

Endoscopia en el mundo

Endoscopy around the world

Félix I. Téllez-Ávila

Division de Gastroenterología y Hepatología, University of Arkansas for Medical Sciences, Arkansas, EE.UU

El síndrome del conducto pancreático desconectado (SCPD) es una complicación frecuente pero en general infradiagnosticada. Se presenta en pacientes con pancreatitis aguda grave generalmente en el escenario de alguna colección peripancreática, principalmente necrosis amurallada. Existen datos de que hasta el 50% de los pacientes con necrosis pancreática amurallada pueden tener el SCPD. A pesar de su alta frecuencia su significado real para el manejo de los pacientes no está bien claro. Se acepta que los pacientes con SCPD tienen una mayor probabilidad de recurrencia de las colecciones líquidas, ya que el parénquima pancreático que se encuentra en la porción desconectada al tubo digestivo sigue produciendo secreciones pancreáticas, las cuales terminan siendo vertidas en la cavidad abdominal. Por lo anterior, en los pacientes en los cuales se presenta dicha complicación se acepta que la mejor opción es colocar unas prótesis transmurales permanentes de manera que se perpetue una fistula que comunique la cavidad de la colección con la luz del tubo digestivo.

Para evaluar lo anterior, el grupo del Dr. Reddy en India realizaron un estudio aleatorizado controlado en el cual 104 pacientes con necrosis pancreática amurallada fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos: un grupo de pacientes en los cuales se colocaba la prótesis transmural y un grupo diferente como control en el cual no se colocaron prótesis transmurales. Ambos grupos tuvieron de manera inicial prótesis de aposición luminal durante algunas semanas para el drenaje de las colecciones y posteriormente a la retirada

se conformaron los grupos en estudio. Se realizó seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. De acuerdo con los resultados obtenidos, no existió una diferencia estadísticamente significativa en el número de recurrencia de las colecciones en ninguno de los periodos evaluados, así como tampoco se observaron diferencias en el éxito técnico, eventos adversos o migración de las prótesis. La recurrencia de las colecciones a los tres meses ocurrió en 6 pacientes (3 en cada grupo), a los 6 meses la recurrencia se presentó en 7 pacientes en el grupo con prótesis transmurales y en 10 pacientes en el grupo de «no prótesis» y a los 12 meses, fueron en 7 pacientes y en 13 pacientes, en cada uno de los grupos mencionados (13.5 vs. 25%).

Comentario: aunque estos datos de manera inicial y de acuerdo con las conclusiones de los autores muestran que no existe diferencia entre los grupos, es importante considerar que por el desenlace evaluado, el tiempo de seguimiento parece ser corto. Es posible que con un tiempo de seguimiento mayor las diferencias sean más notorias y se alcance la significancia estadística. Aquí cabe mencionar que aunque numéricamente no se alcanzó diferencia, desde el punto de vista clínico es muy evidente que al año prácticamente el doble de pacientes en el grupo de «no prótesis» presentó recurrencia al compararse con el grupo de prótesis transmurales permanentes. También debe considerarse que recurrencia de la colección no es sinónimo de requerir reintervención (muchas colecciones pequeñas pueden ser asintomáticas). Desde mi punto de vista personal, el presente trabajo tiene datos interesantes para

Correspondencia:

Félix I. Téllez-Ávila

E-mail: felixtelleza@gmail.com

Fecha de recepción: 14-09-2022

Fecha de aceptación: 20-09-2022

DOI: 10.24875/END.M22000450

Disponible en internet: 20-01-2023

Endoscopia. 2022;34(2):59-61

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2022. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

considerar, sin embargo debido a las limitaciones comentadas no creo que por el momento debamos cambiar el proceder y en los pacientes en los que sea posible, dejar prótesis transmural permanentes¹.

Actualmente no existe mucha discusión sobre que el tratamiento de primera línea para las colecciones líquidas peripancreáticas es por medio de endoscopia. Sin embargo, dentro del tratamiento endoscópico existen algunas variantes a la técnica y una de ellas es el tipo de prótesis que utilizar. De manera general existen las prótesis metálicas y las prótesis plásticas. Actualmente las prótesis metálicas tienen un sistema de aposición luminal (conocidas como LAMS) y están montadas sobre un catéter que permite que el dispositivo pueda ser utilizado como un «solo paso» en el drenaje, mientras que las prótesis plásticas requieren de la técnica de Seldinger para su colocación. Es obvio que por dichas diferencias las prótesis metálicas ofrecen una mayor facilidad para su colocación, un menor tiempo del procedimiento y por lo tanto, al requerir un menor número de pasos para su colocación, tienen un menor «número» de oportunidades para que exista alguna complicación. Un punto en contra de las LAMS que ha sido comentado es su precio.

El presente estudio es un reporte multicéntrico que se realizó en 16 hospitales en un periodo de 27 meses. Se realizó una comparación entre dos grupos: pacientes a los cuales se les había colocado una LAMS y otro grupo pacientes a los cuales se les había colocado prótesis plásticas para el drenaje de las colecciones. El objetivo fue comprobar la necesidad de necrosectomía endoscópica directa (paso de un endoscopio hacia la cavidad de la necrosis para realizar extracción de esta). Un dato muy importante es que en los pacientes con prótesis plásticas y necrosis se prefiere dejar durante hasta de una semana un drenaje nasocolección que permita estar irrigando líquido hacia la colección con el fin de evitar que las prótesis plásticas se tapen. En la práctica clínica, este drenaje nasocolección no se requiere para los pacientes con LAMS. Para homogeneizar, en el presente estudio se dejó catéter nasocolección a los pacientes en ambos grupos.

De acuerdo con los resultados del estudio, el 64% (n = 34) y el 53% (n = 27) de los pacientes en el grupo de LAMS y prótesis plásticas, respectivamente, requirieron de necrosectomía endoscópica directa (NED), por lo cual no se evidenciaron diferencias entre los grupos (*odds ratio*: 1.21; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0.45-3.23). Tampoco observaron diferencias en la tasa de complicaciones incluyendo el sangrado: se observaron 5 pacientes (9%) en el grupo de LAMS

vs. 11 pacientes (22%) en el grupo de plásticas (riesgo relativo: 0.44; IC95%: 0.16-1.17). Los costos tampoco tuvieron diferencias entre los grupos. Basados en los resultados anteriores, los autores concluyen que no existen diferencias entre utilizar LAMS o prótesis plásticas para el drenaje de necrosis pancreáticas en relación con la necesidad de NED.

Comentario: aunque el estudio anterior es muy llamativo y proviene de un grupo altamente productivo y sin duda experto en el área de patología pancreática, un punto muy importante que considerar es el hecho de que la aseveración de las conclusiones parece dejar de lado un hecho que en la práctica es muy importante: la aseveración es cierta siempre y cuando los pacientes permanezcan con un drenaje nasocolección en la nariz por un periodo de 7 días y puedan realizarse lavados de manera continua. Puedo decir que, por la experiencia clínica, no es cosa menor para los pacientes tener una sonda en la nariz con la incomodidad que eso conlleva, además de las dificultades para comer y el riesgo de lesiones de la mucosa nasal y de infecciones. La calidad de la vida y preferencias de los pacientes es un punto importante que considerar. Sin duda los costos también. No considero que con los resultados de este estudio se pueda apoyar que independientemente de otros factores, se deban colocar prótesis plásticas y un catéter nasocolección a los pacientes con necrosis pancreática².

La resección completa de los pólipos en el colon es importante porque el tejido remanente puede tener un papel en los llamados cánceres de intervalo. Actualmente las recomendaciones nos dicen que los pólipos menores de 5 y 10 mm pueden researse con asa fría, sin embargo, existe un gran número de pólipos colónicos detectados que miden ≤ 3 mm y que potencialmente pudieran ser reseados únicamente con las pinzas de biopsias convencionales. Ello traería como ventaja un menor tiempo para la resección y potenciales ahorros económicos.

Para evaluar si en el caso de estos pólipos ≤ 3 mm la resección con asa fría vs. resección con pinzas de biopsia son equivalentes se llevó a cabo un estudio en el cual posterior a la resección de los pólipos se tomaron biopsias de los márgenes de la resección. Para evaluar el desenlace de no inferioridad en la resección completa de los pólipos, se definió esta como la ausencia de tejido de pólipo en los márgenes de la resección evaluados por las biopsias.

Se incluyeron 179 pacientes con 279 pólipos, los cuales se asignaron de forma aleatoria a 138 lesiones para el grupo de asa fría (AF) y 141 en el grupo de

pinzas de biopsia (PB). El tiempo de resección fue mayor para el grupo de AF (42.3 vs. 23.2 segundos; $p < 0.001$). La resección en una sola pieza fue mejor para el grupo de AF (15.6 vs. 3.6%; $p < 0.001$). La tasa de resección completa fue similar en ambos grupos con una diferencia en las tasa del 0.057% (IC95%: -4.30% a 4.53%). La conclusión del estudio es que la tasa de resección completa de pólipos colónicos ≤ 3 mm con PB no es inferior a la alcanzada con AF³.

Comentario: en la práctica clínica, cuando encontramos un pólipo ≤ 3 mm, la mayoría de los endoscopistas realizamos la resección con PB por cuestiones económicas y de tiempo. Este estudio viene a dar sustento a dicha práctica.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Chavan R, Nabi Z, Lakhtakia S, Gupta R, Jahangeer B, Talukdar R, et al. Impact of transmural plastic stent on recurrence of pancreatic fluid collection after metal stent removal in disconnected pancreatic duct: a randomized controlled trial. *Endoscopy*. 2022;54(9):861-8.
2. Boxhoorn L, Verdonk R, Besselink MG, Boermeester M, Bollen TL, Aw Bouwense S, et al. Comparison of lumen-apposing metal stents versus double-pigtail plastic stents for infected necrotising pancreatitis. *Gut*. 2022 Jun 14;gutjnl-2021-325632. doi: 10.1136/gutjnl-2021-325632. Online ahead of print
3. Wei MT, Louie CY, Chen Y, Pan JY, Quan SY, Wong R, et al. Randomized controlled trial investigating cold snare and forceps polypectomy among small POLYPS in rates of complete resection: The TINYPOLYP Trial. *Am J Gastroenterol*. 2022;117:1305-10.