

Resultados del drenaje endoscópico de la vía biliar en el tratamiento de la colangitis aguda

Orlando Felmer E¹, Jaime Vásquez Y², Pedro Yusef L³, Maria Alliende R², Carlos Cárcamo I⁴.

RESUMEN

La exploración quirúrgica de la vía biliar seguida de la instalación de una sonda de Kehr ha sido por años el tratamiento de elección de la colangitis aguda en los servicios de urgencia de nuestro país. Actualmente el drenaje endoscópico de la vía biliar se ha situado como la modalidad de elección dada su menor morbimortalidad. El objetivo del presente estudio es mostrar y analizar los resultados de la colangiografía endoscópica retrógrada (CPER) en el Hospital Clínico Regional de Valdivia en el tratamiento de la colangitis aguda. Se realiza un estudio retrospectivo mediante revisión de fichas clínicas en base a protocolo tipo de los pacientes intervenidos vía endoscópica con diagnóstico de colangitis aguda, entre los años 2004 y 2006 en dicho centro. Los datos fueron analizados mediante una planilla Excel. La serie está constituida por 70 pacientes, de los cuales el 62,9% corresponden a sexo femenino. La edad promedio corresponde a 70,4 años. Un 34,3% de los pacientes fue intervenido dentro de las primeras 24 horas de hospitalización. El tiempo de hospitalización total presentó una mediana de 5 días (1-19). La mediana del postoperatorio correspondió a 3 días (1-17). Un 91,4% de los pacientes es intervenido con diagnóstico preoperatorio de colangitis aguda, lo que se confirma en la totalidad de la muestra durante el procedimiento. A un 95,7% de los pacientes se les efectuó ecografía previa. Tomografía computada (TC) se realizó en un 5,7% de los casos y Colangiografía resonancia en un paciente (1,4%). Un 95,1% y un 77,1% de los pacientes presentó vía biliar dilatada ecográficamente y durante CPER respectivamente. En un 85,7% se confirma la presencia de coledocolitiasis. En un 1,7% no se logra la descompresión total de la vía biliar en un primer intento. En todos los casos se realizó tratamiento antibiótico, cuya mediana fue 10 días (2-17). No hubo complicaciones ni mortalidad relacionadas con el procedimiento. Según los resultados se puede afirmar que el tratamiento endoscópico de la colangitis aguda ofrece una alta tasa de éxito asociado a una baja tasa de morbilidad. (Palabras claves/Key words: Colangitis aguda/Acute cholangitis; Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada/Endoscopic retrograde cholangiopancreatography).

INTRODUCCIÓN

La colangitis aguda es un cuadro clínico caracterizado por una asociación entre obstrucción de la vía biliar e infección piógena de ésta^{1,2}. Sigue siendo grave y potencialmente letal particular-

mente en ancianos con comorbilidad o en caso de retraso en su diagnóstico y tratamiento^{3,4,5}.

La coledocolitiasis causa la gran mayoría de las obstrucciones (77-92%), describiéndose también secundarias a estenosis benignas, neoplásicas y parasitarias entre otras^{2,4,6}.

¹ Residente cirugía.

² Alumno medicina.

³ Interno medicina.

⁴ Cirujano digestivo, Profesor auxiliar.

Instituto de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

Unidad de Emergencia. Hospital Clínico Regional Valdivia.

Servicio de Cirugía. Hospital Clínico Regional Valdivia.

Correspondencia a: Dr. Carlos Cárcamo I. E-mail: ccarcamo@uach.cl

La presentación clásica es la descrita originalmente por Charcot en 1877, correspondiendo a ictericia, fiebre y dolor en cuadrante superior derecho^{3,7}. Reynolds observó en los casos más graves que se asociaba también a hipotensión y depresión del sensorio^{3,7}. No obstante, la mayoría de las veces no se presenta todo el conjunto de síntomas, sino sólo algunos de ellos. Respecto al laboratorio, además de leucocitosis se presenta un patrón colestásico, con hiperbilirrubinemia de tipo directo, aumento de fosfatasa alcalina y de transaminasas. Ecográficamente puede visualizarse una coledocolitiasis y más a menudo una dilatación de la vía biliar.

El manejo consiste en medidas de apoyo general, tratamiento antibiótico y desobstrucción de la vía biliar. Respecto a esto último, la exploración quirúrgica de la vía biliar seguida de la instalación de una sonda de Kehr ha sido por años el tratamiento de elección para este cuadro en los servicios de urgencia de nuestro país¹. Sin embargo, este tipo de terapia se asocia a una morbilidad y mortalidad elevadas⁴, que en nuestro centro alcanzó el 17.4% y 3.5% respectivamente en la última revisión publicada¹. La aparición de la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER) en 1968⁸ y su posterior consolidación en el manejo de esta patología redujo drásticamente la morbimortalidad y en la actualidad muy pocos discuten en que constituye el tratamiento de elección^{3,9,10}. Esta última consiste en la realización de una papilotomía endoscópica y posterior extracción de cálculos. En algunos casos ya sea por la gravedad del cuadro causal o dificultad técnica, se opta por instalar una endoprótesis biliar la que puede ser de carácter transitorio y ocasionalmente definitivo.

El objetivo de este estudio es mostrar y analizar los resultados del tratamiento endoscópico de la colangitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El presente estudio retrospectivo incluye a 70 pacientes sometidos a drenaje endoscópico de la vía biliar en el contexto del tratamiento de una colangitis aguda entre enero de 2004 y octubre de 2006. Los pacientes ingresaron a la unidad de emergencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia (HCRV) con el diagnóstico presuntivo de colangitis aguda. La selección de casos sólo tuvo relación con la disponibilidad de cirujano endoscopista y de pabellón para realizar el

procedimiento. Se realizó un estudio imagenológico mediante ecografía y estudio de laboratorio. Todos recibieron tratamiento antibiótico por tiempos variables. Se realizó una CPER bajo sedación profunda practicando una canulación selectiva de la vía biliar con papilótomo de arco y posterior inyección de contraste yodado hidrosoluble. Luego se realiza papilotomía sobre guía, lo que permite realizar este último procedimiento en forma más segura ya que mantiene en todo momento la canulación de la vía biliar. En caso de no lograr la canulación con el método antes descrito se realizó precorte, mediante papilótomo de punta, permitiendo el acceso a la vía biliar. En caso de coledocolitiasis, la extracción de cálculos se realizó con un canastillo de Dormia. En los casos de estenosis benigna o maligna de la vía biliar o frente a coledocolitiasis gigante se practicó la instalación de endoprótesis de 7 french de diversas longitudes confeccionadas por el mismo cirujano. No se contó con el recurso de litotripsia para la resolución de este último cuadro.

Se revisan en forma retrospectiva las fichas clínicas de los pacientes, y se incluyen los datos en un protocolo tipo. Se analizan distintas variables, como edad, sexo, procedencia, comorbilidad, tiempo de hospitalización, hallazgos imagenológicos y de laboratorio preoperatorios (se considera una vía biliar ecográficamente dilatada a un diámetro mayor o igual a 7 mm y a la exploración endoscópica igual o mayor a 10 mm, leucocitosis se consideró como un recuento mayor o igual a 10.000 glóbulos blancos por mm³), hallazgos intraoperatorios, evolución postoperatoria, morbilidad quirúrgica precoz y tardía, y mortalidad quirúrgica.

Los datos se analizan mediante una planilla Excel y se describe el promedio o mediana para los datos continuos según se especifique.

RESULTADOS

Durante el período en estudio, se realizaron 70 drenajes endoscópicos, en el contexto del tratamiento de una colangitis aguda. Se trata de de 44 mujeres (62,9%) y 26 hombres (37,1%) (tabla 1), con una edad promedio de 70,4 años (32-96) (tabla 2). El 74,3% de los casos era de procedencia urbana (tabla 3).

Treinta y nueve pacientes (55,7%), presentaban comorbilidad médica asociada al momento del ingreso, siendo la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus tipo 2 las más frecuentes (tabla 4).

Tabla 1. Distribución de pacientes según sexo

	N°	%
Hombres	26	37,1
Mujeres	44	62,9

Tabla 2. Promedio y rango de edad.

Promedio	70,4
Rango	32-96

Tabla 3. Distribución de pacientes según procedencia.

	N°	%
Urbano	52	74,3
Rural	18	25,7

Tabla 4. Comorbilidad asociada al ingreso.

COMORBILIDAD	N°	%
Hipertensión arterial	25	(35,7%)
Diabetes Mellitus tipo 2	7	(10%)
Cardiopatía	5	(7,1%)
Obesidad mórbida	2	(2,9%)
Patología Tiroidea	3	(4,3%)
Otros	12	(17,1%)

Un 34,3% de los pacientes fue intervenido dentro de las primeras 24 horas de hospitalización. El tiempo de hospitalización total presentó una mediana de 5 días (1-19). La mediana del postoperatorio correspondió a 3 días (1-17) (tabla 5). Un 91,4% de los pacientes es intervenido con diagnóstico preoperatorio de colangitis aguda, lo que se confirma en la totalidad de la muestra durante el procedimiento.

En el preoperatorio la totalidad de los casos presentó elevación de la bilirrubina total, siendo

Tabla 5. Promedios, medianas y rangos de estadía hospitalaria postoperatoria.

Promedio	3,5
Mediana	3
Rangos	1 -17

todos de predominio directo con promedios de 7,8 y 5,7 mg/dl respectivamente. En la tabla 6 se muestra los distintos rangos encontrados. Se midieron los niveles plasmáticos de las fosfatasas alcalinas en treinta y tres pacientes, presentando elevación de estas en un 100% con un promedio de 698 ml/dl. Las transaminasas marcaron un promedio de 163 y 194 ml/dl para aspartato-amino-transferasa (GOT) y alanina-amino-transferasa (GPT) respectivamente. Un 87,5% de los pacientes presentó leucocitosis. Ecografía preoperatoria fue realizada en sesenta y siete (95,7%). De estos, en un 95,1% de los casos se describe una vía biliar dilatada. Tomografía Computada (TC) se realizó en 5,7% de los casos y Colangiografía en un paciente (1,4%).

Un paciente ingresó a pabellón en shock séptico (1,4%). Los tipos de papila se describen en la tabla 7. Se realizó precorte en 30 pacientes (42,9%).

En 60 casos el cuadro causal fue una coledocolitiasis que se pudo resolver completamente en 43 pacientes mediante la extracción de éstos con canastillo de Dormia (71,7%). En 16 casos del total de la serie se realizó instalación de una endoprótesis biliar 26,7%; y sólo en 1 caso (1,7%) no se logra la descompresión de la vía biliar en un primer intento. En todos los casos se realizó tratamiento antibiótico que en promedio se prescribió por 10,5 días (2-17). No se presentaron lesiones intraoperatorias como tampoco complicaciones precoces.

Durante los diez meses siguientes al procedimiento del total de casos, 10 pacientes fueron reintervenidos (14,3%), cinco por vía endoscópica y cinco por vía abierta. De los pacientes en que se realizó una nueva CPER, en 2 casos se debió a un recambio de endoprótesis por patología neoplásica y en los otros 3 se resolvió la coledocolitiasis causal. De los pacientes reoperados por vía clásica 3 casos fueron por coledocolitiasis gigante. Los 2 casos restantes fueron por sospecha de neoplasia vesicular. No se presentó mortalidad hospitalaria debido al tratamiento endoscópico.

Tabla 6. Bilirrubinemia total preoperatoria.

Rangos de bilirrubina total	N°	%
2,0-4,99	16	22,9
5,0-9,99	40	57,1
Mayor a 10	14	20

Tabla 7. Descripción de la papila.

Tipo	Nº	%
Normal	19	27,1
Abombada	14	20
Inflamada	15	21,4
Deflorada	7	10
Peridiverticular	8	11,4
Fístula suprapapilar	2	2,9
Tumoral	1	1,4
Papilotomía previa	1	1,4
Se visualiza prótesis	1	1,4
No visualizada	1	1,4
No descrita	2	2,9

DISCUSIÓN

En nuestro medio en donde existe una alta incidencia de patología litiasica biliar, la colangitis aguda presenta una alta incidencia. Este cuadro muchas veces se presenta en pacientes añosos que según nuestros resultados tienen una edad promedio de 70,4 años. Además muchos de estos pacientes se presentan con morbilidad médica asociada (55,7%), lo que le agrega un mayor riesgo a cualquier procedimiento invasivo. Corresponde a una entidad en general grave, en donde el manejo se basa principalmente en el tratamiento antibiótico y el drenaje de la vía biliar. Con respecto a este último punto, se ha establecido durante la última década que frente a una respuesta clínica favorable luego de la estabilización y el tratamiento antibiótico, se reservaría el drenaje de urgencia sólo para los casos en que el paciente este en estado séptico y no responda a las medidas médicas iniciales². Esta condición lógicamente también permitiría mejorar los resultados del drenaje quirúrgico al no someter a un paciente muchas veces séptico y mal perfundido a una intervención mayor. En este estudio un 34,3% de los pacientes fueron intervenidos dentro de las primeras 24 horas de hospitalización, lo que no sólo se relaciona con la gravedad del paciente, sino también de la disponibilidad de un cirujano endoscopista de turno, por lo que en casos menos graves la intervención fue diferida o se resolvió por vía clásica. La coledocostomía abierta todavía representa un método importante en el curso de la cirugía biliar⁵, pero, en general la gran mayoría de los autores concuerda que mediante el drenaje endoscópico se obtienen los mejores resultados en la actualidad.

Según nuestra experiencia este enfrentamiento permite resolver la totalidad de los casos de colangitis aguda y además acorta la estadía hospitalaria (mediana de 5 días), considerando la gravedad de este cuadro clínico. En la literatura se evidencia una escasa morbilidad que no se presentó en esta serie y además es destacable la nula mortalidad. Esto puede ser atribuible a la menor invasividad de la técnica, pudiendo superar una emergencia para diferir la resolución del cuadro con un paciente en mejores condiciones metabólicas. En el grupo estudiado no se presentaron lesiones iatrogénicas intraoperatorias. Respecto a este punto cabe destacar que la mayoría de dichas lesiones están directamente relacionadas al precorte, procedimiento que en nuestra serie se realizó en un número significativamente alto con un 42,9% de los casos y sin incidentes. Se debe dejar en claro que el drenaje endoscópico requiere de un gran conocimiento y dominio de la técnica, por lo que realizado en manos inexpertas podría no dar resultados tan auspiciosos. Por otro lado la técnica endoscópica, al evitar la instalación de una sonda de Kehr previene un porcentaje elevado de complicaciones tardías relacionadas directamente con ésta; la potencial deshidratación y trastorno hidroelectrolítico secundario, fenómeno muchas veces difícil de manejar en una población con un componente rural elevado y poca conciencia de autocuidado¹. Por otro lado en un 71.7% de los casos fue posible la extracción de cálculos con Dormia, pero se debe considerar que al haber contado con un litotriptor probablemente este porcentaje hubiera aumentado debido a que se hubieran resuelto los casos de coledocolitiasis gigante correspondientes a un 10%, los cuales fueron resueltos por vía clásica en forma diferida. En los casos en que no se logró la extracción de cálculos se resolvió la urgencia mediante la instalación de una endoprótesis biliar, procedimiento que alcanzó un 25% en esta serie.

Según lo publicado en la literatura los resultados del tratamiento de la colangitis aguda mediante un drenaje endoscópico, serían mejores del punto de vista de la morbilidad y mortalidad respecto a la técnica clásica^{2,11,12,13}. En este estudio no se presentaron complicaciones relacionadas a la intervención, ni mortalidad asociada.

Podemos concluir, avalados por estos resultados, que el drenaje endoscópico de la vía biliar debería ser considerado el método de

elección en nuestro centro para la resolución de la colangitis aguda por su mínima morbilidad y corta estadía hospitalaria; sin considerar que esto además permite un manejo con antibioterapia oral

ambulatoria que disminuye aun más los altos costos que implica el manejo de esta patología de urgencia. Este último punto será motivo de un próximo trabajo de nuestro grupo.

REFERENCIAS

1. Felmer O, Cárcamo C, Franjola M, Bertrán C, Venturelli F, López J. Resultados del tratamiento quirúrgico clásico de la colangitis aguda. *Cuad. Cir.* 2005; 17-21.
2. Anselmi M, Salgado J, Arancibia A, Alliu C. Colangitis aguda debida a coledocolitiasis: ¿Cirugía tradicional o drenaje biliar endoscópico?. *Rev. méd. Chile* 2001. 129(7): 757-62.
3. Bornean P, Van Beljon J, Krige J. Management of colangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003. 10:406-14.
4. Navarrete C, Adrada JC, Fluxá F, Castillo C, Montero L, Goldin L, Reyes C, Latipova R, Avendaño J, Cordon R. Colangitis aguda supurada: experiencia con tratamiento endoscópico. *Gastroenterol latinoam* 1999. 10(1): 37-43.
5. Carmona R, Suazo J, Uscanga L. Colangitis infecciosa aguda. *Rev. gastroenterol. Méx.* 1996. 61(4):332-7.
6. Hernández F, Hervé L, González R, Aliste M, Flisfish H, Rocha G. Tratamiento y pronóstico de la colangitis supurada aguda. *Rev Chil Cir* 1985. 37:55-8.
7. Losada H, Manterola C, Vial M, Pineda V. Sepsis de origen biliar. ¿Alternativa diagnóstica en pacientes con colangitis aguda de origen litiasico? *Rev. Chilena de Cirugía* 2004. 56(6): 562-6.
8. McCune WS, Shorb PE, Moscovita H. Endoscopic cannulation of the ampulla of Vater: a preliminary report. *Ann Surg* 1968. 167:752-6.
9. Brante P, Alamo M, Fluxá F, Silva J, Ramírez X. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Rev. Chil. Cir.* 2002. 54(1):76-8.
10. Lai E, Mok F, Tan E, Lo C, Fan S, You K et al. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. *N England J Med* 1992. 326:1582-6.
11. Dirk J. Gouma. Management of Acute Colangitis. *Dig Dis* 2003. 21:25-9.
12. Anselmi M, Salgado J, Torres C, Acosta P, Ramírez V. Colangitis aguda: impacto del drenaje biliar endoscópico. *Rev Chil Cir* 1999. 51(4):379-84.
13. Anselmi M, Innocenti F, Orellana G, Renedo B. Utilidad de la prótesis biliar en el manejo de la coledocolitiasis. *Rev Chil Cir* 1996. 48(5):470-4.