

Stents metálicos autoexpansíveis em estenoses biliares malignas.

Qual a melhor opção em próteses metálicas para drenagem de vias biliares ? Qual tem menos tendência a complicações ?

Há muito tempo discute em congressos e corredores o tema, em geral, com tendência a defender experiências locais e tomar decisões baseadas em efeitos colaterais vivenciados.

Assim, para esta postagem, foram selecionados dois artigos recentes da Gastrointestinal Endoscopy trazendo mais conhecimento sobre o assunto:

1- : [Association of covered metallic stents with cholecystitis and stent migration in malignant biliary stricture. Gastrointestinal Endoscopy, Abril-2018](#)

Trata-se de coorte retrospectiva em único centro com duração de 8 anos, concluída em 2016, avaliando pacientes com icterícia obstrutiva de origem neoplásica tratados com próteses metálicas autoexpansíveis. Foram avaliados 645 pacientes, dos quais 431 (66,8%) com próteses metálicas não recobertas (U-SEMS) e 214 totalmente cobertas (FC-SEMS) (33,2%). A taxa de sobrevida (cerca de 160 dias), sucesso técnico, sucesso clínico, patência (cerca de 550 dias) foram semelhantes nos dois grupos, assim como a taxa de colangite.

Lesões hilares foram mais propensas a oclusão, sendo o uso de AAS um fator protetor, provavelmente devido a redução da produção biliar de mucina, reduzindo a viscosidade da bile (descrito em estudo prévio dos mesmos autores).

Colecistite: 457 pacientes possuíam vesícula no momento da colocação da prótese, sendo evidenciada taxa global de 3,1% de colecistite. O grupo de pacientes com próteses totalmente cobertas teve maior taxa de colecistite (7,8%) do que o grupo de próteses não cobertas (1,2%), com significância estatística. Colelitíase não foi identificada como fator determinante para desenvolvimento de colecistite.

Migração: a taxa de migração foi de 10,7% no grupo de próteses totalmente recobertas e de 1,4% para próteses não recobertas ($p > 0,001$). Lesões hilares foram identificadas como fator de risco para migração.

2. [Self-expandable metal stents in malignant biliary obstruction: back to the roots with uncovered stents as “new” standart?. Editorial da Gastrointestinal Endoscopy Abril, 2018.](#)

Trata-se de Editorial publicado na GIE, com foco no tipo de prótese a ser utilizado em estenoses biliares malignas, citando o artigo de Jang et al além de vários estudos tipo RCT e meta-análises .

O estudo de Jang et al. citado neste post é comentado no editorial, destacando a superioridade na taxa de colecistite das próteses cobertas (7,8%) em relação às não cobertas (1,2%) e maior taxa de migração das próteses totalmente cobertas. Ressalta-se que o estudo é retrospectivo. Comparando-o a outro estudo de mesma natureza, envolvendo 749 pacientes, não foi observada diferença na patência dos stents e taxa de sobrevida dos pacientes. Neste, a taxa global de colecistite foi de 0,5%, com pacientes de próteses não cobertas. A taxa de pancreatite foi maior para próteses cobertas (2,7%) do que não cobertas (1%) que embora tenha significância estatística não possui relevância clínica.

Meta-análise envolvendo 1057 pacientes de um total de 6 artigos tipo ensaio clínico randomizado, e dois retrospectivos evidenciou que não houve diferença no tempo de patência da prótese ou sobrevida do paciente com os diferentes modelos (coberto vs não coberto). Também não foi observada diferença na taxa de pancreatite ou colecistite de acordo com o tipo de prótese utilizada, contrastando com os dois estudos retrospectivos anteriores.

Outra meta-análise citada envolve 1417 pacientes oriundos de 14 artigos. Nesta, evidencia-se que próteses totalmente cobertas possuem risco relativo maior para formação de lama/lodo biliar (2,47), migração (9,33) e tumor "overgrowth" (1,76) quando comparado à próteses não cobertas. Por outro lado, prótese não cobertas possuem risco relativo para tumor "ingrowth" (0,25). No geral, apesar das diferenças citadas, a taxa de patência e disfunção da prótese foram semelhantes em ambos grupos, assim como taxa de colecistite e pancreatite.

Prótese parcialmente recobertas foram desenvolvidas para via biliar porém os resultados de um estudo retrospectivo recente não evidenciou diferença tanto na patência quanto taxa de migração quando comparado a outras próteses metálicas autoexpansíveis.

Considerações:

Não há mais discussão sobre a vantagem das próteses metálicas autoexpansíveis em relação às próteses plásticas para tratamento de estenoses malignas. Ressalto que na prática clínica, em muitos centros, ainda pode ser observada dificuldades em obter próteses metálicas, principalmente em casos de pacientes que abrem o quadro com colangite, pela ausência deste modelo de prótese no estoque dos hospitais. Muitas vezes são passadas próteses plásticas e posterior troca por próteses metálicas.

O melhor tipo de prótese metálica a ser empregado em estenoses biliares malignas ainda é controverso e seguirá sendo tema de congresso por muitos anos. A principal informação que ambos trabalhos trazem, é de que tanto próteses totalmente cobertas quanto próteses não cobertas possuem sucesso técnico, sucesso clínico, taxa de patência, taxa de colecistite, taxa de pancreatite e sobrevida geral semelhantes. Não importa muito que um modelo tenha maior obstrução por tumor overgrowth enquanto o outro tenha por ingrowth, o que interessa é a manutenção da patência da prótese por tempo semelhante.

As considerações feitas no final do editorial resumem bem a idéia de que a prótese deve ser escolhida baseada no padrão do paciente e não em guidelines. Há uma sugestão para utilização de prótese totalmente recobertas para pacientes com expectativa de vida mais longa, aptos para terapêutica adjuvante onde a troca de prótese é mais factível que tentativas de tunelização ou tratamento cirúrgico, onde a

remoção dos modelos totalmente cobertos é mais fácil.

Qual sua experiência : Vivenciou algum dos eventos adversos relatados ? Use o espaço abaixo e discuta



**ENDOSCOPIA
TERAPÊUTICA**

com outros especialistas sobre o assunto.