

# Precorte del Ámpula de Vater. Mitos y Realidades

Arturo Ballesteros Amozurrutia

**L**a esfinterotomía transendoscópica (EE) es un procedimiento ampliamente practicado en forma cotidiana y sus indicaciones definidas en forma universal. Sin embargo, en ocasiones uno se enfrenta a indicaciones relativas, particularmente cuando el diagnóstico no está plenamente establecido y el propósito del procedimiento incluye la precisión diagnóstica y decidir entonces la necesidad de EE.

Es en estas condiciones de incertidumbre diagnóstica y cuando la técnica habitual ha fallado el contexto en el que surge la necesidad de realizar un precorte. Así, aun y cuando pudieran asumirse las mismas indicaciones para un precorte como las propias de una EE convencional, el precorte se ha supuesto conlleva un mayor riesgo de perforación y posiblemente de pancreatitis en sí. Los expertos recomiendan intentar el precorte sólo por "endoscopistas expertos".<sup>1</sup> Definición esta imprecisa que en ocasiones ha sido mencionada para estos propósitos como aquel endoscopista que ha realizado más de 1,000 EE, cifra mágica sin sustento, pues recientemente se ha determinado en un estudio controlado en 180 el número de procedimientos mínimos indispensables para tener índices de éxito y complicaciones aceptables en colangiografías retrógradas endoscópicas.<sup>2</sup>

El problema fundamental de la EE sigue siendo su alta frecuencia de complicaciones. En un estudio presentado inicialmente en el Congreso Americano de Gastroenterología en 1994, aún no reportado en extenso pero cuya principal cualidad más allá de su naturaleza multicéntrica, prospectiva, y controlada, es el análisis de EE realizadas en diversos tipos de hospitales; universitarios, de referencia, de asistencia a veteranos y privados, bajo los estándares de la práctica actual en Estados Unidos, revela una morbilidad global del 9.6%, donde con mucho la pancreatitis post-EE es la complicación más frecuente. Esto es lo que mejor pudiera aproximarse a lo que sucede en la realidad en ese país de altos estándares en el ejercicio de nuestra profesión.<sup>3</sup>

La frecuencia de morbilidad depende en buena medida de la regla con que se mida. Afortunadamente la mayoría de los casos de pancreatitis aguda post-EE son leves, pero también esto puede condicionar que pasen desapercibidos, hecho que contribuye a que se sub-diagnostique, particularmente en aquellos hospitales donde se realiza la EE en forma ambulatoria, donde muchos enfermos sólo regresan al hospital cuando el dolor o el íleo asociado a una pancreatitis resulta insoportable.<sup>4</sup>

Si uno acepta la premisa de que el precorte conlleva un mayor riesgo, luego entonces, antes de realizarlo en un paciente, debe uno preguntarse si el establecer el diagnóstico y posible EE subsecuente son realmente indispensables. Hoy por hoy, gracias a diversos estudios de análisis de regresión múltiple conocemos factores de riesgo, es decir, condiciones que aumentan la incidencia de complicaciones y que deben hacernos pensar dos veces el realizar una papilotomía. Curiosamente, más importante que la destreza del operador, son la sospecha de disfunción con hipertonia del esfínter de Oddi, edad joven y la ausencia de dilatación de vía biliar, los factores de riesgo más importantes.<sup>5</sup>

El precorte suele ser necesario por tres condiciones fundamentales: a) Litiasis biliar impactada en el infundíbulo, b) Estenosis del orificio papilar, c) Segmento ductal largo en el espesor de la pared duodenal con angulación prominente. Las primeras dos circunstancias cursan con dilatación biliar y resulta fácil identificar el infundíbulo, condiciones en las que se puede perfectamente intentar la EE. Distinto resulta en aquellas circunstancias donde no existe dilatación del conducto biliar, como en la disfunción del esfínter o la sospecha de ello, pues el riesgo de inducir pancreatitis es extraordinario aun con EE convencional.<sup>6</sup>

Existen dos técnicas de precorte. La descrita inicialmente implica el empleo de un esfinterótomo convencional sin punta, de tal forma que el alambre de corte pueda hacer contacto con el tejido a seccionar. Técnica que inicialmente recibió amplia aceptación,

dado que no resultaba distinta a la convencional, esto es, canular el orificio papilar, dirigir (o intentar hacerlo) el corte hacia el área donde pudiera encontrarse la vía biliar. Esto, sin embargo, provoca con frecuencia edema por el corte, lo que produce compresión del conducto pancreático y pancreatitis. De ahí que en el curso de los últimos años se haya realizado cada vez con más frecuencia y de hecho en forma preferencial el precorte con "cuchillo de corte" (tipo aguja) donde el corte se inicia sin canular justo por encima del orificio papilar y sobre el infundíbulo en la dirección donde se asume la presencia de la vía biliar, para que una vez observada la salida de bilis, se pueda realizar una canulación larga y entonces el corte con un esfinterótomo convencional.<sup>7,8</sup>

El temor de este precorte "a manos libres" era el que pudiera generarse un mayor número de perforaciones, sin embargo, el tiempo ha permitido demostrar que cuando es realizado con prudencia y por el mismo experto, esto es realmente raro y sucede al manipular la fístula con el esfinterótomo convencional por un corte amplio más allá del pliegue transversal. Estudios prospectivos y controlados muestran que en un 10% aproximadamente de los enfermos con litiasis biliar no puede realizarse la colangiografía convencionalmente, y en ellos, cuando es realizado el precorte, el éxito con esta técnica oscila entre el 85 y el 90%, aumentando así la efectividad a un 95%, y sorprendentemente las complicaciones son menos frecuentes (5.7%) que cuando comparadas con aquellas en los grupos de pacientes a quienes se les realizó EE convencional (12.5%). Las complicaciones por precorte suelen ser por partes iguales pancreatitis, hemorragia y perforaciones.<sup>9,10</sup> Pancreatitis que pueden incluso disminuirse más, cuando se realiza una canulación pancreática y colocación de una endoprótesis antes de realizar el precorte, como ha sido recientemente demostrado por el grupo de Indiana.<sup>11</sup>

El estudio del Dr. Güitrón que aparece en este número de nuestra revista,<sup>12</sup> confirma en nuestro medio que cuando el precorte es realizado en pacientes con indicación definitiva, el precorte hecho por un experto con prudencia conlleva menos riesgos que una EE convencional. En este reporte desconocemos la frecuencia de complicaciones en el grupo de pacientes a quienes les fue practicada una EE convencional en Torreón, pero la morbilidad en los 27 pacientes sometidos a precorte es realmente baja, pues sólo 1 tuvo hemorragia, habiendo requerido de una sola unidad de sangre. Muy importante me parece enfatizar que estos resultados no pueden ser extendidos a otras condicio-

nes en donde los pacientes no tienen ictericia o dilatación de la vía biliar, en quienes, como he insistido con anterioridad, los resultados pueden ser desastrosos. Tampoco sería conveniente, como lo señalan los autores, intentarlo por endoscopistas cuya experiencia en EE convencional fuera insuficiente.

Nuevamente el tiempo y la experiencia controlada han permitido derribar un mito más que permite a los gastroenterólogos que hacemos endoscopia evitar tener que recurrir a procedimientos con mayor morbimortalidad, como son la colangiografía percutánea o la cirugía misma, para resolver incertidumbres diagnósticas y de hecho curar ictericias obstructivas con estos métodos con los que, como en el reporte del Dr. Güitrón, la sepsis asociada a la obstrucción biliar comprometen la vida de los enfermos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Cotton PB. Pre-cut papillotomy: a risky technique experts only. *Gastrointest Endosc* 1989;35:499-503.
2. Jowel SP, Branch S, Afronti J *et al*. At least 180 ERCP's are needed to obtain competence in diagnostic and therapeutic ERCP. *Gastrointest Endosc* 1996;43:314,(A95).
3. Freeman M, Nelson D, Sherman S *et al*. MESH group. Complications of endoscopic sphincterotomy (ES): A prospective, multicenter, 30 day outcome study. *Gastrointest Endosc* 1994;106:A338.
4. Tham TCK, Vandervoort J, Wong RCK *et al*. Therapeutic ERCP in outpatients: a change in practice. *Gastrointest Endosc* 1996;43:401,A441.
5. Freeman M, Mallery S, Shennan *et al*. MESH group. Pancreatitis complicating endoscopic biliary sphincterotomy (ES): A prospective multivariate analysis of risk factors including pancreatic sphincter hypertension (PSH). *Gastrointest Endosc* 1996;43:381,A364.
6. Sherman S, Ruffolo TA, Hawes RH *et al*. Complications of endoscopic sphincterotomy. A prospective series with emphasis on the increased risk associated with sphincter of Oddi dysfunction and nondilated bile ducts. *Gastroenterology* 1991;101:1068-1075.
7. Baillie J. Needle knife sphincterotomy. *Gastrointest Endosc* 1991;37:650.
8. Siegel JH, Ben-Zvi JS, Pullano W. The needle knife: a valuable tool in diagnostic and therapeutic ERCP. *Gastrointest Endosc* 1989;35:499-503.
9. Siegel JH. When should I do a pre-cut sphincterotomy? ASGE *Post Graduate course Endoscopic solution to common clinical problems: a case oriented approach*. 1995 pág. 20-22.
10. Foutch PG. A prospective assessment of results for needle-knife papillotomy and standard endoscopic sphincterotomy. *Gastrointest Endosc* 1995;41:25-32.
11. Sherman S, Earle D, Bucksot L *et al*. Does leaving a pancreatic duct stent in place, reduce the incidence of pre-cut biliary sphincterotomy (ES)-induced pancreatitis? A final analysis of a randomized prospective study. *Gastrointest Endosc* 1996;43:413(A489).