



Estenosis papilar benigna: nuestra experiencia

Autores Hugo A. Gori Giménez,¹ Víctor Bracho,¹ Pedro Jiménez,¹ María A. Gori,² Leonardo Villareal²

Afiliaciones Unidad de vías biliares del Hospital Central de las FFAA "Dr. Carlos Arvelo". Urb. San Martín-Caracas.

¹Gastroenterólogos Especialistas Unidad vías biliares Hospital Central de las FFAA "Dr. Carlos Arvelo".

²Gastroenterólogos en Curso de ampliación en vías biliares.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2014;68(3):76-79. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dr. Hugo A. Gori Jiménez. Gastroenterólogo-Especialista. Unidad de Vías Biliares. Hospital Central de las FFAA "Dr. Carlos Arvelo". Caracas, Venezuela.

Correo: hugogori@cantv.net

Fecha de recepción: 14 de julio de 2013. Fecha de revisión: 22 de mayo de 2014. Fecha de aprobación: 27 de julio de 2014.

Resumen

Introducción: La Estenosis papilar benigna tiene diferentes etiologías. Se presenta como dolor biliar agudo o recurrente, alteración del perfil colestásico e ictericia. La colangiografía endoscópica es el gold estándar en el diagnóstico: dilatación de la vía biliar extrahepática y disminución del colédoco intrapapilar en "punta de lápiz". La esfinterotomía endoscópica tiene una tasa de éxito de 99 a 100%. **Métodos:** Se incluyeron pacientes desde enero 2004 a febrero 2012 con dilatación de la vía biliar, alteración de las pruebas de colestasis y dolor tipo biliar. **Resultados:** De 1128 colangiografías retrógradas endoscópicas, 96 casos (6.11%) fueron estenosis papilar benigna. 64 (66.7%) sexo femenino, 45 (46.9%) vesícula *in situ* y 19 (19.8%) colecistectomizados. Alteración del perfil colestásico en 78 (81.3%). Endoscópicamente: papila rasgada 54 (56.3%). El acceso a la vía biliar se logró en todos los casos, 80 (83.3%) con esfinterotomía de arco. Coledocolitiasis asociada 33 (34.4%). Las complicaciones fueron: pancreatitis y hemorragia leves (5.2%). **Conclusiones:** La incidencia de Estenosis papilar benigna fue de 6.11%. La papila rasgada nos hace inferir la etiología traumática por el paso de los cálculos e hipertrofia de los elementos musculares del Esfínter de Oddi. La esfinterotomía endoscópica es una técnica segura y efectiva para resolver la Estenosis Papilar benigna.

Palabras Clave: Estenosis papilar benigna, esfinterotomía endoscópica, Esfínter de Oddi.

BENIGN PAPILLARY STENOSIS

Summary

Introduction: Benign papillary stenosis has different etiologies. It present as acute or recurrent biliar pain, alteration in cholestatic profile and jaundice. Endoscopic Cholangiography is the gold standard in the diagnoses: extra hepatic biliar tract dilatation and intrapapillary narrowing of common bile duct in "pen tip". Endoscopic sphincterotomy has a success rate from 99 to 100%. **Methods:** We included patients from January 2004 to February 2012 with biliary tract dilatation, alteration in cholestasis profile and biliary pain. **Results:** From 1128 Retrograde cholangiography endoscopic, 96 (6.11%) were benign papillary stenosis. 64 (66.7%) female, 45 (46.9%) *in situ* gall bladder and 19 (19.8%) cholecistectomized. Alteration in cholestasis profile in 78 patients (81.3%). Endoscopic findings: torn sphincter 54 (56.3%). Biliary tract access in all cases, 80 (83.3%) arch sphincterotomy. Association with choledocholithiasis 33 (34.4%). The complications were mild pancreatitis and hemorrhage (5.2%). **Conclusions:** Benign papillary stenosis incidence was 6.11%. Torn sphincter makes us suppose a traumatic etiology by the passage of the stones and hypertrophy of the muscle elements in sphincter of Oddi. Endoscopic sphincterotomy is a safe and effective technique to resolve the benign papillary stenosis.

Key words: Benign papillary stenosis, Endoscopic sphincterotomy, Sphincter of Oddi.



Introducción

La estenosis benigna de la papila de Váter (EBP) es usualmente secundaria a patologías del árbol biliopancreático; frecuente en pacientes posterior a colecistectomía, secundaria al paso crónico de cálculos, posterior a un episodio de pancreatitis aguda, en pancreatitis crónica, colangitis esclerosante primaria, posterior a esfinterotomía endoscópica, colesteroles, tratamiento con radioterapia en el abdomen superior, en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana y en úlcera péptica.¹⁻⁵

La EPB tiene diferentes etiologías; como congénitas, traumática, inflamatoria e hipertrofia de los elementos musculares del esfínter de Oddi (EO). El paso de cálculos causa trauma con posterior fibrosis y espasmo reflejo.⁶

EPB usualmente se presenta como dolor tipo cólico biliar agudo o recurrente, elevación de las enzimas hepáticas, bilirrubina y en algunos casos de ictericia importante.⁷ Los síntomas son muy similares a los de la coledocolitiasis, por esta razón su sospecha es aclarada solo después de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).⁸

Es común encontrar durante la CPRE la coincidencia de EPB y coledocolitiasis, encontrándose en diferentes series entre 50 a 61%.⁹ La CPRE es el estándar de oro en el diagnóstico de la EPB con una sensibilidad del 96-100% y especificidad del 98-99%.⁶ La imagen radiológica por CPRE que da el nombre a esta patología es la dilatación de la vía biliar extrahepática con una marcada disminución del colédoco intrapapilar en "punta de lápiz" o "pico de pájaro".⁹⁻¹⁰ La esfinterotomía endoscópica (EE) durante la CPRE es el tratamiento de la EPB con una tasa de éxito de 99 a 100%.¹¹⁻¹²

En Venezuela, no existen registros publicados en la última década de EPB. El objetivo de este trabajo es analizar el porcentaje de casos con EPB en nuestra institución, reportar los hallazgos endoscópicos y radiológicos asociados, el manejo terapéutico endoscópico empleado así como las complicaciones que se presentaron en los últimos 8 años.

Pacientes y Métodos

Es un estudio observacional, retrospectivo. La muestra corresponde a los pacientes ingresados en nuestra institución o referidos de otros centros hospitalarios, a los cuales se les realizó CPRE desde enero 2004 a febrero 2012, que cumplieran los criterios de inclusión: vía biliar dilatada por ultrasonido y/o colangiorensonancia, perfil colestásico alterado o cólico biliar. Criterios de exclusión: cirugías abdominales tipo gastrectomía o derivaciones biliodigestivas, coagulopatías al momento del estudio (mayor de 1,5) o trombocitopenia (menor de 150.000), embarazada, que el procedimiento comprometa la vida del paciente, negación a firmar el consentimiento informado.

Se procedió a informar a los pacientes la metodología y objetivos de la CPRE, así como riesgos y beneficios. Se obtuvo el consentimiento informado firmado. Se recopilaron datos sobre síntomas, laboratorios e imágenes de cada paciente en el programa Dataslide. Los procedimientos fueron realizados por 3 expertos y/o 2 gastroenterólogos en entrenamiento bajo supervisión directa. Previo ayuno de 8 horas, se colocó el paciente en la mesa radiológica con fluoroscopio en decúbito ventral. Previa sedación consciente con Midazolam EV (0,03 mg/Kg) y monitorización de signos vitales y saturación de O₂. Se introdujo duod

denoscopio Olympus® TJF-160 hasta la 2da porción duodenal. Una vez visualizada la papila duodenal, se registra y graban las características, se intenta canular con esfinterotomo de arco (Wilson-Cook Medical Inc., NC, USA) y se pasa guía hidrofílica 0.035 pulgadas (Medwork, Neuss, Germany). Si posterior a 6 intentos en promedio, no se logra canular y abordar la vía biliar, se procede a realizar Esfinterotomía de aguja en su variedad de precorte y si aún no se logra se suspende para reintervenir en un segundo tiempo. De lograrse la canulación se lleva la guía hasta las vías biliares intrahepáticas, se realiza canulación profunda con esfinterotomo de arco y se procede a introducir el contraste iodado hasta la plenificación satisfactoria de todo el árbol biliar. Los hallazgos radiológicos fueron reportados y grabados. Se realizó la esfinterotomía (EE) amplia con arco.

El tamaño de la vía biliar principal calculado en base al grosor del duodenoscopio, considerándose normal entre 4 a 7 mm, dilatada mayor de 8 mm y estenosis menor de 3 mm.¹³

Posterior a CPRE se registró la tolerancia al procedimiento y las complicaciones según las guías de consenso de Cotton y Col., como tempranas (antes de los 30 días), pancreatitis aguda posterior a CPRE, hemorragia, perforación y colangitis.¹⁵ Las complicaciones tardías no fueron evaluadas.

Definición de términos:

CPRE fallida: si posterior a 2 intentos, no hay acceso a la vía biliar con esfinterotomo de arco. Se discute caso con cirugía general para la exploración quirúrgica de la vía biliar.

Perfil colestásico alterado: se define como elevación de la bilirrubina, fosfatasa alcalina y/o gammaglutamil transpeptidasa elevada 3 veces su valor normal de referencia.

Estenosis papilar benigna: imagen radiológica por CPRE con dilatación del conducto biliar principal y marcada disminución del colédoco en su porción intrapapilar.

Pancreatitis post CPRE: dolor abdominal típico más elevación 2 veces por encima de su valor normal de la amilasa y/o lipasa y cambios anatómicos de inflamación a la tomografía abdominal con doble contraste según criterios de severidad de Balthazar.¹³

Hemorragia: sangrado que ocurre posterior a la Esfinterotomía en los 10 días subsiguientes. Leve: con descenso de menos de 3 gr de Hb. Moderada: requiere de menos de 5 unidades de concentrado globular y no amerita angiografía intervencionista ni cirugía. Severa: requiere de más de 5 unidades de concentrado y abordaje quirúrgico/ angiografía intervencionista.¹³

Perforación: Post esfinterotomía, la presencia de aire en retroperitoneo o mediastino, con o sin dolor. Leve: se maneja con soluciones endovenosa de mantenimiento y sonda para succión nasogástrica durante menos de 3 días. Moderada: Requiere entre 4 a 10 días de tratamiento antes descrito. Severa: más de 10 días de tratamiento o necesidad de cirugía.¹⁴

Para el análisis descriptivo, se utilizó el programa SPSS versión.¹⁹ Se presentaron los resultados obtenidos en tablas de distribución de frecuencia y porcentajes. El análisis estadístico de las variables cuantitativas fue el cálculo de las medidas de la tendencia central y dispersión, las variables cualitativas en valores absolutos y relativos.

Resultados

De 1128 casos instrumentados por CPRE, hubo 96 casos (6.11%) con EPB, 64 (66.7%) femeninos y 32 (33.3%) masculinos. Edad



promedio 48.6 años (DS±20.2), 45 (46.9%) con vesícula biliar in situ y 19 (19.8%) colecistectomizados. Perfil colestásico alterado en 78 (81.3%). Endoscópicamente 54 casos (56.3%) con papila rasgada, 33 (34.4%) papila protruida, 12 (12.5%) papila normal, 1 (1.04%) divertículo yuxtapapilar. El acceso a la vía biliar se logró en todos los casos, 80 (83.3%) con esfinterotomo de arco, 11 (11.5%) con esfinterotomo de aguja (se completa después con arco), 3 (3.1%) rendezvous trans-Kehr y 2 (2.1%) con precorte. El hallazgo radiológico característico fue colédoco

intramural con estenosis en punta de lápiz, vía biliar extrahepática dilatada en 62 casos (64.6%), dilatación vías intra y extrahepáticas 34 (35.4%). Otros hallazgos: coledocolitiasis en 33 casos (34.4%), barro coledociano 3 casos (3.1%), Síndrome de Mirizzi en 1 (1.04%) y fuga del cístico en 1 (1.04%) (incluido también en coledocolitiasis y EBP). Las complicaciones fueron: pancreatitis leve en 5 casos (5.2%) y hemorragia leve en 1 caso (1.04%) **Cuadro 1.**

Cuadro 1 Características generales, hallazgos ecográficos, endoscópicos y radiológicos de los pacientes de la muestra (n=31). Hospital Militar "Carlos Arvelo" Caracas, Venezuela 2004-2012

	N° (%) o Promedio (DS ±)
Edad	48.6 (DS ± 20.2)
Genero	
Masculino	32 (33.3%)
Femenino	64 (66.7%)
Laboratorios	
Bilirrubina total	2.8 (DS± 2.1)
Fosfatasa alcalina	255 (DS±65.22)
Hallazgos ecográficos	
Litiasis vesicular	45 (46.9%)
Colecistectomizados	19 (19.8%)
Vesícula normal	32 (33.3%)
Hallazgos endoscópicos	
Papila rasgada	54 (56.3%)
Divertículo yuxtapapilar	33 (34.4%)
Papila normal (eutrófica)	12 (12.5%)
Papila yuxtadiverticular	1 (1.04%)
Vía biliar	
Dilatación de la extrahepática	62 (64.6%)
Intra y extrahepática dilatadas	34 (35.4%)
Otros Hallazgos	
Coledocolitiasis	33 (34.4%)
Barro biliar coledociano	3 (3.1%)
Síndrome de Mirizzi	1 (1.04%)
Fuga del muñón cístico	1 (1.04%)
Complicaciones	
Pancreatitis leve	5 (5.2%)
Hemorragia leve	1 (1.04%)

Discusión

La incidencia de EBP encontrada en nuestro trabajo fue de 6.11%, ubicándose en el rango de los trabajos internacionales donde varía entre 0.04% a 28.48%.⁹ De igual manera la elevación de los marcadores de colestasis como la bilirrubina y fosfatasa alcalina por encima de 3 veces su valor normal de referencia. Ewald y col. Encontraron similares valores de laboratorio en sus pacien-

tes, siendo seguidos por un periodo de 3 años y encontrando una elevada proporción de insuficiencia pancreática y colestasis crónica sino se les realizaba la EE.⁶

El alto porcentaje de casos con litiasis vesicular 46.9%, llama la atención en relación a la literatura consultada de alrededor del 20%.⁷ El porcentaje de colecistectomizados en nuestro medio fue bajo 19.8%, al igual que Hernández y col. La EBP es catalogada como síndrome post colecistectomía, donde la ictericia post



operatoria nos habla de tres patologías básicamente: lesión de la vía biliar, coledocolitiasis residual y/o EBP. En todos los casos la indicación es la CPRE con EE.⁴

El hallazgo endoscópico más frecuente fue la papila rasgada 54 (56.3%), lo cual nos hace inferir que la etiología de la EBP puede ser traumática o inflamatoria por el paso de los cálculos, con la hipertrofia de los elementos musculares del EO.⁶ Divertículo yuxtapapilar (DY) asociado a EBP se encontraron en 1 (1.04%), igual a lo reportado por Classen M de 1%.

La canulación con esfinterotomo de arco en DY, no fue técnicamente difícil y en todos los casos se pudo realizar EE moderada a amplia. En la mayoría de los casos de EBP se usó el esfinterotomo de arco para la canulación de la papila 83.3%, solo en 11.5% se logró el acceso con el esfinterotomo de aguja, mismos que coincidían con la presencia de papila rasgada. No hay reportes en lo consultado sobre el método de acceso a la vía biliar ni las características de la papila asociados a EPB.

Las complicaciones fueron pancreatitis leve 5.2%, hemorragia leve resuelta con aplicación local de adrenalina. Rerknimitr y col. Reportaron 25 casos de EPB resueltos con EE y con iguales complicaciones a las nuestras. Mac Mathuna y col. Presentaron una serie de EPB resuelta con esfinteroplastia (dilatación endoscópica del EO) sin complicaciones tempranas, respaldando su teoría de la preservación del EO.¹⁵

Los hallazgos radiológicos encontrados son los asociados a la terminación en "punta de lápiz o pico de ave" asociado a dilatación de la vía biliar. Se encontró además coledocolitiasis en mayor porcentaje que la reportada por Classen M.⁸

Conclusiones

La EPB en nuestro centro representa un bajo porcentaje y similar a lo reportado a nivel internacional. La mayoría se asocia a papila rasgada resultante del paso de cálculos, ya sea con vesícula in situ o post colecistomizados (litiasis residual). El abordaje a la vía biliar se logró en todos los casos. La EE es el procedimiento de elección, es una técnica segura y efectiva para resolver la EPB, con un porcentaje de complicaciones similar para las otras patologías biliares.

Clasificación

Área: gastroenterología

Tipo: endoscopia

Tema: vía biliar

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

Referencias bibliográficas

1. Moody F, Calabuig R, Vecchio R et al. Stenosis of the sphincter of Oddi. *Surg Clin North Am* 1990;70:1341-54.
2. Hernández C, Lerch M. Sphincter stenosis and gallstone migration through the biliary tract. *Lancet* 1993;341:1371-3.
3. Helmaer C, Duclos-Vallee J, Pratt F et al. Radiation-induced stricture of the papilla and common bile duct: successful treatment with balloon dilatation. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:905-7.
4. Rolny P, Geenen J, Hogan W. Postcolecystectomy patients with 'objective signs' of partial bile outflow obstruction: clinical cha-

acteristics, sphincter of Oddi manometry findings, and results of therapy. *Gastrointest Endosc* 1993;39:778-81.

5. Gremse D, Bucuvalas J, Bongiovanni GL. Papillary stenosis and sclerosing cholangitis in an immunodeficient child. *Gastroenterology* 1989;96:1600-603.

6. Ewald N, Marzeion A, Bretzel R et al. Endoscopic sphincterotomy in patients with stenosis of ampulla of Vater: Three-year follow-up of exocrine pancreatic function and clinical symptoms. *World J Gastroenterol* 2007;6:901-5.

7. Rerknimitr R, Amornrattanakosol J, Kulluvanujava P. Papillary stenosis in King Chulalongkorn Memorial Hospital: Endoscopic findings, treatments and result. *J Med Assoc Thai* 2001;84:456-61.

8. Classen M. Endoscopic approach to papillary stenosis. *Endoscopy* 1981;13:154-56.

9. Classen M, Leuschner V. Papilla stenosis and common duct calculi. *Clin Gastroenterol* 1983;12:203-29.

10. Moody F, Calabuig R, Vecchio R et al. Stenosis of the sphincter of Oddi. *Surg Clin North Am* 1990;70:1341-54.

11. Anselmi M. Drenaje Endoscópico. *Gastr Latinoam* 2006;17:162-65.

12. Greenen J, Hogan W, Toouli J et al. A prospective randomized study of the efficacy of endoscopic sphincterotomy of patients with presumptive sphincter of Oddi dysfunction. *Gastroenterology* 1984;86:1086.

13. Tae L, Joung-Ho H, Hong J et al. Is the addition of choleretic agents in multiple double-pigtail biliary stents effective for difficult common bile ducts in elderly patients? A prospective, multicenter study. *Gastrointest Endosc* 2011;74:96-103.

14. Cotton P, Lehman G, Vennes J. Endoscopic sphincterotomy complications and their management. An attempt at consensus. *Gastrointest Endosc* 1991;37:383-91.

15. Mac Mathuna P, Lennon J, Crowe J. Endoscopic balloon sphincteroplasty for benign papillary stenosis an alternative to surgical or endoscopic papillotomy?. *Ir J Med Sci* 1993;9:355-7.