

Drenaje biliar endoscópico

Dres. Horacio Gutiérrez Galiana¹, Daniel Taullard², Ivanah Kliche³

Resumen

Se presenta la experiencia inicial del drenaje endoscópico de la vía biliar (DBE) utilizando 2 técnicas: DBE externo con sonda nasobiliar en 2 pacientes y DBE interno o endoprótesis en 3 casos. Las indicaciones fueron, colangitis por litiasis en los 2 casos de DBE externo.

El DBE interno se utilizó en un caso de estenosis de vía biliar por neoplasma de páncreas, otro de estenosis de vía biliar por neoplasma de vesícula y un caso de litiasis coledociana con contraindicaciones quirúrgicas.

Los resultados iniciales son muy buenos para el DBE externo en las colangitis y DBE interno por neoplasma. Deben evaluarse los resultados a largo plazo de este último grupo.

Palabras clave: Vía biliar – drenaje
Vía biliar – endoscopia.

Summary

Initial experience in endoscopic drainage of biliar viae is presented. Two techniques were used: external EBD with nasobiliary probe in two patients and internal EBD or endoprosthesis in 3 cases. In the two external EBD cases the indication was cholangitis due to lithiasis. Internal EBD was employed in a case of biliar viae stenosis due to pancreatic neoplasm in one case and due to gall-bladder neoplasm in another, and a case of choledochal lithiasis with surgical counterindications. Very good initial results were obtained for external EBD in cholangitis and internal EBD in neoplasms. Long-term results in this last group must be evaluated.

Introducción

Con la colangiografía endoscópica retrógrada y la esfinterotomía se abren las puertas al árbol biliar por

vía endoscópica, intentándose luego por este procedimiento drenar la vía biliar. Surge entonces en 1976 (Nagai,⁽¹⁾) el primer drenaje biliar externo mediante sonda nasobiliar para tratamiento de la colangitis. Inmediatamente se trata de decomprimir el árbol biliar en las obstrucciones malignas y, como el drenaje nasobiliar sirve solamente para cortos plazos, se crean las endoprótesis o drenaje biliar interno. La endoprótesis es más corta y presenta menos resistencia al fluido de bilis, permitiendo mejor drenaje al duodeno evitando la pérdida de bilis y el discomfort de un tubo al exterior.

En nuestro medio hemos realizado los primeros 5 procedimientos de drenaje biliar endoscópico.

Material y método

Se seleccionan 5 pacientes de alto riesgo quirúrgico, portadores todos ellos de ictericia obstructiva subhepática, 3 de origen litiasico y 2 por obstrucción neoplásica. En 2 litiasis coledocianas con colangitis (casos N° 1 y 2) se coloca DBE externo con sonda nasobiliar y en 1 caso de litiasis (caso N° 3) y 2 obstrucciones neoplásicas (casos N° 4 y 5) se coloca DBE interno o endoprótesis de 7 French.

Se utiliza fibroduodenoscopia Olympus JF1T10 y Fujinon DUO XL3, set de Wilson Cook con endoprótesis tipo «pigtail» y sonda nasobiliar (SNB) de 7 French de calibre.

Luego de realizada la ERCP y determinado el diagnóstico, se realiza esfinterotomía y se pasa guía fina dentro de la vía biliar. Sobre la guía se introduce la SNB controlando su ubicación bajo radioscopia para luego retirar la guía y pasar la sonda por la nariz. La endoprótesis se colocó de modo similar, siendo en 2 casos necesario pasar un dilatador previo para calibrar la estenosis neoplásica, dejando el tubo fijado en la vía biliar principal por sus dos extremos curvos tipo «cola de chanco», que impiden el ascenso en la vía biliar o que se pierda en el duodeno.

Clinica de Nutrición y Digestivo Prof. Dr. Lorenzo Peri. Facultad de Medicina. Montevideo.

¹ Profesor Adjunto. ² Asistente. ³ Médico Postgrado.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 20 de diciembre de 1989.

Correspondencia: Dr. Horacio Gutiérrez. Br. Artigas 1631 (901). CP 11200. Montevideo, Uruguay.

Resultados

Los resultados inmediatos fueron en todos los casos buenos, logrando reducir ostensiblemente la ictericia y una mejoría clínica en los casos de colangitis.

En el caso N° 1, paciente de 91 años, se dejó la SNB durante una semana, con lavados diarios e instilación de antibióticos. Al realizar el control colangiográfico se comprueba que persiste litiasis de aprox. 20 mm, por lo que se amplía la esfinterotomía y se retira el DBE externo. A las 48 hs la paciente expulsa con las heces el cálculo y se da de alta en buenas condiciones.

El caso N° 2, de 75 años, con cirrosis hepática descompensada con ascitis e ictericia, se coloca SBN para tratamiento de su colangitis litiasica, previa esfinterotomía con extracción de varios cálculos. Se retira la SNB a las 2 semanas habiendo logrado la mejoría clínica del paciente, logrando compensar su hepatopatía crónica y planteando ahora el tratamiento quirúrgico definitivo, pues presentaba vesícula litiasica in situ.

El caso N° 3, mujer de 78 años, presenta litiasis coledociana que no se logra extraer vía endoscópica por lo que se coloca endoprótesis de 7 Fr hasta plantear su tratamiento quirúrgico definitivo.

El caso N° 4, mujer de 93 años con neoplasma de cabeza de páncreas con ictericia de 28 mg% de bilirrubina total, se coloca endoprótesis de 7 Fr logrando desaparición total de la ictericia en 5 días, dándole el alta en buenas condiciones.

El caso N° 5, mujer de 80 años portadora de un neoplasma de vesícula con infiltración del pedículo hepático, en fase terminal, con ictericia obstructiva con bilirrubinas de 30 mg%, que presenta además litiasis coledociana. Se intenta extraer la litiasis por vía endoscópica pero el cálculo no pasa por el cólico estenosado por la infiltración neoplásica.

Se coloca endoprótesis de 7 Fr que mejora la ictericia.

Comentarios

Con esta experiencia inicial hemos evidenciado que el DBE es un método de rápida realización, de bajo riesgo para el enfermo y que permitió un drenaje correcto de la vía biliar.

En los casos de litiasis coledociana con colangitis supurada, el drenaje nasobiliar, es un procedimiento muy efectivo, mejorando al paciente en pocas horas, posibilitando someterlo al tratamiento quirúrgico definitivo en mejores condiciones.

En las estenosis benignas o malignas de la vía biliar también puede utilizarse como decompresión de la misma, previa a la cirugía definitiva. Este procedimiento carece de las desventajas del drenaje percu-

táneo, como es la posible peritonitis por bilis infectada, la hemorragia por punción hepática, la hemobilia o la infección. La SNB es de fácil manejo, similar a un tubo de Kehr, permitiendo realizar también lavados e infusión de antibióticos, controles colangiográficos y eventual disolución química de litiasis.

DBE interno o endoprótesis. La primera endoprótesis fue colocada por Sohendra en 1979⁽²⁾. El mismo autor comunica 1500 procedimientos realizados hasta 1989.

Los resultados inmediatos son similares al DBE externo.

Los resultados a largo plazo dependen de la oclusión inevitable del tubo que siempre se acompaña de colangitis. Esto lleva al uso de prótesis de mayor diámetro con tubos rectos (tipo Amsterdam) con diámetros de hasta 15 Fr. Estas endoprótesis deben ser cambiadas cada varios meses (4 a 6 meses) a fin de evitar la obstrucción de la misma.

En nuestra inicial experiencia los resultados inmediatos han sido muy favorables, pero deben evaluarse todavía los resultados a largo plazo. No han habido complicaciones ni mortalidad debido al método. En la bibliografía se destaca la colangitis como la complicación más frecuente⁽³⁻⁶⁾, generalmente debida a pseudomonas. La sepsis de este origen en una obstrucción neoplásica tiene aproximadamente un 30% de mortalidad.

Conclusiones

El Drenaje Biliar Endoscópico externo e interno ha demostrado ser una solución rápida, de bajo riesgo y efectiva para el tratamiento preoperatorio o coadyuvante al tratamiento endoscópico definitivo de las colangitis litiasicas y para la decompresión inicial de la vía biliar en las obstrucciones neoplásicas, debiendo evaluarse los resultados a largo plazo de la misma.

Bibliografía

1. Nagai N, Toki F et al. Continuous endoscopic pancreato choledochal catheterization. *Gastrointest Endosc* 1976; 23: 78.
2. Sohendra N, Reynders-Frederix V. Palliative gallengndrainage. *Dtsch Med Wochenschr* 1979; 104: 206.
3. Hagenmuller F. Results of endoscopic bilioduodenal drainage in malignant bile duct stenosis. In: Classen M, Geenen J, Rawal K eds. *Nonsurgical biliary drainage*. New York: Springer Verlag, 1985.
4. Huibregtse K, Tytgat GN. Palliative treatment of obstructive jaundice by transpapillary introduction of large bore bile duct endoprosthesis. *Gut* 1982; 23: 371.
5. Laurence BH, Cotton PB. Decompression of malignant biliary obstruction by duodenoscopic intubation of the bile duct. *Br Med J* 1980; 280: 522.
6. Sohendra N, Reynders-Frederix V. Palliative bile duct drainage. A New endoscopic method of introducing a transpapillary drain. *Endoscopy* 1980; 12: 8.