

Manejo endoscópico de fuga biliar pos colecistectomía: ¿es necesaria la prótesis biliar?

Andrés Rodríguez-Parra*, Barbara Valdivia-Correa, Enrique Rentería-Palomo, Carlos Valenzuela-Salazar, Roberto Délano-Alonso, Mucio Moreno-Portillo, José de Jesús Herrera-Esquivel

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: Las fugas biliares benignas son eventos poco frecuentes. Se presenta alrededor del 1-3% de las colecistectomías aunque se han descrito casos por trauma o intervencionismo. Tradicionalmente los primeros reportes de tratamiento fueron quirúrgicos. El objetivo terapéutico consiste en disminución de la presión intraductal del conducto biliar principal mediante la colocación de prótesis biliares con o sin esfinterotomía. La evidencia de ambas técnicas es similar en cuanto a eficacia y seguridad. **Objetivo:** Comparar los resultados terapéuticos obtenidos con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) entre esfinterotomía biliar y/o colocación de prótesis biliar en pacientes con fuga biliar benigna. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, comparativo, longitudinal de pacientes consecutivos con diagnóstico endoscópico mediante CPRE de fuga biliar benigna en la División de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital Gea desde enero de 2012 a agosto de 2018. Se compararon características demográficas y endoscópicas de ambos grupos. Se definió como éxito terapéutico endoscópico a los casos en los que se corroboró el cese de la fuga biliar con un solo procedimiento endoscópico para el grupo EE y dos procedimientos endoscópicos para el grupo EE+PB (el segundo indicado para el retiro de prótesis biliar). Se definió como fracaso aquellos casos en los que se necesitaron más procedimientos. Se realizó el análisis descriptivo de variables nominales con frecuencias y cuantitativas mediante desviación estándar. Se comparó la respuesta a la terapéutica endoscópica utilizando la prueba de Chi-cuadrada, prueba exacta de Fisher y prueba t de Student para el análisis de las dos modalidades terapéuticas endoscópicas. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$ a dos colas. **Resultados:** Se identificaron 92 (2.18%) pacientes con fuga biliar. Se excluyó un caso por inestabilidad hemodinámica. 49 (53.8%) fueron mujeres con una media de edad de 47.8 ± 18.9 años. 74 pacientes (81.3%) tuvieron antecedente de colecistectomía laparoscópica, 16 (17.6%) abierta y una lesión hepática secundaria a trauma abdominal penetrante (15-1-0 vs 59-15-1; $p=0.368$). En 67 pacientes (73.6%) se identificó mediante CPRE fuga de bajo gasto (13 vs 54; $p=0.55$). El sitio de fuga, 78 pacientes (85.7%) el sitio fue muñón del cístico (11 vs 67 $p=0.053$), 7 casos (7.7%) en el conducto hepático derecho. En todos los casos se realizó esfinterotomía endoscópica biliar. Se observaron 34 casos (37.4%) con coledocolitiasis (5 vs 29; $p=0.786$). La prótesis utilizada fue tipo Ámsterdam de 10Fr en 64/75 casos (86.5%). 100% de los casos resueltos con tratamiento endoscópico. En el grupo de EE+PB se retiró la prótesis biliar en una media de 90.9 ± 57.4 días. El éxito terapéutico endoscópico global para la resolución de fuga biliar benigna y coledocolitiasis asociada fue del 100%. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de pacientes con éxito terapéutico en el grupo de EE (62.5%) vs EE+PB (82.5%) ($p = 0.101$). **Conclusiones:** No se identificaron diferencias en las tasas de éxito terapéutico en el grupo de EE en comparación con esfinterotomía + colocación de prótesis; ambos tratamientos mostraron bajas tasas de complicaciones.

Palabras clave: Fuga biliar. Prótesis biliar. Esfinterotomía.

Autor de correspondencia:

Andrés Rodríguez-Parra

E-mail: andresrodriguezparra@gmail.com

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000085

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):185-189

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Abstract

Introduction and objectives: Benign biliary leaks are a rare complication. Approximately 1% to 3% of all cholecystectomies occur and are less likely to be related to trauma, biliary tract exploration with choledochotomy, placement of a T-tube or instrumentation of the bile duct. To compare the therapeutic results obtained with endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) between biliary sphincterotomy and/or biliary prosthesis placement in patients with benign biliary leak. **Material and methods:** Retrospective, comparative, retrolective, longitudinal study of consecutive patients with endoscopic diagnosis by ERCP of benign bile leak in the Gastrointestinal Endoscopy Division of the General Hospital "Dr. Manuel Gea González" from January 2012 to August 2018. Endoscopic therapeutic success was defined as cases in which the cessation of biliary leakage was corroborated with a single endoscopic procedure for the EE group and two endoscopic procedures for the EE + PB group (the second indicated for the removal of biliary prostheses). Failure was defined as those cases in which more endoscopic procedures were needed than previously established or surgical treatment. **Results:** We identified 92 (2.18%) patients with biliary leaks. One case was excluded due to hemodynamic instability that did not allow endoscopy. Of the 91 patients, 49 (53.8%) were women with an average age of 47.8 ± 18.9 years. Endoscopic precut was performed in 29 (31.9%) patients (4 vs 25, $p = 0.72$). In 67 patients (73.6%) was identified by ERCP low-cost leak (13 vs. 54, $p = 0.55$). Regarding the leak site, 78 patients (85.7%) had a cystic stump (11 vs 67 $p = 0.053$), 7 cases (7.7%) in the right hepatic duct. It was not possible to determine a leakage site in 3 cases (3.3%). In the EE + PB group, the biliary prosthesis was removed in an average of 90.9 ± 57.4 days. The global endoscopic therapeutic success for the resolution of benign bile leak and associated choledocholithiasis was 100%. **Conclusions:** No differences were found in the rates of therapeutic success in the biliary sphincterotomy group compared with sphincterotomy + prosthesis placement; both treatments showed low rates of complications.

Key words: Benign biliar like. Esphinterotomy. Placement of endoprotesis.

Introducción

Las fugas biliares benignas son una complicación poco frecuente. Se presentan alrededor del 1 a 3% de todas las colecistectomías y se relacionan en menor medida a traumatismos, exploración de vía biliar con coledocotomía, colocación de sonda en T o a instrumentación de la vía biliar (1). Tradicionalmente los primeros reportes de tratamiento fueron quirúrgicos. Actualmente, el objetivo terapéutico consiste en disminución de la presión intraductal del conducto biliar principal mediante la colocación de prótesis biliares con o sin esfinterotomía. La evidencia de ambas técnicas es similar en cuanto a eficacia y seguridad (2).

Objetivo

Comparar los resultados terapéuticos obtenidos con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) entre esfinterotomía biliar y/o colocación de prótesis biliar en pacientes con fuga biliar benigna.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, comparativo, retrolectivo, longitudinal de pacientes consecutivos con diagnóstico endoscópico mediante CPRE de fuga biliar benigna en la División de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" desde enero de 2012

a agosto de 2018. Se compararon características demográficas y endoscópicas de los pacientes tratados con esfinterotomía endoscópica biliar (EE) contra los pacientes tratados mediante EE y colocación de una o varias prótesis biliares (EE+PB). Se definió como éxito terapéutico endoscópico a los casos en los que se corroboró el cese de la fuga biliar con un solo procedimiento endoscópico para el grupo EE y dos procedimientos endoscópicos para el grupo EE+PB (el segundo indicado para el retiro de prótesis biliar). Se definió como fracaso aquellos casos en los que se necesitaron más procedimientos endoscópicos que los previamente establecidos o tratamiento quirúrgico. Se realizó el análisis descriptivo de variables nominales con frecuencias y cuantitativas mediante desviación estándar. Se comparó la respuesta a la terapéutica endoscópica utilizando la prueba de Chi-cuadrada, prueba exacta de Fisher y prueba t de Student para el análisis de las dos modalidades terapéuticas endoscópicas. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$ a dos colas.

Resultados

Se identificaron 92 (2.18%) pacientes con fuga biliar. Se excluyó un caso por inestabilidad hemodinámica que no permitió la realización de endoscopia. De los 91 pacientes, 49 (53.8%) fueron mujeres con una media de edad de 47.8 ± 18.9 años. Setenta y cuatro pacientes

Tabla 1. Características de los casos con fugas biliares

n=91	Variable	TOTAL		16 (17.6%)		75 (82.4%)		p=
				EE		EE + PB		
		f	%	f	%	n	%	
Sexo	Femenino	49	53.8	10	10.99	39	42.86	0.620
	Masculino	42	46.2	6	6.59	36	39.56	
Edad	Media; DS	47.8 (± 18.88)		48.2 (± 19.97)		47.8 (± 20.08)		0.942
Antecedente	CA	16	17.6	1	1.1	15	16.5	0.368
	CL	74	81.3	15	16.5	59	64.8	
	Trauma	1	1.1	0	0.0	1	1.1	
Precorte	Si	29	31.9	4	4.4	25	27.5	0.723
	No	62	68.1	12	13.2	50	54.9	
Gasto Biliar	Alto	24	26.4	3	3.3	21	23.1	0.546
	Bajo	67	73.6	13	14.3	54	59.3	
VBIH	< 2 mm	79	86.8	15	16.5	64	70.3	0.158
	> 2 mm	10	11.0	0	0.0	10	11.0	
	N/V	2	2.2	1	1.1	1	1.1	
VBEH	< 6 mm	48	52.7	7	7.7	41	45.1	0.604
	> 6 mm	43	47.3	9	9.9	34	37.4	
Sitio de Fuga	Cístico	78	85.7	11	12.1	67	73.6	0.053
	Conducto HD	1	1.1	0	0.0	1	1.1	
	Lateral de HC	7	7.7	4	4.4	3	3.3	
	RS de HD	2	2.2	0	0.0	2	2.2	
	N/V	3	3.3	1	1.1	2	2.2	
Coledocolitiasis	Si	34	37.4	5	5.5	29	31.9	0.786
	No	57	62.6	11	12.1	46	50.5	
Esfinterotomía	si	91	100.0	16	17.6	75	82.4	
Complicaciones Inmediatas	Si	5	5.5	1	1.1	4	4.4	1.000
	No	85	94.5	15	16.5	71	78.0	
Tipo Resolución	Hemorragia	5	5.5	1	20.0	4	80.0	
	Endoscópica	5	100.0	1	20.0	4	80.0	
Nº Perdidos en el seguimiento		15	16.5	0	0.0	15	20.0	
Nº Espera de Retiro		-	-	-	-	3	4.0	
Éxito Endoscópico Global		73	100.0	16	100.0	57	100.0	
Éxito por Grupo de Tratamiento		-	-	10	62.5	47	82.5	0.101
Días a retiro de PB (media; DS)				90.9 (±57.4)				

(81.3%) tuvieron antecedente de colecistectomía laparoscópica, 16 (17.6%) colecistectomía abierta y una lesión hepática secundaria a trauma abdominal penetrante (15-1-0 vs 59-15-1; $p=0.368$). Se realizó precorte endoscópico en 29 (31.9%) pacientes (4 vs 25; $p=0.72$). En 67 pacientes (73.6%) se identificó mediante CPRE fuga de bajo gasto (13 vs 54; $p=0.55$). En cuanto al sitio de fuga, 78 pacientes (85.7%) el sitio fue muñón del cístico (11 vs 67 $p=0.053$), 7 casos (7.7%) en el

conducto hepático derecho. No se pudo determinar sitio de fuga en 3 casos (3.3%). En todos los casos se realizó esfinterotomía endoscópica biliar. Se observaron 34 casos (37.4%) con fuga asociada a la presencia de coledocolitiasis (5 vs 29; $p=0.786$). La prótesis más utilizada fue tipo Ámsterdam de 10Fr en 64/75 casos (86.5%). Se identificaron 5 casos (5.5%) de hemorragia asociados al procedimiento endoscópico (1 vs 4; $p>0.05$) todos resueltos con tratamiento endoscópico.

Tabla 2. Casos de fracaso

CASOS DE FRACASO GRUPO ESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA	
Resolución	3 Esfinterotomía Complementaria 3 Colocación de Prótesis Biliar Endoscópica
Características	Coledocolitiasis (1/6) Fuga de Bajo Gasto (6/6) Fuga Biliar de Cístico (6/6)
CASOS DE FRACASO GRUPO ESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA + PROTESIS BILIAR	
Resolución	Recambio de Prótesis Biliar (10/10) Disfunción de Prótesis Biliar (4/10) Fuga Persistente (6/10) Fuga asociada a Coledocolitiasis (3/6)
Características	Coledocolitiasis (5/10) Fuga de Alto Gasto (5/10) Fuga Biliar de Cístico (10/10)

En el grupo de EE+PB se retiró la prótesis biliar en una media de 90.9 ± 57.4 días. El éxito terapéutico endoscópico global para la resolución de fuga biliar benigna y coledocolitiasis asociada fue del 100%.

No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de pacientes con éxito terapéutico en el grupo de EE (62.5%) vs EE+PB (82.5%) ($p = 0.101$).

Discusión

Desde los primeros reportes del manejo endoscópico de fuga biliar, la intervención quirúrgica a pasado a segundo plano. La mayoría de las publicaciones son estudios retrospectivos en los cuales demuestran la resolución endoscópica de la fuga biliar cerca del 100%. Evidentemente algunos casos (fuga de alto grado o secundarios a sección completa de la vía biliar) se reservan para el manejo quirúrgico.

Como esta expuesto en la literatura, cerca del 1-3% de todos los casos son derivados de colecistectomías (1), de éstos, el 85% corresponden a lesiones Tipo Strasberg A con hasta el 75% de los casos con fuga del muñón del conducto cístico, el restante lo conforman, conductos accesorios o de vía biliar principal. En

nuestro caso, alrededor del 80% corresponden al sitio de fuga más frecuente reportado en la literatura.

Los casos de traumatismos o derivados a instrumentación de la vía biliar son más esporádicos (3). En nuestra experiencia son pocos los casos en los que se presentó lesión fuga derivada de traumatismos.

El debate principal radica en la decisión del manejo de las fugas de bajo gasto (4). Se ha reportado que con la disminución de la presión intraductal, suele ser suficiente para detener la fuga sin embargo, recientemente el uso de la prótesis biliar con o sin esfinterotomía ha dado buenos resultados incluso en estos pacientes, se cree que la acción de “puentear” el sitio de fuga ayuda de mejor manera a resolver las fugas. (5) En nuestro estudio, la elección de la colocación de la prótesis fue según elección del endoscopista. Sin embargo en el análisis, se demostró que no existe diferencia en la resolución cuando se ocupa EE o EE+PB.

Conclusiones

No se identificaron diferencias en las tasas de éxito terapéutico en el grupo de esfinterotomía biliar en comparación con esfinterotomía + colocación de prótesis; ambos tratamientos mostraron bajas tasas de complicaciones.

Referencias

1. Canena J. et al; Outcomes of endoscopic management of primary and refractory postcholecystectomy biliary leaks in a multicentre review of 178 patients BMC Gastroenterology (2015) 15:105 DOI 10.1186/s12876-015-0334-y.
2. Rustagi T. et al, Endoscopic Management of Biliary Leaks After Laparoscopic Cholecystectomy. J Clin Gastroenterol (2014);48:674–678.
3. Binmoeller KF, et al. Endoscopic management of postoperative biliary leaks: review of 77 cases and report of two cases with biloma formation. Am J Gastroenterol. 1991;86:227–31.
4. Aksoz K, et al. Endoscopic sphincterotomy alone in the management of low-grade biliary leaks due to cholecystectomy. Dig Endosc. 2009;21: 158–61.
5. Abbas A, et al. Endoscopic management of postcholecystectomy biliary leak: When and how? A nationwide study, Gastrointestinal Endoscopy (2019), doi: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.03.1173>.

Colangiografía con casos Pre CPRE y postCPRE

