

Pregunta 9: ¿Cuál es la mejor estrategia para diagnosticar coledocolitiasis en adultos que se sospecha de esa condición?

Resumen de la evidencia:

Se encontró que la guía NICE 2014, seleccionada mediante la evaluación AGREE II, establecía recomendaciones para esta pregunta.

La guía NICE recomienda el uso de la colangiografía si el ultrasonido no ha detectado coledocolitiasis y el conducto está dilatado y los resultados de las pruebas de función hepática son anormales; así como considerar ultrasonografía endoscópica si la colangiografía no permite realizar un diagnóstico.

Esta recomendación se basa en los siguientes estudios:

- **Ultrasonografía abdominal:** Un metaanálisis de 5 estudios realizado en pacientes con sospecha de coledocolitiasis (n=383), encontró que cuando el ultrasonido era realizado por un profesional con experiencia la sensibilidad fue de 70.0% (IC 95% = 52% - 83%) y la especificidad de 88.0% (IC 95% = 63% - 100%)
- **Tomografía abdominal computarizada (TAC) con colangiografía:** Un metaanálisis de 4 estudios realizado en pacientes con sospecha de coledocolitiasis (n=108), reportó una sensibilidad 82.2% (IC 95% = 67%-91%) y una especificidad de 84.0% (IC 95% = 72.0%- 92.0%)
- **Colangiografía magnética:** Un metaanálisis de 8 estudios, realizado en pacientes referidos para CPRE por sospecha de coledocolitiasis (n=470), mostró una sensibilidad fue de 83.0% (IC 95% = 72.0% - 91.0%) y especificidad de 90.0% (IC 95% = 83.0% - 95.0%)
- **Ultrasonografía endoscópica:** Un metaanálisis de 3 estudios, realizado en pacientes referidos para CPRE por sospecha de coledocolitiasis (n=220), mostró una sensibilidad fue de 94.0% (IC 95% = 87.0% - 97.0%) y especificidad de 94.0% (IC 95% = 41.0% - 100.0%)

El equipo metodológico realizó una actualización de la búsqueda sistemática que realizó la guía de NICE, a partir del 01 de marzo del 2014, usando el buscador Pubmed, con la finalidad de recopilar artículos que hayan evaluado la sensibilidad, especificidad de los exámenes diagnósticos de imágenes en pacientes con coledocolitiasis teniendo prueba de referencia la cirugía o CPRE.

En dicha búsqueda se encontró una revisión sistemática De Castro (2016)(40) que comparaba el ultrasonido endoscópico vs la CPRE y la colangiografía magnética vs la CPRE.

Esta revisión sistemática del año 2016 incluyó 8 estudios observacionales (n = 538) y realizó metaanálisis para los desenlaces de sensibilidad y especificidad

- **Colangiografía magnética:** una sensibilidad de 83.0% (IC 95% = 100.0%) y especificidad de 92.0% (IC 95% = 81.0% - 100.0%)
- **Ultrasonografía endoscópica:** una sensibilidad de 94.0% (IC 95% = 87.0% - 100.0%) y especificidad de 89.0% (IC 95% = 72.0% - 100.0%)

El GEG-Local evaluó la evidencia con los estudios de NICE para las pruebas de diagnóstico de imágenes: ultrasonografía abdominal, tomografía abdominal con colangiografía; y la revisión sistemática de Castro para ultrasonografía endoscópica y resonancia magnética.

Beneficio y daños de las opciones:

- **Ordenando las pruebas de mayor a menor sensibilidad:** Ultrasonografía endoscópica, colangiografía, tomografía abdominal y ultrasonografía abdominal.
- **Ordenando las pruebas de mayor a menor especificidad:** Colangiografía, ultrasonografía endoscópica, ultrasonografía abdominal y tomografía abdominal.
- Colangiografía y el ultrasonido abdominal son pruebas diagnósticas no invasivas en comparación de la tomografía que requiere el uso de la sustancia de contraste que es nefrotóxica. El ultrasonido endoscópico también es una prueba invasiva con leves riesgos para el paciente y tiene doble función diagnóstica porque además permite observar el estado del tracto digestivo alto. Adicional a ello, el GEG-Local menciona que para cálculos distales la tomografía no logra la visualización de estos, es más útil para cálculos proximales, sin embargo, ante esa situación la ecografía abdominal tendría mejor sensibilidad.

Calidad de la evidencia:

La calidad de la evidencia del metaanálisis en la que se basó esta recomendación fue:

- Ultrasonografía endoscópica: fue muy baja para sensibilidad y especificidad (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo) (**Anexo 10**).
- Colangiografía: fue muy baja para sensibilidad y especificidad (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo) (**Anexo 10**).
- Tomografía abdominal con colangiografía: fue muy baja para sensibilidad y especificidad (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo) (Tabla GRADE 2.3. Appendix I. Guía NICE).
- Ultrasonografía ecográfica abdominal: fue baja para sensibilidad y especificidad (descendió 1 nivel por riesgo de sesgo y descendiendo 1 nivel por inconsistencia) (Tabla GRADE 2.3. Appendix I. Guía NICE).

Valores y preferencias:

El GEG-Local refirió que los pacientes prefieren los exámenes diagnósticos no invasivos al que tengan un acceso rápido y gratuito en el menor tiempo sensible y con la mayor precisión diagnóstica.

Aceptabilidad y factibilidad:

El ultrasonido abdominal está disponible en los establecimientos de salud, sin embargo, la ultrasonografía endoscópica se encuentra disponible solo en un establecimiento de salud del cuarto nivel de atención, la colangiografía en los establecimientos del tercer nivel de atención. La tomografía también se encuentra disponible en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.

Uso de recursos:

Ordenando de mayor a menor costo: el equipo de ultrasonografía endoscópica tiene mayor costo que la colangiografía resonancia, seguido por el equipo de tomografía abdominal y el de menor costo es el equipo de ultrasonografía. En el Reino Unido, se elaboró una evaluación económica que comparó la costo-efectividad de la colangiografía resonancia y el ultrasonido endoscópico para el diagnóstico de coledocolitiasis (41), concluyendo que la colangiografía resonancia es más costo efectiva que el ultrasonido endoscópico \$1299/QALY.

De la evidencia a la decisión:

El GEG-Local decidió emitir una recomendación a favor de las tres pruebas diagnósticas: debido a los beneficios alta sensibilidad y alta especificada, la calidad de la evidencia moderada, disponibilidad de los exámenes diagnósticos de imágenes, considerando que el ultrasonido abdominal sería la prueba inicial antes de sugerir una colangiografía resonancia o ultrasonografía endoscópica (predictor fuerte de la escala ASGE), colangiografía resonancia y ultrasonografía endoscópica.

Tabla de la evidencia a la decisión		
Opción: Utilizar ultrasonografía abdominal, colangiografía resonancia magnética o ultrasonografía endoscópica para el diagnóstico de coledocolitiasis.		
Dominios de decisión	Dirección	Juicio
Beneficios y daños de las opciones	¿Los beneficios de esta opción superan los daños?	Si
Calidad de la evidencia	¿Cuál es el nivel de calidad de la evidencia?	Baja
Valores y preferencias	¿Tenemos confianza en que los desenlaces principales son relevantes para los pacientes?	Si
Aceptabilidad y factibilidad	¿La implementación de esta opción es aceptable y factible?	Si
Uso de recursos	¿El uso de recursos para esta opción es aceptable?	Si
Fuerza de la recomendación: Débil		

Justificación de puntos de buena práctica clínica:

1. El GEG-Local decidió considerar el uso de la escala ASGE para decidir la no realización de exámenes diagnósticos de imágenes adicionales en pacientes con riesgo bajo.
2. De acuerdo al GEG-Local los exámenes diagnósticos de imágenes pueden revelar imágenes diferentes a cálculos, por ejemplo, pueden obedecer a neoplasias, bajo

esta sospecha, el médico tratante debe referir al paciente al médico gastroenterólogo o al médico internista para investigaciones adicionales.

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:

Puntos de buena práctica clínica:

En pacientes con riesgo bajo según la escala ASGE, no realizar exámenes diagnósticos adicionales.

Si se sospecha otras patologías además de cálculos de vías biliares, referir al médico gastroenterólogo o al médico internista para investigaciones adicionales.

En pacientes con riesgo alto de coledocolitiasis según la escala de ASGE, consideramos no realizar exámenes diagnósticos adicionales y sugerimos manejo de acuerdo al diagnóstico.

Recomendación:

En pacientes con riesgo intermedio de coledocolitiasis según la escala de ASGE, sugerimos el uso de: Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética (CRM) o ultrasonografía endoscópica.

Recomendación débil a favor, Calidad de la evidencia: baja