

## EL INTERVENCIONISMO PRECOZ NO OPERATORIO EN LA PANCREATITIS BILIAR

### NUEVO ENFOQUE FUNDAMENTADO EN UN CLASICO PLANTEAMIENTO SURAMERICANO

J. F. PATIÑO

La pancreatitis aguda de etiología biliar, a diferencia de las pancreatitis agudas de origen alcohólico y por otras causas, es una grave enfermedad que por los efectos locales de autodigestión y necrosis del páncreas y de los tejidos vecinos y las severas repercusiones sistémicas puede acompañarse de elevadas tasas de morbilidad y mortalidad. Aunque la mayoría de los casos evoluciona hacia la recuperación espontánea o bajo modesto soporte fisiológico, alrededor de 10% desarrolla pancreatitis necrotizante y hemorrágica, entidad que es notoriamente seria con tasas de mortalidad que pueden ser superiores a 90% en una serie de la Universidad de Michigan. En tales casos la muerte se produce por falla orgánica multisistémica, absceso pancreático y sepsis(1). Estadísticas del Reino Unido demuestran que la pancreatitis biliar se acompaña de una mortalidad global de 8-12.5%(2).

Acosta y colaboradores, de Rosario, Argentina, han preconizado la intervención quirúrgica precoz en la pancreatitis biliar aguda con el objeto de eliminar la alteración que desencadena o agrava la pancreatitis, que es la impactación ampular de un cálculo o el severo proceso inflamatorio consecuente al paso de cálculos a través de la ampolla de Vater(3). La experiencia de otros autores suramericanos (4), junto con la de algunas autoridades de Norte América, da apoyo a la conducta quirúrgica agresiva de intervención de emergencia para desobstruir la vía biliopancreática con realización de esfinterotomía transduodenal (3,5-7). La justificación de la operación temprana se fundamenta en el concepto de que es técnicamente posible realizar el tratamiento definitivo de la enfermedad biliar

asociada en la totalidad de los pacientes, que esto puede lograrse en forma segura y que las complicaciones tales como abscesos y pseudquistes pueden ser prevenidas mediante la restauración precoz de la permeabilidad ampular (8). La experiencia de Acosta y colaboradores indica que la gravedad de la pancreatitis es proporcional a la duración de la impactación del cálculo en la ampolla; la operación de emergencia con exploración biliar y esfinterotomía resultó en mejoría inmediata de sus pacientes con mortalidad de sólo 2%, similar a la informada para cirugía biliar electiva (9). Los resultados de Stone en un estudio prospectivo son similares (7). Estas bajas cifras de mortalidad con intervención quirúrgica de urgencia no han sido logradas por otros cirujanos (10-13). En Colombia, Antonio Ramírez fue un entusiasta defensor de esta conducta quirúrgica de esfinteroplastia de urgencia (4).

Otros autores preconizan la cirugía biliar precoz definitiva pero consideran innecesario realizar esfinterotomía (10, 12, 14, 15). La definición de precoz varía; mientras para algunos significa operación de emergencia la realizada en las primeras 48 a 72 horas (15) de la admisión, para otros es "precoz" o "temprana" cuando es realizada dentro de la admisión inicial, pero días más tarde, una vez que haya cedido el cuadro clínico de pancreatitis aguda. En el Centro Médico de los Andes consideramos precoz, inmediata o de urgencia, aquella intervención que se realiza dentro de las primeras 48 horas después de establecido el diagnóstico y sólo la recomendamos en casos muy seleccionados.

En contra de los resultados de Acosta otros autores informan alta mortalidad con la conducta quirúrgica agresiva y precoz y por ello proponen la cirugía diferida hasta cuando haya cedido el proceso inflamatorio

Dr. José Félix Patiño: Jefe Departamento de Cirugía, Centro Médico de los Andes, Fundación Santa Fe de Bogotá.

Solicitud de separatas al Dr. Patiño.

agudo pero siempre dentro de la misma admisión (10-13). En la actualidad la mayoría de los cirujanos se ubica en esta posición y sólo emprenden la operación precoz o de emergencia frente a indicaciones limitadas y muy precisas. Esta ha sido nuestra posición en el Centro Médico de los Andes.

Frente a la controversia sobre cirugía inmediata versus cirugía diferida pero dentro de la misma admisión, también se ha sugerido una conducta flexible y adaptada a cada condición particular (16).

Generalmente hoy se acepta que en todo paciente con pancreatitis biliar se debe emprender la pronta, pero no urgente, corrección quirúrgica de la enfermedad biliar, lo cual significa una colecistectomía con coledocotomía exploratoria (según los hallazgos de la colangiografía intraoperatoria) y selectivamente esfinteroplastia. La selectividad de la esfinteroplastia se debe al considerable riesgo adicional que conlleva así su indicación teórica sea aceptable.

La importancia de la esfinteroplastia disminuye, y prácticamente desaparece, si la operación es realizada un tiempo después de la recuperación de la pancreatitis aguda. En efecto, para entonces la inflamación ampular ya ha cedido y presumiblemente no se volverá a presentar después de la remoción de la vesícula biliar y los cálculos de la vía biliar. Según los autores ya citados es importante cuando la operación se efectúa dentro de las primeras 48 horas de la iniciación de los síntomas puesto que la esfinteroplastia en tales condiciones puede prevenir el desarrollo de una pancreatitis necrotizante o hemorrágica. Sin embargo es innegable que el procedimiento añade morbilidad y se acompaña de considerable mortalidad operatoria. Por ello su realización precoz o urgente es motivo de vigorosa controversia y es rechazada por la mayoría de los cirujanos.

El advenimiento de la esfinterotomía endoscópica en nuestro medio (17, 18) plantea un nuevo panorama y tal vez pueda resolver la controversia. Con este procedimiento se logra teóricamente el mismo resultado que con la operación pero con bajo riesgo y más breve hospitalización. El planteamiento de interven-

ción precoz, inmediata o de urgencia, adquiere ahora sí mayor lógica y se perfila como la conducta de elección: el intervencionismo precoz pero no operatorio.

Aunque en el pasado se consideró que la esfinterotomía endoscópica estaba contraindicada en la pancreatitis aguda los resultados de experiencias iniciales con la esfinterotomía endoscópica de urgencia en pancreatitis biliar aguda son muy halagadores y dan soporte a la propuesta de intervención inmediata para corregir el problema biliar (19-28). En Colombia, J. Campos en 1983 (18), luego de practicarla exitosamente en dos pacientes con pancreatitis biliar, preconiza su realización como la primera alternativa en pacientes con esta patología.

Es de particular importancia la experiencia de L. Safrani de Wilhelmshaven, Alemania Federal (23), quien realizó la primera esfinterotomía endoscópica para pancreatitis biliar en septiembre de 1978 basado en los principios preconizados por Opie y Acosta. En su informe preliminar de 1981 (19) incluyó 17 pacientes, número que para 1982 había ascendido a 28 (23). Encontró cálculos en la totalidad de los pacientes y también en todos alteración de la ampolla de Vater con protrusión, inflamación, necrosis, hemorragia y, en algunos casos, secreción de pus. El hallazgo más impresionante fue el cálculo ampular visible en seis pacientes, impactado en el orificio o produciendo ulceración de la mucosa. El canal pancreático apareció fundamentalmente normal a la pancreatografía excepto un paciente con pseudoquiste; en otro se halló un cálculo biliar en el canal pancreático, el cual por lo demás aparecía normal (23). Todos los 28 pacientes sometidos a esfinterotomía endoscópica presentaron dramática mejoría clínica y bioquímica. Similares buenos resultados han sido informados por Liguory en un estudio multicéntrico realizado en Francia (27) y por Neoptolemos en Inglaterra (28).

Teniendo en cuenta que la esfinterotomía endoscópica logra la remoción exitosa de los cálculos biliares en más del 90% de los casos, y que el procedimiento es aún más fácil en los pacientes con pancreatitis biliar por el proceso inflamatorio que afecta a la ampolla (23), la

esfinterotomía endoscópica surge como lógica alternativa a la conducta quirúrgica al tiempo que confirma la teoría sobre etiopatogenia defendida por J. M. Acosta en Sur América dando apoyo a su conducta intervencionista pero evitando la peligrosa operación.

Un número considerable de casos de pancreatitis aguda "idiopática" se debe a la presencia de muy pequeños cálculos en la vía biliar no detectables por las imágenes diagnósticas. Recientes publicaciones confirman el papel de las microlitiasis en la fisiopatología de la pancreatitis biliar y dan sustento al planteamiento de terapia quirúrgica precoz (29). Sin embargo la operación en el curso de la pancreatitis aguda puede acompañarse de elevada morbilidad y mortalidad, hasta del 40% en informe reciente (30), lo cual ha hecho asumir conductas expectantes aun en casos de comprobada pancreatitis biliar.

La utilización de la endoscopia para realizar colangiopancreatografía y esfinterotomía, con su menor riesgo y costo, aparece como la aproximación de elección y casi "ideal" de intervencionismo inmediato pero no operatorio en la pancreatitis biliar. Evidentemente ya se perfila como la conducta moderna de elección la cual por lo demás se puede combinar con procedimientos de radiología intervencionista tales como la colecistostomía percutánea (31). Significa esto el comienzo de una nueva era de intervencionismo no operatorio precoz y el fin de la cirugía tradicional en la pancreatitis aguda de etiología biliar.?

#### ABSTRACT

Human acute pancreatitis associated with gallstones is due to obstruction of the ampulla of Vater caused by migrating gallstones. The degree and duration of the obstruction determine the severity of the inflammatory reaction at the ampulla and the severity of the pancreatic damage. Even though it is recognized that impacted or migrating stones are the cause of acute pancreatitis and that many cases evolve into severe necrotizing and even hemorrhagic pancreatitis, and that therefore the immediate removal of stones and the opening of the ampullary obstruction is the logical approach, it is commonly favored initial nonoperative

therapy and the operation is only undertaken when the acute pancreatitis has subsided. As an innovative approach endoscopic sphincterotomy appears as an alternative for the early removal of stones from the bile duct and the opening and relief of the pathologically altered ampullary region. Perhaps this approach of early endoscopic interventionism, if supported by prospective studies, represents a breakthrough. Will surgical procedures for gallstone associated pancreatitis become a thing of the past?

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- FREY CF. Hemorrhagic pancreatitis. *Am J Surg* 1979; 137: 616-623.
- 2.- BLAMEY SL, OSBORNE DH, GILMOUR WH et al. The early identification of patients with gallstone associated pancreatitis using clinical and biochemical factors only. *Ann Surg* 19 83;198: 574-578.
- 3.- ACOSTA JM, ROSSI R. Tratamiento quirúrgico precoz de la pancreatitis aguda biliar. *Bol y Trab Acad Arg Cir* 1976; 60: 272-276
- 4.- RAMIREZ SANCHEZ A, ACOSTA LJ, ESPINOSA C y col. Tratamiento quirúrgico precoz de la pancreatitis aguda ligada a enfermedad del tracto biliar. *Tribuna Médica* 1985; LXXXII: 35.
- 5.- ACOSTA JM, LEDESMA LL. Gallstone migration as cause of acute pancreatitis. *New Eng J Med* 1974; 290: 484-487.
- 6.- ACOSTA JM, PELLEGRINI CA, SKINNER DB. Etiology and pathogenesis of acute biliary pancreatitis. *Surg* 1980; 88: 118-125.
- 7.- STONE HH, FABIAN TC, DUNLOP WE. Biliary tract pathology in relation to time of operation. *Ann Surg* 1981; 194: 305-312.
- 8.- PELLEGRINI CA. Discusión del trabajo correspondiente a la referencia 13. *Amj surg*. 1984; 148: 7 51-75 3
- 9.- ACOSTA JM, ROSSI R, RUBIO GALLI OM et al. Early surgery for acute gallstone pancreatitis: Evaluation of a systematic approach. *Surg* 1978; 83: 367-370.
- 10.- FREI GT, FREI VT, THIRLBY RC, MCCLELLAND RN. Biliary pancreatitis: Clinical presentation and surgical management. *Am J Surg* 1986; 151: 170-175.
- 11.- RANSON JHC. Conservative surgical treatment of acute pancreatitis. *World J Surg* 1981; 5: 351-359.
- 12.- RANSON JHC. The timing of biliary surgery in acute pancreatitis. *Ann Surg* 1979; 189: 654-663.
- 13.- KELLY TR. Gallstone pancreatitis: The timing of surgery. *Surg* 1980; 88: 345-350.
- 14.- MERCER LC, SALTZSTEIN EC, PEACOCK JB, DOUGHERTY SH. Early surgery for biliary pancreatitis. *Am J Surg* 1984; 148: 749-753.
- 15.- HEOJ Ha, VEEN HF, EGGINK WF, OBERTOP H. Timing of surgery for acute biliary pancreatitis. *Am J Surg* 1985; 149: 371-374.
- 16.- SEMEL L, SCHRIEBER D, FROMM D. Gallstone pancreatitis. Support for a flexible approach. *Arch Surg* 1983; 118: 901-904.
- 17.- CAMPOS J, FASSLER R, ESQUERRA A. Papilotomía de Vater por vía endoscópica. Presentación de un caso. *Acta Méd Col* 1977; 2: 185-189
- 18.- CAMPOS J. Esfinterotomía biliar endoscópica. *Acta Med Col* 1983; 8: 219-223
- 19.- SAFRANI L, COTTON PB. A preliminary report: Urgent duodenoscopic sphincterotomy for acute gallstone pancreatitis. *Surg* 19 81; 89: 424-428
- 20.- ESQUIVEL A, PEREZ GRASSANO N. Papilotomía

- enendoscópica precoz en pacientes con pancreatitis aguda de genesis biliar. *Rev Arg Cir* 1982; 43: 160.
- 21.- ROESCH UN, DEMLING L. Endoscopic management of pancreatitis, *Surg clin north am.* 1982; 62: 845-852
  - 22.- ROSSELAND AR, SOLHAWG JH. Early or delayed endoscopic papillotomy (EPT) in gallstone pancreatitis. *Ann Surg* 1984; 199: 165-167.
  - 23.- SAFRANI L. Controversies in acute pancreatitis. En: *Controversies in Acute Pancreatitis*. Edited by LF Hollender. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, New York, 1982.214-218
  - 24.- KAUTZ G, WITTRIN G, ZASTROW F. Endoscopic papillotomy as a therapeutic alternative in awte biliary pancreatitis. En: HOLLENDER L, ed. *Controversies in Acute Pancreatitis*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag; 1982: 2 19-224
  - 25.- VAN HUSEN N. Endoscopic sphincterotomy in acute biliary pancreatitis. En: HOLLANDER L, ed *Controversies in acute pancreatitis*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag; 1982: 225-228
  - 26.- BORY RM, LAMBERT R. Endoscopic sphincterotomy in acute pancreatitis. En: HOLLENDER L ed. *Controversies in Acute Pancreatitis*. Berlin, Heildelberg, New York: Springer - Verlag; 1982: 229-230
  - 27.- LIGUORY CL, ECOURROU J, SAHEL J, BOYER J. Sphincterotomies endoscopiques en urgence (SEU) an cours des pancreatites aiguës lithiasiques (PAL), Etudie multicentrique. Ve Symposium International. Paris, 21-22 Mai 1987.
  - 28.- NEOPTOLEMOS JP, LONDON N, SLATER ND, et al. A Prospective Study of ERCP and endoscopic Sphincterotomy in the Diagnosis and Treatment of Gallstone Acute Pancreatitis. A Rational and Safe Approach to Management *Arch Surg* 1986; 121: 679.
  - 29.- FARININ AM, RICCI GL, SIANESI M, et al Physiopathologic role of microlithiasis in gallstone pancreatitis. *Surg Gynec Obstet* 1987; 164: 252-256.
  - 30.- CHOI TK, NG WS, WONG J. Surgery during acute pancreatitis. Observations in 50 patients. *Am J Surg* 1987; 153: 369-373.
  - 31.- KLIMBERG S, HAWKINS I, VOGEL SB. Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in high risk patients. *Am J Surg* 1987; 153: 125-129.