



Check for updates

Esfinterotomía endoscópica seguida de dilatación de la papila en pacientes con coledocolitiasis de grandes elementos: reporte de 58 procedimientos realizados en el Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga

Jorge Alejandro Villar-Tapia*, Eduardo Alzúa-Pichardo, Juan Carlos Silis-Cravioto, Edgar Alan de León-Rojas, Luis Federico Torreblanca-Sierra, Viridiana Oregel-Aguilar, Edwin Ornelas-Escobedo, Rosario Valdés-Lias

Servicio de Endoscopía Gastrointestinal, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: la esfinterotomía endoscópica seguida de dilatación de la papila (EE-DP) con balón hidrostático es un procedimiento diseñado para extraer litos grandes y evitar las altas tasas de pancreatitis observadas cuando se realiza dilatación de la papila sin esfinterotomía en el tratamiento de la coledocolitiasis. **Objetivo:** reportar nuestra experiencia en una serie de pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis de grandes elementos tratados con EE-DP. **Material y métodos:** se analizaron de manera ambispectiva pacientes con coledocolitiasis de grandes elementos (≥ 10 mm) a los que se les realizó EE-DP. **Resultados:** se incluyeron 54 pacientes con una mediana de edad de 62 años (rango 26-93 años); 34 fueron mujeres (62.96%). La mediana del diámetro del balón de dilatación fue de 12 mm (rango 7-20 mm). Se tuvo éxito en la primera sesión en 36 pacientes (66.6%). Se presentaron 9 (15.5%) complicaciones inmediatas y ningún caso de mortalidad. **Conclusiones:** mediante la EE-DP pueden resolverse la mayoría de las coledocolitiasis de grandes elementos con seguridad.

Abstract

Introduction: endoscopic sphincterotomy followed by papillary balloon dilation (ES-LBD) is a procedure designed to manage large bile duct stones and to avoid the high pancreatitis rates related to papillary balloon dilation without sphincterotomy in patients with choledocholithiasis. **Objective:** to report our experience in patients with large bile duct stones managed with ES-LBD. **Material and methods:** we made an ambispective study in patients with large bile duct stones (≥ 10 mm) managed with ES-LBD. **Results:** 54 patients were included, with a median age of 62 years (range 26-93 years); 34 (62.96%) were female. The median balloon dilation diameter was 12 mm (7-20 mm). The procedure was successful in 36 (66.6%) patients. There were 9 (15.5%) complications and no mortality. **Conclusions:** ES-LBD can be performed successfully and safely in most patients with large bile duct stones.

Autor de correspondencia:

Jorge Alejandro Villar Tapia

E-mail: alejandrovillartapia@gmail.com

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

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000051

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):62-64

www.endoscopia-ameg.com

Introducción

La colelitiasis es una enfermedad frecuente en México, en un estudio realizado con una muestra de 21,446 necropsias, se encontró una prevalencia de 14.3%¹. Una complicación frecuente es la coledocolitiasis, la cual se debe en la mayoría de los casos, a la migración espontánea de litos vesiculares a la vía biliar². Esta entidad se llega a presentar de manera asintomática hasta en el 13.2% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por colelitiasis³.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es un procedimiento de mínima invasión que permite la extracción de los litos de la vía biliar. Las técnicas endoscópicas convencionales (esfinterotomía biliar más extracción con canastilla de Dormía) pueden extraer los litos en su totalidad en el 86 al 91% de los pacientes. Las 2 causas más frecuentes por las cuales no es posible resolver la coledocolitiasis son los litos de gran tamaño y la desproporción lito colédoco⁴.

La litotripsia intraductal (con láser o electrohidráulica) y la esfinterotomía endoscópica seguida de dilatación de la papila han demostrado su utilidad para la extracción en casos difíciles^{5,6}.

Algunos estudios han demostrado que la terapia intraductal y la EE-DP tienen una eficacia similar para el manejo de la coledocolitiasis de grandes elementos⁷, siendo la EE-DP más accesible.

Sin embargo, varios eventos adversos se relacionan con EE-DP (hasta un 10%)⁸, por lo que debe seleccionarse correctamente a los pacientes que son candidatos a estos tratamientos.

Objetivo

Reportar nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes con coledocolitiasis de grandes elementos mediante esfinterotomía endoscópica seguida de dilatación de la papila.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, ambispectivo y observacional de una serie de casos. Se incluyeron pacientes que acudieron al Servicio de Endoscopía Gastrointestinal del Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga, de octubre de 2010 a mayo de 2019, con diagnóstico de coledocolitiasis de grandes elementos (>10 mm) sometidos a EE-DP. La indicación de la dilatación de la papila fue la desproporción del

tamaño del lito con el diámetro del orificio de la papila o con el diámetro del colédoco. Cada endoscopista decidió, a su criterio, el diámetro del balón, número de insuflaciones y duración de la dilatación. El barrido fue realizado con balón o canastilla de extracción. En aquellos pacientes que no fue posible extraer todos los litos se colocó prótesis biliar plástica.

Se definió como pancreatitis post-CPRE al dolor abdominal persistente asociado a un incremento de lipasa por encima de 3 veces el valor máximo normal. Como parte del protocolo del servicio, desde hace 2 años a todos los pacientes se les aplicaron 100 mg de indometacina rectal previo a la CPRE.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron todos los pacientes sometidos a EE-DP en el período de octubre de 2010 a mayo de 2019, con coledocolitiasis mayor a 10 mm de diámetro. Se excluyeron aquellos que no contaban con expediente completo.

Análisis estadísticos

Se utilizó estadística descriptiva, mediante el cálculo de media y desviación estándar o mediana e intervalo mínimo-máximo, según fuera apropiado. Asimismo, se utilizaron proporciones para las variables nominales.

Resultados

Se incluyeron 54 pacientes, 34 (62.96%) fueron mujeres, con una mediana de edad de 62 años (rango 26-93 años) y se realizaron 58 procedimientos de CPRE con EE-DP. La mediana del número de cálculos fue de uno (rango 1-3), el tamaño del lito fue de 14 mm (rango 10-23), el diámetro del colédoco fue de 15.4 mm (rango 7.4-24.4 mm), el diámetro del balón de dilatación utilizado fue de 12 mm (rango 7-20).

En cuanto a los métodos de extracción, en 38 (65.5%) de los procedimientos se utilizó balón extractor, en 14 (24.1%) se usó canastilla (de los cuales se realizó litotripsia mecánica en 8). En el resto de los pacientes no se especificó el método utilizado.

La coledocolitiasis fue resuelta en 36 (66.6%) pacientes, cuatro requirieron de dos sesiones de EE-DP, y seis de litotripsia mecánica. Se presentaron nueve complicaciones inmediatas (15.5%), seis sangrados del sitio de la esfinterotomía que fueron manejados con irrigación de epinefrina, dos canastillas de extracción impactadas (no compatibles con litotriptor) resueltas en

el quirófano, y un evento de depresión respiratoria. No se reportaron eventos de perforación ni mortalidad en las cuatro semanas posteriores al procedimiento.

21 (38.8%) pacientes presentaron coledocolitiasis mayor a 15 mm, el procedimiento fue exitoso en el 71% de los casos.

18 pacientes (33.3%) se reportaron como coledocolitiasis de grandes elementos no resuelta, dos de ellos a pesar del uso de litotripsia mecánica. En nueve (50%) de estos casos la papila se dilató a un diámetro menor que el del lito, cuatro (22.2%) presentaron coledocolitiasis múltiple, y dos (11.1%) tuvieron atrapamiento de la canastilla extractora.

Se colocó prótesis biliar plástica a 12 (66.6%) de los 18 pacientes con coledocolitiasis de grandes elementos no resuelta. En tres pacientes no fue posible avanzar la prótesis, uno presentó depresión respiratoria y dos fueron los casos con canastilla impactada previamente descritos.

21 pacientes se incluyeron en el estudio prospectivo, de los cuales 2 (9.5%) presentaron pancreatitis post-CPRE leve, la cual remitió sin otro tipo de complicaciones.

Discusión

Similar a lo reportado previamente en México por Meixueiro-Daza et al⁹, nuestro estudio tuvo una tasa de éxito del 66.6% para litiasis mayor de 10 mm y de 71% para litiasis mayor de 15 mm, realizándose una segunda sesión cuatro pacientes y en otros 8 realizándose litotripsia mecánica, reflejando lo reportado en otros estudios.

La tasa de complicaciones inmediatas obtenidas (15.5%) no es nada despreciable, sin embargo, muchas de estas complicaciones fueron resueltas de inmediato

con irrigación de epinefrina o terapia ventilatoria y solo el 3.4% necesitaron de intervención quirúrgica para resolverse.

En conclusión, la técnica de esfinterotomía endoscópica seguida de dilatación de la papila con balón hidrostático ha llegado a ser, por lo menos en nuestro centro, uno de los tratamientos más comúnmente realizados para la extracción de cálculos de gran tamaño y aun que no se encuentra exento de complicaciones la mayoría de ellas son menores y resueltas durante el mismo procedimiento.

Con esta investigación confirmamos que este procedimiento requiere ser estandarizado para mejorar los resultados y disminuir las complicaciones.

Referencias

1. Méndez-Sánchez N, Jessurun J, Ponciano-Rodríguez G, et al. Prevalence of gallstone disease in Mexico. A necropsy study. *Dig Dis Sci* 1993;38(4):680-3.
2. McNicoll CF, St Hill CR. Choledocholithiasis. [Updated 2018 Nov 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441961/>
3. González-Pérez LG, Zaldívar-Ramírez FR, Tapia-Contla BR. Factores de riesgo de la coledocolitiasis asintomática; experiencia en el Hospital General de México. *Cir Gen* 2018;40(3):164-168.
4. Ersöz G, Tekesin O, Oztemiz AO, et al. Biliary sphincterotomy plus dilation with a large balloon for bile duct stones that are difficult to extract. *Gastrointest Endosc* 2003;57:156-9.
5. Brewer Gutierrez Ol, Bekkali NLH, Rajzman I, et al. Efficacy and safety of digital single-operator cholangioscopy for difficult biliary stones. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017;16:918-26.
6. Teoh AYB, Cheung FKY, Hu B, et al. Randomized trial of endoscopic sphincterotomy with balloon dilation versus endoscopic sphincterotomy alone for removal of bile duct stones. *Gastroenterology* 2013;144:341-5.
7. ASGE Standards of Practice Committee, Buxbaum JL, Abbas Fehmi SM, et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc*. 2019 Jun;89(6):1075-1105.e15.
8. Park SJ, Kim JH, Hwang JC, et al. Factors predictive of adverse events following endoscopic papillary large balloon dilation: results from a multicenter series. *Dig Dis Sci*. 2013 Apr;58(4):1100-9
9. Meixueiro-Daza A, Valdovinos-Andraca F, Ramírez-Luna MA. Manejo endoscópico de coledocolitiasis: esfinterotomía biliar más dilatación de la papila para el manejo de litiasis de gran tamaño. *Endoscopia*, 2012;24(1):1.