50 AÑOS DE PANCREATITIS POST-CPRE

50 years of post-ERCP pancreatitis

Jesús García-Cano
Miriam Viñuelas Chicano
Laura Valiente González

Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

EDITORIAL

En 2023 se cumplirán cincuenta años de las primeras esfinterotomías biliares endoscópicas, realizadas en Alemania y Japón en 1973. El 19 de agosto de 1974, el Profesor Kawai, uno de los iniciadores de la técnica, presentó su experiencia inicial en el Centro Médico Nacional de México, durante la celebración del III Congreso Internacional de Endoscopia Gastrointestinal. La innovación fue recibida como un extraordinario logro y todos los asistentes aplaudieron lo que se preveía como uno de los mayores hitos en la endoscopia digestiva terapéutica [1]. Junto a la historia de éxitos de la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la pancreatitis aguda post-CPRE (PPC) ha supuesto y sigue suponiendo una enorme carga.

La reacción del páncreas a la manipulación de la Papila de Vater, tan violenta en ocasiones, convierte a la PPC en una de las complicaciones más frecuentes y a veces graves de la endoscopia digestiva terapéutica.

El problema es primero para el paciente que sufre las molestias derivadas del dolor, prolongación de la estancia hospitalaria, días de sueroterapia y otros tratamientos y procedimientos a medida que la PPC persiste o se complica. Junto a las molestias físicas, los pacientes y sus familiares pueden experimentar enfado, ansiedad y la incertidumbre de una posible evolución desfavorable.

La PPC supone también una carga psicológica importante para el endoscopista. La mayoría de las PPC suelen ser leves, pero muchas veces, al inicio, es difícil predecir cuál será su curso. Además, en ocasiones los pacientes llevan casi de por vida entre sus antecedentes personales la “pancreatitis post-CPRE”, aunque no haya revestido ninguna gravedad. Es curiosa la repetición una y otra vez de esta complicación, a veces anodina, en las historias de los pacientes, facilitada por el “copia-pego” de los programas informáticos.

Uno de los factores más limitantes para el aprendizaje de la CPRE es precisamente el riesgo de pancreatitis, que aumenta con los intentos prolongados de canulación [2].

En estos casi cincuenta años de CPRE terapéutica se han realizado infinidad de estudios para intentar reducir la tasa de PPC, o al menos su gravedad. En este número de la Revista Castellana de Gastroenterología, Navajas Serena y cols. [3] presentan una actualización sobre la profilaxis de la PPC. Es una interesante revisión narrativa para la que se han utilizado las guías de consenso europeas, americanas y japonesas, además de una búsqueda dirigida en Pubmed.

Los factores relacionados con la profilaxis de la PPC se encuadraban tradicionalmente en las tres "p", o sea: paciente, procedimiento y prótesis pancreáticas. Podía añadirse una cuarta "p" para indicar que la adecuada perfusión intravenosa se ha relacionado también con una disminución de la PPC. Navajas Serena y cols. [3] simplifican esta clasificación, reduciendo los factores a los relacionados con el paciente y la técnica.

Con respecto a los pacientes, lo primero debe ser una indicación correcta. La ictericia (o colestasis) obstructiva y las fístulas son los dos motivos principales para realizar una CPRE [4]. Es muy conveniente, siempre que sea posible, disponer de una colangiorresonancia previa al procedimiento para así delinear el mapa biliar. El objetivo de la endoscopia no será obtener buenas imágenes con la inyección de gran cantidad de contraste, sino drenar la obstrucción. De hecho, aquellos pacientes con el colédoco sin dilatar o con bilirrubina normal parecen tener más posibilidades de desarrollar una PPC.

La disquinesia o disfunción del esfínter de Oddi (DEO) es una entidad en ocasiones confusa. El cuadro típico es una paciente con dolor tras la colecistectomía. Probablemente solo habría que hacer una CPRE si hay también dilatación coledociana y colestasis. Es lo que se conoce como DEO tipo I y puede corresponder a una estenosis papilar. Estas pacientes, no obstante, tienen una probabilidad elevada de desarrollar PPC. El sexo femenino y quizás una edad menor de 60 años son también factores de riesgo. Finalmente, hay páncreas que parecen preparados para desarrollar fácilmente PPC. Son aquellos que han sufrido pancreatitis previas con o sin CPRE y los pacientes con enfermedad renal. Por el contrario, la pancreatitis crónica parece ser un factor protector.

A pesar de una adecuada selección, la PPC sigue siendo una complicación frecuente. Por este motivo se han ensayado gran cantidad de fármacos que puedan prevenirla. Actualmente se encuentran en posición destacada la indometacina o el diclofenaco en supositorios. Muchos de nuestros pacientes no salen de su asombro ante esta forma tan antigua y "poco elegante" de administración. Pero los estudios no avalan, por ejemplo, que la vía intravenosa ofrezca protección. En principio, si no hay contraindicaciones como la insuficiencia renal, es muy conveniente administrarlos antes de la CPRE, por que, al menos, daño no hacen [5].

La hidratación forzada con suero Ringer lactato también parece tener un papel protector en la PPC, pero no todos los pacientes pueden tolerar esta sobrecarga hídrica. Por último, los nitratos, utilizados ya desde hace tiempo [6], podrían emplearse por vía sublingual antes del procedimiento, en las ocasiones en que haya contraindicación para los AINES o la hidratación forzada.

Con respecto a la técnica de la CPRE, la mayoría tienen como objetivo drenar la vía biliar. Es de sobra conocido que la canulación profunda del colédoco es el aspecto más vital de la CPRE [7]. De hecho, se considera que el endoscopista comienza a estar suficientemente adiestrado para realizar la técnica cuando, en una Papila de Vater intacta, consigue la canulación del colédoco en, al menos, el 80% de las ocasiones [8]. La canulación biliar es un arte [9] que se perfecciona procedimiento a procedimiento.

En el clásico estudio de Freeman et al. [10] sobre las complicaciones de la esfinterotomía biliar, publicado en 1996 en el New England Journal of Medicine, la PPC se relacionó más con la canulación difícil que con la misma esfinterotomía y fue el factor más importante relacionado con esta complicación.

Actualmente la mayoría de endoscopistas comienzan la canulación con un esfinterotomo con tres canales, a los que también se denomina como "luces". Por una de ellas se introduce una guía con punta hidrofílica que ayuda a la canulación profunda del colédoco. Otro de los canales sirve para la inyección del contraste y el tercero para el hilo de corte. Casi nunca se inyecta contraste antes de que la guía haya avanzado profundamente. Navajas Serena y cols. [3] citan numerosos trabajos que apoyan la canulación con guía en contra de la canulación con contraste. De hecho, la Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva (ESGE) considera la canulación con guía como la técnica de elección [11].

Es muy recomendable que sea el mismo endoscopista el que manipule la guía. Parece que de este modo la tasa de canulación del colédoco es mayor y el traumatismo sobre el páncreas menor, disminuyendo también la probabilidad de desarrollar PPC [12].

En los intentos de canulación del colédoco, es frecuente que la guía entre en el Wirsung. Las denominadas "técnicas pancreáticas" para canular la vía biliar se fundamentan en el paso de la guía al conducto pancreático. La doble guía [13] **figura 1** la esfinterotomía pancreática y la inserción de una prótesis plástica en el páncreas pueden utilizarse de forma aislada o en combinación para conseguir la canulación biliar **figura 2**. Quizás no deba llamarse "canulación difícil" a la utilización del páncreas como "escalón" para alcanzar el colédoco, cuando la guía está adecuadamente situada a lo largo del Wirsung. La dificultad auténtica es cuando no logra canularse ningún conducto y hay que emplear la técnica del precorte con aguja. En nuestra experiencia, si las técnicas pancreáticas acaban con la inserción de una prótesis plástica en el Wirsung, la probabilidad de PPC es pequeña [14]. Recientemente han aparecido dos estudios que comparan la técnica de la doble guía con la esfinterotomía pancreática [15, 16]. En ambos la tasa de canulación biliar es mayor con la denominada "esfinterotomia biliar transpancreática" y la tasa de pancreatitis menor. Sin embargo, en muchas ocasiones no se colocaron prótesis pancreáticas al final de la CPRE, que pensamos son necesarias siempre que la guía ha pasado al Wirsung.

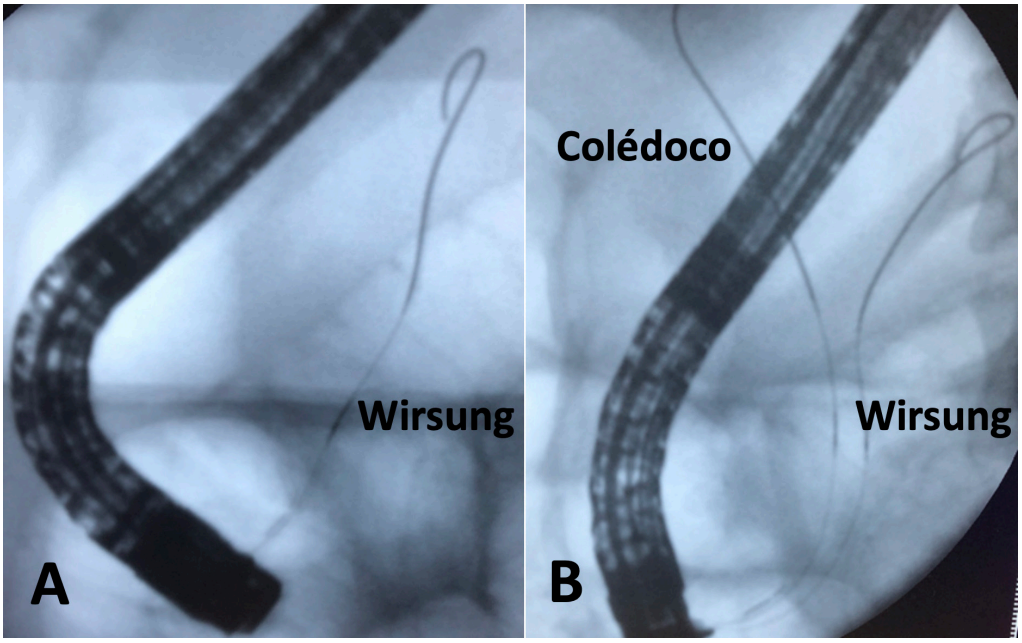

Figura 1.
Las técnicas pancreáticas para canular el colédoco se fundamentan en la inserción de una guía correctamente a lo largo del Wirsung. A) En los intentos de canular la vía biliar, una guía Visiglide® (Olympus) de 0,025 pulgadas y punta angulada ha entrado de forma involuntaria en el conducto pancreático principal. B) El colédoco se ha canulado con otra guía similar por encima de la pancreática. Esta técnica se conoce como "doble guía".

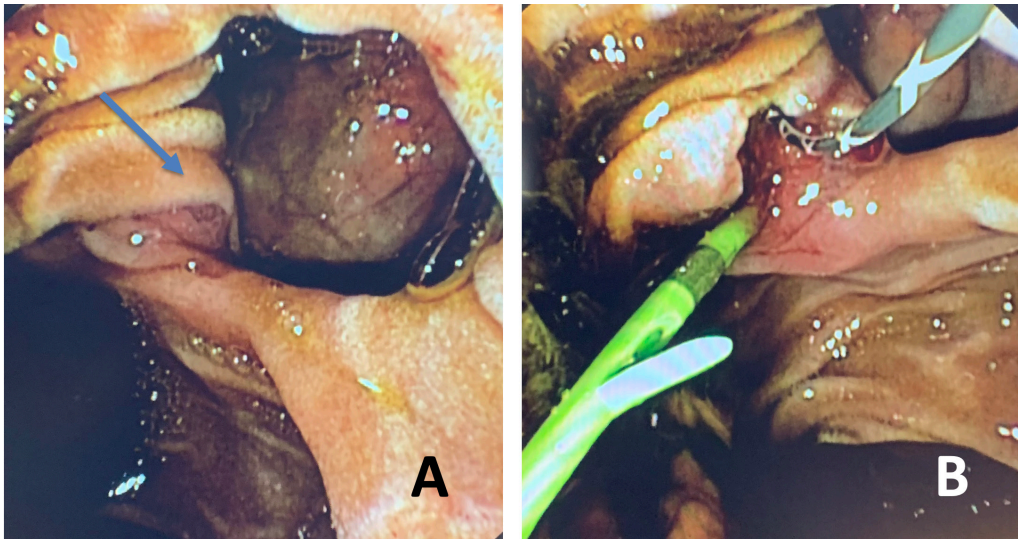

Figura 2.
Técnicas pancreáticas para canular el colédoco en la CPRE.
A) Papila de Vater (flecha) difícil de canular, de pequeño tamaño y en el borde de un divertículo, en un paciente con coledocolitiasis B) Tras pasar una guía al Wirsung se realizó una esfinterotomía pancreática, se colocó una prótesis plástica en el páncreas y sobre ella se canuló el colédoco. En la imagen ya se había realizado también una esfinterotomía biliar

Como conclusión, por muchos años que se lleve haciendo CPRE y mucha literatura leída, la revisión de Navajas Serena y cols. [3] sobre la profilaxis de la PPC merece una lectura detenida. La frase de Cotton: "el paciente que tiene más complicaciones en la CPRE es el que menos la necesita" [17], resume la necesidad de no realizar este procedimiento por indicaciones marginales. Si no hay insuficiencia renal u otra contraindicación debería administrarse un supositorio de 100 mg de indometacina o diclofenaco a todos los pacientes antes de la CPRE. Cuando sea posible, debe emplearse una buena hidratación intravenosa. Si la guía entra correctamente en el Wirsung, debería utilizarse como ayuda para canular el colédoco, dejando al final de la CPRE una prótesis plástica de 5 french. No obstante, a pesar de haber empleado una técnica exquisita, siempre puede producirse una PPC. Por lo tanto, hay que comentar esta posibilidad con el paciente y sus familiares antes de cualquier procedimiento.

1. Vázquez-Iglesias JL. Esfinterotomía endoscópica. En: Vázquez-Iglesias JL, editor. Endoscopia digestiva alta II. Terapéutica. La Coruña: Galicia Editorial S.A.; 1995. p. 165-95.

2. Lee YS, Cho CM, Cho KB, et al. Difficult biliary cannulation from the perspective of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: identifying the optimal timing for the rescue cannulation technique. Gut Liver 2021; 15:459-465. doi: 10.5009/gnl19304.

3. Navajas Serena S, Gala Moreno I, Santos Rodríguez A, et al. Profilaxis de la pancreatitis aguda post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: actualización del tema. Rev ACAD 2021; 36 (4): 215-224

4. Summerfield JA. Biliary obstruction is best managed by endoscopists. Gut 1988; 29:741-5. doi: 10.1136/gut.29.6.741.
5. García-Cano J, Viñuelas Chicano M. Should we administer rectal anti-inflammatory drugs in all ERCPs in order to prevent pancreatitis? At least, it does not harm! Rev Esp Enferm Dig 2020; 112:167-9. DOI: 10.17235/reed.2020.6871/2020.
6. Moretó M, Zaballa M, Casado I, et al. Transdermal glyceryl trinitrate for prevention of post-ERCP pancreatitis: A randomized double-blind trial. Gastrointest Endosc. 2003; 57: 1-7. doi: 10.1067/mge.2003.29.
7. Adler DG. Top 10 things to remember when cannulating the bile duct in patients with native papillary anatomy during ERCP (with videos). Gastrointest Endosc. 2021; 94: 995-997. doi: 10.1016/j.gie.2021.08.001.
8. García-Cano J. 200 supervised procedures: the minimum threshold number for competency in performing endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Surg Endosc. 2007; 21: 1254-5. doi: 10.1007/s00464-006-9013-y.
9. Hawes RH, Devière J. How I cannulate the bile duct. Gastrointest Endosc 2018; 87 :1-3. DOI: 10.1016/j.gie.2017.09.008.
10. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. N Engl J Med 1996; 335: 909-18. doi: 10.1056/NEJM199609263351301.
11. Testoni PA, Mariani A, Aabakken L, et al. Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2016; 48: 657-83. doi: 10.1055/s-0042-108641.
12. Buxbaum J, Leonor P, Tung J, et al. Randomized trial of endoscopist-controlled vs. assistant-controlled wire-guided cannulation of the bile duct. Am J Gastroenterol 2016; 111:1841-7. DOI: 10.1038/ajg.2016.268.
13. Herreros de Tejada A, Calleja JL, Díaz G, Pertejo V, et al. Double-guidewire technique for difficult bile duct cannulation: a multicenter randomized, controlled trial. Gastrointest Endosc 2009;70: 700-9. doi: 10.1016/j.gie.2009.03.031.
14. García-Cano J, Viñuelas Chicano M, Del Moral Martínez M, et al. Pancreatic stent insertion after an unintentional guidewire cannulation of the pancreatic duct during ERCP. Rev Esp Enferm Dig 2018; 110: 416-20. DOI: 10.17235/reed.2018.5230/2017.
15. Guzmán-Calderón E, Martinez-Moreno B, Casellas JA et al. Transpancreatic precut papillotomy versus double-guidewire technique in difficult biliary cannulation: a systematic review and meta-analysis. Endosc Int Open 2021; 09: E1758–E1767.
16. Kylänpää L, Koskensalo V, Saarela A, et al. Transpancreatic biliary sphincterotomy versus double guidewire in difficult biliary cannulation: a randomized controlled trial. Endoscopy 2021; 53:1011-1019. doi: 10.1055/a-1327-2025.
17. Cotton PB. ERCP is most dangerous for people who need it least. Gastrointest Endosc 2001; 54: 535-6. doi: 10.1067/mge.2001.118446. PMID: 11577330.