

# CPRE y embarazo

Jorge Alberto Ceballos Hurtado, MD

En estudios poblacionales se han encontrado incidencias de colelitiasis de 8% en mujeres embarazadas, con rangos de 5 a 12% (1), casi todas ellas asintomáticas. Son muy pocas las pacientes que presentan complicaciones como pancreatitis de origen biliar, colangitis o coledocolitiasis sintomática y son ellas las que representan un dilema en el estudio diagnóstico y el abordaje terapéutico debido al riesgo importante de morbimortalidad tanto materna como fetal (2).

Hoy en día, afortunadamente contamos con mejores estudios diagnósticos que nos permiten establecer la pertinencia de un procedimiento terapéutico con riesgos importantes inherentes al mismo como pancreatitis, perforación, infección o hemorragia y que en este caso añade el riesgo de teratogenicidad por radiación e inducción de parto pretérmino o aborto según sea la edad gestacional tanto por la sedación como por la manipulación durante la colangiografía (3).

En el presente número de la revista encontramos el artículo “Colangio pancreatografía retrógrada endoscópica - CPRE - en pacientes embarazadas” de los doctores Angel, Limas y Chacón, que recoge la experiencia de un importante centro de endoscopia terapéutica en Colombia y otras pocas series publicadas en la literatura y referenciadas por los autores explican la necesidad de minimizar la exposición del feto a la radiación mediante el uso de protección abdominal y reduciendo el tiempo de fluoroscopia al estrictamente

necesario para identificar el cálculo en la vía biliar y permitir su extracción.

Dosis tan bajas como 50 a 100 milirems pueden asociarse con pérdida de la implantación del embrión en la etapa inicial del embarazo, las primeras semanas implican el riesgo más alto de teratogenicidad y entre las semanas 8 y 15 el riesgo mayor es retardo del crecimiento intrauterino; luego viene el crecimiento y desarrollo neuronal que puede verse afectado con dosis mayores a 100 mrem y podría asociarse con microcefalia o disminución en las habilidades mentales (4). En todo el embarazo existe el riesgo de que la exposición pueda asociarse con cáncer en la infancia. Se estima que en el embarazo la dosis total de radiación no debería exceder los 500 mrem y en el primer trimestre 100 mrem, teniendo en cuenta que la dosis promedio de radiación ionizante por año que recibe un ser humano en USA es de 360 mrem, 60 de los cuales provienen de fuentes creadas por el hombre (5).

Es pues un desafío evitar un procedimiento quirúrgico con mayor riesgo de morbimortalidad materno fetal controlando estos factores. Algunos autores sugieren confirmar la canulación por medio de aspiración de material biliar en el catéter sin inyección previa de medio de contraste, otros sugieren realizar el procedimiento sin utilización de fluoroscopia, todos coinciden en evitar la toma de radiografías, el

uso de anestésicos es controvertido, no se observan sin embargo, en las series, complicaciones inmediatas con uso de benzodiazepinas y opioides a dosis bajas (6, 7). El uso de protección abdominal es mandatorio con películas de plomo de 0,5 a 1 mm de espesor, de preferencia esta última y para reducir el tiempo de exposición a la fluoroscopia es necesaria una amplia experiencia del profesional. En tiempos de 6 a 30 segundos de fluoroscopia se han encontrado dosis de 30 a 50 mrems sobre el área uterina; en una CPRE usual el promedio se acerca más a los 200 ó 300 mrems (6).

No existe hasta el momento un consenso en el manejo de la coledocolitiasis en pacientes embarazadas pero el riesgo de morbimortalidad con el manejo quirúrgico o con manejo expectante hace que la CPRE sea considerada hoy en día una alternativa de manejo terapéutico en casos muy bien seleccionados y en manos de personas expertas tomando todas las medidas preventivas expuestas y con el consentimiento de una paciente muy bien informada (6).

## Referencias

1. Basso L, McCollum PT, Darling MR, Tocchi A, Tanner WA. A descriptive study of pregnant women with gallstones. Relation to dietary and social habits, education, physical activity, height and weight. *Eur J Epidemiol* 1992; 8: 629-33.
2. Scott LD. Gallstone disease and pancreatitis in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21: 803-15.
3. Hewitt PM, Krige JE, Bornman PC, Terblanche J. Choledochal cyst in pregnancy: a therapeutic dilemma. *J Am Coll Surg* 1995; 181: 237-40.
4. Wagner L, Lester R, Saldana L. Exposure of the pregnant patient to diagnostic radiations: a guide to medical management. 2nd ed. Madison (WI): Medical Physics Publishing; 1997.
5. Campbell N, Sparrow K, Fortier M, Ponich T. Practical radiation safety and protection for the endoscopist during ERCP. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 552-7.
6. Michel Kahaleh, MD, Gary D. Hartwell, PhD, Kristen O. Arseneau, MS, Thomas N. Pajewski, MD, PhD, Safety and efficacy of ERCP in pregnancy *Gastrointestinal Endosc* 2004; 60(2).
7. Raymondos K, Panning B, Bachem I, Manns MP, Piepenbrock S, Meier PN. Evaluation of endoscopic retrograde cholangiopancreatography under conscious sedation and general anesthesia. *Endoscopy* 2002; 34: 721-6.