

Drenaje biliar guiado por ultrasonido endoscópico en obstrucción maligna distal del conducto biliar común



Endoscopic ultrasound-guided biliary drainage in malignant distal obstruction of the common bile duct

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el estándar de oro para el drenaje biliar y pancreático. Está reportado que el 10-15% es fallido por múltiples causas, entre las que se encuentran: tumores, estenosis ductal, fibrosis ampular, litiasis gigante, etc.^{1,2}. Los accesos alternativos biliares son el drenaje biliar percutáneo transhepático (DBPT) o la derivación quirúrgica (DQ); ambas técnicas con tasas de morbilidad elevadas³.

El ultrasonido endoscópico (USE) proporciona imágenes nítidas de la vía biliar y del conducto pancreático principal en tiempo real, así como de órganos extraintestinales^{4,5}.

Existen diferentes técnicas de drenaje de la vía biliar por USE en función a la ruta de acceso: el acceso anterógrado o colédoco-duodenostomía (CDS-USE) ya sea por vía transduodenal o transgástrica en obstrucciones distales⁶; el transentérico o hepato-gastrostomía (HG-USE) en obstrucciones proximales^{6,7} y el transpapilar o «Rendez-vous» (RV-USE), donde mediante ecoendoscopia se avanza vía anterógrada una guía hacia el ámpula nativa y posteriormente se cánula la vía biliar con duodenoscopio al lado del alambre guía, o bien se atrapa con asa^{8,9}. Maranki et al. reportan una tasa de éxito solo del 57%¹⁰, aunque Lee et al. mencionan una tasa del 94.1%¹¹.

A pesar de ser un procedimiento adecuado y exitoso, estas técnicas no están exentas de complicaciones, entre las que se incluyen: neumoperitoneo, peritonitis biliar, migración de la prótesis, hemorragia y sepsis¹².

Describimos 3 casos realizados en nuestro hospital utilizando estas técnicas como drenaje paliativo por enfermedad avanzada irresecable y CPRE fallida. El material utilizado en todos los casos fue: aguja fina de 19G EchoTip® Ultra (Cook Medical), guía de 0.035" y 480 cm de longitud Tracer Metro® Direct Wire Guide (Cook Medical), catéter Glo-Tip® de ERCP1 5.5 Fr (Cook Medical) y balón de expansión radial controlada de 7.5 Fr × 5.5 cm, con diámetros de inflado de 6-7-8 mm (Boston Scientific).

Caso 1

Varón de 70 años de edad, que acude a nuestro servicio por pérdida de peso de 6 meses de evolución, pruebas de funcionamiento hepático con colestasis e intolerancia a la vía oral. La tomografía computarizada de abdomen mostró masa en cabeza de páncreas y metástasis hepáticas. La CPRE fue fallida ante la imposibilidad de acceder a la segunda porción duodenal por infiltración tumoral. El USE demostró tumor en la cabeza del páncreas heterogéneo de 40 × 35 mm de diámetro, dilatación del conducto pancreático común hasta 6 mm y la vía biliar extrahepática de 14 mm, irresecable. Se realizó drenaje biliar por abordaje colédoco-duodenal. Se utilizó ecoendoscopio lineal (Pentax modelo EG-387OUTK®). Se puncionó el colédoco con aguja fina se inyecta medio

de contraste corroborando el sitio y se avanzó guía hidrofílica. Se fistulizó con catéter Glo-Tip® y se dilató con CRE hasta 8 mm. Se colocó endoprótesis biliar metálica autoexpandible WallFlex® totalmente cubierta 10 × 40 mm (Boston Scientific) con salida espontánea de bilis. Finalmente, con guía Savary-Guiliard® se avanzó una prótesis metálica autoexpandible intestinal no cubierta de 20 × 90 mm para permeabilidad intestinal. Se corroboró mediante fluoroscopia (fig. 1). El paciente evolucionó favorablemente. Fue enviado a domicilio para cuidados paliativos por enfermedad metastásica irresecable.

Caso 2

Mujer de 53 años de edad con ictericia progresiva, fiebre y pérdida de 9 kg de peso de 8 meses de evolución. La tomografía muestra tumor pancreático con extensión por infiltración duodenal y metástasis hepáticas. La CPRE fue fallida por la imposibilidad de canulación por friabilidad e infiltración tumoral en la papila mayor. El USE identificó masa en páncreas heterogénea de 80 × 80 mm de diámetro. Se decidió drenaje con técnica «Rendez-vous» (RV-USE). Se introdujo ecoendoscopio lineal en el bulbo duodenal se puncionó con aguja fina y se opacificó la vía biliar proximal y avance de guía hidrofílica. Mediante fluoroscopia se introdujo la guía anterógradamente hacia dirección ampular hasta colocarla en la luz intestinal. Se introdujo duodenoscopio y se realizó la canulación retrógrada adyacente a la guía con esfinterotomo. Se realizó esfinterotomía corta (5 mm) y colocación de endoprótesis biliar WallFlex® cubierta de 10 × 60 mm con salida de bilis por la misma (fig. 2). La paciente fue egresada a las 24 h a domicilio sin datos de complicaciones u obstrucción biliar.

Caso 3

Mujer de 84 años de edad con pérdida de peso de 10 kg, ictericia y fiebre intermitente de 4 meses de evolución. Acude referida por colangitis grave. El USE reportó tumor en páncreas de 40 × 50 mm de diámetro, heterogéneo con infiltración del confluente espleno-portal. Se realizó drenaje colédoco-duodenal por CPRE fallida.

Se colocó USE lineal en bulbo duodenal observando la vía biliar intrahepática dilatada y la extrahepática de 13 mm de diámetro. Se puncionó con aguja fina y se avanzó la guía. Se fistulizó con catéter Glo-Tip® y luego con balón CRE, hasta 6 mm. Finalmente se avanzó endoprótesis biliar plástica doble cola de cochino 40 mm × 10 Fr (Cook Medical). Se logró drenaje biliar técnicamente exitoso.

Al día de hoy, el drenaje biliar guiado por ecoendoscopia es una alternativa al drenaje fallido por CPRE, en pacientes con obstrucción biliar distal maligna. Se considera una técnica de segunda línea, aunque la realidad es que no se ha implementado en todos los centros por no contar con ecoendoscopia, utilizándose todavía los drenajes quirúrgicos y/o radiológicos.

A pesar de ser un procedimiento complejo, el drenaje biliar por USE tiene una tasa de éxito técnico y clínico similar al drenaje quirúrgico, pero con menor tasa de complicaciones. Para ello se requiere de una selección cuidadosa del paciente, operadores con experiencia, un equipo multidisciplinario, así como accesorios adecuados.

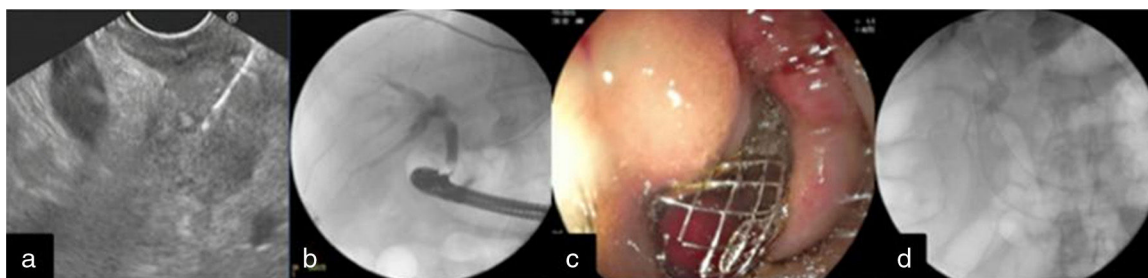


Figura 1 a) Vista por el USE de tumor pancreático y BAAF; b) Imagen por fluoroscopia de acceso a la vía biliar mediante punción guiada por el USE; c) Colocación de prótesis intestinal en la 2.^a porción duodenal, y d) Prótesis (biliar e intestinal) colocadas.



Figura 2 a) Punción guiada por el USE de la vía biliar con apoyo fluoroscópico y avance de guía hacia duodeno; b) Técnica de «Rendez-vous» y canulación de la vía biliar; c) Colocación de prótesis metálica biliar, y d) Visión fluoroscópica de la colocación de la endoprótesis biliar metálica autoexpandible.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Ponchon T. Diagnostic endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Endoscopy*. 2000;32:200–8.
- Schofl R. Diagnostic endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Endoscopy*. 2001;33:147–57.
- Hyun Park D. Endoscopic-ultrasonography-guided hepaticogastrostomy. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2012;22:271–80.
- Weilert F, Binmoeller K. Endoscopic ultrasound assisted pancreatobiliary access. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2015;25:805–26.
- Giovannini M, Mourtardier V, Pesenti C, et al. Endoscopy ultrasound guided bilioduodenal anastomosis: A new technique for biliary drainage. *Endoscopy*. 2001;33:898–900.
- Membrillo A. Ultrasonido endoscópico. Ciudad de México: Editorial Alfíl. Ed 2013.
- Artifon EL, Marson FP, Gaidhane M, et al. Hepaticogastrostomy or choledochoduodenostomy for distal malignant biliary obstruction after failed ERCP: Is there any difference. *Gastrointest Endosc*. 2015;81:950–9.
- Iwashita T. Endoscopic ultrasonography-guided biliary drainage: Rendez vous technique. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2012;22:249–58.
- Khashab MA, Levy MJ, Itoi T, et al. EUS guided biliary drainage. *Gastrointest Endosc*. 2015;82:993–1001.
- Maranki J, Hernández AJ, Arslan B, et al. Interventional endoscopic ultrasound-guided cholangiography: Long-term experience of an emerging alternative to percutaneous transhepatic cholangiography. *Endoscopy*. 2009;41:532–8.
- Lee TH, Choi JH, Park do H, et al. Similar efficacies of endoscopic ultrasound-guided transmural and percutaneous drainage for malignant distal biliary obstruction. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016; 14:1011-1019.e3.
- Álvarez MV, Jenssen C, Faiss S, et al. Interventional endoscopic ultrasonography: An overview of safety and complications. *Surg Endosc*. 2014;28:712–34.

A. Membrillo-Romero*, M.L. Altamirano-Castañeda y A. Muñoz-Bautista

Departamento de Endoscopia, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Departamento de Endoscopia, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Av. Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, Ciudad de México, México. Teléfono: +56276900, Ext. 21318.

Correo electrónico: membrile@yahoo.com.mx (A. Membrillo-Romero).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.09.002>
0375-0906/

© 2017 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).