



PRÓTESIS BILIARES EN CPRE CON EXTRACCIÓN INCOMPLETA DE COLEDOCOLITIASIS

Jesús García-Cano

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

La extracción de coledocolitiasis continúa siendo la principal indicación para realizar CPRE desde el comienzo de la técnica en 1973. Inicialmente, las litiasis se dejaban en el colédoco esperando una expulsión espontánea a través del orificio papilar abierto por la esfinterotomía biliar.

La expulsión espontánea de coledocolitiasis es un hecho muy conocido. Por ejemplo, en la pancreatitis aguda biliar, el cálculo, tras desencadenar la cascada inflamatoria, se expulsa casi siempre espontáneamente y la CPRE tiene poca utilidad. La expulsión espontánea suele ser muy frecuente, también, para gran cantidad de coledocolitiasis menores de 5 mm observadas actualmente con frecuencia en la ecoendoscopia. En estos casos hay que valorar con mucho cuidado si la CPRE y sus posibles complicaciones son una opción más útil que esperar la resolución espontánea.

Por el contrario, muy pronto tras el comienzo de la terapéutica biliar endoscópica, se observó que no extraer las coledocolitiasis tras una CPRE suponía un factor importante para complicaciones graves como colangitis. Era debido, en gran parte, a la inyección de contraste en una vía biliar obstruida y no drenada satisfactoriamente al quedar litiasis al final del procedimiento. La práctica habitual fue, por lo tanto, extraer las coledocolitiasis de forma activa con balones o cestas de Dormia en vez de esperar la expulsión espontánea.

Como ocurre habitualmente en Medicina, tras la emoción inicial de poder extraer coledocolitiasis por un método mínimamente invasivo (CPRE), los endoscopistas comenzaron a asombrarse de la gran cantidad de ocasiones en que no era posible limpiar completamente el colédoco en una sola sesión debido a que el tamaño de las litiasis era mayor que el de la esfinterotomía, existían gran cantidad de cálculos o el colédoco distal presentaba una estenosis inflamatoria¹. La inserción de prótesis plásticas al final de la CPRE con limpieza coledociana incompleta ha sido, desde hace años, el método más eficaz para evitar complicaciones².

En este número de la Revista de la Asociación Castellana de Aparato Digestivo (ACAD) aparece un nuevo estudio sobre la utilización de prótesis biliares plásticas en las CPRE con extracción incompleta de coledocolitiasis³. Una de las conclusiones más notorias de este trabajo es corroborar lo que dijo Cotton en 1995⁴, los resultados de la inserción de prótesis biliares en estas circunstancias son muy buenas de forma inmediata, pero, a largo plazo, puede haber complicaciones.

La inserción de prótesis plásticas es una de las técnicas básicas que debe aprenderse en los inicios de la formación en CPRE. Garantiza, casi siempre, que no habrá colangitis tras la intervención cuando se ha inyectado contraste en una vía biliar que puede continuar

obstruida tras el procedimiento. En las ocasiones en que la obstrucción está por debajo del hilio hepático -como es el caso de la mayoría de las coledocolitiasis- la inserción suele ser fácil. De hecho, no debería realizarse endoscopia biliar si no se es capaz de poder insertar una prótesis.

En la mayoría de las CPRE por coledocolitiasis se realiza una esfinterotomía biliar para su extracción. Por lo tanto, aún con litiasis residuales la bilis puede drenar alrededor del cálculo y expulsarse al duodeno a través del orificio papilar abierto por la esfinterotomía. La ictericia que puede presentarse en las coledocolitiasis es fluctuante. Los cálculos no producen una estenosis fija sino móvil. El objetivo de la prótesis plástica cuando el colédoco no ha quedado completamente limpio es impedir que se impacte una litiasis en la parte distal y bloquee la salida del conducto biliar. Por lo tanto, casi cualquier tipo de prótesis plástica y diámetro es útil. No se pretende que la bilis se expulse por el orificio interno de la prótesis, sino que ésta deje espacio para la bilis pueda salir al duodeno por los resquicios que se forman entre coledocolitiasis, prótesis plástica y esfinterotomía biliar. Personalmente⁵ prefiero las prótesis con doble arandela, trenza o “pigtail” como se la conoce en inglés (Figura 1). Las prótesis rectas cortas (unos 5 cm de longitud), a veces pueden migrar dentro de la vía biliar y su extracción endoscópica es más problemática.

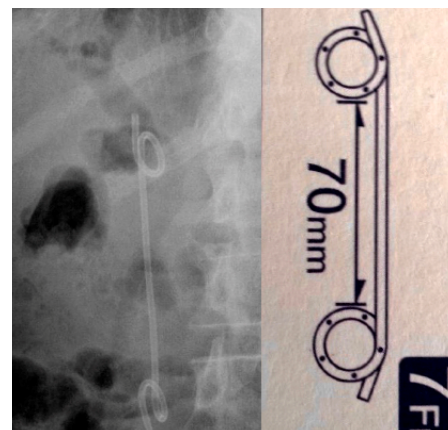


Figura 1. Prótesis biliar plástica de doble “pigtail”. Quizá más fácil de extraer endoscópicamente y con menos posibilidades de migrar dentro de la vía biliar.

Los autores³ emplearon prótesis rectas de 8,5 Fr con buenos resultados inmediatos. No son necesarias prótesis de más de 9-10 cm. Además, prótesis más largas pueden migrar y perforar la porción duodenal situada enfrente de la papila⁶.

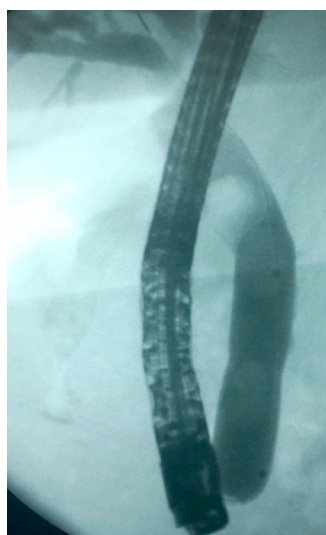


Figura 2. Dilatación de la esfinterotomía biliar para extraer cálculos de gran tamaño. Los aspectos más importantes para evitar perforaciones son que las litiasis queden por encima del balón y que el diámetro del balón sea parecido al calibre del colédoco.

En casi un 68% de los pacientes en los que se insertó una prótesis se realizaron nuevas CPRE en un tiempo medio de 3 meses para obtener una limpieza coledociana completa. Algunos enfermos necesitaron hasta 5 CPRE para extraer todas las coledocolitiasis. Y se sobreentiende que tras cada procedimiento incompleto se colocó una nueva prótesis para evitar complicaciones. Puede sorprender que incluso en el momento actual en el que se realiza con frecuencia la dilatación de la esfinterotomía biliar endoscópica -DEBE-⁷ haya pacientes en los que se precisen tantas CPRE. Este hecho refleja la complejidad de la técnica y subraya el viejo adagio de “*primum non nocere*”. Uno de los aspectos más determinantes para evitar complicaciones en la DEBE es no dilatar la papila mucho más del calibre del colédoco distal (Figura 2). Y en muchos pacientes con coledocolitiasis esta porción biliar final presenta un estrechamiento por la presencia de divertículos o estenosis inflamatorias.

El 16% de los pacientes con extracción incompleta de coledocolitiasis tenían también colelitiasis y no se hicieron más CPRE, sino que se programaron para resolver quirúrgicamente ambos problemas. Es importante que los autores comuniquen este hecho que, aunque podría considerarse como un deshonor para el endoscopista biliar (remitir a pacientes para coledocotomía tras casi 45 años de existencia de la CPRE!) refleja, de nuevo, la gran variabilidad de situaciones en las que puede presentarse la coledocolitiasis. De hecho, en dos pacientes se realizó una coledocoduodenostomía quirúrgica que probablemente indica la presencia de una gran dilatación coledociana difícil de limpiar completamente por endoscopia. Algunos colédocos presentan características especiales, como una gran angulación⁸ que hacen difícil quedar permanentemente sin coledocolitiasis. En el tiempo de

espera para la cirugía un paciente presentó una colecistitis aguda. Nuevo dato significativo de cómo el drenaje de la vía biliar no soluciona el problema básico que es la colelitiasis. Es más, los pacientes con esfinterotomía biliar tienen más riesgo de colecistitis por el reflujo duodenobiliar. Debido en ocasiones a las largas listas de espera para colecistectomía los pacientes a los que se realizó una CPRE presentan con frecuencia recurrencia de la coledocolitiasis o colecistitis aguda litiásica. La norma habitual debería ser realizar colecistectomía precoz a los pacientes con vesícula a los que se extrajeron coledocolitiasis.

El tercer grupo de pacientes a los que se insertó una prótesis se hizo de forma paliativa definitiva. Enfermos añosos con gran comorbilidad que no se consideraron aptos para cirugías ni para nuevas CPRE. Lo que los autores denominan “disfunción de la prótesis” es probablemente la obstrucción de la vía biliar por más barro y nuevas coledocolitiasis procedentes de la vesícula. Ya se comentó que el objetivo de la prótesis no es que drene la bilis por dentro de ella sino dejar espacio para que pueda fluir por entre la coledocolitiasis, la esfinterotomía biliar y la misma prótesis. La mayoría de las colangitis aparecieron tras algo más de un año de la inserción y se solucionaron con nuevas CPRE. En estos pacientes quizás habría que considerar si la inserción de prótesis metálicas totalmente recubiertas, casi tan fáciles de extraer como las plásticas, podrían dar mejores resultados^{9,10}.

En conclusión, estudio muy valioso que refleja la complejidad de algunas coledocolitiasis y de cómo la CPRE puede seguir siendo la solución para la gran mayoría de estas situaciones extremas. Además, las CPRE repetidas con esfinterotomía previa pueden ser un buen inicio para los médicos que se encuentren formándose en la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Pérez Sola A, Morillas Ariño MJ. Success rate of complete extraction of common bile duct stones at first endoscopy attempt. *Rev Esp Enferm Dig* 2002;94:346-50.
2. García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Taberna Arana L, Racionero Moreno M, Morillas Ariño MJ, Pérez Sola A. Prótesis biliares plásticas en cálculos coledocianos no extraíbles endoscópicamente. *Revista de la ACAD* 2003; 19: 3-6.
3. Castillo Herrera LA, Quintanilla Lazaro EM, Castro Urda JL et al. Experiencia en la colocación de prótesis biliar plástica en coledocolitiasis en nuestro centro: estudio retrospectivo a 10 años. *Revista de la ACAD* 2017; 33:
4. Cotton PB. Stents for stones: Short-term good, long-term uncertain. *Gastrointest Endosc* 1995;42:272-3.
5. García-Cano J, Taberna-Arana L. Temporary placement of biliary pigtail stents after uncertain common bile duct stones clearance in ERCP. *United European Gastroenterology Journal* 2016; 4(5S): A178.
6. Sánchez-Tembleque MD, Naranjo Rodríguez A, Ruiz Morales R, Hervás Molina AJ, Calero Ayala B, de Dios Vega JF. Perforación duodenal por prótesis biliar endoscópica. *Gastroenterol Hepatol*. 2005; 28:225-7
7. García-Cano Lizcano J. Alternativas a la esfinterotomía clásica: dilatación hidrostática de la esfinterotomía biliar endoscópica para la extracción de coledocolitiasis difíciles. *Revista de la ACAD* 2009; 25: 120-4.
8. Keizman D, Shalom MI, Konikoff FM. An angulated common bile duct predisposes to recurrent symptomatic bile duct stones after endoscopic stone extraction. *Surg. Endosc*. 2006; 20: 1594-9.
9. García-Cano J, Reyes-Guevara AK, Martínez-Pérez T, Valiente-González L, Martínez-Fernández R, Viñuelas-Chicano M, et al. Fully covered self-expanding metal stents in the management of difficult common bile duct stones. *Rev Esp Enferm Dig* 2013;105:7-12.
10. Hartery K, Lee CS, Doherty GA, Murray FE, Cullen G, Patchett SE, Mulcahy HE. Covered self-expanding metal stents for the management of common bile duct stones. *Gastrointest Endosc* 2017;85:181-186.