

Utilidad de la aspiracion antes de inyectar el medio de contraste en la CPRE

Dr. MARTIN ALONSO GOMEZ(1), JAVIER FRANCISCO ESTARITA GUERRERO(2), OSCAR FERNANDO RUIZ MORALES(3), HERNANDO MARULANDA FERNANDEZ(2)

1. Médico Internista y Gastroenterólogo. Unidad de Gastroenterología y Ecoendoscopia, UGEC. Hospital Universitario Nacional. Profesor de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Hospital universitario Fundacion Santa Fe de Bogota.

2. Médico Internista. Fellow de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Hospital Universitario Nacional

3. Médico Internista y Gastroenterólogo. Hospital Universitario Nacional. Profesor de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Institucion: Universidad Nacional de Colombia

Ciudad: Bogota

Introducción

Anualmente se realizan aproximadamente 150.000 CPRE cada año en E.E.U.U, con una tendencia marcada a su mayor utilización en los centros de alta complejidad (1). La pancreatitis post CPRE es la complicación más frecuente del procedimiento(2). El factor de riesgo más importante para la presentación de pancreatitis post CPRE es el número de intentos fallidos de canulación y la inyección inadvertida de contraste en el wirsung(3).

Tradicionalmente la CPRE se realiza en camaras de fluoroscopia en los servicios de radiologia donde los equipos son fijos y permiten ubicar al paciente en una posicion estandar, en la cual estamos seguros que se ha logrado una adecuada canulacion hacia la via biliar cuando la guia cruza el equipo de duodenoscopia formando una X (3), pero en muchas ocasiones esto no sucede y nos atrevemos a inyectar el medio de contraste ocasionando una opacificacion del wirsung con la consecuente pancreatitis (4).

Tambien es frecuente que realicemos la CPRE en los servicios de cirugia, en la UCI o en salas adaptadas en las cuales el equipo es un arco en C , este equipo no siempre es manejado por tenicos experto y no ubican adecuadamente la direccion del rayo lo cual puede hacer que la norma que tenemos de sospechar que estamos en via biliar cuando se forma la X no resulte acertada y opacificamos el wirsung porque el rayo estaba oblicuo y no prependicular al paciente (4), de alli que sea necesario el desarrollo de más técnicas que permitan corroborar la canulación selectiva de la vía biliar, y evitar opacificar el conducto pancreatico principal.

Objetivos

Determinar el rendimiento diagnóstico de la aspiración de bilis durante la canulación de la vía biliar antes de inyectar el medio de contraste para corroborar la posición de la guia en la vía biliar.

Materiales y métodos

Se realizo un estudio prospectivo, en el cual se incluyeron todos los pacientes que asistieron a la unidad de endoscopia para la realizacion de CPRE, en total fueron 80

pacientes entre los meses de Enero y septiembre de 2017. Todos los pacientes firmaron un consentimiento de aceptación para ingresar al estudio y el protocolo fue aprobado por el comité de investigaciones del hospital. A todos los pacientes se les realizó la estrategia de canulación convencional utilizando papilotomo de arco y sobre este guía hidrofílica, luego de lograr el avance de la misma, se realizó la técnica de aspiración a través del papilotomo de arco, utilizando una jeringa de 20cc con medio de contraste solo hasta los 10cc, dejando el resto de la jeringa vacía para que permita hacer la presión negativa y succionar el líquido biliar del coledoco, es importante aclarar que el papilotomo debe introducirse 2 cm en el coledoco para evitar que aspiremos el contenido del duodeno, luego la jeringa se adapta al canal de inyección del papilotomo, seguido de esto se succiona en repetidas ocasiones esperando su retorno al transcurrir un minuto.

Se considera que la prueba es positiva cuando el contenido de la jeringa se torna de color amarillo por la presencia de bilis, luego de esto se realiza una imagen fluoroscópica con el fin de advertir y confirmar la posición de la guía por un gastroenterólogo experto, con más de 2000 procedimientos.

Resultados

En total incluimos 80 pacientes en este estudio, 45% fueron mujeres. La media de edad fue de 52 años. La indicación más común para realizar la CPRE fue el de alta probabilidad de coledocolitiasis, 64 pacientes (80%). Otros fueron colangitis, 8 pacientes (10%), pancreatitis 5 pacientes (6,25%), Colangiocarcinoma en 1 paciente (1,25%), la estenosis de la vía biliar en 1 paciente (1,25%), y el sospecha de síndrome de Lemmel en 1 paciente (1,25%).

60 pacientes tuvieron una tecnica de aspiración positiva cuando la guia se encontro en la via biliar, hubo un caso de retorno negativo a pesar de encontrarse disposicion biliar (falso negativo) debio a estenosis del ducto. Un caso de succion positiva a pesar de encontrarse en la via pancreatica (falso positivo). Cuando se canulo de forma inadvertida la via pancreatica la tecnica de succion fue negativa en en el 95% de los casos (18 pacientes).

Estos datos le confiere a la tecnica de aspiracion una Sensibilidad del 98%, Especificidad de 94%, Valor predictivo positivo (VPP) 98%, Valor predictivo negativo (VPN) 94% para estar seguros de que la guia esta en via biliar y no en la via pancreatica antes de inyectar el medio de contraste.

Conclusion

La CPRE es un procedimiento ampliamente realizado, el cual requiere un entrenamiento y un equipo adecuada para evitar las complicaciones que pueden llegar hasta un 20% de los casos, estas pueden ser principalmente la pancreatitis aguda, la perforacion y el sangrado. De todas las complicaciones indudablemente la mas frecuente es la pancreatitis aguda la cual puede ser devastadora en el pronóstico del paciente, por ello las intervenciones dirigidas a disminuir la incidencias de complicaciones son necesarias.

La confirmacion del avance de la guia en disposicion biliar se ha realizado de forma tradicional mediante estudios radiologicos, utilizando la fluoroscopia, se considera que hay certeza de una adecuada posicion en el momento en que la imagen confirme el paso de la guia cruzando sobre el equipo en forma de X, sin embargo son multiples las

ocaciones en las que la interpretación del colangiograma se convierte en un reto, generando dudas sobre su ubicación y por ende repercutiendo en el tiempo del procedimiento y sus complicaciones.

La causa de esto puede ser una inadecuada posición del paciente, anatomía alterada por antecedente quirúrgicos o lo que sucede en muchas ocasiones, es que este tipo de intervenciones se realizan en salas no adaptadas para tal fin, con equipos portátiles de radiología, en donde la orientación del rayo es fundamental para tener una adecuada imagen, en el caso de que el técnico no cuente con la experiencia necesaria en la forma de instalar el arco, puede llevar a que el rayo entre de manera oblicua y no perpendicular generando una interpretación errónea y complicaciones inadmisibles.

Es por esto, que es tan necesario establecer protocolos y técnicas que faciliten una rápida respuesta sobre el que hacer médico ante una duda sobre un colangiograma y su ubicación.

Nuestro estudio muestra que la técnica de aspiración de bilis una vez realizada la canulación de la papila, puede ayudar a confirmar adecuadamente la canulación selectiva de la vía biliar, evitando la inyección inadvertida de contraste y por ende disminuyendo el riesgo de pancreatitis post CPRE.

De forma concomitante y lo que nos parece incluso mucho más importante es el hecho de que en el caso de que se trate de una canulación no intencionada del ducto pancreático, el resultado de la técnica de succión es negativa el gran porcentaje de los casos, por lo cual al obtener este resultado se debe sin ninguna duda, retirar los dispositivos y reorientar su posición.

Para nuestro conocimiento este es el primer estudio que evalúa esta técnica y dado que es muy sencilla y económica de aplicar sugerimos su implementación siempre que se quiera canular selectivamente la vía biliar, la idea es colocar el papilotomo con su guía canular hacia la vía biliar luego avanzar la guía si esta avanza inmediatamente colocar la jeringa como describimos, avanzar dos cm la punta del papilotomo aspirar y si el contenido es biliar es casi seguro que estamos en el coledoco por el contrario si no retorna después de un minuto líquido biliar es mejor retirar el papilotomo así la imagen fluoroscópica muestra que la guía está formando una X con el equipo, dado que es altamente probable que estemos en vía pancreática.

Si bien son necesarios estudios ulteriores para evaluar la efectividad de la técnica, este trabajo es un aporte valioso para desarrollar protocolos adicionales .

