

Las complicaciones de la CPRE: Una mirada a la evidencia local

Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): A look at the local evidence

Arecio Peñaloza Ramírez, MD,¹ Javier Álvarez Castañeda, MD.¹

¹ Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sociedad de Cirugía de Bogotá. Bogotá, Colombia.

Fecha recibido: 08-11-10
Fecha aceptado: 25-11-10

El artículo publicado por Gómez (1) en la actual edición de la Revista Colombiana de Gastroenterología es un valioso aporte a la literatura médica nacional que trae a colación el controvertido tema de las complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Con el desarrollo de la CPRE, hacia la segunda mitad del siglo XX, se abrió un amplio abanico de posibilidades terapéuticas en el manejo de la patología biliopancreática. La CPRE ha evolucionado de ser un procedimiento diagnóstico a convertirse en un procedimiento casi exclusivamente terapéutico, siendo este cambio motivado no solo por el desarrollo de tecnología en imágenes diagnósticas, sino también por las complicaciones relacionadas con la misma; complicaciones que pueden ir de leves (requiriendo de 1-2 días de hospitalización con recuperación completa) a severas, con resultados algunas veces devastadores (2).

Aun en centros de referencia, en los que además de garantizarse un número adecuado de procedimientos al año, son realizados por personal experto, entrenado y capacitado para tal fin, las complicaciones de la CPRE se presentan hasta en un 10% con una mortalidad hasta del 1% (3, 4). En un esfuerzo por disminuir el número de complicaciones y especialmente los desenlaces fatales relacionados con la CPRE, se han descrito varias estrategias. Modificaciones en la técnica han sido propuestas, sin que hasta ahora, en nuestra opinión, los resultados de estos cambios hayan demostrado ser plenamente útiles en la disminución de la morbimortalidad.

Paralelo al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, a la implementación de programas masivos de tamizaje, al control de factores de riesgo cardiovascular y a los adelantos en métodos diagnósticos y terapéuticos, se ha producido un aumento en la expectativa de vida. Por lo tanto, cada vez es más frecuente que acudan a nuestros servicios adultos mayores que requieren la realización de CPRE. El procedimiento puede ser realizado con un nivel similar de riesgo al de la población de menor edad sin aumentar la probabilidad de complicaciones relacionadas (5, 6). El trabajo de Gómez motivo de este comentario corrobora esta información (1).

El uso de guía en la canalización, técnica que permite acceder al conducto biliar usando una guía radioopaca pasada a través de la punta del esfínterótomo bajo visión fluoroscópica, se ha propuesto como método para disminuir la pancreatitis posterior a CPRE, una de las complicaciones más comunes relacionadas con el procedimiento (7, 8). Esta condición, cuando es grave, implica una elevada probabilidad de mortalidad y en los mejores casos una estancia en UCI prolongada, con elevados y significativos costos para los sistemas de salud. Sin embargo, algunos estudios no han clarificado si

este método es superior al convencional en la disminución de esta entidad (3, 9, 10), e incluso existen reportes en los que el número de pancreatitis aumentó a pesar de su uso (11). Por ende, ante la duda razonable respecto a si el uso de guía disminuye la pancreatitis, en centros como el nuestro, la CPRE se realiza en su mayoría sin el uso de la misma, con complicaciones comparables a las reportadas en la literatura mundial (3). Aún más, si analizamos nuestra experiencia en cuanto a pancreatografía incidental encontramos que de 106 pacientes en los que esta se produjo solo 1 (0,9%) presentó pancreatitis, clasificada como leve (3).

La papilotomía por precorte es también considerada un factor de riesgo para complicaciones relacionadas con CPRE; sin embargo, si el riesgo de complicación obedece al precorte en sí mismo o es secundario a intentos repetidos de canalización previos, es centro de debate. Se ha sugerido que la implementación del precorte temprano (definido como aquel que se realiza después de 3 intentos de canalización) reduce la probabilidad de complicación (12). El precorte temprano es un método efectivo y seguro de acceso a la vía biliar, no aumenta el porcentaje de complicaciones (13-15) e incluso varios autores han demostrado una disminución en el número de pancreatitis post-CPRE con su uso (16).

Otro punto de controversia es respecto a si la presencia de divertículo duodenal ampular tipo I y II dificulta la canalización y aumenta el número de complicaciones de la CPRE (17). Después del colon, el duodeno es la localización más común de los divertículos gastrointestinales, típicamente se ubican en la región periampular, se encuentran hasta en el 25% de los pacientes y no ocasionan síntomas en la mayoría de los casos (18). Al revisar la literatura publicada, se encuentra que, en su presencia, parece existir una diferencia significativa en el porcentaje de canalización obtenido sin aumentar la probabilidad de complicaciones relacionadas una vez esta se logra (19). En el artículo de Gómez (1) llama la atención que de las 2 perforaciones ocurridas, una se asoció con la presencia de un divertículo ampular.

Otro punto de debate es respecto al medicamento idóneo para la sedación del paciente durante el procedimiento y al requerimiento de un anesmiólogo durante el mismo. En nuestra experiencia, es posible realizar CPRE bajo sedación consciente con midazolam sin el concurso de anestesia (3), aunque en este contexto, es pertinente anotar que por nuestro carácter universitario, en los procedimientos contamos con la asistencia de mínimo 2 individuos adicionales al operador, situación que facilita el control del paciente. En contraste, el trabajo de Gómez (1) muestra que el procedimiento fue realizado con sedación administrada por anesmiólogos, igualmente con buenos resultados. Existe una tendencia a desanimar el uso del propofol por parte de gas-

troenterólogos pero por su rápida acción, corta duración y aumento de la tolerabilidad del paciente al procedimiento, además de la posibilidad de combinarse con otros agentes como benzodiacepinas es un medicamento costo efectivo para ser usado de forma segura en las unidades de endoscopia (20, 21) y por gastroenterólogos, siempre y cuando el paciente esté debidamente monitorizado por personal médico o paramédico dedicado exclusivamente a esta tarea (22, 23).

En los últimos años se ha venido proponiendo el manejo conservador inicial de las perforaciones ampulares y periampulares post-CPRE (24). En la serie de Gómez (1) las perforaciones se presentaron en el 2,8% de los pacientes mayores de 80 años (2 pacientes) y ambas requirieron manejo quirúrgico.

Aunque podríamos seguir debatiendo ampliamente varios aspectos relacionados con la CPRE y sus complicaciones, finalmente podemos concluir que el único método que ha probado ser efectivo en la disminución de las mismas es el evitar la realización de procedimientos innecesarios y que solo un buen juicio clínico junto a unas manos expertas y con la debida infraestructura son las únicas herramientas capaces de disminuir las complicaciones relacionadas con la CPRE y en permitir que esta siga ocupando un lugar de privilegio en el manejo de la patología biliopancreática.

REFERENCIAS

1. Gómez-Zuleta M, Melgar C, Arbeláez V. ¿Es la edad un factor que incide en las complicaciones por CPRE? *Rev Col Gastroenterol* 2010; 25 (4): 349-353.
2. Freeman ML. Adverse outcomes of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Gastrointestinal Endosc* e2002; 56: S273-82.
3. Peñaloza-Ramírez A, Leal-Buitrago C, Rodríguez-Hernández A. Adverse events of ERCP at San Jose Hospital of Bogota (Colombia). *Rev esp enferm dig* 2009; 101: 837-843.
4. Rochester JS. Minimizing complications in endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2007; 17: 105-27.
5. Ali M, Word G, Staley D, Duerksen DR. A retrospective study of the safety and efficacy of ERCP in octagenarians. *Dig Dis Sci* 2010; (artículo en prensa).
6. Guitron-Cantu A, Adalid-Martínez R, Gutiérrez-Bermúdez J, Segura-López F, García-Vásquez A. Colangiopancreatografía endoscópica en la tercera edad: Un estudio prospectivo y comparativo en el norte de México. *Rev Gastroenterol Mex* 2010; 75: 267-272.
7. Masci E, Toti G, Mariani A, et al. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 417-423.
8. Cheung J, Tsoi KK, Quan WL, Lau JY, Sung JJ. Guidewire versus conventional contrast cannulation of the common

- bile duct for the prevention of post-ERCP pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2009; 70: 1211-1219.
9. Balley AA, Bourke MJ, Williams SJ. A prospective randomized trial of cannulation technique in ERCP: effects on technical success and post ERCP pancreatitis. *Endosc* 2008; 40: 296-301.
 10. Shao LM, Chen QY, Chen MY, Cai JT. Can wire-guided cannulation reduce the risk of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24: 1710-1715.
 11. Vandervoort J, Soetikno RM, Tham TC. Risk factors for complications after performance of ERCP. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 652-656.
 12. Cennamo V, Fuccio L, Zagari RM, Eusebi LH, Ceroni L, Laterza L, et al. Can early precut implementation reduce endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related complication risk? Meta analysis of randomized controlled trials. *Endosc* 2010; 42: 381-388.
 13. Mallery JS, Baron TH, Dominitz JA, Goldstein JL, Hirota WK, Jacobson BC, et al. Complications of ERCP. *Gastrointest Endosc* 2003; 57: 633-638.
 14. Huibregtse K, Katon RM, Tytgat GN. Precut papillotomy via fine-needle Knife papillotome: a safe and effective technique. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 403-405.
 15. Ang TL, Kwek AB, Lim KB, Teo EK, Fock KM. An analysis of efficacy and safety of a strategy of early precut for biliary access during difficult endoscopic retrograde cholangiopancreatography in a general hospital. *J Dig Dis* 2010; 11: 306-312.
 16. Gang B, Hao L, Biel, Sun B, Wang M. Does precut technique improve selective bile duct cannulation or increase post – ERCP pancreatitis rate? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Endosc* 2010; 24: 2670-2678.
 17. Boix J, Lorenzo-Zuñiga V, Ananos F, Domènech E, Morillas RM, Gassull MA. Impact of perampullary duodenal diverticula at endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a proposed classification of perampullary duodenal diverticula. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006; 16: 208-211.
 18. Mason S, Kashyp R, Chandel U, Mokta J, Minhos S. Duodenal diverticulum: Review of literature. *Indian Journal of Surgery* 2004; 66: 140-145.
 19. Ospina-Nieto J. Impacto verdadero del divertículo perampullar en la CPRE. *Rev Col Gastroenterol* 2007; 22: 297-301.
 20. Cohen LB, Dubovsky AN, Aisenberg J, Miller KM. Propofol for endoscopic sedation: A protocol for safe and effective administration by the gastroenterologist. *Gastrointestinal Endosc* 2003; 58: 725-732.
 21. Akyus U, Pata C, Senkal V, Erzin Y. Is propofol sedation with midazolam induction safe during endoscopic procedures without anesthesiologist? *Hepatogastroenterology* 2010; 57: 685-687.
 22. Tohda G, Higashi S, Wakahara S, Morikawa M, Sakumoto H, Kane T. Propofol sedation during endoscopic procedures: safe and effective administration by registered nurses supervised by endoscopists. *Endosc* 2006; 38: 360-367.
 23. Walker JA, McIntyre RD, Schienitz PF, Jacobson KN, Haulk AA, Adesman P, et al. Nurse-administered propofol sedation without anesthesia specialist in 9152 endoscopic cases in an ambulatory surgery center. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1744-1750.
 24. Aldana-Dimas G, Betancourt-Arias A. Perforación duodenal post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Repert Med Cir* 2008; 17: 145-155.