

Terapéutica biliar endoscópica en pacientes con más de 90 años de edad

J. GARCÍA-CANO LIZCANO, J. A. GONZÁLEZ MARTÍN, L. TABERNA ARANA*, J. DÍAZ RUIZ**, M. J. MORILLAS ARIÑO, A. PÉREZ SOLA

Sección de Aparato Digestivo. *Medicina de Familia. Área de Salud de Cuenca. **Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

THERAPEUTIC BILIARY ENDOSCOPY IN PATIENTS OVER 90 YEARS OF AGE

RESUMEN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un método consolidado para el tratamiento de la obstrucción de la vía biliar. Además, la CPRE ocupa un lugar importante en el intervencionismo endoscópico y por su condición mínimamente invasiva puede aplicarse a una gran variedad de pacientes.

Presentamos cinco enfermos con más de 90 años de edad a los que se realizaron 6 CPRE terapéuticas. En todos ellos se drenó la vía biliar sin complicaciones relevantes. Según fuera preciso se realizaron: esfinterotomía biliar, extracción de cálculos coledocianos e inserción de prótesis plásticas. La CPRE terapéutica es una modalidad eficaz y segura de tratar la obstrucción biliar en pacientes por encima de los 90 años.

PALABRAS CLAVE: CPRE. Obstrucción biliar. Geriátrica.

ABSTRACT

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is an established method to treat bile duct obstruction. Besides, ERCP is one of the most striking parts of interventional endoscopy and takes advantage of its minimal invasive condition to be applied to a wide variety of patients.

We present five patients over 90 years of age who underwent successfully and without complications six therapeutic ERCPs. Endoscopic biliary sphincterotomy, common bile duct stone extraction and plastic stent insertion all were performed uneventfully and solving the biliary obstruction. Therapeutic ERCP is a safe and effective modality to treat bile duct obstruction in patients over 90 years of age.

KEY WORDS: ERCP. Biliary obstruction. Elderly patients.

García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Taberna Arana L, Díaz Ruiz J, Morillas Ariño MJ, Pérez Sola A. Terapéutica biliar endoscópica en pacientes con más de 90 años de edad. *An Med Interna (Madrid)* 2002; 19: 409-411.

INTRODUCCIÓN

La patología que con más frecuencia ocasiona obstrucción del colédoco son los cálculos biliares (primitivos o migrados desde la vesícula) y los tumores (ampuloma, páncreas, vesícula y colangiocarcinoma). La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un método consolidado para el tratamiento de la obstrucción biliar (1). La CPRE es quizás el máximo exponente del intervencionismo terapéutico endoscópico. Los cálculos coledocianos se pueden extraer tras realizar una esfinterotomía biliar endoscópica (EBE) de la papila de Vater. Cuando por su tamaño no pueden extraerse completamente puede insertarse una prótesis (stent) plástica para facilitar el drenaje biliar. En los tumores que causan ictericia obstructiva neoplásica las prótesis suelen ser un método paliativo eficaz. Los enfermos en edad geriátrica constituyen un grupo importante de pacientes que pueden beneficiarse de las características mínimamente invasivas de esta técnica. Presentamos cinco casos de pacientes con más de 90 años, atendidos en nuestro centro en un plazo de 13 meses (de enero de 2000 a

enero de 2001) y a los que se realizaron 6 CPRE con el fin de desobstruir la vía biliar.

CASOS APORTADOS (Tabla I)

Caso 1: Varón de 90 años con colangitis por coledocolitiasis. Antecedentes de EPOC, diabetes mellitus tipo II y fibrilación auricular crónica. En tratamiento con digoxina, amiloride y aspirina. Había sido colecistectomizado hace años. En la intervención quirúrgica se observaron también grandes cálculos coledocianos que no pudieron extraerse, por lo que se realizó una coledocoduodenostomía y esfinteroplastia. Estas medidas no fueron suficientes para conseguir un drenaje biliar satisfactorio, presentado el paciente prurito intenso, colestasis bioquímica y episodios de colangitis. En la CPRE los grandes cálculos coledocianos no pudieron extraerse por la esfinteroplastia y se colocó una prótesis biliar plástica de 10 cm de longitud y 10 french de diámetro, resolviéndose el cuadro de obstrucción biliar.

Caso 2: Mujer de 91 años. Antecedentes de accidente cerebrovascular con deterioro cognitivo moderado residual, trombosis venosa profunda en pierna izquierda y úlcera péptica. Presentaba ictericia, fiebre con escalofríos y dilatación ecográfica de la vía biliar. Durante

Trabajo aceptado: 22 de febrero de 2001

Correspondencia: Jesús García-Cano Lizcano. Residencial Los Alfares, Bloque 4, 6º D. 16002 Cuenca. e-mail: jgarciacano@telcel.es

TABLA I

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES, TIPO DE OBSTRUCCIÓN BILIAR Y TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA APLICADA. A LA PACIENTE N. 4 SE LE REALIZARON DOS CPRE, YA QUE EN LA PRIMERA SÓLO SE OBTUVO LA COLANGIOGRAFÍA PERO NO PUDO INSERTARSE LA PRÓTESIS

Pacientes	Edad	Sexo	Motivo	Diagnóstico	Terapéutica	ASA*	Complicaciones
1	90	Varón	Colangitis	Coledocolitiasis	PROT	II	Ninguna
2	91	Mujer	Colangitis	Estenosis pilórica, coledocolitiasis	DP/EBE/EX	III	Sangrado leve autolimitado de la EBE
3	92	Mujer	Ictericia	Neo páncreas	EBE/DT/PROT	III	Ninguna
4	94	Mujer	Colangitis	Coledocolitiasis	EBE/EX	II	Sangrado leve autolimitado de la EBE
5	97	Varón	Colangitis	Coledocolitiasis	EBE/EX	II	Ninguna

*ASA: grado preanestésico según la American Society of Anesthesiology –Tabla II–; PROT: inserción de prótesis plástica biliar, DP: dilatación pilórica, EBE: esfinterotomía biliar endoscópica, EX: extracción de litiasis coledocianas, DT: dilatación del tumor.

TABLA II

VALORACIÓN PREANESTÉSICA SEGÚN LA AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (10)

ASA I	Paciente sano
ASA II	Paciente que presenta una alteración moderada de una función vital
ASA III	Paciente que presenta una alteración severa de una función vital, que limita su actividad, sin provocar incapacidad.
ASA IV	Paciente que presenta una alteración de una función vital de modo invalidante y que pone su vida en peligro.
ASA V	Paciente moribundo, con una esperanza de vida inferior a 24 horas, con o sin intervención quirúrgica.

la CPRE se observó una estenosis pilórica en relación con úlcera péptica cicatrizada que impedía el paso del duodenoscopio a la segunda porción del duodeno, por lo que se dilató con balón. Una vez frente a la Papila de Vater se observó un cálculo que estaba siendo expulsado. Se canuló la vía biliar y al inyectar contraste se vieron en la colangiografía más imágenes litiásicas. Se realizó una EBE extrayéndose los cálculos coledocianos. Se produjo un sangrado leve autolimitado de la EBE. El cuadro deolangitis se resolvió y la paciente fue dada de alta dos días más tarde.

Caso 3: Mujer de 92 años con ictericia indolora y dilatación de la vía biliar. Antecedentes de alergia a la morfina, diabetes mellitus en tratamiento con hipoglucemiantes orales y poliartrosis. Se realizó una CPRE observándose en la colangiografía una estenosis filiforme de aspecto neoplásico en la porción distal (intrapancreática) del colédoco, en relación con neoplasia de la cabeza del páncreas. Los múltiples intentos de dilatación de la estenosis para intentar pasar una prótesis fueron infructuosos. La exploración se suspendió a las tres horas. Dos días más tarde se realizó una nueva CPRE. En esta ocasión la estenosis pudo dilatarse mediante un balón y se insertó una prótesis plástica de 7 cm de longitud y 10 french de diámetro para paliar la ictericia.

Caso 4: Mujer de 94 años. Antecedentes de diabetes mellitus en tratamiento con hipoglucemiantes orales. Colectomizada 6 años antes. Ingresó por ictericia con fiebre y en la ecografía se observó una vía biliar dilatada. Se realizó una CPRE observando una papila de Vater al lado de

un gran divertículo de la segunda porción duodenal. Al realizar la colangiografía se observó una litiasis única de 1,5 cm de diámetro. Se realizó una EBE amplia, produciéndose un leve sangrado que cesó espontáneamente. Se extrajo el cálculo y el cuadro deolangitis remitió.

Caso 5: Varón de 97 años con episodios deolangitis y pancreatitis aguda de repetición. Tuvo varios ingresos hospitalarios. Finalmente se realizó una CPRE en la que se observaron varios cálculos coledocianos (Fig. 1). Se realizó una EBE y se extrajeron las litiasis, mejorando el paciente que no precisó nuevos ingresos por este motivo.



Fig. 1. Paciente de 97 años conolangitis y pancreatitis aguda de repetición. En la colangiografía se observan varias litiasis coledocianas (flechas). Los cálculos se extrajeron después de realizar una esfinterotomía biliar y no se volvieron a producir las complicaciones de la coledocolitiasis.

DISCUSIÓN

La CPRE es un método consolidado para el diagnóstico y sobre todo para el tratamiento de la patología de la vía biliar. En 1974 se comunicaron las primeras EBE para la extracción de cálculos coledocianos (2,3) y en 1979 comenzaron a realizarse los primeros drenajes biliares por medio de prótesis plásticas (4).

La CPRE se encuadra en las técnicas terapéuticas mínimamente invasivas y constituye uno de los campos principales del intervencionismo endoscópico. Los pacientes con edades avanzadas que precisan una CPRE constituyen una muestra elocuente de las ventajas de esta técnica y del alto índice de beneficio/riesgo que conlleva. De esto son buen ejemplo los cinco casos que presentamos de CPRE en pacientes a partir de los 90 años.

En todos se realizaron maniobras terapéuticas destinadas a conseguir el drenaje de la vía biliar: EBE, extracción de coledocolitiasis, inserción de prótesis biliares plásticas y dilatación pilórica. El resultado fue satisfactorio y sin complicaciones relevantes. Es ya conocido que las complicaciones de la EBE (hemorragia, pancreatitis aguda, perforación retroduodenal y colangitis) no están relacionadas con la edad ni con el estado clínico de los pacientes (5,6).

La extracción completa de los cálculos coledocianos se llevó a cabo en tres de los cuatro pacientes con coledocolitiasis resolviéndose por tanto la obstrucción que ocasionó la colangitis. En el caso 1, los grandes cálculos coledocianos no

podieron extraerse pero se insertó una prótesis plástica para facilitar el drenaje biliar, remitiendo también el cuadro clínico. Este es un método aceptado de tratar grandes cálculos del colédoco no extraíbles endoscópicamente, en pacientes no aptos para cirugía (7). El inconveniente es que estas prótesis deben cambiarse, al menos anualmente.

En la paciente con neoplasia de la cabeza del páncreas se insertó una prótesis en el colédoco. Este es el método de elección en pacientes que no son candidatos para cirugía (8). Habitualmente se resuelve la ictericia y el prurito que acompaña a la colestasis. Es una de las medidas paliativas más importantes en una enfermedad que -como ocurrió en nuestra paciente- produce la muerte del enfermo en pocas semanas.

Un factor importante es la sedación necesaria para llevar a cabo una exploración endoscópica prolongada como es la CPRE, principalmente en pacientes de avanzada edad. En todos estos enfermos la medicación sedante fue administrada por los médicos endoscopistas y consistió en meperidina (entre 50 y 100 mg) y diazepam (entre 0 y 5 mg). La tolerancia fue satisfactoria a pesar de que algunos procedimientos se prolongaron durante horas. No obstante, la tendencia, tanto en la CPRE como en otros procedimientos endoscópicos, es contar con un anestesiólogo que administre la sedación (consciente o profunda) al paciente.

Como ocurre en los pacientes más jóvenes, la CPRE es también un método eficaz y seguro para desobstruir la vía biliar en enfermos con edad avanzada (9).

Bibliografía

1. Summerfield JA. Biliary obstruction is best managed by endoscopists. *Gut* 1988; 29:741-45.
2. Classen M, Demling L. Endoskopische Sphinkterotomie der papilla vateri und Steinextraktion aus dem ductus choledochus. *Dtsch Med Wochenschr* 1974; 99: 496-7.
3. Kawai K, Akasaka Y, Murakami K, Tada M, Kohli Y, Nakajima M. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater. *Gastrointest Endosc* 1974; 20: 148-51.
4. Soehendra N, Reynders-Frederix V. Palliative gallengang-drainage. *Dtsch Med Wochenschr* 1979; 104: 206-9.
5. Deans GT, Sedman P, Martin DF, Royston CMS, Leow CK, G Thomas WEG, Brougha WA. Are complications of endoscopic sphincterotomy age related? *Gut* 1997; 41: 545-8.
6. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, Haber GB, Herman ME, Dorsher PJ, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med* 1996; 335: 909-18.
7. Bergman JJGHM, Rauws EAJ, Tijssen JGP, Tytgat GNJ, Huibregtse K. Biliary endoprotheses in elderly patients with endoscopically irretrievable common bile duct stones: report on 117 patients. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 195-201.
8. Bornman PC, Beckingham IJ. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system: Pancreatic tumours. *BMJ* 2001; 322: 721-723.
9. M Sugiyama, Y Atomi. Endoscopic sphincterotomy for bile duct stones in patients 90 years of age and older. *Gastrointest Endosc* 2000;52:187-91.
10. Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL. ASA physical status classifications: a study of consistency of ratings. *Anesthesiology* 1978; 49: 239-43.