

## **ROL DE LA COLANGIO PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR**

**Prof. Dr. Mario Anselmi Méndez**

No hay duda que durante un ataque agudo de pancreatitis de origen biliar hay migración o injuria de cálculos hacia la ampolla. Aunque ha pasado más de un siglo desde que Opie propuso su teoría, el mecanismo exacto por el cual el pasaje de un cálculo a través de la papila de Vater inicia la inflamación, sigue siendo desconocido.

Típicamente los cálculos biliares que ocasionan una pancreatitis aguda son pequeños. La mayoría de ellos pasan espontáneamente a través de la ampolla y pueden ser recuperados algunos días después en las heces. Sin embargo, cerca de un 70% de los pacientes con pancreatitis aguda biliar (PAB) que son sometidos a cirugía o a CPRE durante un ataque agudo, presentan cálculos en el colédoco. Estos conceptos han proporcionado una base racional para la descompresión biliar precoz en pacientes con PAB.

El acceso endoscópico a la vía biliar permitió retomar el tratamiento precoz de la causa precipitante de la PAB. De ese modo, la esfinterotomía endoscópica (EE) con extracción de los cálculos de la vía biliar principal, sin duda ofrece una atractiva alternativa a la descompresión quirúrgica. Sin embargo, la CPRE y la EE son unas técnicas complejas que requieren de un entrenamiento específico y no están exentas de complicaciones, a veces graves.

En la actualidad, el rol que juega la CPRE en el manejo de la pancreatitis aguda biliar sigue siendo un tema polémico. Existen controversias si la CPRE debe efectuarse de urgencia en todos los pacientes, selectivamente en un subgrupo de enfermos o simplemente no llevarla a cabo

En un meta-análisis realizado por Sharma y col., en el que se agrupan los resultados de 4 estudios aleatorizados previos (Neoptolemos, Fan, Novak y Folsch), la agrupación de los datos reveló una reducción estadísticamente significativa de las tasas de morbilidad y mortalidad en pacientes con pancreatitis

aguda tratados mediante endoscopia ( $p < 0.001$ ). Se concluyó, que en pacientes con PAB, la CPRE con EE son métodos seguros y efectivos para reducir la morbilidad y la mortalidad de esta patología, que estos procedimientos deberían ser recomendados para todos los pacientes con pancreatitis aguda biliar y que pueden ser particularmente útiles en aquellos con enfermedad severa.

El tratamiento integral de la litiasis biliar es la mejor alternativa para evitar episodios de pancreatitis aguda. En pacientes que no son sometidos a una colecistectomía o EE, un segundo ataque ocurre en alrededor del 30% y en un intervalo promedio de 180 días. Cuando mediante la EE son seccionadas la ampolla de Vater y el esfínter de Oddi, las condiciones anatómicas que favorecen la obstrucción del flujo exócrino pancreático deberían desaparecer.

Los primeros datos a favor de esta hipótesis se extrajeron del análisis secundario de trabajos en los que con el fin de evitar la cirugía en pacientes con alto riesgo quirúrgico se realizó una EE y limpieza de la vía biliar pero dejando la vesícula litiásica in situ. Se han publicado 6 trabajos prospectivos no controlados que estudian este aspecto. Los resultados son bastante satisfactorios, ya que las tasas de recidiva a largo plazo fluctuaron entre un 0 y un 5.2%. Se puede concluir entonces, que la EE juega un rol importante en la prevención de la recidiva de la PAB.

Aunque la mayoría de los cálculos biliares migran espontáneamente, se estima que en un número no despreciable de pacientes con PAB quedarán cálculos retenidos. En un estudio efectuado recientemente en nuestra Unidad se encontró que si la CPRE era hecha antes de las 72 hr la tasa de coledocolitiasis era de un 55.2%, no obstante a los 10 días, todavía un cuarto de los pacientes presentaban cálculos coledocianos.

Como la CPRE y la EE son procedimientos invasivos que pueden dar origen a complicaciones severas, algunos sugieren que deberían reservarse solo para aquellos pacientes con cálculos biliares persistentes.

Existen técnicas menos invasivas, con una alta sensibilidad y especificidad en el

diagnostico de la coledocolitiasis, tales como la endosonografía, la colangiorensonancia nuclear magnética el ultrasonido intraductal. Lamentablemente estos procedimientos son caros y poco disponibles en la práctica clínica, motivo por el cual, hasta la fecha, en nuestras latitudes, la CPRE sigue ocupando, lejos, el primer lugar en la pesquisa de la colédocolitiasis.

Un estudio prospectivo de nuestra Unidad , cuyo objetivo fue analizar los resultados de la CPRE y eventual manejo endoscópico en pacientes portadores de una pancreatitis aguda biliar leve con vesícula in situ, concluye que en pacientes con PAB leve y vesícula in situ, la CPRE es un método seguro, que permite efectuar una colecistectomía por vía laparoscópica durante la misma hospitalización en la gran mayoría de los pacientes y que constituye además, una alternativa a la resección de la vesícula en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

En nuestra experiencia, el riesgo de PAB está estrechamente relacionado con la presencia de colelitiasis y/o colédocolitiasis y debido a que las tasas de morbilidad y mortalidad secundarias al drenaje endoscópico son muy bajas, consideramos que la CPRE y la EE están indicadas en el manejo de la pancreatitis aguda biliar, independientemente de la predicción de la gravedad de ésta.

Prof. Dr. Mario Anselmi Méndez  
Director Departamento de Cirugía  
Facultad de Medicina. Universidad de Concepción  
Jefe Unidad Docente Asistencial de Cirugía Endoscópica  
Hospital Gmo Grant Benavente  
Concepción. Chile  
Mail : manselmi@vtr.net