



Gastroenterología y Hepatología



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

18 - MORBIMORTALIDAD ASOCIADA AL PRECORTE DURANTE LA CPRE EN UN HOSPITAL TERCARIO

E. Montil Miguel¹, M.T. Soria San Teodoro^{1,2}, D. Casas Deza³, O. Sierra Gabarda¹, M.E. Betoré Glaría¹, A.B. Julián Gomara¹, J. Val Pérez^{1,2}, E.M. Sierra Moros^{1,2}, R. Uribarrena Amezaga^{1,2} y L.J. Lamuela Calvo⁴

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Unidad de Pruebas Funcionales, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Ernest Lluch, Calatayud. ⁴Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Santa Bárbara, Soria.

Resumen

Introducción: Durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) de difícil canulación podemos ayudarnos de una incisión del área papilar (precorte) para provocar una fistula que permita acceder a la vía biliar principal, si bien esta técnica no está exenta de riesgos.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron todos los casos de realización de CPRE entre 2016 y 2020 en el Hospital Miguel Servet, Zaragoza. Se analizó la morbimortalidad de los pacientes en los que se llevó a cabo el precorte, diferenciando además por grupos de edad y potenciales factores de riesgo.

Resultados: Se aplicó precorte en un 9,85% (161/1663) de casos. Se asoció respecto al grupo sin precorte con una mayor incidencia de perforación inmediata (1,86 vs. 0,34%, respectivamente; p = 0,036) y de pancreatitis aguda (6,21 vs. 2,31%; p = 0,008). Fueron similares las tasas de hemorragia inmediata (3,11 vs. 2%; p = 0,38), tardía (4,97 vs. 3,05%; p = 0,285), perforación tardía (0 vs. 0,14%; p = 0,89), relacionadas con la sedación (6,2 vs. 0,3%; p = 0,11) e infecciosas (3,7 vs. 1,76%; p = 0,12). Si bien no hubo diferencias en la tasa de complicaciones inmediatas graves (10 vs. 7,69%; p = 1,00), sí fueron significativamente más graves las tardías (33,3 vs. 13,1%; p = 0,03), sin encontrarse diferencias estadísticas en la tasa de *exitus* por complicación (12,9 vs. 4,41%; p = 0,09). Los factores demográficos y en relación con la prueba en función de si se complicaron o no aparecen en la tabla. No hubo diferencias al comparar la morbimortalidad en los pacientes sometidos a precorte al dividirlos en mayores (n = 67) y menores (n = 94) de 80 años.

Precorte	Complicado (N=31)	No complicado (N=130)	p
Edad (mediana en años) [rango intercuartílico]	77.0 [61.0;81.0]	77.0 [68.0;84.0]	0.402
Grupos de edad			0.871
<80 años (%)	19 (61.3%)	75 (57.7%)	
>80 años (%)	12 (38.7%)	55 (42.3%)	
Sexo			0.249
Hombre (%)	22 (71.0%)	75 (57.7%)	
Mujer (%)	9 (29.0%)	55 (42.3%)	
Diagnóstico			0.956
Oncológica (%)	13 (41.9%)	54 (41.5%)	
Coledocolitiasis (%)	15 (48.4%)	65 (50.0%)	
Otros (%)	3 (9.68%)	11 (8.46%)	
ASA			0.126
I/II (%)	14 (46.7%)	83 (63.8%)	
III/IV (%)	16 (53.3%)	47 (36.2%)	
Antiagregación/Anticoagulación			0.189
Antiagregación (%)	8 (25.8%)	16 (12.3%)	
Anticoagulación (%)	1 (3.23%)	15 (11.5%)	
Doble/triple antiagregación (%)	0 (0.00%)	1 (0.77%)	
No (%)	22 (71.0%)	98 (75.4%)	
Trombopenia/Coagulopatía			0.537
Coagulopatía (%)	1 (3.23%)	2 (1.59%)	
No (%)	28 (90.3%)	118 (93.7%)	
Trombopenia (%)	2 (6.45%)	6 (4.76%)	
Exitus por complicación: tasa de exitus por complicación (%)	4 (12.9%)	-----	-----
Exitus durante seguimiento (%)	14 (46.7%)	62 (49.2%)	0.963

Conclusiones: El precorte se relaciona con una mayor tasa de perforación inmediata y de pancreatitis aguda, así como de mayor gravedad en aquellas complicaciones tardías. No se encontraron diferencias en la tasa de complicaciones hemorrágicas. Es una técnica con un similar perfil de seguridad en ancianos.