

EDICIÓN 2017

LIBRO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN SALUD



LIBRO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN SALUD

EDICIÓN 2017

FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

Mariano Moreno 1240

+54 379 442 2290 / 442 3155

info@med.unne.edu.ar

med.unne.edu.ar



 **FACULTAD
DE MEDICINA**
Universidad Nacional
del Nordeste

INDICACIÓN DE DRENAJE PERCUTÁNEO EN SÍNDROME COLEDOCIANO EN EL HOSPITAL “DR. JOSÉ R. VIDAL” DE LA CIUDAD DE CORRIENTES

Gonzalez Davis, María A; Arévalo, Emanuel R; Benítez, Marisela; Sammarone, Mariana.

RESUMEN

Antecedentes:

La descompresión de la vía biliar puede lograrse empleando métodos quirúrgicos, endoscópicos o percutáneos. Los procedimientos de drenaje percutáneo (DP) aplicados a la ictericia obstructiva brindan resultados muy alentadores.

Objetivos:

Antes de comenzar a trabajar, nos planteamos identificar las causas de síndrome coledociano con indicación de drenaje percutáneo (DP), constatar la evolución del paciente luego de realizado el drenaje percutáneo, evaluar la supervivencia del paciente desde el momento del diagnóstico y por último, analizar la eficacia del drenaje percutáneo.

Pacientes y Método:

Veintitrés pacientes con síndrome coledociano tratados con DP fueron seleccionados para este estudio retrospectivo en el hospital “Dr. José R. Vidal” durante el periodo 2013-2017 que tiene por objetivo estudiar las indicaciones, técnica y resultados.

El procedimiento fue realizado con guía imagenológica (ecografía, radioscopia y tomografía) y se colocó un catéter Pigtail con técnica de Seldinger.

Resultados:

Se obtuvieron doce pacientes en los cuales el tratamiento fue definitivo. En los once restantes pacientes el tratamiento fue preoperatorio. De los 23 pacientes hubo: 8 Tumores de vía biliar, 5 lesiones de vía biliar, 4 Ca. de Páncreas, 3 estenosis de anastomosis biliodigestivas y 1 adenopatía.

Conclusión:

Los pacientes con obstrucción biliar neoplásica inoperable pueden ser tratados mediante un DP; los resultados preliminares son buenos, pero pueden ser mejorados. Los 5 pacientes con enfermedades Benignas o malignas operables pueden beneficiarse del DBP para mejorar su estado preoperatorio.

ABSTRACT

Introduction:

Decompression of the biliary tree can be accomplished using surgical, endoscopic, or percutaneous techniques. Percutaneous drainage procedures applied to obstructive jaundice offer promising results.

Objetives:

Before start working, we set out to identify the causes of coledocian syndrome with indication of percutaneous drainage (DP), verify the evolution of the patient after performing the percutaneous drainage, evaluate the survival of the patient from the moment of the diagnosis and finally, to analyze the efficacy of percutaneous drainage.

Patients and Methods:

Twenty-three patients with coledocian syndrome treated with PD were selected for this retrospective study in the “Dr. José R. Vidal” hospital during the 2013-2017 period, which aims to study the indications, technique and results. All procedures were performed under imagenological guidance (ecography) and a pigtail catheter was placed using the Seldinger technique.

Results:

Twelve patients were obtained in whom the treatment was definitive. In the remaining eleven patients, the treatment was preoperative. Of the 23 patients there were: 8 bile duct tumors, 5 biliary lesions, 4 Ca. of Pancreas, 3 stenosis of the biliodigestive anastomosis and 1 adenopathy.

Conclusions:

Patients with inoperable malignant obstruction of the bile duct can be treated with percutaneous drainage. Preliminary results are good but can be improved. Patients with benign or malignant resectable pathologies may be improved preoperatively.

Keywords:

Percutaneous biliary drainage.

INTRODUCCIÓN

El drenaje percutáneo transhepático de la vía biliar es un procedimiento terapéutico que incluye la canulación de la vía biliar periférica después de una punción transparietohepática, seguida de la utilización de guías metálicas, dilatadores y catéteres. Generalmente guiada por Ultrasonido, radiología o tomografía, tiene como objetivo lograr el drenaje continuo de bilis al exterior/interior. La aplicación de los procedimientos percutáneos para la descompresión de una vía biliar obstruida resulta un avance en el manejo de enfermos graves a veces inoperables; el drenaje biliar – temporal o definitivo mediante técnicas mini-invasivas – constituye

un logro significativo de la ciencia médica. (1) La obstrucción biliar es una fuente frecuente de morbilidad en los pacientes con metástasis hepáticas, adenopatías periportales, cáncer hepatobiliar y cáncer de páncreas. En su mayoría estos pacientes tienen una esperanza de vida muy limitada y para el médico es un reto ofrecer una adecuada descompresión de la vía biliar para paliar los síntomas o para administrar quimioterápicos que son metabolizados en el hígado.

La primera colangiografía transhepática fue realizada en 1937, pero hasta los años 70, la obstrucción biliar fue solo tratada mediante anastomosis biliodigestivas. (2) El abordaje percutáneo de la vía biliar, ha sido utilizado con fines diagnósticos y terapéuticos cada vez más prometedores, se ha logrado el drenaje efectivo de obstrucciones altas de la vía biliar, la colocación de prótesis, stents y la extracción de cálculos por esta vía, ha permitido la dilatación de estenosis de forma independiente o combinada con la vía endoscópica (randezvous).

OBJETIVOS

Antes de comenzar a trabajar, nos planteamos identificar las causas de síndrome coledociano con indicación de drenaje percutáneo (DP), constatar la evolución del paciente luego de realizado el drenaje percutáneo, evaluar la sobrevida del paciente desde el momento del diagnóstico y por último, analizar la eficacia del drenaje percutáneo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Una serie de pacientes con síndrome coledociano fueron sometidos a drenaje biliar percutáneo entre los años 2013 y 2017 en el Servicio de Cirugía del hospital "Dr. José R. Vidal", seleccionándose veintitrés pacientes para este estudio retrospectivo. Se procedió a la revisión de las historias clínicas de los pacientes con síndrome coledociano. Las vías de acceso para el procedimiento fueron la lateral derecha y la anterior izquierda; como guías se utilizaron la ecografía, radioscopia y tomografía.

En todos los casos se colocó una guía metálica a través de la aguja y luego sobre la guía y con técnica de Seldinger, se dejó colocado un catéter de drenaje multipropósito (externo) o biliar (externo-interno) con cola de chanco (Pigtail), con diámetros entre 8 a 10 French topografía de la lesión y según la naturaleza de la afección en causa.

La técnica consiste en colocar al Paciente en decúbito dorsal previa anestesia general o sedación. se realiza antisepsia de piel con clorhexidina y colocación de compresas de campo estériles, bajo guía ecográfica se punza con aguja de Chiba. Se realiza colangiografía transparietohepática, se coloca alambre de 0,0018'', se retira aguja de Chiba y se coloca Set D'Agotino, se retira alambre 0,0018'' y se inserta guía hidrofílica, se inserta catéter de tipo Cumple, se navega por vía biliar hasta sortear estenosis, se constata pasaje de contraste a duodeno. Se retira alambre hidrofílico. Se coloca alambre tipo Amplatz. Se coloca catéter de drenaje percutáneo

biliar interno/externo 8 fr. Se arma Pigtail. Se constata la salida de bilis (se toma muestra para bacteriología) y se realiza colangiografía de control. Se constata hemostasia. Se fija catéter a la piel con puntos de Nylon N° 25. Curación de herida con iodopovidona y cobertura con gasas y apósito estéril y seco. (3)

Se estudió la distribución según el sexo, edad y procedencia (urgencias o consultorio). Se analizaron además: el tiempo de hospitalización, modalidad de derivación percutánea (drenaje biliar externo, interno-externo, interno), el tipo de catéter utilizado, las guías imagenológicas empleadas durante el procedimiento (ecografía, radioscopia y tomografía), complicaciones y mortalidad durante el tiempo de hospitalización.

RESULTADOS

A pesar de los múltiples trabajos publicados no se asiste hasta el presente a un consenso acerca del abordaje más idóneo para la descompresión de la vía biliar. Como indicación específica del drenaje percutáneo se establece la descompresión biliar en las obstrucciones altas (por encima del conducto cístico). (4,5) En el servicio de cirugía del hospital Juan Ramón Vidal las indicaciones para realizar el DP fueron:

- Colangitis.
- Tumor de klastkin.
- Ca. de Páncreas.
- Lesión de vía biliar. - Estenosis de anatomosis biliodigestiva.

La descompresión biliar electiva en pacientes con enfermedad neoplásica está indicada en el preoperatorio de pacientes potencialmente resecables y en aquellos correspondientes a etapas avanzadas y que no van a ser sometidos a exploración quirúrgica. Se acepta que se debe drenar la vía biliar en el preoperatorio de pacientes ictericos con mal estado general, bilirrubina mayor de 10 mg/dl y/o aquellos pacientes que van a someterse a neoadyuvancia. (1)

Una evaluación preoperatoria de calidad es imprescindible en estos pacientes y ello incluye TAC contrastada, resonancia magnética, colangiografía, CPRE, para determinar el nivel de la obstrucción biliar y el volumen de parénquima funcional que puede ser drenado. En el caso de que no se cuente con CPRE o la misma sea frustra, se deben drenar los cánceres de páncreas. (6)

A pesar de la mejoría en las técnicas de tratamiento quirúrgico, la expectativa de vida en la mayoría de los casos de tumores de las vías biliares es inferior a seis meses. La elevada morbi-mortalidad de las mismas hacen que la colocación de una prótesis por vía endoscópica o percutánea constituya actualmente la técnica de elección para paliar la ictericia y el prurito.

Nuestra serie comprendió pacientes entre 44 y 80 años de edad, predominando como entidad más frecuente los tumores de vía biliar con 8 pacientes y en segundo lugar las lesiones iatrogénicas de las vías biliares, accidente, que aunque no tan frecuente es enviada en muchas

ocasiones para su solución desde todas las provincias del país. En cuanto a los pacientes aquejados de T de cabeza de páncreas, todos presentaban colangitis con un progresivo deterioro. Los pacientes con lesiones iatrogénicas altas de la vía biliar, lo que cada vez es más frecuente requieren en muchas ocasiones del drenaje, no solamente para el tratamiento de la colangitis aguda, sino para el estudio colangiográfico previa planificación de la reparación quirúrgica.

En 11 de los pacientes el proceder fue utilizado solo temporalmente (patologías benignas) y en los otros 12 como tratamiento definitivo paliativo, pues en general se trataba de pacientes con enfermedades neoplásicas avanzadas, que una vez concluido el estudio mostraron total imposibilidad de tratamiento quirúrgico.

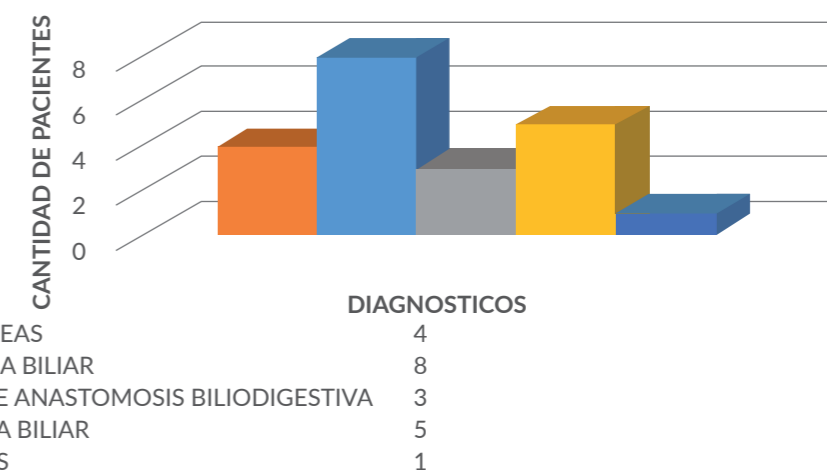
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El drenaje Biliar percutáneo es un proceder muy útil en el tratamiento de patologías benignas y malignas de la vía biliar que cursan con ictericia obstructivo y colangitis, asociados con prurito, anorexia, hiperbilirubinemia insuficiencia hepática y renal.

El drenaje biliar percutáneo ha probado ser una técnica de gran utilidad como un complemento más de su armamentarium para brindar una mejor atención a sus pacientes.

PACIENTE	SEXO	BT AL INGRESO	BT EN ULTIMO LAB	TIPO DE TRATAMIENTO	DIAGNOSTICO	EVOLUCION
GMA	M	4,41%	3,33%	DEFINITIVO	BILIOMA	ALTA HOSPITALARIA
AVF	M	23%	18,27%	PREOPERATORIO	CA. DE PANCREAS	OBITO
RM	F	33,20%	22%	DEFINITIVO	TUMOR DE KLASTKIN	ALTA HOSPITALARIA
LPH	M	14%	6,60%	PREOPERATORIO	LESION DE VIA BILIAR	ALTA HOSPITALARIA
NME	F	23%	9,32%	PREOPERATORIO	LESION DE VIA BILIAR	ALTA HOSPITALARIA
RCA	F	11,60%	16%	PREOPERATORIO	LESION DE VIA BILIAR	DERIVACION A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD
CL	M	5%	42,00%	DEFINITIVO	ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA	ALTA HOSPITALARIA
BPR	M	181%	29,00%	PREOPERATORIO	CA. DE PANCREAS	ALTA HOSPITALARIA
LPH	M	2%	25,90%	PREOPERATORIO	LESION DE VIA BILIAR	ALTA HOSPITALARIA
RR	M	36,20%	45,00%	PREOPERATORIO	TUMOR DE VIA BILIAR	ALTA HOSPITALARIA
VCA	M	24%	34,00%	PREOPERATORIO	LESION DE VIA BILIAR	ALTA VOLUNTARIA
UR	F	7%	10,20%	DEFINITIVO	ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA	ALTA HOSPITALARIA
PM	F	27%	22,00%	DEFINITIVO	TUMOR DE KLASTKIN	ALTA VOLUNTARIA
SF	F	13%	4,95%	DEFINITIVO	ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVA	ALTA HOSPITALARIA
PCI	F	13%	4,95%	DEFINITIVO	COLANGITIS	ALTA HOSPITALARIA
FBR	F			PREOPERATORIO	CA. DE PANCREAS	ALTA VOLUNTARIA
SS	M	11%	3,35%	PREOPERATORIO	TUMOR DE VIA BILIAR	ALTA VOLUNTARIA
PCM	F	1%	0,30%	DEFINITIVO	HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO	ALTA HOSPITALARIA
AM	M	1%	0,60%	DEFINITIVO	BILIOMA	ALTA HOSPITALARIA
DJ	M	25%	34,42%	DEFINITIVO	TUMOR HEPATICO	ALTA HOSPITALARIA
CR	M	11%	10,00%	DEFINITIVO	TUMOR DE KLASTKIN	ALTA HOSPITALARIA
MCD	M	17,64%	7,44%	DEFINITIVO	CA. DE VIA BILIAR	ALTA HOSPITALARIA
CM	M	19%	2,90%	PREOPERATORIO	CA. DE PANCREAS	ALTA HOSPITALARIA

INDICACIONES DE DRENAJE PERCUTANEO



BIBLIOGRAFÍA

- Gimenez M, Rostagno R, Suarez Anzorena F. Manual de Procedimientos. Servicio de Intervencionismo guiado por imágenes del Instituto quirúrgico del Callao. Buenos Aires; 1999: 74, 123-131.
- Huard Do-Xuan Hop. La ponction transhepatique des canaux biliaires [en Frances]. Bull Soc Med-Chir de l'Indochine 1937; 15: 785-803.
- Gimenez M, Guimaraes M, Oleaga J, Sierre S. Obstruccion maligna biliopancreatica. En: Manual de tecnicas intervencionistas guiadas por imágenes. 1° ed. Buenos Aires; 2011:13.
- Marín J. Intervencionismo biliar en enfermedad benigna. Revista colombiana de gastroenterología, 2003; 18 (03): 85-94.
- Burke D, Curtis A, Lewis MD, Cardella J, Citron S, Alain T. For the Society of Interventional Radiology Standards of Practice Committee Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Transhepatic Cholangiography and Biliary Drainage J Vasc Interv Radiol 2003; 14:S243-S246.
- Hann LE, Getrajdman GI, Brown KT, et al. Hepatic lobar atrophy: association with ipsilateral portal vein obstruction. Am J Roentgenol 1996; 167: 1017-1021.