

Subtipos morfológicos de papila duodenal y su relación con complicaciones poscolangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Morphological subtypes of the duodenal papilla and their relationship with post-ERCP complications

Gustavo Adolfo Reyes.^{1*} 

ACCESO ABIERTO

Citación:

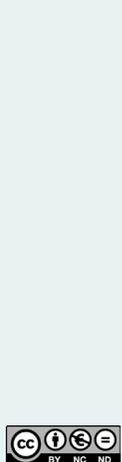
Reyes GA. Subtipos morfológicos de papila duodenal y su relación con complicaciones poscolangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2022;37(3):267-268. <https://doi.org/10.22516/25007440.959>

¹ Médico internista y gastroenterólogo, Fundación Santa Fe de Bogotá. Profesor clínico, Coordinador del Módulo de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: Gustavo Adolfo Reyes
gustavoareyes@hotmail.com

Fecha recibido: 15/08/2022

Fecha aceptado: 16/08/2022



Dentro del grupo de los procedimientos endoscópicos digestivos, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se asocia a una alta tasa de efectos adversos. La complicación más frecuente es la pancreatitis aguda pos-CPRE, que se presenta entre un 3,5 % y un 9,7 % de los casos y conlleva una mortalidad entre el 0,1 % y el 0,7 %. Otras complicaciones son la perforación, el sangrado, la colecistitis y la colangitis⁽¹⁾. La canulación biliar es el paso limitante para el éxito de la CPRE. La Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva define a la canulación difícil como la presencia de por lo menos uno de los siguientes: más de cinco contactos con la papila durante el intento de canulación, más de 5 minutos intentando canular, opacificación del conducto pancreático o paso de la guía más de una vez al conducto pancreático⁽²⁾. Una canulación difícil puede no solo comprometer el éxito de la CPRE, sino también aumentar el riesgo de complicaciones.

Se han descrito varios factores asociados a un riesgo aumentado de desarrollar complicaciones durante una CPRE, por ejemplo, el sexo femenino, el antecedente de pancreatitis aguda pos-CPRE, la sospecha de disfunción del esfínter de Oddi, una edad menor de 40 años, una bilirrubina sérica normal, una canulación difícil, la inyección de medio de contraste en el conducto pancreático, el paso de la guía al conducto pancreático, la esfinterotomía pancreática, la presencia de coagulopatía, el uso de medicamentos anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, entre otros^(1,3). Recientemente se ha estudiado el efecto de la morfología de la papila duodenal en los desenlaces de la canulación biliar⁽⁴⁻⁶⁾ y se ha sugerido que algunos subtipos morfológicos de la papila pueden asociarse a dificultades para la canulación y a un mayor riesgo de complicaciones pos-CPRE.

En el presente número de la Revista Colombiana de Gastroenterología, el grupo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, Perú, describe un estudio prospectivo y analítico de 138 pacientes que fueron llevados a CPRE, en quienes se determinó la relación entre el tipo morfológico de la papila duodenal y el riesgo de complicaciones pos-CPRE. Para ello utilizaron la clasificación del grupo escandinavo de Haraldsson y colaboradores⁽⁶⁾, que divide a la papila duodenal en cuatro tipos: el tipo 1, que corresponde a una papila regular, habitual, “normal”, sin características distintivas especiales; el tipo 2, que es una papila pequeña, plana, de 3 milímetros de diámetro o menor; el tipo 3, que se relaciona con una papila abultada, pendular, prominente, con el orificio papilar orientado caudalmente; y el tipo 4, definido como una papila “arrugada, rugosa, surcada por pliegues”.

En este estudio, la pancreatitis aguda se presentó en forma global en el 2,9 % de los pacientes, el sangrado en el 1,45 % y la perforación en el 0,7 %. Las papilas planas (tipo

2) se asociaron a una mayor tasa de complicaciones: perforación (9,09 %) y pancreatitis (9,09 %). Otros autores también han encontrado una mayor tasa de pancreatitis pos-CPRE en las papilas de tipo 2^(6,7). Como datos adicionales, la papila de tipo 1 (normal) se asoció a un menor tiempo de canulación, la papilotomía por precorte se realizó con mayor frecuencia en los pacientes con papila de tipo 3 y 4 y la papila de tipo 4 requirió un mayor tiempo de canulación.

Las preguntas que surgen a continuación son ¿qué hacer con esta información? ¿Cómo utilizar estos datos para mejorar el éxito de la CPRE y disminuir el porcentaje de complicaciones? Estas preguntas cobran relevancia puesto que actualmente no existe forma de saber con anticipación a qué tipo de papila se va a enfrentar el endoscopista (esto únicamente se determinará durante la CPRE) y tampoco puede relacionarse el tipo morfológico de papila duodenal con un tipo específico de técnica de canulación que se aso-

cie a una mayor tasa de éxito o menor riesgo de complicaciones. Algunos autores han sugerido que ante la presencia de una papila plana de tipo 2, la cual conlleva un mayor riesgo de complicaciones, el médico con poca experiencia o el personal en entrenamiento en CPRE deberían abstenerse de continuar el procedimiento y dejar que este sea llevado a cabo por un endoscopista con mayor experiencia⁽⁸⁾. Además, si nos encontramos con una papila que predisponga a un mayor riesgo de complicaciones (como pancreatitis aguda), sería importante utilizar todas las medidas profilácticas que tengamos a disposición para disminuir la posibilidad de que dichas complicaciones sucedan, por ejemplo, el uso de supositorios de diclofenaco, de *stents* pancreáticos y de hidratación con lactato de Ringer.

Mientras tanto, seguimos en el proceso de buscar la forma de disminuir las complicaciones de la CPRE, que son el talón de Aquiles de este procedimiento.

REFERENCIAS

1. Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, Papanikolaou IS, Tringali A, Vanbiervliet G, et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2020;52(2):127-49. <https://doi.org/10.1055/a-1075-4080>
2. Testoni PA, Mariani A, Aabakken L, Arvanitakis M, Bories E, Costamanga G, et al. Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. *Endoscopy*. 2016;48(7):657-83. <https://doi.org/10.1055/s-0042-108641>
3. Chandrasekhara V, Khashab MA, Muthusamy VR, Acosta RD, Agrawal D, Bruining DH, et al. Adverse events associated with ERCP. *Gastrointest Endosc*. 2017;85(1):32-47. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.06.051>
4. Horiuchi A, Nakayama Y, Kajiyama M, Tanaka N. Effect of precut sphincterotomy on biliary cannulation based on the characteristics of the major duodenal papilla. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5(9):1113-8. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2007.05.014>
5. Matsushita M, Uchida K, Nishio A, Takakuwa H, Okazaki K. Small papilla: another risk factor for post-sphincterotomy perforation. *Endoscopy*. 2008;40(10):875-6; author reply 877. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1077597>
6. Haraldsson E, Lundell L, Swahn F, Enochsson L, Löhr J, Arnelo U, et al. Endoscopic classification of the papilla of Vater: Results of an inter- and intraobserver agreement study. *United European Gastroenterol J*. 2017;5(4):504-10. <https://doi.org/10.1177/2050640616674837>
7. Chen PH, Tung CF, Peng YC, Yeh HZ, Chang CS, Chen CC, et al. Duodenal major papilla morphology can affect biliary cannulation and complications during ERCP, an observational study. *BMC Gastroenterol*. 2020;20(310). <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01455-0>
8. Haraldsson E, Arnelo U. Response. *Letters to the Editor*. *Gastrointest Endosc*. 2020;92(4):959-60. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.01.035>