



Gastroenterología y Hepatología



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

EPISODIOS MÁS LEVES Y MENOR TASA DE RECURRENCIAS PANCREATOBILIARES TRAS PANCREATITIS INDUCIDA POR BARRO BILIAR Y MICROLITIASIS EN COMPARACIÓN CON LA PANCREATITIS POR CÁLCULOS BILIARES

Simon Sirtl¹, Arlett Schäfer¹, Bianca Teodorescu¹, Leonard Gilberg², Georg Beyer¹, Pablo López-Guillén^{3,4}, Samuel J. Martínez-Domínguez^{5,6}, Daniel Abad Baroja⁷, Daniel Oyón^{8,9}, Anna Arnau^{10,11,12}, Lara M. Ruiz-Belmonte¹³, Javier Tejedor-Tejada¹⁴, Raul Zapater¹⁵, Noelia Martín-Vicente⁸, Pedro José Fernández-Esparcia¹⁶, Ana Belén Julián Gomara⁷, Violeta Sastre Lozano¹⁷, Juan José Manzanares García¹⁷, Irene Chivato Martín-Falquina¹⁸, Laura Andrés Pascual¹⁸, Nuria Torres Monclus¹⁹, Natividad Zaragoza Velasco¹⁹, Eukene Rojo^{20,21}, Berta Lapeña-Muñoz²², Virginia Flores²³, Arantxa Díaz Gómez²³, Pablo Cañamares-Orbís^{6,24}, Isabel Vinzo Abizanda²⁵, Natalia Marcos Carrasco¹⁵, Laura Pardo Grau²⁶, Guillermo García-Rayado^{5,6}, Judith Millastre Bocos^{5,6}, Ana García García de Paredes^{27,28,29,30}, María Vaamonde Lorenzo³¹, Arantzazu Izagirre Arostegi³¹, Edgard Efrén Lozada-Hernández³², José Antonio Velarde-Ruiz Velasco³³, Michal ?orniak^{1,34}, Julia Mayerle¹, Enrique de-Madaria^{35,36} y Raúl Velamazán^{5,6}

¹Departamento de Medicina II, Hospital Universitario LMU, Múnich, Alemania. ²Departamento de Medicina II, Universidad Técnica de Múnich, Facultad de Medicina, Hospital Universitario rechts der Isar, Múnich, Alemania. ³Departamento de Gastroenterología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ⁴ISABIAL-Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. ⁵Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ⁶IIS Aragón. ⁷Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁸Departamento de Gastroenterología, Hospital de Galdakao, Bizkaia. ⁹Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces, Vizcaya. ¹⁰Unidad de investigación e innovación, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ¹¹Central Catalonia Chronicity Research Group (C3RG), Centre for Health and Social Care Research (CESS), University of Vic-Central University of Catalonia (UVIC-UCC), Vic. ¹²Facultad de medicina Universidad de Cataluña central-Vic (UVIC-UCC), Vic. ¹³Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ¹⁴Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ¹⁵Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ¹⁶Universidad Miguel Hernández, Elche. ¹⁷Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena. ¹⁸Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario de Burgos. ¹⁹Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. ²⁰Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ²¹IIS (Instituto de Investigación Sanitaria)-Princesa, Madrid. ²²Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario San Pedro, Logroño. ²³Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²⁴Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ²⁵Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ²⁶Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario Josep Trueta, Girona. ²⁷Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁸Universidad de Alcalá, Madrid. ²⁹IRYCIS (Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria), Madrid. ³⁰Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd) Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ³¹Hospital Universitario Donostia. ³²Departamento de Cirugía, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, México. ³³Departamento de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, México. ³⁴Department of Endoscopy, Maria Skłodowska-Curie National Research Institute of Oncology, Gliwice, Polonia. ³⁵Departamento de Gastroenterología, Hospital General Universitario Dr. Balmis-ISABIAL, Alicante. ³⁶Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante.

Resumen

Introducción: No está claro si la pancreatitis aguda (PA) inducida por barro biliar y microlitiasis debe tratarse del mismo modo que la PA inducida por cálculos biliares. Nuestro objetivo fue determinar el patrón clínico de la PA y de recurrencia en pacientes con un primer episodio de PA inducida por barro biliar o microlitiasis en comparación con la PA inducida por cálculos biliares y determinar los factores asociados.

Métodos: Se incluyeron un total de 761 pacientes con un primer episodio de PA colecistectomizados al ingreso procedentes de 18 centros terciarios de España (n = 16) y México (n = 2) entre el 1 de enero de 2018 y el 30 de abril de 2020 de la cohorte internacional multicéntrica retrospectiva del estudio RELAPSTONE. La cohorte de PA por barro y microlitiasis (n = 273) se comparó con la cohorte de PA por cálculos biliares (n = 488) con respecto al patrón clínico y la tasa de recurrencias pancreatobiliares (PA, colecistitis, colangitis, coledocolitiasis sintomática y cólico biliar). El resultado principal fue la supervivencia sin recaída. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier para el análisis bivariante.

Resultados: La edad media fue de 66,9 años en la cohorte de PA por barro/microlitiasis y de 68,7 años en la cohorte de PA por cálculos biliares. En ambas cohortes, la mayoría fueron mujeres (53,1% en la cohorte de barro/microlitiasis, 54,9% en la cohorte de cálculos biliares). La mediana de seguimiento fue de 8,2 meses en la cohorte de barro/microlitiasis y de 5,95 meses en la cohorte de cálculos biliares. La cohorte de PA por barro/microlitiasis mostró un número significativamente mayor de episodios de PA leve que la cohorte de PA por cálculos biliares (80% frente a 76,6%, HR no ajustado 0,63; p = 0,0035; IC95% [0,46-0,86]) y una menor tasa de recurrencias a los 24 meses de seguimiento (valor p *log rank* = 0,002, HR no ajustado 0,86, p = 0,299, IC95% [0,65-1,14]). No se detectaron otros factores asociados a la recurrencia en el análisis multivariante en el subgrupo PA por barro biliar/microlitiasis.

Conclusiones: Existen diferencias en el patrón clínico de la PA según sea producida por barro biliar/microlitiasis o colelitiasis. Los pacientes con barro biliar y microlitiasis tuvieron un primer episodio de PA significativamente más leve y una menor tasa de recurrencias pancreatobiliares durante el seguimiento en comparación con los pacientes con PA por cálculos biliares. Estas diferencias podrían sugerir un tratamiento preventivo de segundos episodios diferente para ambos grupos.