

Piñol V, Castells A, Bordas JM, Real MI, Llach J, Montañà X, et al. Randomized clinical trial of percutaneous self-expanding metal stents versus endoscopic polyethylene endoprostheses for the treatment of malignant biliary obstruction [en prensa]. Radiology 2002.

Tratamiento derivativo de la ictericia obstructiva neoplásica

VIRGINIA PIÑOL Y ANTONI CASTELLS

Institut de Malalties Digestives. Servicio de Gastroenterología.
Hospital Clínic. Barcelona.

Resumen

La mayoría de pacientes con colestasis obstructiva secundaria a un proceso maligno de la región biliopancreática no son tributarios de tratamiento quirúrgico curativo debido principalmente a la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico, pudiéndose beneficiar únicamente de un tratamiento paliativo que consiste en el drenaje de la vía biliar mediante técnicas quirúrgicas o la colocación de una prótesis biliar. En la actualidad existe cierta controversia sobre el tratamiento más adecuado, si bien la opción quirúrgica se ha ido abandonando en los últimos años en favor de procedimientos endoscópicos y percutáneos.

Recientemente se ha realizado un estudio prospectivo y aleatorizado en el que se comparan los dos procedimientos más usados para tratar la obstrucción maligna de la vía biliar: la inserción de una prótesis de plástico por vía endoscópica y la colocación de una prótesis metálica por vía percutánea. Se incluyeron a 54 pacientes con cáncer de páncreas, vesícula biliar, vías biliares o compresión adenopática de la vía biliar no tributario de tratamiento quirúrgico radical. Los objetivos evaluados fueron la aplicabilidad del tratamiento, el éxito terapéutico, la morbilidad a los 30 días, la estancia hospitalaria y las probabilidades de reingreso y reobstrucción biliar y supervivencia global. Los resultados se analizaron según intención de tratar y tratamiento recibido. En ambos grupos la aplicabilidad del tratamiento fue parecida (percutánea, 75% frente a endoscópica, 58%; $p = 0,29$), donde el éxito terapéutico (descenso de más de un 20% de la bilirrubina tras la colocación de la prótesis) fue mayor en el grupo percutáneo (71 frente a 42%; $p = 0,03$). Sin embargo, este último grupo presentó complicaciones mayores (61 frente a 35%; $p = 0,09$), aunque esto no se tradujo en un aumento de la mortalidad a los 30 días. La estancia hospitalaria global fue mayor en los pacientes tratados de forma percutánea, mientras que el número de reingresos fue similar en ambos grupos de tratamiento. La probabilidad de permanecer libre de reobstrucción biliar fue superior en los pacientes tratados mediante prótesis percutánea. De hecho, su colocación se asoció a una reducción del 34% del riesgo de reobstrucción. La supervivencia fue significativamente mayor en el grupo percutáneo (3,7 frente a 2,0 meses; $p = 0,02$). El análisis multivariante identificó al tratamiento percutáneo como único predictor independiente de supervivencia (riesgo relativo, 2,19%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,11-4,31; $p = 0,02$). El coste del tratamiento aplicado ajustado por la supervivencia obtenida no mostró diferencias significativas. Este estudio demuestra que la colocación de una prótesis autoexpandible por vía percutánea posee una eficacia terapéutica similar al tratamiento endoscópico mediante prótesis de plástico y se asocia a una mayor probabilidad de supervivencia.

Puntos clave

- La mayoría de pacientes con ictericia obstructiva neoplásica son sólo tributarios de tratamiento paliativo derivativo de la vía biliar.
- La derivación quirúrgica paliativa de la vía biliar se ha ido abandonando al haberse demostrado que posee una mayor morbilidad que los procedimientos no quirúrgicos.
- La colocación de prótesis biliares por vía endoscópica se asocia a un menor número de complicaciones que aquéllas colocadas por vía percutánea.
- Las prótesis metálicas autoexpandibles ofrecen un mejor drenaje de la vía biliar y se asocian a una menor tasa de obstrucción que las prótesis de plástico.
- Es necesario realizar estudios controlados y aleatorizados que comparan la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles mediante tratamiento endoscópico y percutáneo.

Comentario

Las causas más frecuentes de ictericia obstructiva neoplásica son los cánceres de páncreas, vesícula biliar y vías biliares¹ (fig. 1). Desafortunadamente, tan sólo se puede beneficiar de un tratamiento quirúrgico con finalidad curativa el 20% de estos enfermos. Al resto de pacientes, para paliar la sintomatología derivada de la obstrucción al flujo biliar, se les podrá ofrecer únicamente una derivación de la vía biliar, bien sea quirúrgica bien mediante la colocación de una prótesis por vía endoscópica o percutánea (fig. 2). Mientras que el tratamiento quirúrgico ha quedado limitado a aquellos pacientes que también requieren una derivación digestiva por tener mayor morbilidad que los métodos no quirúrgicos^{2,3}, la decisión entre qué tipo de prótesis debe colocarse continúa siendo controvertida. La inserción de prótesis biliares por vía endoscópica, descrita hace más de 20 años, es una técnica que en manos



Figura 1. Dilatación de vía biliar intra y extrahepática secundaria a neoplasia de coledoco distal visualizada por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.



Figura 2. Inserción de prótesis de plástico mediante colangiografía retrógrada endoscópica.

experimentadas tiene un alto porcentaje de éxitos y una baja tasa de complicaciones⁴. Habitualmente se usan prótesis de plástico, más baratas que las nuevas prótesis metálicas autoexpandibles, pero cuya eficacia se ve limitada por el elevado porcentaje de reobstrucciones que obligan a repetidos recambios. Por otra parte, la colocación de prótesis biliares por vía transparietohepática es un método conocido desde hace 50 años. Inicialmente se colocaban drenajes interno-externo rígidos que presentaban un número de complicaciones muy elevado³. El desarrollo de catéteres más finos y prótesis metálicas autoexpandibles, de mayor calibre que las prótesis de plástico, ha comportado importantes mejoras en el campo de la radiología intervencionista.

Estos dos procedimientos tan sólo habían sido comparados en un estudio aleatorizado, realizado hace más de 10 años, donde se concluía que el tratamiento percutáneo resolvía peor la colestasis y presentaba más complicaciones que el tratamiento endoscópico⁵. Basándose en estas evidencias, la técnica actualmente más utilizada es la inserción de prótesis de plástico por vía endoscópica. El estudio analizado plantea si la inserción de prótesis metálicas autoexpandibles por vía percutánea es una alternativa válida al tratamiento endoscópico.

Cambios en el tratamiento

El estudio llega a una importante conclusión con implicaciones en el tratamiento clínico de estos pacientes: mientras que a corto plazo ambos procedimientos poseen una eficacia similar, los resultados a largo plazo favorecen la inserción de prótesis metálicas autoexpandibles por vía percutánea, al demostrarse que la supervivencia de los pacientes tratados con éstas es mayor. Pero este buen resultado puede deberse a los propios factores dependientes del procedimiento o al tipo de prótesis empleada.

Las dos vías de abordaje consiguieron colocar correctamente la prótesis biliar en un porcentaje parecido de casos, aunque hay un hecho que favorece al procedimiento endoscópico: el menor índice de complicaciones, principalmente colangitis y coleperitoneo. Por otro lado, las prótesis metálicas autoexpandibles consiguieron un mejor drenaje de la vía biliar tal y como

refleja el mayor descenso de la bilirrubina tras la colocación de la prótesis y el menor índice de reobstrucción en comparación con las de plástico, probablemente debido a su mayor calibre.

Estos datos sugieren que el mejor procedimiento para tratar a un paciente con ictericia obstructiva neoplásica sería utilizar la vía endoscópica, asociada a menos complicaciones, e insertar prótesis metálicas autoexpandibles, que consiguen un mejor y más duradero drenaje de la vía biliar. Tradicionalmente, una de las razones para no utilizar prótesis metálicas autoexpandibles en pacientes neoplásicos ha sido su elevado precio. Si bien las prótesis metálicas en sí son más caras, en el análisis de coste ajustado por la supervivencia las diferencias en el precio desaparecen debido al mayor índice de obstrucción de las prótesis de plástico, que obliga a su recambio, encareciendo el coste global del tratamiento.

Limitaciones del estudio

La utilización de dos tipos de prótesis y dos vías de tratamiento distintas hace que los resultados se tengan que interpretar con cautela. La justificación de este diseño radica en el hecho de que, cuando se proyectó el estudio, las prótesis de plástico habitualmente se empleaban en la derivación endoscópica debido a su fácil colocación y bajo precio. Por otra parte, se consideró que las nuevas prótesis metálicas autoexpandibles permitirían recuperar la vía de tratamiento percutánea abandonada en los últimos años por su elevada morbilidad, condicionada por el uso de prótesis rígidas.

La mayoría de los pacientes presentaba una obstrucción biliar proximal, condición que habitualmente limita el éxito terapéutico. Desafortunadamente, al estratificar a los pacientes según el nivel de la obstrucción biliar y la forma de tratamiento, el bajo número de casos que forman cada subgrupo ha impedido determinar la influencia relativa de estas variables sobre el éxito del tratamiento.

Otra limitación del estudio es el reducido número de pacientes incluidos debido a la interrupción precoz del mismo al detectar una mejoría significativa en la supervivencia de los pacientes tratados mediante prótesis metálicas percutáneas, que obligaba éticamente a tal conducta.

Bibliografía

1. Castells A, Kroser J, Rustgi AK. Gastrointestinal neoplasms. En: Beers MH, Berkow R, editors. The Merck Manual of Geriatrics. 3rd ed. West Point: Merck & Co., 2000; p. 1134-53.
2. Smith AC, Dowsett JF, Russell RC, Hatfield AR, Cotton PB. Randomized trial of endoscopic stenting versus surgical bypass in malignant low bileduct obstruction. Lancet 1994;344:1655-60.
3. Bornman PC, Harries-Jones EP, Tobias R, Van Stegmann G, Terblanche J. Prospective controlled trial of transhepatic biliary endoprosthesis versus bypass surgery for incurable carcinoma of the head of the pancreas. Lancet 1986;1:69-71.
4. Andersen JR, Sorensen SM, Kruse A, Rokkjer M, Matzen P. Randomized trial of endoscopic endoprosthesis versus operative bypass in malignant obstructive jaundice. Gut 1989;30:1132-35.
5. Speer AG, Cotton PB, Russell RC, Mason RR, Hatfield AR, Leung JW, et al. Randomized trial of endoscopic versus percutaneous stent insertion in malignant obstructive jaundice. Lancet 1987;1:57-62.