



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



PREGUNTAS Y RESPUESTAS/ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Ante un paciente al que se le realiza un precorte durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para acceder a la vía biliar, ¿está indicada la colocación endoscópica de una prótesis en el conducto pancreático para prevenir la aparición de pancreatitis?

In patients undergoing precut biliary sphincterotomy during endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) to facilitate biliary access, is endoscopic pancreatic duct stenting indicated to prevent pancreatitis?

Francisco Igea Arisqueta

Sección Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario, Palencia, España
On-line el 23 de febrero de 2009

Pregunta

Ante un paciente al que se le realiza un precorte durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para acceder a la vía biliar, ¿está indicada la colocación endoscópica de una prótesis en el conducto pancreático para prevenir la aparición de pancreatitis?

Antecedentes

La CPRE es una técnica que, en manos expertas, alcanza una cifra de éxito superior al 90% en la canulación selectiva de la vía biliar. No obstante, en algunas circunstancias, es necesario recurrir a técnicas no convencionales de acceso. Una de ellas es la realización de un «precorte» en la papila para facilitar la canulación del colédoco. Esta técnica está relacionada en múltiples estudios y series de casos con un incremento significativo del riesgo de pancreatitis post-CPRE¹. Incluso en manos expertas, y tras superar la curva de

aprendizaje de CPRE, puede persistir una tasa de complicaciones de hasta un 14%².

Discusión

El fundamento fisiopatológico de la pancreatitis post-CPRE es simple. Su origen parece estar en un aumento de presión en el conducto pancreático, ya sea debido al edema e inflamación producidos por el traumatismo reiterado de la papila durante la CPRE, o al aumento de la presión intraductal producida por la inyección de contraste en el conducto pancreático. Si conseguimos asegurar un drenaje adecuado del *wirsung*, disminuiríamos la incidencia y la gravedad de la pancreatitis. En 1990, Sherman et al³ describieron un catéter para manometría del esfínter de Oddi que permitía aspirar de forma simultánea a la realización de la manometría, con lo que así disminuía la incidencia alta de pancreatitis posmanometría.

En 1993 se publicó el primer estudio prospectivo en el que se utilizaron prótesis pancreáticas para prevenir la aparición de pancreatitis post-CPRE en grupos de riesgo, y se encontró una incidencia menor de pancreatitis en el grupo de

Correo electrónico: endoscopiahrc@hotmail.com

prótesis, así como una gravedad menor en las pancreatitis, si bien estas diferencias no alcanzaron significación estadística⁴. La baja potencia estadística del estudio podría explicar estos resultados.

Posteriormente, se han publicado varios estudios prospectivos que han demostrado la utilidad de la colocación de prótesis pancreáticas para prevenir pancreatitis post-CPRE en otras circunstancias de riesgo alto, como por ejemplo: esfinterotomía pancreática en pacientes con disfunción del esfínter de Oddi⁵; esfinteroplastia en pacientes con coledocolitiasis⁶ y ampulectomía⁷. Todas estas publicaciones han conseguido que la colocación de prótesis pancreáticas se haya ido popularizando en nuestro medio como profilaxis de la pancreatitis post-CPRE en casos de riesgo alto (precorte incluido). Estos datos se extraen de varias series de casos publicadas recientemente, que avalan la eficacia de este tipo de tratamiento en hospitales y servicios de nuestro sistema de salud, incluidos hospitales de mediano y pequeño tamaño donde el volumen bajo de CPRE pudiera considerarse como un factor de riesgo añadido⁸.

Hasta la fecha, se han publicado 2 estudios prospectivos, controlados y aleatorizados en los que se demuestra una reducción significativa de la tasa de pancreatitis post-cpre en pacientes con factores de riesgo^{9,10}. En uno de estos estudios se observaba una diferencia significativa en la tasa de pancreatitis entre el grupo tratado con prótesis pancreática profiláctica (5%) frente a no prótesis (28%)⁹. En otro estudio, en el que se incluyó a un total de 201 pacientes (98 pacientes en el grupo con prótesis y 103 en el grupo sin prótesis), se encontraron diferencias significativas en la incidencia de pancreatitis a favor del grupo tratado con prótesis profilácticas (el 3,2 frente al 13,6%)¹⁰. Además, todos estos estudios han mostrado de forma uniforme no sólo una disminución en la incidencia de pancreatitis, sino también en su gravedad. Los casos de pancreatitis grave entre los pacientes tratados con prótesis profiláctica son anecdóticos, salvo en los pacientes en los que no se consigue colocar la prótesis pancreática tras intentarlo¹¹. Por este motivo, se ha propuesto realizar algunas modificaciones en la técnica y la longitud de las prótesis pancreáticas para facilitar su colocación¹¹.

Recientemente, se han publicado varios estudios que investigan aspectos económicos. En concreto, se han realizado estudios sobre estrategias de coste-efectividad que han demostrado diferencias favorables a la utilización de la prótesis pancreática profiláctica en situaciones de riesgo alto¹².

Respuesta

Por tanto, la respuesta a la pregunta formulada es: «Sí, está indicada la colocación profiláctica de prótesis pancreática

en pacientes que vayan a someterse a precorte durante la CPRE». (*Grado de recomendación A; nivel de evidencia 1b.*)

Bibliografía

1. Freeman ML, DiSario JA, Nelson DB, Fennerty MB, Lee JG, Bjorkman DJ, et al. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective, multicenter study. *Gastrointest Endosc.* 2001;54:425–34.
2. Harewood GC, Baron TH. An assessment of the learning curve for precut biliary sphincterotomy. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:1708–12.
3. Sherman S, Troiano FP, Hawes RH, Lehman GA. Sphincter of Oddi manometry: decreased risk of clinical pancreatitis with use of a modified aspirating catheter. *Gastrointest Endosc.* 1990;36:462–6.
4. Smithline A, Silverman W, Rogers D, Nisi R, Wiersema M, Jamidar P, et al. Effect of prophylactic main pancreatic duct stenting on the incidence of biliary endoscopic sphincterotomy-induced pancreatitis in high-risk patients. *Gastrointest Endosc.* 1993;39:652–7.
5. Fogel EL, Eversman D, Jamidar P, Sherman S, Lehman GA. Sphincter of Oddi dysfunction: pancreaticobiliary sphincterotomy with pancreatic stent placement has a lower rate of pancreatitis than biliary sphincterotomy alone. *Endoscopy.* 2002;34:280–5.
6. Aizawa T, Ueno N. Stent placement in the pancreatic duct prevents pancreatitis after endoscopic sphincter dilation for removal of bile duct stones. *Gastrointest Endosc.* 2001;54:209–13.
7. Harewood GC, Pochron NL, Gostout CJ. Prospective, randomized, controlled trial of prophylactic pancreatic stent placement for endoscopic snare excision of the duodenal ampulla. *Gastrointest Endosc.* 2005;62:367–70.
8. Igea F, Barcenilla J, Madrigal RE, Del Moral A, Garcia I, Sanz A, et al. Temporary pancreatic duct stenting to prevent post-ERCP pancreatitis: pattern of use, safety and efficacy in the community setting. *Pancreatol.* 2003;3:466.
9. Fazel A, Quadri A, Catalano MF, Meyerson SM, Geenen JE. Does a pancreatic duct stent prevent post-ERCP pancreatitis? A prospective randomized study. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:291–4.
10. Sofuni A, Maguchi H, Itoi T, Katanuma A, Hisai H, Niido T, et al. Prophylaxis of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis by an endoscopic pancreatic spontaneous dislodgement stent. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5:1339–46.
11. Freeman ML, Overby C, Qi D. Pancreatic stent insertion: consequences of failure and results of a modified technique to maximize success. *Gastrointest Endosc.* 2004;59:8–14.
12. Das A, Singh P, Sivak Jr MV, Chak A. Pancreatic-stent placement for prevention of post-ERCP pancreatitis: a cost-effectiveness analysis. *Gastrointest Endosc.* 2007;65:960–8.