

# Endoscopia digestiva

## Ante un paciente con ictericia secundaria a carcinoma de cabeza páncreas no resecable, ¿cuál es el tratamiento endoscópico de elección para paliar la ictericia?

Juan Ángel González Martín

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

### ANTECEDENTES

El cáncer de páncreas constituye la cuarta causa de mortalidad por cáncer. Un 20% de los pacientes sobrevive un año y menos del 5% llega a los 5 años. Sólo un 10-20% tienen posibilidad de cirugía potencialmente curativa en el momento del diagnóstico. La supervivencia del paciente con cáncer de páncreas con metástasis sin tratamiento activo es de 3-5 meses, mientras que para la enfermedad localmente avanzada llega a los 6-10 meses, y a los 11-15 meses cuando se logra realizar resección quirúrgica del tumor<sup>1</sup>. La mayoría de los pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas serán subsidiarios de tratamiento paliativo y las prótesis biliares colocadas por vía endoscópica se consideran en la actualidad el tratamiento de elección para restablecer el flujo biliar, aliviando la ictericia y el prurito, y mejorando la calidad de vida<sup>2,3</sup>.

### DISCUSIÓN

Las prótesis biliares son dispositivos de plástico o metal diseñados para mantener o aumentar la permeabilidad de la luz de los conductos<sup>4</sup>. La prótesis ideal debería ser fácil de colocar, mantenerse permeable a largo plazo y ser barata, pero desgraciadamente no existe<sup>2</sup>. Las prótesis plásticas (diámetro más habitual de 10 F [3,33 mm]) son efectivas, fáciles de insertar y baratas, pero se suelen obstruir en aproximadamente 3-4 meses. Por otro lado, las próte-

sis metálicas expansibles (PME) (diámetro de 10 mm, fabricadas en acero inoxidable o nitinol [aleación de níquel/titanio]) son fáciles de colocar y permanecen permeables más tiempo que las plásticas (5-10 meses), evitan las obstrucciones y las consiguientes colangitis, los ingresos, la toma de antibióticos, los procedimientos endoscópicos repetidos y las hospitalizaciones<sup>5</sup>. Sin embargo, las prótesis metálicas son caras (aproximadamente 10-20 veces más que las plásticas) y, dada la historia natural de los pacientes con este tipo de neoplasias, algunos no se beneficiarán de su colocación. Por tanto, es importante la selección «personalizada» del tipo de drenaje (plástico frente a metal).

Una revisión sistemática y un metaanálisis publicado recientemente, en el que se incluían 24 estudios y 2.436 pacientes<sup>6</sup>, mostró los siguientes resultados: *a)* comparaciones de prótesis plásticas (12 estudios), en las que no se apreciaron diferencias según el material (prótesis de polietileno convencionales frente a teflón o poliuretano), y *b)* comparaciones de prótesis plásticas frente a metálicas (7 estudios), en las que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a éxito técnico, terapéutico, complicaciones, mortalidad, supervivencia o calidad de vida; sin embargo, sí que se observó una reducción significativa de la tasa de obstrucción biliar recurrente con el empleo de prótesis metálicas tanto a los 4 meses (riesgo relativo [RR] = 0,44; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,3-0,63) como en el fallecimiento o al final del estudio (RR = 0,52; IC del 95%, 0,39-0,69), lo que implica que las prótesis metálicas tienen una permeabilidad más prolongada y requieren menos reintervenciones.

Las prótesis metálicas se obstruyen por término medio en un 22-33% de los casos<sup>2</sup>. Para paliar este inconveniente aparecen las prótesis metálicas expansibles cu-

Correspondencia: J.A. González Martín.  
Avda. de Guadarrama, 17, 3.º C. 28220 Majadahonda Madrid. España.  
Correo electrónico: jglezmartin@hotmail.com

Recibido el 7-5-2008; aceptado para su publicación el 30-6-2008

biertas (PMEC). Los primeros estudios<sup>7</sup> sugerían que las prótesis cubiertas tendrían una mayor permeabilidad (un 14% de obstrucción; media de 304 días) que las no recubiertas (un 38% obstrucción; media de 166 días), pero con una tasa mayor de complicaciones (el 14 frente al 5%) y sin mostrar una diferencia en supervivencia. Posteriormente, Yoon et al<sup>8</sup> encontraron una permeabilidad mayor pero no significativa de las PMEC (398 frente a 319 días), y recientemente una comunicación de un estudio español<sup>9</sup> (prospectivo, aleatorizado, realizado en 114 pacientes en 5 centros) tampoco encontraba diferencias significativas respecto a la tasa de obstrucción (el 13% con PMEC frente al 11% con PME no cubiertas) y la frecuencia de complicaciones (excepto la mayor incidencia de migraciones de las PMEC; 7 casos, todas prótesis cubiertas;  $p = 0,011$ ). Quizá una ventaja importante de las PMEC sobre las PME no cubiertas es su posibilidad de retirada y su uso, incluso antes de conocer la resecabilidad de la lesión, para que no interfiera en una hipotética cirugía curativa<sup>10</sup>.

En la revisión sistemática mencionada anteriormente<sup>6</sup>, se demostraba que el tiempo medio de obstrucción con prótesis metálicas era de 111-273 días (frente a 62-165 días con prótesis plásticas) y la supervivencia de los pacientes oscilaba entre 99 y 175 días, lo que implica que muchos de esos pacientes fallecerán antes de que la prótesis se obstruya y, por tanto, quizás se hubieran beneficiado de una alternativa terapéutica menos costosa (prótesis plástica). El consenso general es que las prótesis metálicas son más coste-efectivas en los pacientes que tienen una expectativa de vida superior a 4-6 meses; por el contrario, las prótesis plásticas son las adecuadas para pacientes con una supervivencia esperada menor de 3-4 meses<sup>5,11-13</sup>. Algunos estudios recientes de análisis de decisión apoyan también el empleo de PME incluso como estrategia inicial<sup>10,14</sup>.

Se ha intentado definir qué factores pueden influir significativamente en la supervivencia de los pacientes y tenerse en cuenta en el momento de elegir el tipo de prótesis. Un tamaño del tumor inferior a 3 cm<sup>15</sup>, la ausencia de metástasis hepáticas<sup>16</sup> y la combinación de ausencia de metástasis y tratamiento quimioterápico coadyuvante<sup>17</sup> se han asociado con una supervivencia superior a 4-6 meses; por tanto, en estos casos estaría indicado el tratamiento paliativo con PME en vez de prótesis de plástico. Las nuevas estrategias quimioterápicas han conseguido un pequeño, aunque significativo, incremento de la supervivencia de los pacientes con cáncer de páncreas inoperable, siendo éste otro motivo para el empleo de las PME en los pacientes con un adecuado estado general que vayan a recibir quimioterapia, ya que su expectativa de vida suele sobrepasar los 6 meses<sup>18</sup>. También se ha sugerido que las PME podrían ser de elección en pacientes con un pronóstico de vida menor de 6 meses si hay una probable obstrucción duodenal por el tumor, en pacientes no colaboradores a las endoscopias, con obstrucción repetida de prótesis plásticas o si viven en lugares geográficamente poco accesibles<sup>5</sup>.

## RESPUESTA

Las prótesis metálicas expansibles son el tratamiento de elección para paliar la ictericia del cáncer de páncreas no resecable (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1a). Desde el punto de vista del coste-efectividad, los pacientes con expectativa de vida presumiblemente inferior a 3-4 meses tendrían indicación de prótesis plásticas como tratamiento paliativo (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1c). Las prótesis metálicas expansibles «cubiertas», aunque no está demostrada fehacientemente su mayor permeabilidad, podrían ser de elección, dada su mayor facilidad de retirada, como drenaje inicial, incluso sin haber realizado un estudio de su extensión, si el estado clínico del paciente es adecuado y no muestra una situación terminal (grado de recomendación C; nivel de evidencia 4).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ghaneh P, Costello E and Neoptolemos J. Biology and management of pancreatic cancer. *Gut*. 2007;56:1134-52.
2. Costamagna G, Pandolfi M. Endoscopic stenting for biliary and pancreatic malignancies. *J Clin Gastroenterol*. 2004;38:59-67.
3. Srikureja W, Chang KJ. Endoscopic palliation of pancreatic adenocarcinoma. *Curr Opin Gastroenterol*. 2005;21:601-5.
4. Somogyi L, Chuttani R, Croffie J, DiSario J, Liu J, Mishkin DS, et al Biliary and pancreatic stents. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:910-9.
5. Levy M, Baron T, Gostout C, Petersen B, Farnell M. Palliation of malignant extrahepatic biliary obstruction with plastic versus expandable metal stents: an evidence-based approach. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004;2:273-85.
6. Moss AC, Morris E, Leyden J, MacMathuna P. Malignant distal biliary obstruction: a systematic review and meta-analysis of endoscopic and surgical bypass results. *Cancer Treat Rev*. 2007;33:213-21.
7. Isayama H, Komatsu Y, Tsujino T, Sasahira N, Hirano K, Toda M, et al. A prospective randomised study of «covered» versus «uncovered» diamond stents for the management of distal biliary obstruction. *Gut*. 2004;53:534-5.
8. Yoon WJ, Lee KJ, Lee KH, Lee WJ, Ryu JK, Kim YT, et al. A comparison of covered and uncovered Wallstents for the management of distal malignant biliary obstruction. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:996-1000.
9. González-Huix F, Figa M, Huertas C, Madrigal R, Juzgado D, Espinosa J, et al. Estudio multicéntrico, prospectivo, y aleatorizado de la eficacia de las prótesis biliares expansibles, cubiertas (PBEC) y no cubiertas (PBENC) en el tratamiento paliativo de la obstrucción biliar maligna (OBM). *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:135.
10. Kahaleh M, Broca A, Conaway MR, Shami VM, Dumonceau JM, Northup PG, et al. Covered self in pancreatic malignancy regardless of respectability: a new concept validated by a decision analysis. *Endoscopy*. 2007;39:319-24.
11. Prat F, Chapat O, Ducot B, Ponchon T, Pelletier G, Fritsch J, et al. A randomized trial of endoscopic drainage methods for inoperable malignant strictures of the common bile duct. *Gastrointest Endosc*. 1998;47:1-7.
12. Arguedas MR, Heudebert GH, Stinnett AA, Wilcox CM. Biliary stents in malignant obstructive jaundice due to pancreatic carcinoma: a cost-effectiveness analysis. *Am J Gastroenterol*. 1999;49:466-71.
13. Yeoh KG, Zimmerman MJ, Cunningham JT, Cotton PB. Comparative costs of metal versus plastic biliary stent strategies for malignant obstructive jaundice by decision analysis. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:996-1000.
14. Chen VK, Arguedas MR, Baron TH. Expandable metal biliary stents before pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer: a

- Monte-Carlo decision analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005;3:1229-37.
15. Prat F, Chapat O, Ducot B, Ponchon T, Fritsch J, Choury AD, et al. Predictive factors for survival of patients with inoperable malignant distal biliary: a practical management guideline. *Gut.* 1998;42:76-80.
16. Kaasis M, Boyer J, Dumas R, et al. Plastic or metal stents for malignant stricture of the common bile duct? Results of a randomized prospective study. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:178-82.
17. Gómez C, Guarner C, Villanueva C, Cusso X, Farre A, Balanzo J. Endoscopic biliary stenting for pancreatic cancer and biliary obstruction: predictive factors of stent patency and patient survival. *Gastroenterology.* 2006;130 Suppl 2.
18. Maire F, Hammel P, Ponsot P, Aubert A, O'Toole D, Hentic O, et al. Long-term outcome of biliary and duodenal stents in palliative treatment of patients with unresectable adenocarcinoma of the head of pancreas. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101:735-42.