



ORIGINAL

Supervivencia y calidad de vida de pacientes oncológicos avanzados con obstrucción maligna de la vía biliar tratados con drenaje biliar

María Varela Cerdeira^{*1}, Estrella Abregú Reátegui², Leyre Díez Porres¹, Aranzazu Castellano Candalija¹, Juan Luis Torres Tenor¹ y Yolanda Vilches Aguirre¹

¹Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. ²Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España

Recibido el 1 de noviembre de 2023

Aceptado el 8 de febrero de 2024

PALABRAS CLAVE

Ictericia obstructiva maligna, supervivencia, calidad de vida, drenaje biliar, cáncer avanzado.

Resumen

Introducción: La obstrucción maligna de la vía biliar (OMVB) durante la progresión de la enfermedad neoplásica es una complicación frecuente. El drenaje de la vía biliar es una opción de tratamiento. El objetivo del estudio fue analizar la supervivencia desde la OMVB y calidad de vida comparando los datos de los pacientes sometidos a drenaje biliar (DB) *versus* tratamiento conservador (TC).

Metodología: Estudio observacional retrospectivo desarrollado en un hospital universitario. Se revisaron las historias clínicas de aquellos pacientes atendidos en Oncología, Cuidados Paliativos, Digestivo y Radiología Intervencionista de un hospital universitario durante 2 años. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con cáncer avanzado y OMVB, con o sin DB. Se excluyeron pacientes perdidos en seguimiento o que presentaron OMVB como comienzo del cáncer.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes, 27 sometidos a DB y 18 a TC. La mediana de supervivencia fue 1,5 meses, siendo 2,6 meses en el grupo DB, y menos de 1 mes en grupo TC ($p = 0,126$). Antes del tratamiento, ambos presentaron baja funcionalidad (PPS de 70 y 50 grupos 1 y 2) e importante carga sintomática (astenia el más frecuente, en el 52 % y 78 % de grupos 1 y 2). Los pacientes drenados presentaron tendencia a más días de ingreso y visitas a urgencias ($p = 0,112$ y $p = 0,065$).

Conclusiones: La mediana de supervivencia de los pacientes con cáncer avanzado que sufren OMVB incluidos en nuestro estudio fue un mes y medio. La sintomatología mejora parcialmente tanto en los pacientes tratados con DB como con TC.

^{*}Autor para correspondencia:

María Varela Cerdeira

Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana 261, 28046 Madrid, España. Tfno. móvil: 0034661568917

Correo electrónico: mvarelacerdeira@yahoo.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2024.1454/2023>

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Survival and quality of life of advanced cancer patients with malignant biliary tract obstruction treated with biliary drainage

KEYWORDS

Malignant obstructive jaundice, survival, quality of life, biliary drainage, advanced cancer

Abstract

Introduction: Malignant bile duct obstruction (MVOB) during the progression of neoplastic disease is a frequent complication. Bile duct drainage is a treatment option. The aim of this study was to analyze survival from MVOB and quality of life by comparing the data of patients undergoing biliary drainage (BD) versus conservative treatment (CT).

Methodology: A retrospective observational study conducted in a university hospital. The medical records of patients attended in the Oncology, Palliative Care, Digestive and Interventional Radiology Departments of a university hospital during 2 years were reviewed. Patients over 18 years of age with advanced cancer and MVOB, with or without DB, were included. Patients lost to follow-up or who presented with MVOB as cancer debut were excluded.

Results: 45 patients were included, 27 underwent DB and 18 underwent CT. Median survival was 1.5 months, it being 2.6 months in the DB group, and less than 1 month in the CT group ($p = 0.126$). Before treatment, both presented poor function (PPS of 70 and 50 in groups 1 and 2) and significant symptomatic burden (asthenia was most frequent, in 52 % and 78 % of groups 1 and 2, respectively). Drained patients showed a tendency to more days of admission and emergency room visits ($p = 0.112$ and $p = 0.065$).

Conclusions: Median survival for the advanced cancer patients with BVOVO included in our study was 1.5 months. Symptomatology was partially improved in both DB and CT treated patients.

Varela Cerdeira M, Abregú Reátegui E, Díez Porres L, Castellano Candalija A, Torres Tenor JL, Vilches Aguirre Y. Supervivencia y calidad de vida de pacientes oncológicos avanzados con obstrucción maligna de la vía biliar tratados con drenaje biliar. *Med Paliat.* 2023;30(4):215-222.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción maligna de la vía biliar (OMVB) es resultado de la compresión extrínseca o del crecimiento intrínseco en el árbol biliar, bien por tumores primarios, bien por enfermedad metastásica^{1,2}. Pese a la escasa epidemiología actualizada al respecto, se estima que en torno al 20 % de las ictericias son debidas a OMVB³, con una ratio de 2:1 para cáncer de páncreas respecto a otros cánceres causantes de obstrucción biliar⁴. Las 2 etiologías principales de OMVB son el adenocarcinoma de páncreas y el colangiocarcinoma⁵. También pueden producir obstrucción biliar el carcinoma ampular, cáncer de vesícula biliar y la enfermedad metastásica hacia cabeza pancreática, árbol biliar, ampolla de Váter y ganglios hiliares o peripaneocráticos^{1,6}.

Esta obstrucción puede presentarse como signo inicial del cáncer u ocurrir durante la progresión de la enfermedad una vez establecido el diagnóstico⁵. El 70 % de OMVB distales son irresecables en el momento de su presentación¹. La aparición de OMVB es un signo de cáncer avanzado y un dato de mal pronóstico⁷. En este escenario, el drenaje biliar (DB) paliativo mediante implantación de stent biliar pretende disminuir la hiperbilirrubinemia, conseguir alivio sintomático, prevenir complicaciones como colangitis u hospitalizaciones frecuentes⁸ de cara a mejorar la calidad de vida de los pacientes^{1,5}, o permitir la posterior administración de terapia

sistémica paliativa que pueda prolongar la supervivencia del paciente con cáncer irresecable⁹.

La implantación de stent vía colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos, mientras que las vías colangiografía percutánea transhepática (CPTH) o ultrasonografía endoscópica pueden utilizarse cuando la CPRE falla o no es posible realizarla^{9,10}. La utilización de una técnica u otra dependerá del nivel de la obstrucción biliar, factores clínicos, la experiencia de los profesionales (endoscopistas o radiólogos intervencionistas) y la disponibilidad de recursos^{11,12}.

Sin embargo, frente a los objetivos iniciales que se procura conseguir con los procedimientos de permeabilización biliar, se encuentran las posibles complicaciones como la colangitis (la más frecuente), pancreatitis, sangrado, perforación duodenal, peritonitis, fiebre, fallo renal agudo, neumonía, la migración y oclusión del stent^{9,13}. La aparición de estas complicaciones supone un aumento de la morbilidad en estos pacientes con cáncer avanzado, impactando en su calidad de vida, e incluso en su mortalidad, eventos que se pretendía disminuir o evitar con la técnica de drenaje^{14,15}.

Mientras la literatura se centra en analizar la morbimortalidad de las diferentes técnicas de DB paliativo, se han publicado escasos trabajos referidos a pacientes con enfermedad oncológica avanzada, tanto sobre el pronóstico en términos de supervivencia, como sobre la calidad de vida tras la ins-

tauración de tratamiento paliativo sobre la OMVB. Además, los pocos trabajos existentes difícilmente han tenido en cuenta consideraciones clínicas y pronósticas previas al DB en pacientes con enfermedad oncológica avanzada irresecable.

Este estudio planteó como objetivo primario determinar la supervivencia en pacientes con cáncer avanzado y OMVB comparando la del grupo sometido a DB con el que recibió otras medidas sintomáticas. Como objetivo secundario, se planteó estudiar la calidad de vida de estos pacientes (medida a través de variables indirectas de calidad de vida como los días de ingreso tras el primer episodio de OMVB).

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional de cohortes retrospectiva. Se revisaron las historias clínicas de aquellos pacientes atendidos en Oncología Médica, Cuidados Paliativos, Aparato Digestivo y Radiología Vascular e Intervencionista del Hospital Universitario La Paz desde el 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022, que presentaron diagnóstico de cáncer e ictericia obstructiva.

Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 18 años con cáncer avanzado y obstrucción maligna de la vía biliar, que hubieran o no sido sometidos a tratamiento de permeabilización con stent biliar vía CPRE o CPTH. Como criterios de exclusión, se establecieron ser paciente perdido en el seguimiento (traslado de hospital o cambio de comunidad autónoma) o presentar ictericia por obstrucción biliar maligna como inicio del cáncer.

Se clasificaron los pacientes en 2 grupos en función del tratamiento paliativo aplicado. El grupo 1 estaba constituido por los pacientes que se sometieron a DB endoscópico o transhepático percutáneo; y el grupo 2, formado por los pacientes que no recibieron DB.

Se recogieron datos demográficos de edad y sexo, así como clínicos (tipo de tumor, localización de la obstrucción, localización de metástasis) y analíticos 5 días antes y después del drenaje.

Para responder al objetivo primario de análisis de supervivencia, se recogieron las fechas correspondientes con el diagnóstico de cáncer y de OMVB, fecha de realización de DB o de instauración de medidas sintomáticas distintas del drenaje, y fecha de exitus.

Para responder al objetivo secundario de estudio de la calidad de vida, se recogieron los datos referidos a variables indirectas de calidad de vida: lugar de fallecimiento, número de visitas a urgencias y de ingresos tras primer episodio de OMVB, días y motivo de ingresos tras primer episodio de OMVB, número y motivo de reintervenciones de DB tras primer intento, síntomas relacionados con OMVB (astenia, anorexia, náuseas-vómitos, prurito y dolor) y su intensidad (medidas a través del Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton o ESAS, y según la Escala Numérica Verbal o ENV) antes del DB y tras 5 días, uno y 3 meses; y situación funcional con las escalas PPS, ECOG y Barthel antes del DB y tras 5 días, uno y 3 meses. El objetivo principal del estudio fue respondido con análisis de supervivencia utilizando técnicas no paramétricas con curvas de Kaplan-Meier para la supervivencia desde la OMVB de los pacientes incluidos en el estudio, y de los grupos 1 (sometidos a DB) y 2 (sometidos a otras medidas sintomáticas distintas del drenaje) del

estudio. Realizamos la comparación de las curvas de supervivencia de ambos grupos mediante la prueba Log-Rango. El objetivo secundario se respondió con estadística descriptiva, resumiéndose las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas porcentuales, las variables continuas con distribución normal mediante medias y desviación estándar, y con medianas y rangos intercuartílicos (RIC) para las variables continuas con distribución asimétrica. Para el análisis univariable y de la homogeneidad entre características basales de los 2 grupos, se realizaron tablas de contingencia con la prueba de Chi-cuadrado en la comparación de variables categóricas; y para la comparación de variables continuas con otras continuas o categóricas, mediante las pruebas no paramétricas *U de Mann-Whitney para muestras independientes*, y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras dependientes.

Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo, calculándose un intervalo de confianza del 95 % (IC 95 %) para las variables incluidas en el estudio inferencial de datos. Se utilizó la versión 29 de la plataforma de análisis estadístico IBM SPSS.

El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario La Paz (PI-5704).

RESULTADOS

Se encontraron en la base de datos de codificación del hospital 124 pacientes con diagnósticos de ictericia obstructiva y cáncer. En la Figura 1 se explica el proceso de selección. De los 45 pacientes incluidos, 27 fueron sometidos a drenaje (grupo 1), y 18 pacientes recibieron tratamiento paliativo mediante otras medidas sintomáticas (grupo 2). Las características sociodemográficas, el tipo de tumor, las características de la obstrucción biliar y situación funcional de los pacientes incluidos en ambos grupos se muestran en la Tabla I. Ambos grupos eran comparables respecto a las variables estudiadas excepto en las variables de localización de la OMVB ($p = 0,005$) y en la situación funcional medida en la escala PPS ($p = 0,022$). La localización más frecuente de la OMVB fue distal (66,7 %) en el grupo de drenaje (recibiendo DB vía CPRE y CPTH en el 59 y 40 % de casos, respectivamente), y proximal (55,6 %) en el grupo de otras medidas paliativas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la localización de la obstrucción entre grupos.

Las variables de laboratorio basales de los sujetos previas a la instauración del drenaje o de medidas paliativas sobre la OMVB y tras 5 días de estas se detallan en la Tabla II.

La mediana de supervivencia global de los pacientes incluidos en el estudio fue de 46,0 días (IC 95 %: 5,9-86,1). Se obtuvieron las curvas de supervivencia mostradas en la Figura 2, con una mediana de supervivencia de 79,0 días (IC 95 % 29,4-128,6) para el grupo 1 y de 27,0 días (IC 95 % 20,4-33,6) para el grupo 2. El análisis Log-Rank no demostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,126$) entre ambos grupos.

En lo concerniente a la calidad de vida en ambos grupos, en la Tabla III se detalla la presencia e intensidad de síntomas antes y después del tratamiento paliativo sobre la OMVB. En ambos grupos, el síntoma más frecuente antes de la instauración de medidas paliativas fue la astenia (51,9 %

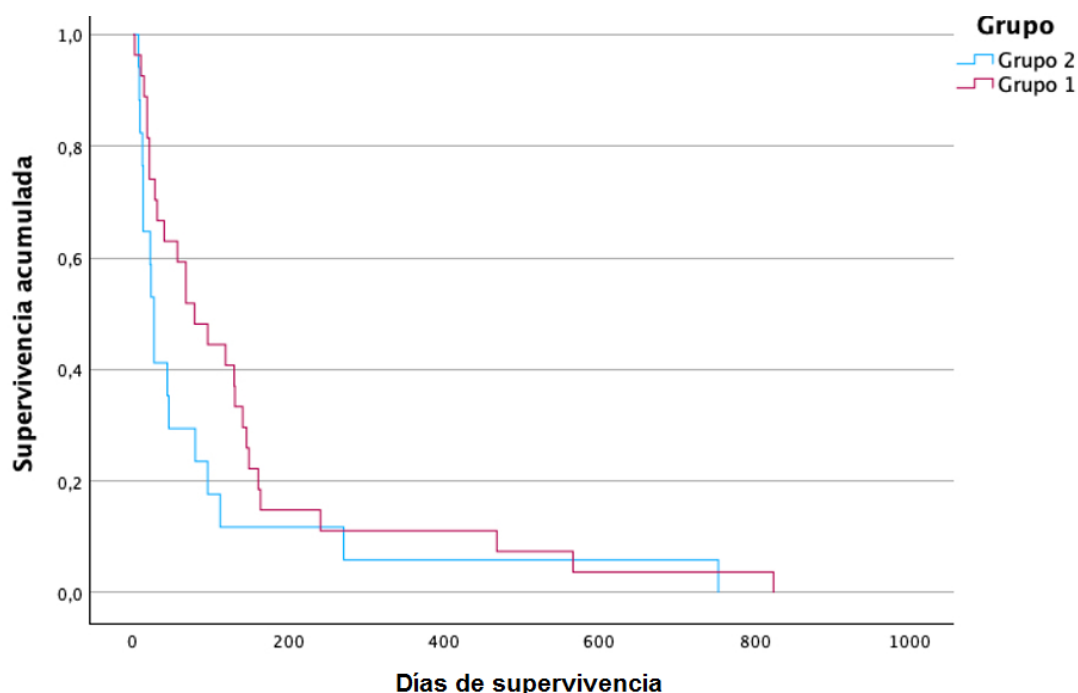


Figura 1. Proceso de selección de pacientes.

en el grupo 1 y 77,8 % en el grupo 2), siendo menor su presencia en ambos grupos tras el tratamiento. Tras 5 días del DB o de la instauración de tratamiento paliativo sobre la OMVB, más pacientes del grupo de drenados presentaron dolor (antes del drenaje, un 1,9 % de pacientes del grupo 1 con dolor de intensidad media de 7,4 en la escala ESAS; después del drenaje, un 40,7 % de pacientes con dolor de intensidad media de 6,0 en la escala ESAS), mientras que menos pacientes del grupo de no drenados lo presentaron (antes de tratamiento paliativo, un 27,8 % de pacientes con dolor de intensidad media de 6,5 en la escala ESAS; tras la instauración de tratamiento paliativo, un 11,1 % de pacientes con dolor, de intensidad no registrada).

De los 27 pacientes drenados, 9 (33,3 % de los pacientes del grupo 1) se sometieron a reintervenciones de DB, realizándose un total de 23 reintervenciones de permeabilización. Los motivos de estas fueron: no mejoría clínica de la OMVB en 3 casos, complicaciones relacionadas con el DB, independientemente de la mejoría clínica de la OMVB en 8 casos; modificación del drenaje tras mejoría clínica de la OMVB (por revisión, recambio o retirada del catéter de drenaje) en 9 casos, y por otros motivos en un caso.

Tras el primer episodio de OMVB, los pacientes drenados ingresaron más días que el grupo 2 (mediana y RIC: 11,0 [0,0-24,8] días en el grupo 1 y 6,4 [0,0-10,4] días en el grupo 2), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0,112$). Los motivos de los ingresos fueron: clínica relacionada con la OMVB (37,0 % en el grupo 1; 61,1 % en el grupo 2), clínica oncológica no relacionada con la OMVB (11,1 % en el grupo 1; 5,6 % en el grupo 2), o por ambos motivos clínicos (11,5 % en el grupo 1; 22,2 % en el grupo 2). En la Tabla IV se detalla el número de ingresos, número de visitas a urgencias y lugar de fallecimiento en ambos grupos.

Tras el diagnóstico de OMVB, 11 pacientes (40,7 %) en el grupo 1 y 5 pacientes (27,8 %) en el grupo 2 recibieron tratamiento quimioterápico, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,373$) entre ambos grupos.

DISCUSIÓN

Los pacientes con cáncer avanzado que presentaban OMVB durante la progresión de su enfermedad neoplásica en nuestro estudio presentaron una mediana de supervivencia de 1,5 meses. Se observó una alta carga de síntomas (siendo la astenia el más frecuente antes del tratamiento) y una mala situación funcional, siendo esta funcionalidad previa a la instauración de las medidas paliativas significativamente peor en los pacientes que no se sometieron a DB, no mejorando esta situación funcional tras la realización del drenaje o de medidas sintomáticas. Aun cuando existían diferencias a favor del grupo de DB en cuanto a supervivencia, no llegaron a ser significativas respecto al grupo de tratamiento conservador (TC), probablemente por el bajo tamaño muestral; de la misma forma se observaron diferencias en número posterior de ingresos en favor del grupo de TC que tampoco llegaron a ser significativas por el mismo motivo.

La mayoría de los estudios que valoran la supervivencia de pacientes con cáncer avanzado y OMVB lo hacen comparando distintas técnicas de drenaje^{9,14-20}, pero sin distinguir entre pacientes con OMVB como inicio de enfermedad y como enfermedad avanzada. Tuqan y cols.¹⁴ observaron en un estudio retrospectivo en 72 pacientes los factores predictores de supervivencia tras DB percutáneo en pacientes con obstrucción biliar maligna; un 64 % de los pacientes tuvieron una supervivencia menor de un mes, un 27 % de 3 meses y un 7 % de 6 meses.

Tabla I. Variables clínicas y sociodemográficas.

	Grupo 1	Grupo 2	p*
<i>Sexo, n (%)</i>			
Hombre	13 (48,15)	8 (44,44)	0,060
Mujer	14 (51,85)	10 (55,56)	
<i>Edad</i>	Mediana 71; mín 36; máx 88	Mediana 71; mín 35; máx 90	0,759
<i>Tipo de tumor, n (%)</i>			
Colon-recto	6 (22,22)	7 (38,89)	0,565
Páncreas	5 (18,52)	4 (22,22)	
Mama	4 (14,81)	1 (5,56)	
Pulmón	3 (11,11)	2 (11,11)	
Colangiocarcinoma	2 (7,41)	0 (0,00)	
Vesícula biliar	2 (7,41)	0 (0,00)	
Ampular	1 (3,70)	0 (0,00)	
Ovario	0 (0,00)	1 (5,56)	
No determinado	1 (3,70)	0 (0,00)	
Otros	3 (11,11)	3 (16,67)	
<i>Metástasis, n (%)</i>			
Menos de 3 metástasis hepáticas	18 (66,67)	13 (72,22)	0,733
Tres o más metástasis hepáticas	9 (33,33)	5 (27,78)	
Metástasis ganglionar	16 (59,26)	13 (72,22)	0,373
Metástasis pulmonar	6 (22,22)	6 (33,33)	0,409
Metástasis ósea	4 (14,81)	3 (16,67)	0,706
Otras	10 (37,04)	10 (55,56)	0,221
<i>Localización de la OMVB, n (%)</i>			
Proximal	4 (14,81)	10 (55,56)	0,005
Distal	18 (66,67)	4 (22,22)	
Proximal y distal	4 (14,81)	1 (5,56)	
<i>Vía de drenaje biliar, n (%)</i>			
CPRE	16 (59,26)	0 (0,00)	< 0,001
CPTH, drenaje biliar externo	1 (3,70)	0 (0,00)	
CPTH, drenaje biliar externo-interno	6 (22,22)	0 (0,00)	
CPTH, drenaje biliar externo-interno en 2 tiempos	1 (3,70)	0 (0,00)	
CPTH, drenaje biliar interno	2 (7,41)	0 (0,00)	
CPRE y CPTH	1 (3,70)	0 (0,00)	
<i>Toma de anticoagulación oral, n (%)</i>			
No	21 (77,78)	16 (88,89)	0,448
AVK	1 (3,70)	1 (5,56)	
ACOD	5 (18,52)	1 (5,56)	
<i>Situación funcional antes de tratamiento paliativo sobre la OMVB, mediana [RIC]</i>			
ECOG	2 [1-3]	3 [2-3]	
PPS	70 [50-90]	50 [50-68]	
Barthel	95 [65-100]	63 [58-75]	

ACOD: anticoagulantes orales de acción directa. AVK: anticoagulantes antivitamina K. CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. CPTH: colangiografía percutánea transhepática. ECOG: Escala del Eastern Cooperative Oncology Group. OMVB: obstrucción maligna de la vía biliar. PPS: "Palliative Performance Scale" (Escala de Funcionalidad Paliativa). RIC: rango intercuartílico.

*Si $p > 0,05$, se acepta la hipótesis nula de ausencia de diferencias significativas entre variables de grupos 1 y 2.

Tabla II. Variables de laboratorio antes y después del tratamiento paliativo aplicado sobre la OMVB.

	Grupo 1		Grupo 2	
	Antes	Después	Antes	Después
BT (mg/dl)	9,23 ± 6,04	5,21 ± 4,64	4,23 ± 6,21	6,95 ± 1,23
BD (mg/dl)	7,94 ± 5,41	5,02 ± 4,29	4,14 ± 1,25	6,50 ± 462,59
BI (mg/dl)	2,34 ± 1,38	1,60 ± 1,34	1,52 ± 486,50	1,63 ± 503,77
FA (UI/l)	898,53 ± 393,46	473,41 ± 284,46	750,56 ± 1123,90	652,00 ± 111,63
GGT (UI/l)	1012,26 ± 665,21	694,08 ± 570,20	872,00 ± 100,59	1412,36 ± 137,13
GOT (UI/l)	251,08 ± 301,48	106,50 ± 97,99	156,76 ± 135,67	163,20 ± 207,98
GPT (UI/l)	347,74 ± 457,07	175,85 ± 150,40	171,83 ± 213,57	180,00 ± 32,59
LDH (UI/l)	528,47 ± 405,62	379,22 ± 452,72	435,40 ± 31,43	501,00 ± 1,78
AP (%)	82,73 ± 24,72	95,09 ± 30,61	79,93 ± 0,53	75,25 ± 0,51
INR	1,18 ± 0,28	1,06 ± 0,14	1,59 ± 1,97	1,31 ± 1,34

AP: actividad de protrombina. BD: bilirrubina directa. BI: bilirrubina indirecta. BT: bilirrubina total. FA: fosfatasa alcalina. GGT: gamma glutamil transferasa. GOT: transaminasa glutámico oxalacética. GPT: glutamato piruvato transaminasa. INR: ratio internacional normalizado. LDH: lactato deshidrogenasa. OMVB: obstrucción maligna de la vía biliar.

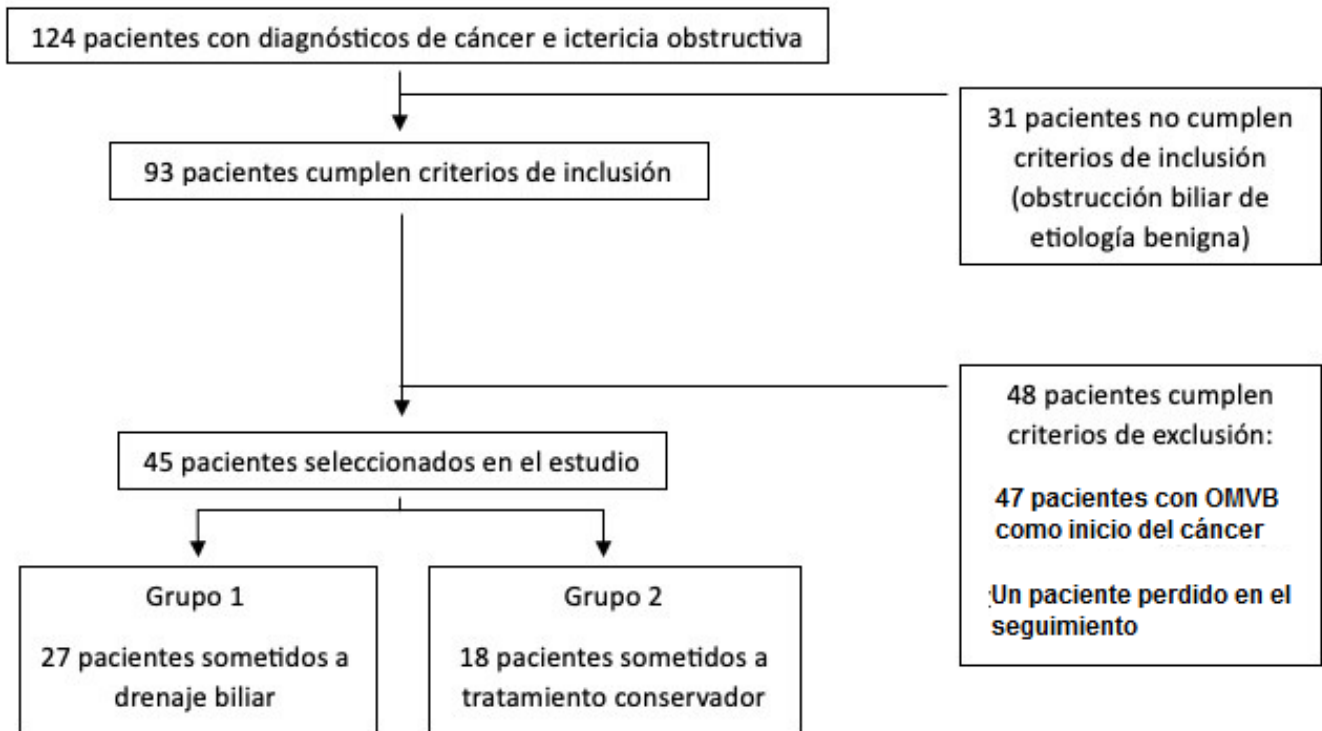


Figura 2. Funciones de supervivencia de Kaplan-Meier en grupos 1 y 2.

Recibir quimioterapia posterior al drenaje y no tener readmisiones se asociaron a mejor pronóstico. Yuan y cols.¹⁵ analizan en 55 pacientes con cáncer avanzado y OMVB los resultados clínicos del DB por CPRE, observando una mediana de supervivencia de 133 días después del drenaje, siendo de 239 días en los pacientes que recibieron quimioterapia posteriormente. Una mejor funcionalidad (ECOG 1-2) y recibir tratamiento con quimioterapia después del drenaje se asoció a mayor supervivencia. Crosara Teixeira y cols.¹⁶ encontraron en 71 pacientes con cáncer avanzado sometidos

a DB una mediana de supervivencia de 2,5 meses aunque se debe tener en cuenta que el 63 % tenían un ECOG 1-2. Estos resultados concuerdan con los datos obtenidos en nuestro trabajo, siendo un poco menor la supervivencia probablemente porque nuestra cohorte tiene una peor situación funcional y son pacientes con OMVB en contexto de progresión de la enfermedad. La escasa supervivencia asociada a la OMVB en el curso del cáncer avanzado debe hacernos reflexionar respecto a las alternativas clínicas y los deseos del paciente relativos al tipo de tratamiento.

Tabla III. Síntomas antes y tras 5 días, un mes y 3 meses tras medidas paliativas sobre la OMVB.

	Antes	Grupo 1			Antes	Grupo 2				
		Cinco días después	Un mes después	Tres meses después		Cinco días después	Un mes después	Tres meses después		
Astenia	Presente	14 (51,85 %)	10 (37,04 %)	10 (37,04 %)	7 (25,93 %)	14 (77,78 %)	10 (55,56 %)	3 (16,67 %)	3 (16,67 %)	
	Desconocido	4 (14,81 %)	7 (25,93 %)	14 (51,85 %)	16 (59,26 %)	0 (0,00 %)	4 (22,22 %)	13 (72,22 %)	15 (83,33 %)	
	Intensidad (media $\pm$ DE)	7,00 $\pm$ 2,16	7,88 $\pm$ 1,64	6,60 $\pm$ 1,52	5,67 $\pm$ 2,08	7,0 $\pm$ 2,18	7,5 $\pm$ 1,51	10,00 $\pm$ 0,00	10,00 $\pm$ 0,00	
Anorexia	Presente	9 (33,33 %)	5 (18,52 %)	6 (22,22 %)	3 (11,11 %)	7 (38,89 %)	4 (22,22 %)	2 (11,11 %)	1 (5,56 %)	
	Desconocido	3 (11,11 %)	9 (33,33 %)	15 (55,56 %)	16 (59,26 %)	0 (0,00 %)	3 (16,67 %)	12 (66,67 %)	15 (83,33 %)	
	Intensidad (media $\pm$ DE)	7,00 $\pm$ 2,83	8,0 $\pm$ 0,00	6,50 $\pm$ 1,73	6,00 $\pm$ 1,41	7,33 $\pm$ 1,15	6,50 $\pm$ 3,54	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	
Náuseas vómitos	Presente	6 (22,22 %)	2 (7,41 %)	0 (0,00 %)	1 (3,70 %)	5 (27,78 %)	2 (11,11 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	
	Desconocido	0 (0,00 %)	4 (14,81 %)	13 (48,15 %)	15 (55,56 %)	0 (0,00 %)	3 (16,67 %)	13 (72,22 %)	16 (88,89 %)	
	Intensidad (media $\pm$ DE)	4,00 $\pm$ 0,00	4,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	6,50 $\pm$ 0,71	4,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	
Prurito	Presente	3 (11,11 %)	0 (0,00 %)	1 (3,70 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	
	Desconocido	0 (0,00 %)	5 (18,52 %)	13 (48,15 %)	15 (55,56 %)	0 (0,00 %)	3 (16,67 %)	13 (72,22 %)	16 (88,89 %)	
	Intensidad (media $\pm$ DE)	7,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	
Dolor	Presente	1 (1,92 %)	11 (40,74 %)	6 (22,22 %)	2 (7,41 %)	5 (27,78 %)	2 (11,11 %)	2 (11,11 %)	0 (0,00 %)	
	Desconocido	0 (0,00 %)	2 (7,41 %)	12 (44,44 %)	16 (59,26 %)	0 (0,00 %)	3 (16,67 %)	13 (72,22 %)	16 (88,89 %)	
	Intensidad (media $\pm$ DE)	7,40 $\pm$ 0,89	6,00 $\pm$ 1,63	5,00 $\pm$ 1,41	0,00 $\pm$ 0,00	6,50 $\pm$ 0,71	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	0,00 $\pm$ 0,00	

DE: desviación estándar. OMVB: obstrucción maligna de la vía biliar.

Tabla IV. Número de ingresos y de visitas a urgencias tras primer episodio de OMVB, y lugar de fallecimiento.

Tabla 14. Número de ingresos, de visitas a urgencias tras primer episodio de SMI y lugar de fallecimiento.			
	Grupo 1	Grupo 2	p*
N.º ingresos tras primer episodio			
Mediana	1,00	0,00	0,190
[Mínimo-Máximo]	[0-,37]	[0,00-0,83]	
RIC	[0,00-2,02]	[0,00-1,34]	
Nº de visitas a urgencia tras primer episodio			
Mediana	1,00	0,00	0,065
[Mínimo-Máximo]	[0,00-1,52]	[0,00-1,00]	
RIC	[0,00-2,10]	[0,00- ,97]	
Lugar de fallecimiento			
Domicilio	5 (18,52 %)	6 (33,33 %)	0,114
UCPMLE	6 (22,22 %)	1 (5,56 %)	
UCPA	8 (29,63 %)	7 (38,89 %)	
Urgencias	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	
Hospital	8 (29,63 %)	3 (16,67 %)	

OMVB: obstrucción maligna de la vía biliar. RIC: rango intercuartílico. UCPA: Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos. UCPMLE: Unidad de Cuidados Paliativos de Media-Larga Estancia.

*Si $p > 0,05$, se acepta la hipótesis nula de ausencia de diferencias significativas entre variables de grupos 1 y 2.

Pocos estudios abordan la esfera de calidad de vida de estos pacientes en términos de sintomatología, situación funcional y uso de recursos sociosanitarios como los ingresos hospitalarios y visitas a urgencias^{1,2,15}. Robson y cols.²¹ describen, en un estudio prospectivo antes y después del drenaje percutáneo,

que disminuye el prurito pero no la calidad de vida. Crosara Teixeira y cols.¹⁶ también reflejan el alto porcentaje de readmisiones (60,6 %) y colangitis (60 %). En esta línea, en nuestro estudio se observa, como se menciona previamente, que estos pacientes con obstrucción presentan una carga importante de

síntomas y de limitación de la situación funcional previamente a la instauración de medidas paliativas sobre la obstrucción. Parece claro que en la mayoría de los casos presentan un claro deterioro funcional e importante sintomatología, y que la escasa mejoría que se puede esperar en estos aspectos se obtiene de igual forma con TC o DB.

Llama la atención la mayor frecuencia de dolor tras el tratamiento en el grupo sometido a drenaje. Asimismo, este mismo grupo presentó tendencia a más días de ingreso y más visitas a urgencias respecto al grupo de tratamiento conservador. El motivo principal de ingresos en ambos grupos fue la clínica relacionada con la OMVB (como colangitis o reaparición de la ictericia clínica o analítica).

Este trabajo tiene evidentes limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio de carácter retrospectivo, en el que se recogió información de las historias clínicas electrónicas, lo que conlleva una pérdida de valores que no se registran sistemáticamente (como los síntomas y su intensidad, así como la situación funcional). En segundo lugar, debido al bajo tamaño muestral, los valores perdidos por no estar recogidos en las historias clínicas y la división de la muestra en 2 grupos de estudio, no fue posible analizar inferencialmente todas las variables del estudio, ni realizar un adecuado análisis de factores que pudieran estar relacionados con el pronóstico de estos pacientes en sendos grupos de tratamiento.

En conclusión, la mediana de supervivencia de los pacientes con cáncer avanzado que sufren OMVB incluidos en nuestro estudio fue de un mes y medio, siendo algo mayor (aunque no de forma estadísticamente significativa) en los pacientes que fueron sometidos a DB. La sintomatología de los pacientes parecía mejorar parcialmente tanto en los pacientes tratados agresivamente como en los tratados de forma conservadora. Sin embargo, en los pacientes sometidos a drenaje se observó una tendencia (sin significación estadística) a un mayor número de visitas a urgencias e ingresos.

Resulta crucial poder ofrecer una información adecuada a los pacientes sobre lo que se puede esperar tras sufrir una OMVB con el objetivo de tomar decisiones clínicas basadas en expectativas realistas y en los deseos de los pacientes. Se precisan más estudios, preferiblemente prospectivos, para valorar la utilidad de los DB en pacientes con cáncer avanzado, establecer con más exactitud los factores pronósticos y valorar la repercusión clínica en los pacientes.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Ninguna.

REFERENCIAS

1. Fernandez y Viesca M, Arvanitakis M. Early diagnosis and management of malignant distal biliary obstruction: A review on current recommendations and guidelines. *Clin Exp Gastroenterol*. 2019;5:415-32.
2. Pu LZ, Singh R, Loong CK, de Moura EG. Malignant biliary obstruction: Evidence for best practice. *Gastroenterol Res Pract*. 2016;3296801.
3. Reisman Y, Gips CH, Lavelle SM, Wilson JH. Clinical presentation of (subclinical) jaundice--the Euricterus project in The Netherlands. United Dutch Hospitals and Euricterus Project Management Group. *Hepatogastroenterology*. 1996;43:1190-5.
4. Carriaga, MT, Henson DE. Liver, gallbladder, extrahepatic bile ducts, and pancreas. *Cancer*. 1995;75:171-90.
5. Boulay BR, Birg A. Malignant biliary obstruction: From palliation to treatment. *World J Gastrointest Oncol*. 2016;8:498-508.
6. Okamoto T. Malignant biliary obstruction due to metastatic non-hepato-pancreato-biliary cancer. *World J Gastroenterol*. 2022;28:985-1008.
7. Nichols SD, Albert S, Shirley L, Schmidt C, Abdel-Misih S, El-Dika S, et al. Outcomes in patients with obstructive jaundice from metastatic colorectal cancer and implications for management. *J Gastrointest Surg*. 2014;18:2186-91.
8. Boulay BR, Parepally M. Managing malignant biliary obstruction in pancreas cancer: Choosing the appropriate strategy. *World J Gastroenterol*. 2014;20:9345-53.
9. Kastelijn JB, van der Loos MA, Welsing PM, Dhondt E, Koopman M, Moons LM, et al. Clinical outcomes of biliary drainage of malignant biliary obstruction due to colorectal cancer metastases: A systematic review. *Eur J Intern Med*. 2021;88:81-8.
10. Dumonceau JM, Tringali A, Papanikolaou IS, Blero D, Mangiavillano B, Schmidt A, et al. Endoscopic biliary stenting: Indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline - Updated October 2017. *Endoscopy*. 2018;50:910-30.
11. Almadi MA, Barkun JS, Barkun AN. Stenting in malignant biliary obstruction. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2015;25:691-711.
12. Lorenz JM. Management of malignant biliary obstruction. *Semin Intervent Radiol*. 2016;33:259-67.
13. Ferraz Gonçalves JA, Rosendo E, Sousa L, Lopes AR, Leão I, Queirós R, et al. Complications of biliary drainage in patients with malignant biliary obstruction. *J Gastrointest Cancer*. 2021;52:1067-72.
14. Tuqan W, Innabi A, Alawneh A, Farsakh FA, Al-Khatib M. Prediction of survival following percutaneous biliary drainage for malignant biliary obstruction. *J Transl Int Med*. 2017;5:127-31.
15. Yuan P, Zhang L, Li S, Li X, Wu Q. Clinical results after biliary drainage by endoscopic retrograde cholangiopancreatography for analysis of metastatic cancer survival and prognostic factors. *Surg Endosc*. 2021;35:6220-6.
16. Crosara Teixeira M, Perez Mak M, Fernandes Marques D, Capareli F, Carnevale FC, Mota Moreira A, et al. Percutaneous transhepatic biliary drainage in patients with advanced solid malignancies: Prognostic factors and clinical outcomes. *J Gastrointest Cancer*. 2013;44:398-403.
17. García Sánchez MV, López Vallejos P, Pérez de Luque D, Naranjo Rodríguez A, Hervás Molina A, González Galilea A, et al. Biliopancreatic tumors: Patient survival and quality of life after palliative treatment. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96:305-14.
18. Glazer ES, Hornbrook MC, Krouse RS. A meta-analysis of randomized trials: Immediate stent placement vs. surgical bypass in the palliative management of malignant biliary obstruction. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47:307-14.
19. Song S, Gong S, Lei T, Tian H, Lu T, Lei C, et al. Comparative efficacy and safety of local palliative therapeutics for unresectable malignant biliary obstruction: A Bayesian network meta-analysis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2022;16:555-67.
20. He X, Zhu Y, Wang Y, Hao Y, Hong J. Advances in stent therapy for malignant biliary obstruction. *Abdom Radiol (NY)*. 2021;46:351-61.
21. Robson PC, Heffernan N, Gonen M, Thornton R, Brody LA, Holmes R, et al. Prospective study of outcomes after percutaneous biliary drainage for malignant biliary obstruction. *Ann Surg Oncol*. 2010;17:2303-11.