

Colédoco - Pancreatografía Endoscópica Retrógrada

(Primeros 30 casos en Costa Rica)

DR. MARCO VINICIO BOLAÑOS E.*

DR. GIL REYNALDO CON WONG**

DR. ALFREDO MARTÉN OBANDO***

DR. JORGE SALVATIERRA ESPINOZA ****

RESUMEN

Se presenta un análisis de las primeras 30 colédoco- pancreatografías endoscópicas retrógradas, realizadas en Costa Rica. Se analizan los datos generales de los pacientes en que se obtuvieron, indicaciones y resultados. Se hacen algunas consideraciones técnicas y se presentan casos demostrativos.

Introducción

Kussmaul por primera vez en 1868 introdujo un instrumento rígido para observar el interior del estómago de un tragaespaldas profesional. Cien años después, en 1968, se hizo el primer reporte de canulación retrógrada del páncreas por medio de la endoscopia. (5, 9). Desde entonces, la duodenoscopia y su lógico derivado, el estudio radiológico del conducto pancreático y la vía biliar contrastados mediante inyección radio-

opaca por vía retrógrada a través del ampulla de Vater, se desarrollaron aceleradamente hasta ocupar un sitio preferente en el estudio de la patología pancreática y biliar en la actualidad.

En Costa Rica, iniciamos este estudio en julio de 1977 y este trabajo se refiere a los primeros pacientes estudiados en nuestro país.

Material y métodos

El material de estudio está constituido por los primeros 40 pacientes a quienes se intentó someter a un examen retrógrado de vías biliares y/o páncreas mediante endoscopia, obteniéndose 30 canulaciones exitosas.

Todos los estudios se efectuaron con un duodenoscopio Olympus JF B2 y las cánulas originales suministradas con él. Los pacientes fueron preparados en ayunas el día del estudio y recibieron Diazepam (5 a 10 mgrs. I.V.) más Sulfato de Atropina (0.5 mgrs. I.M) quince minutos antes del examen y posteriormente Hioscina (20 mgr. I.V.) cada vez que fue necesario. Hemos utilizado iDatrizoato de Sodio 50% como medio de contraste.

La técnica de canulación ha sido ampliamente descrita en la literatura y la fluoroscópico-radiológica debe, obviamente, adaptarse a cada caso. (3, 4, 6).

* Asistente de Cirugía General y Docente Ad-honorem, Sección y Cátedra de Cirugía, Hospital México, C.C.S.S.

** Asistente de Cirugía General e Instructor, Sección y Cátedra de Cirugía, Hospital México, C.C.S.S.

*** Asistente de Gastroenterología y Docente Ad-honorem Sección y Cátedra de Medicina, Hospital México, C.C.S.S.

**** Residente de Radiología, Hospital México, C.C.S.S.

TABLA N° 1

DATOS GENERALES

Total	30 casos	mujeres: 18 hombres: 12
Edad de 17 a 82 años		
Coledoco-Pancreatograma	16 casos	
Coledocograma	16 casos	
Pancreatograma	4 casos	

Resultados y comentario

Treinta canulaciones en 40 intentos significan un 75% de éxito; sin embargo, considerando sólo los últimos 30 de esos intentos, en que hemos logrado 27 canulaciones, nuestro porcentaje de éxito se eleva al 90%, lo que está de acuerdo con las series publicadas. (1-4).

El análisis posterior se refiere a los 30 pacientes intentados con éxito, cuyo datos generales aparecen en la tabla N° 1. Cabe aclarar en ésta que en los 30 estudios (selectivos o simultáneos) se canuló el conducto deseado.

Un resumen de las indicaciones aparece en la tabla N° 2, en la que "otros" corresponde en 3 casos a dolor y masa en hipocóndrio derecho y en 1 caso a pancreatitis a repetición.

Nuestros diagnósticos endoscópicos-radiológicos, están resumidos a manera de correlación con respecto a la indicación en las tablas N° 3 A y 3 B. Cabe destacar un síndrome de Mirizzi y varios estudios reportados como normales que corresponden a

TABLA N° 2

INDICACIONES

Ictericia Obstruct. no neoplásica	14 casos
"Sind. Postcolecistectomía"	5 casos
Sospecha Neo. Cuerpo-Cola	
Páncreas	4 casos
Ictericia Obstructiva por Neo	3 casos
Otros	4 casos

TABLA N° 3 A

CORRELACION
INDICACION/DIAGNOSTICO
RADIOLOGICO

Ictericia obstructiva no neoplásica	14 casos
Coledocolitiasis	4
Adelgazamiento terminal	3
Colelitiasis	3
Normal	3
Compresión por vesícula tensa	1
Síndrome post-colecistectomía	5 casos
Coledocolitiasis	3
Dilatación de coledoco	2

colestasis intrahepática, en el grupo de ictericia obstructiva no neoplásica. En este mismo grupo el diagnóstico de adelgazamiento terminal ha correspondido a céfalopancreatitis en dos ocasiones y fibrosis del esfínter de Oddi en otra (los 3 comprobados quirúrgicamente durante colecistectomías por colelitiasis). Consideramos los así llamados síndromes post-colecistectomía una de las mejores indicaciones de este estudio y entre éstos diagnosticamos 3 litiasis residuales del colédoco. Hemos logrado el diagnóstico exacto en 2 casos de carcinoma periampular (incluido uno con biopsia) en el grupo de ictericia obstructiva por neo y hemos excluido el diagnóstico de carcinoma de cuerpo y cola de páncreas y evitado una laparotomía exploradora a 4 pacientes en el cuarto grupo.

TABLA N° 3 B

CORRELACION
INDICACION/DIAGNOSTICO
RADIOLOGICO

Ictericia obstructiva por Neo	3 casos
Neo periampular	2
Cirrosis	1
Sospecha Neo Cuerpo-cola páncreas y otros:	8 casos
Normales	7
Dilatación del coledoco	1

La correlación entre el diagnóstico endoscópico-radiológico y el diagnóstico postoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía, fue del 100%.

Casos

En las fotografías 1 a 8 presentamos ilustraciones y datos clínicos de algunos de nuestros casos.

Conclusiones

- 1) Se considera actualmente el procedimiento de endoscopia digestiva más difícil y toma algunas veces de 60-90 minutos (10); sin embargo, en nuestras manos no ha sido excesivamente laborioso ni ha requerido demasiado tiempo por paciente y sí ha sido de indiscutible valor diagnóstico.
- 2) Nuestro porcentaje de canulación revela un hecho ampliamente reconocido y es que éste aumenta con la experiencia.
- 3) Está bien establecido un porcentaje muy bajo de complicaciones en él y así ha sucedido con nuestros pacientes. Solamente tuvimos una colangitis en un paciente con marcada obstrucción biliar por neo, la cual fue fácilmente tratable con antibióticos. (1, 7). No hemos determinado hiperamilasemia que ha sido descrita dependiendo de la impregnación pancreática (8); sin embargo, no hemos detectado clínica de pancreatitis aguda en ningún caso.
- 4) Nuestra correlación radiológico-quirúrgica fue muy satisfactoria y el estudio nos ha permitido el diagnóstico adecuado de patología bilio-pancreática muy variada.
- 5) Un índice de canulación alto, una muy buena correlación radiológico-quirúrgica y un porcentaje de complicaciones despreciable, nos hacen considerarlo ideal en el estudio del paciente icterico y/o con patología pancreática.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BILBAO, M.K. ET AL.:
Complications of Endoscopic Retrograde Cholangio-pancreatography. *Gastroenterology* 70: 314. 1976.
- 2.—ELIAS, E. ET AL.:
A Randomized Trial of PTC versus ERCP for Bile Duct Visualization in Jaundice. *Gastroenterology* 71: 439. 1976.
- 3.—KASUGAL, T. ET AL.:
Gastroenterology 63: 217. 1972.
Endoscopic Pancreatocholangiography.
- 4.—KASUGAI, T.; KUNO, N. AND KIZU, M.:
Manometric Endoscopic Retrograde Pancreatocholangiography. *Digestive Diseases* 19: 485. 1974.
- 5.—MC. CUNE, W.; SHORB, P.E. AND MOSCOVITZ, H.:
Endoscopic Canulation of the Ampulla of Vater. *Ann Surg.* 167: 752. 1968.
- 6.—OGOSHI, K.; TOBITA, Y. AND HARA, Y.:
Endoscopic observation of the Duodenum and Pancreatocholangiography using Duodenal Fiberscope. *Gastroenterological Endoscopy* 12:83. 1970. 1970.
- 7.—SILVIS, S. ET AL.:
Endoscopic Complications. *JAMA* 235:928. 1976.
- 8.—SKUDE, G. ET AL.S
Hyperamylasemia after Duodenoscopy and R.C.P. *Gut* 17: 127. 1976.
- 9.—TSUNEOKA, K.; TAKEMOTO, T. AND FUKUCHI, S.:
Fiberscopy of Gastric Diseases. Igaku Shoin Ltd. Tokio. p. 3-8; 1973.
- 10.—VENNES, J.; JACOBSON, J. Y SILVIS, J.:
Endoscopic Cholangiography for Biliary System Diagnosis. *Ann. Int. Med.* 80: 61. 1974.



FIGURA N° 1

Mujer, 21 años, ictericia obstructiva y dolor en hipocondrio derecho. La radiografía en decúbito lateral izquierda muestra una típica imagen de colédocolitiasis con Wirzung normal.

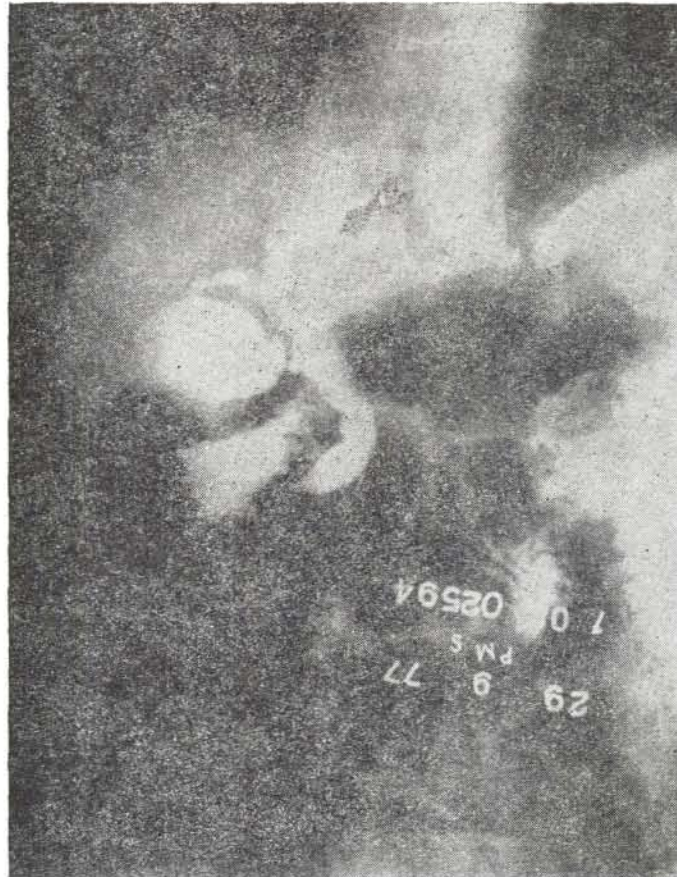


FIGURA N° 2

Hombre, 69 años, 2 m. de dolor en hipocondrio derecho e ictericia de instalación reciente. Se muestra adelgazamiento terminal y leve dilatación proximal por céfalopancreatitis comprobada quirúrgicamente.

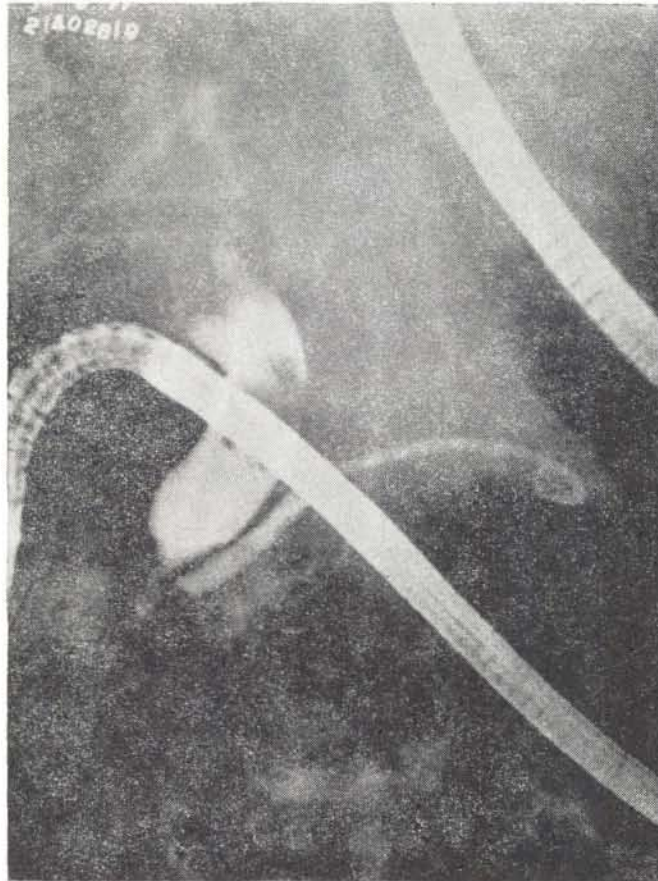


FIGURA Nº 3

Mujer, 62 años, colecistectomía con exploración de vías biliares por pancreatitis y colelitiasis un año atrás, consulta por dolor epigástrico e ictericia. Se muestra Wirzung ligeramente dilatado y gran cálculo residual de colédoco que se comprobó en cirugía.

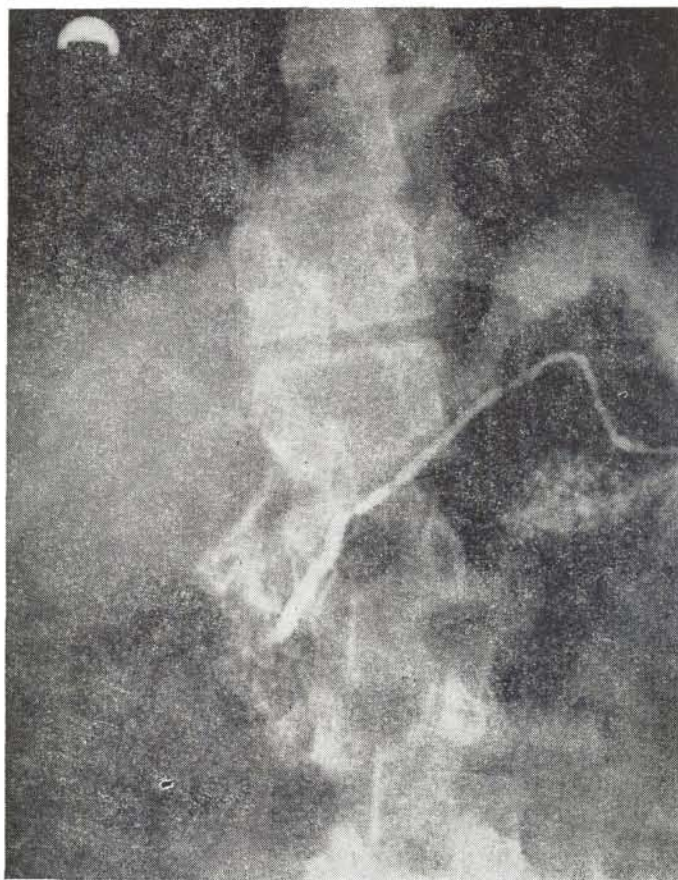


FIGURA Nº 4

Hombre, 30 años, dos episodios de pancreatitis clínica y enzimática. Se muestra *Wirzung* con signos francos de pancreatitis crónica moderada.

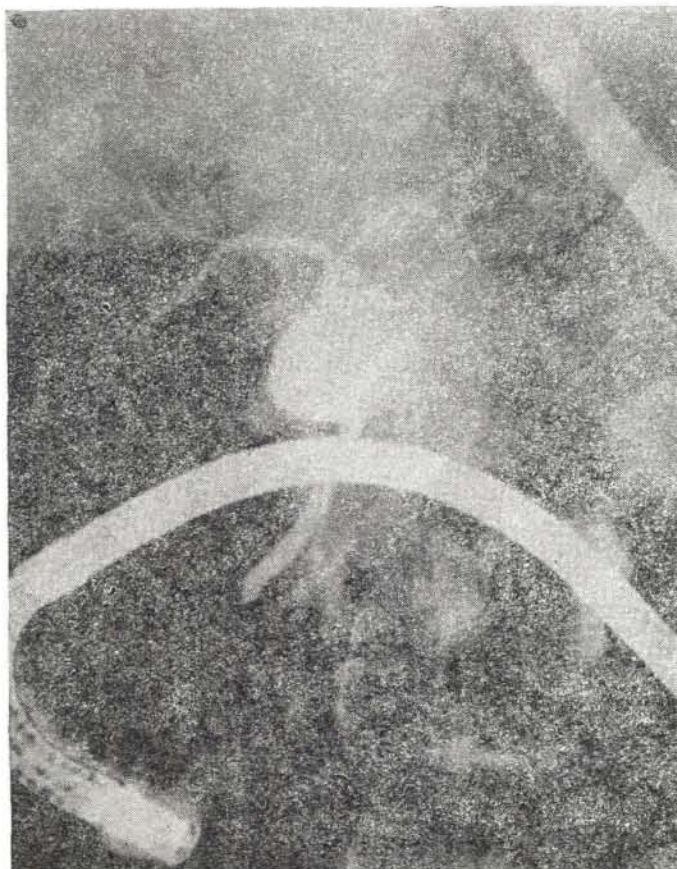


FIGURA N° 5

Mujer, 26 años, varios internamientos por ictericia. Se muestra árbol biliar y pancreático normales, lo que apoya el diagnóstico clínico de colestasis intrahepática.

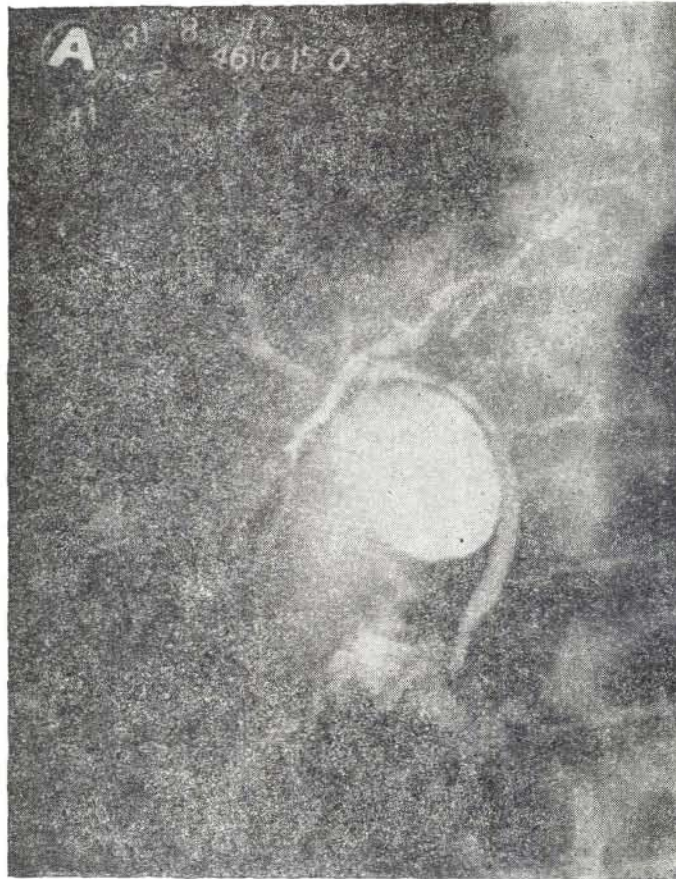


FIGURA Nº 6

Mujer, 21 años, dolor y masa evanescente en hipocondrio derecho con ictericia. Se muestra una vesícula tensa y aumentada de tamaño igual que el infundíbulo que comprime el colédoco. Cístico desemboca en hepático derecho.

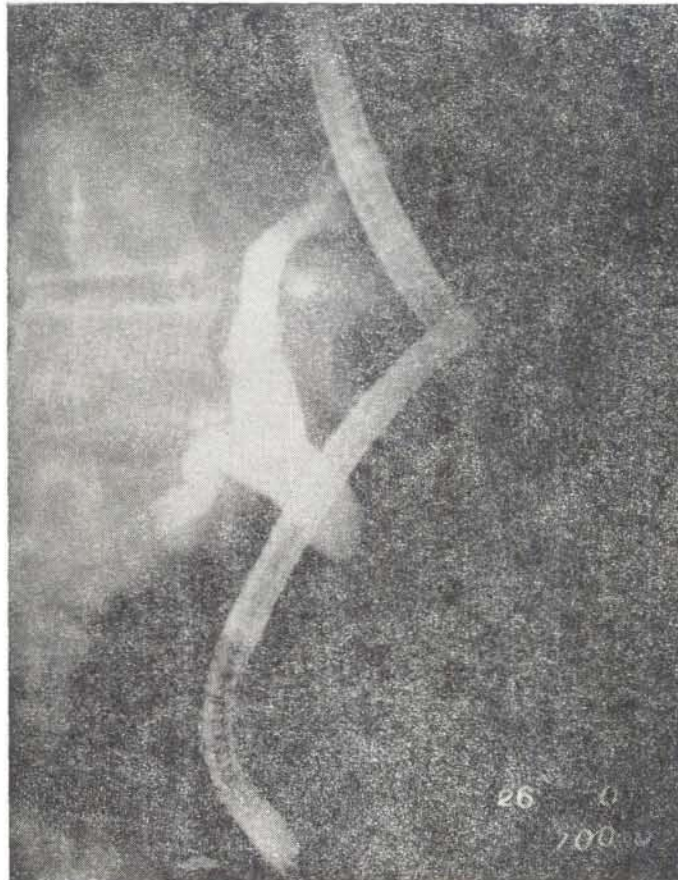


FIGURA Nº 7

Hombre, 60 años, dolor abdominal, ictericia y repercusión sobre el estado general. Toma con paciente en decúbito lateral izquierdo, muestra colédoco intrapancreático filiforme con dilatación proximal.



FIGURA Nº 8

Toma A. P. del mismo paciente con más medio de contraste y después de retirar el instrumento, muestra imagen típica de carcinoma. En cirugía se comprobó carcinoma irreseccable de cabeza de páncreas.