UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: HALLAZGOS EN MAYORES DE 60 AÑOS

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Gastroenterología

Desiree Margarita Rivero Gimón

Rosana Rafaela Camacho Silva

Tutor: Saturnino José Fernández Bermúdez

Caracas, diciembre 2018

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 07/12/2018

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Nosotras, Desiree Margarita Rivero Gimón, Rosana Rafaela Camacho Silva, *autores del trabajo o tesis* **"COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: HALLAZGOS EN MAYORES DE 60 AÑOS".** *Presentado para optar* al grado académico de Gastroenterología.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela a difundir la versión electrónica de este trabajo a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines académicos y de investigación de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

✓	*Si autorizo*
	Autorizo después de 1 año
	No autorizo
	Autorizo difundir algunas partes del trabajo
Indique	

Firmas autores

Desiree M. Rivero G.
*C.I N°*17.883.292
e- mail: desireemargarita17@gmail.com

Rosana R. Camacho S.
C.I. N° 19.723.802
e-mail: rosanarrcs@gmail.com

En Caracas a los 07 días del mes de diciembre de 2018

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

Prof. Saturnino Fernández Bermúdez

Tutor

Prof. Saturnino Fernández Bermúdez

Director de Curso

Prof. Rossy Soles

Coordinador de Curso

Scanned by CamScanner

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MÉTODOS	14
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	16
REFERENCIAS	19
ANEXOS	22

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: HALLAZGOS EN MAYORES DE 60 AÑOS

Desiree Margarita Rivero Gimón, C.I. 17.883.292. Sexo: Femenino, E-mail: desireemargarita17@gmail.com. Telf: 0414-8754038. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Curso de Especialización en Gastroenterología.
Rosana Rafaela Camacho Silva, C.I.19.723.802. Sexo: Femenino, E-mail: rosanarrcs@gmail.com. Telf: 0424-4193792. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Curso de Especialización en Gastroenterología.
Tutor: Saturnino José Fernández Bermúdez, C.I. 8.382.421. Sexo: Masculino, E-mail: saturninofernandezb@gmail.com. Telf: 0414-3053320. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Especialista en Gastroenterología.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los hallazgos en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes mayores de 60 años, que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; la muestra estuvo conformada por pacientes con ictericia obstructiva que acudieron a la emergencia del Hospital Universitario de Caracas en el período de enero 2013 – junio 2017, evaluados por el Servicio de Gastroenterología, datos obtenidos del registro de historias médicas de la institución. **Resultados:** Se evaluaron 138 pacientes, la edad promedio fue 69 ± 7 años. El hallazgo radiológico más frecuente fueron: coledocolitiasis 57 (41,3%), estenosis de colédoco (sugestivo de patología maligna) 31 (22,5%). Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron: barro biliar 45 (32,6%), estudio normal 35 (25,4%), colangitis 20 (14,5%), salida de cálculos y detritus 14 (10,1%), divertículos 13 (9,4%) y en menor frecuencia tumor de papila duodenal 6 (4,3%). Respecto a la relación entre el sexo y hallazgos tanto radiológicos como endoscópicos, según su clasificación etiológica (benigno o maligno) no hubo diferencia estadística significativa entre ambos (p=0,483 y p=0,147 respectivamente). **Conclusión:** las patologías biliopancreáticas son frecuentes en este grupo etario, observando en este estudio que existe una prevalencia de las patologías benignas (coledocolitiasis, barro biliar, colangitis) sobre las malignas (estenosis de colédoco, colangiocarcinoma, tumor de papila duodenal); al relacionarla con el sexo no hubo diferencia estadísticamente significativa. Además, se observó que los divertículos duodenales ocurren tarde en la vida (pacientes mayores de 62 años) y su incidencia aumenta con la edad.

Palabras clave: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, hallazgos, ictericia.

ABSTRACT

ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY: FINDINGS IN OVER 60 YEARS OLD

Objective: To assess the findings in endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in patients older than 60 years, who attended the Gastroenterology Service of the University

Hospital of Caracas. **Methods**: A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out; the sample consisted of patients with obstructive jaundice who attended the emergency at the University Hospital of Caracas in the period of January 2013 - June 2017, evaluated by the Gastroenterology Service, data from the medical records of the institution. **Results**: 138 patients were evaluated, the average age was 66 ± 7 years. The most frequent radiological findings were: choledocholithiasis 57 (41.3%), choledochal stenosis (suggestive of malignant pathology) 31 (22.5%). The most frequent endoscopic findings were: biliary mud 45 (32.6%), normal study 35 (25.4%), cholangitis 20 (14.5%), exit of stones and detritus 14 (10.1%), diverticula. 13 (9.4%) and, less frequently, duodenal papilla tumor 6 (4.3%). Regarding to the relationship between sex and radiological findings as endoscopic, according to their etiological classification (benign or malignant) there was no significant statistical difference between the two ($p = 0.483$ and $p = 0.147$ respectively). **Conclusion:** biliopancreatic pathologies are frequent in this age group, observing in this study that there is a prevalence of benign pathologies (choledocholithiasis, biliary sludge, cholangitis) over malignant ones (choledochal stenosis, cholangiocarcinoma, duodenal papilla tumor); when related to sex, there was no statistically significant difference. In addition, it was observed that duodenal diverticula occur late in life (patients older than 62 years) and their incidence increases with age.

Keywords: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, findings, jaundice.

INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se describió a finales de 1960 como una técnica diagnóstica [(1)]**.** Posteriormente, en 1974, dos grupos independientes describieron la esfinterotomía asociada a la extracción de cálculos biliares, abriendo el terreno de la CPRE como método terapéutico. En los últimos años, con el advenimiento y desarrollo de técnicas menos invasivas, como la Resonancia magnética de abdomen con efecto colangiográfico (CPRM) y el ultrasonido endoscópico como método diagnóstico, la CPRE actualmente es un procedimiento netamente terapéutico. No obstante, la necesidad de obtener biopsias o citología, así como el previsible desarrollo de la colangioscopia, hacen de la CPRE un procedimiento clave en el estudio de pacientes con patología del sistema biliopancreático. [(2)]

El desarrollo tecnológico, ha conllevado a un incremento en la esperanza de vida, mostrando una frecuencia cada vez superior de pacientes mayores de 65 años con patología biliopancreáticas. [(3)]

Venezuela cuenta con una población 27.150.095 habitantes, de acuerdo con el XIV Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el país en el 2011; según el grupo etario**,** 66,6% de la población se encuentra entre 15 y 64 años de edad; el 27,6% entre 0 y 14 años y 5,8% entre 65 años y más; la cifra representa una tasa anual de crecimiento de 1,6% con respecto al censo de 2001; se observa un aumento progresivo en este último grupo etario, como consecuencia del mejoramiento de los servicios médico- asistenciales.[(4)]

Planteamiento y delimitación del problema

La enfermedad del tracto biliopancreático es común en los ancianos. Esto se relaciona con una creciente prevalencia de colelitiasis, coledocolitiasis y malignidad con el avance de la edad. Los cálculos del conducto biliar común y el cáncer representan más del 70% de los casos de ictericia en pacientes mayores de 75 años. La enfermedad del tracto biliar es la indicación más común para la cirugía abdominal en los ancianos. En los octogenarios, la cirugía de vía biliar conlleva una mortalidad de 9,5% y una tasa de complicaciones de 62%.

En vista de la alta morbilidad de este procedimiento quirúrgico en los ancianos, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica terapéutica (CPRE) es una alternativa a la cirugía para el tratamiento de enfermedades biliares, especialmente en pacientes ancianos con alto riesgo operatorio. Los estudios han demostrado una canulación exitosa del conducto biliar entre el 86-98% de los casos en los ancianos. Las complicaciones de la CPRE incluyen pancreatitis, hemorragia, perforación, colangitis, problemas cardiorrespiratorios y muerte. [3-8]

En Venezuela no disponemos de información sobre los hallazgos en CPRE en pacientes mayores de 60 años. Estos datos son necesarios ya que estos pacientes representan un segmento creciente de la población, siendo la patología biliopancreáticas frecuente en estos pacientes, por lo que se espera que sean referidos para CPRE, es por ello que se planteó la realización del siguiente trabajo con la finalidad de responder ¿Cuáles son los hallazgos más frecuente en CPRE, en paciente mayores de 60 años, que acudieron durante el periodo comprendido entre Enero de 2013 a Junio 2017 al Servicio de Gastroenterología de Hospital Universitario de Caracas?

Justificación e importancia

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento diagnóstico y terapéutico que se ha utilizado en todo el mundo durante los últimos 35 años. Las enfermedades biliopancreáticas, incluyendo la coledocolitiasis y la ictericia obstructiva maligna, son relativamente frecuentes en los ancianos. [7]

Estos pacientes pueden presentarse con cólico biliar, ictericia obstructiva, colangitis o pancreatitis. La sensibilidad y la especificidad de la CPRE para detectar cálculos de conducto común es más del 95%.[7]

En cuanto a hallazgos endoscópicos, los divertículos periampulares se han observado con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada en comparación con los pacientes más jóvenes, no siendo reportado hasta ahora que este hallazgo anatómico afecte las tasas de canulación, que oscilan entre el 88% y el 98% en esta población. La mayoría de los estudios han demostrado tasas de éxito terapéutico de CPRE en octogenarios que son comparables a las tasas de éxito en pacientes más jóvenes. Un estudio prospectivo y multicéntrico demostró que

la edad no era un factor de riesgo para eventos adversos después de una esfinterotomía biliar. (9,10,11)

En Venezuela no disponemos de estudios sobre CPRE en mayores de 60años, de allí la importancia del presente trabajo a fin de conocer cuáles son los hallazgos radiológicos y endoscópicos encontrados en este grupo de pacientes, según su etiología y cual prevalece.

Antecedentes

En el 2009, Díaz A, *et al* [(12)]*;* realizaron un estudio descriptivo retrospectivo, en el Hospital Central Universitario Antonio Maria Pineda, Barquisimeto-Estado Lara, donde revisaron 322 casos de pacientes con patologías biliopancreáticas que ameritaron la realización de CPRE, encontrándose que 69% pertenecían al sexo femenino. El grupo etario predominante estuvo comprendido entre 30 y 42 años. La indicación de la CPRE fueron Coledocolitiasis en 61%; seguida de neoplasias bilio-pancreáticas en 17%. Los hallazgos más frecuentes encontrados en la CPRE fueron Odditis en 23%, cálculos en vía biliar en 21% y dilatación coledociana en 15%. Se realizaron 202 papiloesfinterotomías, se colocaron 58 prótesis y realizaron 40 dilataciones con balón. El 88% de las CPRE fueron exitoso siendo la principal complicación la hemorragia leve en 9%.

En el año 2002, Brante A, *et al* [(13)], realizaron 319 colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE) en 309 pacientes en el Servicio de Gastroenterología del Hospital DIPRECA en Santiago de Chile entre 1996 y 1999. El grupo estuvo constituido por 203 mujeres y 106 hombres, con una edad promedio de 65 años; la principal indicación del estudio fue la ictericia obstructiva en 45,4 % de los casos y la Coledocolitiasis en 28,5%; mientras que las neoplasias del Páncreas, solo correspondieron al 2,8%.

En 2015, Parra *et al* [(14)], en 171 pacientes, se les realizó CPRE, identificando un mayor número de pacientes con divertículo peripapilar, en mayores de 70 años de edad. Se ha reportado que la presencia de estos, puede estar relacionada con una mayor probabilidad de coledocolitiasis recurrente.

En el 2010, Landaeta *et al* [(15)], publicaron un estudio que incluyó 815 procedimientos, 486 (59,6%) eran del sexo femenino y 329 (40,36%) masculino. En relación a los hallazgos

encontrados: Litiasis: 178 (24.5%), dilatación de la vía biliar: 124 (17.1%), estenosis benigna: 113 (15.5%), vía biliar sin hallazgos: 134 (18.4%), neoplasias: 71 (9.8%), lesiones post quirúrgicas: 32 (4.4%) y disfunción del Esfínter de Oddi: 14 (1.9%), siendo estos resultados comparables a los estudios chileno, peruano y venezolano. [15]

En 2016, Cova *et al* [16], evaluaron 232 sujetos divididos en dos grupos, uno conformado por sujetos con presencia de variantes anatómicas de las vías biliares y el otro por sujetos sin variantes anatómicas de las vías biliares, se encontraron 168 casos con variantes del cístico, que corresponde a 72,4%, y 56 casos con variantes anatómicas de las vías biliares intrahepáticas, correspondiente a 24,1%. La coledocolitiasis fue el diagnóstico más frecuente tanto en los pacientes con variantes anatómicas, como en los sin variantes anatómicas, correspondiendo respectivamente a 33,3% vs 34,8%; p = 0,40. [16]

Marco teórico

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE), es un procedimiento diagnóstico y terapéutico del sistema biliopancreático, que combina la endoscopia con los rayos X para su realización. La curva de aprendizaje de esta técnica es prolongada. Exige que el endoscopísta haya adquirido las destrezas suficientes en la endoscopía convencional y posea conocimiento de las estructuras anatómicas del sistema biliopancreático, así como conocer las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de la CPRE. [2,17]

Previo a la CPRE, la anamnesis del enfermo, permitirá conocer el motivo por el cual se indica la CPRE, evaluar las enfermedades asociadas, que puedan influenciar el procedimiento en sí, así como en la sedación. Es importante conocer la existencia de cirugías previas, que puedan condicionar el procedimiento, por ejemplo (Billroth II). Conocer los resultados de exámenes de laboratorio,(fundamentalmente el estado de la coagulación) y exámenes de imágenes previos, como (ultrasonido, TAC), así como contraindicaciones.[2,18]

Aspectos anatómicos esenciales

A) Conductos biliares

Los conductos biliares constituyen el aparato excretor de la bilis y comprende: 1) los conductos biliares intrahepáticos derecho e izquierdo, 2) el conducto hepático común, 3) la vesícula biliar, 4) el conducto cístico y 5) el conducto colédoco. [2, 17]

Los conductos intrahepáticos se van uniendo entre sí a medida que confluyen hacia el hilio hepático para formar dos conductos mayores, el conducto hepático derecho y el conducto hepático izquierdo. De la fusión de ambos conductos surge el conducto hepático común, el cual al unirse con el cístico cambia su nombre a conducto colédoco. El conjunto de conducto hepático y colédoco recibe el nombre de vía biliar principal, mientras que la vesícula y el conducto cístico reciben el nombre de vía biliar accesoria. [2]

Durante la CPRE, la visualización con contraste de los conductos intra-hepáticos puede variar con el tipo de decúbito del enfermo. El decúbito ventral expone en forma más uniforme el estudio colangiográfico de los conductos derecho e izquierdo. [2,17]

El conducto hepático común tiene una longitud de unos 3 cm y un diámetro de unos 5 mm. Por su parte el colédoco mide entre 3,5 y 4,5 cm y el diámetro es de unos 4 mm, aunque puede ser mayor en pacientes colecistectomizados. En la porción final del colédoco, dentro del parénquima pancreático surge la unión con el conducto pancreático (Wirsung) formando un conducto común que varía de 2 a 10 mm de extensión de acuerdo con Kim et al.[19]

B) Conductos pancreáticos

Las variaciones anatómicas de los conductos pancreáticos y las anomalías congénitas del páncreas son hallazgos frecuentes durante la pancreatografía y otros estudios de imagen. Es de vital importancia la identificación de estas variaciones para evitar errores diagnósticos (tumores, lesiones post traumáticas o inflamatorias que puedan simular alteraciones de los conductos).[2]

Cerca de 60% de los casos el conducto pancreático principal está formado por la unión de los conductos dorsal (Santorini) y ventral (Wirsung) que desembocan en la papila duodenal mayor. En la tercera parte de los casos el conducto de Santorini desemboca en la papila menor. [2]

El páncreas divisum corresponde a una anomalía congénita de los conductos pancreáticos, que se presenta en un 5 -10% de la población general. [6] En estos pacientes, la

papila menor es frecuentemente estenótica y disminuye el flujo del jugo pancreático. Aproximadamente un 20% de los pacientes con el diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente tienen páncreas divisum. En dichos casos, el manejo endoscópico, mediante la esfinterotomía de la papila menor brinda buenos resultados.[2, 20]

C) Papila duodenal mayor

El conocimiento de la anatomía de la papila duodenal mayor es fundamental para lograr el éxito en la realización de la CPRE. La papila duodenal mayor o Papila de Váter se presenta como una pequeña elevación en la pared posterior o postero-medial de la segunda porción duodenal a unos 8 a 10 cm del píloro, aunque puede localizarse tanto proximal como distalmente. La papila de Váter recibe al colédoco y al conducto pancreático. Estos dos conductos están separados uno del otro por un pequeño repliegue transversal en forma de espolón, localizándose el primero por encima del segundo. La presencia de un pliegue longitudinal junto a la papila permite su mejor identificación, entretanto la existencia de un divertículo puede condicionar la canulación. [17, 6]

Papila duodenal menor

Como vimos anteriormente, la misma posee especial relevancia en aquellos pacientes que presentan "páncreas divisum" donde el conducto de Santorini (conducto pancreático accesorio) drena la mayor parte del páncreas a través de la papila menor. [21]

Indicaciones y contraindicaciones

Indicaciones de la CPRE:

A) Enfermedades de las vías biliares

La CPRE está indicada en la ictericia obstructiva, como por ejemplo en la coledocolitiasis y las estenosis, pudiendo definir la etiología y topografía de la obstrucción. [22]

La coledocolitiasis es una de las causas más frecuentes de obstrucción biliar, la cual puede cursar con dolor abdominal, ictericia, pancreatitis y colangitis. La especificidad y la sensibilidad en la detección de cálculos en el conducto biliar **común,** superan el 95%. Los cálculos del conducto biliar común y el cáncer representan más del 70% de los casos de ictericia**,** en pacientes mayores de 75 años. [6, 22]

Una indicación común de la CPRE, es en el postoperatorio de la colecistectomía laparoscópica, cuando no fue posible la remoción completa de los cálculos de la vía biliar principal. [2]

La CPRE mantiene su indicación en la colangitis esclerosante primaria (CEP), donde permite el cepillado para citología, así como el manejo de las estenosis dominantes. [22,23]

Por último, debemos recordar la disfunción del esfínter de Oddi y el estudio de la vía biliar en pacientes sometidos a trasplante hepático como otras indicaciones de la CPRE. [3]

B) Enfermedades Pancreáticas

Inicialmente indicada para el diagnóstico de estas afecciones, actualmente la CPRE se utiliza como complemento de estudios de imagen menos invasivos (TAC, ultrasonido, CPRM) y para el manejo intervencionista en caso de estenosis o cálculos pancreáticos. [19]

La pancreatitis aguda es una patología común y potencialmente grave. Los cálculos biliares son la principal causa de esta enfermedad. La utilidad de la CPRE en esta entidad, ha sido evaluada en gran medida y aunque existen controversias, la evidencia existente, está a favor de su uso, en algunas situaciones específicas. Un meta-análisis realizado por Petrov y col. [24] concluye que la CPRE está indicada para la eliminación de los cálculos en el ducto biliar en pacientes con pancreatitis severa o colangitis, aquellos que son pobres candidatos para colecistectomía o que se encuentran post-colecistectomía y aquellos con evidencia fuerte de obstrucción biliar persistente. [21]

En el cáncer de páncreas no resecable, la colocación de una prótesis biliar se considera el estándar para la paliación de la ictericia. [2, 22]

Contraindicaciones

La evaluación clínica debe ser hecha de manera individualizada, teniendo en cuenta los motivos por los cuales se realizará el procedimiento. Hay que evaluar si el paciente presenta comorbilidades que puedan aumentar el riego del procedimiento. Pacientes con inestabilidad hemodinámica o que se nieguen a realizar el procedimiento, deben ser considerados como contraindicación absoluta.

Técnica

La posición del paciente varía de acuerdo a la preferencia del endoscopista, las posiciones más habituales son el decúbito prono y el lateral izquierdo. Luego de posicionado el paciente, el duodenoscopio debe ser introducido siguiendo el eje longitudinal del enfermo. Ante la menor resistencia debe considerarse la existencia de alteraciones anatómicas como divertículos esofágicos, hernia hiatal o estenosis; en esas situaciones un aparato de visión frontal es siempre útil para el correcto diagnóstico. Una vez en el estómago, se insufla la menor cantidad de aire, pero que permita su visualización, se debe flexionar el endoscopio hacia abajo y avanzar hacia el antro, para finalmente alcanzar el píloro. Una vez situados encima del píloro, cuyo orificio veremos en el borde inferior como "a modo de sol poniente", un ligero giro del mando lateral del duodenoscopio hacia abajo permitirá la entrada al duodeno. Al observar la segunda porción, se frenan ambos mandos y se realiza la rectificación del equipo. A continuación, se identifica la papila duodenal mayor, la cual presenta un pliegue longitudinal por abajo y uno transverso en su porción proximal. Finalmente se procede a la canulación de la papila. Hay diferentes técnicas de canulación en función del uso o no de guía. Actualmente se ha prodigado su uso porque disminuye el riesgo de pancreatitis post CPRE. En caso de canular con guía, debe introducirse mínimamente el papilótomo en el orificio papilar, con la orientación adecuada y avanzar la guía. Por la posición que adopta la misma, generalmente es reconocible qué conducto se ha canalizado, ya sea el colédoco o el conducto pancreático. Si se está en el colédoco la guía se desplaza hacia arriba en forma tangencial al endoscopio; por el contrario, si se está en el Wirsung, la guía se cruza sobre la columna vertebral sobre L4-L5. La cateterización selectiva debe ser realizada de acuerdo con la indicación del procedimiento. La pancreatografía puede ser obtenida con el catéter posicionado perpendicularmente a la papila, hacia la hora 1. La canulación de la vía biliar debe ser realizada con la papila visualizada de abajo hacia arriba, algo desplazada hacia la izquierda, con el catéter en una posición que apunte hacia la hora 11. Se debe tener precaución de no introducir el catéter o papilótomo más de 2 cm para evitar la lesión del conducto. La inyección de contraste debe ser realizada lentamente, bajo control fluoroscópico, confirmando la posición en el conducto biliar o en el conducto pancreático. Para la canulación de la papila mayor puede utilizarse el catéter o preferiblemente el papilótomo. Cuando el papilótomo entra en la papila saliendo de la porción alta del campo visual y entra casi perpendicular a la pared duodenal probablemente se esté en el Wirsung. Si el papilótomo procede de la porción baja del

campo visual, es muy probable que se esté en el colédoco. En caso de no conseguir la canulación selectiva de la vía biliar por acceso repetido de la guía al conducto pancreático, se pueden intentar diferentes maniobras o "trucos". Uno consiste en dejar la guía en el conducto pancreático, extraer el papilótomo y volver a introducirlo con otra guía montada e intentar la canulación de la vía biliar con esa otra guía, esperando que la ocupación del acceso al conducto pancreático de la primera, facilite el acceso al colédoco de esa segunda guía (técnica de doble guía). Otra posibilidad, con el mismo fundamento, es colocar un stent pancreático de fino calibre (3 o 5 Fr). Esta segunda opción tiene la ventaja de que el stent pancreático temporal es una medida que disminuye el riesgo de pancreatitis post-CPRE en caso de canulaciones difíciles y puede ayudar a orientar la dirección del corte de una fístuloinfundibulotomia (precorte). En caso de que los intentos de canulación selectiva biliar fracasen sin conseguir tampoco el acceso al conducto pancreático, la técnica que debe emplearse es el "pre-corte" en sus diferentes variantes. [2, 17,25]

Complicaciones

Es de vital importancia para el endoscopista, conocer las potenciales complicaciones de la CPRE, las tasas de incidencia y factores de riesgo. Debemos recordar que el mejor tratamiento para cualquiera de las complicaciones es su prevención. Así, las complicaciones de la CPRE según Freeman son: la pancreatitis aguda (por la manipulación de la papila), la hemorragia (por la esfinterotomía), la infección de la bilis (colangitis o colecistitis) y, en ocasiones, la perforación del intestino. [2, 6, 26]

Terapéutica

En manos experimentadas los distintos procedimientos terapéuticos disponibles durante la realización de la CPRE tienen una alta tasa de éxito, entre estos se encuentra la papilotomía y la esfinterotomía con extracción de cálculos que son efectivas en más del 90% de los casos y tienen una tasa de complicaciones inferior al 5% así como menos del 1% de mortalidad. [12,17,25]

En el caso de las estenosis de la vía biliar de causa benigna o maligna la colocación de stents es efectiva hasta en 90% de los casos, si las mismas están localizadas en la vía biliar

distal (secundaria a tumores de cabeza de Páncreas, Ampuloma o estenosis del colédoco distal). Sin embargo, su efectividad disminuye significativamente si la obstrucción está localizada en la vía biliar proximal o en la convergencia de los conductos hepáticos (Tu. de Klatskin). [12,17,25]

La dilatación de la vía biliar con balón hidráulico o catéteres graduados, en caso de estenosis, es otro recurso terapéutico con el que se cuenta actualmente, su efectividad varía dependiendo de la patología causante y se puede combinar con la colocación de prótesis endobiliar. En el caso de estenosis benignas post quirúrgicas su efectividad oscila entre el 55% y el 88%[6]. Si la estenosis es secundaria a Pancreatitis Crónica la efectividad del tratamiento endoscópico es cerca de un 10%[9], y se ha evidenciado re-estenosis en el 17% de los casos en los que se han retirado el stent, por lo que ha ofrecido mejores resultados la colocación de múltiples stents con recambio periódico. [12,17,25]

En el caso de estenosis por Colangitis Esclerosante Primaria la evidencia es escasa; sin embargo, los estudios disponibles reportan que, pese a que con el tratamiento endoscópico se evidencia buena respuesta de las estenosis, no se altera la historia de la enfermedad y la evolución hacia la cirrosis. [10, 23,25]

Objetivos generales y específicos

Objetivo general:

- Evaluar los hallazgos de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes mayores de 60 años, que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas entre enero 2013- junio 2017.

Objetivos específicos

- Determinar cuál es el hallazgo radiológico más frecuente en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
- Identificar los hallazgos endoscópicos encontrados durante la CPRE

- Clasificar los hallazgos radiológicos y endoscópicos encontrados en colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, según su etiología.
- Clasificar según el sexo, cuáles son los hallazgos más frecuentes según la etiología

Aspectos éticos

Se garantizó el respeto y principios éticos a los pacientes incluidos en el estudio, el cual conllevó la aceptación del comité de ética, además se implementó la garantía de principios bioéticos fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Por tratarse de un estudio retrospectivo, se realizó la extracción de los datos de historias clínicas archivadas en la institución y se respetó el secreto médico de los pacientes, dando uso exclusivo de la información obtenida para la realización de esta investigación. Se realizó declaración de confidencialidad (Anexo 1).

MÉTODOS

Tipo de estudio:

Se diseñó una investigación de casos, retrospectivo, descriptivo, transversal.

Población y muestra:

La población estuvo constituida por todos los pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital Universitario de Caracas en el período de enero 2013 – junio 2017, evaluados por el servicio de Gastroenterología por ictericia obstructiva (conformada por 138 pacientes) y la muestra (n) para el estudio fue no probabilística de cualquier género, que cumplieron los criterios de inclusión. Datos obtenidos del registro de historias médicas de la institución.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años que acudieron a la emergencia del Hospital Universitario de Caracas, en el período de enero 2013 – junio 2017 por ictericia obstructiva, evaluados por el Servicio de Gastroenterología.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se negaron a realizar estudio de CPRE.
- Pacientes que no tenían informe de consentimiento informado.
- Pacientes con anatomía modificada secundario a procedimiento quirúrgico.
- Pacientes con lesión ocupante de espacio que impida la progresión del equipo a segunda porción de duodeno.

Procedimientos

Para la selección de pacientes, se realizó la búsqueda del registro de pacientes con estudios de CPRE, respaldado en los archivos médicos del servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas. Una vez identificados los pacientes y sus números de historias clínicas, se procedió a la búsqueda de las mismas en el departamento de historias médicas de la institución, a fin de evaluar que los casos contaran con Ultrasonido abdominal, fosfatasa alcalina, Ganmaglutamil transpeptidasa, bilirrubina total y fraccionada, lipasa,

amilasa, LDH, además aquellos pacientes con comorbilidades tuviesen evaluación preoperatoria cardiovascular y neumonológica para la realización de la CPRE.

Una vez revisada la CPRE, se completó el formulario de recolección de datos. La información recolectada mediante el instrumento utilizado fue tabulada y analizada para interpretación de resultados y conclusiones que se derivaron de los mismos (Anexo 2).

Tratamiento estadístico adecuado

Los datos recabados en este instrumento fueron analizados a través del paquete estadístico Epi-Info Versión 3.3.2. y Excel XP. Se calculó la media y desviación estándar de las variables continuas (edad). En el caso de las variables nominales, se calculó sus frecuencias y porcentajes. Los resultados se dispusieron en tablas de una y de dos entradas. Las diferencias entre géneros de acuerdo a los hallazgos radiológicos y endoscópicos, se evaluaron con la prueba chi-cuadrado de Pearson, se consideró una diferencia significativa si $p < 0,05$. Los datos fueron tabulados y procesados con SPSS 24.

RESULTADOS

Fueron evaluados 138 pacientes quienes cumplieron con los criterios de inclusión, 69 (50,0%) fueron masculinos y en la misma proporción, femeninos. La edad promedio fue 69 ± 7 años. Sobre las indicaciones de la prueba se encontró: ictericia obstructiva 62 (44,9%), coledocolitiasis 47 (34,1%), tumor de páncreas 10 (7,2%), pancreatitis aguda 9 (6,5%), tumor del confluente biliopancreático 5 (3,6%), fistula biliar 2 (1.4%), tumor de vesícula 2 (1,4%), colangitis aguda 1 (0,7%). El mayor número de pacientes evaluados correspondió al año 2015 (41,3%) y el menor al 2016 (0,2%). Ver tabla 1.

En la tabla 2, sobre hallazgos radiológicos, los 5 más frecuentes fueron: coledocolitiasis 57 (41,3%), estenosis de colédoco 31 (22,5%), dilatación de vías biliares 12 (8,7%), hallazgos radiológicos normales 10 (7,2%), colangiocarcinoma 8 (5,8%).

En la tabla 3, los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron: barro biliar 45 (32,6%), estudio normal 35 (25,4%), colangitis 20 (14,5%), salida de cálculos y detritus 14 (10,1%), divertículos 14 (10,1%) y en menor frecuencia tumor de papila duodenal 6 (4,3%), tumor de duodeno 5 (3,6%).

Con respecto a la relación entre el sexo y hallazgos tanto radiológicos como endoscópicos (tabla 4 y 5), no hubo diferencias estadísticas significativas entre estos y el sexo (p=0,483 y p=0,147 respectivamente) En la tabla 6 los hallazgos radiológicos según su clasificación etiológica fueron: malignos (37,6%) y benignos (62,4%); en cuanto a los hallazgos endoscópicos fueron malignos (12,6%) y benignos (87,4%). En la tabla 7 relacionó la clasificación según la etiología de los hallazgos con el sexo no hubo diferencia entre sexo tanto en hallazgos radiológicos (p=0,829) y endoscópicos (p=0,854).

DISCUSIÓN

La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento diagnóstico y terapéutico de enfermedades biliopancreáticas. Con el transcurrir de los años ha aumentado la frecuencia de estas patologías en pacientes mayores de sesenta años, incluyendo tanto patologías benignas como malignas, siendo una de las más frecuentes ictericia obstructiva maligna y coledocolitiasis respectivamente [(2)].

En nuestro trabajo se evaluaron 138 pacientes, 69 (50%) femeninos y en la misma proporción masculino, mientras que en otros estudios se observó que las patologías biliopancreáticas predominan en el sexo femenino; en cuanto las indicaciones de CPRE los resultados son similares a los obtenidos en un estudio realizado por Brante A, et al. [13]

Los hallazgos radiológicos más frecuentes, en orden de frecuencia fueron: coledocolitiasis, estenosis de colédoco, dilatación de vías biliares, hallazgos radiológicos normales, colangiocarcinoma, datos que concuerdan con el estudio publicado en el 2010 por Landaeta et al [15] y por Behlül B, *et al* [28] en 2014 realizado en Turquía; sin embargo, se observó en este último un predominio de las estenosis malignas del 21,% en mayores de 80 años en comparación a un 12% en menores de 65 años, pudiendo concluir que con el avance de la edad aumentan las patologías malignas. En los hallazgos endoscópicos más frecuentes tenemos: barro biliar, estudio normal, colangitis, salida de cálculos, divertículo, no habiendo literatura al respecto. En cuanto a la presencia de divertículos en esta población, un estudio realizado por Parra et al [14], reporta una alta prevalencia de divertículos en pacientes mayores de 70 años (16,3%) y de un (5,7%) en menos de 70 años y; en otro realizado por Major P, et al [27], se encontró que la edad media de los pacientes sin divertículos duodenales fue de 60,2 años, mientras que la de los pacientes con este hallazgo fue de 69,4 años, datos comparables con nuestro estudio donde el 9,4% de la población estudia presentaba este hallazgo, concluyendo por tanto, que los divertículos duodenales ocurren tarde en la vida y su incidencia aumenta con la edad.

Con respecto a la relación entre el sexo y hallazgos tanto radiológicos como endoscópicos (tabla 4 y 5), no hubo una diferencia estadísticamente significativa.

De acuerdo a los hallazgos radiológicos y endoscópicos según su clasificación etiológica (benigna y maligna), predomino la patología benigna en este grupo etario, pero al relacionarlos con el sexo, no se observó una diferencia entre ambas.

En un estudio realizado en Venezuela por Cova J et al [16] en el 2016, se observaron hallazgos endoscópicos y radiológicos en CPRE similares a los encontrados en nuestro trabajo, pero no se han encontrados literaturas que estudien la prevalencia de patologías benignas o malignas en este grupo etario, para su correlación con el nuestro, pero sí entre otros

grupos etarios, por lo que sería de gran ayuda nuestro trabajo para futuras investigaciones que quieran correlacionar esto último entre jóvenes y ancianos.

CONCLUSIONES

1. Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron: coledocolitiasis, estenosis de colédoco, dilatación de vías biliares, hallazgos radiológicos normales y colangiocarcinoma.
2. En los hallazgos endoscópicos más frecuentes tenemos: barro biliar, estudio normal, colangitis, salida de cálculos y divertículo.
3. Los divertículos duodenales ocurren a una edad promedio de 74 años y su incidencia aumenta con la edad.
4. Predominó la patología benigna en este grupo etario, pero al relacionarlos con el sexo, no se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambas.

RECOMENDACIONES

1. Realizar futuras investigaciones que comparen nuestros hallazgos con un grupo etario menor de 60 años.
2. Las patologías biliopancreáticas aumentan con la edad, por lo que nuestro trabajo sería de ayuda para futuras investigaciones que quieran correlacionar este último entre jóvenes y ancianos.
3. Considerar implementar de forma rutinaria a los pacientes con factores de riesgo para patologías biliopancreáticas, la realización de ultrasonido abdominal y laboratorios (HC, AST, ATL, BT YF, GGT, ALP, LDH) en busca de diagnósticos precoces, porque si bien es cierto que en nuestro trabajo hubo prevalencia de patologías biliopancreátiacas benignas sobre las malignas, en la literatura se ha observado que con la edad aumenta la incidencia de esta última.

REFERENCIAS

1. Olmos I. Colangiopancreatografía RetrógradaEndoscópica. Revista Gen 2014;68(2): 8-11.

2. Artifon E, Tchekmedyian A, Aguirre P. Colangiopancreatrografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución. Revista Gatroenterología Perú. 2013;33(4):321-347.

3. Osuna I, Reyes M, Suárez L, Ríos M, Reyes M, et al. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en la tercera edad: factores de riesgo y complicaciones. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. 2013; 25 (1):10-15.

4. Instituto Nacional De Estadística. XIV CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA. Resultados Total Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Mayo de 2014: 12-24.

5. Frank J. Lukens F, Douglas A. Howell D. ERCP in the Very Elderly: Outcomes Among Patients Older than Eighty. Digestive Disease and sciences. 2010; (55): 847–851.

6. García C, Lopez O, Mohamed S, and col., Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in the Elderly. The American Journal Of the Medical Sciences. 2016; 351 (1):84-90.

7. Eyfettin K, Erkan P, Osman Y, Burhan S.Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the elderly: a prospective and comparative study. Age and Ageing 2005; 3 (34): 572–577.

8. Travis A, Pievsky D, Saltzman J. Endoscopy in the elderly. The American Journal of Gastroenterology 2012;107(10):1495–501.

9. Qureshi W, Zuckerman M, Adler D, Davila R, Egan J, Gan S, et al.The American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Modifications in endoscopic practice for the elderly. Gastrointestinal endoscopy. 2013; 78, (1): 1-7.

10. Fritz E, Kirchgatterer A, Hubner D, et al. ERCP is safe and effective in patients 80 years of age and older compared with younger patients. Gastrointestinal Endoscopy. 2006; 64:899-905.

11. P, Kountouras J, Chatzimavroudis G, et al. Outpatient therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography is safe in patients aged 80 years and older. Gastrointestinal Endoscopy 2011;43: 33-128.

12. Díaz A, Useche E, Mendoza M, Armanie E, Villegas V,et al. Colangiopancreatografia retrograda endoscópica en pacientes con patología biliopancreática. Experiencia en 322 casos. Revista Gen Caracas jun. 2009; 63 (2): 95-98.

13. Brante P, Alamo M, Fluxá F, Silva J, Ramírez X. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Revista Chilena de Cirugía. 2002; 54 (1):76-78

14. Parra V, Huertas M, Beltrán J, Ortiz D. Evaluación de la seguridad de la CPRE en pacientes de la tercera edad: experiencia de un hospital universitario en Bogotá. Revista colombiana de gastroenterología. abril-junio, 2015; 30(2): 157-163.

15. Landaeta J, Días C, Narváez M, Rodríguez M, Montero D, Urdaneta C. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: prácticas en un centro hospitalario privado. Revista Gen. Caracas mar. 2010; 64(1): 14-18.

16. Jorge Cova y col. Variantes anatómicas de las vías biliares: diagnóstico por CPRE y su relación con enfermedades biliares. Revista Gen 2016;70(1):16-22

17. Vázquez I, Aguirre A, González C. Colangiopancreatrografia retrógrada endoscópica. Endoscopia Digestiva. Diagnóstica y terapéutica: Editorial Médica Panamericana; 2008; 461-74.

18. Lee A, Shah J, Endoscopic Approach to the Bile Duct in the Patient with Surgically Altered Anatomy. Gastrointestinal Endoscopy 2013; 23: 483–504.

19. Kim OH, Chung HJ, Choi BG. Imaging of the choledochal cyst. Radiological Society of North America. 1995; 15(1):69-88.

20. Martínez H, Espinoza M, HuamanC, Monge E, Salazar S, Tapia A. Páncreas divisum: manejo endoscópico reporte de un caso. Revista Gastroenterología Perú. 2002; 22(1):3-81.

21. Da Silva L, Rodríguez A, Zelada I, Delgado J, Navarro R. Utilidad de la CPRE en la pancreatitis aguda biliar e ictericia. Revista de Cirugía. Paraguay. 2015;39(2): 20-23.

22. Yoon W, Brugge W. Endoscopic Evaluation of Bile Duct Strictures. Gastrointestinal Endoscopy 2013; 23: 277–293.

23. Babakhanian Z, Donovan J, Biliary Manifestations of Systemic Diseases. Gastrointestinal Endoscopy. 2013; 23: 333–346

24. Petrov M, van Santvoort H, Besselink M, van der Heijden G, van Erpecum K, Gooszen H. Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus conservative management in acute biliary pancreatitis without cholangitis: a meta-analysis of randomized trials. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol. Febrero 2008; 247(2):7-250.

25. Yan G. Bakman, Martin L. Freeman. Difficult Biliary Access at ERCP. Gastrointestinal Endoscopy Clin N Am 2013; 23: 219–236.

26. Balmadrid B, Kozarek R. Prevention and Management of Adverse Events of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. GastrointestinalEndoscopyClin N Am 2013; 23: 385–403.

27. Major P, Dembinski M, Pedziwiatr M, Rubinkiewicz M, St anek M, et al. Aperiampulary duodenal diverticula in patient with choledocholithiasis-single endoscopic center experience. Polski Przegląd Chirurgiczny 2016; 88(6): 328–333.

28. Behlül B, Ayfer S, Sezgin V, Altay K, Mustafa C. Safety of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients 80 years of age and older. Prz Gastroenterol 2014; 9 (4): 227–231.

ANEXOS

Anexo N° 1

Declaración de confidencialidad

Por medio de la presente declaración, nosotras, Rosana R Camacho Silva, C.I: V-19.723.802, y Desiree M Rivero Gimón CI: V- 17.883.292 en mi condición de residente de segundo año, en conjunto con la tutora la Dr. Saturnino José Fernández Bermúdez, CI: V-8.382.421, especialista en Gastroenterología, todos pertenecientes al Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas, hacemos público los datos obtenidos en esta investigación, los cuales serán utilizados exclusivamente para esta investigación, sin hacer uso de identificación personal de ningún paciente. Todo en respeto al Secreto Médico y Declaración de los principios de la Investigación Biomédica de la UNESCO.

Caracas, a los cuatro días del mes de marzo del año dos mil diecisiete.

Autores:

_____ _____

Rosana R Camacho S. Desiree M Rivero G.

CI: V- 19.723.802 CI: V- 17.883.292

_____

Tutor: Saturnino Fernández

CI: V-8.382.421

Anexo N° 2

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

<table>
<tr><td colspan="3">Nombre del paciente:</td><td>Cédula de Identidad:</td><td>N° Historia:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sexo</td><td>Edad:</td><td colspan="2">Consentimiento informado</td></tr>
<tr><td>Femenino</td><td>Masculino</td><td>Fecha:</td><td>Si</td><td>No</td></tr>
<tr><td colspan="5">Indicación:</td></tr>
<tr><td colspan="5">Hallazgos Radiológicos :</td></tr>
<tr><td colspan="5">Hallazgos endoscópicos:</td></tr>
<tr><td colspan="5">Terapéutica:</td></tr>
</table>

Anexo N° 4

Tabla 1.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: hallazgos en pacientes mayores de 60 años. Distribución de pacientes según características epidemiológicas e indicaciones de CPRE.

Variables	Estadísticos	
N	138	
Edad (años)(*)	69 ± 7	
Sexo		
Masculino	69	50,0%
Femenino	69	50,0%
Indicación		
Ictericia obstructiva	62	44,9%
Coledocolitiasis	47	34,1%
Tumor de páncreas	10	7,2%
Pancreatitis aguda	9	6,5%
Tumor del confluente biliopancreático	5	3,6%
Fístula biliar	2	1,4%
Tumor de vesícula	2	1,4%
Colangitis aguda	1	0,7%
Años evaluados		
2013	24	17,4%
2014	38	27,5%
2015	57	41,3%
2016	10	7,2%
2017	9	6,5%

(*) media ± desviación estándar

Tabla 2.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: hallazgos en pacientes mayores de 60 años. Distribución de pacientes según hallazgos radiológicos

Hallazgos radiológicos	n	%
Coledocolitiasis	44	31,9
Estenosis de colédoco	25	18,1
Dilatación de vías biliares	12	8,7
Normal	9	6,5
Colangiocarcinoma	8	5,8
Coledocolitiasis y litiasis vesicular	5	3,6
Coledocolitiasis y litiasis intrahepática	2	1,4
Estenosis de colédoco y coledocolitiasis	2	1,4
Estenosis de hepático común y confluente	2	1,4
Fuga del conducto cístico	2	1,4
Colédoco dilatado	1	0,7
Coledocolitiasis y microabscesos	1	0,7
Coledocolitiasis y estenosis en hepático	1	0,7
Coledocolitiasis y litiasis en hepático común	1	0,7
Estenosis de colédoco y conducto de Wirsung dilatado	1	0,7
Estenosis de colédoco y estenosis de conductopancreático	1	0,7
Estenosis de colédoco y quiste de colédoco	1	0,7
Estenosis de hepático común	1	0,7
Estenosis del colédoco y microabscesos	1	0,7
Litiasis vesicular	1	0,7
Litiasis vesicular y síndrome de Mirizzi	1	0,7
Quiste de colédoco tipo I y coledocolitiasis	1	0,7
Síndrome de Mirizzi tipo I	1	0,7

Conducto de Wirsung dilatado	1	0,7
No concluyente	13	9,4

Tabla 3.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: hallazgos en pacientes mayores de 60 años. Distribución de pacientes según hallazgos endoscópicos.

Hallazgos endoscópicos	**n**	**%**
Barro biliar	38	27,5
Estudio normal	35	25,4
Colangitis	15	10,9
Salida de cálculos y detritus	14	10,1
Divertículo	11	8,0
Tumor de papila duodenal	6	4,3
Barro biliar y colangitis	5	3,6
Tumor de duodeno	5	3,6
Prótesis biliar migrada	3	2,2
Divertículo y barro biliar	2	1,4
Fistula coledoco-duodenal	2	1,4
Infiltración duodenal y de papila mayor	1	0,7
Tumor de duodeno y papila duodenal y fistula bilioentérica	1	0,7

Tabla 4.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: hallazgos en pacientes mayores de 60 años. Distribución de pacientes con hallazgos radiológicos según sexo.

	Masculino		Femenino	
Hallazgos radiológicos	**n**	**%**	**n**	**%**
Colangiocarcinoma	4	13,8	4	13,8
Coledoco dilatado	0	0,0	1	3,4
Coledocolitiais y microabscesos	1	3,4	0	0,0
Coledocolitiasis	18	62,1	26	89,7
Coledocolitiasis y estenosis en hepático	0	0,0	1	3,4
Coledocolitiasis y litiasis en hepático común	0	0,0	1	3,4
Coledocolitiasis y litiasis intrahepática	1	3,4	1	3,4
Coledocolitiasis y litiasis vesicular	5	17,2	0	0,0
Dilatación de vías biliares	5	17,2	7	24,1
Estenosis de colédoco	12	41,4	13	44,8
Estenosis de coledoco y coledocolitiasis	1	3,4	1	3,4
Estenosis de coledoco y conducto de Wirsung dilatado	0	0,0	1	3,4
Estenosis de coledoco y estenosis de conductopancreático	0	0,0	1	3,4
Estenosis de colédoco y quiste de colédoco	1	3,4	0	0,0
Estenosis de hepático común	1	3,4	0	0,0
Estenosis de hepatico comun y confluente	1	3,4	1	3,4
Estenosis del coledoco y microabscesos	1	3,4	0	0,0
Fuga del conducto cístico	2	6,9	0	0,0
Litiasis vesicular	0	0,0	1	3,4
Litiasis vesicular y síndrome de Mirizzi	1	3,4	0	0,0
Normal	5	17,2	4	13,8
Quiste de coledoco tipo I y coledocolitiasis	0	0,0	1	3,4
Síndrome de Mirizzi tipo I	1	3,4	0	0,0

Wirsung dilatado	1	3,4	0	0,0
No concluyente	8	27,6	5	17,2

p = 0,483

Tabla 5.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: hallazgos en pacientes mayores de 60 años. Distribución de pacientes con hallazgos endoscópicos según sexo.

	Masculino		**Femenino**	
Hallazgos endoscópicos	**n**	**%**	**n**	**%**
Barro biliar	22	75,9	16	55,2
Barro biliar y colangitis	4	13,8	1	3,4
Colangitis	9	31,0	6	20,7
Divertículo	5	17,2	6	20,7
Divertículo y barro biliar	0	0,0	2	6,9
Fistula coledoco-duodenal	0	0,0	2	6,9
Infiltración duodenal y de papila mayor	0	0,0	1	3,4
Prótesis biliar migrada	1	3,4	2	6,9
Salida de cálculos y detritus	3	10,3	11	37,9
Tumor de duodeno	1	3,4	4	13,8
Tumor de duodeno y papila duodenal y fistula bilioenterica	1	3,4	0	0,0
Tumor de papila duodenal	4	13,8	2	6,9
Estudio normal	19	65,5	16	55,2

p = 0,147

Tabla 6.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: hallazgos en pacientes mayores de 60 años. Clasificación de hallazgos radiológicos y endoscópicos.

Variables	n	%
Hallazgos radiológicos		
Maligno	44	37,6
Benigno	73	62,4
Hallazgos endoscópicos		
Maligno	13	12,6
Benigno	90	87,4

Tabla 7.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: hallazgos en pacientes mayores de 60 años. Distribución de pacientes según sexo y clasificación de hallazgos radiológicos y endoscópicos.

	Masculino		Femenino	
Variables	**n**	**%**	**n**	**%**
Hallazgos radiológicos				
Maligno	22	38,6	22	36,7
Benigno	35	61,4	38	63,3
Hallazgos endoscópicos				
Maligno	6	12,0	7	13,2
Benigno	44	88,0	46	86,8

Hallazgos radiológicos: p = 0,829

Hallazgos endoscópicos: p = 0,854