

Tratamiento combinado percutáneo-colangioscópico de coledocolitiasis gigante en paciente con ascenso colónico

Autores Jorge Landaeta¹ , Virginia Armas² , Carolina Manzo¹, Laura Peña¹, Carla Dias³ 

Afiliación 1 Policlínica Metropolitana. Caracas, Venezuela.
2 Policlínica Metropolitana – GastroExpress. Caracas, Venezuela.
3 Grupo Médico Santa Paula. Caracas, Venezuela.

Autora de Correspondencia: Dra. Carla Dias. Correo: carladiasgastro@gmail.com ORCID: [0000-0003-3359-3132](https://orcid.org/0000-0003-3359-3132)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2022; 76(3): 116-118.
© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.
Fecha de recepción: 26/10/2021 **Fecha de revisión:** 22/01/2022

Fecha de Aprobación: 05/03/2022

Resumen

Aproximadamente el 90% de los cálculos biliares pueden tratarse con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Existen situaciones como: obstrucción tumoral, alteraciones anatómicas y pacientes con anatomía alterada quirúrgicamente en las que no es posible el tratamiento endoscópico. En estos casos el tratamiento puede ser endoscópico (Enteroscopia), quirúrgico, radiológico o combinado. Presentamos el caso de una mujer de 60 años, con antecedente de ingestión de cáustico, con quemadura de esófago y estómago, ameritando esófago-coloplastia retroesternal; presenta desde noviembre 2020, cuadros ictero-obstrutivo, colangitis a repetición y dolor refractario a tratamiento, es referida a nuestro centro con diagnóstico de síndrome ictero-obstrutivo secundario a litiasis coledociana y litiasis vesicular múltiple, se realiza discusión multidisciplinaria (cirugía–radiología intervencionista– gastroenterología) y se decide abordaje combinado transparietohepático-colangioscópico. Primero se realiza colangiografía transparieto hepática previo acceso percutáneo con introductor corto de 12Fr, observando litiasis coledociana gigante y litiasis vesicular múltiple con salida de bilis espesa, se avanza catéter de drenaje externo – interno, hasta asa intestinal. En segundo tiempo se realiza dilatación a 14Fr, colocando catéter de drenaje externo - interno de 14Fr. En tercer tiempo se accede a la vía biliar de forma percutánea con coledoscopia, observando en vía biliar principal defecto de plenificación gigante, se realiza esfinteroplastia. Seguidamente radiología intervencionista realiza cambio a introductor peel way 14Fr para facilitar paso del coledoscopia, a través del cual se pasa sonda laser, realizando litotripsia laser-mecánica. Seguidamente se introduce cesta de Dormia para avance de restos de litos hacia duodeno a través de papila duodenal.

Palabras clave: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, colangiografía transparietohepática, coledocolitiasis, anatomía modificada – ascenso colónico, litotripsia.

COMBINED PERCUTANEOUS-CHOLANGIOSCOPIC TREATMENT OF GIANT CHOLEDOCHOLITHIASIS IN A PATIENT WITH COLONIC ELEVATION

Summary

Approximately 90% of gallstones can be treated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). There are situations such as: tumor obstruction, anatomical alterations and patients with surgically altered anatomy in which endoscopic treatment is not possible. In these cases the treatment can be endoscopic (Enteroscopy), surgical, radiological or combined. We present the case of a 60-year-old woman, with a history of caustic ingestion, with burns of the esophagus and stomach, requiring retrosternal esophagocoloplasty; presents since November 2020, ictero-obstructive pictures, recurrent cholangitis and refractory pain to treatment, is referred to our center with a diagnosis of ictero-obstructive syndrome secondary to choledochal lithiasis and multiple gallstones, multidisciplinary discussion is carried out (surgery - interventional radiology - gastroenterology) and a combined transparietohepatic - cholangioscopic approach was decided. First, a transparietohepatic cholangiography was performed after percutaneous access with a short 12Fr introducer, observing giant choledochal lithiasis and multiple gallstones with thick bile outflow, an external-internal drainage catheter was

advanced, up to the intestinal loop. In the second stage, a 14Fr dilation is performed, placing an external-internal 14Fr drainage catheter. In the third stage, the bile duct was accessed percutaneously with a choledoscope, observing the main giant plenification defect in the bile duct, sphincteroplasty was performed. Next, interventional radiology changes to the 14Fr peel way introducer to facilitate passage of the choledoscope, through which a laser probe is passed, performing laser-mechanical lithotripsy. Next, a Dormia basket is introduced to advance the stone remains towards the duodenum through the duodenal papilla.

Keywords: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, transparietohepatic cholangiography, choledocholithiasis, modified anatomy - colonic ascent, lithotripsy.

Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el tratamiento estándar para la coledocolitiasis y otras patologías de las vías biliares, y se utiliza en aproximadamente 90% de estos casos¹. En manos de un endoscopista experto, se ha informado que la tasa de éxito técnico está entre 90% y 95%². Pero existen situaciones, como la obstrucción tumoral de las vías biliares, en pacientes con anatomía alterada y aquellos con anatomía alterada quirúrgicamente, en las que la CPRE puede no ser posible. En estos casos, los métodos alternativos tratamiento pueden ser endoscópico (Enteroscopia), quirúrgico, radiológico y/o combinado. La elección dependerá del estado clínico del paciente, así como de las características morfológicas y ubicación de la litiasis³.

La colangioscopia transhepática percutánea (PTCS, por sus siglas en inglés) es un enfoque para tratar a estos pacientes con anatomía modificada, generalmente realizado en forma combinada (percutáneo – endoscópico). Después de obtener acceso percutáneo al árbol biliar, se puede insertar el colangioscopio en el hígado para visualizar los conductos biliares a través del trayecto percutáneo existente. Se identifican los cálculos y se pueden tratar mediante litotricia (láser, electrohidráulica o mecánica), extracción percutánea o barrido con balón de los cálculos hacia el duodeno⁴. Estas técnicas se han descrito en la bibliografía como opciones de tratamiento seguras y eficaces para pacientes con cálculos biliares complejos que no son susceptibles de CPRE⁵. Este es el primer caso de tratamiento combinado percutáneo - colangioscópico de coledocolitiasis gigante en paciente con ascenso colónico.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente femenino de 60 años, con antecedente de ingestión de cáustico, hace 17 años, con quemadura extensa de esófago y estómago, que ameritó realización de esofago-coloplastia retroesternal, neoestómago con anastomosis yeyuno latero-lateral y anastomosis colo-

colónica latero-lateral más yeyunostomía, la cual se cerró posterior a la intervención. Presenta desde noviembre de 2020, cuadros de síndrome ictero-obstrutivo y colangitis a repetición, asociado a dolor en hipocondrio derecho refractario a tratamiento, es referida a nuestro centro con diagnóstico de síndrome ictero-obstrutivo secundario a litiasis coledociana y litiasis vesicular múltiple, se realiza discusión multidisciplinaria del caso (cirugía – radiología intervencionista – gastroenterología) y se decide abordaje combinado transparietohepático - colangioscópico. En primer tiempo se realiza colangiografía transparieto hepática previo acceso percutáneo con introductor corto de 12Fr guiado con guía ultra stiff y por medio del cual se observa presencia de litiasis coledociana gigante y litiasis vesicular múltiple con salida de bilis espesa, por lo que se avanza catéter de drenaje externo – interno, que se pasa hasta asa intestinal. En segundo tiempo se realiza dilatación a 14Fr, posterior a la cual se coloca catéter de drenaje externo - interno de 14 Fr. En tercer tiempo se accede a la vía biliar de forma percutánea con coledoscopio Olympus CHS tipo CE30L, a través del cual se pasa guía hidrofílica 0,035 mm, y se instila contraste hidrosoluble al 65% observando en vía biliar principal presencia de defecto de plenificación de gran tamaño compatible con litiasis coledociana gigante, seguidamente se realiza esfinteroplastia. Posteriormente radiología intervencionista realiza cambio de introductor 14Fr más largo y colocación externa de introductor peel way 14Fr para facilitar paso del coledoscopio; a través del cual se procede al paso, por el canal de trabajo, de equipo sonda laser Luminis Holmium versa pulse 20w, realizando litotripsy laser-mecánica. Seguidamente se introduce cesta de Dormia para avance de restos de litos hacia duodeno a través de papila duodenal.

Discusión

El abordaje de la vía biliar ha evolucionado, enormemente, desde el momento en que la cirugía abierta era la única opción, pasando por el desarrollo del drenaje biliar percutáneo, la exploración biliar laparoscópica y el gran avance que implicó la CPRE, así como la ultrasonografía endoscópica; con todas estas herramientas la visión y el enfoque clínico de la obstrucción biliar han cambiado en forma importante.

En pacientes con anatomía modificada la combinación de abordajes para acceder a la vía biliar ha venido ganando popularidad^{6,7}. Estos abordajes combinados en los que se logra avanzar una guía en algún punto de la vía biliar hasta su terminación en el duodeno y que es posteriormente recuperada por vía endoscópica, han sido llamados con la expresión francesa Rendez vous, que alude a un “encuentro o cita”⁸. También en pacientes con anatomía modificada compleja, como en el caso presentado (ascenso colónico), el abordaje terapéutico puede realizarse en forma combinada percutáneo transparietohepático - colangioscópico.

En nuestro caso la PTCS, realizada en forma combinada (percutáneo – endoscópico), nos permitió, después de obtener

el acceso percutáneo de la vía biliar, puede insertar el colangioscopio en el hígado para visualizar los conductos biliares a través del trayecto percutáneo existente. Lográndose identificar los cálculos y tratarlos mediante litotripsia láser, y con la cesta de Dormia se logró el avance de los cálculos hacia el duodeno. Esta técnica se ha descrito en la bibliografía como una opción de tratamiento segura y eficaz para pacientes con cálculos biliares complejos que no son susceptibles de CPRE^{5,10}.

La litotripsia laser y la litotripsia electrohidráulica guiada por colangiografía percutánea transparietohepática son alternativas a los tratamientos quirúrgicos en casos de anatomía modificada.

La litotripsia intraductal, ya sea electrohidráulica o por laserterapia, permite la fragmentación de los cálculos en la misma sesión endoscópica en la que se fracasa en la extracción convencional. Su principal inconveniente es que se requiere un estrecho contacto entre la sonda y el cálculo para evitar dañar la pared del ducto biliar, lo que excluye a pacientes con cálculos intrahepáticos o proximales a una estenosis. Así mismo, requiere personal muy cualificado y coledoscopios obaby scopes, cuyo precio resulta prohibitivo incluso para centros de referencia.

La PTCS es un método seguro y eficaz para evaluar el árbol biliar y extraer los cálculos biliares, en los casos con síndrome ictero-obstrutivo y colangitis persistente de los pacientes anatómicamente complejos, en los que la CPRE puede ser inadecuada¹⁰.

El manejo óptimo de la coledocolitiasis en pacientes con anatomía modificada sigue siendo una tarea desafiante que requiere un equipo multidisciplinario experimentado de gastroenterólogos, cirujanos y radiólogos.

Referencias

1. Neuhaus H. Endoscopic and percutaneous treatment of difficult bile duct stones. *Endoscopy* 2003;35: S31-4.
2. Huibregtse K. Complications of endoscopic sphincterotomy and their prevention. *N Engl J Med* 1996; 335:961.
3. Ray AA, Davies ET, Denstedt JD, Razvi H, Denstedt JD. The management of treatment-resistant biliary calculi using percutaneous endourologic techniques. *Can J Surg* 2009; 52:407-12.
4. Ponchon T, Genin G, Mitchell R, Henry L, Bory RM, Bodnar D, et al. Methods, indications and results of percutaneous choledochoscopy: A series of 161 procedures. *Ann Surg* 1996; 1:26-36.
5. Williams E, Beckingham I, Young T, El Sayed G, Gurusamy K, Sturges R, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut* 2017; 66:765-82.
6. Morino M, Baracchi F, Miglietta C, Furlan N, Ragona R, Garbarini A. Preoperative endoscopic sphincterotomy versus laparoendoscopic Rendez vous in patients with gallbladder and bile duct stones. *Ann Surg*. 2006;244(6):889-96.
7. Swahn F, Nilsson M, Arnelo U, Matthias L, Persson G, Enochsson L. Rendezvous cannulation technique reduces post-ERCP pancreatitis: a prospective nationwide study of 12,718 ERCP procedures. *Am J Gastroenterol*. 2013;108 (4):552-9.
8. Diccionario Espasa Grand: Español-Francés Français-Espagnol. Madrid: Espasa-Calpe S.A. 2000.
9. Zuleta, M., Gutierrez, O., Jaramillo, M. Case series: Management of difficult gallstones obstructing bile ducts. *Rev Col Gastroenterol* 2015;30(4) :461-468.
10. Tibana TK, Grubert RM, Silva CMDR, Fornazari VAV, Nunes TF. Percutaneous cholangioscopy for the treatment of choledocholithiasis. *Radiol Bras* 2019;52(5):314–315.