



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

PREDICTORES DE PRESENCIA DE COLEDOCOLITIASIS EN PANCREATITIS AGUDA, COLECISTITIS AGUDA, COLANGITIS AGUDA Y CÓLICO BILIAR. PROYECTO MULTICÉNTRICO - GRUPO JOVEN AEG

R. Velamazán Sandalinas¹, S.J. Martínez Domínguez¹, P. López Guillén², D. Abad Baroja³, L. Ruiz Belmonte⁴, D. Oyón Lara⁵, N. Martín Vicente⁵, J. Tejedor Tejada⁶, R. Zapater López⁷, V. Sastre Lozano⁸, J.J. Manzanares García⁸, P.J. Fernández Esparcia⁹, A.B. Julián Gomara¹⁰, I. Chivato Martín-Falquina¹¹, L.A. Pascual¹¹, N. Zaragoza Velasco¹², N. Torres Monclus¹³, E. Rojo Aldama¹⁴, B. Lapeña Muñoz¹⁴, N. García-Morales¹⁵, V. Flores Fernández¹⁶, A. Díaz Gómez¹⁶, P. Cañamares Orbis¹⁷, I. Vinzo Abizanda¹⁸, G. García-Rayado¹, J. Millastre Bocos¹, A. García García de Paredes¹⁹, P. Parada Vázquez²⁰, M. Vaamonde Lorenzo²¹, A. Izagirre Arostegui²¹, E. Efrén Lozada Hernández²², J.A. Velarde-Ruiz Velasco²³ y Enrique de-Madaria²

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, IIS Aragón, Zaragoza. ²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, ISABIAL, Alicante. ³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, IIS Aragón, Zaragoza. ⁴Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca. Digestivo, Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca. ⁵Servicio de Digestivo, Hospital de Galdakao, Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces, Bizkaia. ⁶Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ⁷Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁸Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena. ⁹Universidad Miguel Hernández, Elche. ¹⁰Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ¹¹Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Burgos. ¹²Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. ¹³Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. ¹⁴Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-Princesa, Madrid. ¹⁵Servicio de Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, IIS Galicia Sur, Vigo. ¹⁶Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ¹⁷Servicio de Digestivo, Hospital Universitario San Jorge de Huesca, IIS Aragón, Zaragoza. ¹⁸Servicio de Digestivo, Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ¹⁹Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, IRYCIS, Madrid. ²⁰Servicio de Digestivo, Complejo Hospitalario de Pontevedra. ²¹Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Donostia. ²²Servicio de Cirugía General, Hospital regional de alta especialidad del Bajío, México (México). ²³Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México (México).

Resumen

Introducción: La colelitiasis es muy prevalente y sus complicaciones son la principal causa digestiva de ingreso hospitalario. La pancreatitis aguda (PA), colecistitis aguda (CCA), colangitis aguda (CA) y el cólico biliar (CB) son patologías que frecuentemente presentan una coledocolitiasis asociada, complicando el cuadro y modificando su manejo. Las pruebas de elección para detectar coledocolitiasis son la ecoendoscopia y la colangio-RM, sin embargo, son pruebas costosas y de disponibilidad reducida.

Objetivos: Analizar la rentabilidad diagnóstica de diferentes predictores analíticos, el diámetro de la vía biliar (mm), así como su combinación, para detectar la presencia de coledocolitiasis.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico (19 centros). Se recogieron los pacientes que ingresaron en los centros participantes entre enero de 2018 y diciembre de 2019 a causa de un primer episodio de complicaciones por colelitiasis. Se analizó la asociación entre diferentes variables analíticas (AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina) y el diámetro de la vía biliar (mm), así como sus combinaciones, en las primeras 48h del ingreso, para la detección de coledocolitiasis, confirmada en prueba de imagen o CPRE.

Resultados: Se recogieron 2.056 pacientes (832 (40,4%) PA, 720 (35,0%) CCA, 351 (17%) CA, 153 (7,4%) CB), se realizaron 352 ecoendoscopias y 496 colangio-RM en las que se evidenció presencia de coledocolitiasis asociada en 515 (25,0%). El punto de corte calculado según el índice de Youden y la rentabilidad diagnóstica de las diferentes pruebas se muestran en la tabla.

Tabla 1. Punto de corte (según índice de Youden) y rentabilidad diagnóstica de los valores analíticos, vía biliar y la combinación vía biliar (mm) x FA

		Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	AUROC	p
AST (UI/l)		55,5	82,7%	41,7%	36,6%	85,5%	0,633	<0,001
ALT (UI/l)		97,5	75,7%	47,3%	36,5%	82,9%	0,626	
GGT (UI/l)		169,5	83,6%	42,6%	37,3%	86,4%	0,680	
FA (UI/l)		167,5	66,7%	66,7%	44,9%	83,1%	0,722	
Bilirrubina (mg/dl)		1,65	77,2%	51,7%	39,0%	85,0%	0,695	
Vb (mm)		10,1	36,2%	96,4%	80,1%	79,2%	0,748	
FA x Vb	Global	1208	68,8%	81,6%	60,3%	86,5%	0,812	
	PA	1208	69,7%	84,0%	41,1%	94,5%	0,822	
	CCA	1128	69,8%	78,5%	37,9%	93,2%	0,801	
	CLA	1553	61,6%	68,2%	80,6%	45,3%	0,698	
	Cólico biliar	1213	68,1%	86,3%	60,2%	86,3%	0,835	

AST: Aspartato aminotransferasa, ALT: Alanina aminotransferasa, GGT: gamma-glutamil transferasa, FA: Fosfatasa alcalina, VB: Vía biliar.

Conclusiones: El índice que resulta del producto entre la fosfatasa alcalina y los mm de la vía biliar es el que presenta una mejor rentabilidad diagnóstica para detección de coledocolitiasis asociada. Por su alto valor predictivo negativo podría ser una herramienta rentable a la hora de cribar los pacientes con sospecha de coledocolitiasis de cara a solicitar una prueba de imagen confirmatoria.