

Respuesta a la carta al Editor

Response to the letter to the Editor

Lázaro Antonio Arango Molano.¹

¹ Cirujano General y Gastrointestinal, Gastroenterólogo Clínico-Quirúrgico. Coordinador del programa de Especialización de Gastroenterología Clínico-Quirúrgica de la Universidad de Caldas. Jefe de Endoscopia Terapéutica Avanzada y Endosonografía Diagnóstica y Terapéutica de la Unión de Cirujanos S. A. S. Manizales, Caldas, Colombia.

Fecha recibido: 22-01-18
Fecha aceptado: 23-01-18

Manizales, enero 22 de 2018

Señores

Revista Colombiana de Gastroenterología

Por medio de la presente doy respuesta a la carta enviada por el doctor Martín Gómez en relación con nuestro artículo: *Determinación de la frecuencia de hiperamilasemia y pancreatitis en pacientes llevados a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica*, publicado por ustedes en el número anterior de la revista.

Debo admitir mi pena al leer la referencia por él enviada: Gómez M, Delgado L, Arbeláez V. Factores de riesgo asociados a pancreatitis e hiperamilasemia postcolangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). *Rev Col Gastroenterol.* 2012;27:7-20 (1), la cual corresponde a un excelente trabajo realizado por ese grupo tan importante liderado por él. Cuando se hizo la búsqueda bibliográfica, por una omisión no disculpable, no apareció el artículo en mención, pero me parece muy importante la reflexión que parte del Dr. Gómez cuando siente que su artículo debió hacer parte de las referencias, porque en múltiples veces nosotros hemos sentido lo mismo cuando en tan prestigiosa revista y en publicaciones de grupos similares no aparecen nuestras publicaciones en revistas nacionales e internacionales, en temas de cáncer de estómago y otras patologías que hemos intentado manejar y compartir.

Sea este preciso momento el indicado para pedir disculpas por nuestra omisión, haciendo énfasis en que el artículo del Dr. Gómez es de alta calidad y es un esfuerzo de producción nacional innegable.

Así mismo, los artículos enviados a la revista para publicación pasan el estricto proceso de evaluación por uno o varios pares y frecuentemente nos han devuelto artículos por falta de alguna clasificación o porque dentro del texto aparece algo similar a lo expuesto por nosotros, cuando dijimos *erróneamente* que no existían publicaciones en Colombia en ese sentido y se debe hacer la corrección. Entonces los expertos que evaluaron el artículo, quienes son líderes en el campo investigado, tampoco tenían presente el importante artículo del Dr. Gómez y su grupo.

Otra cosa a resolver, como lo pide con su carta el Dr. Gómez, es que el objetivo del trabajo fue determinar el nivel de hiperamilasemia y pancreatitis en pacientes sometidos

a CPRE, no la de explicar cómo evitamos esta complicación. Para explicarle al Dr. Gómez sobre la aclaración que solicitó, quiero mencionar que tenemos estrictos procesos que paso a enumerar: cuando el paciente llega a salas, recibe una valoración del anestesiólogo y del grupo; se verifica la hidratación y se refuerza si no es indebido, con el paso de unos 1000 mL de líquidos intravenosos previos, continuando con hidratación adecuada durante y después del procedimiento.

Como protocolo nuestro, todo paciente sometido a CPRE, independientemente de si se pone cánula pancreática o se hace precorte, se le administra un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) intrarrectal. Si la guía se va al conducto pancreático, vista por fluoroscopia y suponiendo esa ruta por la curva anómala que hace, se aspira; si el líquido es supuestamente pancreático, se retira la guía. Si sucede de nuevo lo mismo a pesar de tensar el papilotomo, se deja la guía *in situ* y se pasa un *stent* de páncreas 5 Fr de una sola aleta. En ese momento se intenta la canulación por encima del *stent*. Si esta es fallida, se realiza el precorte tipo fístula, que es nuestro preferido.

En la mayoría de ocasiones, nuestra canulación se realiza con papilotomo; pero a veces lo intentamos con guía seguida por cánula o papilotomo, según sea el caso. Con el papilotomo nos emporamos sin empujar ni agredir; luego introducimos la guía y hacemos movimientos suaves buscando el eje para ir a la vía biliar. Nunca inyectamos sin saber dónde estamos, aunque muchos profesores, incluso internacionales (de los cuales algunos hacen parte del metaanálisis mostrado por el Dr. Gómez), que tienen pacientes con pancreatitis superiores al 9,7%, los emporan e inyectan. Para mí este punto es vital porque se irrita el conducto del páncreas en caso de ser canulado, o se aumenta la presión del poro biliar, ambas variables determinantes para causar pancreatitis. No permitimos que nuestros residentes pasen por encima de estas reglas y nosotros somos estrictos en su cumplimiento.

Pasando al punto de las muy bajas tasas de pancreatitis reportadas en el artículo nuestro y que es uno de los puntos que cuestiona el Dr. Gómez, quiero confesarles que, cuando evaluamos los resultados con nuestra epidemióloga, la Dra. Luz Elena Sepúlveda, cuyo análisis es riguroso, nos vimos sorprendidos por los mismos, lo que nos obligó a revisar de nuevo la base de datos y, por ende, evaluar nuestros resultados. Como lo dice el Dr. Gómez, lo publicado por un grupo que es académico y se considera serio es lo que surgió dentro de la investigación.

Ese trabajo era la investigación necesaria para la graduación como gastroenterólogo del Dr. Fabián Rodrigo del Castillo. No todos los trabajos de investigación que entregan nuestros residentes se envían a publicación, pero en este caso, a pesar de tener pocos pacientes (98 en una cohorte de 3 meses) y ver los claros resultados, nos pareció un premio a

una labor hecha con disciplina, a la metodología empleada dentro de nuestros exámenes, al juicio con los tiempos y límites de tiempo, y a nuestra cantaleta diaria de: “La papila es su amiga, no debemos agredirla, debemos apenas tocarla, mimarla”. Sabemos que la cohorte es muy pequeña, es apenas una muestra de 3 meses de recolección. Los resultados de ninguna forma reflejan una superioridad nuestra comparada a otros; por el contrario, son una puerta abierta para realizar un trabajo más grande, que seguramente con el tiempo tendrá mayores casos de pancreatitis. El resultado es real, pero puede ser una coincidencia con el tiempo medido y una suerte agradable para nuestro servicio.

En este momento, tenemos en nuestro equipo de trabajo al Dr. Mario Jaramillo, un egresado de esa escuela tan grande y respetada como es la Universidad Nacional, y es residente uno de sus rotantes de cirugía que, además, mantiene una admiración completa hacia el grupo del Dr. Gómez: el Dr. Jaime Giovanni Muñoz. En revisiones académicas hemos hecho notar, en un seguimiento juicioso, que nuestra tasa de pancreatitis es muy baja, pero la tenemos.

Yo no creo que se hayan manejado poblaciones distintas en la investigación del Dr. Gómez y la nuestra, y me parece hasta cierto punto un poco peligroso y arriesgado sugerir públicamente (una carta al editor) que el número de pancreatitis post-CPRE deba aumentarse con la canulación inicial hecha por el o los residentes. Creo que eso tiene sus ventajas y desventajas porque, aunque es cierto que *la docencia debe aumentar los tiempos operatorios, seguro los daños de los equipos, esta no debe afectar las complicaciones*. Incluso, seguramente sin ánimo de ofensa, la carta deja tácitamente propuesta una baja exposición de los residentes o la participación ejecutoria exclusiva de los docentes; y también se menciona, aunque seguramente fue defecto de redacción, que posiblemente los residentes sean expertos canuladores.

En este caso impera el principio griego hipocrático necesario entre los que hacemos endoscopia terapéutica avanzada: “*primum nil nocere*” o “*primum non nocere*”: lo primero es no hacer daño.

Quiero compartir con ustedes una linda experiencia. Nuestro centro es privado (Unión de Cirujanos S. A. S.); este centro recibe residentes de la Universidad de Caldas en el programa de Gastroenterología. Todos los días tenemos jornadas dedicadas a la urgencia y procedimientos especiales. Por ser un centro de referencia (de una zona geográfica pequeña), nos llegan pacientes de varias ciudades capitales cercanas y de pueblos, situación que nos obliga a iniciar la primera jornada de 5:30 a 8:00 a. m. todos los días y hacer otra jornada en horas de la tarde. Nuestras revisiones académicas se hacen algunos días en horario nocturno, hacemos revisiones virtuales de otros temas y tenemos juntas importantes de decisiones.

Desde que los residentes entran a su programa, están dentro de la jornada de las 5:30 a. m. (todos los residentes). Durante los primeros 6 meses observan los procedimientos, estudian lo que hay publicado de los mismos y, paralelamente, los residentes menores van teniendo exposición a la endoscopia alta elemental. Luego de este período, les permitimos entrar bajo supervisión con el duodenoscopio y realizar una buena cantidad de entradas; adquieren una entrada de gran calidad aproximadamente 2 meses antes de terminar su primer año. A los 10 meses de residencia, después de observar todos los días, de entrar acompañados después de los 6 meses y de haber hecho prácticas en seco (laboratorio) con duodenoscopios ya dañados para practicar el uso de pinzas, salida de instrumental, uso de 2 ruedas y una uña, y el canal de trabajo, cuando el procedimiento está expirando, son los residentes de primer año quienes hacen entrada de una canastilla o de un papilotomo, bajo supervisión, en un paciente que ya tiene resuelto su problema, que no está crítico, cuya papilotomía no presentó problema y por el orificio abierto, sea este con papilotomo o balón de dilatación. Es fácil y de poco riesgo introducir un aditamento que no agrava o pone en peligro la vida del paciente. Siempre está presente un anesthesiólogo.

Actualmente, a nuestros residentes de primer año les falta 1 semana para cambiar de nivel, y ya desde hace unos 15 días, si luego de entrar se observa que la papila aparenta una fácil canulación (aunque nada es fácil con ella) les permitimos hacer un intento de ingreso. Realmente, al principio son pocos los que pueden canular en un intento, pero para nuestra sorpresa, el Dr. Giovanni Muñoz, de su escuela, hace unos días logró hacerlo. Él apenas inicia el 1 de febrero su segundo año (le queda un año más de estar todos los días expuesto a CPRE).

Cuando el residente inicia el segundo año, siempre bajo supervisión, esta es la prioridad. Por lo menos en la jornada de la mañana (que es común para todos), tienen un año para lograr hacer la CPRE; por las tardes, siempre hay un residente de segundo año con nosotros en la sala especial y a veces 2. Del mismo modo, siempre hay un residente de primer año y a veces 2, de acuerdo con las programaciones en otras instituciones.

Nos regimos por el principio fundamental de que la canulación debe ser lo menos traumática posible (como todas las escuelas). Ellos podrán constatar que nuestras frases diarias son: “La papila hay que mimarla”, “No se puede agredir, miren el eje de entrada y hacia dónde van”, “No entren en un ángulo distinto al eje”, entre otras (lo mismo que expusieron Robert H. Hawes y Jacques Devière en su artículo publicado recientemente en *Gastrointestinal Endoscopy: How I cannulate The bile duct* (2)).

Independientemente de la necesidad del residente de hacer para aprender, si después de 3 intentos de ingresar no lo ha logrado, el docente es quien toma el mando, y después de canular (la mayoría de las veces) entrega de nuevo el instrumento al estudiante en formación para la realización bajo guía de la papilotomía, la extracción de los cálculos, la colocación de los *stents*, entre otros. Es frecuente que por la dificultad, el docente deba tomar de nuevo el instrumento y seguir.

Toda esta experiencia la viven los residentes durante 2 años. Por ser residentes de un programa quirúrgico, somos conscientes de la responsabilidad de brindarles un buen bagaje técnico y, debido a tanta exposición, podrán ir aprendiendo por pasos sin la premura que da una rotación de unos meses, situación que altera la oportunidad y le deja paso a la suerte.

La mayoría de programas del país, del mismo modo que nosotros, permiten que sus residentes de primer año realicen observación por unos meses, iniciando el segundo año permiten que hagan duodenoscopia y dan una rotación de CPRE entre 3 y 4 meses. En ambas tendencias, la nuestra (permanentemente) y la de otras escuelas (rotaciones fijas), el residente siempre saldrá a realizar su curva propia al terminar. En nuestra escuela tenemos un chat de egresados de Gastroenterología, en el que a diario se comentan casos, se participa en revisiones de artículos y además se evalúan complicaciones. La experiencia ha sido gratificante y vemos que la preparación de la mayoría de residentes es adecuada. En el tema puntual de pancreatitis sabemos por este chat que también en sus prácticas en las diferentes ciudades aparentemente es bajo el porcentaje.

Para terminar, sé que los metaanálisis de estudios prospectivos son la mejor evidencia, pero hay muchos estudios aislados como el nuestro que son importantes y están publicados. Me permito citar solo 2: el primero, publicado por Masci, Toti y Minoli en *Gastrointestinal Endoscopy* en 1997 (3), demostró la incidencia de pancreatitis post-CPRE de 1,6% sobre un total de 1693 pacientes; y el segundo artículo de la misma revista publicado por Peter Cotton en 2009 (4) estudió a 14 497 pacientes llevados a CPRE y encontró un porcentaje de pancreatitis del 2,6% (muestra superior a la del metaanálisis recientemente publicado por Kochar en 2015) (5), que es el que cita el Dr. Gómez en su carta. Los autores de los dos artículos referenciados son conocidos investigadores, son académicos, autores de libros importantes en el área y con programas de *fellows* a su cargo.

Atentamente,
Lázaro Antonio Arango Molano, MD

REFERENCIAS

1. Gómez M, Delgado L, Arbeláez V. Factores de riesgo asociados a pancreatitis e hiperamilasemia post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). *Rev Col Gastroenterol.* 2012;27:7-20.
2. Hawes RH, Devière J. How I cannulate the bile duct. *Gastrointest Endosc.* 2018;87(1):1-3. DOI: 10.1016/j.gie.2017.09.008.
3. Masci E, Toti G, Minoli G. Prospective Studies on ERCP / ES acute pancreatitis. *Gastrointest Endosc.* 1997;48:459.
4. Cotton P, Garrow D, Gallager J. Risk factors for complications after ERCP: A multivariate analysis of 11497 procedures over 12 years. *Gastrointest Endosc.* 2009;70(1):80-88.
5. Kochar B, Akshintala VS, Afghani E, et al. Incidence, severity, and mortality of post-ERCP pancreatitis: a systematic review by using randomized, controlled trials. *Gastrointest Endosc.* 2015; 81:143. doi: 10.1016/j.gie.2014.06.045.