

Éxito de CPRE 72 horas después de precorte

ERCP success after 72 hours of pre-cut

Arecio Peñaloza-Ramírez^{1,2,a}, Andrés Murillo-Arias^{1b}, Jaison Rodríguez-Mongui^{1b}, Ricardo Carvajal-Flechas^{1b}, Pedro Aponte-Ordoñez^{1c}

¹ Programa de Especialización en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

² Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

^a Jefe, ^b Residente, ^c Instructor

Recibido: 25-6-2017

Aprobado: 6-12-2017

RESUMEN

Introducción A pesar de los avances en las técnicas para canalizar la vía biliar no se puede asegurar su éxito. Se han publicado pocos estudios que soporten un segundo intento de CPRE que, sin embargo, reportan un aumento en la tasa de canalización. **Objetivo:** Determinar si una CPRE 72 horas después de realizarse una papilotomía por precorte permite la canalización de la vía biliar. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte descriptiva, se incluyeron todos los pacientes llevados a CPRE más papilotomía por precorte sin lograr el ingreso a la vía biliar y que 72 horas después fueron programados para una nueva CPRE entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016. Los pacientes en quienes no se logró canalizar la vía biliar a pesar de la papilotomía por precorte no tenían ninguna característica de edad, género o anatómica que se asocie con fracaso en la canalización respecto a la población general. Se analizó el porcentaje de éxito en la canalización a las 72 horas y las complicaciones asociadas a la papilotomía por precorte en el procedimiento inicial. **Resultados:** Ingresaron al estudio 16 pacientes, con edad promedio de 61.3 años (DE: 10.6), se logró canalizar la vía biliar en 14 de los casos que se llevaron a una CPRE 72 horas después de una papilotomía por precorte. No se presentaron complicaciones después de la papilotomía por precorte. En los dos pacientes no canalizados se indicó cirugía. **Conclusiones:** La experiencia reportada en este estudio sobre el éxito de canalización de la vía biliar 72 horas después de la realización de una papilotomía por precorte en un 87% sin complicaciones nos permite sugerirla como una alternativa de manejo antes de una exploración quirúrgica. **Palabras clave:** Pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica; Papilotomía endoscópica; Cateterismo; Vía biliar (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Despite the advances of bile duct catheterization, its success is still not guaranteed. Few studies have been published regarding a second ERCP attempt, however those reports enhance the catheterization success. **Objective:** To determine whether an ERCP performed 72 hours after a first precut papillotomy enhances the bile duct catheterization. **Material and methods:** A cohort study was performed including all patients that had ERCP with precut papillotomy without catheterization of the bile duct and 72 hours later were programmed to a new ERCP between September 2015 and September 2016. These patients did not have any distinctive characteristic such as age, gender or anatomy that were associated with the failure to catheterize the bile duct, compared to the general population. **Result:** 16 patients were included with a mean age of 61,3 years (SD: 10,6), bile duct catheterization was successful in 14 cases. No complications presented after precut papillotomy. Both failures went to surgery. **Conclusions:** Our experience about an 87% successful bile duct catheterization, 72 hours after precut papillotomy allows us to suggest it as an alternative before considering surgery. **Keywords:** Cholangiopancreatography, endoscopic retrograde; Sphincterotomy, endoscopic; Catheterization; Bile duct (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) es una herramienta para el diagnóstico y manejo de las enfermedades biliopancreáticas. En el estudio pionero la canalización de la vía biliar solo se logró en el 25% de los casos⁽¹⁾. En la primera experiencia reportada en el Hospital de San José de Bogotá se reportó un porcentaje de éxito del 69%⁽²⁾. La canalización de la vía biliar es un paso indispensable durante la realización de la CPRE que depende de factores tales como el entrenamiento y experiencia del gastroenterólogo, la facilidad con que se enfrente la papila y las variables

anatómicas (papila intradiverticular, peridiverticular y alteración posquirúrgica)⁽³⁾; aumentando el número de intentos de canalización y el tiempo del procedimiento e incrementando el riesgo de complicaciones y la radiación del paciente y el operador⁽⁴⁾. El fracaso en la canalización biliar es cada vez menor por los mejores programas de entrenamiento y mejores equipos e insumos, que disminuyen la tasa de fracaso a un máximo tolerable del 20%^(5,6). Se han descrito técnicas para lograr canalizar la vía biliar (papilotomía por precorte o fistulotomía e ingreso desde el conducto pancreático por precorte transpancreático o septotomía) que, sin embargo, no aseguran el éxito. Solo el 77% de los

gastroenterólogos con significativa experiencia logran una tasa de éxito de canalización biliar superior al 80% y el 42% superior al 90% ⁽⁷⁾. No existen reportes de canalización biliar del 100% aun en sitios de referencia mundial y que practican la CPRE en condiciones óptimas y con insumos de última tecnología.

En la literatura son escasos los reportes que soporten el uso de un segundo intento de CPRE en los pacientes que fueron llevados a una papilotomía por precorte. Los autores que describieron esta conducta lograron una canalización en el 75% de los casos con una tasa de complicación menor al 4% ⁽⁸⁾. Otros autores confirman que la alta tasa de éxito en la canalización de la vía biliar posterior a una papilotomía por precorte, sin aumentar las complicaciones, justifica el hecho de intentar una nueva CPRE, antes de indicar procedimientos como exploración de vías biliares, derivación transparietohepática o drenaje por ultrasonografía endoscópica ⁽⁹⁾.

En la actualidad no existe literatura publicada en Latinoamérica que apoye esta conducta. Un segundo intento después de una papilotomía por precorte es comparable a la exploración de la vía biliar por laparoscopia por cirujanos expertos (talento humano de difícil consecución); estas dos tienen menor morbimortalidad que la exploración de la vía biliar por laparotomía (10). Es por esto que nos planteamos si una CPRE 72 horas después de realizarse una papilotomía por precorte permite la canalización de la vía biliar mejorando la tasa de éxito sin aumentar la tasa de complicaciones en manos expertas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte descriptiva, en el que se incluyeron todos los pacientes que fueron llevados a CPRE más papilotomía por precorte sin lograr el ingreso a la vía biliar y que 72 horas después fueron programados para una nueva CPRE entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016 (13 meses). La CPRE fue practicada bajo sedación, con equipo Fujinon 440 y usando un esfinterotomo marca Boston Scientific y un precorte marca *Boston Scientific*. Se excluyeron pacientes con antecedentes de manipulación quirúrgica o endoscópica sobre la papila mayor o con alteración del tracto digestivo como consecuencia de procedimientos quirúrgicos.

Se llevó una base de datos en Excel con el número de identificación del paciente, edad, sexo, indicación de CPRE, características de la papila, técnica de papilotomía, éxito del segundo intento y complicaciones como pancreatitis, perforación, infección o sangrado.

Todas las papilotomías por precorte se indicaron después de 3 intentos fallidos de canalización de la vía

biliar realizados por profesores de gastroenterología, con más de 10 años de experiencia en endoscopia terapéutica y más de 1000 CPRE. La papilotomía por precorte o fistulotomía fue elegida durante el procedimiento y se escogió según las características de la papila mayor. El segundo intento de canalización fue realizado 72 horas posterior al primer intento, igualmente, por un experto en CPRE.

El desenlace principal fue la canalización de la vía biliar en la CPRE 72 horas después de realizarse una papilotomía por precorte, sin importar las variables anatómicas no quirúrgicas ni la patología de base por la cual fue llevado a este procedimiento.

Se definieron las complicaciones posteriores a la realización de papilotomía por precorte o fistulotomía durante la estancia hospitalaria, así: pancreatitis (definida por dos de los siguientes criterios: dolor abdominal, aumento de tres veces los niveles de amilasa o lipasa 24 horas después del procedimiento y cambios sugestivos en TAC, RNM o endosonografía), perforación (dolor abdominal que requiere imágenes para confirmar diagnóstico), infección (definida por fiebre mayor a 38 °C por más de tres horas) y hemorragia (sangrado que requiere terapia endoscópica, anemia aguda que requiere transfusión de sangre o suspensión de la CPRE por la hemorragia); las complicaciones se seguirían hasta su resolución; sin embargo, no se documentaron complicaciones en este estudio.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo. Las variables categóricas se presentan con frecuencias absolutas y las cuantitativas se resumen con medidas de tendencia central y de dispersión. El análisis estadístico de la información se realizó en Stata 13®.

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética e investigación de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

RESULTADOS

Canalización de la vía biliar posterior a la realización de papilotomía

En un periodo de 13 meses se realizaron 265 CPRE. Dieciséis pacientes requirieron papilotomía por precorte (6%), una de ellas por fistulotomía; la edad promedio fue 61,3 años (DE: 10,6), cinco mujeres y un caso de papila intradiverticular. En todos los casos la indicación de la CPRE fue coledocolitiasis. A las 72 horas se logró canalizar la vía biliar en 14 pacientes (87%); en los dos pacientes que no se logró, se indicó manejo quirúrgico. En los dos casos fallidos la técnica fue papilotomía por precorte y no se documentaron

alteraciones en las características de la papila mayor que influyeran en el resultado negativo.

En el caso del paciente con papila intradiverticular se le realizó papilotomía por precorte que permitió el ingreso a vía biliar y la resolución del cuadro clínico 72 horas después.

No se presentaron complicaciones durante la hospitalización derivadas de la papilotomía por precorte, sin importar el gastroenterólogo que la realizó ni la técnica utilizada (precorte o fistulotomía). Tampoco se documentaron complicaciones como colangitis o pancreatitis secundarias a la decisión de diferir el procedimiento.

DISCUSIÓN

La canalización de la vía biliar es indispensable para realizar terapia endoscópica que evite exploraciones quirúrgicas de la vía biliar y sus posibles complicaciones. No siempre se logra ingresar a la vía biliar por variables propias del paciente como la presencia de cálculos enclavados, fibrosis de la papila secundaria a procesos inflamatorios, variantes anatómicas por papilas intra o peridiverticulares⁽⁸⁾ o entrenamiento y experiencia del operador; siendo importante recalcar que no se ha reportado 100% de éxito en la canalización. En caso de no lograrse canalizar la vía biliar con los métodos convencionales existen opciones para intentar ingresar a la vía biliar que incluyen la papilotomía por precorte, fistulotomía, precorte transpancreático o septotomía⁽¹¹⁾. Múltiples intentos de canalización pueden generar distorsión de la papila o edema y modificar la anatomía, efecto posiblemente agravado si se realiza precorte. Se ha planteado una segunda CPRE posterior a una papilotomía por precorte^(8,12) y basados en la experiencia de nuestro Servicio, se consideró realizar este segundo intento 72 horas después, buscando una mejor visualización producto de la disminución del edema; en la actualidad no existe consenso sobre el momento preciso para un nuevo intento de CPRE.

Experiencia publicada por nuestro Servicio documento una imposibilidad para canalizar la vía biliar del 4%⁽¹³⁾, concordante con el 6% de la serie actual y que corresponde a 16 pacientes, a quienes se les realizó un segundo intento de CPRE, logrando la canalización en 14, sin presentarse complicaciones durante la hospitalización, resultados similares a los publicados por otras series^(8,12).

Dada la experiencia reportada en este estudio sobre el éxito de canalización de la vía biliar 72 horas después de la realización de una papilotomía por precorte, en manos expertas, sin presencia de complicaciones nos permite sugerirla como una alternativa antes de decidir llevar a un paciente a una exploración de la

vía biliar; siempre que su condición clínica lo permita. Se requieren trabajos con mayor población de estudio para tener mayor información sobre la tasa de éxito en la canalización y la seguridad del procedimiento.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaramos no presentar conflictos de intereses.

Financiamiento: Grupo de Investigación Medicina Interna. Línea de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. División de Investigaciones Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCune WS, Shorb PE, Moscovitz H. Endoscopic cannulation of the ampulla of Vater: a preliminary report. *Ann Surg.* 1968;167(5):752-6.
2. Peñaloza Rosas A, Fassler S, Castañeda L. Colangiopancreatografía retrograda endoscópica. *Tribuna Medica.* 1977;657:29-33.
3. Al-Kawas F. Biliary access during endoscopic retrograde cholangiopancreatography: how to precut and a word of caution. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005;20(6):805-6.
4. Katsinelos P, Paroutoglou G, Kountouras J, Chatzimavroudis G, Zavos C, Pilpilidis I, et al. A comparative study of standard ERCP catheter and hydrophilic guide wire in the selective cannulation of the common bile duct. *Endoscopy.* 2008;40(4):302-7.
5. Bourke MJ, Costamagna G, Freeman ML. Biliary cannulation during endoscopic retrograde cholangiopancreatography: core technique and recent innovations. *Endoscopy.* 2009;41(7):612-7.
6. Cennamo V, Fuccio L, Zagari R, Eusebi L, Ceroni L, Laterza L, et al. Can early precut implementation reduce endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related complication risk? Meta-analysis of randomized controlled trials. *Endoscopy.* 2010;42(5):381-8.
7. Cortas GA, Mehta SN, Abraham NS, Barkun AN. Selective cannulation of the common bile duct: a prospective randomized trial comparing standard catheters with sphincterotomes. *Gastrointest Endosc.* 1999 Dec;50(6):775-9.
8. Pavlides M, Barnabas A, Fernandopulle N, Bailey AA, Collier J, Phillips-Hughes J, et al. Repeat endoscopic retrograde cholangiopancreatography after failed initial precut sphincterotomy for biliary cannulation. *World J Gastroenterol.* 2014;20(36):13153-8.
9. Donnellan F, Enns R, Kim E, Lam E, Amar J, Telford J, et al. Outcome of repeat ERCP after initial failed use of a needle knife for biliary access. *Dig Dis Sci.* 2012;57(4):1069-71.
10. Dasari BV, Tan CJ, Gurusamy KS, Martin DJ, Kirk G, McKie L, et al. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(12):CD003327.
11. Saritas U, Ustundag Y, Harmandar F. Precut sphincterotomy: a reliable salvage for difficult biliary cannulation. *World J Gastroenterol.* 2013;19(1):1-7.
12. Kim J, Ryu JK, Ahn DW, Park JK, Yoon WJ, Kim YT, et al. Results of repeat endoscopic retrograde cholangiopancreatography after initial biliary cannulation failure following needle-knife sphincterotomy. *J Gastroenterol Hepatol.* 2012;27(3):516-20.
13. Peñaloza-Ramírez A, Leal-Buitrago C, Rodríguez-Hernández A. Adverse events of ERCP at San José Hospital of Bogotá (Colombia). *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101(12):837-49.

Correspondencia:

Arecio Peñaloza Ramirez
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José. Bogotá, Colombia.
E-mail: apenalaza@fucsalud.edu.co