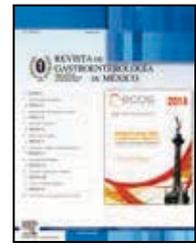


REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ENDOSCOPIA E IMAGEN

Endoscopia terapéutica de vías biliares y páncreas

M. A. Ramírez-Luna

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Recibido el 3 de junio de 2014; aceptado el 26 de junio de 2014

En la pasada semana de enfermedades digestivas realizada del 3 al 6 de mayo de 2014 en la ciudad de Chicago en los Estados Unidos de Norteamérica se presentaron varios trabajos del tratamiento endoscópico de las enfermedades pancreatobiliares, de los cuales quiero destacar y comentar los siguientes.

Bang et al. presentaron un trabajo en resumen titulado "Duración de la dilatación ampular con balón 20 segundos contra 60 segundos para el tratamiento de la litiasis biliar pequeña: estudio multicéntrico prospectivo aleatorizado"¹. Éste fue un estudio realizado en 6 centros hospitalarios de tercer nivel en el periodo de septiembre de 2011 a febrero de 2013. Se incluyeron en total 228 enfermos con litiasis biliar ≤ 12 mm de diámetro, quienes fueron asignados de manera aleatoria a dilatación con balón durante 20 o 60 segundos. Se extrajeron exitosamente los litos biliares en 107 de 109 enfermos (98.1%) en el brazo de dilatación por 20 segundos y en 112 de 119 enfermos (94.1%) en el brazo de 60 segundos ($p = 0.146$). Se presentó pancreatitis posterior a colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) en 7 enfermos (6.4%) del grupo de dilatación por 20 segundos y en 9 enfermos (7.5%) del grupo de dilatación por 60 segundos ($p = 0.408$). Los autores concluyeron que el tiempo de la dilatación no afecta los resultados ni la frecuencia de pancreatitis postCRE razón por la cual la dilatación durante 20 segundos con balón es un tiempo razonable para el tratamiento de la litiasis biliar. Este trabajo muestra objetivamente que lo trascendente al momento de realizar la dilatación de la papila mayor previo a la extracción de litos

no es el tiempo de la dilatación sino lograr el máximo diámetro del balón ("borrar la cintura"), lo cual incluso no muestra diferencias significativas en la frecuencia de pancreatitis postCRE. Es importante destacar que en el resumen no se señala explícitamente si se realizó esfinterotomía biliar antes de la dilatación, pues el no hacerlo sí incrementa significativamente el riesgo de pancreatitis como lo han mostrado estudios previos.

Yoo et al. presentaron un trabajo en resumen titulado "Estudio comparativo entre drenaje percutáneo transhepático de la vesícula biliar (DPVB) contra drenaje endoscópico de la vesícula biliar (DEVB) como un puente a cirugía en enfermos con colecistitis aguda y sospecha de coledocolitiasis"². Se incluyeron 79 enfermos en un periodo de 7 años, 39 enfermos en el grupo de DPVB y 40 en el grupo de DEVB (drenaje endoscópico naso-vesícula biliar: 22, prótesis a la vesícula biliar: 18). Ambos grupos de tratamiento mostraron resultados similares en términos de éxito técnico (97.4%, 38/39 vs. 92.5%, 37/40) y éxito clínico (94.7%, 36/38 vs. 91.9%, 34/37). No hubo diferencias significativas en eventos adversos, tiempo de cirugía ni en frecuencia de conversión a colecistectomía. Los autores concluyeron que en enfermos con colecistitis aguda y alta sospecha de coledocolitiasis, el abordaje en 1 paso con CRE y DEVB es una alternativa efectiva al abordaje en 2 pasos con DPVB y CRE.

Kedia et al. presentaron "El drenaje de la vesícula biliar en enfermos de alto riesgo: ¿abordaje percutáneo o endoscópico?"³. Fue un estudio retrospectivo que incluyó a enfermos desde julio de 2011 a noviembre de 2013. En total 74

Autor de correspondencia: Vasco de Quiroga número 15, Colonia Sección XVI Delegación Tlalpan, México Distrito Federal C.P. 14000. Teléfono: 54870900 extensión: 2150. Correo electrónico: mangelramirez@yahoo.com (M. A. Ramírez-Luna)

enfermos no fueron candidatos a tratamiento quirúrgico y fueron sometidos a DPVB (n = 43) o DEVB (n = 31). De los 31 enfermos de DEVB 25 fueron transpapilares y 6 fueron transmurales guiados por ultrasonido endoscópico (USE). El éxito técnico fue de 100% para ambos grupos en tanto que el éxito clínico fue de 97% y 87% respectivamente. Las complicaciones y la necesidad de reintervención no fueron significativamente diferentes. El puntaje de dolor en la escala visual análoga después del procedimiento fue mayor en el grupo de drenaje percutáneo (4.7 vs. 2.09, $p = 0.0033$), así como la estancia hospitalaria (21.2 vs. 8.2 días). Los autores concluyeron que el drenaje endoscópico de la vesícula biliar es igual de efectivo que el drenaje percutáneo con la ventaja de ser más fisiológico y condicionar menos dolor y estancia hospitalaria. Los dos últimos estudios muestran la posibilidad técnica de realizar un drenaje colecistoduodenal de la vesícula biliar bien sea mediante una prótesis transpapilar o un catéter de drenaje naso-vesícula biliar como abordajes no transmurales. El último estudio muestra la posibilidad de crear fístulas controladas mediante USE con el uso ahora reciente de prótesis metálicas autoexpandibles totalmente cubiertas con diseño en "doble campana" o "yoyo" lo cual disminuye el riesgo de biliperitoneo o neumoperitoneo. Se esperan estudios comparativos prospectivos con el tradicional drenaje percutáneo.

Jang et al. presentaron un estudio titulado "Colecistectomía o vesícula biliar in situ después de extracción de coledocolitiasis en enfermos ancianos", el cual incluyó 32 enfermos mayores de 80 años con colecistocolitiasis⁴. La media de seguimiento fue de 564 días (rango de 182 a 1482 días). No se presentó recurrencia de colecistitis en el grupo de vesícula biliar in situ (23/32, 72%). La incidencia acumulada de recurrencia de coledocolitiasis fue similar en ambos grupos (3/9, 33% vs. 6/23, 26%, $p = 0.193$). Los autores concluyeron que en enfermos ancianos con colecistocolitiasis preservar la vesícula biliar no incrementa el riesgo de colecistitis. Este estudio a pesar de tener un número reducido de enfermos en cada grupo permite sustentar la decisión de no realizar colecistectomía en enfermos mayores de 80 años que habitualmente tienen comorbilidades, bastando solo realizar una esfinterotomía amplia con extracción de litos. La esfinterotomía amplia también permitirá el paso espontáneo de un eventual lito migrado de la vesícula biliar al conducto biliar principal.

Bang encabezó un estudio con colaboración del Dr. Shyam Varadarajulu llamado "Reporte endoscópico de 10 años de experiencia en 100 enfermos con necrosis pancreática licuada". Éste fue un estudio retrospectivo de 2004 a 2013⁵. Para evaluar los resultados, los enfermos fueron divididos en 2 grupos de tratamiento: grupo 1 de 2004 a 2009 y grupo 2 de 2010 a 2013. No hubo diferencias significativas en los parámetros clínicos antes del tratamiento o en las características de la necrosis pancreática licuada entre el grupo 1 (n = 47) y el grupo 2 (n = 53). En comparación al grupo 1 los enfermos del grupo 2 se sometieron más a drenaje guiado por USE (63.8% vs. 96.2%, $p < 0.001$), mayor tratamiento híbrido (10.6% vs. 43.4%, $p < 0.001$) y tuvieron mayor éxito del tratamiento (59.6% vs. 90.6%, $p < 0.001$). Los autores concluyeron que ha existido una mejoría significativa en los resultados clínicos en los enfermos con necrosis pancreática licuada tratados endoscópicamente en los últimos 10 años siendo el abordaje multidisciplinario o híbrido el mayor

determinante de éxito terapéutico. Este trabajo pone de manifiesto la evolución cronológica en el tratamiento de las colecciones líquidas peripancreáticas. La evidencia reciente en la literatura mostrada por este trabajo y otros más apunta a que el drenaje guiado por USE y el abordaje de invasión mínima multidisciplinario ofrece los mejores resultados en cuanto a resolución clínica, menor morbilidad y menor generación de respuesta inflamatoria en el tratamiento de estos enfermos. Se anticipa en el futuro próximo mayor cantidad de estudios comparativos de las técnicas de invasión mínima con el drenaje quirúrgico abierto estándar.

Bourgeois et al. presentaron un resumen titulado "Prótesis metálicas autoexpandibles cubiertas ("diabolo") para el tratamiento de colecciones líquidas peripancreáticas"⁶. Éste fue un estudio retrospectivo y multicéntrico que incluyó a 56 prótesis diabolo colocadas en 40 enfermos en 7 centros de Francia de septiembre de 2011 a julio de 2013. Las colecciones tratadas fueron: 21 abscesos (38%), 14 pseudoquistes (25%), 8 necrosis pancreática licuada (14%) y 3 colecciones necróticas agudas (5%). Se observó un éxito técnico de 98.2%. El éxito clínico un mes después del procedimiento fue de 65% con una recurrencia de 2.7%. Luego de una media de seguimiento de hasta 187 días (24 a 565), se observó un éxito clínico en 97.3% de los casos. Las complicaciones ocurrieron en 43%: migración (26%), obstrucción de la prótesis (9%), sobreinfección (6%) y hemorragia (2%). El tipo de colección no influyó en el éxito clínico pero los abscesos requirieron un número mayor de procedimientos. Los autores concluyeron que la prótesis diabolo puede ofrecer ventajas sobre otro tipo de prótesis al facilitar el drenaje, reducir el riesgo de recurrencia, disminuir el número de procedimientos y permitir realizar necrosectomía. Es claro a la luz de este estudio que crear cistointeroanastomosis o cistogastroanastomosis guiadas por USE y ferulizadas con una prótesis metálica corta cubierta con sistema antimigración, ofrece la ventaja teórica de mejor drenaje por ser una fístula amplia y menor posibilidad de migración por el sistema de doble campana. Sin embargo, en la serie antes comentada hasta 26% de las prótesis migran, número muy similar al porcentaje descrito de migración de las prótesis plásticas con configuración de doble cola de cochino. Así también hasta el 9% se obstruye a pesar de su mayor diámetro en comparación a prótesis plásticas 10 French. Por lo mencionado es clara la necesidad de un estudio comparativo y prospectivo entre prótesis diabolo y prótesis plásticas con configuración de doble cola de cochino.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bang B, Lee T, Song T, et al. 20-second versus 60-second dilation duration in endoscopic papillary balloon dilation for

- treatment of small bile duct stones: prospective randomized controlled multicenter trial. [Abstract Su 1641]. Accepted abstracts DDW 2014 [CD-ROM]. Chicago, IL: DDW; 2014.
2. Yoo B, Yang M, Hwang C, et al. A comparative study between PTGBD and ETGD as a bridge to surgery in patients with acute cholecystitis and a suspicion of cbd stone [Abstract Su 1610]. Accepted abstracts DDW 2014 [CD-ROM]. Chicago, IL: DDW; 2014.
 3. Kedia P, Kumta N, Gaidhane M, et al. Gallbladder drainage in high risk patients: percutaneous or endoscopy approach? [Abstract Su 1631]. Accepted abstracts DDW 2014 [CD-ROM]. Chicago, IL: DDW; 2014.
 4. Jang J, Cho Y, Koo H, et al. Cholecystectomy or gallbladder in situ after endoscopic clearance of common bile duct stones in elderly patients [Abstract Su 1632]. Accepted abstracts DDW 2014 [CD-ROM]. Chicago, IL: DDW; 2014.
 5. Bang J, Wilcox C, Christein J, et al. Endoscopic report card of a 10-year experience in 100 patients with walled-off pancreatic necrosis [Abstract Su 1703]. Accepted abstracts DDW 2014 [CD-ROM]. Chicago, IL: DDW; 2014.
 6. Bourgeois M, Fumery M, Coron E, et al. Covered self-expandable metallic stent ("Diabolo") for the treatment of pancreatic fluid collections [Abstract Su 1709]. Accepted abstracts DDW 2014 [CD-ROM]. Chicago, IL: DDW; 2014.