



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

1 - EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE CANULACIÓN AVANZADA EN COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (C.P.R.E.)

I. García de la Filia Molina, J.R. Foruny Olcina, D. Rojo Lázaro, E. Rodríguez de Santiago, S. López Durán, A. Martínez Ortega, J.Á. González Martín, E. Vázquez-Sequeiros, A. Albillos, A. García García de Paredes y R. Sánchez Aldehuelo

Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Universidad de Alcalá, Madrid.

Resumen

Póster con relevancia para la práctica clínica

Introducción: La canulación selectiva de la vía biliar (CSB) mediante técnica convencional (TC) (asistida con guía o contraste) en CPRE puede fracasar hasta en el 20% de los casos. Cuando esto ocurre puede recurrirse a las técnicas avanzadas (TA) de canulación.

Objetivos: Evaluar la efectividad, seguridad y factores predictores de las TA.

Métodos: Estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva de CPRE en pacientes sin esfinterotomía previa (enero 2015-junio 2019). Se analizaron datos demográficos, clínicos y endoscópicos, comparando TC y TA. Se identificaron los factores predictores de necesidad de empleo de TA (análisis uni-multivariante, regresión logística).

Resultados: Se incluyeron 1.031 pacientes (tabla), de ellos se realizó TC en 778 (75,5%) y TA en 253 (24,5%): precorte 39,1%, doble-guía 30,8%, canulación posprótesis pancreática 15,8%, precorte posprótesis pancreática 11,1%, esfinterotomía transpancreática 3,2%. Las tasas de CBS mediante TC y TA (tras fracaso de TC) fueron, respectivamente, del 73,1% (754/1.031) y 87% (220/253). La tasa de CBS global fue del 94,5% (974/1.031). En el análisis multivariante, la indicación de la CPRE por neoplasia fue el único factor predictor de necesidad de empleo de TA (OR ajustado 3,17; IC95% (2,21-4,56), $p < 0,001$) (tabla). La tasa de complicaciones fue mayor tras TA (19%) que tras TC (7,5%) ($p < 0,001$), debido a un mayor riesgo de pancreatitis (12,3% vs 3,3%, respectivamente) ($p < 0,0001$) y sangrado (4,3% vs 1,8%, respectivamente) ($p < 0,02$). No existieron diferencias significativas en las complicaciones entre las TA (20,6%) y el subgrupo de TC con > 10 intentos (20%) ($p = 0,28$).

Tabla 1: Análisis univariante y multivariante de los factores asociados con necesidad de empleo de técnicas de canulación avanzada

	Canulación mediante CC	Canulación mediante TA	Análisis Univariante	Análisis Multivariante
Nº pacientes (N = 1031)	778	253		
Edad (años)	72,2 ± 16	71,5 ± 16,7	0,54	
Sexo	V 49,9%; M 50,1%	V 45,9%; M 54,1%	0,27	
Comorbilidad			0,08	
ASA I	4,8%	7,9%		
ASA II	40%	35,6%		
ASA III	50,9%	54,2%		
ASA IV	4,3%	2,3%		
Cirugía previa	24,8%	22,9%	0,23	
THO	3,3%	3,6%	0,87	
Urgente	12,7%	9,9%	0,23	
Alteración anatómica	16,1%	16,2%	0,96	
Indicación maligna	8,2%	21,7%	<0,0001	<0,001

CC: canulación convencional; TA: técnica avanzada; V: varón, M: mujer; THO: trasplante hepático

Conclusiones: El empleo de TA permite alcanzar una elevada tasa de CBS cuando fracasa la TC, aunque con mayor riesgo de complicaciones. No hay diferencias en tasa de eventos adversos entre TA y TC cuando se realizan más de 10 intentos de CBS. La indicación de la CPRE por neoplasia es un factor predictor de la necesidad de recurrir a TA.