

Comentario editorial del trabajo incidencia y relación de esfinterotomía endoscópica en la migración proximal de prótesis biliares

Dr. Alberto Farca-Belsaguy*

*Jefe de la División de Gastroenterología y Unidad de Endoscopia Terapéutica. Hospital General Manuel Gea González, SA, México, D.F.

Solicitado para publicación: 23 de junio de 2000.

La esfinterotomía endoscópica de la papila de Vater ha sido una técnica muy útil para el manejo endoscópico de la vía biliar y pancreática, ampliamente difundida en todo el mundo. Facilita el abordaje y los procedimientos terapéuticos de la vía biliar, existiendo una tendencia a realizar el tamaño del corte de la esfinterotomía en relación al procedimiento requerido en cada paciente. Cortes de 6 a 8 mm para instalación de prótesis biliares y extracción de litos pequeños y de toda la extensión de la papila en litos grandes, para la introducción de coledoscopios perorales o en el manejo de estenosis iatrogénica, en que se requiere del uso simultáneo de varias prótesis. La tendencia a realizar esfinterotomías de la menor longitud posible es en un intento de disminuir complicaciones como hemorragia o perforación, porque a menor extensión de la esfinterotomía menor posibilidad de tener éstas.

Ninguna de las complicaciones a largo plazo que se han sospechado pudiera ocasionar esfinterotomía se han podido demostrar. Una que se antojaría lógica, sería el que facilitaría la migración proximal de una prótesis biliar, la cual tampoco se comprueba en el análisis realizado por el Dr. Güitron en su publicación.

Existe la tendencia por algunos grupos de endoscopistas de introducir endoprótesis o catéteres nasoenterales sin esfinterotomía en casos especiales como en pacientes con colangitis grave, fístulas biliares, alteración en la coagulación, etc.; tendencia criticada por el grupo del Dr. Peter Cotton, porque argumenta que pueden ocasionar pancreatitis al obstruir la prótesis el drenaje del conducto pancreático, observación que no ha sido corroborada por otros. En 1997 publicamos nuestra experiencia en el manejo temporal con prótesis biliares sin esfinterotomía en pacientes embarazadas con coledocolitiasis sintomático. Demostramos que es un método muy rápido en el que se utiliza mínima radiación, sin los riesgos potenciales de una esfinterotomía. En ningún caso tuvimos cuadros de pancreatitis secundaria a la instalación de la prótesis sin esfinterotomía.¹

Me llama la atención la cantidad de migraciones proximales de las prótesis biliares que el Dr. Güitron en-

contró en sus pacientes con estenosis iatrogénica, resultado no encontrado en otras publicaciones.²⁻⁵ Presentamos nuestra experiencia en el manejo endoscópico de estenosis iatrogénica de la vía biliar en el Congreso Americano de Gastroenterología, efectuado este año. Nuestro protocolo tiene variables interesantes como son la instalación de 3 a 5 prótesis 10 Fr en lugar de dos, ferulamos la estenosis con las prótesis durante dos años en lugar de uno, con cambio y limpieza de la vía biliar cada seis meses en lugar de cada tres. Aunque se antojaría que estas variables favorecieran la migración de las endoprótesis, no fue así. En los 65 pacientes que hemos manejado desde que iniciamos hace 10 años, sólo tuvimos dos migraciones de prótesis en un caso proximal y en otro distal.⁶

No obstante que la migración proximal de endoprótesis estuviera favorecida en los pacientes con estenosis iatrogénica, este riesgo se justificaría ampliamente si se considera que estamos obteniendo de 80 a 90% de buenos resultados a largo plazo con este tipo de manejo. Por otro lado, aunque el desplazamiento proximal de una prótesis biliar se convierte en un problema de manejo, casi todos se pueden resolver por vía endoscópica, si se cuenta con los recursos y experiencia suficiente.

REFERENCIAS

1. López Acosta ME, Rodríguez Venegas G, Rivera W, Farca A. Endoscopic treatment of benign strictures using three 10 Fr homemade tapered pig tail stents for two years and no previous dilation: interval follow-up. *Gastrointest Endosc* 2000; 51: AB182.
2. Huibregtse K, Katon RM, Tytgat GNS. Endoscopic treatment of postoperative biliary strictures. *Endoscopy* 1986; 18: 133-7.
3. Berkelhammer C, Kortan P, Haber GB. Endoscopic biliary prosthesis as treatment for benign postoperative bile duct structure. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 181-2.
4. Manoukian AV, Schmals MJ, Geenen JE et al. Endoscopic treatment of problems encountered after laparoscopic cholecystectomy. *Gastrointest Endosc* 1993; 39: 9-14.
5. Davids PHP, Rauwus EAJ, Coene Pplo et al. Endoscopic stenting for post operative biliary strictures. *Am J Surg* 1982; 144: 14-20.
6. Ferca A, Aguilar ME, Rodríguez G, de la Mora G, Arango L. Biliary stents as temporary treatment for choledocholithiasis in pregnant patients. *Gastrointest Endosc* 1997; 46: 99-101.