

UTILIDAD DE LA CPRE EN LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR E ICTERICIA

UTILITY IN ERCP ACUTE BILIARY PANCREATITIS AND JAUNDICE

Dr. Luis Da Silva, Dr. Agustín Rodríguez*, Dr. Ismael Zelada**,
Dr. Juan Marcelo Delgado***, Dra. Rocío Navarro***.*

RESUMEN

El uso de la Colangio-Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) en la Pancreatitis Aguda, fundamentalmente en la de origen Biliar (PAB) no ha estado exento de polémicas.

Se han realizado varios estudios prospectivos randomizados comparando la desobstrucción endoscópica biliopancreática temprana versus el tratamiento conservador. Los cuales no presentan una diferencia significativa entre la morbilidad y la mortalidad de la pancreatitis aguda e ictericia entre ambos grupos.

Otros estudios más actuales (Revisiones sistemáticas y Resúmenes estructurados) presentan resultados similares.

Con respecto a la decisión de realizar o no una CPRE, la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), publicó una guía en el 2010, en la cual se emplean predictores clínicos para asignar tres grupos de riesgo de coledocolitiasis.

La indicación de la CPRE en pacientes con pancreatitis aguda e ictericia que no presenten colangitis o alto riesgo de coledocolitiasis, aún merece una mejor evaluación de la misma ya que los factores indicadores de litiasis coledociana no siempre están presentes y si lo están, presentan falsos positivos que nos obliga a extremar recursos para evitar una CPRE innecesaria, de alto costo en nuestro medio y no exenta de complicaciones.

ABSTRACT

The use of endoscopic retrograde cholangiopancreatography-Pancreatography (ERCP) in Acute Pancreatitis, mainly in the home Billiards (PAB) has not been without controversy.

There have been several prospective randomized studies

comparing early unblocking biliopancreatic endoscopic versus conservative treatment. Which do not show a significant difference between the morbidity and mortality of acute pancreatitis and jaundice between the two groups.

Other more recent studies show similar results (systematic and structured summaries Revisions).

With respect to the decision to perform or not an ERCP, the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), published a guide in 2010, in which clinical predictors are used to assign three groups of risk of choledocholithiasis.

The indication for ERCP in patients with acute pancreatitis and jaundice which do not cholangitis or high risk of choledocholithiasis, still deserves a better assessment of it as indicators of cholelithiasis factors are not always present and if they are, have false positives requiring us to take extra resources to avoid unnecessary ERCP, high cost in our midst and not without complications.

INTRODUCCIÓN

El uso de la Colangio-Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) en la Pancreatitis Aguda, fundamentalmente en la de origen Biliar (PAB) no ha estado exento de polémicas; varios estudios han sugerido que la CPRE precoz, principalmente en la PAB asociada o no a un patrón de ictericia obstructiva o sospecha de coledocolitiasis, puede producir cambios en la morbilidad y/o mortalidad.¹

Actualmente, la relación entre litiasis y pancreatitis agu-

II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.

* *Jefe de Guardia de Urgencias*

** *Jefe de Residentes*

*** *Médico Residente*

da biliar está firmemente establecida.¹

En la gran mayoría de los casos, la litiasis se conduce rápidamente a través de la papila y pasa al duodeno, en un fenómeno que se conoce con el nombre de migración litiasica transpapilar, por lo que la obstrucción biliopancreática es transitoria, mientras que en los casos restantes, la migración transpapilar no se produce y por lo tanto persiste la obstrucción biliopancreática.^{1,2,3}

Las bases racionales para la intervención endoscópica temprana en pancreatitis aguda biliar están basadas en la hipótesis de que la liberación temprana de la obstrucción biliopancreática limita la progresión de la injuria pancreática.^{2,3,4}

Se han realizado varios estudios prospectivos randomizados comparando la desobstrucción endoscópica biliopancreática temprana versus el tratamiento conservador.

Neoptolemos; en este trabajo se randomizaron 121 pacientes (CPRE vs tratamiento conservador). No hubo diferencias en pacientes con enfermedad leve. En pacientes con enfermedad severa tratados con CPRE mostraron una marcada reducción en la morbilidad. No hubo diferencias en la mortalidad. La principal crítica a este trabajo es que incluye pacientes con colangitis aguda.^{5,14}

Fan; se randomizaron 195 pacientes (CPRE temprana vs tratamiento conservador). No hubo diferencias en la mortalidad y morbilidad entre los grupos. Las principales críticas de este trabajo son que incluye pacientes con pancreatitis no biliar y no excluye pacientes con colangitis aguda.^{6,7,11}

Folsch; estudió el beneficio de la CPRE temprana en pacientes con pancreatitis aguda biliar que no presentaban evidencia de obstrucción biliar o colangitis aguda. Este estudio mostro una tendencia firme con incremento de la mortalidad y complicaciones respiratorias en el grupo invasivo. La principal crítica de este trabajo es que excluye a los pacientes con obstrucción biliar, que son los que teóricamente tienen mayor riesgo de desarrollar inflamación pancreática progresiva por obstrucción biliar persistente.^{8,9,12}

Oría; estudió la utilidad de la CPRE en pacientes con pancreatitis aguda biliar y obstrucción biliopancreática. El objetivo de este trabajo fue investigar si la desobstrucción ampular decrece la morbilidad, medida como la incidencia de fallas orgánicas y la incidencia de complicaciones locales. Se incluyeron 103 pacientes con signos ecográficos (vía biliar > 7mm) y clínicos (Bilirrubina total 1,2 mg%) de obstrucción biliar. Los criterios de exclusión fueron colangitis aguda, otras causas de pancreatitis y contraindicación para la intervención endoscópica temprana. Se randomizaron a esfinterotomía endoscópica 51 pacientes y a tratamiento conservador 52 pacientes. La incidencia de litiasis coledociana fue de 72% en el grupo de esfinterotomía endoscópica y de 40% en el grupo conservador al momento de la cirugía elec-

tiva. No hubo diferencias significativas entre los grupos ni en la morbilidad, ni en la mortalidad.^{10,16}

Otros estudios más actuales presentan resultados similares:

Petrov et al (Surgical endoscopy, PubMed 2008); una revisión sistemática que incluyó 5 estudios, con 717 pacientes. Concluyó que el uso temprano de CPRE no resulta en una reducción significativa del riesgo de complicaciones pancreáticas locales para pacientes con pancreatitis aguda leve ni con la forma severa de la enfermedad.^{13,16}

Uy MC et al (Journal of the páncreas, PubMed 2009); revisión sistemática con 7 estudios controlados aleatorizados, 177 pacientes tratados y 163 del grupo control, concluyó que existe una tendencia hacia una mayor mortalidad de CPRE temprana con o sin esfinterotomía en el marco de la pancreatitis aguda biliar sin colangitis. Sin embargo, se necesitan más estudios. Mientras tanto, la CPRE temprana no debe llevarse a cabo a menos que exista al menos una ligera sospecha de colangitis u obstrucción ampular persistente.^{13,16}

Khurram Ayub et al (Cochrane database of systematic reviews 2010); revisión sistemática que incluyó a 3 ensayos, con un total de 511 pacientes, concluyó que las probabilidades de tener complicaciones se reducen en la enfermedad grave prevista mediante la CPRE temprana con o sin Esfinterotomía. Sin embargo, este efecto fue no significativo en la enfermedad leve prevista, ni en la reducción de la mortalidad en la enfermedad leve o grave prevista.^{2,3,16}

Moretti et al (Database of Abstracts of Reviews of Effects 2011), resumen estructurado de 5 revisiones sistemáticas y 8 estudios primarios, en la cual los autores concluyen que en pacientes con pancreatitis grave prevista, la CPRE temprana redujo las complicaciones relacionadas con la pancreatitis, pero no tuvo ningún efecto sobre la tasa de mortalidad. En los pacientes con pancreatitis leve prevista, no hubo ventaja de la CPRE temprana en comparación con el tratamiento conservador.^{1,16}

En conclusión no existen aún evidencias sustanciales que apoyen la indicación de una CPRE temprana en la pancreatitis aguda biliar, en ausencia de colangitis aguda o alta sospecha de litiasis coledociana.^{2,3,4}

Finalmente, con respecto a la decisión de realizar o no una CPRE, la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), publicó una guía en el 2010, en la cual se emplean predictores clínicos para asignar tres grupos de riesgo de coledocolitiasis. El grupo de bajo riesgo tiene una probabilidad menor del 10%, el grupo de riesgo intermedio tiene una probabilidad del 10%-50% y el grupo de alto riesgo tiene una probabilidad mayor 50% de coledocolitiasis.^{5,16}

De acuerdo a estos grupos de riesgo se considera que hay indicación de CPRE en forma directa en pacientes con ALTO RIESGO:

1. Coledocolitiasis documentada con US (ultrasonografía)
2. Colangitis
3. Bilirrubina directa mayor de 4 mg/dl
4. Bilirrubina entre 2,8 mg/dl-4 mg/dl y la vía biliar dilatada por US.

Se recomienda documentar la presencia de coledocolitiasis por un método más sensible como la ultrasonografía endoscópica (USE) o la Colangio-Resonancia (C-RNM) previa a la decisión de realizar CPRE en pacientes con RIESGO INTERMEDIO:

1. Cuando solamente está presente un criterio, bilirrubina entre 2,8-4 mg/dl o vía biliar dilatada por US.
2. Elevación de transaminasas.
3. Edad mayor de 55 años.
4. Clínica de pancreatitis biliar que no tenga criterios de alto riesgo.

Si todos los parámetros son normales se considera BAJO RIESGO de coledocolitiasis y pueden ser llevados a la colecistectomía sin estudios adicionales.

OBJETIVO

Evaluar la indicación de CPRE en pacientes con pancreatitis aguda biliar e ictericia a partir de los resultados obtenidos de los mismos.

DISEÑO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Revisión de fichas de pacientes con diagnóstico de Pancreatitis Aguda Biliar e Ictericia, internados en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas en el periodo 2.005 a 2.014.

RESULTADOS

De los 44 pacientes con Pancreatitis Aguda Biliar e Ictericia que fueron sometidos a CPRE, 31 (70%) fueron del sexo femenino y 13 (30%) del masculino, la edad promedio fue de 48 años, con un rango etario entre los 19 y 93 años; en cuanto al dolor, este se inició mayormente en epigastrio en 29 (66%) de los pacientes. En cuanto a la etiología, 43 (97,7%) fueron de origen biliar. Dentro del hepatograma al ingreso 9 pacientes (20,4%) presentaron Bilirrubina Directa de hasta 2 mg/dl, 23 (52,2%) de 2 a 5 mg/dl, 9 (20,4%) de 5 a 10 mg/dl y 3 (6,8%) más de 10 mg/dl. En la ecografía 4 pacientes (9%) presentaron diámetro de hasta 5mm, 21 (47,7%) de 5 a 10 mm,

18 (40,9%) mayor a 10mm, y en 1 caso no se pudo determinar el calibre por dificultades para la visualización del colédoco; el promedio del mismo fue de 10,05mm. Por CPRE 3 pacientes (6,8%) presentaron diámetro de hasta 5mm, 30 (68,1%) de 5 a 10 mm, 11 (25%) mayor a 10 mm, siendo el promedio del mismo 10,15 mm. En cuanto al hallazgo de la ERCP en 20 (45,4%) pacientes fue normal, en 3 (6,8%) barro biliar, en 21 (47,7%) coledocolitiasis, y de éstos, 7 fueron coledocolitiasis única y 14 múltiples. En 4 casos no pudieron extraerse por CPRE los cálculos. En cuanto a la evolución 16 pacientes fueron sometidos a CVL sin complicaciones y 12 fueron por abordaje convencional, siendo 3 asociadas a exploración de vías biliares sin complicaciones, 13 ya fueron colecistectomizados anteriormente y 3 fueron dados de alta sin ser operados.

DISCUSIÓN

Comparando los hallazgos relacionados a la CPRE en pacientes con Pancreatitis Aguda Biliar e ictericia, publicados por Morán Tisoc et al en la Revista de Gastroenterología (Scielo 2005) con nuestros resultados, se constató la predominancia del sexo femenino en ambos estudios 75% y 70% respectivamente, en lo que respecta a la edad comprometida, el 45% era mayor de 55 años de edad en el estudio internacional, lo cual se condice parcialmente con nuestros hallazgos que mencionan un promedio de edad de 48 años, una gran parte de los pacientes ya tenía el antecedente de colecistectomía al momento de la CPRE (44%), mientras que nuestros resultados presentan una gran mayoría de pacientes aun con vesícula biliar "in situ", constatándose solo un 30% de pacientes ya previamente colecistectomizados.

Otro punto interesante a comparar consiste en los hallazgos imagenológicos previos. En la ecografía abdominal se constató dilatación de la vía biliar principal en el 70% de los pacientes de Morán Tisoc, y coledocolitiasis en el 53% de los mismos, frente a solo un 40% de dilatación y ningún hallazgo positivo de coledocolitiasis en nuestro estudio.

Finalmente, exponiendo los hallazgos en el procedimiento en cuestión, es decir, la CPRE, se constató coledocolitiasis en el 75% de los pacientes de Morán Tisoc, frente a solo un 47% de coledocolitiasis y 6,8% de barro biliar en nuestro estudio, entiéndase, en más del 50% de los casos en los que se realizó, el procedimiento fue positivo.

Analizando la indicación de CPRE en pacientes con ALTO RIESGO, según la American Society for Gastrointestinal Endoscopy con respecto a nuestros resultados, podemos ver que:

1. Coledocolitiasis documentada con US (ultrasonografía): no tuvimos casos.
2. Colangitis: fueron excluidos del estudio.

3. Bilirrubina directa mayor de 4 mg/dl: se constató en aproximadamente 27% de nuestros pacientes.
4. Bilirrubina entre 2,8 mg/dl-4 mg/dl y la vía biliar dilatada por US: en aproximadamente 41% de nuestros pacientes.

Podemos notar que aproximadamente 68% de nuestros pacientes en estudio cumplieron criterios de Alto Riesgo según la ASGE, porcentaje bastante cercano al 53,8% que representa a nuestros hallazgos positivos en la CPRE.

CONCLUSIÓN

La indicación de la CPRE en pacientes con pancreatitis aguda e ictericia que no presenten colangitis, aún merece una mejor evaluación de la misma ya que los factores indicadores de litiasis coledociana no siempre están presentes y si lo están, presentan falsos positivos que nos obliga a extremar recursos para evitar una CPRE innecesaria, de alto costo en nuestro medio y no exenta de complicaciones.

REFERENCIAS

1. PIZURNO, Machain. PANCREAS. En: Machain G. Bogado L. Aucejo M. Temas de Técnica quirúrgica. EFACIM. Asunción. 2013.
2. MORALES, RICCIARDI, MIRANDA, NEGRI. ICTERICIAS Y COLEDOCOLITIASIS. En: Villalba J. Morales R. Cirugía. Fundamentos y terapéutica. EFACIM. Asunción. 2001.
3. IBIETA, PETERSEN. ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA. En: Villalba J. Morales R. Cirugía. Fundamentos y terapéutica. EFACIM. Asunción. 2001.
4. MORALES, VILLALBA, JARA. PANCREATITIS AGUDA Y CRONICA. En: Villalba J. Morales R. Cirugía. Fundamentos y terapéutica. EFACIM. Asunción. 2001.
5. FISHER ET AL. PANCREAS. En: Schwartz. Principios de Cirugía. Mc Graw Hill. 2011.
6. ORIA ET AL. PANCREAS. En: Ferraina P. Oria A. Cirugía de Michans. El Ateneo. Buenos Aires. 2008.
7. ACOSTA JM, LEDESMA CL: Gallstone migration as a cause of acute pancreatitis. N Engl J Med 1974;290:484-487.
8. ACOSTA JM, ROSSI R, GALLI OM, PELLEGRINI CA, SKINNER DB: Early surgery for acute gallstone pancreatitis: evaluation of a systematic approach. Surgery 1978;83: 367-370.
9. BRADLEY EL, III: A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, GA, September 11 through 13, 1992. Arch. Surg. 1993;128:586-590.
10. CARR-LOCKE DL: Role of endoscopy in gallstone pancreatitis. Am J Surg 1993;165: 519-521.
11. FAN ST, LAI EC, MOK FP, LO CM, ZHENG SS, WONG J: Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. N Engl J Med 1993;328:228-232.
12. FOLSCH UR, NITSCHKE R, LUDTKE R, HILGERS RA, CREUTZFELDT W: Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis. N Engl J Med 1997;336:237-242.
13. KELLY TR, WAGNER DS: Gallstone pancreatitis: a prospective randomized trial of the timing of surgery. Surgery 1988; 104:600-605
14. NEOPTOLEMOS JP, CARR-LOCKE DL, LONDON NJ, BAILEY IA, JAMES D, FOSSARD DP: Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. Lancet 1988;2:979-983.
15. OPIE EL: The relation of cholelithiasis to disease of the pancreas and to fat-necrosis. Johns Hopkins Hosp Bull 1901;12:19-21.
16. ORIA A, CIMMINO D, OCAMPO C, SILVA W, KOHAN G, ZAN-DALAZINI H, SZELAGOWSKI C, CHIAPPETTA L: Early endoscopic intervention versus early conservative management in patients with acute gallstone pancreatitis and biliopancreatic obstruction: a randomized clinical trial. Ann Surg 2007; 245:10-17.