

Utilidad de la colangiografía por resonancia magnética previa a la colecistectomía en la pancreatitis aguda biliar

Francisco José Morera, Francisco Ripoll, Mario García-Granero, José Martín, Javier García Mingo, José Millán y Félix Checa

Servicio de Cirugía General. Hospital General de Requena. Requena. Valencia. España.

Resumen

Objetivo. Análisis del papel de la colangiografía por resonancia magnética (C-RM) en pacientes candidatos a colecistectomía profiláctica tras pancreatitis aguda (PA) biliar.

Material y método. Estudio prospectivo de pacientes con PA moderada (criterios de Atlanta), ingresados en nuestro hospital entre enero 2004 y marzo 2005. Se diagnosticó PA biliar mediante clínica compatible, elevación de amilasa sérica mayor al triple del límite superior y ecografía de colelitiasis. Se practicó C-RM en todos los pacientes incluidos. El diagnóstico por C-RM de litiasis de vía biliar (LVB) fue seguido de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y esfinterotomía endoscópica (EE), y luego colecistectomía laparoscópica (CL). A la C-RM negativa siguió directamente una CL. No se realizó colangiografía intraoperatoria de forma sistemática.

Resultados. De 31 pacientes ingresados se incluyó a 27 (edad media, $66,4 \pm 18$ años; un 78% mujeres). Cuatro pacientes fueron excluidos: 2 rechazaron colecistectomía y 2 por PA grave. El intervalo de espera media entre pancreatitis y colecistectomía fue de $1,7 \pm 1,2$ meses. Tres pacientes (11,1%) sufrieron recurrencia, todos en las primeras 4 semanas. Cuatro pacientes (14,8%) presentaron LVB en C-RM. La CPRE con EE extrajo la totalidad de cálculos en 3. En 1 caso se extrajeron 12 cálculos de vía biliar, pero fue imposible la litiasis en el conducto cístico. Hubo 1 caso de LVB precolecistectomía que presentó recurrencia a las 4 semanas de la colecistectomía. Otro paciente con C-RM negativa también sufrió una PA poscolecistectomía. Veinticinco de 27 pacientes (93%) han permanecido asintomáticos (mediana, 16 meses; rango, 8-22 meses).

Conclusiones. La C-RM en pacientes con PA biliar previamente a la CL no debe practicarse de manera sistemática. Es un método adecuado para pacientes seleccionados con esta patología.

Palabras clave: Pancreatitis biliar. Colecistectomía. Colangiografía por resonancia magnética nuclear.

UTILITY OF MAGNETIC RESONANCE CHOLANGIOGRAPHY PRIOR TO CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Aim. To analyze the role of magnetic resonance cholangiography (MRC) in candidates for cholecystectomy after acute biliary pancreatitis (ABP).

Methods. We performed a prospective study of patients with mild ABP (Atlanta criteria) admitted to our hospital from January 2004 to March 2005. Diagnosis of ABP was based on clinical features, serum amylase levels more than 3 times higher than the upper level of normality, and gallstones detected by ultrasonography. In all patients, MRC was performed preoperatively.

If positive for common bile duct stones (CBDS), endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with endoscopic sphincterotomy (ES) was performed, followed by laparoscopic cholecystectomy (LC). When MRC was negative, LC was performed directly. Intraoperative cholangiography was not routinely performed.

Results. Of the 31 patients admitted, 27 were included (mean age 66.4 ± 18 years, 78% female). Four patients were excluded: 2 refused to undergo cholecystectomy and two had severe ABP. The mean interval between onset of ABP and cholecystectomy was 1.7 months \pm 1.2. Three patients (11.1%) experienced recurrence within 4 weeks of the index admission. MRC revealed CBDS in four patients (14.8%). In 3 patients, all the gallstones were removed by ERCP and ES. In one patient, 12 gallstones were retrieved but attempts to remove a stone from the cystic duct were unsuccessful.

Correspondencia: Dr. F.J. Morera Ocón
Conde de Montornés, 6-7. 46980 Paterna. Valencia. España.
Correo electrónico: fmoreraocon@sepd.es

Artículo recibido el 13-12-2005 y aceptado el 1-2-2006.

cessful. One patient with preoperative CBDS was readmitted 4 weeks after cholecystectomy due to recurrence. Another patient with negative findings on preoperative MRC was also readmitted with postcholecystectomy ABP. Twenty-five of the 27 patients (93%) have remained asymptomatic after cholecystectomy (median follow-up: 16 months [8-22 months]).

Conclusions. MRC should not be routinely used in the preoperative evaluation of patients with ABP but is an accurate tool in selected patients with this disease.

Key Words: Biliary pancreatitis. Cholecystectomy. Magnetic resonance cholangiopancreatography.

Introducción

La litiasis biliar es la causa más frecuente de la pancreatitis aguda en nuestro medio. El paso de cálculos de pequeño tamaño¹ por la vía biliar común, con obstrucción transitoria de la ampolla de Vater, parece ser el factor favorecedor/desencadenante de la inflamación de la glándula pancreática^{2,3}. Los pacientes que sufren una pancreatitis aguda (PA) biliar presentan nuevos episodios de pancreatitis en el 29-63%, cuando no son tratados de su patología litiásica⁴. La indicación de colecistectomía en el contexto de la PA de origen litiásico se establece para prevenir futuras recidivas⁴. La vía de abordaje aceptada universalmente para este procedimiento es la vía laparoscópica⁵. Aunque la mayoría de litiasis en la vía biliar común (LVB) se expulsan de manera espontánea, existe la posibilidad de que el paciente presente LVB persistente en el momento de la colecistectomía. La presencia de cálculos en el conducto biliar plantea un problema de abordaje terapéutico. Existen grupos que abordan la LVB por vía totalmente laparoscópica^{6,7}, pero ésta, por el momento, no es una actitud totalmente generalizada. Si no se posee las facilidades técnicas adecuadas para la realización de exploración laparoscópica de la vía biliar, el diagnóstico de LVB previo a la colecistectomía es un aspecto que puede resultar interesante para establecer la estrategia terapéutica adecuada al paciente. Una opción para el tratamiento de una LVB diagnosticada en el tiempo previo a la colecistectomía es la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía endoscópica (EE) para la extracción de los cálculos, y abordar luego la colecistectomía por vía laparoscópica (CL)⁸. Se ha empleado la CPRE como método diagnóstico de cribado en pacientes que serán sometidos a CL por PA biliar, pero esta práctica ha resultado en una tasa elevada de procedimientos no terapéuticos por la ausencia de LVB en el momento de su realización⁹. Por tanto, el empleo sistemático de esta prueba, con su inherente agresividad y potenciales de complicaciones¹⁰, no parece adecuado para este grupo de pacientes. La colangiografía por resonancia magnética (C-RM), sin necesidad de administrar ningún tipo de contraste, proporciona imágenes de la vía biliar con elevado rendimiento diagnóstico. Sus resultados han sido contrastados en varios estudios¹¹⁻¹³, y algunos grupos la emplean en la evaluación preoperatoria de la colecistectomía laparos-

cópica¹⁴. Sin embargo, el elevado coste puede resultar un impedimento para su empleo de manera rutinaria (272,13 euros por exploración en el año 2005).

El objetivo de este trabajo es determinar el beneficio de la C-RM utilizada de forma rutinaria antes de la realización de la colecistectomía laparoscópica, en pacientes diagnosticados de PA biliar.

Material y método

Se realiza un estudio prospectivo observacional. Se incluyen pacientes diagnosticados de PA moderada, según los criterios de Atlanta (sin asociar fallo orgánico o complicaciones locales como necrosis, pseudoquistes o abscesos), ingresados en el Hospital General de Requena, en el período comprendido entre enero de 2004 y marzo de 2005. El diagnóstico de PA biliar se realizó ante una clínica de pancreatitis aguda, con elevación de amilasa sérica por lo menos 3 veces el límite superior de normalidad, y una ecografía al ingreso diagnóstica de colelitiasis sin asociar otras causas evidentes de PA como alcoholismo, hipercalcemia o hiperlipemia. Se practicó C-RM en todos los pacientes incluidos al considerar a los pacientes con PA biliar como grupo de riesgo de ser portadores de LVB. La técnica de C-RM se realizó utilizando la secuencia de resonancia magnética HASTE (*half Fourier acquisition single-shot turbo spin-echo*) aplicada en planos axiales, coronales y sagitales. No se utilizaron agentes de contraste ni fármacos antiperistálticos. Ante el diagnóstico de LVB en la C-RM se procedió a la extracción preoperatoria de la litiasis mediante CPRE, para luego practicar una CL. Si la LVB era descartada por la C-RM se procedía directamente a la colecistectomía. Sólo se practicó colangiografía intraoperatoria (CIO) en un caso.

Tanto la C-RM como la CPRE se practicaron en el hospital terciario de referencia de nuestro centro, y los enfermos fueron desplazados para la prueba y devueltos a nuestra sala en la misma jornada.

Resultados

De 31 pacientes ingresados en el período referido por PA biliar se incluyó a 27 pacientes, con una edad media de $66,4 \pm 18$ años, un 78% de los cuales fueron mujeres. Dos pacientes fueron excluidos por rechazar la intervención quirúrgica, ambos mayores de 80 años. Otros 2 fueron excluidos por presentar pancreatitis grave. De éstos, 1 paciente fue intervenido con carácter urgente por colelititis asociada con sepsis biliar, fallo renal e insuficiencia respiratoria aguda; otro comenzó con un pseudoquiste pancreático y, en la evolución de la enfermedad, sufrió una hemorragia digestiva alta. El intervalo de espera media desde el episodio de pancreatitis hasta la realización de la colecistectomía fue de $1,7 \pm 1,2$ meses. Tres pacientes (11,1%) presentaron un episodio recurrente de pancreatitis aguda durante la espera para colecistectomía. Las 3 recurrencias se presentaron en las primeras 4 semanas tras el episodio inicial. Ningún paciente incluido en el estudio presentó colangitis ni colelititis asociada. Cuatro pacientes (14,8%) fueron diagnosticados de LVB por C-RM. Éstos fueron sometidos a CPRE terapéutica para la realización de EE y limpieza de los conductos biliares. La CPRE presentó un éxito terapéutico en 3 de ellos. Hubo un fracaso parcial por la presencia de LVB asociada a una litiasis en conducto cístico; se practicó limpieza de la vía biliar con extracción de 10-12 litiasis, pero el cálculo del cístico no pudo ser resuelto (fig. 1). En los otros 3 pacientes la vía biliar quedó expedita. Un paciente de este subgrupo, tratada mediante CPRE y EE

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4254146>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4254146>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)