

Drenaje transpapilar de la vesícula biliar

Informe de dos casos y revisión de la literatura

Rafael Ángel G. MD¹, Rómulo Arturo Bonilla G. MD²,
Andrés Felipe Mejía Prado MD³, Carlos Arturo Rojas Rodríguez MD⁴, John Ospina Nieto MD⁵,

RESUMEN

Presentamos dos pacientes con colelitiasis y colecistitis aguda a repetición que no eran candidatos para cirugía por enfermedades coexistentes que los ponían a riesgo. Se practicó drenaje transpapilar de la vesícula con endoprótesis biliares. Se revisa la literatura.

Palabras Clave

Colecistitis aguda, vesícula biliar, endoscopia terapéutica, CPRE, drenaje transpapilar, endoprótesis biliar.

ABSTRACT

We present two patients with cholelithiasis, repeated bouts of acute cholecystitis and high surgical risk secondary to coexisting illness, in which transpapillary drainage of the gallbladder was done. The literature is reviewed.

Key Words

Acute Cholecystitis, Gall bladder, therapeutic endoscopy, ERCP, transpapillary drainage, biliary stents.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los cálculos vesiculares y sus complicaciones sigue siendo quirúrgico. La colecistectomía ofrece una posibilidad curativa, con una morbilidad y mortalidad aceptable. Las complicaciones son mayores en pacientes de edad avanzada, por encima de la sexta década de la vida, más aún si la cirugía se realiza en forma urgente (1, 2).

A un pequeño grupo de pacientes, con comorbilidades y con alto riesgo quirúrgico, se les realiza colecistostomía bajo anestesia local o percutánea guiada por ecografía, para evitar complicaciones (2, 3, 4).

En el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes del árbol biliar los procedimientos endoscópicos han seguido a los percutáneos, generalmente desplazando a estos últimos ya que aprovechan la vía natural de drenaje haciéndolos menos invasivos y riesgosos (5).

A pesar del progreso en el manejo endoscópico de la vía biliar, la vesícula ha sido poco manipulada por su aparente inaccesibilidad (1).

Desde la descripción de Frimberger y cols, de la cateterización retrógrada endoscópica de la vesícula hecha de manera experimental, se abren grandes posibilidades diagnósticas y terapéuticas (6). Con la

¹ Endoscopia Terapéutica; Servicios Especiales de Salud, Profesor Universidad de Caldas, Manizales.

² Residente II, Gastroenterología Clínico-Quirúrgica, Universidad de Caldas.

³ Residente II, Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia, Instituto Nacional de Cancerología.

⁴ Residente II, Gastroenterología Clínica, Universidad de Caldas.

⁵ Residente II, Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia, Instituto Nacional de Cancerología.

Fecha recibido: 18-08-05 - Fecha aceptado: 21-09-2005

evolución y experiencia adquirida en CPRE –colangio pancreatografía retrógrada endoscópica– se ha visto que pacientes de alto riesgo quirúrgico con colecistitis aguda pueden ser drenados de manera adecuada por vía transpapilar ya sea dejando una prótesis biliar en la vesícula o una sonda nasovesicular para irrigación y lavados cuando su contenido es purulento (3, 7-10).

Donde exista la tecnología necesaria se puede complementar el drenaje vesicular con litotripsia extracorpórea para eliminar los cálculos de la vesícula.

Presentamos dos casos de pacientes con alto riesgo quirúrgico tratados exitosamente con drenaje transpapilar de la vesícula por cuadros agudos de colecistitis.

Materiales y métodos

Se revisa la base de datos del servicio que incluye 6000 CPRE, colangio pancreatografía retrógrada endoscópica, y se identifican los pacientes con drenaje transpapilar de la vesícula. Se revisan las historias clínicas y se hace seguimiento telefónico.

Técnica del drenaje transpapilar de la vesícula

Con el paciente bajo sedación se procede a realizar una duodenoscopia con el endoscopio de visión lateral. Se canula la vía biliar a través de la papila y se procede a contrastar. Se coloca al paciente de forma que se pueda visualizar la salida del cístico. Esto se logra al voltearlo hacia el decúbito dorsal. Se entra al cístico y se manipula una guía hidrofílica a través de las válvulas de Heister hasta que ésta entra y se enrolla en la vesícula. Sobre la guía se avanza una cánula o dilatador biliar para hacer el recambio, de ser necesario, por una guía teflonada, de mayor resistencia. Sobre esta última se avanza una endoprótesis 7 French hasta posicionarla en la vesícula. Puede realizarse papilotomía sobre la endoprótesis al finalizar el procedimiento. En caso de que el contenido vesicular sea purulento, lo mejor es dejar una sonda nasovesicular para realizar lavados hasta que ceda el

cuadro agudo. Luego se procede a cambiar ésta por una endoprótesis si el paciente va a ser manejado de esta forma a largo plazo. (Figura 1)

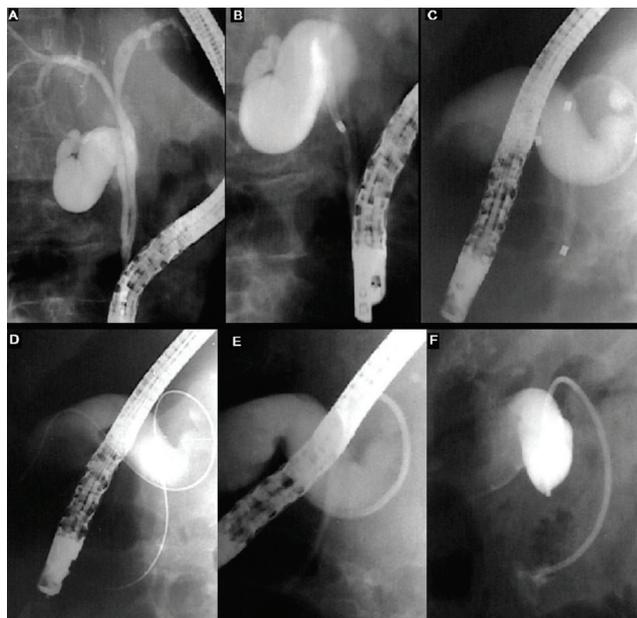


Figura 1. Procedimiento de drenaje transpapilar:
 A - Colangiografía inicial con paciente en decúbito supino para identificar la salida del cístico en el colédoco.
 B - Cateterización del cístico con guía hidrofílica y dilatador.
 C - Dilatador en la vesícula.
 D - Guía teflonada en vesícula.
 E y F- Endoprótesis en vesícula en diferentes proyecciones.

RESULTADOS

Caso 1

Paciente de sexo femenino, de 77 años de edad. Presenta múltiples problemas médicos: Enfermedad isquémica coronaria, miocardiopatía dilatada, hipertensión arterial, EPOC tipo bronquitis crónica, hipertensión pulmonar, tromboembolismo pulmonar recidivante, fibrilación auricular, y cirrosis.

Ingresa por cuadro de dolor abdominal, fiebre y escalofrío. Se observa paciente icterica, con dolor a la palpación en hipocondrio derecho. La ecografía muestra vesícula de paredes engrosadas con cálculos en su interior, vía biliar de calibre normal, estudio

limitado por gas. Paraclínicos: 11.400 blancos con 74% de segmentados y 22% de bandas. PT de 20,8 con INR de 1,64, plaquetas 66.000. Bilirrubina total de 5,63 mg/dl, BD 1,76 mg/dl y BI 3,87 mg/dl. TGP y TGO normales. Fosfatasa alcalina 310 u/l para una normal de 250 u/l.

Se realiza tratamiento médico con antibióticos, aplicación de vitamina K mejorando el dolor y la ictericia. Las plaquetas suben a 123.000 y el INR corrige hasta 1,46. Se realiza CPRE que muestra vía biliar normal y vesícula con múltiples cálculos.

La paciente es llevada a colecistectomía laparoscópica, presentando arritmias y sangrado profuso lo que obliga a realizar una colecistostomía. La paciente es trasladada a la UCI donde se recupera. Una colangiografía por la sonda de colecistostomía muestra 7 cálculos en vesícula.

Se practica instrumentación por la sonda de colecistostomía efectuando litotripsia mecánica y extracción de los cálculos en tres sesiones. Colangiografía de control sin cálculos en vesícula. Hay buen paso a colédoco y a duodeno. Se retira la sonda y el trayecto cierra.

A los tres meses, la paciente presenta nuevo episodio de colecistitis aguda. La ecografía muestra la presencia de cálculos pequeños en vesícula. Se maneja médicamente. Este episodio repite al mes. En este momento se decide realizar nueva CPRE y se coloca endoprótesis 7 French en vesícula y se practica papilotomía pequeña sobre la endoprótesis para facilitar el drenaje del colédoco. Evoluciona bien. (Figura 1)

Siete meses después presenta nuevo cuadro de dolor e ictericia. Se realiza nueva CPRE para recambio de la endoprótesis de vesícula. Desde entonces con un seguimiento de cuatro años la paciente no ha vuelto a presentar síntomas biliares. Recientemente vino a control, ya con 82 años. La ecografía en este momento muestra cálculos en la vesícula pero vía biliar normal. Continúa asintomática por lo que se ha decidido control clínico.

Caso 2

Paciente masculino de 87 años, con antecedente de cardiopatía isquémica y falla cardíaca. Ingresa por cuadro de dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia, los exámenes de laboratorio muestran Hb: 13,7; leucocitos: 15.400; plaquetas: 198.000 GOT: 160 GPT: 107 fosfatasa alcalina: 1,383 u/l; bilirrubina total: 7,8 directa: 5,3.

Ecografía: Vesícula con cálculos grandes en su interior, paredes normales de 2 mm, colédoco de 6 mm, hígado sin alteraciones.

Se realiza CPRE con papilotomía y revisión con canastilla de Dormia sin encontrar cálculos u otras lesiones obstructivas. Se maneja médicamente con adecuada respuesta, permanece asintomático durante 14 meses.

Reingresa por cuadro de dolor en hipocondrio derecho, vómito y fiebre. Paraclínicos: Hb: 16, leucocitos 11.400, neutrófilos 82%, plaquetas 324000, fosfatasa alcalina 231u/l.

Ecografía: Vesícula con cálculos grandes, pared engrosada. Colédoco de 5mm. Se hace el diagnóstico colecistitis aguda.

Evaluated por Medicina Interna consideran que por sus antecedentes patológicos no es candidato para cirugía. Se realiza CPRE con colocación de endoprótesis en vesícula, sin complicaciones, con buena evolución. Asintomático en seguimiento de 6 meses. (Figura 2)

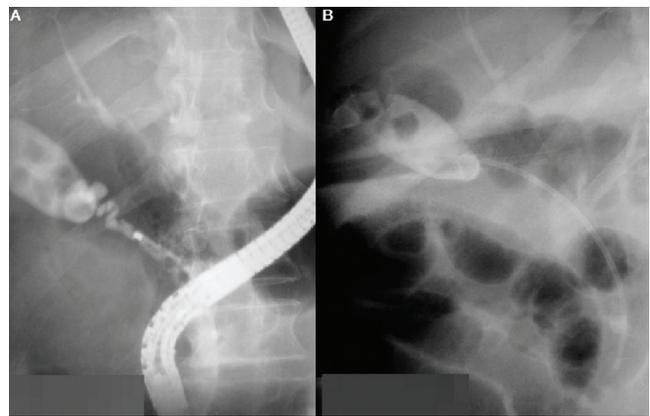


Figura 2. Acceso al cístico, (A), y drenaje con vesicular con endoprótesis en el segundo caso, (B).

El tratamiento de la colecistitis aguda sigue siendo quirúrgico de elección. El problema está en aquellos pacientes con comorbilidades que los colocan en un alto riesgo para un procedimiento quirúrgico. En estos casos puede tomarse una de tres conductas: Una colecistostomía bajo anestesia local, una colecistostomía percutánea o un drenaje transpapilar. Una vez se logre estabilizar el paciente se evalúa nuevamente su riesgo quirúrgico, y en la mayoría de los casos se pueden llevar a una colecistectomía electiva. Hay algunos pacientes que aun así no son candidatos a cirugía por sus múltiples enfermedades coexistentes, en quienes hay que buscar una alternativa de manejo no quirúrgico a largo plazo.

La colecistostomía percutánea o quirúrgica tiene riesgo en pacientes cirróticos debido a la presencia de circulación colateral en pared abdominal asociada a coagulopatía y trombocitopenia. También se presenta el riesgo de infección peritoneal. En el drenaje percutáneo se deja un tubo de drenaje externo. En pacientes candidatos a trasplante hepático la colecistostomía quirúrgica puede predisponer a la formación de adherencias (9).

El drenaje percutáneo con sondas puede ser efectivo en forma temporal, pero la sonda es molesta para el paciente y eventualmente debe retirarse. El trayecto debe dejarse madurar al menos 3 semanas antes de retirar el tubo. Con la vesícula in situ, los cálculos tienden a recurrir y el paciente a presentar nuevos síntomas siendo necesaria la colecistectomía hasta en un 79% de los pacientes (2).

El drenaje endoscópico de la vesícula biliar equivale a una colecistostomía interna que evita drenajes externos que puedan molestar al paciente. Se logra mejorar la calidad de vida y las prótesis pueden cambiarse con un nuevo procedimiento endoscópico de ser necesario. El procedimiento se realiza bajo sedación y con las mismas técnicas utilizadas para una CPRE.

Las prótesis vesiculares funcionan evitando que los cálculos se impacten en el cístico y causen síntomas.

Así se obstruyan con barro biliar, estas continúan funcionando como un drenaje por capilaridad. Hay estudios de pacientes con coledocolitiasis que han sido tratados hasta por 5 años con endoprótesis y se ha demostrado cómo a pesar de estar ocluidas, éstas previenen una obstrucción (9, 11).

Como complicaciones del drenaje transpapilar, inicialmente se informó la perforación del cístico en algunos casos difíciles. Esto no se ha vuelto a presentar con la utilización de guías hidrofílicas.

En los lugares donde se tenga experiencia con CPRE, el drenaje transpapilar de la vesícula es una alternativa de manejo en pacientes con colecistitis aguda y alto riesgo quirúrgico.

Referencias

1. Maydeo AP, Nam VCh, Soehendra N. Extracorporeal shock wave lithotripsy and gallstone dissolution with MTBE via a nasovesicular catheter. *Gastrointest Endoscopy Clin North Am* 1991; 1 (1): 167-182.
2. Bhattacharya D, Ammori JB. Contemporary Minimally Invasive Approaches to the Management of Acute Cholecystitis: A Review and Appraisal. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2005; 15(1): 1-8.
3. Vervanck JJ, Demol JW, Ghillebert GL, et al. Ultrasound-guided puncture of the gallbladder for acute cholecystitis. *Lancet* 1993; 341(8853): 1132-3.
4. Meijers H, Van Overhagen H, et al. Percutaneous gallbladder drainage a good treatment in patients with acute cholecystitis and poor clinical status. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137(39): 1965.
5. Soehendra N. Access to the cystic duct: A new endoscopic therapy for gallbladder diseases? *Endoscopy* 1991; 23: 36-37.
6. Foerster E Ch, Auth J, Runge U, et al. Endoscopic retrograde catheterization of the Gallbladder. *Endoscopy* 1988; 20: 30-32.

-
7. Feretis C, Apostolidis N, Mallas E, et al. Endoscopic drainage of acute obstructive cholecistitis in patients with increased operative risk. *Endoscopy* 1993; 25(6): 392-5.
 8. Gaglio PJ, Buniak B, Leevy CB. Primary endoscopic retrograde cholecystoendoprosthesis: A nonsurgical modality for symptomatic cholelithiasis in cirrotic patients. *Gastrointest Endosc* 1996; 44(3): 339-42.
 9. Conway J, Russo M, Shrestha R. Endoscopic stent insertion into the gallbladder for symptomatic gallbladder disease in patient with end stage liver disease. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 32-6.
 10. Johlin FC Jr, Neil GA. Drainage of the gallbladder in patients with acute acalculous cholecystitis by transpapillary endoscopic cholecystostomy. *Gastrointest Endosc* 1993; 39(5): 645-51.
 11. Kalloo AN, Thuluvath PJ, Pasricha PJ. Treatment of high-risk patients with symptomatic cholelithiasis by endoscopic gallbladder stenting. *Gastrointest Endosc* 1994; 40: 608-10.