

## Litiasis Biliar "Gigante" y Drenaje Nasobiliar. ¿Es Historia?

Sres. editores:

El ácido ursodesoxicólico (UDOC) tiene una efectividad en disolución de litiasis vesicular con predominio de colesterol del 30% a 6 meses, cuando los litos son < 5 mm, pero de sólo el 18% cuando son > 5 y < de 15 mm<sup>1</sup>.

Experiencias anecdóticas han reportado la instalación de endoprótesis biliares y tratamiento oral con ácido ursodesoxicólico (E+UDOC) como alternativa terapéutica de coledocolitiasis con cálculos > 1.5 cm imposibles de extraer en la primera endoscopia (CDL >)<sup>2,3</sup>. Sin embargo, hace poco apenas empezamos a tener oportunidad de leer seguimientos a largo plazo. En el último número de nuestra revista, el Dr. Güitrón y sus colaboradores nos ofrecen el "vaso medio lleno" de esta alternativa<sup>6</sup>, sin embargo y casualmente, el grupo del Dr. Tytgat publicó durante el mismo mes su experiencia al respecto<sup>7</sup>. Los resultados a primera vista parecieran contradictorios. Mientras que la experiencia de Torreón indica que "es un procedimiento efectivo y seguro", en Amsterdam la impresión es que debe emplearse cuando no hay otra alternativa para extraer litos en pacientes con expectativa de vida breve. Ambos estudios reportan alrededor de 10% de complicaciones inmediatas al procedimiento, pero los holandeses reportan un 40% de complicaciones durante el seguimiento de tres años, al permanecer con endoprótesis, siendo colangitis la más frecuente, situación que desafortunadamente no se menciona en el estudio de Coahuila. Muy interesante resultaría saber si la colangitis ha sido el motivo del reemplazo en el subgrupo de pacientes de alto riesgo quirúrgico o en los 12 pacientes que continúan en seguimiento en la región de la laguna, porque uno podría imaginar también que siempre se hizo el reemplazo al menor incremento de la fosfatasa alcalina o de bilirrubinas, o bien a intervalos muy cortos como para permitir esta complicación. La otra pregunta que valdría la pena precisar es: ¿qué tan frecuente resulta esta circunstancia de CDL >? No se menciona en ninguno de los artículos el denominador de estos 157 casos, pero seguramente es cercano al millar. En un estudio irlandés, estos casos de CDL > representan el 6.5% del total de coledocolitiasis, y un éxito de disolución con E+AUDC del 23%<sup>3</sup>. En nuestra experiencia de 437 CPRE, 89 pacientes tenían coledocolitiasis y en sólo tres (3.3%) no pudieron finalmente extraerse. Ciertamente hemos tenido que realizar más de un procedimiento en 32 pacientes (35%), siempre colocando un drenaje nasobiliar que en ocho pacientes se aprovechó para infundir ácido monoctanoico a 18 de ellos, luego sometidos a litotripsia mecánica endobiliar (20%). Excepcionalmente, dos pacientes fueron dados de alta con E+AUDC. En un paciente se ha requerido del empleo de litotripsia extracorpórea. Finalmente, otro de estos pacientes fue operado por coledocolitiasis (1.2%). Así, en nuestra experiencia, la efectividad de CRE es del 98%, con morbilidad de 4.6%.

Actuar por modas, siempre tiene inconvenientes, pues el no contar con un tratamiento idóneo, nos hace subestimar recursos que, aun cuando son insuficientes por sí mismos, se olvida que, combinados, son complementarios y alternativas reales en pacientes de alto riesgo quirúrgico. En 1995, para resolver la ictericia obstructiva, el drenaje nasobiliar sigue siendo indispensable en colangitis aguda, pero también útil en el paciente en quien resultó infructuoso un primer intento para extraer la coledocolitiasis, particularmente si se cuenta con ácido monoctanoico, ácido graso que no disuelve por completo todas las litiasis, pero siempre reblandece aquellas con un componente importante de colesterol, lo que facilita su trituración con canastillas de Dormia.

Drs. Mario Arturo Ballesteros Amozurrutia,  
Miguel Angel Falcón Martínez  
Servicio de Gastroenterología,  
Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX.

## REFERENCIAS

1. Bacharach WH, Hoffmann AF. *Ursodeoxycholic acid in the treatment of cholesterol cholelithiasis, part II*. Dig Dis Sci 1982; 27:833-856.
2. Johnson GK, Geenen JE, Venu RP et al. *Treatment of non extractable common bile duct stones with the combination of ursodeoxycholic acid plus endoprotheses*. Gastrointest Endosc 1993; 39:528-531.
3. Navicalhrern P, Rhodes M, Flook D. et al. *Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and stent placement in the management of large common bile duct calculi*. Gastroenterology 1994 (106) A351.
4. Farrell RJ, Goggins M, Weir D, et al. *Common bile duct stones: What to do after you cut?* Gastroenterology 1995 (108) A14.
5. Vallera RA, McGee SG, Shearin M et al. *Biliary stents decrease the size of retained common bile duct (CBD) stones*. Gastrointest Endosc 1995; 41(4)A.
6. Güitrón A, Huerta F, Macías M. et al. *Manejo de la litiasis biliar difícil*. Rev Gastroenterol Mex 1995; 60:140-144.
7. Bergman JGHM, Rauws EAJ, Tijssen JGP, et al. *Biliary endoprotheses in elderly patients with endoscopically irretrievable common bile duct stones: Report on 117 patients*. Gastrointest Endosc 1995; 42:195-201.

## Respuesta del autor

Agradecemos el interés mostrado por los Dres. Ballesteros y Falcón en el artículo de manejo de la litiasis biliar difícil. El principal objetivo del trabajo es el de mostrar que la inserción de endoprótesis biliares es un método seguro, eficaz y que evita problemas en los pacientes con litiasis de difícil extracción, hecho que se ha confirmado plenamente en múltiples trabajos publicados en literatura mundial y que se toman como referencias bibliográficas en el nuestro<sup>1</sup>. Ciertamente es conveniente explicar el término "litiasis biliar difícil"; en nuestro reporte, la extracción difícil de litos fue considerada por la presencia de coledocolitiasis múltiple, tamaño de los litos mayor de 2.5 cm, asociación de edema en el sitio de la esfinterotomía previa, de estenosis en la porción terminal del conducto biliar, o por la

## Correspondencia

coexistencia de divertículos periampulares que en ocasiones dificulta la práctica de esfinterotomía. Esto significa que no todos los litos de difícil extracción deben tener un tamaño mayor de 15 mm, sino que existen otros factores, donde además de los mencionados se pueden incluir localización en una acodadura o proximal a una estenosis de la vía biliar. En nuestro estudio, únicamente en 12 de 350 pacientes (4.8%) el o los litos presentaron estas dimensiones y no pudieron extraerse, por lo que requirieron la colocación de endoprótesis como tratamiento definitivo, mientras que en los 24 pacientes restantes, el o los litos se extrajeron después de un segundo intento mediante litotripsia mecánica o uso de catéter de balón. En relación con el artículo publicado por el grupo del Dr. Tytgat<sup>2</sup>, consideramos que no hay tanta discrepancia como pudiese ser captado por los Dres. Ballesteros y Falcón. En ambos estudios la colocación de la endoprótesis se realizó en el 100% de los casos y se obtuvo el objetivo inicial de establecer un drenaje rápido y oportuno de la vía biliar obstruida y prevenir la impactación del lito; en los dos estudios, cifras similares de pacientes fueron candidatos a colocación temporal o definitiva de la endoprótesis, y la cifra de complicaciones inmediatas se centró en el 10% de los casos. A pesar de que en las conclusiones del grupo holandés se refiere que la colocación permanente de endoprótesis debe limitarse a pacientes no candidatos a tratamiento electivo y con expectativa de vida breve, llama la atención que existe relación en ambos artículos en la vida media de los pacientes (83 años en el grupo del Dr. Tytgat y 81 años en nuestro grupo).

Diferimos en lo relacionado con la incidencia de complicaciones a largo plazo en donde el grupo del Dr. Tytgat reporta 16% (9/58) de mortalidad relacionada principalmente a colangiosepsis condicionada a obstrucción de la endoprótesis. En nuestra casuística y tal como lo imaginan los Dres. Ballesteros y Falcón, el recambio de las endoprótesis se realizó frecuentemente, en promedio cada 10 semanas para evitar tales complicaciones. Hoffmann y cols.<sup>3</sup> refieren que la expectativa de permeabilidad de las endoprótesis 10F se considera de 6 meses; sin embargo, muchos endoscopistas hacen recambio periódico de las mismas para prevenir su oclusión y el potencial de complicaciones del tipo de la colangitis, que, como en el artículo del Dr. Tytgat, es causa frecuente de mortalidad. Es cierto que el recambio frecuente incrementa los costos unitarios del Departamento, pero el proporcionar una adecuada calidad de vida a este grupo de pacientes, generalmente ancianos, bien vale

la pena. Por lo que respecta a la depuración de los litos de la vía biliar, en uno o varios intentos, con o sin colocación de endoprótesis, con o sin ácido ursodeoxicólico, y utilizando maniobras endoscópicas como la litotripsia mecánica, las cifras de 94% del Dr. Tytgat<sup>2</sup>, 98% del grupo del Dr. Ballesteros<sup>4</sup> y 95% del grupo de Torreón<sup>5</sup> se consideran dentro de las reportadas en la literatura.

No consideramos actuar por modas, ya que en nuestro Departamento de Endoscopia Digestiva tenemos protocolizado, desde enero de 1990, el uso de endoprótesis biliares para los pacientes en quienes, por diversos motivos, no podemos extraer al primer intento el o los litos de la vía biliar; los objetivos de ello han sido explicados en el artículo original y en la presente carta. Preferimos la endoprótesis al drenaje nasobiliar, por las molestias que ocasiona este último, así como por la posibilidad de extracción accidental y otros inconvenientes, aunque ello no significa que otros grupos lo prefieran.

Por último, estamos convencidos que trabajamos con los recursos que el Instituto nos proporciona y cierto es que si tuviésemos otros, como litotripsia electrohidráulica o con láser vía coledocoscopia o litotripsia extracorpórea con ondas de choque, la depuración de los cálculos de la vía biliar, cualquiera que sea su calidad y tamaño, podría elevarse a cifras hasta de 99.6%, tal como lo reporta Liguory<sup>6</sup>.

Dr. Alfredo Güitrón y cols.  
Departamento de Endoscopia Digestiva,  
Hospital de Especialidades No. 71, IMSS,  
Centro Médico Nacional Torreón.

## REFERENCIAS

1. Güitrón A, Huerta F, Macías M y cols. Manejo de la litiasis biliar difícil. *Rev Gastroenterol Mex* 1995; 60:140-144.
2. Bergman JGHM, Raws EAJ, Tijssen JGP et al. Biliary endoprosthesis in elderly patients with endoscopically irretrievable common bile duct stones: report on 117 patients. *Gastrointest Endosc* 1995; 42:195-201.
3. Hoffmann BJ, Marsh WH, Cunningham JT. Periodic exchange of biliary stents (Letters to the Editor). *Gastrointest Endoc* 1995; 41:267-268.
4. Ballesteros AA, Falcón MM. Carta al Editor. Litiasis biliar "gigante" y drenaje nasobiliar ¿es historia? *Rev Gastroenterol Mex* (por publicarse).
5. Güitrón A, Adalid R, Silva V y cols. Esfinterotomía endoscópica de papila de Vater. Experiencia en 200 casos. *Endoscopia* 1992; 3:47-52.
6. Liguory C. *Tratamiento endoscópico de cálculos difíciles de la vía biliar principal*. Curso de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal 1993. Torreón, Coah.