

COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA Y ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR (*)

RETROGRADE COLANGIO PANCREATOGRAPHY AND ENDOSCOPIC SPHYNTEROTOMY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Dr. Guillermo Agüero(**)

Summary *This study is based on the analysis of 62 patients whose diagnosis of acute pancreatitis of biliary tract had been clinically inferred and had been confirmed with morphological and laboratory tests (ultrasound in all cases and CAT scans in 60% cases). All these patients underwent endoscopic rethrograde colangiopanceatography (ERCP) and most of them endoscopic spinctherectomy. (EE)*

The patients are from both public hospital and private practice from the year 1984 to 1991, and they are part of the more than 900 EE done to this moment for different diseases of the bilio-pancreatic region. We have excluded from this study several acute pancreatitis which will appear in a future study.

We have used the normal instruments, that is lateral-view endoscopes and accessories for ERCP and EE.

Forty-two of our patients are female and 20 are male and their ages vary from 13 to 92 years of age, the third and sixth decades are more common and the average age is 43 years.

All patients consulted for upper abdominal pain, nausea and vomiting in 80%, and fever in 45%, abdominal distention in 38%, hypovolemia in 16% and intestinal paralysis in 11%.

The most important laboratory data were the blood and urine

(*) Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Médicas (U.N.A.), 1993.

(**) Instructor de Semiología y Clínica Quirúrgica 1a. Cátedra. F.C.M. U.N.A.

levels of amylase and the pancreatic isomylases for the diagnosis of pancreatitis and serum bilirubin, alkaline, fosfatase and AST and ALT for extrahepatic colestasis.

Ultrasound has a sensibility of 90 % for gall-stones in the gallbladder and of 40 % for common hepatic duct stores.

CAT scans are of great interest to quantify the degree of parveatic lesion and its evolution.

ERCP confirmed the presence of stones in 67 % done in the first 72 hours, it then goes down to 25 % when within the first 15 days, the presence of small papillary erosions is an argument for transpapillary stones migration, a common opening occurs in about 20 % approximately, common hepatic duct dilation is about 76 % and wirsung duct is about 49 %. Endoscopic sphincterectomy was done with 93 % success, 4,8 % complications and with zero mortality.

Clinical and laboratorial evolution post-sphincterectomy has been excellent and we believe that in the present state of knowledge, this method can be considered a valid alternative in the early treatment of acute pancreatitis of biliary tract origin.

Resumen

Este estudio está fundado en el análisis de 62 pacientes cuyo diagnóstico de pancreatitis aguda biliar, había sido evocada por la clínica, los exámenes complementarios tanto morfológicos como laboratoriales (ecografía en todos los casos y tomografía computada en el 60%. La mayoría de ellos fueron a una esfinterotomía endoscópica (EE).

Los pacientes provienen tanto de la práctica hospitalaria como de la privada desde el año 1984 al año 1991, haciendo parte de un total de más de 900 esfinterotomía endoscópica (EE) realizadas hasta el momento por diversas afecciones de la región biliopancreática. Excluimos del estudio un número de pancreatitis aguda que es motivo de un estudio prospectivo en curso.

Hemos utilizado los instrumentos habituales es decir los endoscopios a visión lateral y accesorios para la realización de la ERCP y la EE.

De nuestra experiencia se desprende que 42 pacientes correspondían al sexo femenino y 20 al masculino, las edades varían entre los 13 y 92 años siendo la tercera y sexta décadas las predominantes, el promedio de edad correspondía a 43 años.

Todos los pacientes consultaron por dolor en epogastrio, náuseas y

vómitos en 80%, ictericia y fiebre en 54% , distensión abdominal en 38%, hipovolemia en 16% y detención de heces y de gases en un 11%.

Los datos laboratoriales más fidedignos fueron la amilasemia, amilasuria, isoamilasas pancreáticas para el diagnóstico de pancreatitis y la bilirrubinemia, fosfatasa alcalina, la GPT y la GOT para la colestasis extrahepática.

La ecografía tiene una sensibilidad de 90% para las litiasis vesiculares pero solamente de 40% para las coledocianas.

La TAC es de gran interés para cuantificar el grado de lesión pancreática y su evolución.

La CPRE ha confirmado la existencia de litiasis en un 67% cuando se realiza en las primeras 72 horas, luego disminuye al 25% cuando ella es realizada a los 15 días, la existencia de pequeñas erosiones papilares son argumentos importantes de migración litiásica transpapilar, el orificio común es de 20% aprox. y la dilatación del colédoco es de 76%, la del Wirsung del 40%. La esfinterotomía endoscópica fue realizada con un 93% de éxito, 4,8% de complicaciones, ningún caso fatal.

La evolución clínica y laboratorial post esfinterotomía ha sido excelente y pensamos que a la hora actual de los conocimientos este método puede ser considerado como una alternativa válida en el tratamiento precoz de la pancreatitis aguda de origen biliar.

Introducción

La pancreatitis aguda es una afección que va incrementando sobre todo en el mundo occidental. Suscita un gran interés de generalistas, cirujanos especialistas e internistas, existiendo, por tanto, progresos importantes dentro del diagnóstico y la terapéutica, sin embargo en muchas ocasiones el pronóstico es incierto y algunas veces fatal. (24-25)

Desde que la litiasis es reconocida como entidad etiológica de pancreatitis aguda diversos actos quirúrgicos han sido practicados en la región biliopancreática, no sin índice de alta morbilidad. (1, 2, 3, 4)

Los progresos de las unidades de terapia intensiva constituyen un apoyo clínico de enorme valor en la terapéutica de estos pacientes.

Con el advenimiento de la esfinterotomía endoscópica (EE) y la posibilidad de extraer el cálculo asegurando un drenaje de la vía biliar abre una etapa interesante en la terapia de esta afección. Este procedimiento cuya aplicación es reciente viene a enriquecer el arsenal terapéutico con el cual contamos los médicos para luchar contra este terrible flagelo (5, 6, 16, 18, 23, 24)

Instrumentales

Endoscopio

Para la realización de la Esfinterotomía Endoscópica hemos utilizado los endoscopios a visión lateral de la marca Olympus JB4 en el inicio de nuestro estudio y posteriormente el JF1T10 para los posteriores exámenes, cuyo sistema OES permite la total inmersibilidad del instrumento para facilitar de dicha forma una asepsia correcta.

La versatilidad del extremo distal realiza angulaciones de 120° y 90° arriba y abajo respectivamente y 90° y 110° a la izquierda y derecha, estos movimientos permiten una situación inmejorable de la papila para canularlo, entre otras especificaciones tienen una longitud de trabajo libre de 1,235 m. con un canal operatorio de gran calibre permitiendo la introducción de diversos accesorios diagnósticos y terapéuticos (catéter, esfinterótomos, canastillas), además en el extremo proximal cuenta con botones de insuflación, aspiración e inyección de agua para lavados, los comandos que dirigen el endoscopio hacia arriba, abajo y a la derecha e izquierda.

En el extremo distal podemos observar el canal de aspiración, insuflación y los elementos ópticos para la transmisión de la luz y la imagen.

Accesorios

En nuestra experiencia hemos utilizado los siguientes accesorios:

Catéter: que son pequeñas cánulas de 2mm de diámetro de calibre y 1,80 ms. de longitud, hechas en teflón, que presenta en su porción distal ciertas modificaciones tales como agudización para las papilas más pequeñas, o metálicas, estos elementos son utilizados para los fines diagnósticos, es decir a través de los mismos son inyectadas las sustancias de contraste para el momento radiológico.

Esfinterótomos: son catéteres con teflón en cuyo interior se hace pasar un hilo diatérmico generalmente de acero inoxidable que conduce la corriente eléctrica y realiza el corte en el momento de la esfinteritomía, hemos utilizado exclusivamente el tipo Classen en algunas ocasiones con modificaciones según las necesidades del caso, sea una zona de corte pequeño o grande o con el hilo conductor saliendo en la punta del catéter en caso de realizar un precorte.

Infundibulotomo: que es un punzón térmico con el cual se realiza la infundibulotomía, cuando existe un cálculo enclavado en la papila.

Elementos de extracción de cálculos: las sondas son balones tipo Fogarty de diversas medidas que se introducen en el colédoco para extraer in-

mediatamente los cálculos luego de la esfinterotomía, son ñútiles sobre todo en los pequeños cálculos o cuando se controla la vacuidad del colédoco.

Las sondas o canastillas de Dormia es el accesorio más utilizado para la extracción de los cálculos, en algunas ocasiones se utilizan abiertas y en otras cerradas.

Instrumentos cortantes

Diversos tipos de Electrobisturí Coagulasem, Olympus, la sección se realiza con 2-4 mv. corrientes monopolar y bipolar.

Instrumento radiológico: un equipo de Radiología con Televisión de buena calidad es necesario para el examen, hemos utilizado tres marcas Futuralix, Siemens y Toshiba. Se realizan generalmente varias placas al inicio, durante el examen y control de vacuidad del colédoco, para el mismo se utiliza un material de contraste Iodado diluído al 50 o 30%.

Fuente de luz: la utilizada fue la fuente que genera una luz fría Halógena y en otras oportunidades hemos utilizado la fuente que da luz de Xenon mucho más potente que la anterior y que posibilita la realización de filmaciones correctas.

Técnica desarrollada

Colangiografía retrógrada y papilotomía endoscópica

La técnica en si es la utilización habitualmente, es decir luego de una mediación preanestésica que en la mayoría de nuestros pacientes fueron la asociación de diazepam 5-10 mg, N-butilbromurohioscina 20-60 mg E/V y xylocaína al 10% en la región bucofaríngea. Hemos utilizado en algunos casos el Midazolan a la dosis de 5-10 mgrs. E/V y hemos recurrido a la anestesia general en dos casos.

Teniendo al paciente en decúbito lateral izquierdo, se introduce el endoscopio, se realiza posteriormente una endoscopía gastrointestinal y posteriormente se visualiza la papila de Vater según la técnica anteriormente mencionada, cateterizada la papila se realiza la inyección del contraste en el colédoco, posteriormente se introduce el esfinterótomo en el colédoco, en varias ocasiones la opacificación del colédoco lo habíamos realizado de entrada con el esfinterótomo.

Estando en posición del colédoco se realiza incisión según el tamaño de la papila pero tratando de realizar una esfinterotomía completa. Se realiza a continuación la extracción de los cálculos con los accesorios anteriormente citados.

Materiales y métodos

Material clínico

Este estudio está fundado en el análisis de 62 pacientes, cuyo diagnóstico de pancreatitis aguda biliar, había sido sostenida por la clínica, el laboratorio, los exámenes morfológicos (ecografía en todos los casos y TAC en el 60% de los mismos), en todos estos pacientes fueron realizadas una opacificación de las vías biliares (CPRE), seguida en la mayoría de ellos por una esfinterotomía endoscópica (EE).

Nuestros pacientes provienen de la práctica hospitalaria (Hospital de Clínicas, Sala X, Sala IV; Hospital Universitario, IPS, Hospital Militar, Hospital Nacional y de los Establecimientos Privados), desde el año 1984 a 1991, haciendo parte de un total aproximado de más de 900 esfinterotomías endoscópicas (EE), realizadas hasta el momento por diversas afecciones de la región biliopancreática. Hemos excluido del estudio un número de pancreatitis aguda que es motivo de un trabajo prospectivo en curso.

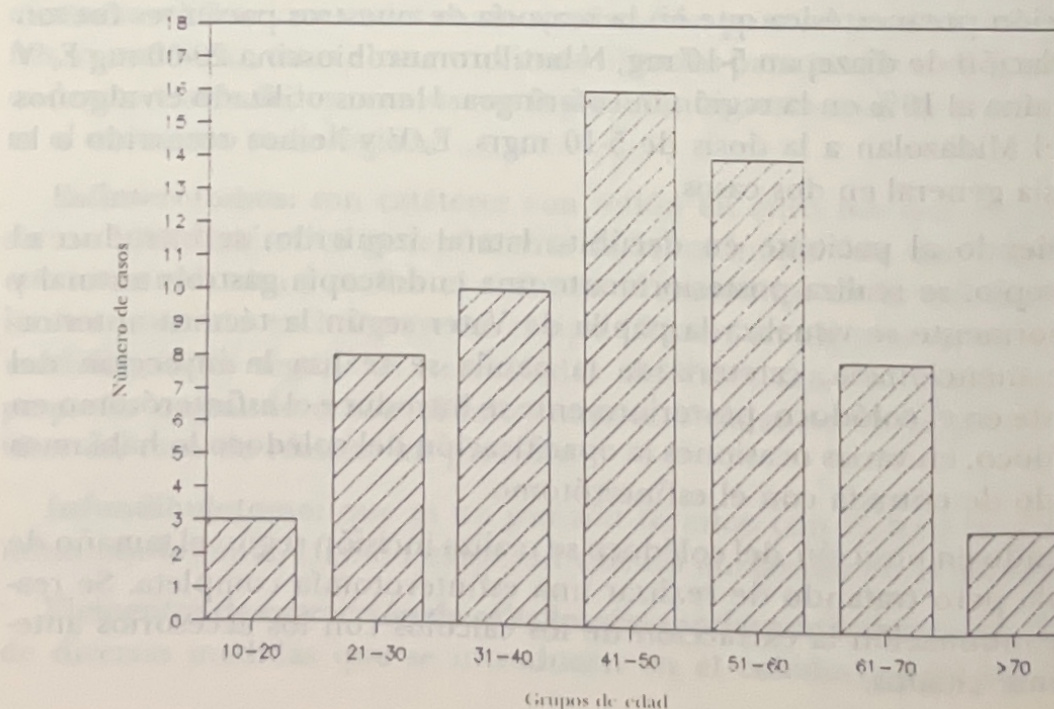
Resultados

Edad y Sexo

De nuestra casuística se desprende que 42 correspondían al sexo femenino y 20 al masculino.

Las edades varían entre 13 y 92 años, siendo las edades más predominantes entre los 30 y 60 años, con un promedio de 43 años (Cuadro 1).

Cuadro N° 1
Frecuencia de casos según la edad



Por lo tanto, el 68% de los casos corresponden al sexo femenino y el 32% al sexo masculino.

Las décadas predominantes son las tercera, cuarta y quinta, obteniéndose un porcentaje de 64% aproximadamente en estas tres décadas.

Clínica

Hemos tenido algunos signos evocadores de pancreatitis aguda biliar, que son similares a los constatados en otras etiologías y son los siguientes (Cuadro 2):

Dolor: fué el síntoma capital presente en todos los casos, siendo su distribución algo diferente de acuerdo a su localización, así pues:

- en 22 casos su localización fué exclusivamente en epigastrio.
- en 16 casos epigastrio e H. derecho.
- en 18 casos epigastrio y en barra transversal.
- en 3 casos epigastrio e H. izquierdo.
- en 3 casos dolor abdominal difuso.
- en 1 caso dolor periumbilical.

Náuseas y vómitos

Hemos constatado en 50 pacientes, es decir, en el 80% aproximadamente de los pacientes, siendo su intensidad muy variable.

Ictericia

Un tinte ictérico evidente o subictérico fué constatado en 28 pacientes haciendo el 45%.

Fiebre

Un porcentaje importante de pacientes ha presentado una temperatura elevada, en un momento de su evolución 28 de los 62 pacientes (45%).

Detención de heces y de gases

Siete pacientes presentaron esa sintomatología (11%).

Distensión Abdominal

También variable en cuanto a la apreciación del paciente, que van des-

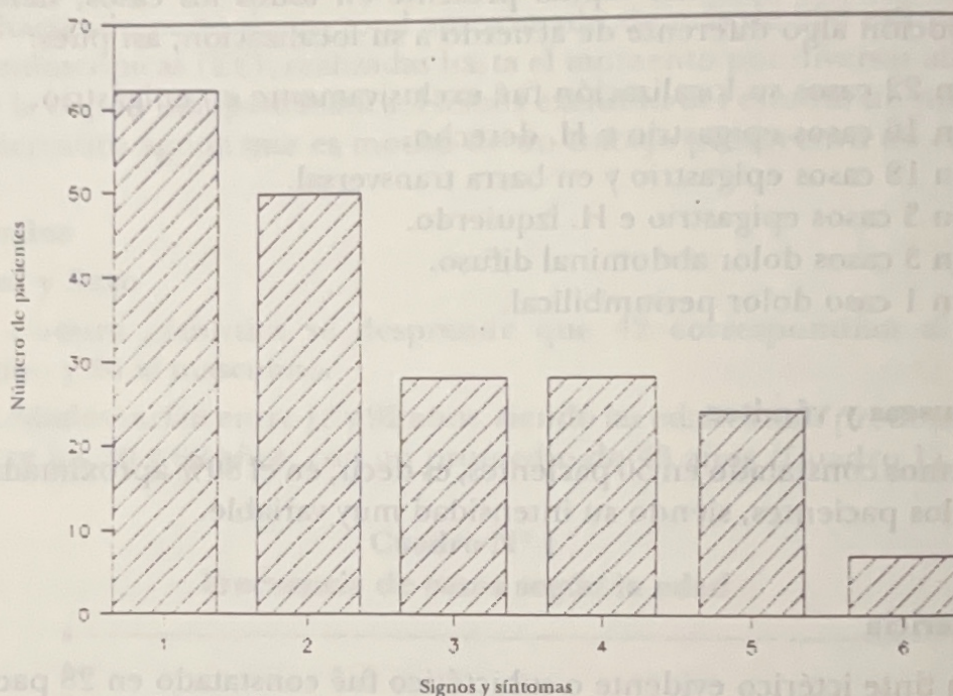
de pequeñas molestias hasta importantes asas distendidas, detectadas por radiografías simples en 24 pacientes (38%)

Hipovolemia

Hemos constatado solamente en 10 pacientes que constituye el 16% aproximadamente.

Cadro 2

Cuadro sintomatológico



1. Dolor
2. Náuseas y vómitos
3. Ictericia
4. Fiebre
5. Distensión abdominal
6. Detensión de heces y gases

Laboratorio

Hemos estudiado los siguientes ítems para el diagnóstico y la evolución de la pancreatitis aguda (Cuadro 3).

Además de los exámenes de rutina hemos empleado los marcadores biológicos de patología biliar y algunos elementos tales como la amilasemia,

amilasuria, lipasemia, calcemia en algunos casos, la isoamilasa pancreática y la proteína C reactiva.

Amilasemia

Fue realizada en todos los pacientes, sin embargo, solamente en 52 pacientes hemos constatado de más de 3VN, debiendo señalar que en algunas circunstancias hemos realizado varias tomas.

Amilasuria

Constatamos en 55 pacientes un aumento importante de esta enzima.

Calcemia

Hemos realizado en 42 pacientes solamente, siendo anormal en 12 casos.

Leucocitosis

Una leucocitosis de más de 10.000 en más de 42 pacientes y en algunos de ellos más de 15.000.

Glucemia

Solamente en 16 pacientes hemos constatado un aumento de la glicemia y de ello, 7 pacientes conocidos diabéticos, 8 del total presentaron una glicemia superior a 300 mgrs.

Urea

La urea aumentó en forma transitoria en 5 a 10 de ellos, fué persistente durante ocho días aproximadamente.

Funcional hepático

Nos pareció interesante englobar los estudios laboratoriales en uno solo, los concernientes a las modificaciones que surgen como respuesta a una patología canicular de obstrucción.

Hemos estudiado así, gamma glutamil transferasa, fosfatasa alcalina, bilirrubina directa e indirecta, la GPT, GOT.

Los resultados se encuentran detallados en el cuadro siguiente:

Cuadro 3
Cuadro laboratorial

Parámetros	Casos estudiados	Casos con valores aumentados	%
Amilasemia	62	52	83.8
Amilasuria	62	55	88.7
Lecocitosis >10000/mm ³	62	42	67.7
Glucemia	62	16	25.8
Urea	62	10	16.0
Bilirrubicemia >2.5	62	28	45.0
Fosfatasa alcalina	62	46	74.0
GOT	62	32	51.6
GPT	62	36	58.0
Isoamilasas pancreáticas	12	10	83.0
Proteína C reactiva	12	4	33.0

Isoamilasa pancreática

La isoamilasa pancreática dosada en 12 pacientes, siendo significativo su aumento en 10 de ellos.

La proteína C reactiva

Hemos dosado en 12 pacientes constatándose un aumento de 4 pacientes.

Exámenes morfológicos complementarios

Nosotros hemos estudiado tres exámenes morfológicos que se encuentran a nuestro alcance y son los siguientes: la ecografía, la tomografía (TAC) y la colangiografía retrógrada endoscópica.

Ecografía

Los elementos constatados en la ecografía fueron los siguientes:

Este examen ha sido realizado en todos los pacientes. Con respecto a los

hallazgos vesiculares podemos señalar que en 52 casos fué visualizada la vesícula, debiendo destacarse que 10 pacientes habían sido colecistectomizados anteriormente.

- En 47 casos la vesícula mostraba:
- Litiasis cecicular y microlitiasis en 30 casos.
- Litiasis vesicular de más de 5 mm en 10 casos.
- Grumos vesiculares en 7 casos.

Los hallazgos canaliculares fueron menos satisfactorios, pues solamente en un 40% de los casos, fueron detectados litiasis coledociana.

Los datos indirectos tales como dilatación de la vía biliar principal, como de las vías biliares intrahepáticas estuvieron presentes solamente en 60 y 15% de los casos respectivamente.

El páncreas fué visualizado en un 60% de los casos aproximadamente, siendo normal en un 35% de los casos. Las anormalidades consistieron en un agrandamiento difuso de la glándula o zonas de ecogenicidad y en otras ocasiones zonas de probable necrosis.

La tomografía computada

La hemos realizado en 42 pacientes.

Los hallazgos fueron los siguientes:

En 35 casos nos aportaron datos importantes como agrandamiento de la glándula, necrosis pancreática o formación de pseudoquiste. En 7 pacientes la tomografía se reveló normal.

La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE)

La opacificación de la vía biliar ha sido efectuada en todos los pacientes con fines diagnósticos y seguida en la mayoría de ellos de una esfinterotomía endoscópica (EE), según los hallazgos y el cuadro clínico.

Es interesante señalar que el tiempo entre la realización de la CPRE y la EE es variable, tomando en cuenta el ingreso del paciente al servicio y el inicio de la sintomatología.

- | | |
|------------------------|--------------|
| - 24 horas: | 12 pacientes |
| - entre 24 y 48 horas: | 14 pacientes |
| - 12 días: | 12 pacientes |
| - entre 12 y 90 días: | 10 pacientes |

Hallazgos endoscópicos

Previo a la CPRE se ha realizado en el mismo acto una gastroduodenoscopia con los siguientes resultados.

- 24 casos de gastritis erosiva, dos de ellas con estigma de sangrado reciente.
- 4 úlceras duodenales crónicas.
- 6 duodenitis erosiva intensa.

La Papila de Vater fué visualizada en todos los casos, ubicados en 60 casos en segundo duodeno y en dos casos en el genus inferior.

En cuatro casos hemos constatado divertículos yuxtapapilares.

El estudio endoscópico de la papila arrojó el siguiente resultado:

- 6 casos de cálculo enclavado en la papila;
- 16 casos de papila ulcerada o erosionada;
- 4 casos de papila inflamatoria con secreción purulenta.
- 36 casos de aneto normal.

Es de señalar que el aspecto exterior de la papila tiene estrecha relación con el momento de la realización de la endoscopia. Cuando más precoz es el procedimiento los hallazgos anormales de la papila son más evidentes y numerosos.

Colangiografía retrógrada (tiempo radiológico)

La intubación canalicular de la papila de Vater ha sido posible en 62 casos, es decir en el 100% de los pacientes, sin embargo, es importante señalar que en 6 casos la canulación fué difícil, pues en 4 casos se realizó una infundibulotomía y en 2 casos un precorte para facilitar la introducción del catéter y realizar la opacificación de las vías biliares.

En todos los casos la opacificación ha sido suficiente y satisfactoria, encunto a la vía biliar principal y las intrahepáticas se refiere. La opacificación de la vesícula no lo hemos tentado sistemáticamente ni la del Wirsung, salvo en algunos casos preoperatorios y ante la sospecha de un pseudoquistes abscesado o de fístula pancreática.

Aspectos radiológicos de la vía biliar

- 8 casos la vía biliar intra y extrahepática fueron normales.
- 42 pacientes presentaron dilatación de la vía biliar extrahepática (70%)

- 18 pacientes presentaron un calibre de 10 mm, pero 8 de ellos con litiasis coledociana (29 y 16% respectivamente).
- 42 pacientes presentaron signos directos de litiasis es decir, visualización del cálculo, siendo múltiple en más de 30 casos y medían menos de 6 mm. La dilatación de la vías biliares intrahepáticas ha sido constatada en 4 casos.
- Es de señalar que en los casos de dilatación del colédoco, 37 pacientes no sobrepasan los 15 mm. diámetro.
- Un orificio común de la papila de Vater fué constatado en 15 casos. Un canal común de más de 5 mm. de longitud, solamente en 4 casos.

Aspecto radiológico de la vesícula biliar

La opacificación de la vesícula biliar no ha sido realizada en forma sistemática, salvo en los casos de dudas de litiasis; es de señalar que nuestro material comporta igualmente de 62 pacientes de los cuales 10 han sido colecistectomizados anteriormente, sin embargo, en 28 casos se opacificó la vesícula con la constatación en todos los casos de litiasis vesicular en 25 casos, múltiples y tamaños variables; en tres pacientes con macrolitiasis de más de 2 cms. de diámetro.

Aspectos radiológicos del páncreas

La opacificación del Wirsung no ha sido buscada en formas sistemática, salvo en los casos de sospecha de fístula pancreática, absceso pancreático y a una sospecha de neo de páncreas.

Sin embargo, hemos constatado una opacación en 18 casos revelándose totalmente normal en 10 y en 8 casos verificados alguna anormalidad de su conformación tales como:

- dilatación mínima del canal principal;
- un absceso de la cabeza del páncreas que posteriormente fué tratado por esfinterotomía y drenaje endoscópico;
- estenosis y aspecto de pseudoquiste en la cola del páncreas.

Es de señalar que la evolución en los casos de la wirsungografía no agravó el cuadro clínico, pero sí persistió una discreta elevación de las transaminasas.

Esfinterotomía endoscópica

Hemos indicado en 58 pacientes que arrojan los siguientes resultados:

- 54 casos fueron exitosos (93%)
- 4 casos fueron considerados como no exitosos.
- De los 42 casos de litiasis constatada a la CPRE, hemos extraído en 38 casos en forma completa y en 4 casos en forma incompleta, constituyendo un éxito alrededor del 90% de los casos.

Se considera exitosa una esfinterotomía cuando ella es realizada según la técnica habitual, permitiendo la extracción de los cálculos y un buen drenaje coledociano.

En los cuatro casos que no habíamos indicado la esfinterotomía, dichos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente a las 24 horas de CPRE.

Es de señalar que la colecistectomía en nuestra experiencia, ha sido realizada en la semana que sigue a la EE:

Las complicaciones post EE es de alrededor del 5% y consistió en dos hemorragias tratadas medicamente y endoscópicamente y una crisis de colecistitis aguda.

No hemos observado ningún caso de mortalidad ligada al método.

Evolución

De los 62 pacientes de la serie 52 conservaban la vesícula y de ellos fueron colecistectomizados en la gran mayoría de los casos antes de los 15 días; en 4 casos se realizaron colecistectomía y coledocotomía; 50 pacientes tuvieron un post operatorio bueno, 12 pacientes presentaron complicaciones.

Las más importantes fueron:

- gastritis erosivas en 5 casos;
- una úlcera bulbar sangrante;
- tres abscesos pancreáticos;
- una neumopatía aguda;
- una embolía pulmonar.

De estas complicaciones hemos tenido que lamentar dos casos mortales a 28 días de la colecistectomía. Una probablemente por embolía pulmonar y otra por una sepsis a punto de partida de un absceso pancreático.

Sin embargo, es a señalar que ningún caso mortal es imputable a la CPRE ni a la EE. La evolución clínica y laboratorial (Cuadro IV) certifican el valor del método.

Cuadro IV
Evolución laboratorial post-esfinterotomía endoscópica

Parámetros	Números de casos			
	antes	+48 hs.	+72 hs.	
Bilirrubinemia	28	8	18	2+
GPT	36	16	15	5+
GOT	32	14	16	2+
Amilasemia	52	40	7	5+
Amilasuria	55	20	30	5+
Leucocitosis	42	12	25	5+

Comentarios

La incidencia de la enfermedad, es decir, de la pancreatitis aguda biliar entre lo dos sexos, es dos veces más frecuente en las mujeres que en los varones, hallándose esta relación habitualmente en los estudios de la literatura (9).

La edad promedio de nuestro estudio es de aproximadamente 45 años, relación ésta con la enfermedad biliar que es mucho más frecuente a dicha edad que en extremos de la vida, salvo algunas poblaciones cuya longevidad es muy importante (9).

En cuanto a la clínica podemos resaltar que los antecedentes de la enfermedad biliar son de gran importancia, sumados a los signos clínicos, como el dolor en epigastrio, la ictericia que constituyen dos elementos fundamentales para sospechar el diagnóstico de la pancreatitis aguda de origen biliar, a igual de la literatura que avala nuestros hallazgos (23). Es de señalar que los dos síntomas principales en nuestro estudio lo constituyen el dolor y las náuseas acompañadas de vómitos presentes en 98 y 80% de los casos.

Desde el punto de vista laboratorial debemos señalar el enorme valor de la hiperamilasemia (4-5 veces lo normal), constituye un elemento de gran sensibilidad (97%). Sin embargo su especificidad no es un porcentaje tan determinante, pues, la hiperamilasemia puede aparecer en un sin número de enfermedades, tales como en la colecistitis aguda, isquemia intestinal, embarazo ectópico, úlcera perforada, peritonitis, aneurisma de

aorta, etc. (12, 17); debiendo señalar, sin embargo, que raramente en estas afecciones ella se encuentra elevada 4 veces la normal. En 12 casos, es decir, en casi el 20% la amilasemia fué totalmente normal, eso se explica por la curva caprichosa que realiza la amilasemia, debido al momento de realización del test. La amilasuria que permanece durante más tiempo (mayor de 72 horas) probablemente constituye un índice importante de pancreatitis aguda, pues estaba aumentada en 55 pacientes.

Solamente en 12 pacientes hemos constatado una puntuación de más de 3 (Ranson), lo que significa que aproximadamente el 19% de las pancreatitis agudas pueden ser consideradas como severas. Nuestro porcentaje es ligeramente superior a los establecido por otros estudios (7), probablemente por la incidencia mayor de conagitis en nuestra población estudiada.

Hemos tratado igualmente de cotejar nuestros hallazgos clínicos y laboratoriales para determinar el posible origen de la pancreatitis. Son datos orientadores de una pancreatitis aguda biliar, el sexo femenino, una edad aproximada de 45 años, una elevación de 4 veces lo normal de amilasa, y los datos de elevación de la GGT, GPT, GOT y de la bilirrubinemia. Nuestros datos difieren de los enunciados por otros autores (24), pero en líneas generales son comparables (8).

Es de señalar que en gran medida el aumento de la GPT más de dos veces la normal, es indicador fehaciente del origen biliar, tal como lo hemos constatado en un 85% de los casos, sin embargo, el aumento de la bilirrubina preconizado por Neoptolemos (24), nos parece muy específico pero muy poco sensible. Nuestro trabajo nos señala que la suma de la GGT, fosfatasa alcalina y GPT son los criterios biológicos más sensibles para evocar una naturaleza litiásica de la pancreatitis aguda.

En cuanto a los estudios morfológicos podemos destacar que una placa simple de abdomen puede ser de gran utilidad, pues ella puede mostrar signos de inflamación pancreática, ascitis, asa centinela (15) y dilatación abdominal. En nuestro estudio 28 casos han puesto de manifiesto distensión abdominal y niveles hidroaéreos que certifican el ileus parálítico.

El examen ecográfico ha sido realizado en los 62 pacientes de nuestro estudio. La visualización de la vesícula se realizó en los 52 casos de vesícula conservada, de los cuales en 47 fué positivo de enfermedad vesicular (litis) 90% y en 10% no pudo informar con certitud las características de la vesícula. En cuanto a la vía biliar la sensibilidad ha disminuido a 40%, en cuanto a la detección de la litiasis.

Sin embargo, para la detección de la dilatación fue positivo en 60% de los casos. Estos resultados son comparables a los establecidos por Neoptole-

mos, Moosa (14, 22, 23).

La tomografía computarizada la hemos realizado en 42 pacientes, siendo de gran utilidad en la localización de las lesiones pancreáticas sobre todo en presencia de una complicación. Es evidente que el rendimiento del mismo es más importante que la ecografía cuando se quiere cuantificar el grado de lesión y las características de las mismas.

En cuanto a la CPRE lo hemos realizado en los 62 pacientes, es decir, en 100%, para ello hemos recurrido al precorte y a la infundibulotomía en algunas ocasiones (seis en total).

Previa a la cateterización del colédoco hemos realizado un examen completo gastroduodenal hallando algunas lesiones tales como gastritis erosiva y úlcera duodenal, eventualidades éstas que son manifestaciones en otros artículos (18, 19).

En un 70% de los casos la CPRE ha confirmado el diagnóstico de la litiasis coledociana, las vías biliares están dilatadas en un 76% de los casos; la visualización de cálculos vesiculares en menor proporción ya que la visualización de la vesícula no fué motivo de estudio sistemático.

La eficiencia de la CPRE es proporcional al tiempo de realización del procedimiento, así pues cuando es realizada dentro de las 72 horas, el porcentaje de hallazgos de la litiasis es aproximadamente del 67%, datos corroborados por la literatura (3, 11, 27), luego de los doce días las posibilidades de constatar una litiasis es de aproximadamente 25% (3,13,26, 28).

Igualmente hemos constatado que la existencia de pequeñas y múltiples litiasis, constituyen un gran porcentaje de nuestra casuística, asociada con lesiones erosivas y forzadas de la papila, concepto actualmente aceptado (Acosta y colb.), de la migración de la minilitiasis en la producción de la pancreatitis aguda biliar.

Es importante igualmente señalar que el porcentaje de un orificio común en nuestro estudio es de aproximadamente 20% y la dilatación del colédoco la mayoría de la veces no excedía los 15 mm. de calibre. La visualización del canal pancreático ha sido constatado en 18 casos, siendo normal en el 60% de los casos. La canulación del Wirsung no ha sido realizada en forma sistemática, pero en las situaciones en que se ha realizado no agravó el cuadro clínico.

La esfinterotomía endoscópica ha sido realizada en los 54 casos de los 58 indicados (93% de éxito), testimonian de ello un buen drenaje coledociano y la vacuidad total del mismo.

Hemos tenido aproximadamente 4,8% de complicaciones similares a la

de la literatura (10) y ningún caso de mortalidad. Los pacientes tuvieron una mejoría clínica y laboratorial en los días subsiguientes a la EE, salvo en los casos relatados en los que sobrevivieron complicaciones no ligadas al método y que determinó un desenlace fatal en dos pacientes.

Conclusiones

De nuestro estudio y su confrontación con la bibliografía, se desprende que el diagnóstico clínico de pancreatitis aguda biliar, se realiza ante los siguientes elementos.

- Un antecedente biliar claro, la aparición de un dolor importante en epigástrico que se irradia hacia ambos hipocondrios, náuseas y vómitos, distensión abdominal e ictericia.
- Un aumento considerable de las amilasas en sangre y orina, domina el cuadro laboratorial de las pancreatitis. Cuando ella es más de 4 veces normal (amilasa), la sensibilidad es de más del 90%.
- El aumento de la GGT, fosfatasa alcalina, la hiperbilirrubinemia y la GPT, son indicios de una probable etiología biliar en más del 80% de los casos.
- Los exámenes morfológicos son de enorme valor en el diagnóstico y de la naturaleza de la afección.
- Así pues, la RX simple de abdomen, la ecografía y tomografía computarizada, determinan en cierta medida el comprometimiento pancreático y ponen en evidencia la litiasis vesicular, pero es escasa su sensibilidad cuando se requiere examinar el colédoco y poner de manifiesto el cálculo.
- La CPRE es un método de singular valor cuando se quiere certificar la presencia de una litiasis o existe duda en la etiología de la pancreatitis. Ella pues determina claramente los signos de migración litiásica y confirma dicha hipótesis por los siguientes hallazgos.
- Signos directos de migración: papila erosionada, cálculo enclavado en la papila de Vater, litiasis visualizada durante la CPRE.
- Signos indirectos: dilatación de la vía biliar,ístico grueso, microlitiasis vesicular y canal común alargado.
- Por sus complicaciones escasas y su gran eficiencia diagnóstica, constituye el examen más sencillo y específico para determinar con certeza la naturaleza litiásica de la afección.
- La esfinterotomía esdoscópica (EE) presenta un interés particular en el tratamiento de la pancreatitis aguda biliar, por los siguientes motivos:

- Drena la vía biliar suprimiendo uno de los factores desencadenantes de la pancreatitis aguda.
- Extrae el cálculo que es el elemento constante en la patogenia de esta afección.
- Combate la ictericia y la infección concomitante que son dos factores peyorativos en la pancreatitis aguda biliar.
- Disminuye las posibilidades de recidiva de la pancreatitis.
- Porcentaje escaso de complicación (4% aproximadamente).
- Alto grado de éxito (93%) del procedimiento.
- Mejoría clínica y laboratorial evidente.
- Disminuye el tiempo operatorio cuando existe necesidad de una cirugía.

Por dicho motivo, consideramos que actualmente la colangiografía retrógrada y la esfinterotomía, deben ocupar un lugar de privilegio en el diagnóstico y tratamiento de las pancreatitis agudas de origen biliar.

Bibliografía

1. ACOSTA J. M., LEDESMA C. Gallstone migration as a cause of acute pancreatitis *N. Engl. J. Med.*, 290, 484-487, 1974
2. ACOSTA J. M. PELLEGRINI C.S., SKINNER D.B. Etiology and pathogenesis of acute biliary pancreatitis *Surgery*, 88, 1, 118-124, 1988.
3. ACOSTA J.M., ROSSI R., CALLI O.M.R., PELLEGRINI C.A. SKINNER D. Early surgery for acute gallstone pancreatitis: evaluation of a system approach. *Surgery*, 183, 4, 367-370, 1978.
4. ACOSTA J.M. Tratamiento de la pancreatitis aguda. XXIV Congreso Argentino de Gastroenterología. Rosario, 1989.
5. AGUERO G. Papilotomía Endoscópica. VII Congreso de Cirugía del Paraguay, Asunción, Paraguay, 1982.
6. AGUERO G. Pancreatitis Aguda, Tratamiento Endoscópico. VII Congreso del Paraguay, Asunción, Paraguay, 1992.
7. BELGHITI J., KLEINMAN P., CHERQUID., PERNICENI J., BERNADESP., FEKETEF. Traitment précoce de la lithiase au cours des pancréatites biliaires. *Gastro-enterol. Clin. Biol.*, 11, 786-789, 1978.
8. BLAMEYS L., OSBORNE D.H., GILMOUR H., O'NEILL J., CARTER D.C., IMRIE W. The early identification of patients.
9. BORDA F. ET AL. Tratamiento médico de la pancreatitis aguda. *Gastroenterología y Patología*, 14, 192-199, 1991.
10. COTTON P.B., LEHMAN G., VENNES J., GEENEN J.E., RUSSEL D.R.C.G., MEYERS W.C., LIGUORY C., NICKL N. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt a consensus. *Gastrointest Endosc.*, 37, 383-93, 1991.

11. CREMER M., GULBIS A., TOUSSAINT J., DE TOEUF J., VAN LAETHEM HERMANUS A. La sphincterotomie esdoscopique. *Acta-gastro-ent. Belg.*, 60, 41-54, 1977.
12. DUARTE P. Pancreatitis aguda. Análisis de 40 casos. Tesis Facultad de Medicina UNA, Asunción Paraguay, 1974.
13. FREI G.J., FREI V.T., THIRLBYM.C., CLELLAND R.N. Biliary pancreatitis: clinical presentation and surgical management. *Am. J. Surg.*, 151, 170-175, 1986.
14. GOODMAN A.I., NEOPTOLEMOS J., CARR LOCKE D.L., FOSSARD D.P. How should gallstone be detected after an attack of acute pancreatitis. *Gut*, 24, 10 ad. 989, 1983.
15. GRELLET J., VIGUIER A.C., GOUEROU H., PIEKARSKI J.D., WIESSMAN A. Pancreatitis aiguës. *Encyclo. Méd. Chir., Paris Radiodiagnostic IV*, 33651 A 10, 6-1980.
16. LEGER L., LIGUORY C.E., COFFIN T., CHICHE B., DESFEMMES T. La sphincterotomie endoscopique dans la pancréatite aiguë. *Chirurgie*, 105, 772-778, 1979.
17. LIGNY G., MEUNIER J., HAYAR D., LIGNY C.H., VANCAUTER J. Sensibilité et spécificité de L'amilasémie et du rapport des clairances d'amylase et de créatinine et du rapport amylasurie/creatinurie pour le diagnostic des pancréatites aiguës. *Gastro-enterol. Clin. biol.*, 11, 880-885, 1987.
18. LIGUORY C., COFFIN J.C. La sphincterotomie endoscopique au cours des pancréatites aiguës biliaires. *Gastro-enterol. Clin. Biol.*, 2, 954, 1978.
19. LIGUORY C., LEFEBRE J.F., BONNEL D. Traitment.
20. LIGUORY C. Conferencias y demostraciones prácticas sobre enfermedades biliopancreáticas. Primer curso de Video-Endoscopia, Asunción, Paraguay, 1992.
21. LIGUORY C.L., GUILIO E.D., CANARD J.M. Echec et complications du traitement esdoscopique de la lithiasé de la voie biliaire principale. *Actualités digestives médico-chirurgicales*: J. MOUIEL, 4é series- NASSON ed PARIS, 1983.
22. MOOSA A.R. Diagnostic test and procedures in acute pancreatitis. *N. Engl. J. Med.*, 6, 639-643, 1984. 151. MOREAU J. A., ZINSMEISTER A.R., MELTON J., DIMAGNO E.P. Gallstone pancreatitis and the effect of cholecystectomy: a population based cohort study. *Mayo. Clin. Proc.*, 63, 466-473, 1988.
23. NEOPTOLEMOS J.P. ET AL. Controlled trial of urgent endoscopic retrograde conlangiogangcreatography and endoscopy sphynterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. *Lancet*, 2, 979-83, 1988.
24. NEOPTOLEMOS J. P., LONDON N., BAILEY I., SCHAW D., CARRLOCKE, FOSSARD D. P., MOOSSA R. The role of clinical and biochemical criteria and endoscopic retrograde cholangio-pancreatography in the diagnosis of cammon bile duct stone in acute pancreatitis. *Surgery*, 100, 4, 732-774, 1986.
25. SAFRANY L., COTTON P.B. Apreliminary report: urgent duodenoscopic sphincterotomy for acute gallstone pancreatitis. *Surgery*, 89, 4, 424-428, 1981.
26. SEMEL L., SCHRIEBER D., FROMM D. Gallstone pancreatitis: support for a flexible approach. *Arch. Surg.*, 118, 901-904, 1983.
27. SOHENDRA N. Técnicas en endoscopia terapéutica de la vía biliar. Curso Internacional de Endoscopia Terapéutica. Asunción. Paraguay, 1992.
28. TONDELLI P., STUTZ K., HARDER F., SCHUPISSER J.P., ALLGOWER M. Acute gallstone pancreatitis: best timing for biliary surgery. *Br. J. Surg.*, 69, 709-710, 1982.