodos: Utilizamos 107 Stents descubiertos (Wallstent) en 100 pacientes con obstrucción biliar maligna (Grupo A) y 104 Stents cubiertos (Viabil) con ($n = 51$) o sin ($n = 53$) orificios laterales en otros 100 pacientes con ictericia obstructiva maligna (Grupo B). Las causas de obstrucción fueron CA de páncreas en 98 pacientes, colangiocarcinoma en 51, cáncer gástrico en 19, linfadenomegalia en

17, carcinoma papilar en nueve y cáncer de vesícula en seis. Los Stents descubiertos fueron utilizados para tratar todo tipo de estenosis (Bismuth I-IV) y los Stents cubiertos para estenosis más distales (Bismuth I-II). A todos los pacientes se les dio seguimiento hasta su fallecimiento.

Resultados: El resultado técnico exitoso se alcanzó en 97.5% en el grupo A y en 98.7% en el grupo B. Las complicaciones relacionadas al procedimiento fueron de 8 y 5%, respectivamente. La sobrevida promedio fue de 142.8 días en los pacientes tratados con Stents descubiertos y de 147.3 días para el grupo con Stents cubiertos. La permeabilidad primaria a los 6 y 12 meses fue de 72.3 y 50% para el grupo A y de 83.3 y 67.6% para el grupo B.

Conclusión: Los Stents cubiertos son seguros y efectivos para el manejo paliativo de la obstrucción biliar maligna y presentan una mejor permeabilidad a 6 y 12 meses que los obtenidos por los Stents descubiertos.

Comentario

La utilidad de los Stents o endoprótesis biliares en pacientes con obstrucciones malignas es indiscutible, para la paliación adecuada y evitar los problemas clínicos asociados de ictericia, prurito y colangitis.

La paliación se logra adecuadamente con una mejoría en la calidad de vida, se evita la necesidad de tubos de drenaje externo y bolsas de recolección, que causan un componente subjetivo negativo en el paciente y trastornos por el cuidado y manejo cotidiano que requieren. Sin embargo, en algunos casos no es posible traspasar la obstrucción en la primera intervención, por lo que se recomienda en estos pacientes, esperar algunos días con un drenaje biliar externo y repetir la colangiografía, ya que en la mayoría, al ceder la inflamación y edema asociados al proceso obstructivo y la colangitis, es posible ver la opacificación del conducto estenosado y avanzar el catéter o colocar la endoprótesis.

En relación al trabajo que se presenta, aunque hay un porcentaje mejor en la permeabilidad de la prótesis cubierta vs. la descubierta, no es significativo el resultado y creo que no justificable el mayor costo de las prótesis cubiertas. Por otro lado, no se logró mejorar la sobrevida del paciente, siendo prácticamente igual la sobrevida encontrada en ambos grupos.

Se muestra la experiencia personal en casos complejos de obstrucción maligna y uso de Stents, colocados por vía transhepática.

Colangitis aguda

Dr. José Luis González Thompson
Hospital Ángeles, Centro Médico del Potosí, San Luis Potosí, SLP, México.

Se define la colangitis aguda como una condición en donde se conjunta la obstrucción de la vía biliar con un proceso inflamatorio secundario al crecimiento bacteriano en el líquido biliar. Finalmente esto se traduce en translocación de bacterias y/o endotoxinas hacia el sistema vascular lo que puede dar lugar a sepsis, falla orgánica y muerte.

MM Jamal *et al*, realizan un estudio a nivel nacional (USA) para determinar la tendencia en la hospitalización y en la mortalidad intrahospitalaria de la colangitis en relación al advenimiento de la utilización de endoscopia terapéutica de la vía biliar.¹

115,518 pacientes se documentaron bajo el diagnóstico de colangitis, de 1988 al 2004.

La edad promedio de los pacientes fue de 65.47 años \pm 17.87 años; de los cuales el 49.9% fue del género masculino.

La hospitalización por colangitis se incrementó en 18%, de 1988 a 1997 (6.5/100,000 a 7.7/100,000 ($P < 0.01$)). De este año al 2004 declinó ligeramente y se estabilizó en 7.6/100,000.

El rango de hospitalización se incrementó en hombres constantemente de 1988 a 2004 en 59.8%.

La mortalidad intrahospitalaria de 1988 al 2004 incluyeron 6,174 pacientes con edad promedio de 72.19 \pm 15.28 años, 51.6% del género masculino. La mortalidad intrahospitalaria por colangitis de 1988 a 1992 fue de 2.2/100,000 con un incremento brusco de 2.9/100,000 en el periodo de 1993 a 1996 ($P > 0.01$). Posteriormente la mortalidad declinó a 2.4/100,000 en el periodo de 1997 al 2000 y se estabilizó en 2.5 del 2001 al 2004. Los procedimientos endoscópicos con colocación de prótesis de la vía biliar se incrementaron en 150% en el periodo comprendido de 1989 al 2002, también la realización de esfinterotomía

se incrementó de 10.6/100,000 en 1989 a 315.8/100,000 en el 2002. Los autores concluyen que las tendencias de hospitalización por colangitis en las últimas dos décadas se han incrementado, principalmente en el género masculino. El incremento en la mortalidad intrahospitalaria en el periodo de 1993 a 1996 seguida de la disminución posterior, se relaciona muy probablemente con la utilización generalizada de la endoscopia terapéutica de la vía biliar.

La endoscopia terapéutica de la vía biliar ha permitido ofrecer medidas paliativas a aquellos pacientes con proceso obstructivo por cáncer, lo cual permite mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, la aparición y uso de nuevas quimioterapias ha logrado prolongar el tiempo de sobrevida. Con ello la posibilidad de colonización y obstrucción de las prótesis metálicas expandibles empleadas y el desarrollo de colangitis es un riesgo latente.

Buxbaum JL *et al*,² realizan un estudio de noviembre de 1999 a diciembre del 2005. De los 202 pacientes con cáncer pancreático en quienes se realizó descompresión endoscópica de la vía biliar, se incluyeron en el estudio 56 pacientes que recibían quimioterapia y no eran candidatos para cirugía.

El tiempo promedio de sobrevida de los pacientes fue de 12 meses con el uso de nuevas drogas antineoplásicas. Se utilizaron prótesis metálicas en la mayoría de los casos, con resolución de la obstrucción en 93% de ellos.

32 pacientes sobrevivieron más de 10 meses, mientras 24 murieron antes de este periodo.

El 30% de los 56 pacientes requirieron hospitalización por colangitis u obstrucción de estos 17 casos, 16 pacientes presentaron una sobrevida igual o mayor de 10 meses.

El 50% (16/32) de los pacientes que sobrevivieron más de 10 meses, en comparación con 4% (1/24), de aquellos que sobrevivieron menos, fueron hospitalizados por complicaciones de oclusión de la prótesis.

En otro estudio, realizado por Jeurnink SM *et al*,³ se menciona que la colangitis posterior a colangiopancreatografía es una complicación en 3% de su población estudiada.

Aunado a ello, la colocación de prótesis autoexpandibles es un factor de riesgo para la presencia

de colangitis posterior a la colangiopancreatografía endoscópica.

Bibliografía

1. Hospitalization and in-Hospital Mortality of Cholangitis in the Advent of Therapeutic Biliary ERCP. MM Jamal, Z Singson, D Yamini, KJ Vega. DDW, San Diego 2008 May 18, ASGE, poster session, Abstract: S1526.
2. Inoperable Pancreatic Cancer Patients Receiving Contemporary Chemotherapeutic Regimens Who Have Prolonged Survival Exhibit An Increased Risk of Metal Stent Occlusion and Cholangitis. Buxbaun JL, Bagatelos KC, Chang EY, NihoHK, Ostroff JW. DDW San Diego 2008, May 19, AGA Institute, poster session, Abstract: M2027
3. Complications After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: Multivariable analysis for Pancreatitis, Cholangitis and Hemorrhage. Jeurnink SM, Steyerberg EW, Siersema PD, Haringsma J, Poley JW, Dees J, Kuipers EJ. DDW, San Diego 2008, May 18, ASGE, poster session, Abstract: S1517

Carcinoma de vesícula y vías biliares

Dr. Miguel Ángel Mercado

Departamento Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F.

Lai y Lau (Hong Kong, China),¹ analizan globalmente el cáncer de vesícula. Señalan que ocupa el 5° lugar mundial; siendo el más agresivo del tracto digestivo. Estiman que el porcentaje de pacientes diagnosticados con cáncer en colecistectomía simple es de 0.5 a 1.5%. La supervivencia calculada es menor a 5% a 5 años. De la revisión meta analítica realizada, la supervivencia a 5 años para las resecciones RO se reporta en el rango de 21 a 69%. Confirman que la colecistectomía laparoscópica está contraindicada con sospecha de carcinoma preoperatorio. Para los pacientes con hallazgo incidental de carcinoma, se indica una reintervención, excepto para los casos Tis y T1a. Existe controversia para los pacientes en estadio T1b. Para los pacientes con enfermedad avanzada, también resulta controversial el beneficio de resecciones radicales, pero se justifica cuando puede lograrse RO.

Pitt HA,² analiza la infiltración grasa hepatopancreatobiliar. Destaca que la grasa en los adipocitos que la almacenan constituyen un órgano dinámico endócrino y que se asocia al síndrome metabólico. La obesidad central lleva a esteatosis y alteración de adiponectina (reducción) y elevación de leptina. Esto condiciona infiltración de monocitos y macrófagos que producen citoquinas proinflamatorias que alteran la función. Se ha propuesto que la esteatosis y la inflamación local llevan a transformación neoplásica.

La infiltración grasa de la vesícula (colecistosteatois), se asocia con colecistitis acalculosa, pero su papel en la producción de neoplasia no es claro.

Misra y colaboradores (India),³ estudian el manejo de pacientes con carcinoma vesicular que tienen hallazgo incidental de patología. En su casuística concluyen que la re-resección está

indicada en todos los casos excepto en estadio IA, incluyendo la resección de los puertos. En estadio II alcanza supervivencia de 90% con re-resección.

Steinert R y colaboradores (Magdeburg, Alemania),⁴ analizan una cáustica similar a la de Misra, prácticamente con las mismas conclusiones. La re-resección incluye segmentectomía (IV y V) y linfadenectomía. No hacen señalamientos sobre la necesidad de retirar la vía biliar.

You *et al* (Corea),⁵ analizan la extensión de la resección para carcinomas T1. En 290 pacientes con carcinoma se realizó re-resección y en 52 pacientes con estadio T1 y T1a (27 pacientes) y 25 con T1b. En T1A no se demostraron metástasis ganglionares o infiltración perineural, a T1B sólo un caso tuvo positividad. En relación con radicalidad incluyó resección segmentos IV y V, linfadenectomía y resección de la vía biliar extrahepática incluida pancreatoduodenectomía. La supervivencia global fue de 96% y T1A de 96 y T1B de 96%. Sugieren la utilización de ultrasonido transendoscópico preoperatorio y la práctica de estudio histopatológico transoperatorio. Si sólo en T1A la colecistectomía basta y si es T1B se requiere de extensión.

Nishino R y colaboradores (Japón),⁶ investigan la identificación de un nuevo marcador genético para colangiocarcinoma intrahepático. Realizan un sofisticado estudio de análisis serial de expresión genética y los patrones de expresión fueron confirmados por PCR. Encontraron tres genes como marcadores específicos: biglicano, proteína 5 factor de unión de crecimiento parecido a insulina y claudina 4; este último con expresión muy elevada. Esto distingue el colangiocarcinoma del hepatocarcinoma y del adenocarcinoma metastásico.

Miyakawa *et al* (Japón),⁷ proponen guías clínicas prácticas para manejo de cánceres de vía biliar y carcinomas ampulares. Las guías se basan en datos clínicos siendo ictericia y dolor los más significativos. Junto con exámenes de laboratorio proponen ultrasonido de abdomen y para estadiaje, imagenología, tomografía computada, resonancia magnética, colangiografía y colangiografía endoscópica, así como percutánea.

Miyazaki y colaboradores (Japón),⁸ hacen énfasis en el hecho de que la unión anormal pancreatobiliar con dilatación biliar es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de vesícula y vía biliar, mientras que la ausencia de dilatación en el mismo caso es sólo de vesícula biliar. La colangitis esclerosante es otro factor de riesgo. Las lesiones polipoides de vesícula biliar, sésiles, mayores a 10 mm (aunque en SSAT se hable de 5 mm) son precursores de carcinoma. No encuentran relación entre cálculos biliares y carcinoma, por lo cual no justifican el uso de colecistectomía profiláctica.

Kondo S y colaboradores (Japón),⁹ subrayan que la única opción terapéutica es la quirúrgica en cánceres de vías biliares. Analizan a los pacientes candidatos a resección que incluye evaluación volumétrica del hígado residual y la reserva de función. Consideran como opción la realización de embolización portal. En el cáncer extrahepático, la realización de hepatectomía parcial o pancreatoduodenectomía en el carcinoma distal debe considerarse. Para el carcinoma de hilio sugieren la resección del causado (seg I) e inclusive la vena porta.

Nguyen K y Sing JT Jr.,¹⁰ hacen una revisión de las técnicas endoscópicas. Analizan el valor de la colangiografía retrógrada, ultrasonido endoscópico con aspiración y colangioscópico. El manejo paliativo es la mayor indicación con colocación de endoprótesis plásticas o metálicas, incluidos aquellos como puente a cirugía.

Kohya N y Miyazaki K (Japón),¹¹ informan sobre resección en carcinoma de vesícula en estadios T2 y T3. En T2 realizan resección de vías biliares extrahepáticas y hepatectomía concomitante con mejoría en supervivencia. Para los distales proponen pancreatoduodenectomía.

Lladó L y colaboradores (España),¹² en una serie de 154 pacientes, 59 fueron descartados para tratamiento quirúrgico y 9 trasplantados. De 86 operados, 25 fueron resecados. Mortalidad de 16.4% y morbilidad de 77% con supervivencia a cinco años de 51%.

Jonás S *et al* (Berlín y Leipzig),¹³ hacen un análisis de la cirugía radical para el tratamiento de colangiocarcinoma biliar. Proponen una técnica con la cual el grupo de Berlín (P. Neuhaus) que propone resección en bloque sin disección peritumoral con el fin de obtener margen amplio. En la mayoría de los casos se trata de resecciones derechas extendidas.

Esto lo logran en 80% de los casos, con supervivencia a 5 años de 61%. En algunos casos, con estrategia neoadyuvante que incluye radio y quimioterapia se ha obtenido beneficio (tumores asociados a colangitis esclerosante, como lo ha propuesto la Clínica Mayo).

Bibliografía

- Lai CH, Lau WY. Gallbladder cancer—a comprehensive review. *Surgeon*. 2008;6:101-110. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- Pitt HA. Hepato-pancreato-biliary fat: the good, the bad and the ugly. *HPB* 2007;9:92-97. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- Misra MC, Guleria S. Management of cancer gallbladder found as a surprise on a resected gallbladder specimen. *J Surg Oncol* 2006;15(93):690-698. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- Steinert R, Nestler G, Sagynaliev E *et al*. Laparoscopic cholecystectomy and gallbladder cancer. *J Surg Oncol* 2006;15(93):682-689. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- You DD, Lee HG, Paik KY *et al*. What is an adequate extent of resection for T1 gallbladder cancers? What is an adequate extent of resection for T1 gallbladder cancers? *Ann Surg* 2008;247:835-838. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- Nishino R, Honda M, Yamashita T *et al*. Identification of novel candidate tumour marker genes for intrahepatic cholangiocarcinoma. *J Hepatol* 2008 May 5. [Epub ahead of print]. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- Miyakawa S, Ishihara S, Takada T *et al*. Flowcharts for the management of biliary tract and ampullary carcinomas. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2008;5:7-14. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- Miyazaki M, Takada T, Miyakawa S *et al*. Risk factors for biliary tract and ampullary carcinomas and prophylactic surgery for these factors. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2008;5:15-24. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- Kondo S, Takada T, Miyazaki M *et al*. Guidelines for the management of biliary tract and ampullary carcinoma: surgical treatment. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2008;15 :41-54. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- Nguyen K, Sing JT Jr. Review of endoscopic techniques in the diagnosis and management of cholangiocarcinoma. *World J Gastroenterol*. 2008;14:2995-2999.
- Kohya N, Miyazaki K. Hepatectomy of segment 4 and 5 combined with extra-hepatic bile duct resection for T2 and T3 gallbladder carcinoma. *J Surg Oncol* 2008;97:498-502. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- Lladó L, Ramos E, Torras J *et al* [Radical resection of a hilar cholangiocarcinoma. Indications and results] *Cir Esp* 2008;83:139-144. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.
- Jonás S, Benckert C, Thelen A *et al*. Radical Surgery for hilar cholangiocarcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2008;34:263-271. American Hepato Pancreato Biliary Congress Annual Scientific Session and Postgraduate Course.