

Punción suprapapilar para acceso biliar en cáncer avanzado de papila y coagulopatía grave

Artifon E,^{1,2} Couto DS,^{1,3} Navarro A¹

¹ Serviço de Endoscopia Digestiva, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo.

² Unidade de Endoscopia Biliopancreática e Ecoendoscopia do Hospital Ana Costa, Santos, São Paulo.

³ Serviço de Endoscopia do Hospital Estadual de Sapopemba HESAP-FMUSP.

Correspondencia: Everson L. A. Artifon. Serviço Endoscopia Digestiva, Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 255. 6º Andar, Bloco C. São Paulo, Brazil. *Correo electrónico:* eartifon@hotmail.com

Fecha de recibido: 09 septiembre 2008 • Fecha aprobado: 10 marzo 2009

Resumen

La canulación biliar para realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), puede ser técnicamente difícil en pacientes con cáncer avanzado de papila por razones anatómicas y la esfinterotomía está contraindicada cuando el paciente es portador de una coagulopatía grave. En estos casos, el drenaje endoscópico de la vía biliar puede fracasar. El objetivo de este trabajo es informar la técnica de punción suprapapilar para acceso biliar utilizando el catéter de Artifon®, en un paciente de alto riesgo, con extensa neoplasia periampular en el cual la canulación convencional falló.

Palabras clave: punción suprapapilar, neoplasia periampular, coagulopatía, colangiopancreatografía endoscópica, catéter.

Abstract

Biliary cannulation to perform endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) may be difficult in patients with advanced papillary cancer, due to anatomical and technical reasons. Sphincterotomy may be contraindicated in severe coagulopathy. We report a recently described technique of suprapapillary puncture for biliary access with use of an Artifon's catheter for biliary access in a high-risk patient with coagulopathy and periampullary neoplasm.

Key words: suprapapillary puncture, periampullary neoplasm, coagulopathy, cholangiopancreatography, catheter.

Introducción

En pacientes con neoplasias ampulares, la canulación del ducto biliar es frecuentemente difícil y muchas veces no exitosa. Ante una canulación fallida, las opciones de drenaje biliar pueden ser el drenaje percutáneo, la cirugía o la punción guiada por ultrasonido endoscópico. Estas técnicas pueden estar asociadas con mayores riesgos, mayor

tasa de infecciones y limitaciones en las actividades diarias rutinarias, que globalmente impactan en forma adversa el bienestar del paciente y su calidad de vida. Por otra parte, la esfinterotomía endoscópica estaría contraindicada en presencia de coagulopatía grave, dado el elevado riesgo de hemorragia intra y posprocedimiento, el cual se reduciría al efectuar sólo punción. El objetivo

Imagen 1.

Gran masa ampular ulcerada, ocluyendo la apertura del ducto biliar.

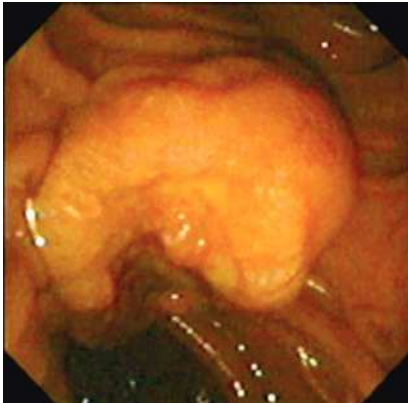
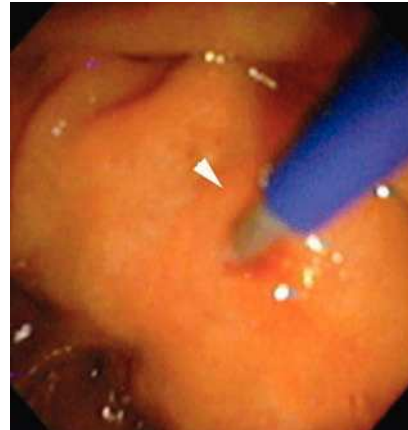


Imagen 2.

Usando un catéter de Artifon® se obtuvo acceso al conducto biliar, insertando la aguja sobre el área de máximo abultamiento.



de nuestro trabajo es informar la técnica de punción suprapapilar para acceso biliar con el uso del catéter de Artifon®, en un paciente con neoplasia periampular avanzada y coagulopatía grave.¹⁻³

Presentación del caso

Se trata de un hombre de 74 años, con antecedente de hepatopatía crónica y colecistectomía antigua, que consultó por ictericia obstructiva y dolor abdominal leve de un mes de evolución. En las últimas 24 horas cursó con fiebre, lo que motivó su hospitalización. Al examen físico, presentaba dolor leve a la palpación en el hipocondrio derecho, la temperatura axilar era de 38° C, con leve hipotensión que fue corregida con aporte de fluidos endovenosos. En sus exámenes de laboratorio destacaba una biometría con hemoglobina de 9.2 g/dL, hematocrito de 28%, leucocitos de 4,520 células/dL y plaquetas de 38,000 células/dL, INR (razón internacional normalizada) 4.5, bilirrubina total 11 g/dL, bilirrubina directa 8.7 g/dL y fosfatasa alcalina 245 UI/L. El ultrasonido hepático mostró dilatación de vía biliar extra e intrahepática, midiendo 20 mm a nivel de colédoco. La tomografía computada, además de la dilatación de la vía biliar, mostró signos de estenosis significativa en colédoco distal, con sospecha de lesión tumoral a nivel periampular. Debido a la presencia de fiebre y la sospecha de colangitis, ante la probabilidad de

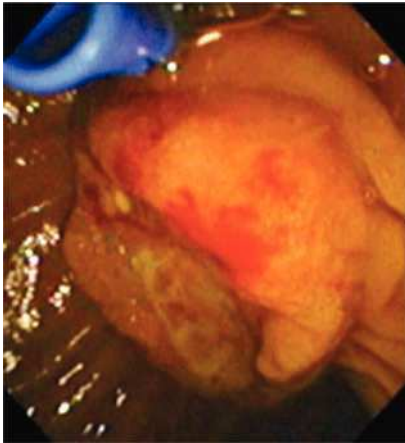
empeoramiento clínico se decidió aportar plasma fresco y concentrado de plaquetas, antibióticos endovenosos y programar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) de urgencia.

En la duodenoscopia se observó una lesión tumoral de papila, elevada, indurada y ulcerada, de aproximadamente 4 cm de eje mayor (**Imagen 1**). No fue posible canular la vía biliar por la vía endoscópica tradicional y no se intentó efectuar precorte debido a la alteración de los parámetros de coagulación.

En este caso, se decidió efectuar el acceso mediante punción suprapapilar, con un catéter de polietileno especialmente diseñado (catéter de Artifon®), que posee una aguja de 18G y una vaina metálica flexible en su extremo distal, que permite la punción del conducto biliar y la inserción de una guía de 0.025/0.018 pulgadas.¹ Con el duodenoscopio posicionado y rectificado en la segunda posición duodenal, el catéter Artifon® de punción papilar es avanzado por el canal de trabajo y exteriorizado hacia el lumen duodenal, posicionándolo en dirección craneolateral, correspondiente a la posición normal del eje biliar. La punción se efectuó en el punto correspondiente al tercio proximal, de la línea imaginaria entre el pliegue transversal y el ostium papilar (**Imagen 2**). Una vez confirmada la salida de bilis por aspiración a través del

Imagen 3.

Canulación exitosa e instalación de la prótesis plástica de 10 F, para la descompresión biliar.



catéter, se introdujo una guía de 0.025/0.018 pulgadas y bajo visión radiográfica se observó su fácil ascenso en forma paralela a la columna vertebral. A continuación se contrastó la vía biliar, confirmando la dilatación intra y extrahepática, sin otro factor obstructivo adicional a la neoplasia de papila. Sobre guía se introdujo un balón de dilatación de 8 mm para realizar la dilatación en el sitio de punción y finalmente se implantó una prótesis plástica de 10 F (**Imagen 3**). No se observó hemorragia significativa inmediata ni tardía. Tampoco se presentaron otras complicaciones asociadas al procedimiento. El diagnóstico histopatológico de la lesión fue adenocarcinoma ampular.

Discusión

Este nuevo procedimiento representa una alternativa segura y de bajo costo para obtener acceso al

conducto biliar y realizar procedimientos terapéuticos, sin las complicaciones por daño térmico y pancreatitis aguda, asociada a la esfinterotomía.

La técnica de punción suprapapilar tiene una tasa de éxito descrita de 89% en cateterizar la vía biliar y se considera un máximo de 5 punciones antes de considerar el fracaso de la técnica.^{3,4} Es muy importante que una vez realizada la punción, la guía logre avanzar fácilmente. En caso que esto no ocurra, se deben efectuar movimientos laterales suaves, para conseguir este propósito.

En este caso específico, resultó imposible la canulación convencional, debido a la deformación y estenosis provocada por la neoplasia papilar y la limitación dada por la coagulopatía severa, contraindicaba otro tipo de alternativas de acceso, como el precorte. Un reporte previo describió una punción papilar en un paciente con neoplasia papilar con aguja de Barón, pero sin lograr implantar la guía a través del catéter, debiendo introducirla por el orificio resultante de la punción.⁵ En nuestro caso, el catéter especialmente diseñado para ese propósito, permitió efectuar todas las etapas terapéuticas en forma segura y efectiva. De acuerdo con este caso, proponemos que la técnica de punción suprapapilar puede ser una alternativa efectiva en el acceso a la vía biliar de pacientes de alto riesgo, portadores de neoplasia periampular, con fracaso previo de la canulación convencional.

Bibliografía

1. Artifon ELA, Hondo FY, Sakai P, Ishioka S. A new approach to the bile duct via needle puncture of the papillary roof. *Endoscopy* 2005;37:1158.
2. Caletti GC, Vandelli A, Bolondi L *et al.* Endoscopic retrograde cholangiography (ERC) through artificial endoscopic choledocho-duodenal fistula. *Endoscopy* 1978;10:203-6.
3. Artifon ELA, Sakai P, Cardillo GZ, Ishioka S. Suprapapillary needle puncture for common bile duct access: laboratory profile. *Arq Gastroenterol* 2006;43:299-304.
4. Artifon ELA, Sakai P, Ishioka S, Hondo FY, Raju GS. Suprapapillary puncture of the common bile duct for selective biliary access: a novel technique (with videos). *Gastrointestinal Endoscopy* 2007;65:124-31.
5. Lien-FL, Chuan-PS, Ka-SH, Jai-NT. Biliary stenting with puncturing technique using Baron aspiration needle in ulcerative papillary carcinoma. *J Chin Med Assoc* 2004;67:476-478.