

Respuesta a la carta al Editor

Colecistogastrostomía guiada por ultrasonografía endoscópica en un paciente con cáncer pancreático: primer caso en Colombia

Reply to Letter to the Editor

Endoscopic ultrasonography-guided cholecystogastrostomy in a patient with pancreatic cancer: the first case in Colombia

Renzo Pinto,²  Jaime Solano,²  Luis Felipe Cabrera,^{1*}  Érika Benito,³  Álvaro Sánchez,⁴  Mauricio Pedraza.⁴ 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Pinto R, Solano J, Cabrera LF, Benito E, Sánchez A, Pedraza M. Respuesta a la carta al Editor. Colecistogastrostomía guiada por ultrasonografía endoscópica en un paciente con cáncer pancreático: primer caso en Colombia. Rev Colomb Gastroenterol. 2021;36(1):143-145. <https://doi.org/10.22516/25007440.721>

¹ Grupo de Cirugía General, Fundación Santa Fe, Bogotá D. C., Colombia.

² Grupo de Gastroenterología, Fundación Santa Fe, Bogotá D. C., Colombia.

³ Residente de Cirugía General, Universidad El Bosque, Bogotá D. C., Colombia.

⁴ Posgrado de Cirugía General, Universidad El Bosque, Bogotá D. C., Colombia.

*Correspondencia: Luis Felipe Cabrera. luis.felipe.cabrera@hotmail.com

Fecha recibido: 24/01/21

Fecha aceptado: 25/01/21



El tratamiento de elección para la obstrucción biliar de etiología neoplásica es la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE), pero esta puede fallar en un 5 %-10 % de los casos debido a alteraciones anatómicas de la papila de váter, papila intradiverticular, invasión neoplásica el duodeno con estenosis o anatomía alterada. Tradicionalmente en estos casos, la segunda elección era el drenaje transparietohepático de la vía biliar (PTBD), con una alta tasa de complicaciones (hasta del 33 %) que incluyen sangrado, infecciones, desplazamiento del catéter y fuga biliar; las cuales alteran de manera significativa la calidad de vida del paciente (1-3).

El drenaje biliar guiado por ultrasonografía endoscópica (USE-DB) ha emergido como una alternativa al PTBD con alta tasa de éxito técnico y clínico, con bajo riesgo de complicaciones y con mejor calidad de vida para el paciente. Existen dos técnicas: la coledocoduodenostomía (USE-CDS) y la hepatogastrostomía (USE-HGS) (4, 5).

El USE-DB fue descrito por primera vez por Giovannini y colaboradores en 2001 (6) y desde entonces se han publicado muchos estudios que han demostrado altas tasas de éxito técnico y clínico (95 % y 97 %, respectivamente), así como un bajo riesgo de complicaciones (1, 4).

El desarrollo de dispositivos dedicados como los *stents* metálicos de aposición luminal (LAMS) y otros como el Giobor® ha desplazado el uso de *stents* metálicos autoexpandibles (SEMS) y plásticos, los cuales aumentaban los riesgos de complicaciones como fuga biliar, desplazamiento del *stent* y neumoperitoneo; por lo que es posible realizar este procedimiento con mayor seguridad y menores riesgos (3, 7, 8).

La estenosis biliar de origen neoplásico implica un mal pronóstico a corto plazo debido a que la mayoría de pacientes recibe el diagnóstico en un estado avanzado de la enfermedad, lo que limita el tratamiento con intención curativa e inicia un proceso de abordaje paliativo en víspera de mejorar la calidad de vida de los pacientes, debido a que los signos y síntomas que padecen (como ictericia, prurito y obstrucción intestinal) pueden deteriorar de forma significativa el estado general (7, 9, 10).

La principal intervención llevada a cabo alrededor del mundo en estos casos corresponde a la derivación biliar con el alojamiento de *stents* en el colédoco por CPRE, la cual tiene un porcentaje de falla técnica en aquellos casos en que la invasión neoplásica de la papila no permite la canulación y, por ende, la derivación biliar, lo que conlleva a la nece-

sidad de realizar procedimientos como la derivación biliar transparietohepática (DBTPH), que infiere un porcentaje más alto de morbilidad (1, 2, 10).

La DBTPH corresponde al procedimiento para drenaje biliar más común en casos de enfermedad biliar maligna y duodenal con obstrucción subsecuente del árbol biliar, que impide el éxito técnico en CPRE y en aquellos pacientes adultos mayores, con múltiples comorbilidades y enfermedad oncológica irreseccable con una limitada expectativa de vida (1).

Aun así, la derivación transparietohepática del árbol biliar implica un porcentaje de comorbilidad a tener en cuenta, debido a la necesidad del cuidado incesante de la bolsa de reservorio, que necesita lavados y recambios constantes, además de la incomodidad de cargarla permanentemente, lo que implica el riesgo de retiro involuntario que conlleva a sepsis, sangrado y, por ende, infección del sitio de inserción, lo cual finalmente altera la calidad de vida en un intento de mejoría (1).

En cuanto a la opción quirúrgica, la derivación biliar por hepatoyeyunostomía, hepatoduodenostomía y coledoco-duodenostomía, entre otras, juegan un papel importante en aquellos casos en los que no es posible la canulación del árbol biliar por vía percutánea. Infortunadamente, el abordaje quirúrgico ya sea abierto o laparoscópico en este grupo de pacientes con alto índice de fragilidad no ofrece los mejores resultados con altos porcentajes de morbilidad, que incluye fuga de la anastomosis, infección de órgano o espacio, y mortalidad perioperatoria (1, 2, 9).

Durante la última década el desarrollo del ultrasonografía endoscópica (USE) ha implicado una posibilidad alterna para el drenaje y descompresión biliar en casos de CPRE fallida, y ha demostrado ciertas ventajas sobre la DBTPH como la posibilidad de realizarse en la misma intervención al no lograrse la derivación por CPRE y también menos dolor e infección (2, 9).

El éxito clínico del drenaje biliar por USE-CDS ha sido expuesto en múltiples series con la utilización de diferentes *stents* y dispositivos, hasta tal punto de proponerse como la opción de primera línea (2). En un principio se desarrolló la USE-CD con *stents* plásticos con éxito clínico demostrado en varios estudios, como el de Hara y colaboradores, quienes comprobaron el éxito técnico y clínico de 94 % y 100 %, respectivamente, pero con un porcentaje de oclusión del *stent* a 163 días del 66,7 % (7).

Por su parte, el riesgo de fuga biliar y colangitis implica un porcentaje de morbilidad importante, lo que llevó a la utili-

zación de *stents* metálicos para la realización de la USE-CD (7), de modo que surgen estudios como el de Gupta y colaboradores, en el que compararon la incidencia de colangitis en pacientes tratados con *stents* plásticos y pacientes tratados con *stents* metálicos, y reportaron una incidencia mucho mayor en el grupo tratado con *stents* plásticos, con una incidencia de fuga biliar similar (7), pero con el paso del tiempo se instaura como la complicación más temida al utilizar los *stents* metálicos recubiertos la migración del *stent* del sitio de la punción, lo que deja abierto un defecto importante (7).

Finalmente, se instaura el procedimiento de USE-CD utilizando LAMS (Hot Axios) (3), que fue inicialmente desarrollado para los casos de drenaje de pseudoquiste pancreático hasta instaurarse en el procedimiento de drenaje biliar. Particularmente se caracteriza por tener corta longitud y forma de pesa con pestañas anchas que le permite el anclaje a través de estructuras no adherentes, por lo que tiene la propiedad antimigratoria y menor riesgo de fuga biliar (7); otra propiedad importante y muy novedosa es la inclusión de electrocauterio y liberación del *stent*, que permite el alojamiento de este en un solo paso, lo que disminuye así el recambio de instrumental y, por ende, el número de complicaciones (7, 10).

El primer estudio multicéntrico que reporta la experiencia con casos de USE-CD con *stent* antimigratorio (Hot Axios) lo desarrollaron Tsuchiya y colaboradores, quienes demostraron un éxito técnico y clínico de 100 % y 95 %, respectivamente; pero tuvieron 5 pacientes de la muestra total de 19 que desarrollaron oclusión del *stent* en los siguientes 184 días y concluyen de forma anticipada la llegada de más USE-CD (7).

Con lo revisado en la literatura, por una parte, la realización de USE-CDS tiene un porcentaje aproximado de eventos adversos del 16 %, constituido principalmente por infección, neumoperitoneo, fuga biliar, sangrado, dolor abdominal, perforación y migración del *stent*; y es más frecuentemente reportado el neumoperitoneo con manejo conservador y una buena evolución del paciente (4, 8). Por otra parte, la utilización del Doppler es un arma muy conveniente para el endoscopista al momento de descartar la presencia de estructura vascular y evitar la complicación (5). Aun así, hay reportes de casos como el de Mangas-Sanjuan y colaboradores, en el que exponen un caso de punción accidental de la vena porta al momento de realizar un USE-CDS, complicación que lograron resolver por la misma vía; obtuvieron el control del sangrado y, finalmente, se logró el éxito clínico y técnico para el drenaje biliar (5, 8).

REFERENCIAS

1. El Chafic AH, Shah JN, Hamerski C, Binmoeller KF, Irani S, James TW, Baron TH, Nieto J, Romero RV, Evans JA, Kahaleh M. EUS-Guided Choledochoduodenostomy for Distal Malignant Biliary Obstruction Using Electrocautery-Enhanced Lumen-Apposing Metal Stents: First US, Multicenter Experience. *Dig Dis Sci*. 2019;64(11):3321-3327. <https://doi.org/10.1007/s10620-019-05688-2>
2. Han SY, Kim SO, So H, Shin E, Kim DU, Park DH. EUS-guided biliary drainage versus ERCP for first-line palliation of malignant distal biliary obstruction: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2019;9(1):16551. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52993-x>
3. Lesmana CRA, Gani RA, Hasan I, Sulaiman AS, Ho KY, Dhir V, Lesmana LA. Palliative Endoscopic Ultrasound Biliary Drainage for Advanced Malignant Biliary Obstruction: Should It Replace the Percutaneous Approach? *Case Rep Gastroenterol*. 2019;13(3):385-397. <https://doi.org/10.1159/000502835>
4. Leung Ki EL, Napoleon B. Endoscopic ultrasound-guided biliary drainage: A change in paradigm? *World J Gastrointest Endosc*. 2019;11(5):345-353. <https://doi.org/10.4253/wjge.v11.i5.345>
5. Mangas-Sanjuan C, Bozhychko M, Martinez J, Compañía L, Ruiz F, Casellas JA, Aparicio JR. Endoscopic management of accidental portal vein puncture during endoscopic ultrasound-guided choledochoduodenostomy. *Endoscopy*. 2020;52(2):E47-E48. <https://doi.org/10.1055/a-0991-7763>
6. Giovannini M, Moutardier V, Pesenti C, Bories E, Lelong B, Delpero JR. Endoscopic ultrasound-guided bilioduodenal anastomosis: a new technique for biliary drainage. *Endoscopy*. 2001 Oct;33(10):898-900. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17324>
7. Mora Soler AM, Álvarez Delgado A, Piñero Pérez MC, Velasco-Guardado A, Marcos Prieto H, Rodríguez Pérez A. Endoscopic ultrasound-guided choledochoduodenostomy after a failed or impossible ERCP. *Rev Esp Enferm Dig*. 2018;110(5):299-305. <https://doi.org/10.17235/reed.2018.5040/2017>
8. Ogura T, Higuchi K. Technical tips of endoscopic ultrasound-guided choledochoduodenostomy. *World J Gastroenterol*. 2015;21(3):820-8. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i3.820>
9. Teoh AYB, Dhir V, Kida M, Yasuda I, Jin ZD, Seo DW, Almadi M, Ang TL, Hara K, Hilmi I, Itoi T, Lakhtakia S, Matsuda K, Pausawasdi N, Puri R, Tang RS, Wang HP, Yang AM, Hawes R, Varadarajulu S, Yasuda K, Ho LKY. Consensus guidelines on the optimal management in interventional EUS procedures: results from the Asian EUS group RAND/UCLA expert panel. *Gut*. 2018;67(7):1209-1228. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2017-314341>
10. Wong YJ, Teh JGX, Khor C, Tan DMY. Endoscopic ultrasound-guided choledochoduodenostomy and duodenal stenting for combined malignant biliary and duodenal obstruction. *Endoscopy*. 2019;51(12):E394-E395. <https://doi.org/10.1055/a-0929-4927>