

ARTÍCULO CLÁSICO

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en la enfermedad benigna de la vía biliar principal

Dr. Jorge Luis González Jara¹

Dra. Esther Lidia González González²

Dr. Víctor Tacher Romano³

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de Santa Clara, Villa Clara, a todos los pacientes con sospecha de enfermedad obstructiva de la vía biliar principal con indicación de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica desde febrero de 2004 a marzo de 2007. El universo de trabajo estuvo constituido por el total de procedimientos realizados y la muestra por los informes concluyentes de enfermedad benigna de la vía biliar principal, la información se obtuvo por revisión documental de los informes de las colangiopancreatografías, en la serie predominaron los pacientes del grupo de 51-60 años (31.1%), el sexo femenino es el más frecuente (67.9%), la sospecha de litiasis vesicular y coledociana fue la indicación más frecuente (39.9%), son la litiasis coledociana (44.4%) y la odditis (29.9%) las más diagnosticadas, el procedimiento terapéutico más utilizado fue la esfinterotomía endoscópica con extracción de cálculos (52.6%) y hubo un 3.9% de complicaciones, con predominio del sangramiento discreto.

DeCS:

ENFERMEDADES DE LAS VIAS BILIARES
PANCREATOCOLANGIOGRAFIA
RETROGRADA ENDOSCOPICA/métodos
ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA

SUMMARY

A descriptive and retrospective study was carried out at the Gastroenterology Services of the Arnaldo Milián Castro University Hospital in Santa Clara, Villa Clara. It included all the patients who were considered as having symptoms of obstructive disease of the main bile duct, with the indication of an endoscopic retrograde cholangiopancreatography, since February 2004 to March 2007. The universe of study was formed by the total amount of procedures carried out, and the sample was formed by the concluding reports of benign disease of the main bile duct. The information was obtained by a review of the reports of cholangiopancreatographies. In the series, the patients from the age group between 51 and 60 years of age (31.1%) were prevalent; being the female sex the most frequent one (67.9%). The suspicion of gallbladder lithiasis and choledocal lithiasis was the most frequent indication (39.9%), being the choledocal lithiasis (44.4%) and odditis (29.9%) the most diagnosed conditions. The most used therapeutic procedure was the endoscopic sphincterotomy with extraction of calculus (52.6%); the complications represented 3.9 percent, with prevalence of discrete bleeding.

MeSH:

BILIARY TRACT DISEASES
CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY,
ENDOSCOPIC RETROGRADE/methods
SPHINCTEROTOMY, ENDOSCOPIC

INTRODUCCIÓN

El estudio y el tratamiento de las enfermedades biliopancreáticas ha sido favorecido, en los últimos tiempos, con el advenimiento de nuevas técnicas endoscópicas que han revolucionado los métodos hasta ahora utilizados para alcanzar las vías biliares y el páncreas, como ha sido la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE),¹⁻³ procedimiento endoscópico utilizado para diagnosticar la presencia de litiasis, tumores o estenosis de los conductos biliares.⁴⁻⁶ En los informes históricos de la técnica aparece, en 1968, McCune, que canuló por primera vez la papila de Vater y obtuvo la primera pancreatografía retrógrada;⁷ Sohendra describe la técnica del drenaje de la vía biliar principal, mediante endoprótesis, en el curso de una obstrucción tumoral.^{8,9} Entre los beneficios del procedimiento están el de realizar un diagnóstico preciso de las enfermedades biliares y pancreáticas además de su tratamiento definitivo; permite también la colocación de endoprótesis biliares en pacientes con neoplasias avanzadas de las vías biliares y el páncreas.^{10,11} En el Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro" se realiza desde el año 2004 y, como no existen estudios de su empleo en las enfermedades benignas de la vía biliar y del páncreas, nos planteamos el siguiente problema: ¿Cuál es el comportamiento general de la CPRE en las enfermedades benignas de la vía biliar y el páncreas en el Servicio de Gastroenterología de dicho hospital en el período entre febrero de 2004 y marzo de 2007?

MÉTODOS

Tipo de estudio: se realizó un estudio descriptivo y de carácter retrospectivo a todos aquellos pacientes con indicación de una CPRE por sospecha de enfermedad obstructiva de la vía biliar principal.

Universo y muestra: el universo de trabajo estuvo constituido por el total de pacientes a los que se les realizó una CPRE, quedó una muestra de los informes concluyentes de enfermedad benigna de las vías biliares.

Metodología para el trabajo: la obtención de la información se realizó a través de los informes del procedimiento, que incluye la revisión de las historias clínicas de los pacientes. Todos los datos fueron plasmados en un modelo de recolección.

Procesamiento y análisis de la información: los datos procesados se presentaron en cuadros y gráficos, se utilizaron herramientas de estadística descriptiva, frecuencias absolutas y relativas, así como pruebas de significación. Se trabajó con el 95% de confiabilidad, esto se tradujo en significativo, cuando la probabilidad asociada a la misma estaba por debajo de un alfa de 0.05 ($p < 0.05$), altamente significativo ($p < 0.01$), muy altamente significativo ($p < 0.001$) y no significativo ($p > 0.05$).

RESULTADOS

En la tabla 1, que representa las características generales de la serie, se observa que la mayoría de los enfermos corresponden al grupo de 51-60 años (31.1%), seguidos por el grupo de 61-70 (28.7%) y que el sexo que predomina es el femenino (67.9%). Estos resultados ofrecieron a la prueba estadística entre proporciones valores muy altamente significativos ($p < 0.001$).

Tabla 1. Distribución de la edad y el sexo por grupos

Grupos de edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 30	12	4.3	7	5.3	19	4.7
31-40	33	11.9	11	8.4	44	10.8
40-50	42	15.2	18	13.7	60	14.7
51-60	84	30.3	43	32.8	127	31.1
61-70	72	26.0	45	34.5	117	28.7
71-80	34	12.3	7	5.3	41	10.0
Total	277	67.9	131	32.1	408	100.0

Edades: $\chi^2=63.68$ $p=0.000$

Sexo: $\chi^2=26.9$ $p=0.000$

Fuente: Historias clínicas

Las indicaciones de la CPRE se muestran en la tabla 2, se refleja un predominio de la litiasis vesicular y coledociana (39.9%), seguido de la dilatación de las vías biliares con íctero (22.1%) y la litiasis vesicular con íctero (18.6%), que unidos alcanzaron más de la cuarta parte de la serie. Se demostraron diferencias altamente significativas entre las variables ($p<0.001$).

Tabla 2. Indicaciones de la CPRE

Indicaciones	No.	%
Litiasis vesicular coledociana	163	39.9
Dilatación de vías biliares con íctero	90	22.1
Litiasis vesicular con íctero	76	18.6
Pancreatitis crónica con dolor	35	8.6
Litiasis residual del colédoco	28	6.9
Síndrome poscolecistectomía	10	2.5
Sospecha de odditis	6	1.4
Total	408	100.0

$\chi^2=94.7$ $p=0.000$

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 3 se observan los resultados endoscópicos después del procedimiento, se observa que la dilatación de la vía biliar principal por litiasis coledociana fue el diagnóstico más frecuente (44.4%), seguida de la odittis (29.9%), asociada en su mayoría a la litiasis vesicular, coledociana o a ambas; también se encontró en un número importante de casos el divertículo paravateriano (10.3%), la litiasis vesicular (5.4%) y la vesícula excluida (4.2%). Se demostró un predominio muy altamente significativo ($p<0.001$).

Tabla 3. *Diagnóstico endoscópico de las enfermedades benignas de la vía biliar*

Diagnóstico	No.	%
Litiasis coledociana	181	44.4
Odditis	122	29.9
Divertículo paravateriano	42	10.3
Litiasis vesicular	22	5.4
Vesícula excluida	17	4.2
Estenosis de aspecto benigno	7	1.7
Estenosis postquirúrgica	5	1.2
Necrosis del cístico largo	4	1.0
Implatación anómala del cístico	2	0.5
Sección iatrogénica del colédoco	2	0.5
Síndrome de Mirizzi	1	0.2
Otros	3	0.7
Total	408	100

$$\chi^2 = 121.2 \quad p = 0.000$$

Fuente: *Historias clínicas*

La tabla 4 muestra las complicaciones que afectaron a 16 pacientes (3.9%), el sangramiento discreto es la más frecuente (2.0%) y fue solucionado, de forma inmediata, en el salón de la CPRE; la pancreatitis aguda afectó a cinco pacientes (1.2%), pero todas fueron leves, no hubo necesidad de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Tabla 4. *Complicaciones*

Complicaciones	No.	%
Sangramiento discreto	8	2.0
Pancreatitis aguda	5	1.2
Colangitis aguda	2	0.5
Perforación	1	0.2
Total	16	3.9

Fuente: *Historias clínicas*

DISCUSIÓN

El predominio del sexo femenino en la serie se justifica por la asociación de la litiasis vesicular con este género, la incidencia en mujeres sudamericanas mayores 50 años es del 25% y en hombres mayores de 50 años de un 10%; la alta frecuencia informada en grupos de edades por encima de los 60 años concuerda con lo publicado sobre la enfermedad biliar en Cuba y en otros países.^{12,13} La coledocolitiasis se manifiesta clínicamente de forma muy variable (44.4% en la presente serie) y presenta, incluso, resoluciones espontáneas, por lo que su diagnóstico preoperatorio supone un reto importante. Aproximadamente de un 8-15% de los pacientes programados para una colecistectomía laparoscópica presentan coledocolitiasis; la mortalidad por cirugía biliar con exploración de vías biliares es de un 2% y aumenta a un 5% en pacientes mayores de 60 años, por lo que éstos se benefician en gran manera con dicho procedimiento.^{9,11,14} La papilitis

estenosante, conocida también como estenosis papilar, odditis o estenosis del esfínter de Oddi,¹⁵ es más frecuente de lo que realmente se creía, solo el empleo sistemático de la radiomanometría ha revelado el hecho sorprendente que en el 10% de las intervenciones en las vías biliares se encuentra afectada la papila, aun cuando se prescindiera de los cálculos enclavados en la misma, que constituyen una minoría.¹⁶ Según la literatura revisada las cuatro complicaciones típicas de una CPRE son la pancreatitis aguda, la hemorragia postesfinterotomía, la sepsis biliar (colangitis y colecistitis) y la perforación, tanto del área papilar por la esfinterotomía como del duodeno, por el endoscopio o la endoprótesis; la incidencia de la hemorragia se observa aumentada en pacientes con trastornos de la coagulación que no han podido corregirse.¹⁷ Para Quintanilla Brizuela R. y Fábregas Rodríguez C. las complicaciones fueron el 1.9% del total de procedimientos realizados, todas de carácter leve;¹³ la mortalidad en la serie fue nula. Guallar y colaboradores¹² en su informe muestran la pancreatitis aguda (1-7%), la hemorragia digestiva (0.76-2%), la colangitis (1%) y la colecistitis aguda (0.2-0.5%). En los estudios consultados las tasas de perforación se aproximan al 0.3%, otros refieren entre cero y 1.8%, aunque se acostumbra a clasificar en tres tipos: las producidas por la guía, las provocadas en el área papilar por la esfinterotomía y las que aparecen en un lugar remoto a la papila.¹⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shaquelford G, Zuidema D, Yeo C. Enfermedades biliopancreáticas. En: Shaquelford G. Cirugía del aparato digestivo. vol V. 5ta ed. [s.l]: Panamericana; 2005. p. 101-229.
2. Chari RS, Shah SA. Biliary system. En: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston textbook of surgery. 18th ed. St. Louis, MO: WB Saunders; 2008. p. 54.
3. Siddiqui T. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trial. Am J Surg. 2008 Jan; 195(1):40-7.
4. Quevedo Guanche L. Complicaciones postoperatorias de la cirugía de las vías biliares. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir. 2007;46(3):23-5.
5. Pachón C, González J, Ruiz J, Chao L, Melian K, Barroso L. Diagnóstico de la coledocolitiasis y resultado de su terapéutica mediante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Investigación Médico-Quirúrgica. Congreso CIMEQ. 2007 mar; 1(9):34.
6. Vila JJ, Jimenez FJ, Prieto C, Borobio E, Juanmartirena JF, Borda F. Utilidad de la somatostatina administrada en bolo para prevenir la pancreatitis tras C.P.R.E.: Estudio controlado no aleatorizado. Gastroenterol Hepatol. 2006 Abr;29(4):231-6.
7. Costamagna G, Familiari P, Lacopini F, Shah S, Marchese M. Últimos adelantos en endoscopia biliar terapéutica. Rev Gastroenterol Mex. 2005 Jul; 70 Suppl 1: 63-82.
8. De la Torre Prados A, García Alcantara AE, Franquelo Villalonga BC, Carmona Ibañez BA, Soler García AI, Fernández García A. Esfinterotomía y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en la pancreatitis aguda: terapéutica y profilaxis. Med Intensiva. 2003;27(6):417-25.
9. Guitron-Cantu A, Adalid-Martinez R, Gutierrez-Bermudez JA. Criterios de selección para a realización de colangiopancreatografía endoscópica previo a colecistectomía endoscópica. Rev Gastroenterol Mex. 2005 Jul-Sep;67(3):166-70.
10. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Wikipedia: La Enciclopedia Libre. [Internet]. 2008 [actualizado 20 jul 2008; citado el 24 de noviembre de 2008]: [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Colangiopancreatograf%ADa_retr%C3%B3grada_endosc%C3%B3pica
11. Barinagarrementeria R. Actualidades en el manejo endoscópico de la ictericia obstructiva benigna. Rev Gastroenterol Mex. 2005 Jul; 70 Suppl 1:95-106.

12. Guitron-Cantu A, Adalid-Martinez R, Gutierrez-Bermudez JA, Nieves-Renteria A, Alvarez-Valdez G. Complicaciones en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, diagnóstica y terapéutica. Estudio prospectivo. Rev Gastroenterol Mex. 2007 Jul-Sep; 72(3):227-35.
13. Brizuela Quintanilla R, Fabregas Rodríguez C. Experiencia en el tratamiento endoscópico de la obstrucción de la vía biliar principal. Rev Cubana Med Mil. 2003;8(2):3-7.
14. Guallar Sola P, Somalo JM, Lisa Caton V, Sotes M, Estrecha E. Vigilancia en UCE de pacientes tras C.P.R.E. programada. Área de salud Urgencias y Emergencias. II Rioja Médica. [Internet] 2010 [citado el 28 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=444603>
15. Shaheen Z, Salman Z. Biliary stone disease. Mayo clinic. Gastrointestinal Surg. 2004; 15:225-243.
16. Enochsson L, Lindberg B. Intraoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography to remove common bile duct stones during routine laparoscopic cholecistectomy. Department of surgical, endoscopy Kerolinskat Institute at Huddinge University Hospital, 141-86. Tockholm, Sweden, 2004.
17. Sánchez B, Cabezali S, Monsalve S, Soriano G. Nuevas posibilidades diagnósticas y terapéuticas en el síndrome de Mirizzi. An Med Interna. 2007 Jun; 24(6):281-4.
18. Masci E, Totti G, Marianai A, Curioni S, Lomazzi A, Dinelli M, et al. Complications of diagnostic and therapeutic E.R.C.P: a prospective multicenter study. Am J Gastroenterol. 2005; 96:417-23.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Serain Ruíz de Zárate Ruíz". E-mail: jorgeluis.jorgegj@gmail.com.
2. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Serain Ruíz de Zárate Ruíz". E-mail: lg2001@capiro.vcl.sld.cu.
3. Residente de 3er. Año en Gastroenterología. E-mail: tacherv@hamc.vcl.sld.cu.