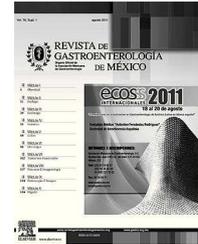




REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Endoscopia e imagen

## Actualidades en endoscopia de vías biliares

Juan Manuel Blancas-Valencia

Jefe del Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

■ Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el procedimiento de elección en la mayor parte de las enfermedades de la vía biliar. Esta revisión se basa en los trabajos presentados en la Semana Americana de Gastroenterología, realizada en la ciudad de Chicago. Aquí se expusieron casi 200 trabajos que muestran diferentes aspectos del procedimiento. Se analizaron prácticamente todos los temas en relación con la CPRE terapéutica y algunos puntos específicos de la parte diagnóstica.

■ Presentación de resúmenes

El primer trabajo que se resume es el presentado por Tiwari,<sup>1</sup> en el cual se muestra un meta-análisis sobre el uso de la nitroglicerina para prevenir la pancreatitis posterior a la CPRE que incluyó nueve ensayos clínicos controlados (ECC). La nitroglicerina se administró por las diferentes vías disponibles. La dosis y el tiempo de administración no fueron homogéneos. En el análisis se mostró que existe una disminución del riesgo de desarrollar pancreatitis del 23%; la vía de administración que mostró los mejores resultados fue la vía sublingual. La conclusión es que la nitroglicerina reduce el riesgo de pancreatitis

El segundo trabajo lo presentó Ito.<sup>2</sup> El objetivo del estudio fue identificar la frecuencia y los

factores de riesgo en pacientes con pancreatitis posterior a CPRE en los que se colocó en forma profiláctica una prótesis pancreática (PP). Se evaluaron 9 192 casos, de los cuales se incluyó a 414 pacientes que tenían factores de alto riesgo para pancreatitis luego de la CPRE. Se colocó una PP de calibre 5 Fr. La indicación más común para la colocación profiláctica de la PP fue la canulación difícil en 192 pacientes. La pancreatitis ocurrió en el 9.9% de los sujetos. El análisis multivariado reveló que la neoplasia mucinosa intrapapilar del páncreas fue el único factor de riesgo para pancreatitis. Los autores concluyeron que el riesgo de desarrollar pancreatitis posterior a CPRE en individuos de alto riesgo decrece en los enfermos sometidos a la colocación de una PP en forma profiláctica.

Marson<sup>3</sup> informó su experiencia con el empleo de CPRE guiada por ultrasonido endoscópico (USE) para facilitar el acceso a pacientes que tienen cambios posquirúrgicos o CPRE fallida. El protocolo se realizó en forma prospectiva de la siguiente forma: punción guiada por ultrasonido y ductografía seguida por técnica de *rendez-vous* con guía metálica en personas con papila accesible por duodenoscopia para CPRE, o directamente a guía por USE cuando tenían alteración anatómica. Se realizaron en 95 casos de 2 566 CPRE; la edad promedio fue de 65 años, con 35% de hombres y 35% correspondiente a estudios fallidos en otras instituciones. El intento de efectuar el estudio guiado por ultrasonido se llevó a cabo en 11 de 12

**Correspondencia:** Amores No. 942-16, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 31000, México, D.F. **Correo electrónico:** blancasoropeza@prodigy.net.mx

pacientes en los que falló la CPRE. Las intervenciones practicadas por ultrasonido fueron pancreato-gastrostomía, colocación de prótesis transpapilar o terapia transanastomótica, hepaticogastrostomía y coledocoduodenostomía. El tiempo promedio del estudio fue de 97 min y las complicaciones se presentaron en el 8.4% de los casos. Los investigadores concluyeron que la técnica guiada por USE complementa a la CPRE y permite la terapia en sujetos con alteraciones anatómicas o quirúrgicas o CPRE fallida.

Loras<sup>4</sup> presentó su experiencia de realizar el mismo día el ultrasonido endoscópico y la CPRE. Se incluyó a 22 pacientes con edad promedio de 65 años y se realizó un total de 23 procedimientos; 14 tenían el diagnóstico de tumor y éste fue el más común. Todos los individuos se sometieron a USE y CPRE; en 21 casos el primer procedimiento realizado fue el USE. La punción guiada por ultrasonido fue exitosa en 19 pacientes; la sensibilidad de la biopsia tomada con aguja fina fue del 87.5% y para la malignidad del 91.6%; la canulación de la vía pancreatobiliar durante la CPRE fue exitosa en el 72.7%. No se presentaron más complicaciones que las observadas cuando se efectúa la biopsia por aspiración con aguja fina. El tiempo medio fue de 72 min. En conclusión, realizar el ultrasonido endoscópico combinado con la CPRE en una misma sesión es seguro, técnicamente posible y provee datos suficientes para el diagnóstico de las enfermedades pancreatobiliares.

Joo Chua<sup>5</sup> publicó un ensayo clínico controlado con el objetivo de determinar cuál de los dos tipos de prótesis es mejor en los enfermos con estenosis de la anastomosis biliar y trasplante hepático: prótesis metálica removible (PMR) o prótesis plástica (Pp). Se analizó a 20 pacientes, siete en el grupo de PMR. La PMR se mantuvo por tres meses y la Pp se cambió cada tres meses y se colocaron múltiples prótesis durante un año. El autor concluyó que las PMR tienen mejores resultados y son prometedoras en el control de este tipo de estenosis, lo que reduce el número de CPRE y sus complicaciones.

Sethi<sup>6</sup> notificó su experiencia inicial con una nueva prótesis plástica multiperforada, llamada JS, en las enfermedades biliares. Se incluyó a 19 pacientes sometidos a 27 CPRE y colocación de 34 prótesis: 14 individuos con estenosis malignas y cinco con estenosis benignas. No se registraron complicaciones graves. El drenaje biliar y la

resolución de la obstrucción se consiguió en todos los casos sin complicaciones, por lo que este tipo de prótesis parece ser efectivo y seguro.

Shah<sup>7</sup> presentó la experiencia en su centro hospitalario con el procedimiento de colangioscopia con el equipo denominado *Spyglass* (Sp) en los enfermos con estenosis biliar indeterminada. Participaron 25 pacientes y en 16 la indicación fue la evaluación de estenosis biliar. Se diagnosticó a siete personas (28%) con tumores malignos con base tan sólo en los hallazgos del Sp y cinco sujetos (20%) con la confirmación citológica o de la biopsia para adenocarcinoma. Se presentaron seis complicaciones. En 12 de los 25 casos (48%), el Sp suministró más información que la CPRE, por lo que los autores concluyeron que en la mayoría de los pacientes (52%) el procedimiento evaluado falló para establecer el diagnóstico de certeza.

Rajman<sup>8</sup> mostró la experiencia de su grupo con el Sp en las enfermedades biliares, para lo cual incluyó a 322 pacientes. La indicación más frecuente fue litiasis del colédoco en 164 casos, estenosis indeterminada en 125 y causas diversas en 33. Se practicó el procedimiento peribucal en 315 enfermos y fue exitoso en todos los casos. Se logró la resolución del problema en 92% de los pacientes con litos después de una sesión. En los individuos con estenosis biliar indeterminada se estableció el diagnóstico de malignidad en el 67% y benignidad en el 33%. En forma global, el *Spyglass* modificó el diagnóstico en el 40% de los pacientes y completó la terapia deseada en el 100% de los casos. Los investigadores concluyeron que el *Spyglass* es una herramienta útil en el manejo de las litiasis difíciles, determina la naturaleza de las estenosis biliares y modifica el diagnóstico global en el 40% de los pacientes.

Khan<sup>9</sup> expuso una revisión sistemática del tratamiento de los litos gigantes mediante la dilatación hidrostática con balón del ámpula de Vater. Se incluyeron 18 estudios, en los cuales se evaluó a 1 367 enfermos. El tamaño del lito varió de 6 a 35 mm, el tamaño del balón utilizado fue de 10 a 20 mm y se efectuó litotripsia mecánica en 0% a 33% de los individuos. Se logró la extracción de los litos en porcentajes del 87% al 100% cuando se realizó más de una sesión. En conclusión, el procedimiento fue exitoso en la mayoría de las personas con porcentaje aceptable de complicaciones.

González<sup>10</sup> presentó la experiencia de la CPRE en personas con anatomía modificada por la

cirugía y en la cual no pudo ingresarse al ámpula de Vater con los endoscopios habituales. Para este trabajo se utilizó el sobretubo en espiral (Spirus). Se llevaron a cabo 15 procedimientos con un éxito del 80% y no se registraron complicaciones.

Shimatani<sup>11</sup> publicó una variante del enteroscopia de doble balón, que es el dispositivo corto empleado en la CPRE diagnóstica y terapéutica en enfermos con anatomía modificada por cirugía. Se incluyó en el estudio a 157 pacientes en los cuales se practicaron 260 CPRE. La operación más común encontrada fue la gastrectomía total con anastomosis esofagoyeyunal en Y de Roux en 140 procedimientos. Se logró alcanzar la papila o el sitio de la anastomosis biliar en 252 de 260 procedimientos (96.9%) y se realizó la canulación en 245 de 252 (97.2%). Se efectuó la intervención terapéutica en todos los casos de canulación y en 115 procedimientos se logró la extracción de los litos. La conclusión de este trabajo fue que el enteroscopia de doble balón corto en este grupo de pacientes es muy efectivo.

Tiwari<sup>12</sup> presentó una revisión sistemática sobre la utilidad y seguridad de la CPRE en el embarazo. Se incluyeron 19 estudios en los cuales se identificó a 302 pacientes en quienes se llevaron a cabo 214 CPRE. La edad gestacional varió de 16 a 31 semanas. Se realizó esfinterotomía en 185 de 213 casos y se colocó prótesis en 39 enfermas. Se presentaron como complicaciones aborto espontáneo en el 0.9%, sufrimiento fetal en 0.6% y pancreatitis posterior al procedimiento en el 4.6%. Se registró un nacimiento de pretérmino en el 4.6% y en la mayoría de los recién nacidos se estableció

una calificación de Apgar mayor de ocho. Las conclusiones de esta revisión fueron que la CPRE es una modalidad segura y efectiva durante el embarazo.

## Referencias

1. Tiwari A, Khan A, Nass J, et al. Nitroglycerine for prevention of post-ERCP pancreatitis: meta-analysis of randomized controlled trials. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Mo 1430
2. Ito K, Fujita N, Kanno A, et al. Risk factors for Post-ERCP pancreatitis in patients at high risk who have undergone prophylactic pancreatic duct stenting. A multicenter study. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Su 1434.
3. Marson F, Binmoeller K, Weilert F, et al. Single-operator, single-session EUS-guided anterograde cholangiopancreatography (EACP): four-year experience with a prospective protocol at a tertiary pancreaticobiliary referral center. Sesión ASCE Topic Forum presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. 530.
4. Loras C, Gornals-Soler J, Pons C, et al. Single-session endoscopic ultrasonography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography for patients with biliopancreatic diseases. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Su 1413.
5. Joo Chua T, Dinesen L, Tee H, et al. A prospective randomized control trial of novel removable covered metal stents (RCSEMS) vs plastic stents in post liver transplantation anastomotic biliary strictures: interim analysis. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1514.
6. Sethi A, Gonzalez S, Gonda T, et al. Evaluation of a flexible multiperforated plastic stent in biliary diseases: an initial single center experience. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1512.
7. Shah P, Rao S, Ginsberg G, et al. Peroral cholangioscopy for the evaluation of indeterminate biliary strictures: a single center experience. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1506.
8. Rajjman I, Nguyen D, Fishman D. Single center experience with Spyglass for biliary disease. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Mo 1453.
9. Khan A, Tiwari P, Nass J, et al. Large balloon dilation with sphincterotomy for large bile duct stones: a systematic review. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1513.
10. Gonzalez S, Gonda T, Stevens P. Therapeutic ERCP in patients with surgically altered anatomy: Spiraling to success. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Su 1453.
11. Shimatani M, Takaoka M, Matsushita M, et al. Effective "short" DBE for diagnostic and therapeutic ERCP in patients with altered gastrointestinal anatomy. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Su 1423.
12. Tiwari P, Khan A, Nass J, et al. ERCP in pregnancy: a systematic review. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Mo 1578.