

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) BÁSICA

Basic Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)

Gálvez Miras A, Anguita Montes F

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) ha experimentado una gran evolución desde su introducción en el año 1968. Prácticamente ha dejado de ser una técnica diagnóstica, con el desarrollo de pruebas de imagen no invasivas como la colangio-resonancia magnética, la tomografía computarizada o la ecoendoscopia, para convertirse en una técnica sobre todo terapéutica.

La canulación de la vía biliar es el paso más importante en la realización de la CPRE. Para conseguirlo en el menor tiempo posible y reducir el porcentaje de complicaciones asociadas a esta técnica es esencial realizar un enfrentamiento adecuado de la papila.

Para alcanzar un adecuado enfrentamiento hay que introducir el duodenoscopio (que tiene una visión lateral y un diámetro superior a un endoscopio estándar) hasta la segunda

porción duodenal, siendo necesario la mayoría de las veces rectificar el duodenoscopio, retirándolo y utilizando la rueda grande para girar hacia arriba. Por lo general quedará situado en una posición estable a los 60 cm de la arcada dentaria.

La papila quedará entonces situada en la parte superior de nuestro campo de visión y podremos acercarnos a ella con movimientos de la rueda grande en la mayoría de las ocasiones (siempre y cuando la anatomía no esté alterada, como por ejemplo por la presencia de divertículos duodenales), e incluso con mínimas retiradas del duodenoscopio.

Una vez conseguida la posición se intentará la canulación biliar selectiva, siguiendo el eje del colédoco intraduodenal, en la parte más superior del orificio papilar (hacia las 11 del reloj).

Actualmente el método recomendado de canulación es el asistido por guía, utilizándose la mayoría de las veces papilotomos con guías premontadas de 0,035 o 0,025 inch. Este último diámetro puede ser de gran ayuda en caso de papilas de pequeño tamaño, sospecha de papilitis o de estenosis de la vía biliar, pero en contrapartida suelen tener menor rigidez.

CORRESPONDENCIA

Alejandra Gálvez Miras / agalvezmiras@gmail.com

Hospital Universitario Torrecárdenas - 04009. Almería

Fecha de envío: 13/04/2022 - Fecha de aceptación: 12/05/2022

Asimismo se ha extendido el uso de la guía corta, utilizando métodos de anclaje de la guía en el mango del duodenoscopio, lo que hace que el endoscopista tenga un mayor control de la guía y sean más fáciles los intercambios de fungible a utilizar durante la exploración.

Se considera que una canulación es difícil cuando no se ha conseguido tras 5 minutos, se ha intentado en 5 ocasiones o se ha introducido la guía en dos ocasiones en el conducto pancreático.

En caso de no conseguirlo, pueden utilizarse técnicas alternativas, que no son motivo de abordaje en este artículo sobre CPRE básica.

Una vez conseguida la canulación se introduce el papilotomo para realizar una colangiografía, preferentemente desde la zona más proximal para no desplazar posibles litiasis que puedan existir en la porción distal.

En la fluoroscopia podremos apreciar el relleno de la vía biliar, así como alteraciones de su calibre y defectos de repleción.

Una vez realizado, o comprobado el diagnóstico que previamente se había sugerido con otra técnica de imagen, se procede a realizar la esfinterotomía biliar. Para ello se retira el papilotomo hasta la zona marcada y se procede a realizar el corte entre las 11 y las 1 horas del reloj, tensando ligeramente el papilotomo, pudiendo utilizar además la rueda grande para llegar hasta la zona deseada. El corte no debe sobrepasar la unión del colédoco intraduodenal con la pared duodenal para evitar complicaciones como la perforación.

El tipo de corriente utilizada varía de unos centros a otros. Nosotros disponemos de la fuente electroquirúrgica ERBE IC200 y utilizamos ENDO CUT efecto 2.

Las complicaciones más frecuentes son la pancreatitis post-CPRE, el sangrado y la perforación.

Una vez realizada la esfinterotomía se realizará la terapéutica indicada según el caso.

Caso clínico

Se expone el caso de un hombre de 70 años con clínica de cólico biliar al que se le había realizado una colecistectomía urgente por colecistitis aguda sin realizar exploración intracoledociana durante el procedimiento por baja sospecha de coledocolitiasis y mal estado del paciente. En el postoperatorio, ante la persistencia de clínica compatible con cólico biliar, se le realizó una colangio resonancia magnética, observando colédoco un calibre aproximado de 7-8 mm y litiasis de 5 mm no obstructiva en hepático común.

Fue indicada la CPRE, en la que se observó una papila de aspecto normal en el centro de un divertículo duodenal poco profundo, observándose de forma adecuada el colédoco intraduodenal.

La canulación se consiguió en un primer intento avanzando mínimamente la guía para canular superficialmente con ella el orificio papilar.

En la colangiografía retrógrada se observó una mínima dilatación de la vía biliar con sospecha de defecto de repleción distal prepapilar.

Se realizó esfinterotomía necesaria para la extracción de la litiasis observada en la CRM y posteriormente se procedió a la extracción la litiasis con balón de Fogarty (Olympus 8-15 mm) inflado a 8-11,5 mm.

Finalmente se comprobó el adecuado drenaje espontáneo de la vía biliar.

Como conclusión, la CPRE es una técnica bastante estandarizada, actualmente eminentemente terapéutica, que debe ser realizada en centros con alto volumen de pacientes, debido sobre todo al incremento de la complejidad de los casos en los que se utiliza.

Para evitar complicaciones en la medida de lo posible, además de un endoscopista entrenado, es esencial realizar un adecuado enfrentamiento para conseguir la canulación selectiva de la vía biliar en el menor número de intentos. El uso de la guía facilita la canulación y ha demostrado disminuir el porcentaje de complicaciones.

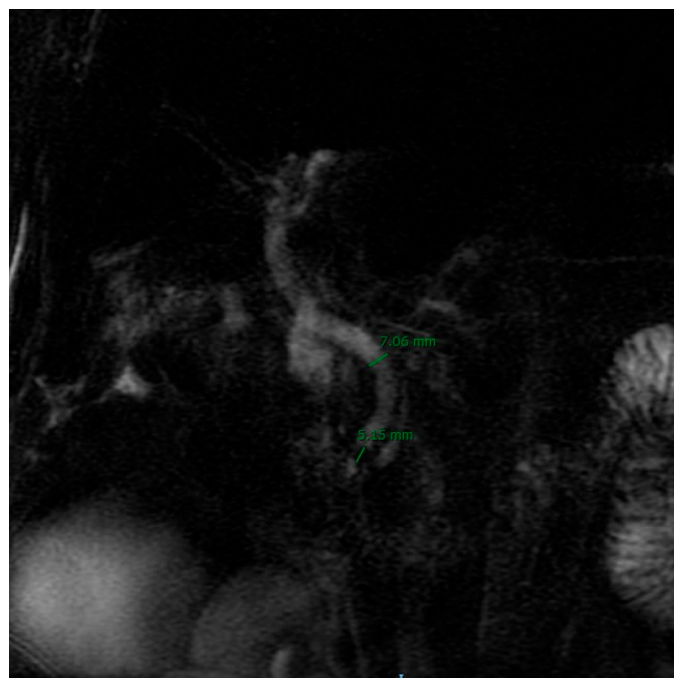


FIGURA 1
COLANGIO-RM: COLEDOCOLITIASIS 5.15 MM. COLÉDOCO 7 MM.



FIGURA 2
ENFRENTAMIENTO DE PAPILA EN INTERIOR DE PEQUEÑO DIVERTÍCULO.

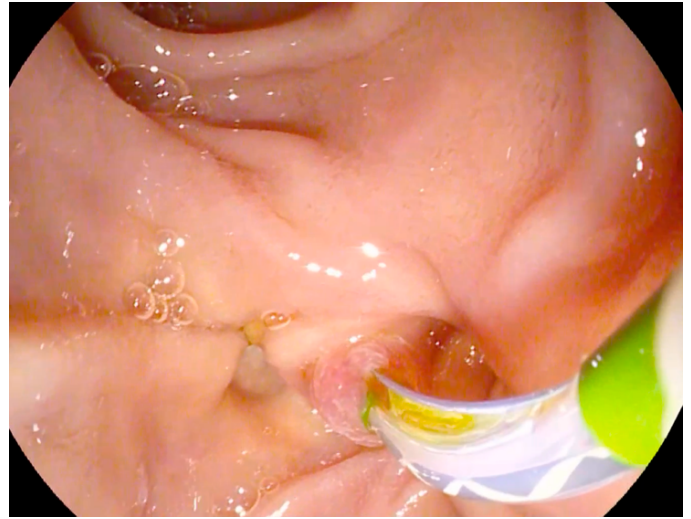


FIGURA 5
POSICIONAMIENTO PARA ESFINTEROTOMÍA.

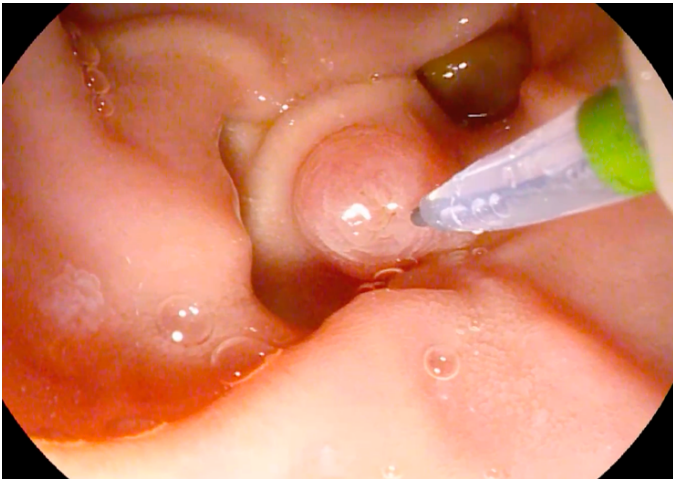


FIGURA 3
ABORDAJE DE LA PAPILA CON AVANCE DE GUÍA.

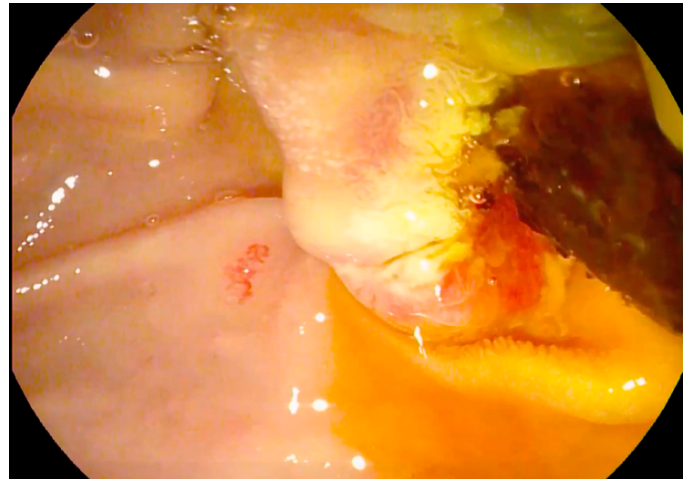


FIGURA 6
SALIDA DE COLEDOCOLITIASIS A TRAVÉS DE PAPILOTOMÍA.

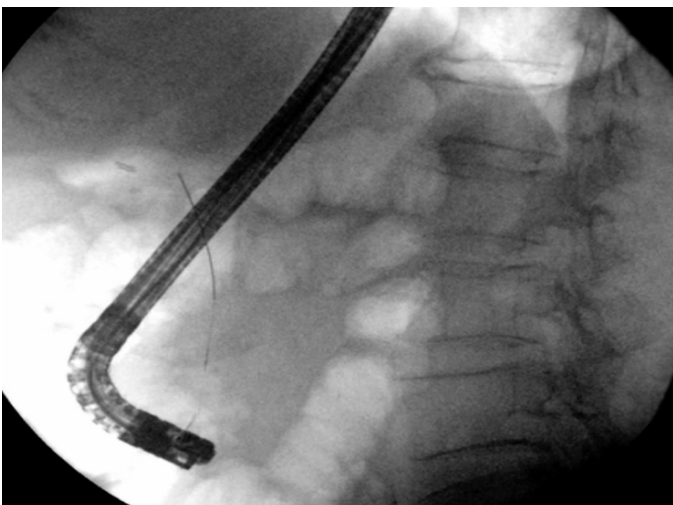
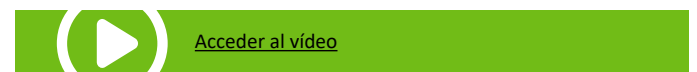


FIGURA 4
PASO DE GUÍA A VÍA BILIAR.



Bibliografía

1. Alberto, T. P., Alberto, M., Lars, A., Marianne, A., Erwan, B., Guido, C., Jacques, D., Mario, D., Jean-marc, D., Marc, G., Tibor, G., Michael, H., Jorma, H., Luis, L., Cesare, H., S. P. I., Tony, C., Andrea, T., Jeanin, V. H., ... Fasge, M. D. (2016). ERCP: papillary cannulation and sphincterotomy techniques . *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guidelines. Endoscopy*, 657–683. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2016-312317>.
2. Manes, G., Paspatis, G., Aabakken, L., Anderloni, A., Arvanitakis, M., Ah-Soune, P., Barthet, M., Domagk, D., Dumonceau, J. M., Gigot, J. F., Hritz, I., Karamanolis, G., Laghi, A., Mariani, A., Paraskeva, K., Pohl, J., Ponchon, T., Swahn, F., Ter Steege, R. W. F., ... Van Hooft, J. E. (2019). Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*, 51(5), 472–491. <https://doi.org/10.1055/a-0862-0346>.
3. Dumonceau, J.-M., Kapral, C., Aabakken, L., Papanikolaou, I. S., Tringali, A., Vanbiervliet, G., Beyna, T., Dinis-Ribeiro, M., Hritz, I., Mariani, A., Paspatis, G., Radaelli, F., Lakhtakia, S., Veitch, A. M., & van Hooft, J. E. (2019). ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. <https://doi.org/10.1055/a-1075-4080>.
4. Wallace, MB, Fockens P, Sung JJ. *Gastroenterological Endoscopy*. 3d edition. 2018. ISBN 978-3-13-125853-3 .