

## ARTÍCULO ORIGINAL

# MANEJO ENDOSCÓPICO PALIATIVO DE LOS TUMORES BILIOPANCREÁTICOS.

## ENDOSCOPIC PALLIATIVE MANAGEMENT OF BILIOPANCREATIC TUMORS.

Dr. Iván Nieto Orellana<sup>(a)</sup>, Dra. Lucía Hernández Ludeña<sup>(b)</sup>, Dr. Fausto Moreno Briones<sup>(b)</sup>, Dra. Soraya Sosa Muñóz<sup>(c)</sup>.

<sup>(a)</sup> Gastroenterólogo - Hepatólogo.

<sup>(b)</sup> Médico Especialista en Medicina Interna.

<sup>(c)</sup> Médico Anestesiólogo.

Servicio de Gastroenterología - Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" - SOLCA. Guayaquil - Ecuador

### RESUMEN

**Introducción.-** Los tumores biliopancreáticos son poco frecuentes y de diagnóstico tardío, la supervivencia alcanza entre los 6 y 12 meses después del diagnóstico, y el sexo femenino es usualmente el más afectado. El 90% de los pacientes supera los 50 años, la muerte se relaciona con diseminación local, efectos de la obstrucción biliar y colangitis recurrente. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en el beneficio de la colocación de prótesis endoscópicas para drenaje biliar en pacientes con ictericia obstructiva secundaria a tumores biliopancreáticos.

**Material y Métodos.-** Estudio prospectivo, descriptivo, observacional, realizado en el Servicio de Gastroenterología de SOLCA Guayaquil, se incluyen 20 pacientes con evidencia imagenológica de tumor biliopancreático que cursaron con ictericia obstructiva y a quienes luego de firmar documento de consentimiento informado, se les realizó Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica y colocación de endoprótesis biliar, lo que corresponde al universo de 100%. Los resultados se presentan en forma de tablas, gráficos y medidas de tendencia central.

### ABSTRACT

**Introduction.-** Biliopancreatic tumors are rare and of late diagnosis, survival ranging between 6 and 12 months after diagnosis, and the female patient is usually the most affected one. 90% of patients is over 50 aging, the death is related to local spread due to biliary obstruction and recurrent cholangitis. The aim of this study is to describe our experience with endoscopic stent placement for biliary drainage in patients with obstructive jaundice secondary to biliopancreatic tumors, and to describe the advantages of these endoscopic procedures.

**Material and Methods.-** A prospective, descriptive, observational study was conducted at the Department of Gastroenterology of SOLCA Guayaquil, including 20 patients with image evidence of biliopancreatic tumor with obstructive jaundice who, after signing an informed consent, underwent Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography and biliary stent placement, which corresponds to the universe of 100%. The results are presented in tables, graphics and measures of central tendency.

#### CORRESPONDENCIA:

Dr. Iván Nieto Orellana - Jefe del Servicio de Gastroenterología - SOLCA Guayaquil - Ecuador

Tel.: (593-4) 2288088 ext 135 - E-mail: ivanno30@hotmail.com

Fecha de Recepción: 6 de febrero 2012 - Fecha de Aprobación: 10 de abril 2012

**Resultados.-** 11 hombres y 9 mujeres estudiados, con un promedio de edad de 62 años, distribuidos según el tipo de lesión, de los cuales 9 presentaron Colangiocarcinoma. 13 fueron manejados exclusivamente con endoprótesis biliar y 7 pacientes fueron además intervenidos quirúrgicamente. La supervivencia global fue del 60% a 6 meses.

**Conclusiones.-** La colocación de prótesis biliar endoscópica es un método seguro y eficaz para lograr una paliación en los pacientes con ictericia obstructiva secundaria a tumores biliopancreáticos.

**Palabras clave.-** Tumores biliopancreáticos, drenaje biliar endoscópico, colangiopancreatografía retrógrada, prótesis.

**Results.-** 11 men and 9 women were studied, with an average age of 62, and divided by type of injury, of which 9 had cholangiocarcinoma. 13 were managed exclusively with biliary stents and 7 patients were also treated surgically. Overall survival was 60% at 6 months.

**Conclusions.-** The endoscopic stent placement is a safe and effective method to achieve palliation in patients with obstructive jaundice secondary to biliopancreatic tumors.

**Keywords.-** Biliopancreatic tumors, biliary endoscopic drainage, retrograde cholangiopancreatography, prosthesis.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores biliopancreáticos malignos son poco frecuentes, constituyendo menos del 2% de todos los cánceres; la sobrevida alcanza entre los 6 y 12 meses después del diagnóstico que por lo general es tardío, cuando el paciente presenta ictericia obstructiva. El sexo femenino suele ser el más afectado principalmente en el carcinoma de la vía biliar<sup>1</sup>. El 90% de los pacientes supera la edad media con un pico entre 70 y 75 años y la muerte se relaciona con la diseminación local y a distancia, los efectos de la obstrucción biliar y la colangitis recurrente que llevan a insuficiencia hepática y renal<sup>2</sup>.

El carcinoma ampular, cáncer de páncreas, colangiocarcinoma y cáncer de vesícula son las causas más comunes de obstrucción del árbol biliar. La cirugía es el tratamiento de elección en estos pacientes, pero sólo el 20% de los casos son resecables en el momento del diagnóstico<sup>3</sup>. Los pacientes con tumores no operables tienen mal pronóstico en términos tanto de supervivencia como de calidad de vida.

Hasta mediados de 1980, estos pacientes eran sometidos a una intervención quirúrgica para intentar una resección o, en la mayoría de los casos, realizar un drenaje biliar paliativo. A partir de la década de los noventa, comenzó a utilizarse el drenaje percutáneo, pero la morbilidad asociada a dicha técnica, motivó que fuera relegada y por tanto se dio preferencia a la vía endoscópica<sup>3,4</sup>.

Actualmente las alternativas terapéuticas paliativas de las que disponemos para aliviar la obstrucción de la vía biliar son el drenaje biliar endoscópico o percutáneo mediante colocación de endoprótesis y la cirugía con derivación biliodigestiva<sup>4,5</sup>.

La descompresión no quirúrgica con drenaje biliar y colocación de prótesis por vía endoscópica constituye una de las opciones paliativas en el tratamiento de la ictericia obstructiva maligna. Presenta una menor tasa de mortalidad relacionada al procedimiento, menor tasa de complicaciones y menor estancia hospitalaria, al compararla con la descompresión quirúrgica. Al analizar ambas opciones no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la supervivencia<sup>4</sup>.

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) y sus procedimientos no son completamente inocuos, por el contrario son métodos que registran morbimortalidad propia. Así se observa una morbilidad variable entre 4% para la diagnóstica y 10% para la terapéutica, con una mortalidad global del 1%<sup>6</sup>. Las complicaciones tempranas en la CPRE terapéutica, es decir antes de los 30 días, tiene una frecuencia que oscila entre el 1 y 5%, mientras que las tardías, posterior a los 30 días entre el 25 y 50%, de las cuales se destacan la obstrucción y migración protésica<sup>5,7-9</sup>.

El objetivo principal del presente trabajo es describir nuestra experiencia en el beneficio de la colocación de prótesis endoscópicas para drenaje biliar en pacientes con ictericia obstructiva secundaria a tumores biliopancreáticos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es descriptivo, prospectivo, observacional, se llevó a cabo en el Servicio de Gastroenterología del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" entre diciembre del 2010 y marzo del 2012. Se incluyeron 20 pacientes (universo total) que tuvieron un diagnóstico de Ictericia Obstructiva Maligna. Se determinó por

Tomografía Computarizada (TC) o por Resonancia Magnética (RM) la presencia de lesiones tumorales biliopancreáticas con características de irresecabilidad y cuadro clínico característico de enfermedad maligna. Se excluyeron pacientes pediátricos y aquellos con coagulopatías severas.

Se utilizó la clasificación de Bismuth para expresar la afectación ductal en estos tumores. (Figura 1)

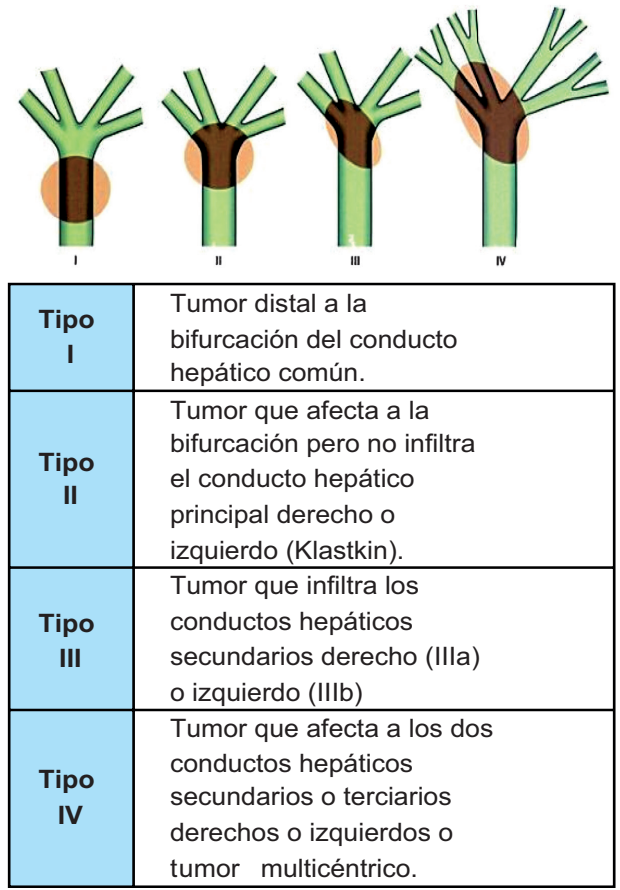


Figura 1: Clasificación de Bismuth.

Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, prótesis utilizada, origen de la obstrucción, tipo de lesión, valor de bilirrubina inicial y control a los 30 días, complicaciones inmediatas (menores a 7 días), tardías (mayores a 30 días), tratamiento complementario, evolución y mortalidad.

Bajo consentimiento informado, se les realizó una CPRE con sedación. Luego de visualizar la papila se procede a canular la vía biliar delineando la obstrucción. Se manipula un hilo guía a través de la estenosis, pasando luego sobre ésta un catéter dilatador de ser necesario. Se inyectó medio de contraste para visualizar el árbol biliar. Se procedió a la toma de muestra de citología en los pacientes con tumores de la vía biliar. Sobre la guía se colocó la prótesis o el sistema catéter-guía prótesis, la cual se empuja con el posicionador de endoprótesis.

Para la realización de procedimiento se utilizó un Videoduodenoscopio marca Olympus® TJF-160VF (EVIS EXCERA®) con canal de 4.2 mm de diámetro. Las prótesis utilizadas fueron marca Boston Scientific®, las plásticas modelo Advanix Biliary Stent and NaviFlex RX Delivery System® de 10Fr, y las metálicas autoexpandibles cubiertas y descubiertas WallFlex® Biliary RX Stents, para pacientes colecistectomizados o no, respectivamente. Para la realización del cepillado se utilizó cepillo RxCitology Brush® para vía biliar.

## RESULTADOS

De los 20 pacientes incluidos en el estudio, 11 fueron hombres y 9 mujeres y la edad promedio fue de 62 años.

La distribución según la localización de la lesión fue la siguiente: 9 pacientes presentaron Colangiocarcinoma, 6 Ampuloma, 4 Cáncer de Páncreas y 1 caso de Cáncer de Vesícula Biliar. (Figura 2).

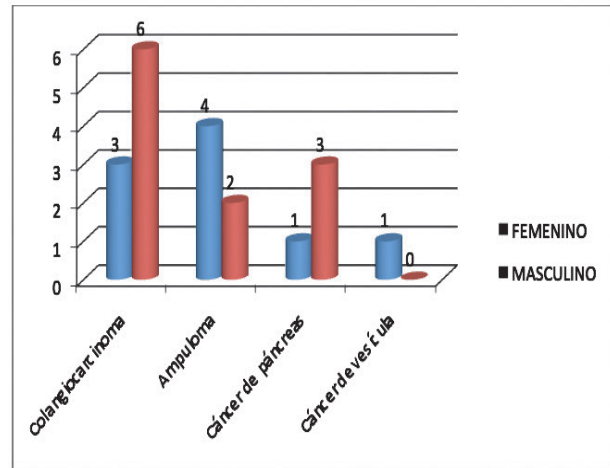


Figura 2: Distribución según sexo y diagnóstico histopatológico de casos de Ictericia Obstruktiva Maligna.

En 9 pacientes con lesiones biliares intraluminales se pudo confirmar el diagnóstico mediante citología por cepillado que reportó Carcinoma de vías biliares, 4 casos tuvieron Cáncer de cabeza de páncreas y de los 6 casos de Ampulomas, 4 fueron Adenocarcinoma, 1 Adenoma con displasia de alto grado y 1 Linfoma No Hodgkin.

De los 9 pacientes que fueron Colangiocarcinoma, según la localización del tumor en el árbol biliar, 4 de ellos correspondieron a Bismuth IV, 2 a Bismuth II, 2 pacientes correspondieron al tipo I y 1 al tipo

IIIB, es decir el 88% correspondieron a lesiones distales y 12% proximales .

Se utilizaron 8 prótesis biliares plásticas y 12 autoexpandibles (8 descubiertas y 4 cubiertas). (Figura 3).

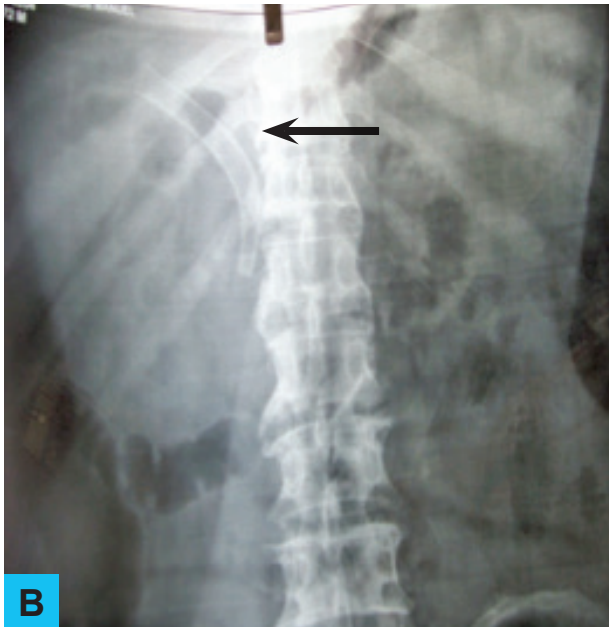


Figura 3: (A) Prótesis metálica autoexpandible a nivel de vía biliar de 10 mm X 80mm en paciente con tumor de cabeza pancreática. (B) Control radiológico respectivo.

En relación a los valores de bilirrubina el 85% de los pacientes, equivalente a 17 casos, tuvieron un descenso mayor al 80% durante los primeros 30 días. (Figura 4)

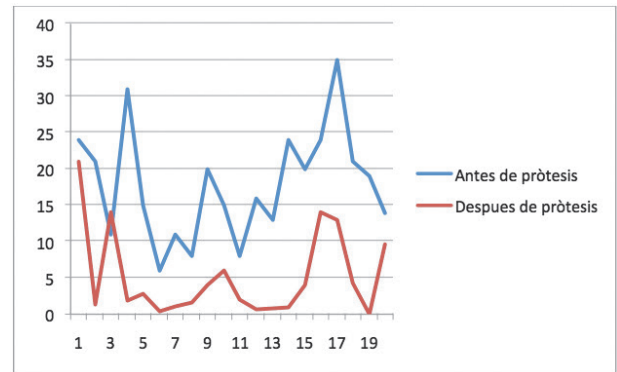


Figura 4: Cifras de Bilirrubina antes y después de la colocación de prótesis en pacientes con Ictericia Obstructiva Maligna.

De los 20 pacientes, 3 presentaron complicaciones, de las cuales una fue temprana y estaba relacionada al procedimiento, consistió en sangrado durante la papilotomía en un paciente con tiempos de coagulación prolongados, lo que ameritó transfusión de hemoderivados. Las otras 2 complicaciones fueron tardías, relacionadas a obstrucción de la prótesis después de los 30 días, en ambos casos se resolvió con limpieza intraluminal de la prótesis por vía endoscópica.

Del total de la muestra, 13 pacientes fueron considerados irresecables desde el inicio y 7 fueron a cirugía posterior a la descompresión biliar endoscópica.

De los 7 pacientes que fueron a cirugía, 2 fueron paliativas y ambos fallecieron a los 30 días. Los otros 5 fueron a cirugía de Whipple, de los cuales 2 fallecieron, uno de ellos en el postoperatorio inmediato, y el otro caso a los 30 días; los 3 restantes mantienen una sobrevida de 1 año.

13 pacientes fueron manejados únicamente con prótesis endoscópica, 4 de ellos fallecieron a los 3 meses; de los otros 9, ocho presentaron una sobrevida de 6 meses y 1 presenta una sobrevida mayor a 12 meses.

## DISCUSIÓN

La colocación endoscópica de endoprótesis biliar es un tratamiento paliativo que ha mostrado utilidad en pacientes con Ictericia Obstructiva Maligna, ya que alivia la ictericia, el prurito y mejora la calidad de vida reflejada por disminución de síntomas como anorexia, dolor y diarrea, entre otros.

El método endoscópico es preferible al percutáneo

o quirúrgico por sus bajas tasas de complicación y mortalidad a corto plazo, corta estancia hospitalaria y favorable impacto costo-beneficio.

El estudio comparativo realizado por García y cols<sup>3</sup> en el cual la eficacia no tuvo diferencia significativa en el grupo de pacientes drenados endoscópicamente en relación a los que fueron intervenidos quirúrgicamente, en ambos grupos se obtuvo un drenaje biliar adecuado en más del 90% de los casos.

Sí hubo variaciones en el porcentaje de morbilidad, después de la cirugía fue del 32% mientras que en relación al drenaje por prótesis endoscópica fue más baja (8%).

El presente estudio reporta igual porcentaje de éxito en el drenaje biliar endoscópico, obteniendo un importante descenso de valores de bilirrubina en el 80% de los casos.

La serie presentada demuestra complicaciones en el 15% de los casos, de las cuales 5% son

complicaciones tempranas relacionadas con el procedimiento (sangrado).

Cheng y colaboradores reportaron 31% de oclusiones con prótesis metálicas autoexpandibles. Isayama y colaboradores reportaron 14%. En la presente serie se encontró 10% de casos de obstrucción de las prótesis como complicación tardía (debajo de lo esperado), que requirieron re-intervención para limpieza de la misma<sup>10</sup>.

La mortalidad precoz en la mayoría de las series publicadas hasta el momento se sitúa entre 8 – 24% posterior a endoprótesis<sup>3</sup>. En el presente reporte la mortalidad fue de 28% a los tres meses en los pacientes que fueron manejados únicamente con prótesis endoscópica, siendo mayor el porcentaje de sobrevida.

## CONCLUSIONES

Del estudio presentado se puede concluir que el drenaje biliar endoscópico constituye un procedimiento paliativo eficaz con mayor tiempo de sobrevida y baja incidencia de complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Simmonds D, Baron T. Perceptions on ERCP utilization in the United States. *Am J Gastroenterol.* 2007 May; 102(5): 976-7.
2. Dumonceau J, Vonlaufen A. Pancreatic Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). *Endoscopy.* 2007 Feb; 39(2):124-30.
3. García M. Tumores biliopancreáticos: supervivencia y calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento paliativo. *Rev Esp Enfer Dig.* 2004; 96 (5): 305-314.
4. Brugge W. Advances in the endoscopic management of patients with pancreatic and biliary malignancies. *South Med J.* 2006 Dec; 99(12): 1358 – 66.
5. Newman E, Simeone D, Mulolland M. Adjuvant treatment strategies for pancreatic cancer. *J Gastrointest Surg.* 2006 Jun; 10(6): 916- 26
6. Giménez M, Castilla C. Procedimientos Paliativos en las Neoplasias Biliopancreáticas. Buenos Aires: Editorial Amolca; 2011; p. 167 – 212.
7. Kozarek R. Biliary ERCP. *Endoscopy.* 2007 Jan; 39(1):11-6.
8. Chahal P, Baron T. Endoscopic palliation of cholangiocarcinoma. *Curr Opin Gastroenterol.* 2006 Sep; 22(5): 551 – 60.
9. Ornellas L, Santos G, Nakao F, Ferrari A. Comparison between endoscopic brush cytology performed before and after biliary stricture dilation for cancer detection. *Arq Gastroenterol.* 2006 Jan-Mar; 43(1): 20-23.
10. Cheng J, Bruno M, Bergman J. Endoscopic palliation of patients with biliary obstruction caused by non resectable biliarcholangiocarcinoma: efficacy of self-expandable metallic wallstents. *Gastrointest Endosc.* 2002; 56: 33-39.